

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

puls

GRUDZIEŃ 2023 – STYCZEŃ 2024
(nr 344-345)



TEMAT NUMERU:

#WspólneŚwięta

- » Wsparcie potrzebne nie tylko od święta
- » Szantaż moralny nie zastąpi polityki senioralnej
- » Pokolenia

» „Lekarz domowy”

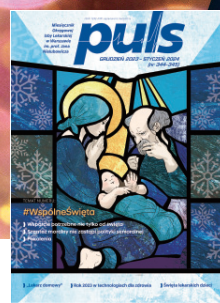
» Rok 2023 w technologiach dla zdrowia

» Święta lekarskich dzieci

TEMAT NUMERU:

#WspólneŚwięta

- 5** Wsparcie potrzebne nie tylko od święta i opiekunom, i podopiecznym
Anetta Chęcińska
- 10** Szantaż moralny nie zastąpi polityki senioralnej
Maria Libura
- 16** Pokolenia
Dariusz Paluszek



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 2** Cicha noc
Kamila Hoszcz-Komar
- 3** Przyszłość i wspólnota
Piotr Pawliszak

LEKARSKIE ŚWIĘTA

- 8** Święta introwertyka
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- 12** Spokojnych świąt, Doktorze!
Olga Rostkowska
- 28** Święta lekarskich dzieci
– z dziećmi lekarzy rozmawia
Renata Jeziótkowska

OPINIE

- 14** To był rok
Małgorzata Solecka
- 32** Gorzkie święta
Paweł Kowal

SPOŁECZEŃSTWO

- 18** „Lekarz domowy”
Hanna Odziemska

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

- 20** Trudna sztuka konwersacji
Paweł Walewski

AI W MEDYCYNIE

- 25** Rok 2023 w technologiach dla zdrowia.
AI rozdaje karty
Artur Olesch

ETYKA W MEDYCYNIE

- 34** Telemedycyna a projekt zmian
Kodeksu Etyki Lekarskiej
Sebastian Sikorski

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 38** 14 pozwów o wypłatę
należnych dodatków covidowych...
Monika Potocka

PRAWO

- 44** Aktualności prawnomedyczne
Filip Niemczyk
- 46** Vademecum lekarza przedsiębiorcy
Kamila Hoszcz-Komar

Z okazji świąt Bożego Narodzenia
wszystkim Koleżankom i Kolegom
życzymy zdrowia i radości,
szczęśliwych chwil spędzonych
z najbliższymi w ciepłej atmosferze
oraz przyszłości, o jakiej marzymy.

Oby ten czas
pozwoił wyciszyć związane z pracą
codzienne emocje i skupić się
na rodzinie i sobie samych.

Wesołych i spokojnych świąt życzy
Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie,
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



Cicha noc

MOJE DZIECIŃSTWO PRZYPADŁO NA CZASY, W KTÓRYCH CO ROKU W GRUDNIU NIEMAL KAŻDĄ POLSKĄ WANNĘ ZAMIESZKIWAŁ MAŁOMÓWNY PRZEDSTAWICIEL GATUNKU *CYPRINUS CARPIO*. PAMIĘTAM JAK TATA SZYBKO ULATNIAŁ SIĘ, GDY WYBIJAŁA OSTATNIA GODZINA NASZEGO ŁAZIENKOWEGO LOKATORA, A ZDENERWOWANA MAMA MAMROTAŁA POD NOSEM, ŻE TO JUŻ OSTATNI RAZ, PO CZYM NA ODSIECZ PRZYBYWAŁA BABCIA SABINA. KIEDY BABCIA NIE BYŁA JUŻ W STANIE PEŁNIĆ ROLI EKSTERMINATORA KARPI, PRZESTALIŚMY WYNAJMOWAĆ IM W GRUDNIU NASZĄ ŁAZIENKĘ.

KAMILA HOSZCZ-KOMAR, p.o. redaktor naczelna



Fot. K. Bartyzel

B yły listy do św. Mikołaja z gorącymi wyznaniem o zapotrzebowaniu na nowe ubranka dla lalki oraz nie mniej gorącymi zapewnieniami o byciu grzeczniejszą niż wszystkie aniołki, a następnie czujna obserwacja balkonowego parapetu, żeby przyłapać jegomościa na odbieraniu korespondencji. Wigilie spędzaliśmy u babci Heleny i dziadka Mieczysława. To był element stały i bezdyskusyjny. Dziadzio Mieczysław przyjeżdżał po nas swoją wypucowaną żółtą skodą 105L. Wśród zasp skrzącego się śniegu i dźwięku otrzepywanych zimowych butów docieraliśmy pod drzwi, w których witała nas babcia Helena, a choinka zapraszała wesoło do pokoju. To właśnie na ten moment czekałyśmy co roku z kuzynką. Na świętowanie u babci i dziadka. Nie było Mikołajów do wynajęcia. Dziadek przebiegał się w strój będący wariacją na temat szaty świętego, co nie przeszkadzało małym dziewczynkom śpiewać kolędy pełnymi przejęcia głosami dla tak ważnego gościa. Etat rodzinnego Mikołaja nie okazał się zajęciem usłanym różami, zdarzyło się, że samozwańczy Mikołaj został pokonany przez lód na drodze z garażu do domu, co dało się słyszeć aż przy wigilijnym stole.

Dziś nie spędzamy Wigilii u dziadków, ale nadal z nimi. Wnuczki dorosły, pojawił się prawnuczek. Dziadkowie są kwintesencją naszej rodziny, szczególnie w tym dniu. Nie ma wspólnej Wigilii bez dziadków. Teraz to my przyjeżdżamy po babcię i dziadka autem, choć już nie kultową 105-tką. To my przygotowujemy wigilijny stół. I razem cieszymy się ze swojej obecności.

#WspólneŚwięta to coroczna akcja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. W tym roku jednak analizujemy głębiej przyczyny, dla których osoby starsze tak często pozostawiane są na szpitalnych oddziałach na czas świąt. Próbuje- my odpowiedzieć na pytanie, dlaczego część rodzin ucieka się do tak drastycznego posunięcia, jakim jest świadome porzucenie bliskiej osoby w szpitalu. Czy mogą liczyć na wystarczającą pomoc w opiece nad osobą przewlekle lub terminalnie chorą, niedołążną, wymagającą pomocy w najbardziej podstawowych codziennych czynnościach? Jak wygląda opieka długoterminowa, dzienne domy opieki, praca asystentów wychennieniowych? Gdzie jest miejsce osób starszych i ich bliskich w systemie ochrony zdrowia? Nie szukamy usprawiedliwienia. Szukamy odpowiedzi.

Przekornie życzę Państwu, aby ta wigilijna noc nie była cicha. Życzę, by była wypełniona śmiechem, rozmowami, opowieściami i wspólnym, wielopokoleniowym kolędowaniem. ●



Przyszłość i wspólnota

NAJŁATWIEJ PRZEWIDZIEĆ PRZYSZŁOŚĆ, GDY SAMEMU SIĘ JĄ TWORZY.
PRZEŁOM ROKU MOŻE STANOWIĆ ILUZORYCZNY PRÓG BĘDĄCY ZAPOWIEDZIĄ ZMIAN.
CZĘŚĆ Z NICH NASTĄPI BEZ NASZEGO WPŁYWU, ALE W PEWNYCH OBSZARACH SAMI
KREUJEMY NAJBLIŻSZE OTOCZENIE.



Fot. M. Najdzik

PIOTR PAWLISZAK, prezes ORL w Warszawie

Był dzień ustawowo wolny od pracy. Udałem się do centrum medycznego, w którym pracuję, w związku z prośbą kierownika, by opisać zaległe badania obrazowe, które nagromadziły się w wyniku nieprzewidzianej absencji jednego z pracowników. Kartą magnetyczną otworzyłem drzwi do pograżonego w charakterystycznym półmroku pokoju opisowego. Siedział tam nieznan mi lekarz dyżurny. Podeszedłem więc, wyciągnąłem rękę – wymieniliśmy uścisk dłoni – i przedstawiłem się imieniem i nazwiskiem. Lekarz, nie podnosząc się z miejsca, rzekł: – *Rozumiem*. Widząc tego typu postawę, postanowiłem skorzystać z drugiego gabinetu, jednak nie bez pewnego dyskomfortu.

Mimo zachodzących przemian społecznych, w tym rozpowszechniania się źle pojmowanej kultury indywidualizmu, podobne postawy nie należą do często spotykanych, ale niewątpliwie dają do myślenia. Bezpośrednie relacje w zespołach lekarskich definiują nas jako przedstawicieli zawodu zaufania publicznego oraz wpływają na naszą satysfakcję z pracy. W 2016 r. American Psychological Association przeprowadziło badania dotyczące rozmów o polityce w miejscu pracy. Ze względu na polaryzację polityczną społeczeństwa amerykańskiego nie dziwi fakt, że nawet 25 proc. pracowników unika kolegów, którzy mają odmienne poglądy polityczne. Jak daleko polaryzacja polityczna w Polsce odbiega od amerykańskiej? Obawiam się, że już nieznacznie. A co gorsza nie jest to jedyny czynnik oddziałujący na relacje w miejscu pracy i w środowisku. Przez wiele lat byłem ofiarą magicznego (na swój sposób) myślenia, że środowisko lekarskie jest ponadczasowym monolitem, grupą społeczną, która spełnia Baumanowskie kryteria wspólnoty i charakteryzuje się wzajemnym zrozumieniem

jej członków, pozbawioną chłodnej kalkulacji wrażliwością na drugiego człowieka, wykraczaniem poza ramy czysto organizacyjne (wspólnota jako twór formujący się spontanicznie, oddolnie i nieprzybierający sztywnych ram organizacji), troską o trwałość wspólnoty i jej niewielki rozmiar (samowystarczalność mniejszych wspólnot). Na ile wymienione kryteria są spełnione w skali mikro dla każdego z nas (w pokoju, na oddziale, w klinice), a na ile w skali makro (w stanie lekarskim)? Na ile pozostają w sprzeczności z nurtem, który Zygmunt Bauman określił mianem ponowoczesności – manifestującej się nieskrępowanym dążeniem do wolności i wszechobecną tymczasowością, które wobec braku sztywnych reguł i punktów odniesienia prowadzą do nihilizmu? Na ile w codziennych relacjach lekarza z lekarzem traktujemy się wyjątkowo, bo czujemy, że jesteśmy częścią jednej wspólnoty, a na ile chłodno czy wręcz pasywno-agresywnie? Czy te codzienne suboptymalne relacje nie są tym, co w największym stopniu wpływa na nasze codzienne samopoczucie? O ile takie występują w miejscu pracy...

