

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

# puls

**WRZESIEŃ 2023 (nr 341)**



TEMAT NUMERU:

## ETYKA

- » **KEL – wskazówki, a nie paragrafy**
- » **Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia musi być etyczna**
- » **Przypadki Adama Niedzielskiego**

» **Jak zostać lekarzem na Ukrainie**

» **O zalewaniu robaka**

» **47 lat obliczeń w kilka sekund**

Eksperti psychiatrii zapraszają na konferencję:

# Praktyczna psychiatria dla lekarza POZ

23 września 2023, Warszawa i online

## Prelegenci:

Kierownicy Poradni Depresji, Poradni Lęku i Nerwic, Poradni Zaburzeń Snu, Poradni Zaburzeń Odżywiania, Poradni Leczenia Natręctw, Poradni Uzależnień i innych w Centrum Terapii Dialog

### W programie m.in.:

- „Pani Doktor, nie mogę spać” – praktyczne wskazówki leczenia zaburzeń snu w POZ w 2023 roku
- Benzodiazepiny i „zetki” – jak bezpiecznie i mądrze odstawić w gabinecie lekarza rodzinnego
- „Panie Doktorze, zamartwiam się cały czas” – jak leczyć w POZ pacjentów z lękiem
- Pacjent z depresją – który lek stosować jako pierwszy

### Wśród Prelegentów:



prof. dr hab. n. med.  
Tomasz Sobów  
Centrum Terapii  
Dialog



prof. dr hab. n. med.  
Marek Jarema  
Dyrektor ds. Nauki  
w Centrum Terapii Dialog



dr Piotr Krawczyk  
Kierownik Poradni  
Zaburzeń Snu



dr hab. n. med.  
Grzegorz Opielak  
Poradnia Depresji



dr Wenesa Gajos  
Kierownik Poradni  
ADHD u Dorosłych



Dowiedz się więcej:  
[www.psychiatrzy.warszawa.pl/konferencjapoz](http://www.psychiatrzy.warszawa.pl/konferencjapoz)

TEMAT NUMERU:

## ETYKA

- 4** **KEL – wskazówki, a nie paragrafy**  
Michał Niepytalski
- 7** **Kodeks**  
Jerzy Bralczyk
- 8** **Cyfryzacja systemu ochrony  
zdrowia musi być etyczna**  
Maria Libura
- 10** **Recepty, ból głowy  
i gorzka pigułka...**  
Małgorzata Solecka
- 12** **Ujawnienie danych o receptce  
jest przestępstwem**  
Mikołaj Małecki



Graf. na okładce: K. Matsumoto

## SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

### DZIŚ I JUTRO

- 2** **O etyce i jej braku**  
Michał Niepytalski
- 3** **Ping-pong i snorKELing**  
Piotr Pawliszak

### SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

- 14** **VIII Konferencja  
Naukowo-Szkoleniowa  
Stomatologii Dziecięcej**  
Michał Niepytalski

### IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 17** **Szybka konsultacja farmaceutyczna  
dla członków naszej izby**  
Olga Rasińska
- 34** **Kick off Meeting 2023**  
Elżbieta Trybus

### UKRAINA

- 18** **Jak zostać lekarzem na Ukrainie**  
Kamila Hoszcz-Komar

### OPINIE

- 22** **Superego nie jest super**  
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz

- 24** **Piękni, mądrzy i zdrowi...**  
Olga Rostkowska

### PSEUDOMEDYCYNĄ

- 26** **O zalewaniu robaka**  
Paweł Walewski

### NAUKA

- 28** **Quantum computing w medycynie:  
47 lat obliczeń w kilka sekund**  
Artur Olesch

### ZDROWIE PUBLICZNE

- 36** **Profilaktyka HIV**  
– rozmowa z Justyną Kowalską

### PRAWO

- 39** **Lekarze potrzebują swojego rzecznika**  
Monika Potocka
- 40** **Aktualności prawnomedyczne**  
Filip Niemczyk
- 42** **Vademecum lekarza przedsiębiorcy**  
Kamila Hoszcz-Komar

### NA PRZESTRZENI LAT

- 46** **Za każdy kamień Twój**  
Kamila Hoszcz-Komar

# O etyce i jej braku

ZAGADNIENIA ETYCZNE ZWIĄZANE Z OCHRONĄ ZDROWIA W OSTATNIM CZASIE BOMBARDUJĄ NAS ZE WSZYSTKICH STRON I TO WCALE NIE W ZWIĄZKU Z REFORMĄ KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ PRZYGOTOWYWANĄ PRZEZ NIL. BEZPIECZEŃSTWO SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH, OCHRONA PACJENTÓW PRZED TRAFIENIEM W SIDŁA LEKARZY I PSEUDOLEKARZY OBIECUJĄCYCH LECZENIE WYIMAGINOWANYCH CHORÓB, KONIECZNOŚĆ ZADBANIA O NALEŻYTY POZIOM KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO – TO TYLKO NIEKTÓRE Z NICH.

**MICHAŁ NIEPYTALSKI**, p.o. redaktor naczelny



Fot. K. Bartyzel

**P**roblemy te nasuwają myśl, że Naczelna Izba Lekarska nie mogła wymarzyć sobie lepszego momentu na dyskusję o nowelizacji KEL. O szczegółach pracy nad dokumentem piszę w artykule „KEL – wskazówki, a nie paragrafy” (str. 4).

Z informacji medialnych można wnioskować, że sądy lekarskie będą miały w najbliższych latach do czynienia z lekarzami, którzy w opiece nad pacjentami nie kierują się aktualną wiedzą medyczną, ale także z podejrzanymi o nieuzasadnione wydawanie recept.

Obecność tych pierwszych to skutek mozolnej pracy dziennikarzy Radia Tok FM, z Michałem Janczurą na czele. Rozgłosiła w serialu reporterskim „Podziemie” opisuje szczegółowo proceder polegający na wmawianiu pacjentom tzw. przewlekłej boreliozy i „leczenia” jej metodami szkodliwymi dla zdrowia. Na problem ów zwracaliśmy uwagę w majowym numerze „Pulsu”. Dobrze, że teraz zyskał rozgłos, który zaowocował ogłoszeniem przez NIL stanowiska, w którym krytykowane jest stosowanie przewlekłej antybiotykoterapii (tzw. metody ILADS), i serią zawiadomień wysłanych do rzeczników odpowiedzialności zawodowej, a nawet wnioskami o zawieszenie oskarżonym lekarzom PWZ na czas postępowania.

Jednym ze źródeł sukcesu „kuglarzy od boreliozy” (jak określił ich Paweł Walewski w swoim niegdysiejszym artykule; w najnowszym podejmuje temat pseudomedycznego „odrobaczania”) jest fakt, że mają dla pacjentów dużo czasu i empatii (a przynajmniej ją dobrze udają), czym wzbudzają zaufanie. Dla kontrastu: w POZ czy AOZ lekarz ma dla pacjenta około

15 minut, z czego połowę spędza wpatrzony w monitor, wypełniając dokumentację. To niestety problem systemowy, którego rozwiązania nie ułatwiają kolejne procedury biurokratyczne.

Wyzwaniem w budowaniu zaufania do medyków jest też cyfryzacja, ponieważ digitalizacja danych medycznych tradycyjnie wywołuje podejrzliwość społeczeństwa. Trzeba zatem ten proces prowadzić ze szczególnym wyczuciem. A nie, np. korzystając z piastowanego urzędu, uzyskiwać dostęp do cudzych danych i ujawniać je w mediach społecznościowych. Podobne niebezpieczeństwa OIL w Warszawie sygnalizowała całkiem niedawno, w raporcie „Cyfryzacja zdrowia w interesie społecznym”.

Warto, żeby nowa minister zdrowia zapoznała się z tą publikacją na początku pracy przy ul. Miodowej. Może to uchroni ją przed wpadką, jaką zaliczył poprzednik. O poniesionych przez niego konsekwencjach pisze Małgorzata Solecka, a o tym, jakie jeszcze może ponieść – Mikołaj Małecki.

Kamila Hoszcz-Komar z kolei w tym numerze „Pulsu” przedstawia działanie ukraińskiego systemu kształcenia lekarzy i przyznawania uprawnień zawodowych. W ostatniej dekadzie został on poddany daleko idącym zmianom, zresztą jak cały tamtejszy system ochrony zdrowia. Studia lekarskie oparte są na zachodnich wzorcach i międzynarodowej certyfikacji. Na ostateczne efekty tych niewątpliwie właściwych zmian w Ukrainie przyjdzie jeszcze poczekać i to nie tylko na skutek rosyjskiej agresji. Reformatorom potrzeba czasu, pieniędzy i kadr. Fundamentalnych zmian nie da się przeprowadzić za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Choć u nas w najbliższym czasie pewnie wielu polityków będzie to obiecywać. ●



Fot. M. Najdzik

# Ping-pong i snorKELing

ŻYCIE TO SERIA NIESPODZIEWANYCH POŻEGNAŃ, ZAMYKAJĄ SIĘ JEDNE DRZWI, A OTWIERAJĄ KOLEJNE. DOŚĆ NIEOCZEKIWANIE, NA DWA MIESIĄCE PRZED WYBORAMI PARLAMENTARNYMI, DRZWI ZAMKNĘŁY SIĘ ZA 32. MINISTREM ZDROWIA. WŚRÓD NIEOCZYWISTYCH REFLEKSJI, DOTYCZĄCYCH OKRESU JEGO URZĘDOWANIA, NASUWA MI SIĘ PRZED E WSZYSTKIM TA DOTYCZĄCA ZNACZENIA KOMUNIKACJI.

**PIOTR PAWLISZAK**, prezes ORL w Warszawie

**P**ublicznie mówiono o dialogu i komunikacji ze środowiskiem medycznym. Problem polega na tym, że można podejmować próby porozumienia się w nieskończoność, jednak bez realnej woli zrozumienia się stron będziemy tkwić w komunikacyjnym ping-pongu. Mam nadzieję, że nowa pani minister taką wolę wykaże.

Najnowszy numer „Pulsu” porusza kwestię Kodeksu Etyki Lekarskiej. W aktualnym brzmieniu przez wielu krytykowanego, jako nienadążający za wymaganiami współczesności, ale i nadmiernie rozbudowany. Większość lekarzy zna treść kodeksu pobieżnie, zanurza się ledwie pod powierzchnię (stąd tytułowy „snorkeling”). Z jednej strony można uznać za zadowolający, skłaniający do refleksji i wyznaczający pewien kierunek art. 1 KEL, mówiący, że „Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych” oraz że „Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które pod-

waża zaufanie do zawodu”. Ogromna większość z nas uznaje, że te dwa punkty wystarczają.

Z drugiej strony, kodyfikacja zasad etycznych należy do fundamentów zawodu zaufania publicznego. Amerykański historyk Timothy Snyder w książce „O tyranii” wskazał, że zobowiązanie do przestrzegania zasad etyki zawodowej ma szczególne znaczenie, kiedy przywódcy polityczni dają zły przykład. Posuwa się nawet do sugestii, że zasady etyki zawodowej powinny być zapobiec zbrodniom popełnionym przez III Rzeszę. Choć to twierdzenie wydaje się przesadne, warto zatrzymać się nad faktem, że samo posiadanie kodeksu etycznego to jedno, ale dopiero jego przestrzeganie, a także instrumenty pozwalające na jego egzekwowanie wpływają pozytywnie na wizerunek naszego środowiska. I to jest jeden z tych przypadków, w których jedna osoba może robić różnicę. I każdy powinien spróbować. ●

**PROGRAM  
STYPENDIALNY**

**OIL w Warszawie**

Dofinansowanie staży, kursów  
i konferencji zagranicznych

Składanie wniosków do 30 września 2023 r.



więcej informacji na [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)



# KEL – wskazówki, a nie paragrafy

ZESPÓŁ OPRACOWUJĄCY NOWELIZACJĘ KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ PODĄŻA ŚCIEŻKĄ SWOICH POPRZEDNIKÓW, PRZYJĄWSZY ZAŁOŻENIE, ŻE JEST TO DOKUMENT PRZED E WSZYSTKIM O CHARAKTERZE DEONTOLOGICZNYM, NIE PRAWNYM.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

***P**roponowane zmiany nie usuwają chaotyczności”; „cała nowelizacja odbywa się pod dyktando ludzi reprezentujących wyłącznie jeden światopogląd” – to kilka zdań, które pojawiły się w przestrzeni publicznej podczas wcześniejszych rozważań nad*

nowelizacją Kodeksu Etyki Lekarskiej. Choć prace prowadzone obecnie nie spotykają się tak skrajnymi i emocjonalnymi opiniami, historia dowodzi, jak trudnym i delikatnym procesem jest wprowadzanie zmian w kluczowym dla wykonywania zawodu dokumencie.

W porównaniu okresem, kiedy dokonano poprzedniej nowelizacji (miała miejsce w 2003 r.), teraz jest dużo więcej możliwości prowadzenia konsultacji dzięki upowszechnieniu komunikacji przez Internet w ciągu minionych 20 lat. Już ponad rok temu Naczelna Izba Lekarska zaczęła zbierać wśród członków samorządu wnioski, wątpliwości i propozycje dotyczące nowej wersji Kodeksu Etyki Lekarskiej. Prace nad nowelizacją dokumentu nabrały tempa wiosną 2023. Na stronie internetowej NIL regularnie pojawiają się zaktualizowane relacje o postępach prac nad kodeksem, a komplet informacji można znaleźć w zakładce Komisji Etyki Lekarskiej NRL. Na czele komisji stoi Artur de Rosier, lekarz psychiatra, były prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, w przeszłości także tamtejszy rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Naszą izbę reprezentuje lekarz dentysta Elżbieta Małkiewicz. Głównym doradcą komisji jest prof. dr hab. Paweł Łuków – jeden z najbardziej cenionych w kraju specjalistów z zakresu etyki medycznej i bioetyki, kierownik Zakładu Etyki Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego oraz Centrum Bioetyki i Bioprawa WF UW, członek Komisji Bioetycznej przy OIL w Warszawie i Naczelnej Komisji Bioetycznej.

*– Spotykamy się z dużą regularnością, co trzy tygodnie, głównie online. Każdy członek komisji otrzymuje określone zadanie, w tej chwili pracujemy nad omówieniem konkretnych przepisów KEL. Jako przewodniczący przydzielam poszczególnym osobom do opracowania artykuły, a czasami całe rozdziały. Omówienia przedstawiane są na zebraniach gremium i konsultowane przez prof. Łukowa. Bierzymy też pod uwagę wpływające do nas sugestie z zewnątrz. Potem omówienia publikujemy w Internecie w celu uzyskania kolejnych sugestii – tak o pracy zespołu mówi Artur de Rosier.*

Okazją do dyskusji i uzyskania opinii o proponowanych zmianach będzie też październikowa konferencja „Rozmowy o etyce – Kodeks Etyki Lekarskiej, reklama, psychiatria”, która odbędzie się w Gdańsku.

*– Pracować nad tekstem nowelizacji będziemy do końca stycznia – wyjaśnia dr de Rosier w rozmowie z „Pulsem”. Następnie propozycja nowelizacji zostanie skierowana do delegatów na KZL, żeby mogli się z nią dogłębnie zapoznać przed nadzwyczajnym Krajowym Zjazdem Lekarzy, w programie którego jest przyjęcie zmian w kodeksie.*

*– Oczywiście, przepisy KEL muszą być zgodne z przepisami prawa – podkreśla Artur de Rosier. To z pozoru dość oczywiste, ale nie zawsze tak było. Twórcy kodeksu z 1991 r. i jego nowelizacji z 2003 (był to w dużej części ten sam zespół lekarzy) stali na stanowisku, że co innego kodeks etyki, a co innego normy prawne. „Nie jest uprawnione domaganie się niektórych przeciwników KEL, aby normy etyczne były zgodne z normami prawnymi” – pisali jeszcze w 2013 r. prof. Zbigniew Chłap, dr Wanda Terlecka i dr Stanisław Wencelis. Ich stanowisko już na początku lat 90. XX w. uwiarygodnił wyrok Trybunału Konstytucyjnego. TK*

zauważył wprawdzie rozdzwięk między przepisami prawa powszechnie obowiązującego a deontologicznymi normami Kodeksu Etyki Lekarskiej, ale zastrzegł, że nie unieważnia to przepisów KEL, ale wskazuje, że rolą ustawodawcy jest tak kształtować prawo, by podobne kolizje nie były możliwe.

Sprawa była bardzo drażliwa. Wersję KEL z 1991 r. uznawano bowiem za skrajnie konserwatywną. Przykładowo: prawo przewidywało wówczas możliwość przerwania ciąży z tzw. przyczyn społecznych, ale KEL ją wykluczał. Rzecznik praw obywatelskich w skardze do TK zwrócił więc uwagę na to, że choć aborcja w takich okolicznościach była dopuszczalna przez prawo, żaden lekarz w Polsce nie mógł jej przeprowadzić, nie narażając się na konsekwencje dyscyplinarne.

Warto jednak podkreślić, że TK wydawał wtedy wydykt w oparciu o Konstytucję PRL. Natomiast wydykt z 2008 r. był już zgodny z obecnie obowiązującą ustawą zasadniczą. I tym razem trybunał na kwestię swoich kompetencji do oceny KEL spojrzął zupełnie inaczej. W sprawie zgodności z konstytucją przepisu ograniczającego prawo lekarzy do krytyki koleżanek i kolegów po fachu Trybunał Konstytucyjny, pod przewodnictwem sędziego Janusza Niemcewicza, stwierdził: „zawsze stał na stanowisku, że jeżeli (...) odnajdujemy jakąkolwiek treść normatywną, to nie ma podstaw wyłączenia (...) spod kontroli konstytucyjności czy legalności, zwłaszcza wtedy, gdy w grę wchodzi ochrona praw i wolności człowieka i obywatela. Trybunał Konstytucyjny stosuje w takich sytuacjach swoiste domniemanie normatywności aktów prawnych. W przeciwnym bowiem wypadku, spośród dużej liczby takich aktów, wydawanych przez różne organy państwa, a niekiedy także inne podmioty, większość pozostawałaby poza jakąkolwiek instytucjonalną kontrolą ich konstytucyjności lub legalności”. Takie postawienie sprawy sugeruje postrzeganie KEL jako dokumentu prawnego. Dlatego zapytaliśmy Artura de Rosiera, czy Komisja Etyki Lekarskiej NRL korzysta ze wsparcia prawników legislatorów.

*– Nie. I myślę, że to słuszne podejście, bo pracujemy nad Kodeksem Etyki Lekarskiej właśnie z punktu widzenia etycznego, a nie prawnego – zapewnił. Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL podkreśla, że pokażna część jej członków ma doświadczenie w pracy rzeczników odpowiedzialności zawodowej i doskonale zna realia oraz prawne zawiloci działania sądów lekarskich (o zmianach, jakie zaszły na przestrzeni lat, i profesjonalizacji postępowań mogą Państwo przeczytać w komentarzu przewodniczącego OSŁ w Warszawie pod niniejszym artykułem). A jednak *modus operandi* nowelizatorów nastawiony jest na to, by KEL pozostał raczej zbiorem wytycznych, dobrych praktyk, a nie kazuistycznym opisem wykroczeń dyscyplinarnych.*

Jak wskazuje Artur de Rosier, w jego komisji panuje przekonanie, że skoro KEL istnieje nie jako samodzielny byt, ale część systemu prawa, podejście czysto deontologiczne jest uzasadnione. Zwłaszcza że oprócz uzupełniających zasady etyczne ustaw, powstają także komentarze prawni- ➤

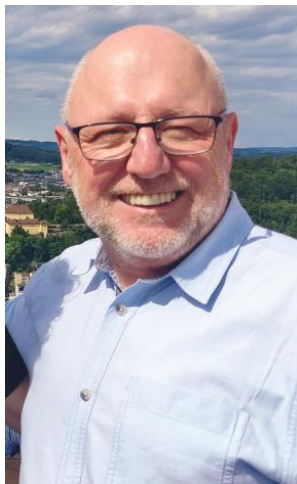
- cze do KEL, które dla sądów lekarskich stają się podstawą „prawniczego” interpretowania przepisów etycznych.

Przykładem ideowego podejścia do nowelizacji KEL jest dyskusja komisji nad jego art. 71 („Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwu, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych”), podczas której zwrócono uwagę, że „Pro-

pagowanie postaw antyzdrowotnych można rozumieć [jako – red.] szkodzenie samemu sobie (np. lekarz palący papierosy poza miejscem pracy)”. A jednak istnienie w KEL zakazu propagowania postaw antyzdrowotnych nie zostało podważone.

– Jeżeli lekarz chce palić, nikt mu tego nie zakáže, bo to jest naruszenie jego prywatności. Ale kodeksowy przepis jest pewną wskazówką, że powinniśmy służyć przykładem – wyjaśnia Artur de Rosier. ●

## Komentarz Romana Jasińskiego, przewodniczącego OSŁ w Warszawie



Fot. archiwum

Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie, dzięki staraniom władz izby, zyskał nowo wyremontowaną salę sądową. Profesjonalny wygląd i wyposażenie dodaje prestiżu prowadzonym w niej rozprawom sądowym i niewątpliwie poprawił komfort pracy całego składu sędziowskiego. Nowy wystrój sali sądowej świadczy o coraz większym znaczeniu sądu w środowisku lekarskim, ale ma też znaczenie symboliczne – obrazuje to, że sąd stał się mniej koleżeńskim, a bardziej prawniczym.

Nasz lekarski system wymiaru sprawiedliwości zasadniczo nie różni się od tradycyjnego postępowania karnego. Wszystkie skargi na lekarza, w których zachodzi podejrzenie przewinienia zawodowego, są przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej (odpowiednika prokuratora) kierowane do sądu lekarskiego i swój finał znajdują na sali sądowej. Istotną różnicą jest jednak skład grona obecnych na sali rozpraw: obwiniony jest lekarzem, oskarżyciel (rzecznik) również jest lekarzem, skład sędziowski to trzech lekarzy. Większość osób, które uczestniczyły w rozprawie sądowej (nawet w charakterze świadka), stwierdza, że jest to duży stres. A jak to widzi skład sędziowski, którego rolą jest wysłuchanie obydwu stron postępowania i wydanie obiektywnego wyroku?

Praca składu sędziowskiego prowadzącego rozprawę rozpoczyna się dużo wcześniej niż sama rozprawa. Ustalenie terminu i przygotowanie rozprawy jest dużym wyzwaniem

logistycznym, wymagającym zgromadzenia w jednym miejscu i czasie wszystkich uczestników postępowania. Musimy pamiętać, że sędziowie sądu lekarskiego są lekarzami aktywnie pracującymi w przychodniach, szpitalach, pełniącymi dyżury medyczne, więc znalezienie przez nich wolnego czasu w dniu posiedzenia nie jest sprawą łatwą. Orzekanie o winie wiąże się z bardzo dużą odpowiedzialnością, dlatego lekarze sędziowie prowadzący rozprawę muszą być do niej perfekcyjnie przygotowani. Takie przygotowanie wymaga dokładnego zapoznania się z aktami sprawy, które w wielu przypadkach składają się z kilku tomów i są do wglądu tylko w siedzibie sądu.

Obecnie praktycznie w każdej rozprawie uczestniczy adwokat reprezentujący obwinionego. Jego rolą jest doprowadzenie do uniknięcia kary przez lekarza lub jej złagodzenia, dlatego adwokaci starają się znaleźć podstawę do podważenia wydanego orzeczenia lub przeciągają różnymi sposobami postępowanie do czasu przedawnienia karalności. Aby uniknąć takich sytuacji, sędziowie muszą wykazać się dodatkowo dużą wiedzą prawniczą, którą zdobywają podczas organizowanych przez izbę szkoleń.

Przed wydaniem orzeczenia sędziowie udają się na naradę. Czasami jest to bardzo burzliwa dyskusja, gdyż nie zawsze sprawy są oczywiste. Rozprawę kończy ogłoszenie orzeczenia, które zawsze jednej ze stron postępowania wydaje się niesprawiedliwe. ●



# Kodeks

PIERWSZE ZNACZENIE ŁACIŃSKIEGO SŁOWA *CODEX* TO 'PIEŃ, BELKA, KLOC'. POTEM TAKŻE 'DESECZKA WOSKIEM POKRYTA, NA KTÓREJ MOŻNA BYŁO PISAĆ RYLCEM'. TO JUŻ BLISKIE ZNACZENIU PÓŹNIEJSZEMU, CZYLI 'KSIĘDZE', Z JEDNEJ STRONY JAKO ZBIOROWI DESECZEK, Z DRUGIEJ JAKO CZEMUŚ TAKIMI DESECZKAMI OGRANICZONEMU. TAKA KSIĘGA ZWANA BYŁA *KODEKSEM*, W SZCZEGÓLNOŚCI GDY ZAWIERAŁA SPIS RÓŻNEGO RODZAJU NORM – A TAKIE ZESTAWIENIA NORM MOGŁY BYĆ (I SĄ NADAL) ZWANE *KODEKSAMI* NIE TYLKO WTEDY, GDY MAJĄ FIZYCZNĄ POSTAĆ KSIĘGI, CZY TO Z UDZIAŁEM, CZY BEZ UDZIAŁU DREWNA.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

**S**a też *kodeksy* niełączące się ze spisami praw – tak nazywamy stare rękopisy, historyczne dokumenty. Sławiści znają sławny Kodeks Zografski, jedno z najstarszych tłumaczeń Pisma Świętego. W dawnym znaczeniu *kodeks* to była też nazwa pierwotnego rękopisu, z którego potem powstawały kopie i odpisy.

Ale dziś *kodeks* oznacza właśnie przede wszystkim zbiór norm. Coś, co normuje prawo, na co składają się systematycznie ułożone zasady prawne. Wielcy ludzie, jak Justynian czy Napoleon, wyposażali swoimi imionami takie *kodeksy*, dodając im mocy prawnej. Ale i bez tego *kodeks* sugeruje zwiększoną moc takich zasad, normujących życie społeczne, zwłaszcza prawne. I do *kodeksów* można się odwoływać w trudnych i wątpliwych sprawach, nie tylko prawnych.

To, co było określane przez swoją drewnianą fizyczność, a z czasem przez fizyczną książkowość, dziś wcale nie musi być postrzegane od swojej materialnej strony. Mówimy więc o *kodeksach* także niepisanych, poza książkami, obecnych w systemach norm sankcjonowanych bądź tradycją, bądź wewnętrznym, ale zewnętrznie w pewien sposób skodyfikowanym, poczuciem zasad etycznych, choćby przyzwoitości, ale nawet i estetycznych. Niekiedy znajomość takich *kodeksów* stanowi o funkcjonowaniu jednostki w społeczeństwie.

Mamy więc *kodeksy postępowania karnego, cywilnego, kodeksy handlowe*, określające zasady relacji ekonomicznych, a także *kodeksy dyplomatyczne*, na różnym poziomie *kodyfikacji, kodeksy honorowe, obyczajowe i towarzyskie*, odnoszące się do etykiety, konwencji i rytuałów – światowe, europejskie i krajowe, *kodeksy etyki i sztuki*, nawet *kodeksy uczniowskie*. *Kodeksy*, w większej części normując życie przez zapowiedzi sankcji, często odwołują się do zasad działania w nas samych zinternalizowanych, niekoniecznie ujętych w zapisy i nazywających konsekwencje ich niestosowania.

Że *kodeksy* są *skodyfikowane*, to jasne. Czasem tęsknimy do spontanicznych chaosów, ale wiemy, jak potrzebne są systematyzacje. Mniej oczywisty wydaje się związek tego pierwotnego kłosa, belki, deski z wszechobecnymi dziś *kodami*, bez których świat byłby nie do ogarnięcia. Angielskie *code*, za francuskim słowem o tej samej postaci, we wszystkich językach jest jednym z kluczowych pojęć. *Kodujemy, rozkodowujemy*, częściej jeszcze poddajemy się władzy kodów najrozmaitszych, włącznie z *kreskowymi*. Już nie postrzegamy w kodach żadnych mniej lub bardziej tajnych szyfrów, one, te kody, stanowią o naszym funkcjonowaniu w codziennym świecie w znacznie większym stopniu niż wszelkie *kodeksy*. Mamy je przed sobą, wokół siebie, w sobie.

Ale to nie znaczy, że w mniejszym stopniu mamy się kierować *kodeksami*. Zwłaszcza tymi niepisanymi. ●

# Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia musi być etyczna

TECHNOLOGIE CYFROWE STAJĄ SIĘ NIEODŁĄCZNYM ELEMENTEM MEDYCZNEGO KRAJOBRAZU, A ZARAZEM GO PRZEKSZTAŁCAJĄ. BEZ SYSTEMÓW IT TRUDNO DZIŚ SOBIE WYOBRAZIĆ PRACĘ SZPITALA CZY DZIAŁANIA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA. TELEPORADY, E-RECEPTY I E-ZWOLNIENIA STAŁY SIĘ CHLEBEM POWSZEDNIM LEKARZY I PACJENTÓW.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szefronski

**O**kazuje się przy tym, że zbiory wypracowanych reguł i zasad postępowania nie do końca pasują do nowych, cyfrowych ram. Chociażby skala nadużywania konceptu porady zdalnej w ramach tzw. receptomatów dowodzi braku zarówno refleksji etycznej, jak i regulacji prawnych, które zapobiegałyby nadużyciu cyfrowych narzędzi. Pilnie potrzebujemy uzupełnienia kodeksów etycznych zawodów medycznych o wymiar cyfrowy, ale także etycznej ramy dla prowadzonej przez państwo polityki zdrowotnej.

Dlaczego tak długo mogły mleć młyny stron wystawiających za niewielką opłatą recepty na przysłowiowy już xanax (*sic!*), zanim Ministerstwo Zdrowia dostrzegło problem? Z co najmniej kilku istotnych powodów. Po pierwsze, podczas wprowadzania nowych, innowacyjnych narzędzi często pojawiają się nieoczekiwane problemy, a cyfryzacja systemu ochrony zdrowia to dodatkowo obszar, w którym jako kraj mamy ograniczone doświadczenia. Do pewnego stopnia jesteśmy więc skazani na „rozpoznanie bojem”, choć należy oczywiście ograniczać ryzyko przez testowanie rozwiązań przed wdrożeniem. Po drugie, testowanie nowych rozwiązań musi obejmować nie tylko ich sprawność i niezawodność w sensie technicznym, nie tylko analizę ich wpływu na budżet płatnika, ale też wnikliwe badanie szerszego oddziaływania na praktykę udzielania świadczeń w systemie opieki zdrowotnej. To ostatnie zagadnienie, oprócz badań wygody użytkownika, musi zawierać analizę konsekwencji wdrożenia danego rozwiązania z perspektywy bezpieczeń-

stwa pacjenta oraz perspektywy zdrowia publicznego. Innymi słowy, w obszarze cyfryzacji systemu ochrony zdrowia niezbędne jest połączenie biegłości technicznej z refleksją etyczną, dotyczącą zarówno interakcji międzyludzkich, w szczególności pacjenta z lekarzem, jak i etycznego wymiaru polityki zdrowotnej.

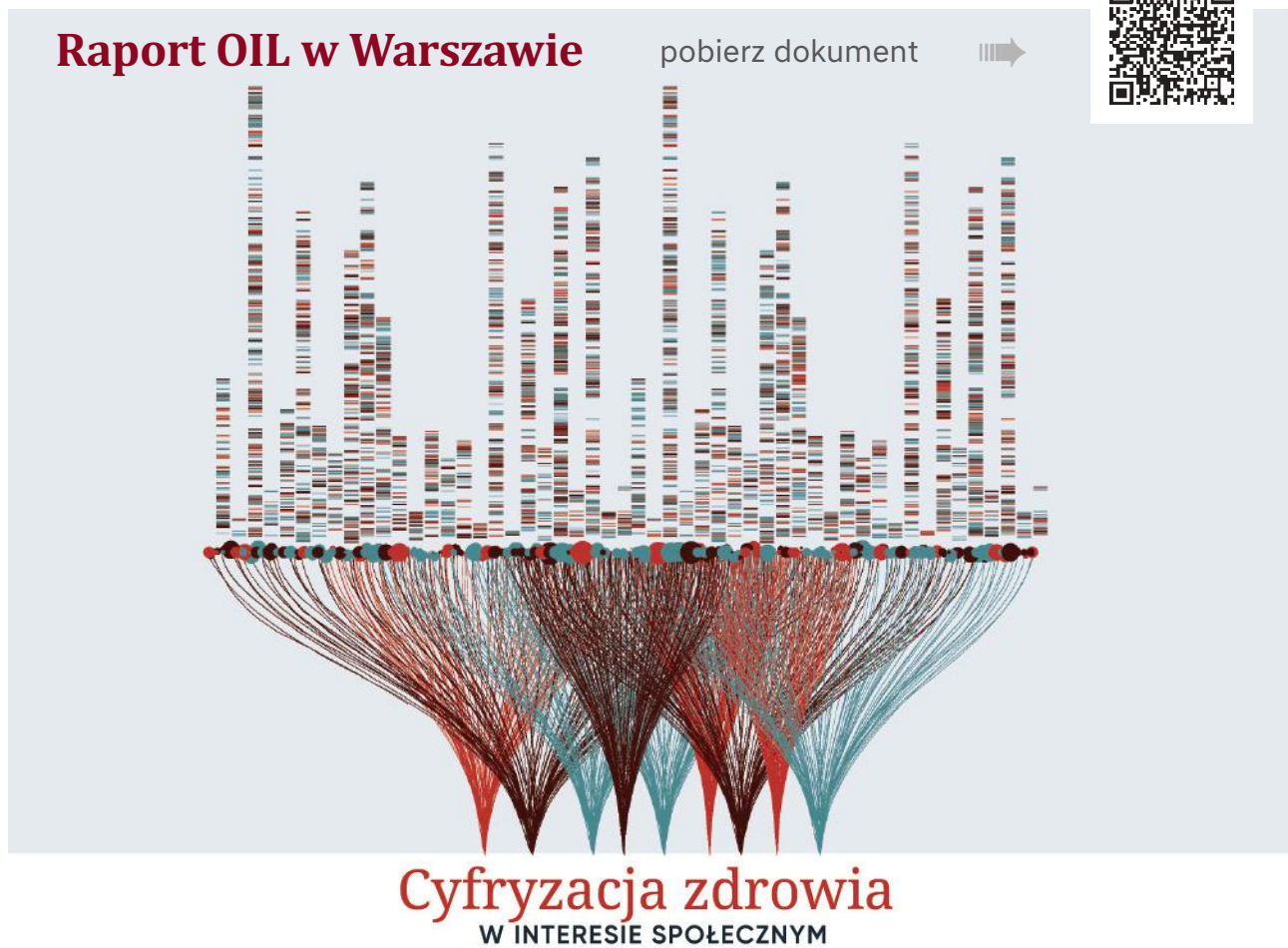
Takiej refleksji ewidentnie zabrakło w przypadku e-recepty. Akurat przewidzenie pojawienia się „modelu biznesowego”, który wykorzysta znane polskie umiłowanie do samoleczenia i nadużywania leków bez recepty, było niewątpliwie w zasięgu odpowiednich działów ministerstwa przy Miodowej. W sytuacji idealnej ministerstwo zaprosiłoby do rozmowy o tych zagrożeniach samorząd lekarski, by wypracować zasady, jakimi kierować ma się lekarz udzielający porady zdalnie, a następnie ująć je w regulacji wspartej odpowiednią interpretacją Kodeksu Etyki Lekarskiej, a być może nawet jego modyfikacją. Tymczasem wprowadzone bez adekwatnych standardów teleporady i puszczane na żywioł e-recepty, niezależnie od ich niewątpliwych zalet, w niektórych miejscach zwyczajnie zdemolowały system. Przede wszystkim obróciły w żart ideę leku na receptę. Każdy posiadający niewielki zasób gotówki i wyszukiwarkę internetową mógł kupić pakiet wybranej przez siebie diagnozy z pożądanym lekiem. W wielu receptomatach wystarczyło właściwie wypełnić formularz kontaktu i uzyskać nie tylko zasób takich czy innych pigułek, ale też wpisane w historię leczenia zapotrzebowanie m.in. na medycyną marihuanę. Jak personel medyczny ma dziś ra-


dzic sobie z pacjentem, np. na oddziale chorób wewnętrznych, który wykazuje symptomy uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ale stosowanie ich „zalegalizował” dzięki receptomatom? Prosty zysk internetowej poradni oznacza koszt dla uzależnionego człowieka, dylemat dla uczciwego lekarza, który ma go potem leczyć, ale też stratę dla publicznej ochrony zdrowia, która poniesie wydatki na leczenie uzależnień, o szerszych kosztach społecznych nie wspominając.

Takich problemów cyfryzacja przysporzy nam znacznie więcej. Istnieje pokusa, by pacjentów biedniejszych i wykluczonych komunikacyjnie obsługiwać głównie metodami zdalnymi. Są tańsze, a do tego łatwo opakować takie rozwiązania, stanowiące *de facto* ograniczanie kosztów, jako „wyrównywanie szans”. Jednocześnie bardziej zaawansowane i skuteczniejsze technologie cyfrowe, które podnoszą jakość opieki zdalnej, często pozostają zarezerwowane dla bogatszych, na co zwraca uwagę m.in. Światowe Stowarzyszenie Lekarskie. Tak zwane aplikacje zdrowotne mogą negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne, jeśli pacjent odczuwa je jako przymus nieustannego „bycia obserwowanym”; potencjalne naruszenia prywatności to ciemna strona automatycznego śledzenia różnych parametrów i zachowań, które mają zachęcać pacjentów do samokontroli i zmiany nawyków. Podobnie negatywne efekty może zresztą odczuwać nadzorowany nieprzerwanie personel medycz-

ny, który dodatkowo będzie musiał nawigować po nieznanym wodach, szukając odpowiedzi na pytanie o granice autonomii i odpowiedzialności w naszpikowanym technologiami cyfrowymi środowisku. Narzędzia cyfrowe mogą wykluczać osoby starsze, ale także te z niepełnosprawnościami sensorycznymi i niepełnosprawnością intelektualną. Już dziś wiele pożytecznych urządzeń kompletnie nie uwzględnia szczególnych potrzeb takich pacjentów. Jeżeli nie zobowiązemy producentów do brania pod uwagę takich populacji, wytworzymy nowe obszary wykluczenia w zakresie ochrony zdrowia.

Przykłady można mnożyć, wszystkie wskazują jednak, że każdemu wdrożeniu rozwiązań cyfrowych w ochronie zdrowia musi towarzyszyć namysł etyczny. Najwyższa pora, by także w Polsce porzucić naiwny technoentuzjazm, gdyż jedynie trzeźwa ocena ryzyka zastosowania technologii cyfrowych pozwala na przekucie ich potencjału w korzyści dla zdrowia ludzi. Nowe narzędzia oznaczają nowe sposoby działania, dla których brakuje jasnych wzorców i reguł postępowania. Światowe Stowarzyszenie Lekarskie pierwsze stanowisko w tej sprawie wydało w roku 2009. W Polsce tworzone są kodeksy branżowe, możemy też spodziewać się modyfikacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. To jednak nie wystarczy, jeśli strona publiczna nie zobowiąże wszystkich interesariuszy do podobnych działań, sama świecąc przykładem prołudzkiej cyfryzacji. ●



**Raport OIL w Warszawie** pobierz dokument 

**Cyfryzacja zdrowia**  
W INTERESIE SPOŁECZNYM

# Recepty, ból głowy i gorzka pigułka Adama Niedzielskiego

ROZPRAWA Z TZW. RECEPTOMATAMI MIAŁA BYĆ ORĘŻEM ADAMA NIEDZIELSKIEGO NAJPIERW W WALCE O POCZESNE MIEJSCE NA LIŚCIE WYBORCZEJ PRAWA I SPRAWIEDLIWOŚCI, POTEM – O POSELSKI MANDAT. PRZYŚŁOWIA LUDOWE SĄ MĄDROŚCIĄ NARODÓW, W TYM PRZYPADKU SPRAWDZIŁY SIĘ SZCZEGÓLNICIE DWA: „PYCHA KROCZY PRZED UPADKIEM” ORAZ „JEŚLI PAN BÓG CHCE KOGOŚ POKARAĆ, TO MU ROZUM ODBIERA”. ADAM NIEDZIELSKI NIE JEST JUŻ MINISTREM ZDROWIA. NIE PRZEGRĄŁ Z RECEPTOMATAMI, ALE – SAM ZE SOBĄ.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bortyzel

**L**ek. Piotr Pisula, Szpital Miejski w Poznaniu, wczoraj w Faktach TVN: »żadnemu pacjentowi nie dało się wystawić takiej recepty«. Sprawdziliśmy. Lekarz wystawił wczoraj na siebie receptę na lek z grupy psychotropowych i przeciwbólowych. Takie to **FAKTY**. Jakie kłamstwa czekają nas dziś?».

4 sierpnia, niezbyt późne piątkowe popołudnie, środek wakacji. Co może pójść nie tak? Kilkadziesiąt godzin wcześniej Ministerstwo Zdrowia na oficjalnym koncie twitterowym poucza lekarzy, że nie rozumieją specyfiki mediów społecznościowych. „W twittach znajduje się esencja przekazu, co za tym idzie nie każde zdanie to logiczne continuum zdania poprzedzającego” – tak brzmi komentarz dotyczący zwołanej na 2 sierpnia konferencji OZZL i Porozumienia Rezydentów OZZL. Ale o tym za chwilę.

Czytając tweet ministra, odnoszę wrażenie – i nie tylko ja – że ktoś wyłączył grawitację. Nic takiego nie może się przecież wydarzyć. Nie ma takich okoliczności, które pozwoliłyby urzędnikowi państwowemu ujawnić dane medyczne pacjenta. Co prawda „lek. Piotr Pisula”

jest lekarzem, ale minister zdecydował się ujawnić informacje o nim, jako o pacjencie. Liczba 4,5 mln wyświetleń wpisu w ciągu trzech dni mówi sama za siebie – tzw. sprawa Pisuli przykryła wszystko. Nawet rządowy przekaz, że jak wygra opozycja, Polacy nie będą mogli zbierać grzybów w lasach.

Konflikt ministra zdrowia ze środowiskiem lekarskim, który narastał od wielu miesięcy, pękł niczym wrzód. To, co kluczowe, rozegrało się zaledwie na przestrzeni kilku wakacyjnych tygodni.

2 sierpnia weszły w życie przepisy rozporządzenia zmieniające zasady wystawiania recept na leki z grupy psychotropowych i przeciwbólowych. To kolejny element ogłoszonej z hukiem 30 czerwca walki Ministerstwa Zdrowia z receptomatami, czyli przedsiębiorstwami korzystającymi z rozwiązań telemedycznych do komercyjnego wystawiania recept. Ignorowane przez blisko trzy lata zjawisko (pierwsze takie firmy powstały tuż po wprowadzeniu e-recepty, na początku 2020 r.) znalazło się w centrum zainteresowania resortu zdrowia. I samego ministra. Dlaczego?

Po pierwsze, pojawił się realny problem. Choć duża część receptomatów zachowywała przez cały czas protokoły bezpieczeństwa, odmawiając wystawiania recept na leki z grup szczególnie dla pacjentów niebezpiecznych, zdarzały się przypadki nadużyć. To fakt, nie opinia. Po drugie, minister zdrowia mógł w tych okolicznościach z całą mocą stwierdzić, że staje w obronie zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów.

Co więcej, że staje w obronie zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów w kontrze do środowiska lekarskiego, które Adam Niedzielski wprost oskarżał o beczynność i niechęć do oczyszczenia własnych szeregów. Wbrew faktom. Pierwsze bowiem zawiadomienia z resortu zdrowia, co wielokrotnie podkreślał samorząd lekarski, trafiły do Naczelnej Izby Lekarskiej w połowie kwietnia i bezzwłocznie zostały przekazane rzecznikom odpowiedzialności zawodowej przy właściwych okręgowych izbach lekarskich. Na dobrą sprawę to ministerstwo można by oskarżyć o przewlekłą beczynność, bo pierwsze interpelacje poselskie w prawie bezpieczeństwa zdalnego wystawiania recept na zasadach komercyjnych pojawiły się już w połowie 2020 r.

To, co rozegrało się 4 sierpnia i w efekcie doprowadziło do szybkiej dymisji Adama Niedzielskiego, zaczęło się 2 lipca, gdy Centrum e-Zdrowia zniemacka włączyło wszystkim lekarzom w Polsce limity – 300 recept na 10 godzin pracy, dla maksymalnie 80 pacjentów. Na jakiej podstawie prawnej? Bez podstawy. Na mocy woli, słów i twitterowej aktywności ministra zdrowia. Lekarzy protestujących przeciw jawnemu łamaniu prawa przez ministra Adam Niedzielski i jego biuro prasowe oskarżyli o działania lobbingowe na rzecz receptomatów. Które, *nota bene*, mimo limitów działały bez większych przeszkód. Podane na początku sierpnia przez resort informacje o trzykrotnym spadku średniej liczby recept na lekarza w kilku największych firmach są obarczone błędem. Nie podano bowiem liczby recept ogółem, tylko średnią, co (przynajmniej do pewnego stopnia) potwierdza informacje, że od początku lipca receptomaty zaczęły na dużą skalę szukać nowych chętnych do pracy.

Miodowa konsekwentnie ignorowała apele, płynące z samorządu lekarskiego, o wycofanie się ze złego rozwiązania i wypracowanie (szybkie) takich kroków, które pomogą walczyć z patologią. W dużym skrócie: zamiast limitów – wprowadzenie standardu porady telemedycznej, przede wszystkim pierwszorazowej (bo wiadomo, że ten rodzaj w receptomatach dominuje). Domagali się tego zresztą nie tylko lekarze, ale też eksperci zajmujący się telemedycyną. Resort pozostał głuchy na postulaty i parł do przodu w swoim kierunku. Gdy w jeden z lipcowych weekendów w systemie CeZ odnotowano poważny błąd, na dobrych kilka godzin blokujący lekarzom możliwość wystawiania recept na niektóre grupy leków, widać było, że lekarze jako środowisko są o krok od wybuchu.

Na dwa dni przed godziną „T” (czyli godziną publikacji osławionego tweeta przez Adama Niedzielskiego) weszły w życie przepisy rozporządzenia ministra dotyczące recept na leki

psychotropowe oraz przeciwbólowe i – jak można się było spodziewać – nie wszystko poszło jak po maśle. Duża część lekarzy zaczęła bowiem zgłaszać problemy z wystawianiem tychże recept. Jednocześnie OZZL i Porozumienie Rezydentów OZZL ogłosiły, że żądanie przeprosin za publiczne oskarżenie o działanie na rzecz receptomatów pozostało bez echa, więc lekarze spotkają się z ministrem w sądzie. Dzień później, czyli 3 sierpnia, „Fakty” TVN wyemitowały program, w którym wystąpił m.in. Piotr Pisula.

Co chciał osiągnąć Adam Niedzielski? Upokorzyć lekarza (byłego przewodniczącego Porozumienia Rezydentów)? Zdyskredytować nielubianą (ogólnie powiedziane) stację telewizyjną i jej flagowy program informacyjny? A może zagrać *va bank*? Jest tajemnicą poliszyneła, że przez tydzień poprzedzający feralny dla Niedzielskiego wpis minister zdrowia był „mało obecny” w resorcie. Powód stanowiły informacje, jakie do niego dotarły z Nowogrodzkiej: wbrew planom, a ponoć i licznym obietnicom, jakie otrzymywał w ostatnim roku, PiS wcale nie zamierzał wystawić go na pierwszym (a złośliwi twierdzą, że nawet na „biorącym”) miejscu na liście pilskiej. Zważywszy, że Adam Niedzielski wcześniej marzył o byciu lokomotywą listy poznańskiej, to więcej niż dyshonor. Nie brakuje opinii, że twitterowa szarża miała odmienić stanowisko władz PiS – zarówno frontalny atak na TVN, jak i na lekarza powinny przynieść pożądany rezultat. Sam Niedzielski w obszernej odpowiedzi na pytanie rzecznika praw obywatelskich powtarza to, co pisał w mediach społecznościowych: działał w ramach przepisów, w interesie pacjentów. I dlatego, logiczne, naruszył podstawowe prawo pacjenta właśnie.

Los Adama Niedzielskiego był przesądzony już w weekend, a najlepszym świadectwem – głucha cisza ze strony polityków obozu rządzącego, którą przerwały niemające większego znaczenia głosy europoła Ryszarda Czarneckiego i byłej wiceminister zdrowia Józefy Szczurek-Żelazko. Nawet komentarz ministra Waldemara Budy („lekarzy trzeba czasem dyscyplinować”) nie odbił się szerszym echem, a wypowiedź (jeszcze) posłanki Katarzyny Sójki, jakoby lekarz Piotr Pisula „zaprzeczył sam sobie”, bo ostatecznie receptę wystawił, przyciągnęła uwagę mediów dopiero po jej nominacji na ministra. Nie było wątpliwości: Niedzielski musi odejść. Podobno również dlatego, że jego obecność drażniła elektorat Konfederacji, o który Zjednoczona Prawica zamierza zabiegać w październikowych wyborach, ale to didaskalia.

I odszedł. Co wydarzy się w nadchodzących dwóch miesiącach? Nowej minister zdrowia, Katarzyny Sójki (lekarki i leśniczki z wykształcenia), niemal nikt nie zna, ale pierwsze ustalenia z resortem zdrowia, podjęte podczas rozmów w Naczelnej Izbie Lekarskiej, dotyczące zniesienia limitów i wprowadzenia standardu telemedycznej porady pierwszorazowej pokazują – bardzo nieśmiało – światelko w tunelu. Nie na przełom (osiem tygodni do wyborów to naprawdę niewiele), ale szansę na przynajmniej częściowe uporządkowanie tego, co w tak krótkim czasie można posprzątać. ●

# Ujawnienie danych o recepcie jest przestępstwem

ZACHOWANIE W TAJEMNICY DANYCH O PACJENCIE, LECZENIU I RECEPCIE TO PODSTAWOWY OBOWIĄZEK PRZEDSTAWICIELI ZAWODÓW MEDYCZNYCH. W PRZYPADKU UJAWNIENIA DANYCH CHRONIONYCH W GRĘ WCHODZI ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA.

tekst MIKOŁAJ MAŁECKI



Fot. P. Urbańczyk

Zaufanie do lekarza to jedna z podstawowych wartości, która wymaga szczególnej ochrony, również metodami prawa karnego. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy samego faktu wizyty u lekarza, a tym bardziej informacji o przebiegu leczenia i przepisanych lekach. Każdy lekarz bierze na siebie obowiązek zachowania w tajemnicy informacji, z którymi zapoznaje się w ramach wykonywanego zawodu.

Postęp techniczny nie tylko przyczynia się do ratowania życia, ale i ułatwia życie pacjentom oraz lekarzom w ramach codziennych obowiązków. Gromadzenie ogromnej ilości danych o obywatelach w różnych – państwowych czy prywatnych – bazach danych stawia przed organami państwa i podmiotami prywatnymi wiele wyzwań związanych ze skuteczną ochroną informacji. Szczelność systemu, gwarancje techniczne, by dane nie mogły zostać wykradzione, reglamentacja dostępu do baz danych przez osoby postronne to warunki zaufania obywateli do cyfryzacji usług medycznych.