Niezależnie od wyobrażeń o tym, co nas czeka w nadchodzącym roku, warto zdawać sobie sprawę z jednego elementu, który można skorygować. Ludzki mózg przystosowany jest do wyłapywania i rozpamiętywania wszystkiego, co negatywne (na czym *nota bene* lubią zerować media). To mechanizm ewolucyjny, który ma na celu nakierowanie nas na eliminowanie zagrożeń, choć niekoniecznie przystaje do obecnych realiów o znacząco wyższym poziomie bezpieczeństwa. Świadomość takiego uwarunkowania naszego układu nerwowego pozwala krytycznie patrzeć na nasz sposób funkcjonowania. Zachęcam więc do pozytywnego i kreatywnego spojrzenia na otaczającą rzeczywistość oraz własne marzenia i możliwości. ●

Nie jestem
przedmiotem,

szpital

nie jest przechowalnią,

samotność

nie jest prezentem

#WspólneŚwięta

Kampania społeczna Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



Wsparcie potrzebne nie tylko od święta i podopiecznym, i opiekunom

RADOSNYCH, SPOKOJNYCH, RODZINNYCH...

TAKICH ŚWIĄT ŻYCZYMY. TAKIE ŚWIĄTECZNE ŻYCZENIA ODBIERAMY NAJCZĘŚCIEJ. ZACISZE DOMOWEGO OGNISKA, SPOTKANIA Z RODZINĄ, TRADYCYJNE POTRAWY, UDEKOROWANE DRZEWKO, UPOMINKI, WSPÓLNY UDZIAŁ W PASTERCE, ŚPIEWANIE KOLĘD – POWSZECHNY OBRAZ BOŻONARODZENIOWEJ TRADYCJI WCIAŻ JEST NAM BLISKI. RODZINNE RYTUAŁY, SPRAWDZONE PRZEPISY, DOMOWE PRZYGOTOWANIA WIGILIJNEJ KOLACJI ZDERZAJĄ SIĘ Z NOWYMI TRENDAMI.

tekst **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Okres świąteczno-noworoczny coraz częściej bywa jednak wykorzystywany na odpoczynek i wyjazdy w cieplejsze rejony świata lub do zimowych kurortów. Chętniej powierzamy przygotowanie świątecznego stołu firmom cateringowym, zamawiamy rybę, pierogi, ciasta, a na świąteczny obiad naszych gości zabieramy do restauracji. Albo ruszamy w drogę, aby odwiedzić krewnych. Bywa, że z obowiązku albo z wyboru w czasie świąt pracujemy. Ale niezależnie od indywidualnych preferencji spędzania czasu i osobistego podejścia do religijnego wymiaru świąt, dla większości Polaków Boże Narodzenie to święta rodzinne. Takiej odpowiedzi udzieliło 56 proc. respondentów badania CBOS w 2021 r. Wciąż w zdecydowanej większości chcemy spędzać je z rodziną, z bliskimi. Ale wspólne święta nie zawsze są możliwe. Na szpitalnych oddziałach widać, jak bywają dla wielu osób trudne i samotne. Szczególnie dla starszych, niesamodzielnych pacjentów.

CORAZ STARSI

Polskie społeczeństwo się starzeje. Przybywa osób w wieku senioralnym. Na koniec roku 2020 liczba Polaków, którzy przekroczyli 60. rok życia, wynosiła 9,8 mln. Według prognoz do 2050 bisko 40 proc. mieszkańców

Polski będzie seniorami. W 2020 r. 70,9 tys. osób w wieku 65 lat i starszych przebywało w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i ośrodkach hospicyjnych. Na koniec 2020 r. oddziały geriatryczne w Polsce dysponowały 1045 łózkami, z których skorzystało 21,9 tys. pacjentów. Najwięcej oddziałów geriatrycznych było na Śląsku – 13 i na Mazowszu – 8, podczas gdy w województwie warmińsko-mazurskim nie było żadnego.* Również informacje NIK z 2021 r. dotyczące polskiej geriatry i z 2020 r. o stanie opieki długoterminowej wskazują, jak wiele należy zrobić, aby planować bezpieczną pod względem opieki zdrowotnej przyszłość seniorów. Według danych „Narodowego spisu powszechnego ludności i mieszkań 2021” gospodarstwa domowe z przynajmniej jedną osobą niepełnosprawną w wieku 65 lat i więcej stanowiły 18,8 proc. ogółu gospodarstw domowych.**

Prognozy demograficzne są nieubłagane. W populacji seniorów przybywać będzie osób wymagających częściowej lub stałej opieki ze strony bliskich bądź instytucji do takich świadczeń powołanych. Ale gdy rodziny nie ma, gdy ona z różnych przyczyn zawodzi i nie jest w stanie zapewnić opieki, a wsparcie systemowe jest ograniczone, starszy, schorowany człowiek traci poczucie bezpieczeństwa. ➤

▶ SAMOTNOŚĆ W SZPITALU

W polskich szpitalach w okresie świątecznym, ale także w tzw. sezonach urlopowych, podczas majówek, ferii, wakacji, uwidacznia się skala problemu starszych, niesamodzielnych pacjentów, którzy trafiają na oddziały, bo nie ma nikogo, kto mógłby zaopiekować się nimi w warunkach domowych.

– *Statystyk nie prowadzimy, ale nawet 40 proc. pacjentów na oddziale w okresie świątecznym stanowią osoby, które mogłyby spędzić święta w domu* – wyjaśnia **dr n. med. Adam Parfieńczyk, ordynator Klinicznego Oddziału Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii Szpitala Wolskiego**. – *Mówimy o seniorach i osobach chorych przewlekle, nieuleczalnie, ale niewymagających hospitalizacji. Powody przyjęcia do szpitala są różne, chociażby odwodnienie, bo starsze osoby często nie przyjmują wystarczającej ilości płynów. Ale wystarczy je napoić. Zdarzają się też przyjęcia z przyczyn socjalnych. To bulwersuje. Jeżeli seniorzy trafiają na oddział przed świętami, w pierwszych dniach kontakt z rodziną jest, a potem telefony milczą. Oczywiście, większość rodzin zgłasza się po swoich bliskich po świętach. Choć bywa, na szczęście bardzo rzadko, że kontakt z rodziną się urywa. Gdy pacjent mógłby powrócić do domu, ale wiemy, że nikt mu nie otworzy drzwi, zostaje w szpitalu. Czasami kontaktujemy się z opieką społeczną, zdarzało się nam prosić o pomoc policję. Każda sytuacja jest inna, ale w większości przypadków, także ze względu na naszą misję, nie wypisujemy tych osób ze szpitala. Zostają z nami na święta, organizujemy im drobne upominki, jest choinka, ale przecież to nieporównywalne z tym, co powinno być w domu.*

– *Wśród pacjentów przebywających na oddziale w okresie świątecznym są tacy, którzy akceptują pobyt w szpitalu jako konsekwencję pogorszenia się stanu zdrowia* – podkreśla **Ewa Drop, psychogerontolog na Pododdziale Geriatrycznym Klinicznego Oddziału Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii SPSK im. prof. W. Orłowskiego, CMKP, konsultantka w warszawskim Punkcie Informacji i Wsparcia nieformalnych opiekunów osób starszych Stowarzyszenia Syntonia**. – *Część osób zdaje sobie jednak sprawę z tego, że zostali pozostawieni przez rodzinę. Czują się dla bliskich ciężarem. Są samotni i smutni, że rodzina ich nie odwiedzi. Często zadają sobie pytanie, czy źle wychowali dzieci, skoro ich zostawiły. Seniorom potrzebny jest drugi człowiek, ktoś, kto ich wysłucha, sprawi, że mogą podzielić się swoimi troskami. Na oddziałach geriatryi ciągle obecni są psychologodzy, rozmawiają z pacjentami, pomagają im radzić sobie z emocjami. Nie pracujemy na stałe na innych oddziałach, np. na internie, a szkoda. Tam potrzeby też są ogromne, a możemy wspierać pacjentów tylko w ramach zleconych konsultacji.*

DLACZEGO ZOSTAWIAJĄ?

Czy powodem jest zła wola rodziny, czy może na decyzję mają wpływ inne czynniki? Przekazywanie bliskich do szpitala na święta ma różne przyczyny.

– *Są rodziny, które podrzucają schorowanego seniora, bo chcą wyjechać, chcą mieć spokój, ale na ogół w tych domach także*



na co dzień nie ma serdecznych, bliskich relacji – mówi psycholog Ewa Drop. – *Jest również wielu opiekunów, którzy z pełnym poświęceniem zajmują się schorowanymi bliskimi, poświęcając im cały swój czas, ale w konsekwencji są wyczerpani fizycznie i psychicznie, doświadczają wypalenia. Ich psychika się broni, uruchamia się mechanizm zubożnienia wobec osoby bliskiej, wówczas łatwiej o podjęcie decyzji o przekazaniu chorego do szpitala. Wciąż zbyt małe jest wsparcie dla rodzin w codziennej opiece nad chorymi. A potrzebują go na wielu płaszczyznach: fizycznej obecności przy pacjencie, radzenia sobie z emocjami, a więc wsparcia psychologicznego, i dostępu do informacji. Program opieki wytchnieniowej rozwija się powoli. Ważne, aby opiekun miał kogoś, kto choć na krótki czas go zastąpi, pozwoli na chwilę odpoczynku, niedługi urlop. Opiekunom brakuje również wiedzy w zakresie pielęgnacji pacjenta i informacji związanych z poruszaniem się w systemie ochrony zdrowia czy pomocy społecznej.*

– *Problem stanowi niedobór miejsc opieki długoterminowej, hospicyjnej* – zwraca uwagę na potrzebę rozwiązań systemowych dr n. med. Adam Parfieńczyk. – *Większość szpitalnych oddziałów jest nastawiona na przyjęcia tzw. ostre. Jeżeli pacjenci, którzy mogliby zostać wypisani do domu, do placówki opiekuńczej lub opiekuńczo-leczniczej, zajmują łóżko szpitalne, tworzą się kolejki osób oczekujących na przyjęcie. Rekonwalescencja w warunkach domowych zawsze będzie lepsza niż długotrwały pobyt w szpitalu i narażenie*



Fot. licencja OIL w Warszawie

Dla opiekunów ważny jest również codzienny kontakt z kimś, z kim mogą podzielić się problemami. Taką rolę pełni m.in. warszawski Punkt Informacji i Wsparcia z ofertą dla nieformalnych opiekunów osób starszych.