Sprawa byłego już ministra zdrowia, który ujawnił dane o recepcie w akcie odwetu na lekarzu alarmującym o niewydolności systemu, nie może być rozpatrywana wyłącznie w kategoriach politycznych. Nie sprowadza się też do pokrzywdzenia lekarza, który został publicznie napiętnowany przez ministra. Stawką jest wiarygodność instytucji państwa i przyszłość cyfryzacji w Polsce.

Przypomnijmy: w internetowym wpisie opublikowanym w serwisie X (do niedawna Twitter) minister wskazał z imienia i nazwiska konkretnego lekarza, wymienił jego miejsce pracy, określił przepisane leki. Treść wpisu łatwo odnaleźć w Internecie – nie powielam jej w tym miejscu, by nie przyczyniać się do rozpowszechniania inkryminowanej treści.

Osoba pełniąca funkcję publiczną może ujawniać dane, które nie są publicznie dostępne, tylko wtedy, gdy zezwała jej na to wyraźna podstawa prawna lub osoba, której dotyczą określone informacje. Co nie jest wyraźnie dozwolone, tego funkcjonariuszowi publicznemu czynić nie wolno – głosi zasada legalizmu określona w polskiej konstytucji. Funkcjonariusze publiczni – osoby obdarzone szczególnym zaufaniem z racji pełnionych funkcji – muszą działać w restrykcyjnym rygorze przestrzegania przepisów.

Ujawnienie danych, z którymi ktoś zapoznał się w ramach wykonywanych czynności służbowych, to przestępstwo z art. 266 §1 lub 2 kodeksu karnego. „*Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch*” – mówi paragraf 1. Kwalifikowana forma odpowiedzialności karnej przewidziana jest dla funkcjonariusza publicznego, który ujawnia osobie nieuprawnionej informację niejawną

o klauzuli „zastrzeżone” lub „poufne” albo informację, którą uzyskał w związku z wykonywaniem czynności służbowych, a której ujawnienie może narazić na szkodę prawnie chroniony interes. Za ten ostatni czyn funkcjonariusz podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech.

W omawianym przypadku naruszono dobra osobiste lekarza, o czym sam poinformował w piśmie wzywającym ministra do zadośćuczynienia. Naruszono też interes publiczny: intencjonalny wyciek danych podważał zaufanie wszystkich pacjentów do państwowych systemów gromadzących dane wrażliwe. Był to swoisty odwet na lekarzu za krytykę władzy. Powodem oszczerstwa było zaalarmowanie przez lekarza o problemie dotyczącym pacjentów. Taką wymowę miał internetowy wpis, w którym minister 4 sierpnia 2023 r. napisał: „*Kłamstwa @FaktyTVN. We wczorajszym wydaniu usłyszeliśmy, że pacjenci po operacjach ortopedycznych w Poznaniu nie dostali przez ostatnie dwa dni recept na leki przeciwbólowe. Sprawdziliśmy w Poznaniu. I co? Pacjenci po operacjach ortopedycznych otrzymywali recepty na wskazane leki!!*”. Przedmiotem kolejnego tweeta stał się lekarz Piotr Pisula, wystawiona przez niego recepta i zarzut kłamstwa.

Funkcjonariuszowi publicznemu nie wolno instrumentalnie wykorzystywać danych chronionych, by za ich pomocą dyskredytować obywatela, w tym wypadku lekarza. Wycieku danych nie usprawiedliwia żaden mętnie rozumiany interes publiczny, na który powoływał się minister. W interesie publicznym leżała ochrona danych o receptach i lekach. Cała sprawa powinna być zbadana pod kątem ogólnych regulacji ustawy o ochronie danych osobowych, która zawiera przepisy karne, dotyczące nielegalnego przetwarzania danych. Chęć opublikowania danych bez podstawy prawnej świadczy też o przekroczeniu uprawnień, a to przestępstwo opisuje art. 231 k.k.

Istotną kwestią jest odróżnienie prawa do zapoznania się z określonymi danymi (np. do podglądu systemu) od prawa do rozpowszechniania danych, które ktoś pozyskał w ramach działalności zawodowej. Przykładowo: lekarz, do którego idziemy po poradę, ma prawo pozyskiwać dane o naszym zdrowiu i dysponować nimi. Ma uprawnienie, by udokumentować diagnozę, odnotować w systemie przepisane leki itd. To jednak nie oznacza, że ma prawo opowiadać o tym na prawo i lewo. Wręcz przeciwnie: nie ma prawa, gdyż wiąże go tajemnica lekarska. Zatem

nawet jeśli minister może mieć legalny dostęp do systemu danych, nie oznacza to zezwolenia na ich rozpowszechnianie.

Lekarzowi przysługuje ochrona dóbr osobistych w postępowaniu cywilnym, kroki w tym kierunku zostały zresztą zapowiedziane. To jednak nie wyłącza odpowiedzialności karnej sprawcy za naruszenie innych dóbr prawnych, w tym przypadku interesu publicznego dotyczącego ochrony danych osobowych. Ścieżka postępowania cywilnego i postępowanie karne to niezależne od siebie reżimy odpowiedzialności. Oczywiście, sprawy nie kończy dymisja ministra. Sytuacja wymaga zbadania przez organy ścigania, z uwzględnieniem tego, co o zdarzeniu mówi kodeks karny.

W ocenie konkretnego czynu bierze się pod uwagę stopień jego społecznej szkodliwości. Może on wpływać na uznanie czynu za społecznie szkodliwy w stopniu znikomym (brak przestępstwa), uzasadniać warunkowe umorzenie postępowania w mniej poważnych sprawach lub wpływać na wybór rodzaju kary. Ostentacyjne ujawnienie danych chronionych, ze szkodą dla dóbr prywatnych i publicznych, trudno uznać za błahostkę. Wpis celowo opublikowano w Internecie, by dotarł do jak najszerszego grona odbiorców. Chodziło o wejście w polemikę z dużą stacją telewizyjną. Zasięg pierwotnego wpisu przekroczył 4 mln wyświetleń. Od początku było wiadomo, że będzie komentowany i masowo udostępniany w mediach społecznościowych, prasie i telewizji.

Co istotne, według art. 266 k.k. wystarczy jeden odbiorca bezprawnego przecieku, by sprawcy ujawniającemu dane groziło pozbawienie wolności. Tylko jeden odbiorca, a przestępstwo zostaje dokonane! Jeśli funkcjonariusz ujawnia informacje nie pojedynczej osobie, ale wręcz całej Polsce, społeczna szkodliwość takiej formy upublicznienia danych jawi się jako potężna. Wysoki stopień karygodności czynu wyklucza możliwość zamiecenia tej sprawy pod dywan. ●

Dr hab. Mikołaj Małecki – nauczyciel akademicki w Katedrze Prawa Karnego Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes Krakowskiego Instytutu Prawa Karnego, jeden z najbardziej wpływowych prawników w Polsce w rankingach „Dziennika Gazety Prawnej”, twórca portalu i bloga DogmatyKarnisty.pl obserwowanego przez ponad 67 tys. osób.



## Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane? Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

Dyżury rzecznik praw lekarza Moniki Potockiej

poniedziałki 10.00–14.00 ● czwartki 10.00–16.00

E-mail [rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl](mailto:rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl)

Tel. 512 331 230, 691 224 246

# VIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stomatologii Dziecięcej

ORGANIZOWANA PRZEZ POLSKIE TOWARZYSTWO STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ I ZAKŁAD STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO RAZEM Z OKRĘGOWĄ IZBĄ LEKARSKĄ W WARSZAWIE I KOMISJĄ DS. LEKARZY DENTYSTÓW ORL W WARSZAWIE KONFERENCJA ODBĘDZIE SIĘ POD KONIEC WRZEŚNIA. TO KOLEJNY PRZYKŁAD ŚCISŁEJ WSPÓŁPRACY MIĘDZY STOMATOLOGICZNYM ŚRODOWISKIEM AKADEMICKIM, SAMORZĄDEM ZAWODOWYM I PRZEDSTAWICIELAMI TOWARZYSTW NAUKOWYCH NA TERENIE NASZEJ IZBY.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**D**wudniowa konferencja rozpocznie się w piątek, 29 września, od części warsztatowej. Następnego dnia, oprócz warsztatów, odbędą się wykłady. Do udziału w spotkaniu zaproszeni zostali goście z Norwegii i Holandii.

– *My pomagamy w tym przedsięwzięciu przede wszystkim organizacyjnie, ale myślę, że jesteśmy też gwarantem, że wiedza i umiejętności przekazywane podczas konferencji będą najwyższej jakości. Jesteśmy dumni, że tak znakomite instytucje chcą z nami współpracować po raz kolejny* – wyjaśnia wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentyistów Dariusz Paluszek.

– *To konferencja dla lekarzy klinicystów. Osób, które naprawdę pracują w swoich gabinetach, z pacjentami. Dlatego organizujemy mnóstwo warsztatów praktycznych, dzięki którym uczestnicy będą mogli kształtować umiejętności nie tylko czysto medyczne, ale także np. z zakresu komunikacji z pacjentem w wieku rozwojowym. To bardzo ważne, bo w programie kształcenia akademickiego takich zajęć nie ma zbyt dużo. Do udziału w zajęciach zaprosimy tzw. pacjentów standaryzowanych. Dla miłośników nowinek naukowych przygotowaliśmy natomiast sesję plakatową poświęconą osiągnięciom i wynikom badań młodych polskich stomatologów naukowców* – mówi



prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prezes PTSD i dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM.

Prof. Olczak-Kowalczyk jest także konsultantem krajowym w dziedzinie stomatologii dziecięcej. W Komitecie naukowym konferencji zasiada obok niej dr hab. n. med. Anna Turcka-



-Szybka, mazowiecka konsultant wojewódzka w tej samej dziedzinie. Dlatego „Puls” zapytał je, czy należy ten fakt traktować jako przykład współpracy konsultantów.

– *Myszę, że wszystkie nasze funkcje są ze sobą powiązane [Anna Turska-Szybka jest ponadto adiunktem Zakładu Stomatologii Dziecięcej, którym kieruje prof. Olczak-Kowalczyk – red.]. Powstał swego rodzaju układ naczyń połączonych. Poza tym wszystkie działania na poziomie poszczególnych województw są scalane przez panią profesor. Zresztą myślę, że na naszej konferencji obecni będą też inni konsultanci wojewódzcy. Dodam, że jest ona jednak przeznaczona nie tylko dla osób pełniących istotne funkcje w ochronie zdrowia, ale dla wszystkich zainteresowanych tematem pedodoncji, m.in. rezydentów, a nawet adeptów zupełnie innych specjalizacji* – przekonuje Anna Turska-Szybka.

Potrzebę wyznaczenia tak szerokiego grona odbiorców wyjaśnia Dariusz Paluszek: – *Lekarz dentysta w polskich realiach jest kimś na kształt stomatologicznego lekarza pierwszego kontaktu, lecz cały rodzinny wielopokoleniowy. De facto każdy z nas ma kontakt z pacjentem dzieckiem. Dlatego to, co podczas konferencji proponuje PTSD, jest tak niezmiernie ważne.*

Temat komunikacji z pacjentem, o którym w rozmowie z „Pulsem” wspomniała prof. Olczak-Kowalczyk, zostanie omówiony podczas piątkowej sesji warsztatowej „Jak rozmawiać z pacjentem dzieckiem i jego opiekunem w gabinecie stomatologicznym?”. Wydawać by się mogło, że techniki dentystycz-

ne i sprzęt medyczny się zmieniają, ale sposoby komunikacji pozostają względnie stałe. Ludzie są tacy sami jak chociażby 70 lat temu, więc jeśli raz poznamy zasady komunikacji, nie ma konieczności kształcenia ustawicznego w tym zakresie. Prezes PTSD przekonuje jednak, że to tylko pozory.

– *Oto przykład: 70 lat temu nie zważano na emocje dziecka, tylko wciskano do buzi „metalowy palec”, stomatolog robił, co musiał. Taka była proza ówczesnego życia. Dziś takie metody są już nie do pomyślenia, staramy się prowadzić leczenie maksymalnie bezstresowo, choć oczywiście nie zawsze jest to możliwe. Zwłaszcza w stanach ostrych. Dlatego tak ważne jest kształtowanie umiejętności komunikacyjnych, zdolności lekarza do wpływania na zachowanie dziecka, a przede wszystkim zachowanie rodzica towarzyszącego małemu pacjentowi. Podczas naszej konferencji warsztaty poprowadzi dr Antonina Doroszewska, autorka programu kształcenia z zakresu komunikacji dla studentów WUM, również dla studentów kierunku lekarsko-dentystycznego – podkreśla prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. Jej zdaniem istotnym zadaniem jest utrzymanie płynnej komunikacji w sytuacji, kiedy w gabinecie dentystycznym oprócz lekarza i pacjenta jest także rodzic oraz pomoc dentystyczna.*

VIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stomatologii Dziecięcej odbędzie się na terenie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod patronatem honorowym rektora uczelni. Zapisy są prowadzone przez stronę internetową: [konferencja2023.ptsd.net.pl](http://konferencja2023.ptsd.net.pl). ●



## Konwencjonalna i minimalnie inwazyjna procedura opracowania kanału korzeniowego z zachowaniem integralności strukturalnej i bezpieczeństwa pacjenta

**TERMIN: 7 października 2023 r.**

**LOKALIZACJA: OIL w Warszawie, ul. Puławska 18**

Zajęcia poprowadzą certyfikowani wykładowcy Dentsply Sirona Endodontics

Więcej na: [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl)



Fot. licencja OIL w Warszawie

# Płytką sedacja bez zmian

DUŻE ZAMIESZANIE WYWOŁAŁO ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA DOTYCZĄCE UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH, KTÓRE WPROWADZIŁO NOWĄ UMIEJĘTNOŚĆ POD NAZWĄ PŁYTKA SEDACJA. LEKARZE DENTYŚCI ZACZĘLI SIĘ OBAWIAĆ, ŻE STOSOWAĆ W PRZYGOTOWANIU PACJENTÓW DO ZABIEGU PODTLENKU AZOTU BĘDZIE WOLNO TYLKO TYM MEDYKOM, KTÓRZY MAJĄ ODPOWIEDNI CERTYFIKAT.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**M**inisterstwo Zdrowia zostało poproszone m.in. przez OIL w Warszawie, a także przez prof. Dorotę Olczak-Kowalczyk, konsultant krajową w dziedzinie stomatologii dziecięcej, o wyjaśnienie wątpliwości. Resort zwlekał z udzieleniem odpowiedzi, ale Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie podkreśla, że dobrze się stało, iż przynajmniej Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie uzyskała z resortu konieczną i, co najważniejsze, korzystną dla stomatologów interpretację.

Niepewność wprowadziła lista specjalizacji, po których można w ogóle ubiegać się o certyfikat umiejętności zawodowych z zakresu płytkiej sedacji. Są na niej: chirurgia dziecięca, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, choroby wewnętrzne, dermatologia i wenerologia, gastroenterologia, gastroenterologia dziecięca, kardiologia, kardiologia dziecięca, pediatria, położnictwo i ginekologia, pulmonologia, radiologia i diagnostyka obrazowa, urologia, urologia dziecięca. Uprawnieni do starań o certyfikat są również lekarze, którzy ukończyli i zali-

czyli drugi rok szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

W tym zestawieniu nie wymieniono stomatologii, co spowodowało pytanie, czy zdaniem ministerstwa, jeśli dentyści nie mogą zdobyć tych umiejętności, w ogóle nie wolno im przeprowadzać sedacji podtlenkiem azotu?

W wyjaśnieniach Ministerstwa Zdrowia czytamy, że płytka sedacja nie tylko znajduje się w programie szkolenia specjalizacyjnego ze stomatologii dziecięcej, ale też: „*Już standard kształcenia [na kierunku lekarsko-dentystycznym – red.] obowiązujący na mocy rozporządzenia ministra nauki i szkolnictwa wyższego (...) określa nabywanie doświadczenia, zarówno na poziomie wiedzy, jak i umiejętności z zakresu procedur usmierzenia bólu, lęku i stresu w trakcie leczenia stomatologicznego*”.

Departament Rozwoju Kadr Medycznych wyjaśnia, że w tym właśnie zakresie mieści się podanie pacjentowi podtlenku azotu, jako metoda znieczulania. ●

# Szybka konsultacja farmaceutyczna dla członków naszej izby

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE OGŁASZA ROZPOCZĘCIE WSPÓŁPRACY Z OKRĘGOWĄ IZBĄ APTEKARSKĄ W WARSZAWIE W ZAKRESIE KONSULTACJI DOTYCZĄCYCH ZASAD WYSTAWIANIA RECEPT I OBROTU PRODUKTAMI LECZNICZYMI W APTECE. O POMOC MOŻE POPROSIĆ KAŻDY LEKARZ, A ODPOWIEDŹ UZYSKA W 24 GODZINY.

tekst **OLGA RASIŃSKA**

## NA CZYM POLEGAĆ BĘDZIE WSPÓŁPRACA?

**J**uż teraz lekarze mogą liczyć na bezpłatną i szybką konsultację z farmaceutą OIA. Pytania dotyczyć mogą m.in. zasad wystawiania recept na środki odurzające i substancje psychotropowe, dodatkowych uprawnień pacjenta i wzorów recept (pełna lista zagadnień dalej). Odpowiedź nadejdzie w ciągu doby.

## CO ZROBIĆ, BY SKORZYSTAĆ Z POMOCY FARMACEUTY OIA?

Wystarczy napisać pod adresem e-mail: [pytania@oia.waw.pl](mailto:pytania@oia.waw.pl). Usługa jest realizowana od 15 sierpnia 2023 r. – *Ten projekt to dobrze rokujący początek współpracy z Okręgową Izbą Aptekarską. W planach mamy nie tylko praktyczne ułatwienia i konsultacje dla lekarzy, ale również współpracę w zakresie edukacji. Przygotowujemy webinarium z farmaceutami OIA, podczas którego poruszone zostaną najistotniejsze zagadnienia dotyczące pracy lekarza wypisującego recepty* – zapowiada Olga Rostkowska, wiceprezes ORL w Warszawie.

## JAKIE TEMATY MOŻNA OMÓWIĆ Z EKSPERTEM Z OIA?

- Rodzaje recept i zasady ich wystawiania
- Czy każda recepta musi odpowiadać wzorowi?
- Dane, które muszą się znaleźć na recepcie

- Terminy ważności recept i ordynacja na czas kuracji
- Zasady zapisywania sposobu dawkowania z podziałem na grupy produktów leczniczych
- Zasady wystawiania recept na środki odurzające i substancje psychotropowe oraz prekursorzy kategorii I
- Zasady przygotowania zapotrzebowania na zakup produktów leczniczych w aptece przez podmioty wykonujące działalność leczniczą
- Recepty na import docelowy
- Terminy ważności recept na preparaty immunologiczne
- Recepty na leki recepturowe (wykonywane w aptece)
- Uprawnienia dodatkowe pacjenta, zasady ordynacji z uwzględnieniem poziomu odpłatności
- Obcokrajowiec u lekarza – zasady wystawiania recept dla obywateli UE/EFTA oraz pacjentów spoza UE, zakres wymaganych danych
- Braki produktów leczniczych – rozwiązania alternatywne
- Zasady wydawania z apteki produktów leczniczych w dawce niższej i innej postaci aniżeli zaordynowana na recepcie
- Recepta roczna i zasady działania „liczydła aptecznego” w oparciu o art. 96a ust. 7a prawa farmaceutycznego
- Pozostałe tematy dotyczące zasad wystawiania i realizacji recept ●

# Jak zostać lekarzem na Ukrainie

UKRAIŃSKA EDUKACJA MEDYCZNA NIE PRZEWIDUJE MIEJSCA DLA LEKARZA BEZ SPECJALIZACJI. ZANIM LEKARZ ZDIAGNOZUJE SWOJEGO PIERWSZEGO PACJENTA, MUSI ZDAĆ TRZY EGZAMINY PAŃSTWOWE (TZW. KROKI) ORAZ – OD NIEDAWNA – MIĘDZYNARODOWE EGZAMINY IFOM.



Fot. licencja OIL w Warszawie

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**



Fot. K. Bartyzel

**W** środowisku medycznym natrafiamy na wątpliwości, a nawet negatywne opinie dotyczące poziomu umiejętności i wiedzy ukraińskich lekarzy pracujących w polskiej ochronie zdrowia. – *Wątpliwości, o których słyszymy, po pierwsze, odnoszą się do aspektu tak prozaicznego jak umiejętność komunikacji z pacjentem w języku polskim. Po drugie, zgłaszano nam przypadki posługiwania się nienależnym tytułem specjalisty. Niemal jest też komentarzy dotyczących braków w wiedzy medycznej i błędów w postępowaniu korygowanych przez lekarzy nadzorujących pracę ukraińskich medyków* – wyjaśnia Piotr Pawliszak, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Postanowiliśmy zatem bliżej przyjrzeć się temu zagadnieniu i rozłożyć ukraiński system kształcenia lekarzy na czynniki pierwsze.

## POCZĄTEK

Po przystąpieniu do procesu bolońskiego w 2005 r. Ukraina zreformowała swój system edukacji, dostosowując go do standardów Unii Europejskiej. Strukturę wyższego szkolnictwa medycznego wzorowano na systemach edukacyjnych wiodących krajów, zgodnie z zaleceniami UE, UNESCO i ONZ.

Przyszły student medycyny musi przejść egzamin ZNO, czyli Niezależną Ocenę Zewnętrzną, z określonych przedmiotów. To odpowiednik polskiej matury. Kiedyś wysoki wynik z biologii, chemii i języka ukraińskiego dawał szansę zdobycia miejsca na kierunku lekarskim, dziś historia Ukrainy, język ukraiński i matematyka decydują o tym, czy młody człowiek ma szansę zostać lekarzem. Aby dostać się na medycynę, należy uzyskać bardzo wysoki wynik. Kierunek

lekarski oferują uczelnie państwowe, zarówno specjalistyczne, czyli medyczne (18, w tym 6 o statusie narodowych), jak i wielokierunkowe (7), oraz specjalistyczne uczelnie prywatne, ale one stanowią mniejszość. Zdaniem dr Anastasii Sikory, lekarza psychiatry, absolwentki Iwano-Frankowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego, blisko 10 proc. przyszłych lekarzy studiuje na niespecialistycznych, wielokierunkowych uniwersytetach.

## KROK PO KROKU

Ukraina wzoruje się na systemie amerykańskim. Pierwsze trzy lata studiów obejmują przedmioty teoretyczne, takie jak fizyka, historia, łacina, matematyka, chemia, anatomia, fizjologia, histologia. Potem przychodzi czas na pierwszy medyczny egzamin państwowy – Krok 1. Studenci muszą odpowiedzieć na 200 zamkniętych pytań wielokrotnego wyboru, egzamin trwa 200 minut. Mają tylko jedno podejście, nieuzyskanie minimalnej wymaganej liczby punktów skutkuje powtarzaniem trzeciego roku.

Od czwartego do szóstego roku program nauczania zawiera przedmioty praktyczne, czyli kliniczne. Na początek interna, chirurgia, pediatria, a następnie węższe specjalizacje. Zajęcia odbywają się w mniejszych niż poprzednio grupach i głównie w szpitalach. Po miesiącu od ukończenia szóstego roku przychodzi czas na kolejny państwowy egzamin – Krok 2., ze wszystkich przedmiotów klinicznych. Formuła pozostaje bez zmian – 200 pytań i 200 minut. Studentom przysługuje prawo do jednej poprawki. Jeśli komuś nie uda się zdać egzaminu, musi czekać kolejny rok. Bez zaliczonego Kroku 2. nie można rozpocząć szkolenia specjalistycznego, czyli Internatury, do czego wymagany jest dyplom ukończenia studiów oraz poświadczenie zaliczenia Kroku 2. Zaliczenie Kroku 2. nie uprawnia jednak absolwenta do pracy w zawodzie lekarza. Równoległe z egzaminami Krok studenci medycyny na Ukrainie obowiązkowo zdają międzynarodowy egzamin International Foundations of Medicine (analogicznie trzy razy).

## LEKARZ SPECJALISTA

Internatura nie jest odpowiednikiem polskiego stażu podyplomowego. To obowiązkowe specjalizacyjne szkolenie podyplomowe. Każdy lekarz, by otrzymać pozwolenie na wykonywanie zawodu, musi mieć specjalizację. Po zdaniu egzaminu kończącego sześć lat studiów medycy rozpoczynają Internaturę, która trwa od dwóch do trzech lat, w zależności od wybranej specjalizacji. Przykładowo dermatologię, endokrynologię i internę studiuje się krócej niż chirurgię lub ginekologię i położnictwo. Internatura może zostać przedłużona, jeśli lekarz zdecyduje się zawęzić swoją specjalizację, np. kardiologię do kardiologii dziecięcej. Wtedy do obowiązkowych dwóch lub trzech lat dochodzi dziewięć miesięcy, rok lub dłuższy okres kształcenia w formie zajęć i praktyk związanych wyłącznie z daną specjalizacją. Podczas Internatury medycy pracują pod okiem lekarza specjalisty. Absolwenci ukraińskich uczelni medycznych doskonalą swoje umiejętności nie tylko podczas zajęć praktycznych, ale również teoretycznych,

w proporcji 50:50. Internatura państwowa jest bezpłatna, a lekarz otrzymuje wynagrodzenie. W przypadku niepublicznej należy samemu wystarać się o miejsce i je opłacić. Nie otrzymuje się wynagrodzenia.