– *Udzielamy porad, konsultujemy, rozmawiamy z opiekunami. Można się do nas zgłaszać telefonicznie, można przyjść na spotkanie. Dyżuruje psycholog. Działa również grupa wsparcia – Ewa Drop podkreśla, że zajęcie się emocjami opiekuna, jego sferą psychiczną jest niezwykle istotne dla osoby obciążonej odpowiedzialnością za chorego członka rodziny. – Staramy się pomagać w różnych zakresach. Udostępniamy instruktaże postępowania z podopiecznymi. Zarówno z własnych doświadczeń, jak i z opinii osób, które wspieramy, wiemy, że opiekującym się starszymi osobami w warunkach domowych taka forma pomocy jest bardzo potrzebna.*

Codziennie przeprowadzamy blisko 30 rozmów telefonicznych, w ciągu tygodnia na indywidualne konsultacje umawia się około 10 opiekunów. W ubiegłym roku z pomocy w ramach działalności punktu skorzystało 1100 osób. Pomoc jest bezpłatna, a działalność punktu – współfinansowana z budżetu m.st. Warszawy.

#WSPÓLNEŚWIĘTA

Na problem pozostawiania starszych pacjentów w szpitalach zwrócili uwagę młodzi lekarze z OIL w Warszawie. W 2018 r. podjęli akcję „Wspólne święta” (w mediach społecznościowych #WspólneŚwięta). W tym roku będzie realizowana kolejny raz.

– *W ramach tegorocznej akcji „Wspólne święta” planujemy kampanię informacyjną w mediach społecznościowych, a także spotkanie prasowe – zapowiada Olga Rostkowska, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. – Chcemy przypomnieć o przestaniu akcji, zainteresować tematem szeroki krąg odbiorców. W grudniu w siedzibie OIL w Warszawie odbędzie się konferencja poruszająca problem samotności seniorów. Temat jest ważny społecznie, dlatego będziemy rozmawiali o genezie zjawiska pozostawiania starszych osób bez wskazań medycznych w szpitalu i o realiach sprawowania opieki nad nimi przez bliskich. Podkreślimy znaczenie systemowych rozwiązań, które powinny umożliwić opiekunom osób wymagających stałej opieki chwilę wytchnienia. W naszej kampanii nie zabraknie materiałów promocyjnych. Opracowujemy plakaty, które trafią do szpitali na terenie działania naszej izby, a także krótki film. Akcją zainteresowały się inne izby lekarskie. Współpracujemy już z OIL w Bydgoszczy i w Szczecinie. Skierowaliśmy również zaproszenie do innych potencjalnych partnerów. Jesteśmy przekonani, że akcje, takie jak nasza, są potrzebne, gdyż głośne mówienie o problemie pozwala uwrażliwić innych na samotność osób starszych i to nie tylko w święta. Ponadto chcemy zachęcić do zajęcia się systemowo ułatwieniem opieki nad osobami starszymi. ●*

na ponowne infekcje. Ale trzeba też zrozumieć, że rodziny nie zawsze są w stanie poradzić sobie z pielęgnacją osoby chorej, np. z odleżynami czy dysfunkcjami ruchu. Szukamy wówczas miejsca w hospicjach lub zakładach opiekuńczo-leczniczych, ale to trwa. Jednak naszym zadaniem jest leczenie, szpital nie powinien być dla pacjenta miejscem na przeczekanie. Dlatego zmiany systemowe są konieczne. A rodziny? Jestem mimo wszystko optymistą. W większości przypadków pewne zachowania i postawy są wynikiem bezradności i strachu, a nie złej woli.

OPIEKUN SZUKA POMOCY

Niewątpliwym wsparciem dla opiekuna osoby niesamodzielnej jest program opieki wytchnieniowej wdrażany przez samorządy terytorialne w ramach pomocy społecznej. Adresowany do opiekunów osób (dorosłych i dzieci) z orzeczeniem o niepełnosprawności, może być realizowany w miejscu zamieszkania bądź w ośrodku dziennego lub całonocnego pobytu (z określonym limitem godzin – 240 w warunkach domowych i 14 dni – pobyt w placówce). W tym roku program jest finansowany ze środków państwowych w ramach Funduszu Solidarnościowego. Informacje o jego realizacji w 2024 r. znajdują się na stronie Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Formuła opieki wytchnieniowej z pewnością wymaga jeszcze udoskonalenia i zwiększenia dostępności.

* GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.*

** GUS, *Starzenie się ludności Polski w świetle wyników narodowego spisu powszechnego ludności i mieszkań 2021 r.*

Święta introwertyka

DAWNO, DAWNO TEMU, ZA SIEDMIOMA GÓRAMI, ZA SIEDMIOMA RZEKAMI... STOP. BĄDŹMY PRECYZYJNI! 107 LAT TEMU, ZA DWIEMA RZEKAMI (WERSJA DLA MIESZKAJĄCYCH NA PRAWYM BRZEGU WISŁY) ALBO NAWET ZA JEDNĄ RZEKĄ (WERSJA DLA „LEWOBRZEŻNYCH”), W STOLICY GERMANÓW, ZWANEJ ZE SŁOWIAŃSKA* BERLINEM, URODZIŁ SIĘ HANS EYSENCK.

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

Eysenck był ważną postacią psychologii XX w., przyczynił się bowiem do rozwoju psychologii osobowości i różnic indywidualnych. Jego badania można podsumować tak: ludzie są bardzo różni – myślą, czują, zachowują się, reagują i wchodzi w interakcje każdy na swój sposób. To Eysenckowi zawdzięczamy szeroko stosowany w badaniach test określający trzy główne wymiary osobowości: neurotyczność, ekstrawersję i psychotypizm. I właśnie nad tym drugim wymiarem chciałam się chwilę zatrzymać.

Według Eysencka każdy z nas może zostać umiejscowiony gdzieś w kontinuum ekstrawersja-introwersja – cech określanych na podstawie zachowania, skłonności do interakcji z innymi ludźmi, preferencji w spędzaniu wolnego czasu i poziomu aktywności w różnych sytuacjach społecznych.

Kim jest introwertyk? W przeciwieństwie do ekstrawertyka, który szuka zewnętrznej stymulacji i intensywnych interakcji społecznych, introwertyk skłania się ku wewnętrznemu skupieniu. Jest skłonny do introspekcji, potrzebuje więcej spokoju, samotności, refleksji. Nie musi to oznaczać, że jest społecznym outsiderem, większość introwertyków po prostu preferuje mniejsze grupy, a po interakcjach z ludźmi potrzebuje samotnego czasu na „przetrawienie” emocji i odbudowanie swojego zasobu energii. Wiele osób identyfikujących się jako „wysoko wrażliwe” to właśnie introwertycy.

Jak funkcjonuje lekarz introwertyk? Standardowo pomyślimy: to musi być patomorfolog albo radiolog. Oczywiście, nasze cechy osobowościowe wpływają na wybór specjalizacji.

I bardzo dobrze! Świadomość własnych potrzeb, preferencji i ograniczeń pomaga tak pokierować życiem zawodowym, by docelowo funkcjonować w okolicznościach możliwie najbardziej dostosowanych do nas, dających odpowiedni poziom stymulacji i interakcji, charakter wyzwań i po prostu środowisko, w którym spędzamy wiele godzin dziennie. Jednak trudno oczekiwać, że wszyscy introwertycy wśród nas wybiorą „introwertyczne” specjalizacje, od których z kolei będą stereotypowo stronić ekstrawertycy. Nasze wybory zawodowe mogą być zaskakujące dla osób postronnych, a zróżnicowanie osobowościowe widać we wszystkich specjalizacjach, co pięknie urozmaica medyczny świat.

Lekarz rodzinny czy internista z introwertycznymi cechami osobowości, jeśli nie są skrajnie nasilone, może być postrzegany jak osoba chętna do interakcji, uważna wobec pacjentów, w rozmowach z kolegami całkiem sympatyczna i kontaktowa. Na pierwszy rzut oka może nie być wielkiej różnicy w zachowaniu i funkcjonowaniu „umiarkowanych” introwertyków i „umiarkowanych” ekstrawertyków. Różnica jednak jest. Introwertyk interakcjami się mniej lub bardziej męczy, nawet jeśli ocenia je pozytywnie i od nich nie stroni. Po całym dniu w pracy, kontakcie z wieloma osobami potrzebuje odpoczynku, najchętniej w ciszy, spokoju, często samotności. Książka, herbata, kot na kolanach – to dla wielu introwertyków odpoczynek idealny, podobnie spacerowanie na łonie natury. Jeśli spotkania – to w niewielkim, dobrze znanym gronie, z którym łączą ich wspólne zainteresowania czy ulubione sposoby relakso-

* Słowo „berlin” pochodzi prawdopodobnie z języka Słowian Połabskich i oznacza bagno, podmokły teren.



Fot. licencja OIL w Warszawie

wania się. Weekendowe huczne imprezy albo wesołe, intensywne wakacje w dużej grupie znajomych niekoniecznie będą dobrym odpoczynkiem, który zregeneruje introwertyka.

W sklepach od początku listopada przesładują nas świąteczne dekoracje i piosenki, co nieuchronnie przypomina, że za chwilę w wielu domach będziemy szykować się do Bożego Narodzenia. Jako psychiatra aż nadto dobrze wiem, że wielu osobom święta nie kojarzą się dobrze. Przy blasku choinkowych lampek odżywają wewnątrzrodzinne animozje, przykre wspomnienia, traumy z dzieciństwa. Zostawmy to jednak teraz i założmy, że nasz introwertyk na jego szczęście nie ma złych wspomnień z domu rodzinnego i jego rodzina nie jest skonfliktowana. Czy można określić, że introwertycy lubią święta albo ich nie lubią? Chyba nie. Można jednak z pewnym prawdopodobieństwem przewidywać, że osoby introwertyczne nie będą fanami większych rodzinnych spotkań, nawet jeśli nie żywią animozji do poszczególnych osób. W skrajnych przypadkach osoba introwertyczna unika takich rodzinnych przyjęć, jednak w wielu domach tradycja jest świętością i odmowa uczestnictwa w świątecznym spotkaniu sprawiłaby autentyczną przykrość ważnym dla introwertyka bliskim.