## KROK 3.

Po zakończeniu Internatury lekarz ma możliwość rozpoczęcia kolejnych specjalizacji na tych samych zasadach, chyba że są to dziedziny częściowo pokrewne, jak neurologia i psychiatria. Wtedy część programu jednej zalicza się na poczet drugiej. Wróćmy jednak do pierwszej Internatury. Kończy ją kolejny państwowy egzamin, czyli Krok 3. Egzamin także ma formę 200 pytań (200 minut) i jest wspólny dla wszystkich specjalizacji. Tematyka obejmuje stany nagłe we wszystkich dziedzinach medycyny. Po zaliczeniu Kroku 3. przystępuje się do egzaminu dotyczącego własnej dziedziny, w formie ustnej (z teorii) oraz praktycznej (przy łóżku chorego). Osoby z pozytywnym wynikiem wszystkich części egzaminu otrzymują dyplom lekarza specjalisty oraz pozwolenie na wykonywanie zawodu.

Na Ukrainie nie ma samorządu lekarskiego. Nie ma więc izb nadających numer Prawa Wykonywania Zawodu. Są licencje. Prawo poświadcza dyplom lekarza specjalisty, który ma formę dyplomu/legitymacji okazywanej za każdym razem, np. podczas konferencji i innych szkoleń. Wszystkie dokumenty wydaje Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem uczelni.

## LEKARZE DENTYŚCI

Aby zostać dentystą, należy przejść dokładnie taką samą procedurę jak kandydaci na lekarzy innych specjalności. Z tą różnicą, że „bazowe” kształcenie trwa pięć, a nie sześć lat. Internatura obejmuje rok oraz od trzech do dziewięciu miesięcy kształcenia w wąskiej specjalizacji, takiej jak stomatologia dziecięca czy ortodoncja. Egzamin Krok studenci stomatologii zdają po trzecim i piątym roku oraz po Internaturze.

*– Lekarze i lekarze dentyści przygotowujący się do egzaminów Krok mogą korzystać z wydawanych zbiorów pytań z egzaminów z poprzednich lat. Nie istnieje jednak żadna oficjalna baza pytań. Można trafić na pytanie z roku 2009 i z 2022, o podobnej treści lub zupełnie nowe – wyjaśnia Anastasia Sikora.*

## PUNKTY

Zgodnie z przepisami, każdy ukraiński lekarz ma obowiązek ciągłego podnoszenia umiejętności oraz doskonalenia wiedzy przez udział w konferencjach, warsztatach, szkoleniach krajowych i zagranicznych. Podobnie jak lekarze w Polsce, otrzymują za to punkty edukacyjne. Punktowane są także publikacje, prelekcje podczas konferencji oraz praca naukowa. Lekarz musi co roku zdobyć określoną liczbę punktów, aby „zaliczyć” doskonalenie zawodowe. – *Jeżeli nie zbierzemy potrzebnej liczby punktów, tracimy licencję umożliwiającą pracę. Z reguły nie ma z tym problemu, bo każdy z nas jest nastawiony na ciągłe zdobywanie wiedzy. Nawet jak się zapo-* ►►



Fot. licencja OIL w Warszawie

- *mni przygotować potwierdzenia, przypomni o tym spotkanie kolegi lub koleżanki gorączkowo kserujących w szpitalu certyfikaty – zapewnia dr Sikora. – Nie ma możliwości, żeby ktoś nie dopełnił obowiązku. Bardzo tego pilnujemy.*

## LEKARZ NAJWYŻSZEJ KATEGORII

Po pięciu latach wykonywania zawodu lekarz musi przedstawić komisji atestacyjnej, wyznaczonej przez Ministerstwo Zdrowia, swoje dokonania (przebieg pracy zawodowej, przeprowadzone zabiegi *etc.*) oraz zdać państwowy egzamin. Jeśli wynik będzie pozytywny, uzyskuje kwalifikację II stopnia. Za kolejnych pięć lat czeka go druga atestacja. Jej pozytywny wynik zapewnia medykowi kwalifikację I stopnia, a za następnych pięć – najwyższą kategorię (nie wcześniej niż po 15 latach od zakończenia Internatury). Co pięć lat lekarz najwyższej kategorii przechodzi całą procedurę (atestację i egzamin), aby utrzymać swoją kategorię. Jeśli lekarzowi I lub II stopnia nie zależy na podwyższeniu kategorii albo komisja wyda negatywną opinię, może zachować uzyskany wcześniej stopień. W przypadku wyjątkowo złego wyniku cofa się na pięć lat do poprzedniej kategorii, ale ma niższą pensję i status, nie może zajmować stanowisk kierowniczych. Nie ma jednak możliwości niezłożenia dokumentów. To obowiązek każdego lekarza, zarówno praktykującego, jak i pracownika naukowego.

Podnoszenie kategorii jest ważne. Nie tylko dla prestiżu w środowisku i z przyczyn materialnych. To również ważna informacja dla pacjentów. Kategoria specjalisty jest zawsze uwidoczniiona na drzwiach gabinetu, a także w prezentacjach lekarzy na stronach internetowych oraz portalach rezerwacyjnych.

## DOKTOR NAUK

Kategorie lekarskie nie są tożsame z tytułami naukowymi. Z punktu widzenia lekarzy kategorie są ważniejsze, ale część

medyków decyduje się także na studia podyplomowe. Po ukończeniu studiów stacjonarnych (trwających trzy lata) lub niestacjonarnych (cztery lata) lekarz otrzymuje tytuł kandydata nauk medycznych i ma prawo wstępu na studia doktoranckie. Po kolejnych trzech latach otrzymuje tytuł doktora nauk medycznych.

Wcześniej funkcjonowała, jako pozostałość po Związku Radzieckim, tzw. ordynatura. Była nieobowiązkowa i pozwalała na podwyższenie kwalifikacji w danej specjalizacji, ale konieczna dla lekarzy pragnących obejmować kierownicze stanowiska w placówkach medycznych. Dziś nie ma takiego wymogu.

Ordynatura obowiązuje nadal, ale dla lekarzy cudzoziemców. Oni bowiem, zgodnie z przepisami, nie mogą przystąpić do Internatury wraz z absolwentami ukraińskimi, mają zatem osobne szkolenie, czyli ordynaturę – staż kliniczny.

## PIECZĄTKA I KODEKS

Ukraińskie pieczętki lekarskie są okrągłe i składają się z dwóch okręgów wpisanych jeden w drugi. Na większym znajduje się imię i nazwisko w języku ukraińskim, a w mniejszym, na środku, widnieje laska Eskulapa (inaczej: laska Asklepiosa, łac. *Aesculapius caducifer*) oraz słowo „lekarz” w języku ukraińskim. – *Na pieczętce nie ma informacji o kategorii czy tytule naukowym lekarza. Ja dodatkowo mam imię i nazwisko w języku angielskim oraz słowo „lekarz” w tymże języku – mówi dr Sikora. – Nasza odpowiedzialność zawodowa jest uregulowana na poziomie legislacyjnym, tj. w konstytucji i kodeksie cywilnym oraz karnym. Pracujemy także zgodnie z zasadami Etycznego Kodeksu Lekarza Ukrainy. W przypadku jego złamania odpowiadamy przed Komisją Etyki Lekarskiej.*

Kodeks powstał w 2009 r., a w 2014 przeszedł aktualizację zgodnie z kryteriami Unii Europejskiej oraz Stanów Zjednoczonych, dzięki czemu spełnia standardy międzynarodowe. ●

# Dajcie Oldze spokój!

SPORTOWYM ŚWIATEM WSTRZĄSNĄŁ SKANDAL. PODCZAS MISTRZOSTW ŚWIATA W SZERMIERCE ZDARZYŁO SIĘ COŚ NIEBYWAŁEGO! UKRAINKA OLGA CHARŁAN PO SKOŃCZONEJ ROZGRYWKIE NIE PODAŁA RĘKI RYWALCE, ROSJANCE ANNIE SMIRNOWEJ. ZACHOWANIE PRZECIWNICZKI SPRAWIŁO SMIRNOWEJ PRZYKROŚĆ, A ŚWIAT (NA SZCZĘŚCIE NIE CAŁY) SKUPIŁ SIĘ NA JEJ EMOCJACH. POMYSŁY, BY ZNIEŚĆ OBOWIĄZKOWY UŚCISK DŁONI PODCZAS ZAWODÓW, W KTÓRYCH WYSTĘPUJĄ UKRAIŃCY I ROSJANIE, ZOSTAŁY UZNANE ZA KONTROWERSYJNE. LUDZIE! JUŻ TERAZ 60 PROC. UKRAIŃCÓW STRACIŁO NA WOJNIE KOGOŚ BLISKIEGO. ROSJA, NAJWIĘKSZE PAŃSTWO ŚWIATA, NAPADŁA NA SĄSIADA TYLKO DLATEGO, ŻE CHCE MIEĆ JESZCZE WIĘKSZE TERYTORIUM. Z TEGO POWODU ZABIJA CODZIENNIE BYĆ MOŻE NAWET KILKuset OBYWATELI SĄSIEDNIEGO KRAJU.

tekst **PAWEŁ KOWAL**, ekspert think-tanku Medyczna Racja Stanu



Fot. archiwum

**S**portowi działacze (nie wszyscy na szczęście) krytykują Olgę i chcą ją, jej koleżanki i kolegów zmuszać do gestu, który w naszej kulturze nie zawsze znaczy pojednanie, ale przynajmniej wzajemny szacunek. Czyli uznano, że zachowanie grzecznościowych gestów jest ważniejsze niż strach o bliskich na froncie: brata, syna, ojca, lub ból po ich stracie. Czyli dobre samopoczucie działaczy sportowych pakujących się na jachty, którzy zapewne powiedzą, że to ja „nic nie rozumiem”, jest ważniejsze, niż codzienny ból matek i ojców, zmarnowane szanse całego pokolenia Ukraińców?

Może Rosja nie powinna być zapraszana na międzynarodowe zawody? Ocena tej wojny chyba jest jasna. Stawianie wozu przed koniem niszczy cywilizację i powoduje, że nie ma już punktów odniesień, raczej manipulowanie emocjami ludzi. Redakcja „Pulsu” słusznie zaproponowała mi napisanie o uścisku dłoni, do któ-

rego nie doszło między Olgą i Anną. Może ktoś powie, że byłaby to piękna okazja, aby uczynić pokojowy gest, ale...

Pani w księgarni przy ul. Wiejskiej poleciła mi na kilka luźniejszych sierpniowych dni książkę „Wybaczenie” Vladimira Jankélévitcha, wielkiego francuskiego filozofa żydowskiego pochodzenia, którego rodzina wyemigrowała jeszcze z Imperium Rosyjskiego. Dużo by pisać o tym wybitnym eseju, ale jedno wynika z niego jasno: wybaczenie potrzebuje czasu i żadne przyspieszanie nic nie da. Wybaczenie potrzebuje rozumienia. Sam filozof nie przełamał się po wojnie, po Holocauście nie wrócił już do tematu filozofii i muzyki niemieckiej, które bardzo cenił. Czy naprawdę świat chce dzisiaj do czegoś zmusić Olgę? Wobec tego, co zrobił jej, narodowi ukraińskiemu i światu Putin? Naprawdę? W XXI w.? Dajcie Oldze spokój. Problem ma Smimowa. ●



**Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami**  
Spotkanie z mediatorem możliwe w każdy piątek  
po wcześniejszym umówieniu telefonicznym.

E-mail [mediator@oilwaw.org.pl](mailto:mediator@oilwaw.org.pl)

Tel. 22 542 83 29

# Superego nie jest super

WIECIE, ŻE PSYCHOTERAPIĘ WYNALEŻLI I W DUŻEJ MIERZE ROZWIJALI LEKARZE? SIGMUND FREUD, CARL JUNG, ALFRED ADLER, AARON BECK, FRITZ PERLS, MILTON ERICKSON, MICHAEL BALINT, IRVIN YALOM – WSZYSCY MIELI ZA SOBĄ STUDIA MEDYCZNE.

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

Oczywiście, wśród nestorów psychoterapii znajdziemy także osoby innych zawodów (psychologów, pracowników socjalnych), ale nie zmienia to faktu, że właśnie przedstawiciele naszego zawodu odegrali w jej powstaniu kluczową rolę, mimo że dziś psychoterapia jest raczej domeną psychologów. Co sprawiło, że członkowie naukowego, biologicznego świata zwrócili oczy ku zwiwnym, trudno uchwytnym aspektom psychiki człowieka? Czego brakowało w medycznej układance? Dziś nasze rozumienie biologicznych mechanizmów funkcjonowania człowieka jest dużo większe niż ponad wiek temu („Objaśnianie marzeń sennych” Freuda wydano w 1899 r.), mimo to – a może właśnie dlatego? – w medycynie wciąż jest miejsce na oddziaływania psychoterapeutyczne. Aspekty psychologiczne i psychosomatyczne mogą być istotne w powstawaniu, przebiegu i leczeniu różnych chorób, także somatycznych. Badania potwierdziły, że opieka psychologiczna powinna być elementem leczenia nie tylko w psychiatrii, a w wyniku profesjonalnie poprowadzonej psychoterapii mózg dosłownie się zmienia, co *de facto* oznacza, że psychoterapia jest leczeniem biologicznym!

Mogłabym o roli psychoterapii i wsparcia psychologicznego w medycynie pisać długo. Także o korzyściach, jakie odnoszą lekarze, którzy sami zdecydują się skorzystać z różnych oddziaływań wspierających rozwój osobisty i zawodowy, będących spuścizną tego, co zapoczątkował słynny wiedeński neurolog. Niewykluczone, że wrócę do tego w którymś z kolejnych tekstów, bo – jak wiadomo – mam hopla na punkcie naszego lekarskiego zdrowia.

Dziś chciałam zatrzymać się chwilę przy Freudzie. Jego teksty i sposób rozumienia ludzkiej psychiki odcisnęły piętno nie tylko na medycynie i psychologii, ale w ogóle na kulturze;

po Freudzie nic już nigdy nie było takie samo. Mimo że oryginalna nauka Freuda w kolejnych dziesięcioleciach ewoluowała, była rozwijana, uzupełniana, zmieniana przez pokolenia wielkich umysłów psychoterapii, kontestowana przez jednych i gloryfikowana przez innych, w jego pierwotnym przekazie są treści, które do dziś pozostają ważne, pomocne, inspirujące, potencjalnie użyteczne dla każdego na co dzień. Jedną z takich treści jest koncepcja trójdzielności psychologicznej struktury naszego wewnętrznego świata.

## ID, EGO I SUPEREGO

Pierwotną, najbardziej prymitywną częścią psychiki jest według Freuda **id**. Id steruje działaniami, których celem jest zaspokajanie podstawowych biologicznych potrzeb: głodu, pragnienia, popędu seksualnego. Id działa od urodzenia, odruchowo, według zasady przyjemności, czyli tak, by jak najszybciej zaspokoić daną potrzebę, bez udziału racjonalnego myślenia czy próby oceny konsekwencji. To „zwierzęca” część ludzkiej natury.

**Ego** rozwija się w wyniku konfrontacji z ograniczeniami środowiska życia, stanowi coś na kształt mediatora między id a światem zewnętrznym, przekierowuje działania na szukanie sposobów zaspokajania wewnętrznych potrzeb i pragnień w sposób realistyczny i akceptowalny społecznie. Ego to racjonalne myślenie, rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji, dostosowywanie się, by utrzymać równowagę między pierwotnymi instynktami a zewnętrznymi ograniczeniami.

I wreszcie **superego**, moralno-etyczna komponenta osobowości. Superego rozwija się przez zinternalizowanie wartości, norm i oczekiwań społecznych, pochodzących w dużej mierze od rodziców – pierwszych przedstawicieli spo-





czeństwa, z którymi ma się do czynienia w życiu. Superego składa się z części uświadamianej i nieświadomej. Pierwsza reprezentuje przyjęte przez daną osobę zasady moralne i standardy wewnętrzne; w sytuacji ich naruszenia pojawia się poczucie winy i wstydu. Natomiast nieświadoma część superego zawiera uwewnętrzniony wzorec ideału, którym dana osoba „powinna” być. Wbrew swojej nazwie, superego nie jest takie do końca super. To tu kryją się nierealistyczne oczekiwania, perfekcjonistyczna presja, dewaluujące, atakujące oceny siebie, wyśrubowane standardy, niemożliwe do osiągnięcia cele. Tu zapisują się negatywne, destrukcyjne zachowania i oceny, których doznało się we wczesnym dzieciństwie od najważniejszych osób. Superego jest źródłem krytyki, surowego oceniania, potępienia, wyśmiewania samego siebie. W różnych nurtach psychoterapii ta część psychiki jest nazywana różnie, np. „surowym krytykiem wewnętrznym”, ale istota jest ta sama: to wewnętrzne źródło cierpienia wielu osób.

Trójpodział zaproponowany przez Freuda: pierwotne instynkty, racjonalne myślenie i uwewnętrznione standardy moralne, to próba ujęcia w prostych, zrozumiałych ramach skomplikowanego wewnętrznego świata. Pierwsza z wielu tego rodzaju prób. W nurtach psychoterapii wywodzących się z Freudowskiej psychoanalizy lub nią inspirowanych psychoterapeuci towarzyszą pacjentom w rozpoznawaniu elementów poszczególnych części psychiki, obserwowaniu i rozumieniu, jak różne potrzeby i nakazy wewnętrzne wchodzi z sobą w konflikt,

identyfikowaniu źródeł uwewnętrznionych moralnych zasad i krytycznych ocen. Gdzieś po drodze, po zrozumieniu, skąd pochodzą jego przekonania i standardy, pacjent może świadomie podjąć decyzję, czy chce, by dalej kierowały jego działaniami i wpływały na samopoczucie. Może zdarzyć się tak, że zasady wpojone przez rodziców zostaną przyjęte jako własne (ale wtedy będą rzeczywiście własne, świadome), albo osoba przechodząca terapię zrezygnuje z nich i zadecyduje, że będzie kierować się innymi.

Nie odnosicie wrażenia, że my, lekarze, mamy bardzo silnie działające superego? Stawianie sobie poprzeczki wysoko, perfekcjonizm, wewnętrzna presja, odruchowe krytkowanie siebie, łatwość wzbudzania w sobie poczucia winy i wstydu... Brzmi znajomo, prawda? Pierwszym krokiem do złagodzenia intensywności działania surowego superego jest zaobserwowanie, uświadomienie sobie, jak i kiedy ta część psychicznego aparatu ujawnia swoje funkcjonowanie. Potem można zastanowić się, czy to naprawdę nasze zasady i czy dalej chcemy siebie tak krytkować, dociskać, atakować. Można spróbować analizować swoje wnętrze samemu, a w razie potrzeby skorzystać z fachowej pomocy. Powodzenia! ●

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, psychiatra, psychoterapeuta,  
pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów  
– tel. 660 672 133 (proszę o SMS, oddzwonię),  
e-mail: pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl



Fot. licencja OIL w Warszawie

# Piękni, mądrzy i zdrowi. *Work-life balance* w zawodzie lekarza

ZNALEZIENIE RÓWNOWAGI MIĘDZY PRACĄ A ŻYCIEM PRYWATNYM, CZYLI TZW. *WORK-LIFE BALANCE*, MOŻE BYĆ KLUCZEM DO SUKCESU I DOBREGO SAMOPOCZUCIA W WYMAGAJĄCEJ PROFESJI LEKARZA, SZCZEGÓLNIENIE NA POCZĄTKU WYKONYWANIA ZAWODU. REGULARNE ODŻYWIENIE, ODPOWIEDNIE NAWADNIANIE SIĘ, AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA I REGENERACJA, TO ZDROWE NAWYKI LEŻĄCE U PODSTAW MEDYCZYNY STYLU ŻYCIA, KTÓRE POMOGĄ PRZETRWAĆ I ODNALEŹĆ MITYCZNĄ RÓWNOWAGĘ PRZY PIERWSZYM ZANURZENIU SIĘ W MEDYCZNYM ŚWIECIE.

tekst **OLGA ROSTKOWSKA**, wiceprezes ORL w Warszawie



Fot. A. Boguski

**J**esteś młodym lekarzem lub lekarzem rozpoczynającym swoją karierę medyczną? Gratulacje! Twoja praca będzie pełna wyzwań. Czasem „będzie słońce” pod lampą operacyjną, czasem „poleje się deszcz” wprost na nowiutkie scrubsy. Na pewno nie będzie nudno i z całą pewnością dużo w Twoim życiu się zmieni. No i te dyżury! Pewien popularny w mediach społecznościowych lekarz napisał kiedyś: „*Dyżury są jak pudełka czekoladek – pełne niespodzianek. Dowiesz się, co Cię czeka, dopiero jak spróbujesz*”. Z drugiej strony, każdy dyżur kiedyś się kończy, nawet najgorszy. Grunt to się nie łamać, otrzepywać fartuch, poprawiać stetoskop i próbować, próbować, próbować. Aż pewnego dnia staniemy na drugim końcu specjalizacji i powiemy: – *Wow, było źle, ale poproszę jeszcze raz*. Na młodszych kolegów popatrzymy wtedy trochę z zazdrością,

trochę ze współczuciem, a najpewniej z myślą, że czas szybko zleciał. Kto ze specjalistów czyta, ten wie.

## **WORK-LIFE BALANCE** – CZTERY WSKAZÓWKI, JAK PRZETRWAĆ W MEDYCZNYM ŚWIECIE

Dziwny jest ten medyczny świat. Jak w nim przetrwać? Oto kilka rad od koleżanki internistki i lekarki medycyny stylu życia dla lekarzy, którzy dopiero zaczną budować swoje nawyki dotyczące *work-life balance*:

**Wskazówka 1.:** ruszaj się. Rozpoczynając pracę lekarza, warto zadbać o swoje ciało. Przeznacz przynajmniej jeden dzień w tygodniu na

aktywność fizyczną: siłownię, basen, rower, spacer w dużym tempie (tak szybki, żeby trudno było Ci mówić pełnymi zdaniami). Wysiłek odpręża, odświeża umysł, pozwala zrzucić z siebie złe emocje, poprawia sen. Wbrew pozorom odpowiedni wysiłek zwiększa zasoby energetyczne. Wybierz sport, który lubisz, żebyś nie zmuszał się do kolejnej czynności, bo takich wymuszonych pojawi się w Twoim życiu sporo. Niech sport będzie jak najmniejszym obciążeniem. Regularna aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na funkcje poznawcze, a to nieoceniona zaleta dla lekarza.

**Wskazówka 2.:** jedz. Zawód medyka wymaga złożonego wysiłku psychofizycznego, dlatego należy ciało i umysł utrzymywać w jak najlepszej kondycji. Staraj się nie głodzić. Dla moich kolegów i dla mnie przez lata wsparciem była dieta pudełkowa, ale jeśli masz możliwość coś ugotować dwa – cztery razy w tygodniu, to jesteś zwycięzcą. Szykuj większe porcje i mroź. Nie odmawiaj mamie, jeśli proponuje Ci słoiki. Jeśli kupujesz gotowe potrawy – czytaj etykiety (wybieraj krótkie składki). Im bardziej zawartość Twojego talerza przypomina to, co zerwano z krzaka albo pasło się na łące, tym lepiej.

**Wskazówka 3.:** pij. Praca lekarza oznacza częste przemieszczanie się, ruch i mówienie (telefony, konsultacje, omawianie zaleceń). Miej ze sobą zakręcaną butelkę lub bidon na wodę. Zabieraj je w miejsca, gdzie masz rozwiązywać medyczne zagadki. Nie zaniedbuj tego, bo w przypadku pracy na podwyższonych obrotach potrzebny jest nawyk nawadniania się.

Unikaj soków i napojów słodzonych. Wybieraj wodę z dodatkiem kawałków owoców, mięty, imbiru. Pamiętaj, że nowych smaków możemy się nauczyć. Tak po prostu działa mózg, dla którego najlepszym nawodnieniem będzie woda mineralna lub z elektrolitami.

**Wskazówka 4.:** odpoczywaj. Nasza profesja często wiąże się z długimi godzinami w napięciu i dynamicznymi sytuacjami. Relaks to nie strata czasu, lecz jedna z lepszych inwestycji. Bez przerwy pracują tylko amatorzy, zawodowcy znają wartość odpoczynku. Kiedy możesz, nie zarywaj nocy. Ogranicz korzystanie z telefonu i ekranów tuż przed snem (w pracy i w domu). Odpoczywaj na świeżym powietrzu i w naturze, co uspokaja i pozwala na lepszą regenerację. Łatwiej zachować *work-life balance*, patrząc na przyrodę.

Zamieszczona lista nie wyczerpuje porad z zakresu medycyny stylu życia, które usprawnią Twoją pracę i sprawią, że początek kariery lekarskiej będzie łatwiejszy. Jeśli chciałbyś usłyszeć więcej wskazówek przyciętych na miarę młodego medyka, zapraszam Cię na wykład w duchu tego artykułu, który odbędzie się podczas Kick off Meeting organizowanego od 7 do 8 października 2023 r. w Hotelu Windsor w Jachrance. Na tę okazję przygotowaliśmy kilka solidnych bolusów praktycznej wiedzy i porad od lekarzy, którzy wciąż pamiętają perypetie z początków specjalizacji. Będą Twoi starsi koledzy i nowi też. Będzie prezes. Nie będzie Netfliksa i dyżurów. Będą tańce. Przyjedź i Ty. ●



## III Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Lekarzy Dentystów

**Termin zgłoszeń 30 września 2023 r.**

### Zgłoszenia przyjmujemy:

- pocztą tradycyjną pod adresem: OIL w Warszawie,
- elektroniczną pod adresem: [komisjakultury@oilwaw.org.pl](mailto:komisjakultury@oilwaw.org.pl).