Jak sobie poradzić? Jak pogodzić sprzeczne potrzeby i oczekiwania, jeśli nie chcemy być świątecznymi „buntownikami”? Introwertycy radzą sobie na różne sposoby, np. rezerwują jeden dzień na rodzinne spotkania, a drugi tylko dla siebie, na odpoczynek. Albo proponują wszystkim spędzenie części czasu na zewnątrz, na dłuższym zimowym spacerze, co samo w sobie jest mniej intensywne niż tradycyjne siedzenie przy stole. Czasem, gdy introwertyk czuje, że nie jest w stanie wypłatać się z rodzinnych powinności (z różnych powodów, ale o tym więcej innym razem), ucieka się do wymówki. I tu nasz

zawód może być dodatkowym atutem. W końcu ktoś musi wziąć ten świąteczny dyżur, prawda? Oczywiście, nie zachęcam do tego, by zmuszać się do ciągłego lawirowania między spełnianiem oczekiwań innych a próbą chronienia siebie, by za wszelką cenę uniknąć krytyki i odrzucenia. Pewnie lepiej byłoby asertywnie, z szacunkiem i z zadbaniem o siebie mówić otwarcie, czego się potrzebuje, i w wymarzonej sytuacji otoczenie zareagowałoby na to aprobatą. Ale wszyscy wiemy, że bywają różne sytuacje w naszym nieidealnym życiu i czasem mamy powody, by zachować się w dany sposób. Może nie umiemy inaczej, a może świadomie decydujemy się na coś, z różnych powodów.

Nie podśmiewajmy się więc z kolegi, który na ochotnika bierze wszystkie świąteczne dyżury, ani nie myślmymy o sobie źle, jeśli sami tak robimy. Mogą być ważne powody. Można w święta uciekać do pracy przed pustym domem i samotnością, ale też przed nadmiarem interakcji, nawet w kochającej rodzinie. Ktoś z własnego wyboru spędzi ten czas w szpitalu i będzie za to wdzięczny, a dzięki temu ktoś inny, dla kogo jest to ważne, będzie wtedy z rodziną i też będzie zadowolony. Różnorodność jest potrzebna i piękna. Nawet podczas układania dyżurowych grafików.

Życzę Wam wszystkim, by świąteczny czas (lub po prostu wolny, jeśli nie identyfikujecie się z religią chrześcijańską) był dokładnie taki, jakiego potrzebujecie. ●

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

Szantaż moralny nie zastąpi polityki senioralnej

ŚWIĘTA W SZPITALU W ZBIOROWEJ WYOBRAŹNI SĄ SYMBOLEM SAMOTNOŚCI I OPUSZCZENIA. SZCZEGÓLNICIE DOTYCZY TO BOŻEGO NARODZENIA, KTÓRE KOJARZY SIĘ Z RODZINNYMI ROZMOWAMI PRZY SUTO ZASTAWIONYM STOLE, W CIEPŁYM ŚWIETLE CHOINKOWYCH LAMPEK. BYĆ MOŻE DLATEGO OPOWIEŚCI O „BABKACH ŚWIĄTECZNYCH”, CZYLI STARSZYCH OSOBACH „PODRZUCANYCH” PRZEZ RODZINY NA IZBY PRZYJĘĆ PRZED WIGILIĄ, BUDZĄ WRĘCZ OBURZENIE. JAK MOŻNA ODDAĆ MATKĘ NA PACHNĄCY CHLOREM ODDZIAŁ INTERNISTYCZNY, A SAMEMU ZAJADAĆ SIĘ PIERNIKIEM I MAKOWCAMI?

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szeffronski

Istnieje jeden szkopuł z tym chóralnym potępieniem złych dzieci, wykluczających seniora z ciepła rodzinnego w tym newralgicznym okresie. Obraz, jaki rysuje nam kultura, jest nie tylko przerysowany, ale też w większości przypadków po prostu nieprawdziwy. Pierwsza sprawa, jaka powinna skłaniać do głębszej refleksji, to wiek i stan zdrowia opiekunów. Często również wymagają wsparcia, bo kosztem własnej aktywności podjęli się trudu codziennej opieki nad jeszcze bardziej schorowanym rodzicem, są seniorami opiekującymi się jeszcze starszym seniorem. Rodzicem niejednokrotnie trudnym, gdyż przypadłości, takie jak choroba Alzheimera, to nie tylko spore wydatki (na materac przeciwoleżynowy, pieluchomajtki i remont łazienki, którą trzeba dostosować do potrzeb i możliwości tracącego mobilność seniora). To nie tylko konieczność wykonywania wielu czynności pielęgnacyjnych, wymagających siły i umiejętności, w zakresie których nieformalnych opiekunów w naszym kraju praktycznie się nie szkoli. To także psychiczne obciążenie trudnymi zachowaniami podopiecznego, jakie niosą ze sobą procesy neurodegeneracji, koniecznością radzenia sobie z lękiem i agresją ze strony coraz mniej świadomej osoby bliskiej.

Co gorsza, nieformalnego opiekuna często nie ma kto w tej roli zastąpić. Na wsiach wyjazd

do poradni specjalistycznej to całodzienna wyprawa, o ile w ogóle uda się zmontować sensowne połączenie z zamierającej komunikacji zbiorowej. Pobyt w szpitalu dla wielu opiekunów wydaje się praktycznie poza zasięgiem ich możliwości. O ile można od czasu do czasu wezwać na jeden dzień dalszą rodzinę lub skorzystać z sąsiedzkiej pomocy (często odpłatnej), o tyle kilkudniowa hospitalizacja w odległym mieście okazuje się trudniejsza w organizacji niż wyprawa na biegun północny. Opieka krótkoterminowa w Polsce nie jest wbudowanym w system narzędziem wspierającym rodziny ciężko i przewlekle chorych. Raczkujące programy opieki wytchnieniowej obwarowane są licznymi wymaganiami formalnymi, m.in. przedstawieniem orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, których wiele niedołączonych osób w podeszłym wieku po prostu nie ma. Nie są też wygodnym instrumentem w sytuacjach nagłych ani w konieczności kompleksowego, wielomiesięcznego leczenia opiekuna, np. w przypadku choroby nowotworowej. Miesiące i lata trudnej opieki odbijają na nim (a najczęściej – na niej) nieuchronne piętno. Nic dziwnego, że sprawujący opiekę nad członkiem rodziny często stają się ofiarami wypalenia opiekuńczego. Czasem odwołanie rozpoczęcia terapii kończy się dla opiekuna tragicznie – niepełnosprawnością lub śmiercią, której dałoby się uniknąć.

Polskie społeczeństwo szybko się starzeje. Choć ten proces nie zaskakuje, nie jesteśmy do niego przygotowani. Rosnąca długość życia, spadająca dzietność i fale migracji bardzo ograniczyły wyporność modelu tradycyjnego, w którym dzieci podejmują opiekę nad starzejącymi się rodzicami. Zjawisko tzw. babek świątecznych, czyli starszych osób „podrzucanych” do szpitala na czas świąt lub wakacji, jest tego przejawem. Paradoksalnie, wcale nie najgroźniejszym, choć bardzo przykrym dla seniorów i trudnym dla oddziałów szpitalnych, które zmuszone są do pełnienia nie swojej roli. Zamiast leczenia mają oferować opiekę wychowawczą, do czego nie zostały przygotowane. Są więc nie tylko bardzo drogie, ale i nieefektywnym substytutem opieki społecznej. To jednak ze społecznego punktu widzenia zaledwie czubek góry lodowej. Bardziej dramatyczny jest los samotnych seniorów, którzy nie mogą liczyć nawet na to, że ktoś z rodziny „podrzuci” ich do szpitala. Warto wsłuchać się w głos lekarzy dyżurujących w święta, którzy mówią nie tylko o „bawkach świątecznych”, ale też o stałych bywalcach celowo zaniedbujących leczenie, by na Boże Narodzenie trafić do szpitala. To dla nich jedyna szansa, by ten czas spędzić z ludźmi, w czystej pościeli, poczuć odrobinę zainteresowania i troski.

Raport Fundacji Stefana Batorego „W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce” podaje, że ponad 50 proc. osób powyżej 65. roku życia deklaruje, iż pomoc, którą otrzymują, zaspokaja ich potrzeby „czasami, bardzo rzadko lub wcale”.

Medialne larum nad nieszczęściem, jakim jest spędzanie świąt w szpitalu, ma jeszcze jeden niekorzystny aspekt. Otóż badania naukowe dowodzą, że wypisanie ze szpitala w tym czasie wiąże się z poważnym ryzykiem powikłań, a nawet zgonu pacjenta. Zwracał na to uwagę m.in. André Picard, kanadyjski publicysta zdrowotny, w kontrze do „babek świątecznych” przywołując badanie zespołu dr Lauren Lapointe-Shaw z Toronto General Hospital. W artykule opublikowanym na łamach „The British Medical Journal” poddała ona analizie dane z ponad 200 szpitali w Ontario zebrane w latach 2002–2016. Porównanie historii medycznej 200 tys. pacjentów wypisanych do domu w okresie świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku z danymi ponad 450 tys. podobnych pacjentów wypisanych w listopadzie i styczniu doprowadziło ją do zaskakujących wniosków. Pacjenci wypisani w okresie świątecznym byli o 16 proc. bardziej narażeni na ponowne przyjęcie do szpitala w ciągu siedmiu dni i o 9 proc. – na rehospitalizację w ciągu 30 dni. Częściej też korzystali z pomocy na izbie przyjęć



Fot. licencja OIL w Warszawie

po wypisie. Na każde 100 tys. pacjentów wypisanych w okresie świątecznym przypadało 26 nadmiarowych zgonów, 188 dodatkowych przyjęć do szpitala oraz 483 dodatkowe wizyty na ostrym dyżurze. Odwrotnie rzecz przedstawiała się w przypadku ciągłości leczenia. Na tę samą liczbę pacjentów w przypadku wypisów bożonarodzeniowych przypadało o 2999 mniej wizyt kontrolnych. Czas świąteczny to okresowe „zamrożenie” ochrony zdrowia, w związku z tym wypuszczeni do domu chorzy mieli znacznie mniejsze szanse na uzyskanie kontynuacji leczenia – 39 proc. mniej szans na wizytę u lekarza w ciągu siedmiu dni i 35 proc. mniej na wizytę po 14 dniach. Szczególnie dotyczyło to pacjentów z poważnymi schorzeniami, takimi jak niewydolność serca i przewlekła obturacyjna choroba płuc. Tym pacjentom wypisy na siłę, „bo święta”, mogą zwyczajnie szkodzić.