Szczegóły i regulamin na [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl)





# O zalewaniu robaka

Fot. licencja OLL w Warszawie

MEDYCYNA OPARTA NA FAKTACH ROZWIJA SIĘ DZIĘKI NAUCE, CZYLI *SCIENCE*. PACJENTOM KORZYSTAJĄCYM Z MEDYCYNY NIEKONWENCJONALNEJ WYSTARCZA *FICTION*. OTO JESZCZE JEDNA ODSŁONA *SCIENCE FICTION* W POLSKIM WYDANIU.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

**P**odkrążone oczy, blada cera, niespokojny sen, skłonność do alergii, nawracające infekcje, obrzęki... Nawet depresja, choroba lokomocyjna lub niepokonany głód! Długa jest lista problemów, z którymi zgłaszają się pacjenci na terapię, a ona przynosi im cudowne uzdrowienie. W Internecie można znaleźć takie tego powody: „Niestety, okazuje się, że większość z nas jest zainfekowana pasożytami, dotyczy to również malutkich dzieci. Choroby pasożytnicze należą do najczęstszych na świecie. Prawie 95 proc. dzieci ma w sobie od 1 do 5 rodzajów pasożytów. Mogą one powodować wiele przykrych dolegliwości, obciążać organizm toksynami i upośledzać system odpornościowy”.

Halo, Pediatrzy, słyszcicie to? 95 proc. Waszych pacjentów jest zarobaczonych! Jeśli zestresowani rodzice próbują czasem wydobyć od Was informację, skąd u ich pociech choroba lokomocyjna albo podkrążone oczy,

podsuwam tę interpretację objawów. Co prawda żaden z nich nie ma związku z przewodem pokarmowym, gdzie pasożyty – takie jak owsiki, lamblie czy tasiemce – miałyby prawo dawać o sobie znać bólami brzucha, biegunkami, wzdęciami czy niewyjaśnioną utratą wagi, ale jakie to ma ostateczne znaczenie? Diagnozę permanentnego, masowego zarobaczenia stawiają wszak specjaliści lepsi od Was. Dr Google jest tylko przekąźnikiem ich wiedzy i skrupulatnej analizy danych. Odrobaczyć powinniśmy się natychmiast wszyscy! W tzw. medycynie naturalnej różne panują mody, ale największe wzięcie mają te metody, w przypadku których pacjent ma wrażenie, że leczony jest kompleksowo. Jak już wiemy, bliżej nieokreślone robaki mają na ludzki organizm wpływ wieloraki, więc kuracja odrobaczająca jest przykładem medycyny na wskroś holistycznej, nie od dziś wielce pożądanej i pozytywnej. W dodatku chory otrzymuje nie tylko

diagnozę wyjaśniającą powody swoich rozlicznych problemów, lecz spory zestaw medykamentów w najrozmaitszej postaci, które – posłusznie zażywane – mają mu przynieść ulgę. Dlatego przykładanie rąk przez bioenergoterapeutów na nikim nie robi już wrażenia. Świecowanie uszu również przestało być w modzie. Namagnesowana woda lub leki homeopatyczne? Dobre dla starych pierników, którzy wierzą w te cuda i mają czas, by kurować się miesiącami. Na robaki przewidziane jest zupełnie inne remedium! Przykładowo antybiotyki. Albo restrykcyjna dieta. Wreszcie preparaty *stricte* przeciw pasożytnicze, które – jeśli dokładnie przeczytać dołączone do nich ulotki – nadają się przede wszystkim do odrobaczania domowych zwierząt.

Nie, to jeszcze nie są przykłady terapii, które budzą w nas obrzydzenie. Fragment dla czytelników o mocniejszych nerwach zapowiadam teraz. Znaleziony, rzecz jasna w Internecie, na stronie jednej z warszawskich specjalistek odrobaczania, przepis na kąpiel przeciw pasożytniczą (ponoć bardzo pomocną u dzieci) brzmi tak:

*„Aby przeprowadzić kurację, zmieszaj po 50 g ziela tymianku, kłącza tataraku, korzenia omanu, po 25 g liści mięty i orzecha oraz po 20 g koszyczków rumianku, liści bobrka, ziela piołunu i tysiącznika lub goryczki żółtej. Zaparz mieszanke w 3 l wrzątku, pozostaw do naciągnięcia pod przykryciem na około 1 godz. Przedcz i wlej do wanny. Dolej ciepłej wody i zaprosz do kąpeli dziecko. Dobrze, aby potomek był jak najbardziej zanurzony w naparze ziołowym przez 10–30 min. W oddzielnej miseczce przygotuj miód (może być sztuczny) i mąkę pszenną. Smaruj całe ciało dziecka mieszaniną miodu i pszenicy, i splotuj ziołami. Po kilku minutach powinny zacząć pojawiać się w porach skóry drobne pasożyty lub toksyny. Wówczas ścieraj je, ściągaj tyżką lub tęym nożem. Rób to, dopóki będą wychodzić. W tym czasie dolewaj ciepłej wody do wanny, by kąpiel nie wystygła. Po zakończonym zabiegu umyj dziecko, podaj mu do picia herbatkę ziołową z mięty, pokrzywy lub skrzypu. Powtarzaj kąpiel 1–2 razy w tygodniu aż do całkowitego wyeliminowania toksyn lub pasożytów”.*

Autorka tej receptury to nie byle kto. Nie z reklamuję jej nazwiska, ale jest naturopathic doctorem CCN (dyplomowaną naturoterapeutką), dietetykiem holistycznym, terapeutką medycyny chińskiej oraz masażu chińskiego Tuina.

Przyznacie, że splukiwanie dziecka ziołami i ściąganie ze skóry nożem (dobrze, że tęym!) wychodzących pasożytów (glist, tasiemców, owsików?) jest jak scena z najczarniejszego horroru. Kiedyś na trzy zdrowaśki włożono by dziecka do pieca, dziś musi przeżywać męki w wannie wysmarowanej miodem. Nie ma bowiem żadnych udokumentowanych dowodów, że zioła przepędzą z organizmu robaki, zwłaszcza zaaplikowane na skórę. A ta herbatka z naparu mięty i pokrzywy, podana na koniec zabiegu, nie osłodzi mu udręki zafundowanej przez skołowanych rodziców.

**Odrobaczaniem zajmują się w Polsce magowie, którym ich metody diagnostyczne i terapie uchodzą bezkarnie, choć dla części złapanych w ich sidła pacjentów mogą być szkodliwe.**


Bo kto tu bardziej winny: dorośli, których konwencjonalna medycyna zawodzi, czy apostołowie niekonwencjonalnych metod wyimaginowanego odrobaczania? W dodatku, w odróżnieniu od leczenia nowotworów (np. hipertermią) czy stosowania kroplówek witaminowych, walkę z pasożytami promują i prowadzą w swoich prywatnych gabinetach niewykształceni lekarze, więc trudno ich pociągnąć do jakiegokolwiek odpowiedzialności. Naturopatia to rzemiosło, więc można kuć żelazo póki gorące, zdobywać pacjentów przez Internet i włos głowy nikomu za to nie spadnie. Nie-

wielkie jest ryzyko, że zawieszony pacjent odda sprawę do prokuratury, zresztą ona zapewne i tak umorzyłaby sprawę, używając klasycznego wytrychu: stwierdzony incydent polewania w wannie ziołami z miodem ma znikomą szkodliwość społeczną. I to nie przy-

padek, że ludzie częściej składają w sądach cywilnych pozw na lekarzy niż znachorów.

Warto też zwrócić uwagę na to, z czego pewnie niewielu lekarzy praktyków zdaje sobie sprawę, jak wielkie poważanie ma w polskim społeczeństwie wiedza o parazytologii, którą – przynajmniej to szczerze – w pierwszych latach studiów traktowaliśmy po macoszemu. Może trzeba było bardziej nadstawiać uszu i zdawać kolokwia na piątki, by teraz nie być zdziwionym, że inni wykrywają robaczyce na oko. W medycynie zawsze jest miejsce zarówno dla intuicji, jak i dla empirii. Problem w tym, że odrobaczaniem zajmują się w Polsce magowie, którym ich metody diagnostyczne i terapie uchodzą bezkarnie, choć dla części złapanych w ich sidła pacjentów mogą być szkodliwe.

Ciąg skojarzeń: pokarm – pasożyt – choroba, dużo szybciej trafia do przekonania laika niż teorie medycyny naukowej, sytuujące przyczynę jego dolegliwości np. w zmienionym układzie odporności i autoagresji. Trudno zrozumieć, dlaczego organizm atakuje własne ciało, robaka w roli agresora łatwiej osadzić w wyobraźni. Pseudoeksperci od wypędzania z ciała tasiemców, glist i najrozmaitszych przywr okazują pacjentowi większe zainteresowanie, a to pozwala choremu uwierzyć, że ktoś rzeczywiście chce im pomóc, więc szacunek jest wzajemny. Uruchamiają się niespecyficzne czynniki, w farmakoterapii określane nazwą placebo. Często sprowadzane do sugestii i niesłusznie lekceważone. Ale, jak niegdyś powiedział prof. Jerzy Aleksandrowicz, kierownik Katedry Psychoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, tym, co działa w przypadku placebo, jest w rzeczywistości nie lek ani przyrząd, lecz posługujący się nim człowiek. Nawet ten, który wzniosłe nazywa się dyplomowaną naturoterapeutką, bo granica między mistyfikacją a autorytetem stała się w medycynie płynna. Taka wyrozumiałość zapewnia rozmaitym uzdrowicielom niemal całkowitą bezkarność. Bez skrupułów mogą więc wyciągać ludziom ze skóry i jelit robaki, a przy okazji z ich kieszeni potężną kasę. ●



Quantum  
computing  
w medycynie:  
47 lat obliczeń  
w kilka sekund

CZY KOMPUTERY KWANTOWE PRZYSPIESZĄ PRACĘ NAD NOWYMI TERAPIAMI I LEKAMI? REALIZACJA TEJ OBIETNICY JEST CORAZ BLIŻEJ, ODKĄD GOOGLE, IBM I MICROSOFT ZACZĘŁY WPROWADZAĆ CORAZ WYDAJNIEJSZE WERSJE SWOICH SUPERSZYBKICH MASZYN, A PIERWSZE SZPITALA I PLACÓWKI NAUKOWE PODJĘŁY BADANIA Z ICH ZASTOSOWANIEM.

tekst **ARTUR OLESCH**



Fot. L. Ostermann

**W** marcu 2023 r. na dziedzińcu amerykańskiej Kliniki Cleveland stała ogromna szklana kapsuła. Jak w przypadku licznych urządzeń wykorzystywanych w placówkach medycznych ani jej nazwa, ani zastosowanie przeciętnemu zjadaczowi chleba nie mówią wiele. Quantum System One jednak nawet medykom kojarzy się bardziej z produktem taniego science-fiction, niż z czymś, co może posłużyć pacjentom. A jednak.

## KOMPUTER KWANTOWY A KLASYCZNY

Komputery kwantowe mogą wykonywać operacje obliczeniowe miliony, biliony razy szybciej niż obecnie używane. Bazują bowiem na zupełnie innych zasadach obliczeń komputerowych. Nie wnikając w zawiłe szczegóły: w klasycznym komputerze procesor wykorzystuje bity, czyli stany 0 i 1 lub ich kombinacje. Bity mają jednak ograniczenie nie do pokonania – mogą w jednym momencie przyjmować tylko jedną pozycję.

Wprawdzie dzisiejsze procesory są 30 razy szybsze niż stosowane 10 lat temu, ale moce obliczeniowe nawet największych komputerów są nadal za małe, aby prowadzić najbardziej zaawansowane obliczenia i symulacje naukowe.

Problem ten może rozwiązać mechanika kwantowa. Komputery kwantowe wykorzystują nie bity, ale tzw. qubity, czyli kwantowe bity, które mogą istnieć jednocześnie w wielu stanach (w superpozycji), reprezentując jedynki i zera jednocześnie. W efekcie, podczas gdy klasyczny komputer prowadzi pojedyncze obliczenie, komputery kwantowe mogą wykonywać wiele równoległych zadań. Dzięki temu najnowszy komputer kwantowy od Google'a wykonuje w kilka sekund operacje, które najmocniejszemu na świecie klasycznemu komputerowi zajęłyby 47 lat.

Technologia kwantowa jednak też ma swoje ograniczenia. Qubity są wyjątkowo wrażliwe na wpływ otoczenia – najmniejsze zakłócenie może doprowadzić do błędów w obliczeniach. Dlatego wymagają one specjalnych warunków, np. temperatury bliskiej zeru absolutnemu (-273,15 °C).

Szybkość komputerów kwantowych jest atrybutem, którego potrzebuje medycyna. Dzięki wykładniczemu przyspieszeniu obliczeń algorytmy uczenia maszynowego mogłyby rozpoznawać wzorce w ogromnych zbiorach danych albo prowadzić symulacje w pracach nad nowymi lekami, wykorzystując do tego cyfrowe bliźniaki. *Digital Twin* to wirtualne odwzorowanie danego pacjenta, symulacja komputerowa budowy jego ciała, funkcji organów, parametrów fizycznych i biologicznych stworzona na podstawie danych pozyskanych z elektronicznej dokumentacji medycznej, sprzętu diagnostycznego i urządzeń „ubieralnych” (inteligentnych zegarków itp.). Na takim modelu naukowcy mogą prowadzić różne symulacje, m.in. reakcji pacjenta na lek.

## PIERWSZY SZPITAL Z SUPERKOMPUTEREM

Nadzieję na takie badania mają właśnie pracownicy Kliniki Cleveland. W ośrodku, w tajemniczej szklanej gablocie, znajduje się bowiem dzieło inżynierii komputerowej – Quantum System One od IBM, pierwszy na świecie komputer kwantowy przeznaczony do badań w naukach medycznych.

Jego powstanie to efekt współpracy Cleveland Clinic i IBM w ramach tzw. Akceleratora Odkryć. Celem inicjatywy jest „*przyspieszenie badań biomedycznych przez wykorzystanie wysokowydajnych systemów obliczeniowych, sztucznej inteligencji i obliczeń kwantowych*”. Zakup komputera kwantowego pozostaje ►►

- ▶ jednak nadal poza możliwościami szpitali. Cena urządzenia D-Wave One o 50 qubitach wynosi około 10 mln dol., a koszt utrzymania szacowany jest na 1 mln dol. rocznie.

– *Technika niesie ze sobą obietnicę zrewolucjonizowania opieki zdrowotnej i przyspieszenia postępu w zakresie nowych metod leczenia i rozwiązań dla pacjentów. Kwantowe i inne zaawansowane metody obliczeniowe pomogą naukowcom uporać się z wąskim gardłem w badaniach i znaleźć nowe sposoby leczenia osób z chorobami takimi jak nowotwory, choroba Alzheimera i cukrzyca* – mówi Tom Mihaljevic, prezes i dyrektor generalny Cleveland Clinic.

Na liście badań planowanych we wspomnianej placówce znalazły się m.in.: opracowanie protokołów obliczeń kwantowych do badań przesiewowych i optymalizacji leków ukierunkowanych na określone białka, udoskonalenie modelu przewidywania ryzyka sercowo-naczyniowego po operacji niekardiologicznej, analiza wyników sekwencjonowania genomu i dużych baz danych leków w celu identyfikacji już istniejących leków, które mogłyby pomóc pacjentom z chorobą Alzheimera. Do tego jeszcze dochodzą projekty związane z wykorzystaniem generatywnej sztucznej inteligencji, czyli dużych modeli językowych, np. popularnego ChatGPT.

## SKUTECZNY SPOSÓB NA UPORANIE SIĘ Z ZALEWEM DANYCH W OCHRONIE ZDROWIA

Połączenie niewyobrażalnej mocy obliczeniowej komputerów kwantowych z innymi osiągnięciami technicznymi, jak chociażby sztuczna inteligencja, sekwencjonowanie DNA, badania na dużych zbiorach danych (Big Data), daje naukom o zdrowiu nowe, potężne narzędzie badawcze, nieporównywalne z żadnym innym wynalazkiem.

Skorzysta z niego przede wszystkim przemysł farmaceutyczny, skracając czas badań klinicznych oraz szybciej identyfikując nowe cząsteczki chemiczne, które mogą być wykorzystane w produkcji nowych leków. Łącząc komputery kwantowe z AI oraz technologiami symulacji funkcji organizmu na chipie (*in silico*), będzie można opracowywać nowe terapie w warunkach laboratoryjnych i bezpiecznie wprowadzać je na rynek. Do testów posłużą cyfrowi bliźniacy, co pozwoli tworzyć różne wersje leków, dostosowane do indywidualnych cech pacjentów.

Poza tym komputery kwantowe pomogą wykrywać i zrozumieć korelacje w bazach medycznych. Lawinowo rośnie liczba danych zbieranych z różnych punktów przez inteligentne czujniki umieszczone na ciele chorego i w domu. Według niemieckiej firmy Statista dane dotyczące ochrony zdrowia stanowiły w 2022 r. aż 2,3 z 64,2 zettabajtów (1 zettabajt = bilion gigabajtów) wygenerowanych na całym świecie. Ta liczba szybko rośnie. Ich przetworzenie, nawet w niewielkim zakresie, nie jest możliwe z wykorzystaniem klasycznych komputerów. Obliczenia kwantowe ułatwią szukanie nowych

korelacji oraz przetwarzanie w czasie rzeczywistym danych zbieranych od milionów pacjentów jednocześnie. A to z kolei przyniesie nowe odkrycia w dziedzinie profilaktyki.

Skorzystają też lekarze, bo superkomputery mogą analizować szybko wzrastające zasoby wiedzy medycznej, aby precyzyjnie diagnozować choroby rzadkie i dobrać metody leczenia dostosowane do indywidualnej charakterystyki choroby oraz danych zgromadzonych w elektronicznej dokumentacji medycznej. Dzięki temu zamknięta zostanie – cały czas poszerzająca się – luka między nauką a praktyką: angielskojęzyczna wyszukiwarka PubMed zawiera już ponad 35 mln artykułów z dziedziny medycyny i nauk biologicznych. Co roku przybywa kolejny milion. Samych opracowań dotyczących nowotworów jest ponad 3 mln. Żaden lekarz nie jest w stanie być na bieżąco z publikacjami, a komputery kwantowe mogą w kilka sekund dokonać obliczeń z wykorzystaniem światowych zbiorów informacji medycznych.

## WRAŻLIWE QUBITY I WYSOKIE KOSZTY UTRZYMANIA

Na kwantowej rewolucji może też skorzystać Polska. W październiku 2022 r. Komisja Europejska ogłosiła, że jeszcze w tym roku do Poznania trafi jeden z pierwszych sześciu europejskich komputerów kwantowych. Docelowo stworzą one sieć, do której dostęp zyskają naukowcy w całej Europie. W komunikacie KE czytamy, że celem jest m.in. „*znacznie szybsze i wydajniejsze opracowywanie nowych leków, dzięki stworzeniu cyfrowego bliźniaka ludzkiego ciała, na którym można np. przeprowadzać wirtualne testy leków*”.

Mimo że niemal co miesiąc firmy ogłaszają stworzenie doskonalszych komputerów kwantowych, a najnowsza maszyna IBM osiągnęła już moc 433 qubitów, upłynie jeszcze kilka lat, zanim ta przełomowa technologia będzie wykorzystywana na masową skalę.

Na przeszkodzie stoi problem niestabilności obliczeń, a wykrycie błędu wśród miliardów reguł może okazać się niemożliwe. Dlatego naukowcy pracują intensywnie nad metodami korekty błędów.

W powijkach jest opracowanie systemów operacyjnych i algorytmów sztucznej inteligencji nadających się do zastosowania w komputerach kwantowych. Brakuje wykwalifikowanej kadry naukowej przygotowanej do pracy na supermaszynach. Do tego ich ceny sięgają dziesiątek milionów dolarów. Nie wspominając o kosztach utrzymania, które obejmują m.in. zapewnienie temperatury poniżej 200°C.

Jeśli uda się opracować stabilne komputery kwantowe, medycynę czeka bezprecedensowa rewolucja. Skok o kilkadziesiąt lat do przodu w badaniach nad nowymi lekami i terapiami oraz marzenia o rozwiązaniu zagadek medycyny napędzają wyścig inżynierów fizyki kwantowej na całym świecie. ●



# Sprawdzam ✓

## Nie matura, lecz chęć szczerą

ROK AKADEMICKI ROZPOCZNIE SIĘ Z POCZĄTKIEM PAŹDZIERNIKA, ALE KOŃCA REKRUTACJI NA STUDIA MEDYCZNE NIE WIDAĆ. RÓWNIEMŻ DLATEGO, ŻE MINISTERSTWO EDUKACJI I NAUKI CO I RUSZ PRZEDSTAWIA NOWE SZKOŁY, KTÓRE JUŻ W TYM ROKU AKADEMICKIM (!) BĘDĄ MOĞY PODJĄĆ KSZTAŁCENIE PRZYSZŁYCH LEKARZY.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

**Z** *SAN możesz wszystko* – zachęca do przyjrzenia się jej ofercie Społeczna Akademia Nauk w Łodzi, która za kilka tygodni zacznie kształcić na kierunku lekarskim. Uczelnia przyjmie 60 osób. Koszt sześciu lat studiów wynosi 346 tys. zł. Oferta uczelni skierowana jest do bardzo szerokiego grona – również do osób, które nie mają dobrych wyników maturalnych z biologii, chemii, fizyki, matematyki. „Z *SAN możesz wszystko, nawet jeśli Twoje wyniki z tych przedmiotów nie są wystarczające, aby spełnić wymagania rekrutacyjne*” – ogłasza akademia na swoim profilu FB. Bo choć w wymogach rekrutacyjnych zawarła warunek, że kandydaci muszą mieć za sobą egzamin maturalny z biologii lub chemii, a także – do wyboru – z fizyki lub matematyki (w tym przypadku wystarczy poziom podstawowy) zdane na minimum 50 proc., jednocześnie informuje, że zadowolony się ekwiwalentem, czyli egzaminem zdanym... na uczelni.

Kierunki lekarskie przeżywają obłączenie, liczba kandydatów na jedno miejsce (zwłaszcza w nowych szkołach, które oferują kilkadziesiąt miejsc) bije rekordy: 29 – na Uniwersytecie Warszawskim, 27 – na Politechnice Wrocławskiej, 25 – na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim i Akademii Kaliskiej (od nowego roku akademickiego – Uniwersytecie Kaliskim). Ale wrażenie robią też mniejsze liczby: po kilkanaście osób stara się o jeden indeks na Akademii Mazowieckiej w Płocku (16) i Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach (15). Problem w tym, że do października (i to raczej do jego końca) trudno analizować wyniki naboru, bo listy zakwalifikowanych to nie to samo, co listy studentów. Normą jest multiplikacja podań na różne kierunki na różnych uczelniach, w tym roku zwielokrotniona przez skalę

nowych możliwości. Gdzie studenci zdecydują się rzeczywiście podjąć studia, będzie wiadomo dopiero jesienią.

Jasne się wtedy okaże także, jaki wpływ na szeroko rozumiane studia medyczne będzie mieć skokowe zwiększenie liczby miejsc na kierunkach lekarskich. Nie brakuje głosów niepokoju w tej sprawie. Podczas odbywającego się w połowie czerwca Szczytu Zdrowie 2023 swoje obawy wyrażał m.in. prezes NRL Łukasz Jankowski. Podkreślał, że zwiększa się gwałtownie liczbę miejsc na kierunkach lekarskich, zamiast myśleć o podniesieniu liczby pielęgniarek, choć właśnie w tym zawodzie najbardziej odstajemy od unijnej średniej, podczas gdy liczba lekarzy w stosunku do wielkości populacji od niej nie odbiega. Samorządy pielęgniarek i położnych oraz farmaceutów przestrzegają, że absolwenci szkół średnich, którzy czują się na siłach podjąć trudne studia medyczne, będą gremialnie zgłaszać się na kierunek lekarski, jako ten, który daje najlepsze perspektywy zawodowe. Będziemy, mówiąc wprost, inwestować w najdroższe kształcenie na kierunkach lekarskich, zamiast stawiać na budowanie silnych zespołów wspomagających lekarzy w ich pracy z pacjentami.

Dewastacja systemu kształcenia jest jednym z powodów, dla których lekarze – OZZL i Porozumienie Rezydentów OZZL – planują na 30 września protest w Warszawie. Młodzi lekarze i obecni studenci medycyny przestrzegają zaś swoich młodszych kolegów, marzących o karierze lekarza, by nie wybierali drogi na skróty, czyli studiów w szkołach wyższych, które np. mają negatywną ocenę PAK i zgodnie z niedawno jeszcze obowiązującymi standardami nie mogłyby nawet marzyć o prowadzeniu kierunków lekarskich. ●

# OIL w Warszawie będzie współpracować z Uniwersytetem Młodzieżowym



Fot. archiwum

OPINIOWANIE PRZEZ IZBĘ PROGRAMÓW NAUCZANIA, A TAKŻE WSPÓLNE OPRACOWYWANIE KIERUNKÓW STUDIÓW – NALEŻĄ DO NAJWAŻNIEJSZYCH CELÓW POROZUMIENIA, JAKIE OIL W WARSZAWIE ZAWARŁA Z UNIWERSYTETEM MŁODZIEŻOWYM. DOKUMENT PODPISANO 5 LIPCA, A SYGNATARIUSZAMI BYLI: PREZES ORL W WARSZAWIE PIOTR PAWLISZAK ORAZ REKTOR I PREZES UNIWERSYTETU MŁODZIEŻOWEGO MAŁGORZATA WIRTEK.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**P**orozumienie zawiera wstępną listę zadań, których dotyczyć będzie współpraca między Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie a Uniwersytetem Młodzieżowym. Wśród nich są m.in.:

- opiniowanie projektów programów studiów i uzyskiwanych przez absolwentów efektów kształcenia na proponowanych przez Uniwersytet Młodzieżowy kierunkach,

- formułowanie zaleceń dotyczących modyfikacji programów, aby umiejętności praktyczne zdobyte przez absolwentów UM w większym stopniu odpowiadały potrzebom gospodarki,
- wymiana doświadczeń w zakresie metodyki nauczania,
- współpraca nauczycieli akademickich, pracowników naukowych oraz praktyków i specjalistów w celu prowadzenia wykładów, seminariów itp.,
- wspólne opracowywanie nowych kierunków i programów studiów,
- prowadzenie wspólnych projektów badawczych,
- wymiana informacji naukowo-technicznych,
- koordynacja badań naukowych, wymiana rezultatów badań w uzgodnionej tematyce,
- organizowanie wspólnych seminariów, konferencji, sympozjów, warsztatów oraz wizyt studyjnych.

– Porozumienie z Uniwersytetem Młodzieżowym wpisuje się w naszą wizję społecznej odpowiedzialności samorządu lekarskiego. Promowanie wiedzy z zakresu zdrowia, a także samego zawodu lekarza, wśród młodych ludzi jest kluczowe zarówno dla przyszłości ochrony zdrowia w Polsce, jak i dla obecnych oraz przyszłych pacjentów. Z dostępnych publikacji wynika, że osoby z wyższym wykształceniem statystycznie żyją dłużej. Dlatego skuteczna edukacja młodzieży jest tak ważna

dla samorządu lekarskiego. Wierzymy, że współpraca z Uniwersytetem Młodzieżowym zaprocentuje w późniejszym życiu absolwentów uczelni – mówi Piotr Pawliszak, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

– Misją Uniwersytetu Młodzieżowego jest kształcenie młodzieży odpowiedzialnej społecznie, zdolnej sprostać wymaganiom XXI w., przygotowanej do aktywnego i twórczego udziału w rozwiązywaniu problemów społecznych o znacznej doniośności. Porozumienie z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie pozwoli na zapewnienie wysokiego poziomu merytorycznego i dydaktycznego kadry naukowo-dydaktycznej na kierunkach medycznych, m.in. przez rozwijanie jej działalności naukowo-badawczej na najwyższym poziomie. Przekonaliśmy się, że istnieje potrzeba i możliwość współpracy na wielu polach, również naukowo-badawczych, a to porozumienie stanowi dopiero początek kooperacji – podkreśla Małgorzata Wirtek, rektor Uniwersytetu Młodzieżowego. – Mamy nadzieję, że już wkrótce w każdym polskim domu dziecko będzie umiało udzielić pierwszej pomocy medycznej, ale też dzięki współpracy z prestiżowym partnerem, jakim jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, wielu młodych zdecyduje się w przyszłości wykonywać zawód lekarza.

Uniwersytet Młodzieżowy skupia się na edukacji młodzieży na poziomie akademickim. Dzięki niemu młodzież w wieku 13–18 lat otrzymuje pełną wiedzę akademicką dostosowaną do wieku. ●

## BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

Dla lekarzy i lekarzy dentystów  
członków OIL w Warszawie

Dyżury prawników odbywają się:

w **poniedziałek w godz. 10.00–18.00**  
od **wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00**

Adres

Warszawa, ul. Puławska 18 (wejście C)

Kontakt

prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl

728-988-518 (w godzinach pracy prawników)





# Integracja młodych lekarzy Kick off Meeting 2023. Startujemy po raz czwarty!

CO ABSOLWENCI UCZELNI MEDYCZNYCH WIEDZĄ O STAŻU?  
JAK DALEJ WIDZĄ SWOJĄ DROGĘ ZAWODOWĄ – SPECJALIZACJA,  
KARIERA W FIRMACH FARMACEUTYCZNYCH, CZY MOŻE WŁASNA PRAKTYKA LEKARSKA?  
JAK IM UŁATWIĆ WEJŚCIE W ZAWÓD I POMÓC ODNALEŹĆ SIĘ  
W ŚRODOWISKU MEDYCZNYM, KIEDY OPRÓCZ RELACJI Z PACJENTEM  
CORAZ WAŻNIEJSZE STAJĄ SIĘ INNOWACJE?  
TO TYLKO NIEKTÓRE TEMATY ZAPLANOWANE PRZEZ IZBĘ W PROGRAMIE  
TEGOROCZNEGO SPOTKANIA SZKOLENIOWO-INTEGRACYJNEGO  
DLA LEKARZY STAŻYSTÓW – KICK OFF MEETING. TYM RAZEM ZOBACZYMY SIĘ  
W JACHRANCE, W HOTELU WINDSOR, W WEEKEND 7–8 PAŹDZIERNIKA.

tekst **ELŻBIETA TRYBUS**

**K**ażdy absolwent medycyny, zanim stanie się specjalistą, musi przejść staż podyplomowy, który wraz z Lekarskim Egzaminem Końcowym stanowi warunek uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu. Jest więc to trudna, wieloetapowa ścieżka. Zanim przyniesie prestiż i przywileje, rodzi u młodych adeptów kierunków medycznych wiele ważnych pytań. Tych pytań wraz z liczbą stażystów z każdym rokiem przybywa. Stąd dobór tematów i program szkoleń Kick off Meeting opracowany w taki sposób, aby najlepiej jak to możliwe wprowadzić młodych lekarzy w ich zawód.

– *Co roku zadajemy sobie pytanie, co jest ważne dla lekarzy stażystów, jak możemy ułatwić im wejście w nowy etap życia zawodowego. Jako izba lekarska, chcemy im na tej drodze towarzyszyć nie tylko przez odpowiedzi na zgłaszane pytania, ale przede wszystkim, aktywnie szukając zagadnień, które wymagają wyjaśnienia lub udzielenia wsparcia* – mówi Klaudia Gutowska, przewodnicząca Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie.

## WYJAZD INTEGRACYJNY I NOWA FORMUŁA KICK OFF MEETING – WARSZTATY I DEBATA

Bogata formuła spotkania jak co roku łączy szkolenie z integracją, a dopełnieniem jest uroczysta kolacja. W odróżnieniu jednak od poprzednich Kick off Meeting, tegoroczne po raz pierwszy przewiduje wykłady z elementami warsztatów. Klaudia Gutowska wyjaśnia, że izbie bardzo zależało na tym, aby absolwenci od początku mieli jak najwięcej styczności z praktyką, która jest istotną częścią ich późniejszej pracy. Umiejętności praktyczne, a także kompetencje społeczne w pracy z pacjentem rozwija np. ultrasonografia. Stąd pomysł zorganizowania **warsztatów „USG jamy brzusznej”**. Zajęcia zaplanowano w małych, czteroosobowych grupach, a zapisy będą przyjmowane online oraz podczas rejestracji w dniu konferencji (jeśli pozostaną miejsca).

Lekarze, którzy kończą **staż podyplomowy** we wrześniu i październiku 2023 r., będą mogli dodatkowo rozliczyć swoją kartę stażu. Z warsztatu, jaki poprowadzi Katarzyna Lisieska, kierownik Zespołu ds. Stażu Podyplomowego, będą mogli skorzystać także ci, którzy chcą się dowiedzieć, jak to poprawnie zrobić.

Oprócz nowoczesnej formuły warsztatów, *novum* w programie konferencji stanowi **debata: „Chirurgia czy interna – co wybrać, żeby nie żałować?”**, w której udział potwierdzili rezydenci. Organizatorzy liczą na merytoryczną dyskusję i zaangażowanie widowni, co – zdaniem przewodniczącej Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie – ma pomóc stażystom w podjęciu decyzji o wyborze drogi rozwoju:

– *Kieruję się w życiu zasadą, żeby nie stawiać sobie ograniczeń, tylko widzieć we wszystkim możliwości rozwoju. Staż jest kolejną szansą poszerzenia umiejętności i doświadczeń, dzięki czemu może ułatwić wybór specjalizacji.*

Na konferencji nie zabraknie również zagadnień dotyczących **AI oraz nowych technologii w medycynie**, bo codziennie słyszymy o zaawansowanych rozwiązaniach mających pomóc lekarzom w pracy. Organizatorzy podkreślają, że skalę zjawiska najlepiej ukazuje wiosenny raport o cyfryzacji, o którym uczestnicy na pewno usłyszą podczas wykładów.

Sprawdź  
szczegółowy  
program  
szkolenia



## KAŻDY KIEDYŚ BYŁ STAŻYSTĄ...

Coroczne spotkania Kick off Meeting są doskonałą okazją do wymiany wiedzy, skorzystania z praktycznych porad i doświadczeń ekspertów, starszych koleżanek i kolegów, ale też do nawiązania ciekawych relacji. To również możliwość bliższego poznania idei samorządu lekarskiego oraz członków organów OIL w Warszawie.

– *Jako starsza koleżanka życzę wszystkim stażystom ciekawości, z jaką rozpoczynali studia, bo z nią wiąże się stawianie pytań, szukanie rozwiązań czy wreszcie stawianie się coraz lepszym medykiem* – podsumowuje Klaudia Gutowska. ●

## KICK OFF MEETING 2023 7–8 października Hotel Windsor w Jachrance

Kick off Meeting to wyjazdowe spotkania integracyjno-szkoleniowe dla lekarzy stażystów, które Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje od 2019 r. W tym roku zapraszamy wszystkich, którzy rozpoczynają staż 1.10.2023, oraz będących w trakcie realizacji programu stażowego, który rozpoczęli w październiku 2022 i marcu 2023.

W ciągu jednego dnia organizatorzy zaplanowali **18 wykładów** i jedną debatę. Swoją obecność potwierdziło **20 prelegentów**, w tym **16 lekarzy**, pracownicy OIL w Warszawie i radcy prawni. Tegoroczny zjazd ukoronuje **uroczysty bankiet w restauracji Victoria**, z udziałem przedstawicieli ORL i członków Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie. Po kolacji odbędzie się **zabawa z DJ-em**.

Tegoroczny koszt uczestnictwa w wyjeździe obejmuje **trzy pakiety konferencyjne w cenie od 100 do 550 zł** (z noclegiem lub bez). Udział w spotkaniu dofinansowuje Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

Rejestracja  
i pakiety





**Aż 79 proc. dorosłych warszawiaków nigdy nie wykonywało testu w kierunku wirusa HIV, a jedynie 9 proc. poddało się testowi ze względu na ryzykowną sytuację, w której się znaleźli.<sup>1</sup> Dość niepokojący wynik.**

**B**adania ankietowe, takie jak przeprowadzone w stolicy, obejmują stosunkowo małe grupy, z reguły w dużych miastach, i są finansowane przez samorząd. Ale ze wszystkich płynie jeden wniosek: chociaż dobrze znamy drogi przenoszenia choroby, zazwyczaj nie odnosimy posiadanej wiedzy do siebie i swoich przeżyć.

**Jeszcze w latach 90. XX w. powszechne było przekonanie, że chorzy na AIDS to przede wszystkim uzależnieni od narkotyków przyjmowanych dożylnie. Teraz ten stereotyp odchodzi w niebyt. Zatem skąd w społeczeństwie postawy, o których pani mówi?**

Rozumiemy, że HIV przenosi się drogą kontaktów seksualnych, ale nie zaliczamy siebie do grupy, która mogłaby być zagrożona tą chorobą. To nie ułatwia zmniejszenia liczby zachorowań. Tymczasem głównym elementem, który pomógłby ograniczyć rozprzestrzenianie się epidemii, jest świadomość społeczna, za którą idzie testowanie. W tej chwili, jeśli kobieta nie jest w ciąży, nie ma szansy, żeby jej zaproponowano test. W związku z tym wiemy, że istnieje zjawisko zakażeń i jak do nich dochodzi, a jednocześnie absolutnie nie bierzemy pod uwagę, że i nas dotyczy ryzyko.

**Zmiana świadomości to nie jest szybki proces.**

Zmiana myślenia o HIV/AIDS powinna zaczynać się już w szkole. Młodzież z reguły najwięcej informacji dotyczących seksualności czerpie z Internetu: z kanałów YouTube, od blogerów, influencerów *etc.* Dobrze wiemy, że nie jest to odpowiednie źródło informacji, często pokazuje obraz wypaczony. W Polsce o sferze intymnej albo się nie mówi, albo się z niej żartuje. Nie jest tematem

Fot. archiwum prywatne

# Profilaktyka HIV

**CZY KIEDYKOLWIEK INTERESOWAŁ(A) SIĘ PAN(I) TEMATYKĄ HIV/AIDS? ZALEDWIE 34 PROC. DOROSŁYCH I 21 PROC. WARSZAWSKIEJ MŁODZIEŻY ODPOWIADA NA TO PYTANIE TWIERDZĄCO. O ISTOCIE PROFILAKTYKI HIV W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARSKIEJ MÓWI PROF. JUSTYNA KOWALSKA Z KLINIKI CHOROÓB ZAKAŻNYCH DLA DOROSŁYCH WUM.**

rozmawia **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

podejmowanym przy imiennym stole, w przeciwieństwie do raka jelita grubego czy kolonoskopii. Seksualność i choroby z nią związane to nadal kulturowe tabu. Dlatego my, lekarze, mamy utrudnione zadanie.

**Według danych z raportu NFZ w okresie 2012–2021 co piąty zgon z powodu HIV następował w ciągu sześciu miesięcy od rozpoznania. Leczenie HIV w Polsce jest bezpłatne, w 20 poradniach HIV nie wymaga się nawet skierowania. Skąd ten zaskakująco wysoki wynik?**

Wciąż największym problemem jest późne rozpoznanie choroby. Po pierwsze, oznacza, że osoba nieświadoma swego zakażenia może być źródłem infekcji dla innych. Po drugie, pacjent trafia do nas z tak zaawansowanym nie-

**Wciąż największym problemem jest późne rozpoznanie choroby.**

doborem odporności, że nie jesteśmy w stanie go uratować. Zgony po pół roku, czyli następujące bardzo szybko, notowane są jeszcze w przypadku zaawansowanych nowotworów. To porównanie mówi samo za siebie. W rozmowach z kolegami, w gronach eksperckich, doszliśmy do wniosku, że dzieje się tak, bo nadal niedostatecznie szeroko oferuje się testowanie w kierunku HIV.

**Jak poruszyć temat, aby nie zrazić pacjenta?**

Warto pamiętać, żeby w rozmowie z pacjentem zadawać pytania, które obejmują strefę zdrowia seksualnego. Powinniśmy pytać w sposób otwarty i nieoceniający. Na pierwszej wizycie pytanie: *Czy pani/*

*pani ma stałego partnera/partnerkę?* pada niezmiernie rzadko. Zadanie takiego pytania nie musi prowadzić do pogłębiania tematu i kończyć się oferowaniem konkretnych testów. Oczywiście, to byłaby idealna sytuacja, lecz samo zadanie pytania jest uchyleniem drzwi. Jeśli obserwujemy, że pacjent odpowiada zdawkowo, przekładamy rozmowę na kolejny raz, ale sygnał na otwarcie do takiej rozmowy z naszej strony już został wysłany. Bardzo często w mojej praktyce zdarza się, że podczas drugiej czy trzeciej wizyty pacjent mówi: *Pytała mnie pani o to i o to. Chciałam dodać, że...* Pacjenci sami rozwijają temat, bo mieli czas na zastanowienie się, czy nie byli narażeni na ryzyko oraz dlaczego takie pytanie padło w kontekście problemu, z którym się zgłaszają. To nasza postawa i naturalny sposób zadania pytania są kluczowe. ►►

## WSKAZANIA MEDYCZNE DO TESTOWANIA W KIERUNKU ZAKAŻENIA HIV ZALECENIA OGÓLNE WEDŁUG PTN AIDS

1. Ciąża – do 10. tygodnia ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży
2. W razie braku badania test należy zaoferować bezpośrednio po porodzie; jeżeli kobieta nie wyrazi zgody, należy zaproponować badania u noworodka
3. Partnerzy kobiet w ciąży
4. Osoby zakażone chorobami przenoszonymi drogą płciową
5. Osoby zakażone HPV i/lub manifestujące następstwa kliniczne infekcji (dysplazja, rak)
6. Osoby zakażone HCV, HBV, HAV
7. Stany chorobowe o niejasnej etiologii (biegunka, limfadenopatie, gorączka, utrata masy ciała)
8. Trombocytopenia, leukopenia, neutropenia
9. Nawracające infekcje
10. Zawsze, gdy pacjent sam zgłasza chęć wykonania testu

## WSKAZANIA DO ZASTOSOWANIA PREP

METODA PREP POWINNA BYĆ STOSOWANA U OSÓB DOROSŁYCH, KTÓRYCH DOTYCZY ZWIĘKSZONE RYZYKO ZAKAŻENIA HIV. NALEŻY JĄ ZAPROPONOWAĆ OSOBOM, KTÓRE:

- 】 mają kontakty seksualne bez prezerwatywy,
- 】 stosowały profilaktykę poekspozycyjną (PEP) po kontakcie seksualnym w ciągu ostatniego roku,
- 】 chorowały na choroby przenoszone drogą kontaktów seksualnych w ciągu ostatniego roku,
- 】 mają kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych,
- 】 używają narkotyków dożylnie,
- 】 świadczą usługi seksualne,
- 】 zwracają się z prośbą o wdrożenie PrEP.



Fot. archiwum prywatne

## ► Dlaczego nie testujemy?

Lekarze chętnie by testowali, ale z naszych obserwacji wynika, że problem stanowi przede wszystkim brak testów w placówkach lub brak procedur ich finansowania. Test w kierunku HIV nie jest ujęty w żadnym pakiecie, poza ciężowym. Z kolei, zaopatrując placówki ambulatoryjne nawet w szybkie testy, zwiększylibyśmy wykrywalność wirusa. Projekty, w których uczestniczyłam w poradniach POZ, wskazują na wysoką akceptację oferowania testów przez lekarzy oraz ich wykonywania przez pacjentów. Lekarze potrzebują narzędzia oraz włączenia pytań dotyczących seksualności do podstawowego wywiadu, a pacjenci zwiększenia świadomości.

### Testy. Co powinniśmy o nich wiedzieć?

Każdy test, który wykrywa przeciwciała lub antygen wirusa HIV, wymaga po-

twierdzenia. Taka jest zasada. Kiedy pacjent zgłasza, że był w sytuacji ryzykownej, a wynik testu jest negatywny, zgodnie z zaleceniami PTN AIDS należy test powtórzyć po 12 tygodniach, aby mieć pewność, że uwzględniliśmy w diagnostyce tzw. okno serologiczne, czyli okres, w którym badana osoba jest zakażona, ale jej organizm nie wytworzył jeszcze swoistych przeciwciał.

Ważna dla lekarzy jest informacja, że dodatni test przesiewowy (III generacji – wykrywający przeciwciała anti-HIV, lub IV generacji – wykrywający przeciwciała anti-HIV oraz antygen p24) nie pozwala na postawienie diagnozy. Pacjenta z takim podejrzeniem można skierować do jednej z ponad 20 poradni specjalistycznych zajmujących się leczeniem HIV, która potwierdzi rozpoznanie testem Western blot lub od razu oceną wirēmii HIV ([https://aids.gov.pl/hiv\\_aids/821-2/](https://aids.gov.pl/hiv_aids/821-2/)). Pragnę podkreślić to, co już pani powiedziała: formalne skierowanie do tych poradni nie jest wymagane. Nie ma też rejonizacji.

Warto zachęcać pacjentów do wykonywania testów przesiewowych w pakiecie: test na HIV, kiłę, HCV (tzw. Co-testing), i ponawiania ich co jakiś czas przez osoby z powtarzającymi się ryzykownymi sytuacjami. Testy są bardzo tanie. Możemy też skierować pacjenta do punktu konsultacyjno-diagnostycznego, gdzie wykonuje się testy bezpłatnie i anonimowo (<https://aids.gov.pl/pkd/>). Zalecając taką formę testowania, musimy mieć świadomość, że nie uzyskamy wyniku imiennego dla pacjenta, jeżeli wynik jest ujemny [wskazania do testowania medycznego zamieszczamy w grafice na str. 37].

### Z jakich form testowania może pacjent skorzystać?

Oprócz testowania medycznego (zleconego przez lekarza w jednostce medycznej), możemy korzystać z testowania *point-of-care* (POC), testowania anonimowego oraz testowania samodzielnego (*self-testing*). Ta ostatnia forma ma ogromną zaletę, bo pacjent może wykonać test w przyjaznym dla siebie otoczeniu, ze wsparciem bliskiej osoby. Ma to duże znaczenie, zwłaszcza w przypadku pozytywnego wyniku. Niestety, według badań przeprowadzonych w ośmiu kra-

jach Europy Środkowej i Wschodniej jedynie u 6 proc. osób żyjących z HIV w ten sposób wykryto chorobę. Tymczasem w mojej ocenie testy do wykonania samodzielnego są przyszłością, zwłaszcza jeżeli mogą być zamówione online, co znacząco sprzyja anonimowości. Obecnie na rynku polskim są w sprzedaży internetowej testy firm Biolytical (INSTI), Abbott (Panbio HIV Self Test), AAZ (autotest VIH) oraz Simplitude (ByMe). Kosztują 80–100 zł plus wysyłka.

### Czym jest profilaktyka przedekspozycyjna?

PrEP, czyli *pre-exposure prophylaxis*, to kolejne narzędzie w rękach lekarza do walki z HIV. Polega na stosowaniu leków ARV (jednej lub dwóch substancji) u osób niezakażonych HIV w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia. PrEP to metoda „redukcji szkód”. Przy prawidłowym stosowaniu ma wysoką skuteczność, bo aż 80–90 proc., i formę codziennie podawanych tabletek, tabletek przyjmowanych doustnie „na żądanie” lub iniekcji domięśniowych co osiem tygodni. Najważniejsze przed jej zastosowaniem jest sprawdzenie, czy pacjent nie jest już zakażony HIV. Należy również skierować pacjenta na badanie HBsAg i sprawdzić parametry nerkowe. Każdy lekarz ma prawo wypisać receptę w ramach PrEP, a szczegółowe zalecenia PTN AIDS można pobrać ze strony [https://www.ptnaids.pl/images/pliki/aids\\_2023-zakladki.pdf](https://www.ptnaids.pl/images/pliki/aids_2023-zakladki.pdf) [wskazania do zastosowania PrEP w grafice na str. 37].

Byłoby idealnie, gdyby PrEP była stosowana w skojarzeniu z szeroką i regularną diagnostyką przesiewową HIV, wczesnym leczeniem wszystkich zakażonych HIV, diagnostyką i terapią innych zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz promocją profilaktyki barierowej i innych metod redukcji szkód.

HIV to powszechny problem zwykłych ludzi. Tych, którzy mieli pecha, z milionów tych, którzy go nie mieli. ●

<sup>1</sup> *Badanie świadomości i wiedzy warszawianów na temat HIV i AIDS*, Raport Kantar Public dla Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy 2022.



# Lekarze potrzebują swojego rzecznika

WPRAWDZIE FUNKCJA RZECZNIKA PRAW LEKARZA, ZARÓWNO W OKRĘGOWYCH IZBACH LEKARSKICH, JAK I W IZBIE NACZELNEJ, MA PODSTAWY PRAWNE, ALE BRAK WYRAŻONEGO WPROST UMOCOWANIA USTAWOWEGO BYWA DLA NIEKTÓRYCH PODMIOTÓW PRETEKSTEM DO UTRUDNIANIA DZIAŁAŃ NA RZECZ LEKARZY. DLATEGO BĘDĘ DAŻYĆ DO NOWELIZACJI USTAWY O IZBACH LEKARSKICH, BY PEŁNIONA PRZEZE MNIE FUNKCJA ZNALAZŁA ODZWIERCIEDLENIE W JEJ PRZEPISACH.

tekst **MONIKA POTOCKA**, rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL



Fot. K. Bortyzel

**W**skazane przez Panią akty wewnętrznego prawa samorządu lekarskiego (...) nie potwierdzają, że Prezydium ORL może udzielać dalszych upoważnień, w szczególności w zakresie pozyskiwania danych od spółek prawa handlowego” – taką odpowiedź otrzymałam niedawno z jednego z warszawskich szpitali, kiedy w imieniu ORL domagałam się informacji na temat nieuregulowania należności dla lekarzy z tytułu dodatków covidowych. Stanowisko szpitala nie przystaje do rzeczywistości. Po pierwsze, szpital nie jest uprawniony do oceny aktów wydawanych przez ORL i nie ma kompetencji do ich podważania. Po wtóre, rzecznik praw lekarza na podstawie uchwały z lipca tego roku jest dopuszczany do postępowań sądowych w zakresie działania w imieniu OIL, dotyczących ochrony indywidualnych i zbiorowych interesów lekarzy. Tym samym, jeśli sąd uznaje i akceptuje uchwałę ORL jako legitymującą rzecznika praw lekarza do działania w imieniu OIL, należy to uznać za wystarczający argument.

Do jednak nie zmienia faktu, że brak umocowania ustawowego dla instytucji rzeczników praw lekarza daje pretekst instytucjom, które chcą utrudniać naszą pracę, wzbraniając dostępu do informacji i dokumentów. Dlatego już w poprzedniej kadencji samorządu lekarskiego Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie powołała zespół, który pracował nad zmianą ustawy o izbach w tym właśnie zakresie. Gotowy projekt ustawy skierowaliśmy do NIL z prośbą o podjęcie dalszych działań.