Szantaż moralny wobec bliskich nie zastąpi opieki wychowawczej. Tak, trzeba to powiedzieć głośno i wyraźnie: oskarżenia o niemoralne zachowanie, kierowane do bliskich sprawujących cały rok opiekę nad zniedołężniałym członkiem rodziny, gdy ten ostatni trafia do szpitala w okolicy świąt, to temat zastępczy, przekierowanie uwagi na ofiary niewydolnego systemu społecznego, które pozwala unikać trudnych rozmów o zmianie modelu wsparcia osób starszych i wprowadzenia dodatkowego powszechnego ubezpieczenia opiekuńczego.

Cytowana w raporcie Fundacji Stefana Batorego prognoza EUROPOP 2019 jest bezlitosna: w 2050 r. niemalże co trzeci polski obywatel będzie seniorem. Niestety, nawet dziś, przy znacznie korzystniejszej strukturze wiekowej, nie potrafimy zaspokoić potrzeb osób starszych, tkwiąc w przestarzałym modelu „familizmu bez wsparcia”. Jego kwintesencją, według autorów przywołanego opracowania, jest założenie, że opieka nad osobą niesamodzielną stanowi prywatny problem rodziny. To skazuje ciężko chorych w podeszłym wieku i ich bliskich na trudny wybór, gdyż alternatywą dla intensywnej opieki, przekraczającej często umiejętności i siły fizyczne najbliższych, jest umieszczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Raport proponuje w zamian „familizm ze wsparciem”. Najłatwiej bowiem zapewnić opiekę blisko miejsca zamieszkania osoby wspomaganą, udzielając praktycznego wsparcia jej rodzinie. To jednak wymaga zmiany nawyku patrzenia na rodzinę przez pryzmat kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a nawet karnego, a dostrzeżenie w niej potencjału, który łatwo nadużyć i przedwcześnie wyczerpać. ●

Bibliografia na stronie internetowej „Pulsu”.

Spokojnych świąt, Doktorze!

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



Fot. A. Boguski

WYPOCZYNEK W ŚWIĄTECZNYM CZASIE – CZY LEKARZ MA NAŃ SZANSĘ?

Święta Bożego Narodzenia powinny być synonimem spokoju i rodzinnego ciepła, ale dla wielu z nas, lekarzy, bywają tożsame ze zwiększoną ilością pracy i stresem. Jak w tym roku znaleźć równowagę między zawodowymi obowiązkami a zasłużonym odpoczynkiem?

PLANOWANIE TO PODSTAWA

Kluczowe jest wczesne zaplanowanie świąt. Postaraj się zawczasu ustalić grafik dyżurów z kolegami i koleżankami, aby każdy mógł choć chwilę odpocząć. Warto także uprzedzić swoich stałych pacjentów o zmianach grafiku w okresie świątecznym. Wypoczęty lekarz to lepszy lekarz. Nie wahaj się zawalczyć o swój spokój psychiczny.

PRZEDŚWIĄTECZNA BIEGANINA – JAK JEJ UNIKNĄĆ?

Święta często kojarzą się z gorączkowymi przygotowaniem. Przemyśl, które tradycje są dla Ciebie najważniejsze. Może część zadań da się uprościć lub rozdzielić między członków rodziny? Pamiętaj, że czasem mniej, znaczy więcej zarówno w dekorowaniu, jak i w świątecznym menu. Oczekiwania Twoich bliskich dotyczące przebiegu świąt wcale nie muszą oznaczać wielu godzin spędzonych w kuchni czy na sprzątanii. Nie bój się też prosić ich o pomoc. A czy prezenty są konieczne? Może w tym roku najlepiej zrobić sobie prezent z wzajemnej bliskości?

ZWOLNIJ TEMPO

Znalezienie czasu dla siebie jest najważniejsze. Chwilę z książką, relaksującą kąpiel lub krótki spacer warto wpisać do świątecznego kalendarza jako obowiązkowe punkty programu.

My, lekarze, miewamy problemy z wygospodarowaniem czasu dla siebie, bo w naszą pracę wpisana jest pomoc innym. Pozwólmy sobie na oddech i odrobinę czułości dla samego siebie.

Jeśli natomiast będziesz pracować w te święta, w przerwie między przyjmowaniem pacjentów poświęć chwilę na świadome oddychanie lub krótką medytację. To metody, które możesz wykorzystać wszędzie, a stosowane nawet przez krótki czas pomogą obniżyć poziom stresu.

ŚWIĘTA A REFLEKSJA

Pamiętajmy, że święta to czas refleksji nad tym, co w życiu najważniejsze. Warto zastanowić się, co w mijającym roku przyniosło nam najwięcej satysfakcji, a co chcielibyśmy zmienić w nadchodzącym. Poczuj (może przy wigilijnym stole?) wdzięczność za to, co przyniósł mijający rok. W kontekście pracy lekarskiej może będą to trafne diagnozy, sukcesy terapeutyczne, podziękowania od wyleczonych pacjentów, ale też intensywna praca nad doktoratem czy trudne lekcje pokory w przypadku niepomyślnego rokowania dla podopiecznych. Pamiętaj, że na takich nieprzyjemnych doświadczeniach możesz najwięcej się nauczyć. Bądź dumny ze swojej ciężkiej pracy i wytrwałości.

PODSUMOWUJĄC...

Świąteczny wypoczynek dla lekarza to nie mit! Wymaga jednak świadomej organizacji i odrobiny asertywności, które pozwolą cieszyć się chwilą spokoju. Zadbajmy więc o siebie w tym wyjątkowym czasie, aby móc z nową energią i entuzjazmem wrócić do zawodowych obowiązków w pukającym do drzwi roku 2024. Ja z tej okazji życzę czytelnikom rubryki dotyczącej medycyny stylu życia przede wszystkim postawienia w nadchodzącym roku na siebie, swoje zdrowie, swoje dobre samopoczucie oraz swoje potrzeby i marzenia, bo bez nich wszystko inne jest trudne do osiągnięcia. ●

Bilans

BILANS TO DLA NAS CAŁKIEM CO INNEGO NIŻ BALANS, CHOĆ NIE TYLKO POCZĄTKOWE TE SŁOWA MAJĄ WSPÓLNE, ALE I W INNYCH JĘZYKACH NASZEMU BILANSOWI ODPOWIADAJĄ RÓŻNE BALANSE (ANGIELSKIE BALANCE TO NASZ BILANS PRZECIEŻ). ŁACIŃSKIE BAIULARE DAŁO WŁOSKIE BILANCIARE, CO ZNACZYŁO 'RÓWNOWAŻYĆ', ALE I 'WAŻYĆ', A STĄD SŁOWO POSZŁO DALEJ, ZMIENIAJĄC FORMY I SPECYFIKUJĄC ZNACZENIA.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bortyzel

Jak się zastanowić, to *balansowanie* z *bilansowaniem* ma jednak wiele wspólnego. *Balansowanie* ma dla nas związek ze szczególnym rodzajem ruchu, *balansujemy*, utrzymując równowagę w trudniejszych okolicznościach, chwiejemy się, owszem, ale po to, by nie upaść. Przechylamy się w różne strony, skłaniamy się – co oczywiście zrodziło łatwą metaforę, bo *skłaniać się* możemy ku różnym możliwościom, opcjom (jak dziś się krótko mówi), to jedno wybieramy, to drugie. Albo też, co z tym się może kojarzyć, tak właśnie kontrolowaną chwiejnością, *balansując*, omijamy zręcznie przeszkody. Można nam tę chwiejność mieć za złe, mówić, że takie *balansowanie* nie świadczy o stabilności, ale jeśli dzięki temu przeszkody nie przeszkadzają, a równowaga złapana?

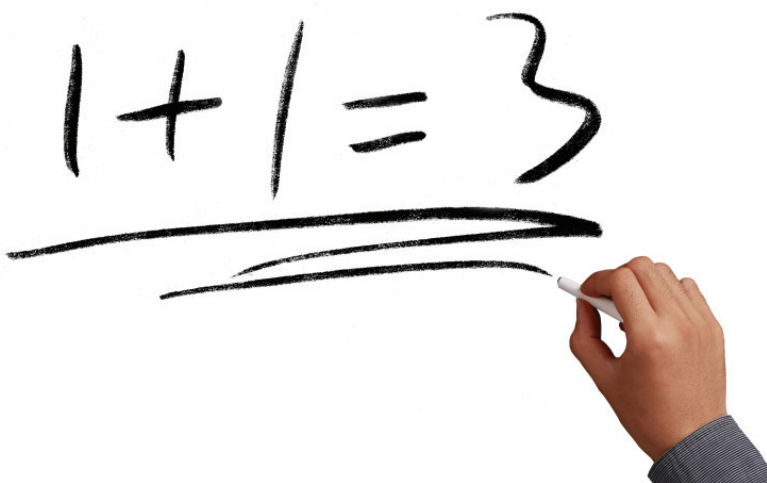
A *bilans*, czyli zestawienie przychodów i wydatków, strat i zysków, sprawozdawane instytucjonalnie albo też, w potocznym rozumieniu, dokonywane prywatnie przez bardziej *zrównoważone* osoby – to przecież w jakimś sensie

także uwzględnianie dwóch stron, kiedy spoglądamy to w jedną z satysfakcją, to w drugą z niechęcią.

I w *bilansie*, i w *bilansie* ma być zachowana równowaga. „Bilans musi wyjść na zero” mawiano, a nawet kiedyś śpiewano. Choć przecie lepiej, gdy jest dodatni, czyli korzystny, gdy suma zysków i korzyści przeważa nad sumą strat. Jeśli jednak mówimy, że coś się *bilansuje*, mamy na myśli właśnie równowagę. Zresztą zarówno *bilans energetyczny*, jak *dieta zbilansowana* zakładają pozytywnie się przeciwieć kojarzące zrównoważenie.