Uważamy, że ustawowe umiejscowienie RPL w naczelnej izbie i w izbach okręgowych powinno być podobne do umiejscowienia rzeczników odpowiedzialności zawodowej. A zatem RPL powinien być wybierany przez zjazd lekarzy spośród delegatów na czas kadencji izby, móc sprawować funkcję nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje i mieć minimum 10 lat pracy w zawodzie. Zapropozowane przez nas przepisy przewidują także funk-

cję zastępcy rzecznika praw lekarza powoływanego na podobnych zasadach jak zastępcy rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

W zakresie ustawowych kompetencji RPL, objętych samorządową propozycją, znajduje się przede wszystkim dostęp do akt i dokumentów, będących w posiadaniu określonych instytucji, które mogą mieć związek z prowadzoną przez rzecznika sprawą.

Rzecznik powinien mieć prawo żądać od właściwych organów, w szczególności organów nadzoru, prokuratury, kontroli państwowej, zawodowej lub społecznej, podjęcia odpowiednich czynności wyjaśniających.

Zgodnie z przedstawioną przez nas propozycją mogłby ponadto brać udział w postępowaniach cywilnych i administracyjnych na prawach przysługujących prokuratorowi, a w karnych – na prawach przysługujących organizacji społecznej.

Chodzi tu jedynie o specjalne uprawnienia, które posiadają inni rzecznicy reprezentujący wiele środowisk zawodowych (a będą kolejni, w Sejmie złożono jednak projekt ustawy o rzeczniku praw pracowniczych). Uważam jednak, że specyfika naszego zawodu, ciężar odpowiedzialności i społeczna waga ochrony zdrowia, w pełni uzasadniają zwiększenie ochrony pracy lekarzy i lekarzy dentyków przez dodanie do ustawowo opisanych innych rzeczników praw także rzecznika praw lekarza. ●

# Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

## ODWOŁANO STAN ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO

Mocą rozporządzenia ministra zdrowia\* od 1 lipca 2023 r. odwołano na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Równoległe Rada Ministrów wydała rozporządzenie,\* zgodnie z którym od 1 lipca 2023 r. przestały obowiązywać przepisy dotyczące określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego,\* wprowadzonego w Polsce 16 maja 2022 r. Od 20 marca 2020 r. obowiązywał stan epidemii.\*

Wejście w życie wymienionych przepisów powoduje szereg istotnych zmian. Został uchylony nakaz zasłaniania ust i nosa w przycho-

dnich, szpitalach i placówkach medycznych, a także obowiązek szczepień pracowników medycznych. Istotne zmiany dotyczą również prawa pracy, m.in. przywrócony został określony w art. 229 kodeksu pracy\* obowiązek wykonywania przez pracownika wstępnych oraz okresowych badań lekarskich. Jednocześnie z odwołaniem stanu zagrożenia epidemicznego wygasł przepis, który umożliwiał pracodawcom wysyłanie pracowników na urlop wypoczynkowy bez ich zgody i z pominięciem planu urlopów.\* Od 1 lipca 2023 r. zostało wyłączone stosowanie art. 46c ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,\* który pozwalał nie stosować prawa zamówień publicznych do zamówień na usługi, dostawy lub roboty budowlane udzielane w związku z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii.

Na praktyczne konsekwencje zniesienia stanu zagrożenia epidemicznego dla wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej zwróciła uwagę Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.\* Wymienić warto zniesienie uprawnień pielęgniarki i położnej do przeprowadzania badania kwalifikacyjnego pacjentów przed szczepieniem ochronnym przeciwko COVID-19 oraz uprawnień położnych do udzielania świadczeń zdrowotnych w dodatkowym zakresie. Wygasły również terminowe umowy zawarte w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą z naczelną pielęgniarką, przełożoną pielęgniarek, pielęgniarką oddziałową, które na mocy art. 49 ust. 6a ustawy o działalności leczniczej zostały przedłużone o czas trwania stanu zagrożenia epidemicznego.\*

## ZMIANY W SYSTEMIE E-RECEPT

Ministerstwo Zdrowia od pewnego czasu zapowiadało podjęcie działań mających na celu zapobieganie łamaniu prawa przy wystawianiu e-recept. Według danych ministerstwa\* zdarzają się przypadki nadużywania prawa do wystawiania recept bez badania pacjenta lub wywiadu, a przy tym w ilościach masowych, przekraczających 100 tys. rocznie. Wobec tego w ministerstwie zdecydowano o wprowadzeniu z początkiem lipca 2023 r. limitów na wystawianie recept w systemie elektronicznym. W ich rezultacie jeden lekarz w ciągu 10 godzin może wystawić recepty 80 pacjentom, maksymalnie 300 recept dziennie.

Zasadnicze wątpliwości wobec wprowadzenia limitów dotyczących wystawiania e-recept zgłosił rzecznik praw obywatelskich,\* który wskazał, że decyzja ta jest ingerencją w prawo wykonywania zawodu przez lekarzy i może prowadzić do ograniczenia praw pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Zwrócił przy tym uwagę, że nie został opublikowany projekt rozporządzenia w tej sprawie, a podstawa prawna decyzji MZ nie jest jasna. W odpowiedzi\* ministerstwo wskazało, że możliwość zdalnego wystawiania recept jest ogromnym osiągnięciem krajowych projektów cyfryzacji i zwiększeniem dostępności świadczeń, a więc działaniem nastawionym na rozwiązywanie największych problemów systemu ochrony zdrowia. Konieczne jest jednak zdecydowane wyeliminowanie nadużyć. Wprowadzenie dziennego limitu przyjętych pacjentów oraz wystawianych recept nierefundowanych ma charakter techniczny, a minister zdrowia działał na podstawie §1 ust. 2 i 3 rozporządzenia prezesa Rady Ministrów w sprawie szczegółowego zakresu działania ministra zdrowia\* oraz art. 7 ust. 2 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.\* Rzecznik praw obywatelskich w kolejnym wystąpieniu w tej sprawie\* zwrócił uwagę, że we wskazanych przez ministerstwo regulacjach prawnych nie ma powszechnie obowiązującego przepisu, który

mógłby stanowić podstawę prawną wprowadzenia limitów e-recept wystawianych przez lekarzy.

Do sprawy odniósł się również samorząd lekarski. W swym wystąpieniu prezes Naczelnej Rady Lekarskiej\* wskazał, że racjonalne działania służące uregulowaniu rynku tzw. receptomatów zasługują na poparcie. Jednak samorząd stanowczo protestuje przeciwko ograniczaniu praw pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej i arbitralnemu ustalaniu sposobu, w jaki lekarz może używać narzędzi takich jak e-recepta. Jednocześnie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej opublikowało apel\* do lekarzy o wystawianie recept z zachowaniem standardów właściwej opieki nad pacjentem i zasad określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

W uzupełnieniu opisanych działań 2 sierpnia 2023 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia\* dotyczące ograniczeń w wystawianiu recept na środki odurzające i psychotropowe bez badania pacjenta. Lekarz przed wystawieniem takiej recepty ma obowiązek sprawdzić, jakie leki pacjentowi przepisano, które wykupił, zażywa i w jakich dawkach. W tym celu pacjent powinien mu udostępnić historię wystawiania swoich recept. Lekarz będzie mógł wystawić e-receptę na wymienione leki w ramach kontynuacji leczenia i bez badania wyłącznie wówczas, gdy ostatnie badanie odbyło się w czasie krótszym niż trzy miesiące przed poradą. Obowiązek weryfikacji historii recept nie dotyczy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, którego pacjent wybrał przez złożenie deklaracji wyboru.

## USTAWY O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ I ZMIANIE USTAWY O PRAWACH PACJENTA PODPISANE PRZEZ PREZYDENTA

4 sierpnia 2023 r. Sejm uchwalił, a prezydent podpisał\* ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta\*, a także o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku

praw pacjenta oraz niektórych innych ustaw.\* Pierwsza reguluje kwestie związane z wewnętrznym systemem zarządzania jakością i bezpieczeństwem, autoryzacją, akredytacją i rejestracją medycznymi. Drugi z wymienionych aktów wprowadza dwuinstancyjny system pozasądowego przyznawania rekompensat szkód z tytułu zdarzeń medycznych, obsługiwanego przez rzecznika praw pacjenta, w miejsce obecnych wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, oraz powołanie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Warto dodać, że obie ustawy uchwalone zostały w krótkim czasie jako projekty poselskie. Przyjęto je mimo wielu zastrzeżeń, w szczególności ze strony samorządu lekarskiego.\*

## SEJM PRZYJĄŁ USTAWĘ O NIEKTÓRYCH ZAWODACH MEDYCZNYCH

Na posiedzeniu 17 sierpnia 2023 r. Sejm\* przyjął ustawę o niektórych zawodach medycznych.\* Akt dotyczy 16 zawodów medycznych, ponieważ na ostatnim etapie prac legislacyjnych wykreślono zeń zawód technika dentystycznego.\* W rezultacie regulacją objęto zawody: asystentki stomatologicznej, elektroradiologa, higienistki stomatologicznej, instruktora terapii uzależnień, opiekuna medycznego, optometrysty, ortoptystki, podiatry, profilaktyka, protetyka słuchu, technika farmaceutycznego, technika masażysty, technika ortopedy, technika sterylizacji medycznej, terapeuty zajęciowego. Dokument określa zasady wykonywania zawodów medycznych, w tym odpowiedzialności zawodowej, ustanawia obowiązek rozwoju zawodowego oraz tworzy Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, który umożliwi weryfikację wykonujących zawody medyczne zarówno przez pracodawców, jak i pacjentów. Ustawa oczekuje teraz na podpis prezydenta. ●

\* Źródła:



◇ GDY ZMARŁ TWÓJ BLISKI, KTÓRY BYŁ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ

◇ JEŚLI JESTEŚ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ I ZNALAZŁEŚ SIĘ W TRUDNEJ SYTUACJI FINANSOWEJ Z POWODU CHOROBY

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie nie pozostawi Cię bez pomocy. Zgłoś się do Rady Funduszu Samopomocy – możesz uzyskać pomoc finansową.

◇ GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO

Rada Funduszu Samopomocy wspomże Cię w pierwszych miesiącach wychowania Twojego dziecka.

**SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!**

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.

Tel. 22 542 83 33

 [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl)

## RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

# Vademecum lekarza przedsiębiorcy



NIE KAŻDY LEKARZ JEST BIZNESMENEM Z KRWI I KOŚCI, DLATEGO ZAKOŃCZENIE WSPÓŁPRACY Z PRACOWNIKIEM MOŻE NASTRĘCZAĆ TRUDNOŚCI. CO ZROBIĆ, ABY ROZWIĄZANIE UMOWY O PRACĘ NIE SPĘDZAŁO SNU Z POWIEK?

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

**W** poprzedniej części „Vademecum przedsiębiorcy” omawiałam aspekty zatrudniania pracowników oraz rodzaje umów o pracę. Wszystkie te umowy (na okres próbny, na czas określony oraz na czas nieokreślony) możemy rozwiązać na kilka sposobów. **Decyzję o zakończeniu współpracy ma prawo podjąć zarówno pracodawca, jak i pracownik.** Przepisy przewidują pięć sposobów:

- rozwiązanie umowy o pracę na mocy porozumienia stron,
- rozwiązanie umowy o pracę za wypowiedzeniem,
- rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia,
- rozwiązanie umowy o pracę po upływie czasu, na który została zawarta,
- przez wygaśnięcie stosunku pracy.

Zakres obowiązków pracodawcy i praw pracownika związanych z zakończeniem współpracy zależy przede wszystkim

**od rodzaju umowy o pracę oraz powodów, z jakich chcemy zakończyć współpracę.**

Przyczyny, z których nie możesz rozwiązać umowy o pracę (Twoim obowiązkiem będzie wykazanie, że żadna z nich nie zaważyła na chęci zakończenia współpracy z pracownikiem):

- wystąpienie pracownika z wnioskiem o zmianę warunków pracy na bardziej przewidywalne lub bezpieczniejsze,
- jednoczesne pozostawanie pracownika w stosunku pracy z innym pracodawcą lub jednoczesne zatrudnienie na innej podstawie,
- staranie się pracownika o informacje dotyczące warunków zatrudnienia,
- skorzystanie z praw do szkoleń niezbędnych do wykonywania pracy, na koszt pracodawcy i w godzinach pracy.

	Za porozumieniem stron	Za wypowiedzeniem	Bez wypowiedzenia	Po upływie czasu umowy	Wygaśnięcie
<b>Kto może zakończyć współpracę?</b>	pracownik pracodawca obie strony	pracownik pracodawca	pracownik pracodawca	bez inicjatywy stron	bez inicjatywy stron
<b>Którą umowę można zakończyć?</b>	-	-	każdą umowę o pracę	-	-
<b>Jaki dokument jest wymagany?</b>	porozumienie stron	oświadczenie o rozwiązaniu umowy za wypowiedzeniem	oświadczenie o rozwiązaniu umowy bez wypowiedzenia	-	-
<b>Kiedy obowiązek świadczenia pracy ustaje?</b>	w ustalonym terminie	z końcem okresu wypowiedzenia	w dniu wręczenia oświadczenia	w ostatnim dniu obowiązania umowy	w dniu, w którym wystąpiła sytuacja powodująca wygaśnięcie umowy
<b>Kiedy można rozwiązać umowę?</b>	w każdej chwili	w każdej chwili	z winy pracownika - w ciągu miesiąca od dnia, kiedy strona dowiedziała się o fakcie, z powodu którego można rozwiązać umowę	umowa rozwiązuje się samoistnie	umowa rozwiązuje się samoistnie
<b>Czy trzeba podawać przyczynę?</b>	nie	pracownik - nie, pracodawca - tak, jeśli wypowiedza umowę zawartą na czas określony lub nieokreślony	tak; przyczyny uzasadniające wypowiedzenie są ściśle określone	nie	nie

O tym należy pamiętać:

- Pracownika nietrzeźwego lub nieobecnego ponad rok z powodu choroby można zwolnić za wypowiedzeniem lub bez wypowiedzenia, a także za porozumieniem stron.
- Jeśli pracownik nie spełnia oczekiwań, a jest zatrudniony na okres próbny lub czas określony, mamy do wyboru trzy formy rozwiązania stosunku pracy: za wypowiedzeniem, za porozumieniem stron lub z upływem czasu obowiązywania umowy. Nie wolno rozwiązać umowy bez wypowiedzenia.
- Bez względu na przyczynę zakończenia współpracy, zawsze można zaproponować pracownikowi rozwiązanie umowy na drodze porozumienia stron. Tak można rozwiązać umowę każdego rodzaju i w każdym czasie. Jednak ani pracodawca, ani pracownik nie mają prawa odwołania się od porozumienia do sądu pracy. Nie obowiązuje też żadna ochrona pracownika przed rozwiązaniem umowy. Oznacza to, że z kobietą w ciąży i pracownikiem w wieku przedemerytalnym również można rozwiązać umowę w tym trybie.
- W przypadku zakończenia umowy z upływem czasu, na jaki została zawarta, pracownikowi nie przysługuje odwołanie do sądu pracy i żadne roszczenia. Jednak w uzasadnionych przypadkach ma prawo wystąpić z wnioskiem o wskazanie przyczyny rozwiązania umowy.
- Wygaśnięcie umowy o pracę odbywa się automatycznie na mocy prawa w ściśle określonych okolicznościach:
  - śmierci pracownika,
  - śmierci pracodawcy, o ile prowadził jednoosobową działalność gospodarczą lub zatrudniał pracownika osobiście, a nie jako zakład pracy.

**Uwaga!** Jeżeli stosunek pracy wygaśnie z powodu tymczasowego aresztowania pracownika, będziesz zobowiązany ponownie go zatrudnić, gdy postępowanie karne w jego sprawie zostanie umorzony lub zakończy się wyrokiem uniewinniającym. ●

Tekst i tabelę opracowano na podstawie informacji z portalu [biznes.gov.pl](http://biznes.gov.pl).



Fot. archiwum

## 5 LIPCA NA LEKARSKIM UNIWERSYTECIE TRZECIEGO WIEKU „NESTOR” ODBYŁO SIĘ ZAKOŃCZENIE ROKU AKADEMICKIEGO 2022/2023.

Uroczystość otworzył prezes ORL w Warszawie Piotr Pawliszak, który po krótkim wystąpieniu wręczył wyróżniającym się słuchaczom nagrody oraz dyplomy. Następnie głos zabrał Jan Kowalczyk, skarbnik ORL w Warszawie, który przedstawił plany finansowe projektów, które Okręgowa Rada Lekarska ma zamiar realizować w odniesieniu do lekarzy seniorów.

17 lipca słuchacze uniwersytetu wyjechali na turnus rehabilitacyjny do jednego z najstarszych polskich uzdrowisk, malowniczego Nałęczowa. Mieszkali w wybudowanej w 1912 r. przez pochodzącą z Wołynia hrabinę Kaszowską willi, pierwotnie zwanej „Babin”, obecnie zaś „Willą Raj”. Willa otoczona jest przepięknym ogrodem, w którym słuchacze „Nestora” z radością spędzali czas.

Każdy dzień pobytu rozpoczynał się gimnastyką prowadzoną w ogrodzie, która kończyła się spacerem po założonym w 1878 r. Parku Zdrojowym, gdzie znajduje się pomnik siedzącego, jak przed wielu laty, na ławeczce przy stawie Bolesława Prusa.

Podczas turnusu uczestnicy korzystali z zabiegów rehabilitacyjnych, masażu oraz ćwiczeń na stołach izometrycznych.

Dodatkową wartością wzbogacającą pobyt była możliwość wysłuchania koncertów odbywających się każdego wieczoru w ramach XXVI Międzynarodowego Festiwalu i Kursu Pianistycznego w Nałęczowskim Ośrodku Kultury.

22 lipca nadszedł moment powrotu do Warszawy. Słychać było głosy: – *Mamy nadzieję, że wrócimy tu w przyszłym roku.* ●

## ZJAZD KOLEŻEŃSKI

Wspólny zjazd koleżeński wydziałów lekarskiego i stomatologicznego PUM, rocznika 1991–1996(7), odbędzie się 7 października 2023 r. w Hanza Tower w Szczecinie, o godz. 19.00. Kontakt: Wydział Lekarski PUM – M. Florczak, tel. 604 603 475, marc@onet.pl; Wydział Stomatologii PUM – J. Miazek, tel. 608 245 257. Serdecznie zapraszamy.

## SPOTKANIE KOLEŻEŃSKIE

30 września 2023 r. w Hotelu Branicki w Białymstoku z okazji XXXV-lecia ukończenia studiów odbędzie się spotkanie koleżeńskie absolwentów z roku 1988 Wydziału Lekarskiego AM w Białymstoku oraz koleżanek i kolegów studiujących w latach 1982–1988.

Szczegółowe informacje: Małgorzata M. Topolska, tel. 604 508 245 (po 18.00), mmtopolska@tlen.pl; zgłoszenia udziału w uroczystej kolacji oraz rezerwacja noclegów: marketing@hotelbranicki.com. Koszt uroczystej kolacji wynosi 250 zł. Wpłaty na konto: 45 2490 0005 0000 4530 2968 1951, z dopiskiem: XXXV-lecie AMB.

Koleżanki i Koledzy, przekażcie, proszę, tę informację osobom, które mogą być zainteresowane spotkaniem, nawet jeśli sami nie będziecie w nim uczestniczyć.



# II Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek

**20–22 października 2023**  
**Z-Hotel w Otwocku**

**Rejestracja na [izba-lekarska.pl](http://izba-lekarska.pl)**

# Za każdy kamień Twój



Fot.: Joachim Joachimczyk, „Joachim”/MPW

W POWSTANIU WARSZAWSKIM WALCZONO NIE TYLKO NA BARYKADACH Z BRONIĄ W RĘKU. W 225 SZPITALACH ORAZ OKOŁO 120 JEDNOSTKACH POLOWYCH I 200 PUNKTACH OPATRUNKOWYCH LEKARZE, PIELEŃNIARKI, SANITARIUSZE I SANITARIUSZKI TOCZYLI TYTANICZNE ZMAGANIA O ŻYCIĘ LUB GODNĄ ŚMIERĆ KAŻDEGO POWSTAŃCA, KAŻDEGO WARSZAWIAKA, A TAKŻE NIEMIECKICH ŻOŁNIERZY. ODDAJMY IM GŁOS.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

## PROLOG

„Lato 1939 r. było wyjątkowo upalne. Spędzaliśmy je w sześcioro w majątku mojej babci. Byłam wtedy wesołą, lubiącą tańczyć i bawić się, szczęśliwą dziewczyną. Moja babcia, wspanią polska dama, stwierdziła: – Ale wy macie życie. Za mojego dzieciństwa młode kobiety zajmowały się jedynie darcie szarpia dla powstańców 1863 r. Nie bawiły się tak jak wy. Uśmiechnęłam się i powiedziałam: – Babciu, nie wiadomo, co nas jeszcze spotka. Babcia machnęła tylko ręką. I stało się. We wrześniu wybuchła wojna i mój świat przestał istnieć”.

Lek. med. Zofia Szamowska-Borowska

## GODZINA „W”

„We wtorek 1 sierpnia, tuż przed wyjściem na zajęcia w Szpitalu Położniczo-Ginekologicznym przy ul. Starynkiewicza 1, otrzymałam kartkę pisaną ręką »dr Barbary«: »Stawić się

– Wspólna 61 m. 2, godz. 15.00«. Uchwyciłam figlarne spojrzenie mojej siostry Hanki i usłyszałam: – Następny alarmik? Ubrana sportowo, z garstką niezbędnych rzeczy osobistych, żegnana przez matkę krzyżykiem znaczone na czole, ucałowałam resztę rodziny i wyruszyłam na miejsce zbiórki, do punktu sanitarnego przy ul. Wspólnej 61 m. 2” – pisze prof. dr hab. n. med. Maria Kobuszewska-Faryna. W powstaniu studentka medycyny zostanie pasowana na lekarza.

\*\*\*

„Po odprawie 1 sierpnia 1944 r. o godz. 11.00 u komendanta, dr. Szczubetka, ps. »Jaszczur«, otrzymałam rozkaz stawienia się o godz. 17.00 w Zakładzie Sióstr Marianek przy ul. Chełmskiej. Mimo ostrzału dostałam się na miejsce. Byli już wszyscy, wraz z komendantem. Był dr Sosnowski, dr Uliszewski i dr Zieliński; przybywali też coraz to inni lekarze z instrumentami medycznymi w walizczkach. Dwie sale z łózkami





były już przygotowane na szpital, także sala operacyjna z dużym stołem kuchennym wyszorowanym do białości. Sterylizatory do gotowania narzędzi chirurgicznych – na stole obok. Duże puszki sterylne z wyjąłowaną gazą do opatrunków, bandaże i narzędzia chirurgiczne – wspomina ks. Edmund Przybyła, kapelan AK.

Atmosfera gotowości i oczekiwania jeszcze tego samego dnia ustąpiła miejsca wytężonej pracy. „Rannych było coraz więcej. Sanitariuszki zносиły ich na noszach wprost na salę operacyjną. Był ciągły ruch, stale gotowano narzędzia chirurgiczne, zaczęły się operacje, trwające bez przerwy do północy” – opowiada ks. Przybyła.

## NA CELOWNIKU

Szybko okazało się, że Niemcy wezmą na cel także szpitale. Tragiczne dzieje Szpitala św. Łazarza i Szpitala Dziecięcego im. Karola i Marii dowiodły, że hitlerowcy nie zamierzają przestrzegać konwencji genewskiej. Szybko też pojęto, że oznaczanie placówek czerwonym krzyżem oznacza wydanie wyroku na siebie i pacjentów.

„Sądziliśmy, że znak Czerwonego Krzyża uchroni go [szpital na Sadybie] od ataku nieprzyjaciela. Wrogowie jednak nie uszanowali międzynarodowego prawa. Specjalnie celowali w szpitale i rzucali bomby zapalające. Wynoszono rannych, ale nie było ich gdzie ulokować. Ofiarnie architekt Karol Siciński oddał swoją piękną willę przy ul. Godebskiego do dyspozycji

szpitala (...) Na nieszczęście ktoś znowu wywiesił flagę Czerwonego Krzyża. Nowy szpital spotkał ten sam los co poprzedni zaledwie po dwóch czy trzech dniach” – pisze ks. Przybyła.

Destabilizacja i życie w ciągłym strachu przed czystkami dokonywanymi przez Niemców znacząco utrudniały funkcjonowanie szpitali i punktów opatrunkowych. Okupanci nie oszczędzali nikogo. Ani cywilów, ani rannych, ani personelu. Rozstrzelali ich w szpitalnych łóżkach lub na stołach operacyjnych. Litości nie wzbudzały w nich nawet dzieci i niemowlęta.

W relacji z „czarnej soboty” na Woli Wanda Moenke wspomina: „Na terenie ogrodu szpitalnego [Szpitala Dziecięcego Karola i Marii przy ul. Leszno] pozostała pielęgniarka Wanda Dąbrowska wraz z kilkorgiem dzieci i niemowlętami. Płaczące »piskłeta« poita sokiem z zielonych pomidorów. Niemcy wkrótce ją odnaleźli i wypędzili. Znalazła się także w szpitalu przy Płockiej. Po kilku dniach żołnierz niemiecki przyniósł nam z ogrodu niemowlę i powiedział, że są tam jeszcze inne dzieci. Wybrałyśmy się po nie. Wśród zabitych jedno niemowlę żyło. Żadnego z tych dwojga niemowląt nie udało się jednak uratować, mimo największych starań i najlepszej opieki, jaką można było im w tym czasie zapewnić”.