Przy *bilansowaniu*, o czym powinni wiedzieć nie tylko doświadczeni *bilansiści*, trzeba się wykazać umiejętnościami dokonywania zestawień rzetelnych, ale satysfakcjonujących. *Dokonanie bilansu dochodów i wydatków* ma dać nam jasną orientację, ale już przy *dokonywaniu bilansu dokonań* czy w ogóle *życia* nie chcielibyśmy dojść do wniosków złe o nas świadczących. Czy nie stosować wtedy swobodnego *balansowania*, które w końcu nie musi być znamieniem nazbyt kreatywnej księgowości? Jeśli się trochę, *balansując* na granicy optymizmu z pesymizmem, przechylimy na stronę pierwszego, może niekoniecznie naruszymy równowagę...

Niektóre *bilanse* dokonują się same. Przyroda, której częścią są nasze organizmy, jakoś dba o równowagę. Ale innych dokonujemy sami. I w sumie, *balansując* między naturalną skłonnością do widzenia, a może i czynienia świata bardziej różowym, a postulatem sprostanania surowym wymogom rzeczywistości, powinniśmy jednak pamiętać, że bilans może nie musi wyjść na zero, ale musi być uczciwy, żeby w ogóle był. ●



Fot. licencja OIL w Warszawie

To był rok

POTĘŻNY KONFLIKT ZE ŚRODOWISKIEM LEKARSKIM I W KOŃCU DYMISJA MINISTRA ZDROWIA NA DWA MIESIĄCE PRZED WYBORAMI, MULTIPLIKACJA KIERUNKÓW LEKARSKICH NA NOWYCH UCZELNIACH, NIEMAL PEWNY JUŻ KONIEC OŚMIU LAT RZĄDÓW ZJEDNOCZONEJ PRAWICY, UTAJONA – A MOŻE PO PROSTU IGNOROWANA – PANDEMIA COVID-19 I KOMPLETNY ROZJAZD RZECZYWISTOŚCI I DEKLARACJI W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH. TO TYLKO WIERZCHOŁEK GÓRY LODOWEJ ZDARZEŃ W OBSZARZE OCHRONY ZDROWIA, KTÓRE ZAPADNĄ NAM W PAMIĘĆ. NIE ZAWSZE DOBRĄ.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

Gdyby trzeba było wskazać najważniejsze zdarzenie lub proces w ochronie zdrowia w kończącym się roku, byłby kłopot. Czy najważniejszy był przewlekły, trwający od wiosny i zaostrzony pod koniec czerwca, ale z apogeum ponad miesiąc później konflikt środowiska medycznego z ministrem zdrowia Adamem Niedzielskim o zasady wystawiania recept? Konflikt, w którym szef resortu zdrowia najpierw złamał szereg przepisów, bezprawnie (na co zwracał uwagę rzecznik praw obywatelskich) narzucając lekarzom limity wystawianych recept, potem insynuował działalność lobbingową organizacji lekarskich na rzecz firm receptomatowych, by w końcu 4 sierpnia ujawnić dane pacjenta-lekarza (łamając nie tylko prawo, ale i zasady przyzwoitości nakazujące rozdzielać sferę publiczną od prywatnej) i wywołać gigantyczny skandal, który – wiele na to wskazuje – zakończył aktywność publiczną ministra. (Niedługo po wyborach 15 października UODO ogłosił wszczęcie postępowania w sprawie ujawnienia danych, tłumacząc zwłokę brakiem odpowiedzi na zadane resortowi zdrowia pytania.)

Zatem konflikt o recepty (a tak naprawdę o fundamenty państwa prawa) czy konflikt o jakość kształcenia lekarzy? 2023 zapisze się jako rok, w którym rekordowa liczba szkół wyższych otrzymała zgodę na prowadzenie kierunku lekarskiego (proces się nie zakończył, w tym roku akademickim przyszłych lekarzy kształcą 43 szkoły, ale kolejne już po wyborach otrzymały zgody ministerstw Zdrowia oraz Edukacji i Nauki). Samorząd lekarski od wielu miesięcy,

właściwie od jesieni 2020 r., gdy zapadały pierwsze decyzje o dopuszczeniu na rynek pracy lekarzy spoza UE oraz o obniżeniu kryteriów, jakim muszą sprostać uczelnie, by otwierać kierunek lekarski, przestrzegał i przestrzega przed dewastacją systemu kształcenia.

Po wyborach ten głos został wyraźnie wzmocniony. Podczas Forum Rynku Zdrowia (16–17 października) rektor WUM, prof. Zbigniew Gaciong stwierdził, że była (i jest) alternatywa wobec mnożenia kierunków lekarskich w niezwyfikowanych szkołach. Wystarczyłoby radykalne zwiększenie przez rząd dotacji dla uczelni, które dotychczas kształciły przyszłych lekarzy, gwarantując odpowiednią jakość tego procesu. Uczelnie, mając więcej pieniędzy z budżetu państwa, mogłyby zrezygnować z English Division lub ją znacząco ograniczyć. Równie mocno wybrzmiał głos dr Małgorzaty Gałązki-Sobotki, wiceprzewodniczącej Rady NFZ, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego i dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, która przestrzegała podczas innego panelu, że jeśli będziemy nadmiernie luzować wymagania wobec szkół kształcących na kierunkach lekarskich, możemy narazić na problemy cały system kształcenia lekarzy. Ekspertka podkreśliła, że nie ulega wątpliwości konieczność zwiększenia liczebności kadr lekarskich, ale jakość kształcenia absolutnie musi zostać zachowana. – *Nie może być w tej sprawie nawet cienia kompromisu.*

Rok 2023 możemy też zapamiętać jako rok ignorowanej pandemii. COVID-19 przestał być

postrachem nie tylko w Polsce. Są jednak kraje, które zagrożenie ciągle traktują serio, prowadzą monitoring zachorowań (bardziej zachorowań niż zakażeń), a przede wszystkim starają się zapewniać dostępność szczepień i aktualizować immunizację grup najbardziej narażonych na ciężki przebieg choroby i komplikacje. W Polsce szczepień przeciw COVID-19 praktycznie nie ma, w październiku dziennie szczepiło się w kraju 70–80 osób (więcej w środku tygodnia, w weekendy pojedyncze osoby). Ministerstwo Zdrowia jeszcze przed wyborami ogłosiło, że w listopadzie do Polski trafią szczepionki przeciw nowym wariantom SARS-CoV-2, ale szczegóły akcji szczepień będą znane dopiero w drugiej połowie miesiąca, a szczepienia rozpoczną się nie wcześniej niż w grudniu. W środku sezonu infekcyjnego i praktycznie tuż przed szczytem sezonu grypowego. Przy okazji warto nadmienić, że dopiero od listopada apteki mogły podjąć szczepienia przeciw grypie na większą skalę (sarkazm, ironia, eksperci spodziewają się powrotu do poziomu zaszczepienia 4–5 proc.) i z dużymi zmianami zasad. Można je sprawdzić do tego, że nawet osoby 65 plus, jeśli nie przedstawią recepty od lekarza, będą musiały wyciągnąć z portfela około 50 zł, bo recepta farmaceutyczna pozostaje pełnopłatna. Gdyby podsumować pomysł MZ na szczepienia przeciw grypie, można użyć jednego słowa: chaos.

Vaccine Forum 2023 dr Tomasz Sobierajski, socjolog. Starania ekspertów, lekarzy, Ministerstwa Zdrowia rujną konserwatywni politycy, którzy co prawda nie są jawnie „przeciw”, ale żeby byli „za”, też nie można powiedzieć.

Na niewątpliwy plus – choć to dopiero początek drogi – można zapisać wdrożenie opieki koordynowanej w POZ. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej mówił podczas Forum Rynku Zdrowia, że koordynacja i kompleksowość opieki w niektórych obszarach (sieci) to przynajmniej fragmentaryczne rozwiązanie systemowe, skoro system jako całość nie funkcjonuje, a droga pacjenta tylko na pewnych odcinkach staje się prostsza.

Last but not least – rok 2023 przyniesie zmianę rządu, choć proces, licząc od dnia wyborów, jest sztucznie przedłużany i niewykluczone, że skończy się dopiero w grudniu. Nowy rząd to nowe nadzieje, w ochronie zdrowia związane nie tyle z osobą nowego ministra, ile z programem, a przede wszystkim z perspektywą realizacji obietnic wyborczych dotyczących wzrostu nakładów. Niestety, w tej kwestii najprawdopodobniej przełomu, czyli szybkiego wzrostu nakładów, nie będzie. Rozmowy koalicyjne o podziale resortów wskazy-

Fot. licencja OIL w Warszawie



Zupełnie inne określenie nasuwa się na myśl o programie szczepień przeciw HPV dla dwunasto- i trzynastolatków. Gdy rząd ogłaszał rozpoczęcie akcji szczepień późną wiosną 2023 r., ówczesny minister zdrowia obwieszczał: – *Dołączamy do elity!* Po czterech miesiącach akcji zaszczepionych jest około 125 tys. (na ponad 800 tys.) młodych nastolatków, eksperci zaś z rosnącym zniechęceniem odnotowują brak pomysłu (a może i woli) na akcję edukacyjną, skierowaną zarówno do dzieci, jak i rodziców. – *Wyrwijmy to szczepienie z oparów seksu* – apelował podczas październikowego Kongresu

wały raczej, że Ministerstwo Zdrowia „leżało na stole” najdłużej, właśnie z powodu braku perspektyw na dołożenie minimum kilkudziesięciu miliardów od ręki, a w dalszej perspektywie (roku, może dwóch lat) kolejnych 100 mld (maksymalistyczny postulat Nowej Lewicy, czyli 8 proc. PKB na ochronę zdrowia).

To wróżba, że w pewnych obszarach zmieni się na pewno bardzo wiele, ale niektóre problemy (wyzwania) nie zmienią się wcale. ●

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

Pokolenia



MIJA KOLEJNY ROK. ROK, W KTÓRYM UDAŁO SIĘ UTRZYMAĆ NASZE PRAKTYKI LEKARSKIE, COVID-19 PRZESTAŁ BYĆ PRZESZKODĄ, MOGLIŚMY PRACOWAĆ I ROZWIJAĆ SIĘ. ROK, KTÓRY PRZYNIÓSŁ TEŻ WIELE NOWOŚCI I WYZWAŃ.

tekst **DARIUSZ PALUSZEK**, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów



Fot. K. Bortyzel

Poza oczywistymi zmianami, które są rezultatem wyborów parlamentarnych, wprowadzono ustawę o zawodach medycznych, uwolniono dwa nowe zawody, a technicy dentyści w tej samej sprawie pukają do drzwi Ministerstwa Zdrowia. W branży dentystrycznej pojawia się coraz więcej informacji, ciekawostek i nowinek, a my pracujemy i żyjemy dniem codziennym. Wszyscy mamy swoich bliskich i teraz jest dobry czas, aby poświęcić im więcej uwagi, docenić, jak ważna jest rodzina. Czas na zastanowienie, jak zachować właściwe proporcje między pracą i życiem osobistym. Bo nie chodzi tylko o to, by spotkać się w święta Bożego Narodzenia z dziadkami, a potem znowu odstawić ich na boczny tor. Rodzina nie powinna być tylko od święta. Babcie i dziadka powinniśmy widywać częściej niż dwa razy w roku. Nie tylko oni tego potrzebują, ale przede wszystkim my i nasze dzieci. Opieka nad osobami starszymi wymaga wprowadzenia takiego właśnie wzorca rodziny, modelu wychowania, jeśli chcemy, by nasze dzieci wyrosły na empatycznych ludzi. Problem jest szeroki, obejmuje opiekę zdrowotną nad seniorem, ale ma przede wszystkim aspekt społeczny. Trzeba umieć poświęcić czas, trzeba wiedzieć, jak się seniorem zająć, zwłaszcza cierpiącym z powodu różnych dolegliwości somatycznych. Osoby starsze potrzebują szczególnej opieki dentystrycznej, która poprawiłaby ich komfort życia. Zarówno my, jak i dzieci powinniśmy się tego uczyć, bo kiedyś sami będziemy seniorami i takiej opieki będziemy potrzebować. My, dentyści, jesteśmy w zasadzie lekarzami pierwszego kontaktu, bo leczymy dzieci, rodziców i dziadków. Powinniśmy więc przez pryzmat doświadczeń z pacjentami patrzeć na własne rodziny i znajdować równowagę między czasem poświęcanym na pracę a czasem dla najbliższych, bo nigdy nie wiemy, ile go nam razem zostało.

Problem osób starszych, który stale się pogłębia, zauważa całe środowisko lekarzy dentystrycznych. Dowodem jest m.in. utworzenie Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej. Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie podpisała list intencyjny o współpracy z PTSG. Izba jest organizatorem konferencji dotyczącej osób starszych. W przyszłym roku planujemy cykl konferencji online na temat opieki nad pacjentem senioralnym. Problemy medycyny senioralnej i geriatrycznej będą narastały z racji szybkiego starzenia się społeczeństwa. Czy jest szansa, aby ten proces zahamować? Tak, bo zainteresowanie tym tematem rośnie i będzie rosło. To problemy, które będą dotyczyły coraz większej części społeczeństwa, w tym nas. Dlatego ta gałąź medycyny będzie się intensywnie rozwijać.

Podczas Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych odbyła się sesja, w której brali udział konsultanci krajowi z różnych dziedzin medycyny, bo pacjent senioralny wymaga szczególnej uwagi. Cierpi na wiele chorób, przyjmuje różne leki, a często nie wie jakie. Musimy poznać dokładnie historię jego obciążeń zdrowotnych. Są to często obciążenia diabetologiczne, czyli cukrzyca, która nieleczona powoduje zmiany komplikujące leczenie stomatologiczne. Problemy kardiologiczne i różnego rodzaju operacje chirurgiczne na sercu są może nie tyle przeciwwskazaniem do wykonywania zabiegów stomatologicznych, ile wymagają specjalnej ostrożności od lekarza dentystry. Pacjentów chorych na nowotwory także leczymy inaczej. Poza tym mamy niepowtarzalną okazję wychwycenia wielu chorób, które wcześniej nie zostały zdiagnozowane.

Komisja ds. Lekarzy Dentystów razem z PTSG stara się pokazać i przekonać, że metody leczenia pacjentów senioralnych są nieco inne.



*Spokojnych świąt Bożego Narodzenia,
pełnych wzruszeń i refleksji,
niosących radość i nadzieję,
spędzonych pośród kołęd w gronie osób Wam bliskich.*

*Koleżankom i Kolegom, Lekarzom i Lekarzom Dentystom,
wszystkim Czytelnikom „Pulsu”
składamy serdeczne życzenia świątecznego odpoczynku od spraw codziennych,
ziszczenia marzeń i wiary w lepszą przyszłość,
a w 2024 r. – wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i zawodowym.*

Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie
oraz Komisja ds. Lekarzy Dentystów



VIII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

14-16 CZERWCA 2024 | HOTEL NARVIL | SEROCK

**Zarezerwuj sobie czas.
Do zobaczenia w Serocku!**



Chcemy pomóc w przygotowaniu lekarzy dentystów do przyjmowania takich pacjentów. Wiedzę należy usystematyzować i przekazywać przez najlepszych, najbardziej utytułowanych lekarzy w Polsce – konsultantów krajowych, szefów towarzystw naukowych, którzy opracowują procedury i protokoły przyjmowania pacjentów senioralnych. Leczymy tych pacjentów, nie bójmy się ich. Nie zostawiamy ich samych. Lecząc seniorów, zwłaszcza wtedy, gdy nasza terapia

wymaga kilku lub kilkunastu wizyt, pomyślmy, jak dużym wysiłkiem jest dla bliskich seniora przywożenie go na wizyty. Często konieczna jest koordynacja grafików kilku członków rodziny. W swojej praktyce staram się uwzględniać ten problem. Pacjentom senioralnym należy poświęcać specjalną uwagę, ale – jak wspomniałem – kiedyś my będziemy starsi i będziemy potrzebowali takiej opieki. A nastąpi to nieopóźnienie szybko. ●

„Lekarz domowy”

POPULACJA „DOMOWYCH LEKARZY” ROŚNIE DYNAMICZNIE. ICH PODSTAWOWYM NARZĘDZIEM DIAGNOSTYCZNYM JEST WYSZUKIWARKA INTERNETOWA, A W PORTFOLIO MOŻNA ZNALEŹĆ CORAZ WIĘCEJ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, KTÓRYCH ORDYNACJA KIEDYŚ WYMAGAŁA KONSULTACJI LEKARSKIEJ, A TERAZ NIE WYMAGA, BO MOŻNA JE KUPIĆ W KAŻDEJ APTECE BEZ RECEPTY. OCZYWIŚCIE, W OFERCIE „LEKARZA DOMOWEGO” JEST TAKŻE BOGATA PALETA SUPLEMENTÓW, KTÓRE DUMNIE WYSTĘPUJĄ POD SZTANDAREM „LECZENIA NATURALNEGO”.

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. archiwum

Lekarz domowy” nie zawsze ma konkretną twarz i nazwisko, często jest wirtualnym konstruktorem w postaci forów internetowych dla pacjentów lub portali z poradami na temat zdrowia, które zwykle nie są firmowane przez żaden autorytet medyczny. Ma za to jedną niezaprzeczną zaletę: jest dostępny natychmiast, podczas gdy na wizytę u lekarza trzeba się zapisać, nierzadko odczekać od kilku dni do kilku miesięcy i pogodzić się z limitem czasu przeznaczonym na konsultację. Najczęściej jednak „lekarz domowy” to sam pacjent sięgający po wiedzę z niezweryfikowanych źródeł i podejmujący samodzielnie decyzje terapeutyczne.

Pacjentów można z grubsza zaszeregować do jednej z dwóch kategorii: „Proszę o lek, nie chcę suplementów” lub „Czy mogę prosić o jakiś suplement? Nie chcę jeszcze przyjmować leków”. Lekarz musi czasem wykonać pracę porównywalną z przrzucając tony węgla łyżeczką do herbaty, żeby przekonać pacjenta do przyjmowania tego, co trzeba, a nie tego, czego pacjent sobie życzy. „Lekarz domowy” natomiast nie robi żadnych trudności, ekspresowo spełnia życzenia. Pół biedy, kiedy taki „medyk” doradza lub wybiera suplementy, a pacjent jednak regularnie odwiedza prawdziwego lekarza. Gorzej, jeśli suplementy zaczynają rugować leki, bo wtedy sytuacja może wymknąć się spod kontroli,





a czerwona lampka zapali się pacjentowi dopiero wtedy, kiedy problemy zdrowotne bardzo się już nasilią. Jednak naprawdę niebezpiecznie robi się wówczas, gdy „lekarz domowy” bierze się za poważne leczenie dostępnymi bez recepty produktami leczniczymi.

Kiedy „lekarz domowy” buszuje w aptece, prawdziwy lekarz otrzymuje od niego podczas wizyty różne „kwiatki”. Przykładowo: starsza pani z migotaniem przedsionków, leczona stale lekami przeciwkrzepliwymi, na bóle kręgosłupa serwuje sobie koktajl z diklofenaku, ketoprofenu i meloksykamu, bo jeden lek nie pomaga. Każdy lekarz wie, że przy leczeniu przeciwkrzepliwym nie stosuje się niesteroidowych leków przeciwzapalnych, podobnie jak nie łączy się dwóch, a tym bardziej trzech preparatów z tej grupy, bo to znacząco podwyższa ryzyko krwawienia. „Domowy lekarz” tego nie wie. Inny przykład: pacjent bez objawów z układu pokarmowego, leczony trzema lekami hipotensyjnymi, metforminą i statyną, przyjmuje przewlekle kupowany bez recepty i z własnego pomysłu omeprazol. Lekarz podczas wizyty ocenia, że nie ma wskazań do stosowania tego leku, tłumaczy pacjentowi, że omeprazol wchodzi w interakcje z innymi jego lekami, a przyjmowany stale może przyczynić się do powstania polipów błony śluzowej żołądka. „Lekarz domowy” odpowiada: – *To ostona do innych leków*. Nie wie, że inhibitory pompy protonowej są zalecane protekcyjnie tylko w przypadku przyjmowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych, a leki hipotensyjne nie mają działania hamującego na układ prostaglandyn chroniących błonę śluzową żołądka i dwunastnicy, i nie wymagają takiej „osłony”.