Tragiczne wydarzenia z tego samego szpitala przedstawia dr Władysław Barcikowski: „Kiedy chcieliśmy zabrać leżące na wyciągu dziecko, Niemcy z wraskiem wypchnęli nas siłą. Jeszcze dotąd słyszę ten okropny krzyk zrozpaczonego, bezbron-



Fot. Tadeusz Bukowski, „Bończa”/MPiW

...tową tuż przy lekarzu i rannym. (...) Bardzo często asystowałem przy zabiegach. Gdy zabrakło już środków znieczulających, trzymałem głowę chorych w czasie operacji i dodawałem otuchy”.

Mnóstwa informacji na temat warunków pracy w szpitalach powstańczych dostarczają zapiski dr. Tadeusza Pogórskiego ps. „Doktor Morwa”: „Dzięki ogromnemu wysiłkowi głodującego personelu – osobiście stwierdziłem, że mięso psa i kota nie jest trujące, natomiast wybitnie wzmacnia siły – gromadziliśmy stopniowo pewien zapas zboża, cukru oraz materiałów opatrunkowych i właściwe wyposażenie chirurgiczne. Zdobywanie polegało m.in. na nocnych wyprawach do podziemnych rumowisk cementarnych szpitala w [budynku] PKO i wygrzebywaniu ze zwalów gruzu, rozkładających się ciał i połamanych sprzętów cennych dla nas narzędzi, materiałów opatrunkowych, bielizny szpitalnej i odzieży. (...) Sanitariuszki, z reguły głodne lub chore, nocą po kilka godzin stały w ogonkach przy studni, aby zdobyć wodę dla rannych. Teoretycznie był przewidziany przydział wody dla szpitali. Praktycznie należałoby mieć do dyspozycji co najmniej dwóch żandarmów. (...) Mimo takich warunków dzięki dr Romie wszyscy mieli grupy krwi określone. Nie było też ani jednej pielęgniarki, ani sanitariuszki w naszym szpitalu, która by nie oddała krwi rannemu”.

## PIWNICE STRACHU

„Ranni leżeli po dwóch na jednym materacu w ciasnych, wilgotnych korytarzach piwnicznych. Brudni i czarni od gruzu i sadzy. (...) Praca trwała od świtu do północy lub do rana przy świeczkach. Budynek nasz był dwukrotnie zbombardowany, trzykrotnie się palił. Po tygodniu trzecia część personelu leżała chora (zazębienie, wyczerpanie, krwawa biegunka). Wilgoć, półmrok piwnicy, brak światła, wzywy rozkładających się pod gruzami zwłok obok lichego odżywienia, braku snu, ciężkich warunków spania – na stołach opatrunkowych i ławkach wśród oparów krwi i ropy – niemożność umycia się, epidemiczna biegunka, wreszcie niestanne wstrząsy i detonacje, gruz, pył i sadze w zębach i pod powiekami wyczerpywały najsilniejsze organizmy” – opisuje „Dr Morwa”.

Barbara Garnarczyk, ps. „Pająk”, sanitariuszka II plutonu kompanii szturmowej batalionu AK „Wigry”, tak wspomina próby ewakuacji chorych i rannych pacjentów po upadku Starówki: „W następnej kolejności wnosimy chłopców od »Gustawa«. Leżą w piwnicach oficyny. Wychodzi nam naprzeciw ich sanitariuszka. Z podwórka schodzimy w dół. Zapalona zapałka oświetla mroczne wnętrza. Piwnice, jedna za drugą, ciągną się wzdłuż długiego korytarza. Ranni, pozostawieni wśród najgłębszych ciemności, zachowują grobowe milczenie. Nie chcą zdradzić swej obecności przed Niemcami. Zjawienie się polskich sanitariuszek w białych fartuchach, z opaskami Czerwonego Krzyża na rękawie, traktują jak wybawienie. Wszyscy ciężko ranni – z postrzałami brzucha, nóg i piersi. Zapałki zapalają się i zaraz gasną”.

- ▶ nego, paroletniego chłopca. Ranni zostali sami. Potem ich rozstrzelano w łóżkach. Początkowo ustawiono nas pod murem szpitala naprzeciw Niemców z automatami gotowymi do strzału... Niektóre niewiasty zaczęły się modlić. Jeden z najdzielniejszych lekarzy AK dr Kmicikiewicz przemówił uspokajająco: – Ludzie! Zginiemy i tak wszyscy. Umierajmy dzielnie i spokojnie, jak na Polaków przystało”.

## ZAOPATRZENIE Z POGORZELISK

Wkrótce zaczęło brakować leków, materiałów opatrunkowych i żywności. Z powodu ostrzałów i bombardowań szybko topniały zapasy.

„Przydzielono nas do pracy przy ul. Puławskiej 140. Lekarzami byli tam dr Radwan i Jerzy Dąbrowski. Na mojej sali leżeli ciężko ranni (...) również mężczyzna z rozszarpanym kolanem. Lekarz przy opatrunkach wyciągał z rany tłuste, białe robaki. Wyglądało to okropnie. Opatrywano rany papierowymi bandażami, bo innych nie było. Chorzy jęczeli z bólu, a ropiejące rany wytwarzały okropny zaduch na sali. Jedzenia było coraz mniej. (...) Wkrótce dostałam wszawicy, nie tylko we włosach, ale i w ubraniu. Chowałam się w ubikacji i po wyrwroceniu koszuli na drugą stronę zgarniałam wszy ręką” – relacjonuje Joanna Bitner-Lisowska.

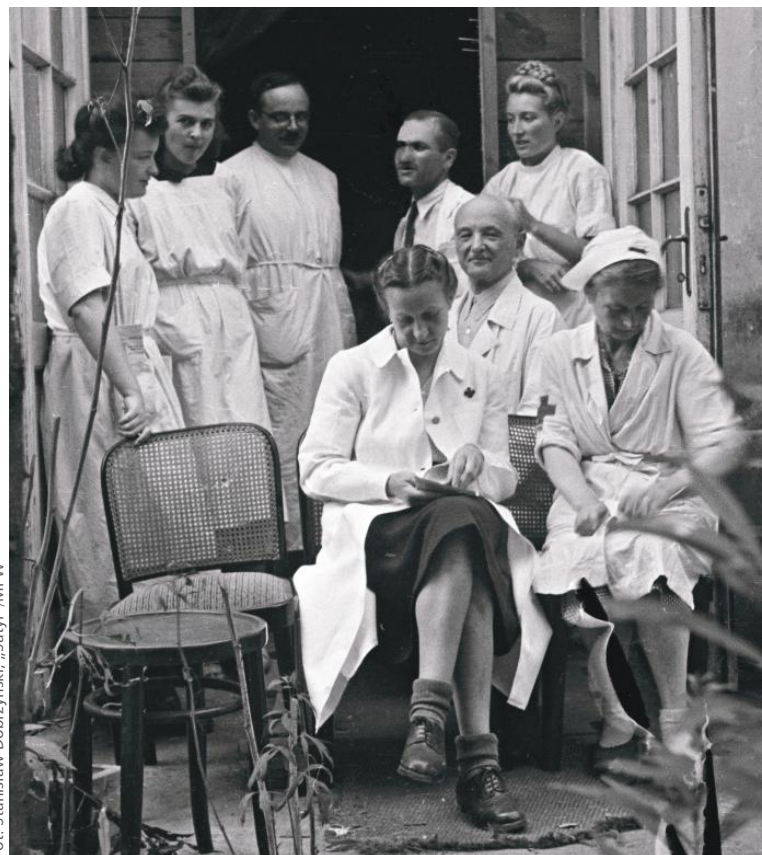
Ksiądz Przybyła tak opisuje pracę w szpitalu na Sadybie: „Podczas zabiegów palono świece i lampy naftowe. Z trudem operowano, dwie osoby musiały trzymać świecę czy lampę naftową”.



## ŻYCIA MAŁA GARŚĆ

Prof. Kobuszewska-Faryna, ps. „Dr Marysia”, wspomina noc, kiedy jedna grupa powstańców otrzymała rozkaz zmiany miejsca stacjonowania, a druga nie dotarła jeszcze w okolice szpitala: „Szpitalik z ogromną dziurą w murach piwnicy został bez obrony i osłony. Wtedy przerażenie ogarnęło nie tylko dr. Stocha, ale i nasz dzielny zespół. Nawet ja, niemająca do tej pory czasu na lęk, po prostu się bałam. Zarządziłam prowizoryczną zastłonę dziury szafami i zdecydowałam, aby zrobić coś, co zajmie przerażonych rannych i zespół. Wymyśliłam urządzenie małego kabaretu, włosy zaplotłam w śmieszne warkoczki związane kokardkami z bandaży i rozpoczęłam program recytacjami, piosenkami wymyślanymi »na gorąco«. Po mału chorzy zaczęli spod pleców mnie obserwować. Do mnie, jako prezenterki, dotoczyły sanitariuszki i dzięki temu wisielczemu humorowi pokonałszy lęk”.

Z kolei „Dr Morwa” na zawsze zapamiętał wydarzenie z 4 sierpnia w szpitalu polowym AK przy Lesznie i Ogrodowej, podczas selekcji masowo zwożonych rannych: „Przy dzieśniętych noszach komentarz pielęgniarki: – On nie żyje, zostawmy go na boku! – Dlaczego? – Mózg na wierzchu, cała głowa i twarz nim pokryta. Nie oddycha, nie ma tętna... Sprawdzam tętno, rzeczywiście nic... I nagle jakby drgająca nitka – tylko tu i ówdzie czuję coś pod palcami. Nie jestem pewien, może to moje tętno. – Obmyjcie mózg z twarzy, natychmiast! Wzruszenie ramionami. – On nie żyje, szkoda czasu!





Fot. Marian Grabski „Wynwa”/MPW

▶ *Tyłu innych czeka... jego mózg jest cały na zewnątrz! Wybucham niecierpliwie: – A skąd my wiemy, że to mózg jego własny? Rozkaz! Tym razem miałem rację. Mózg był z wnętrza hełmu niemieckiego przeciwnika, rozciągniętego na asfalcie ulicy. W drugiej fali nalotu ręka sięgnęła po hełm trupa obok i nakryła własną głowę. To ostatnie, co podchorąży »Miś« pamiętał. Niebawem uciekł ze szpitala i wrócił do akcji. Na Starówce jako dowódca plutonu został awansowany na oficera. Następnie odznaczony Krzyżem Walecznych i Virtuti Militari”.*

studentów medycyny oraz sanitariuszy, dotychczas niezwiązanych z medycyną.

W powstaniu zginęło około 18 tys. żołnierzy i 200 tys. cywilów. Straty materialne to 70 proc. miasta obrócone w ruiny, spalone archiwa, biblioteki, dzieła sztuki i kultury. Powstanie Warszawskie jest uznawane za jedno z najtragiczniejszych wydarzeń II wojny światowej. Co roku 1 sierpnia minutą ciszy oddajemy hołd żołnierzom powstania oraz jego cywilnym ofiarom. ●

## EPILOG

Powstanie Warszawskie było przygotowywane przez bardzo długi czas. Leki i materiały opatrunkowe gromadzono od miesięcy. Podobnie jak oddziały zbrojne uczestniczące w tej operacji, tak i służba sanitarna została ściśle ustrukturyzowana. Każdy obwód posiadał lekarza dowodzącego, pod którym służyli lekarze dowódcy poszczególnych rejonów, a im z kolei podlegali lekarze dowódcy służby sanitarnej poszczególnych batalionów. Według oficjalnych danych uznaje się, że w powstańczą służbę medyczną zaangażowanych było 1210 lekarzy różnych specjalności oraz 6800 pielęgniarek i sanitariuszy. Słowem „medyk” określano wszystkich, którzy wypełniali zadania lekarzy i pielęgniarek: tj. farmaceutów, weterynarzy,



Fot. K. Hosińcz-Komar



# Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

W ramach przygotowań do rozpoczęcia drugiego roku działalności Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor” **19 września 2023 r. o godz. 11.00** spotkamy się w Ogrodzie Botanicznym Polskiej Akademii Nauk w Powsinie. O tej porze roku będziemy mogli m.in. skosztować dawnych odmian jabłek o smakach znanych z naszego dzieciństwa. Spotykamy się przy wejściu głównym do ogrodu.

**23 września 2023 r.** w Teatrze Narodowym obejrzymy operetkę wszech czasów „Zemsta nietoperza”.  
Odbiór biletów w holu teatru o godz. 18.15.

**10 października 2023 r.** prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Piotr Pawliszak zaprasza na inaugurację roku akademickiego Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor”.  
Uroczystość rozpocznie się o **godz. 11.00** w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.  
Wykład inauguracyjny „Nowoczesne technologie w praktyce lekarskiej”  
wygłosi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

## TERMINY I TEMATY WYKŁADÓW, KTÓRE PLANOWANE SĄ W I SEMESTRZE II ROKU AKADEMICKIEGO (2023/2024)

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>10.10.2023, godz. 11.00</b> | Inauguracja roku akademickiego 2023/2024.<br>Wykład inauguracyjny: „Nowoczesne technologie w praktyce lekarskiej”,<br>– Łukasz Jankowski, prezes NRL |
| <b>24.10.2023, godz. 11.00</b> | „Profilaktyka zakażeń – szczepienia” – dr Ewa Duszczyk   |
| <b>7.11.2023, godz. 11.00</b>  | „Historia samorządu lekarskiego” – dr n. pr. Sebastian Stykowski   |
| <b>21.11.2023, godz. 11.00</b> | „Stan przyzębia jamy ustnej – współczesne wyzwania”<br>– dr hab. n. med. Maciej Czerniuk   |
| <b>5.12.2023, godz. 11.00</b>  | „Jedz zdrowo, żyj długo! Jak dieta wpływa na długowieczność”<br>– mgr Anna Gałązkiewicz  |
| <b>12.12.2023, godz. 11.00</b> | Spotkanie przedświąteczne  |
| <b>9.01.2024, godz. 11.00</b>  | „Kampinoski Park Narodowy” – mgr Konrad Malec  |
| <b>23.01.2024, godz. 11.00</b> | „Rehabilitacja osób starszych” – dr Barbara Dobies-Krześniak   |
| <b>6.02.2024, godz. 11.00</b>  | „Warto rozmawiać. Rola komunikacji społecznej w życiu człowieka”<br>– płk Leszek Laszczak  |

**Udział w zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych.**  
W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22-542-83-33.  
**AKTUALNIE PRZYJMujemy ZAPISY NA NOWY ROK AKADEMICKI.**



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

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

**30 września 2023 r.**



## 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 upływa

**30 września 2023 r.**

## CHÓR MEDICANTUS

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów  
do wspólnego śpiewania

Próby odbywają się  
w poniedziałki od godz. 19.00  
w siedzibie OIL w Warszawie,  
przy ul. Puławskiej 18.



Kontakt:  
Dorota Mazur  
dorotamazur05@gmail.com  
730 191 916



## Obiady w Klubie Lekarza

**Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza**

seniorów lekarzy/lekarzy dentystów  
w poniedziałki i czwartki  
w godz. 12.00–14.00 na dofinansowane  
przez OIL w Warszawie obiady do Klubu Lekarza  
w Warszawie, ul. Raszynska 54.

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel. 22 543 83 30.

# OIL Sport Mistrz – znamy rozstrzygnięcie!

KOMISJA SPORTU OGŁOSIŁA WYNIKI TEGOROCZNEGO KONKURSU OIL SPORT MISTRZ, KTÓREGO CELEM JEST DOCENIENIE LEKARZY Z POWODZENIEM ŁĄCZĄCYCH PRACĘ Z WYCZYNOWYM UPRAWIANIEM SPORTU.

oprac. **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

**N**agrody w wysokości 2 tys. zł otrzymali:




- **Zofia Piórkowska** – mistrzyni i reprezentantka Polski w padlu, powołana do kadry narodowej na Igrzyska Europejskie.
- **Łukasz Wieprzowski** – medalista lekarskich zawodów biegowych, pływackich, kolarskich i triathlonowych, reprezentant OIL w Warszawie na Igrzyskach Lekarskich.
- **Martyna Kotulska** – lekkoatletka, medalistka Mistrzostw Polski Lekarzy w wieloboju sportowym oraz biegach krótkodystansowych. Zdobywała także laury w zawodach nielekarskich – na ubiegłorocznych 66. PZLA Halowych Mistrzostwach Polski wywalczyła brązowy medal w sztafecie 4x200 m. ●



# Praca dla lekarzy



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie  
im. prof. Jana Nielubowicza zaprasza do przeglądania  
publikowanych ogłoszeń dotyczących zatrudnienia lekarzy:

-  na stronie WWW OIL w Warszawie  
[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)
  - Praca dla lekarzy
  - Wyszukiwarka ogłoszeń
-  na profilu facebookowym Centrum Kariery Lekarza  
[www.facebook.pl](http://www.facebook.pl)
  - @centrumkarierylekarza
-  na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

CER  
MED  
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

Zapraszamy pracodawców do  
publikacji ogłoszeń.

Jeśli chcesz poznać więcej  
szczegółów, zadzwoń do nas:  
**22 542 83 53** lub **668 373 100**  
lub napisz: [praca@oilwaw.org.pl](mailto:praca@oilwaw.org.pl)





OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, puls@oilwaw.org.pl

**REDAKTOR NACZELNA:** Urszula Wolińska-Kuñaj

**P.O. REDAKTOR NACZELNY:** Michał Niepytalski – tel. 22-542-83-81, m.niepytalski@oilwaw.org.pl

**SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieżańska – tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl

**PUBLICYSTYKA:** Kamila Hoszcz-Komar – k.hoszcz@oilwaw.org.pl, Olga Rasińska – o.rasinska@oilwaw.org.pl

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Maria Libura, Mikołaj Małeckki, Filip Niemczyk, Artur Olesch, Olga Rostkowska, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski

**ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:** tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl

**REKLAMA I MARKETING:** Renata Klimkowska – tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl

**KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD:** Artmedia Partners **GRAFIKI:** Keiji Matsumoto

**KOREKTA:** Lidia Sadowska-Szlaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiacji 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.

## Stowarzyszenie Absolwentów i Wychowanków AM w Warszawie, we współpracy z OIL w Warszawie

Zapraszamy Koleżanki i Kolegów do udziału w przygotowaniu książki pod roboczym tytułem: „Pamiętniki lekarzy – wychowanków Warszawskiej Akademii Medycznej i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”. Ideą publikacji jest zachowanie pamięci o naszych studiach, pracy zawodowej, koleżankach i kolegach. Czas powoli zaciera wspomnienia, a przecież stanowią, obok osiągnięć naukowych i zawodowych każdego z nas, ważny element życia naszej Alma Mater. Zachęcamy do przesyłania pocztą pod adresem OIL w Warszawie lub pocztą elektroniczną pod adresem: wspomnienia@oilwaw.org.pl, Waszych wspomnień i fotografii z lat studiów i pracy zawodowej. Jednocześnie zachęcamy do współpracy w ramach naszego stowarzyszenia.

Przewodniczący stowarzyszenia prof. dr hab. n. med. **Bogdan Cizek** oraz prezes ORL w Warszawie **Piotr Pawliszak**

## SĄDY OKRĘGOWE W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM POSZUKUJĄ KANDYDATÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI LEKARZA SĄDOWEGO LUB BIEGŁEGO SĄDOWEGO.

-----  
Lekarze specjaliści zainteresowani  
wykonywaniem czynności lekarza sądowego lub biegłego sądowego  
proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń listownie  
do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl



Naszej Drogiej Koleżance **Dorocie Neryng**, kierownik Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów  
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

**Mamy**

składają pracownicy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.



## Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja dla dzieci członków Okręgowej Izby Lekarskiej

W ramach ubezpieczenia zapewniamy m.in. wypłatę środków w razie ciężkiej choroby i nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja daje możliwość ochrony życia i zdrowia Twoich dzieci.

### Dla kogo jest ubezpieczenie NNW PZU Edukacja

Ubezpieczamy:

- ✓ dzieci od dnia narodzin, niezależnie od tego, czy są w żłobkach, przedszkolach czy klubach dziecięcych,
- ✓ uczniów szkół podstawowych i średnich,
- ✓ studentów do 25. roku życia.

### Jak działa ubezpieczenie dla dzieci, młodzieży i studentów



Wypłacamy pieniądze w razie następstw nieprzewidzianych zdarzeń. Nasze ubezpieczenie obejmuje nie tylko **następstwa popularnych złamań czy zwichnięć, ale także m.in. ukąszeń, pogryzień, oparzeń i wstrząśnienia mózgu.**



Jeśli wypadek zdarzy się w **czasie wycieczki szkolnej, wypłacimy wyższe odszkodowanie** niż w razie każdego innego wypadku – 1,5% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu.



Ponosimy odpowiedzialność również za **wypadki komunikacyjne na wodzie i w powietrzu, a także za wypadki spowodowane uprawianiem sportów** (rekreacyjnie, wyczynowo, zawodowo) – nawet tych wysokiego ryzyka.



Zwracamy koszty **zakupu sprzętu ortopedycznego i odbudowy zębów stałych** uszkodzonych podczas wypadku.

### Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie



**Wszędzie – na całym świecie 24/7.** Wypłacimy świadczenie niezależnie od tego, czy do zdarzenia dojdzie **w domu, w szkole, na boisku, na obozie sportowym czy podczas wakacji za granicą.**



Po nieszczęśliwym wypadku nie trzeba szukać pomocy na własną rękę – na terenie Polski **możemy zorganizować i opłacić m.in. konsultacje lekarskie czy domowe wizyty fizjoterapeuty i pielęgniarki.**



Zapewniamy wsparcie również, **gdy dziecko poważnie zachoruje** na jedną z chorób objętych zakresem ubezpieczenia, m. in. cukrzycę typu 1, neuroboreliozę czy wściekliznę. **Wypłacamy pieniądze także w razie wystąpienia pocovidowego zespołu PIMS-TS.**



Zarówno po wypadku dziecka, jak i w ciężkiej chorobie możemy zorganizować dla niego i opłacić **pomoc psychologiczną** (do kwoty 2000 zł) oraz **korepetycje** (do kwoty 1200 zł).



**Aby otrzymać świadczenia za drobne urazy** (do 0,5% sumy ubezpieczenia), które wymagają jednorazowej interwencji lekarza, **nie trzeba odbywać wizyty kontrolnej.**

Aby przystąpić do ubezpieczenia wejdź na stronę [ins-med.pl](https://ins-med.pl).

Obsługa kompleksowa przez **INS Services** – lidera w ubezpieczeniach dla lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce:



+48 22 494 36 50 • +48 577 930 370  
+48 577 930 380 • +48 577 930 560

biuro@ins-med.pl  
ins-med.pl

Punkt obsługi: siedziba OIL w Warszawie, ul. Puławska 18 (Biuro Obsługi Lekarza)



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
im. prof. Jana Nielubowicza

**Piotr Pawliszak** PREZES ORL W WARSZAWIE  
**Olga Rostkowska** WICEPREZES ORL  
**Tomasz Imiela** WICEPREZES ORL  
**Dariusz Paluszek** WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW  
**Karol Stępniewski** WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ  
**Magdalena Flaga-Luczkiewicz** PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
**Piotr Winciunas** PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH  
**Jan Krzysztof Kowalczyk** SKARBNIK  
**Marta Moczydłowska** SEKRETARZ ORL  
**Joanna Pokładnik** ZASTĘPCZYNI SEKRETARZA ORL  
**Krzysztof Jankowski** OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ  
**Roman Jasiński** PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO  
**Elżbieta Latoszek-Banasiak** PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22-542-83-48  
SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42 | 22-542-83-82 | 22-542-83-55  
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22-542-83-31  
BIURO OROZ tel. 22-542-83-22 | 22-542-83-24 | 22-542-83-27  
KASA tel. 22-542-83-34 | czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 13.00 do 13.20)  
SKŁADKI tel. 22-542-83-38 | 22-542-83-39 | 22-542-83-78 | 22-542-83-96  
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22-542-83-20 | 22-542-83-21  
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22-542-83-28

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22-542-83-16 | 22-542-83-14  
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22-542-83-18 | 22-542-83-19  
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-55  
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22-541-83-31  
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22-542-83-30  
KOMISJA BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22-542-83-12  
KOMISJA DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22-542-83-32 | [staz@oilwaw.org.pl](mailto:staz@oilwaw.org.pl)

KOMISJE  
I ZESPOŁY  
PROBLEMOWE

MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ,  
MATEK LEKAREK, MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA, SZCZEPIEŃ  
KOMISJA DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ | [skladki@oilwaw.org.pl](mailto:skladki@oilwaw.org.pl)

Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22-542-83-90 | 22-542-83-33

SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30

POZOSTAŁE

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
tel. 22-542-83-71 | 22-542-83-75 | 22-542-83-76 | 22-542-83-77 | [odz@oilwaw.org.pl](mailto:odz@oilwaw.org.pl)  
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22-542-83-33  
DZIAŁ MEDIÓW I STRATEGII KOMUNIKACJI tel. 22-542-83-83  
RZECZNIK PRASOWY Olga Rasińska tel. 784-986-716 | [media@oilwaw.org.pl](mailto:media@oilwaw.org.pl)  
MARKETING I REKLAMA tel. 22-542-83-53 | 668-373-100 | [marketing@oilwaw.org.pl](mailto:marketing@oilwaw.org.pl)  
DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48-331-36-62 | faks 48-331-17-30  
poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00

02-512 Warszawa | ul. Puławska 18 | tel. 22-542-83-48  
[biuro@oilwaw.org.pl](mailto:biuro@oilwaw.org.pl)  
NIP 522-00-02-357





**EMKA<sup>®</sup>** to firma, która od blisko **30 lat** świadczy usługi w zakresie **odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych.**

Podpisując z nami umowę zyskasz:

- **Kompleksową obsługę** w zakresie gospodarowania odpadami
- **Najwyższy poziom obsługi Klienta**
- **Innowacyjne rozwiązania**, które usprawnią codzienne obowiązki