Także w zakresie suplementów osiągnięcia „lekarza domowego” potrafią zadziwić, a czasem zatrwożyć: pacjent powyżej 50. roku życia z cukrzycą i nieprawidłowym lipidogramem odmawia przyjmowania leków hypolipemizujących, bo „*nie chce przyjmować leków, a w ogóle to statyny są szkodliwe*”. Aż tu nagle przykra niespodzianka – udar niedokrwienny mózgu! A przecież brał suplementy z wiesiołka, karczocha i bergamoty, zalecone przez „domowego lekarza”. Tyle że ten „lekarz” nie wie nic o śródłonkowym działaniu statyn przez zwiększenie syntezy tlenu azotu, więc znaczne suplementy – niczego im nie ujmując – nie chronią pacjenta, tak jak statyny, przed niepożądanymi zdarzeniami sercowo- i mózgowo-naczyniowymi. Zgubną dla chorego rolę „lekarza domowego” bywa więc zastępowanie leczenia suplementacją, szczególnie kiedy pacjent głosi, że jest zwolennikiem „medycyny naturalnej”. Jeden z moich kolegów lekarzy powiedział kiedyś swojej pacjentce lubiącej medycynę naturalną: – *Naturalnie to w wieku 40 lat powinna pani już nie mieć zębów i przynajmniej połowy włosów*.

Medycyna nie jest do promowania tego, co naturalne. Ona jest do naprawiania tego, co natura dewaluuje.

Nie mam na celu miażdżącej krytyki „lekarza domowego”. Owszem, może on czasem spełniać pozytywną rolę, chociażby na początku infekcji, zanim pacjent trafi do lekarza. Dobrze byłoby jednak, żeby „lekarz domowy” odbył pewną edukację. Wyobraźmy sobie chociażby przypadek kataru u osoby z nadciśnieniem tętniczym, która w pierwszym odruchu sięga po preparaty złożone z paracetamolu i pseudoefedryny. Taki pacjent po kilku dniach samoleczenia z powodu infekcji może utknąć na kilka godzin w przychodni albo trafić na SOR z powodu wysokiego ciśnienia tętniczego krwi. A skoro już przy pseudoefedrynie jesteśmy: ciekawe, że preparat zawierający związek chemiczny będący substratem do nielegalnej produkcji metamfetaminy można nabyć bez recepty. Oczywiście, farmaceuta nie wyda jednemu pacjentowi więcej niż jednego opakowania takiego preparatu, ale zainteresowani i cierpliwi mogą pospacerować po aptekach dużego miasta i zebrać dziennie całkiem spory zapas pseudoefedryny. Podobnie rzecz się ma z kodeiną, którą bez recepty można bez problemu kupić w postaci preparatów złożonych, przeznaczonych do leczenia bólu lub kaszlu, a która po przyjęciu jest metabolizowana częściowo do morfiny. Na marginesie, historia zna takie przypadki – w XIX w. heroina była sprzedawana w aptekach jako syrop na kaszel.

Jeśli chodzi o suplementy, „domowy lekarz” lubuje się w preparatach „na”: „na stawy”, „na włosy i paznokcie”, „na potencję”, „na uspokojenie”, „na spanie”, „na trawienie”, „na zwiększenie lub zmniejszenie apetytu”, „na nadwagę” itp. Tyle że często nie panuje nad selekcją wszystkich „na” i w efekcie pacjent przyjmuje kilka suplementów o podobnym składzie, czyli kumuluje dawki lub po prostu przyjmuje jakieś preparaty niepotrzebnie. Może przydałby się jakiś profesjonalny kurs dla „lekarzy domowych”, prowadzony przez prawdziwych lekarzy, albo choćby porządna kampania edukacyjna, odpowiednio zorganizowana i promowana? Byłby to strumień rzetelnej wiedzy w chaosie bombardujących pacjenta reklam leków bez recepty i suplementów.

Reasumując: można odnieść wrażenie, że półka apteczna jest dżunglą z preparatami dostępnymi bez recepty i grasują w niej prawdziwe drapieżniki, które z pomocą „domowego lekarza” potrafią upolować i skonsumować szukającego szybkiej i skutecznej pomocy pacjenta. Efekty mogą być łagodne – jeśli pacjent straci tylko pieniądze, lub poważne – gdy straci zdrowie. Warto ucywilizować tę dżunglę, aby uczynić ją bezpieczną dla zdrowia pacjenta. ●

Trudna sztuka konwersacji

ODRESTAUROWANIE WARTOŚCI SŁOWA W MEDYCYNIE, NA WSZYSTKICH ETAPACH KSZTAŁCENIA I W KAŻDEJ SPECJALNOŚCI, POMOGŁOBY URATOWAĆ ETOS LEKARZY W OCZACH WIELU ROZCZAROWANYCH PACJENTÓW.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Żych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

Analiza spotkań w 38 przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej wykazała, że pacjenci byli bardziej skłonni do udziału w zalecanym programie odchudzania i skuteczniej chudli, jeśli lekarze przedstawiali im leczenie otyłości jako dobrą wiadomość i szansę, zamiast podkreślać jej negatywne konsekwencje. W ankietach uczestnicy badania stwierdzali, że słowa i ton wypowiedzi klinicystów mają dla nich ogromne znaczenie i mogą motywować lub demotywować do utraty wagi. Okazuje się, że język używany podczas takich konsultacji nie powinien być nawet neutralny, lecz akcentować wyłącznie korzyści z odchudzania.

Wyniki badania omówiono na początku listopada w czasopiśmie „Annals of Internal Medicine”. Była to praca naukowców z Uniwersytetu Oksfordzkiego, którzy przeanalizowali nagrania rozmów prowadzonych w gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej na temat 12-tygodniowej behawioralnej interwencji odchudzającej i postanowili ustalić związki między językiem używanym przez lekarzy a późniejszymi zachowaniami pacjentów. Okazało się, że rozmowa z otyłymi o... otyłości, wskaźniku masy ciała, jakim jest BMI, oraz ich wadze – w kontekście problemu utraty zdrowia – przynosi dużo gorsze efekty niż przekazywanie na ten temat pozytywnych informacji (co daje odchudzanie, a nie czym grozi tycie). Święta za pasem, więc może to być nieco spóźniony apel do wszystkich, którzy próbują motywować swoich podopiecznych do najtrudniejszych wyzwań: najważniejszy jest język, jakim posługujecie się w tych rozmowach! Język i komunikacja.

I właśnie o języku i komunikacji, a właściwie o efektywnym porozumiewaniu się w medycynie, jest najnowsza książka Wydawnictwa Naukowego PWN, będąca zapisem wielowątkowego dialogu, który prowadzą lekarz z językoznawcą. Zdewaluowaną wartość empatii w tego typu relacjach opisywano już wielokrotnie, wydano nawet kilka podręczników na ten temat. Zasady skutecznego komunikowania się z chorymi wprowadzono na zajęcia dla adeptów medycyny, organizowane są konferencje, więc nie można już powiedzieć, że to problem niezauważony. Tak było kilkanaście lat temu, dziś o wiele trudniej przekonywać o potrzebie właściwej komunikacji z chorym za pomocą nowych, praktycznych argumentów. Ale książka, o której mówię

– pod niepozostawiającym żadnych niedopowiedzeń tytułem „Zdrowy język” – jest na tyle oryginalna, że ma szansę stać się dla lekarzy przydatnym uzupełnieniem ich dotychczasowych doświadczeń, a może też nieudanych prób dotarcia do pacjentów, z gruntu opornych na zalecenia i porady.

To, jako się rzekło, rozmowa, choć właściwie rozprawka między reprezentującym środowisko medyczne prof. Arturem Mamcarzem (dla niewtajemniczonych – kardiologiem, kierownikiem III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego) a jednym z najlepszych popularyzatorów poprawnej polszczyzny oraz znawcą historii języka prof. Jerzym Bralczykiem (również autorem felietonów w „Pulsie”). Panowie gwarzą sobie swobodnie, odwołując się raz po raz do osobistych doświadczeń i spostrzeżeń (ma je przecież zarówno lekarz praktyk, jak i prof. Bralczyk w roli pacjenta), a to o źródłach nazw rozmaitych chorób i terminów medycznych, a to o podejściu do bólu, o „wypróżnianiu” i nazewnictwie intymnych części ciała, a nawet o feminatywach w medycynie (bo skoro od żołądków mają być gastrołożki, to czy kobietę ze skalpelem poprawnie nazywać chirurgką?). Czytelnik zaproszony do tej rozmowy zdobywa potężny ładunek informacji i praktycznych zaleceń, jak komunikować się w gabinecie lekarskim, by wizyta przebiegła satysfakcjonująco dla obu stron.

Co do samej komunikacji, nie jest to ulubione słowo prof. Bralczyka. „*Wolę porozumiewanie się – mówi. – Komunikacja ma wymiar naukowy, a porozumiewanie – potoczny. Komunikacja to przekazywanie wiadomości, a porozumiewanie zakłada pewien rodzaj empatii. Słowo to pochodzi z łaciny, od communicare, i posiada rdzeń, który nawiązuje do jakiegoś rodzaju wspólnoty, jak słowa komunii czy komuna*”.



Zaraz potem panowie poruszają kwestię wywiadu lekarskiego i sfer, o których nawet lekarzom trudno się rozmawia. „*Łatwiej zapytać pacjenta, czy go boli głowa, niż o to, czy boli go penis, bo pacjent często nie wie, co to jest penis, a już nazwanie żeńskich narządów płciowych jest prawdziwym wyzwaniem*” – zauważa prof. Mamcarz i pyta: „*Jak sprawić, żeby wystawić się prawidłowo w sensie medycznym, a jednocześnie zostać właściwie zrozumianym?*”. Zdaniem prof. Bralczyka język naukowy być może trafia w sedno, ale zazwyczaj jest dla pacjenta obcy. Podsuwa jednak rozwiązania problemu, z których warto skorzystać.

Poza wszystkim bowiem mamy tu do czynienia z konkretnymi radami, jak omijać językowe rafy i jak ułatwiać sobie werbalny kontakt z chorym; jak sprawić, by język, jakim posługujemy się w pracy, był uwspólniony, czyli aby obie strony były świadome zgodnych skojarzeń i aby te same słowa wywierały na nich podobne wrażenie. Z tego powodu śmiało można polecać tę książkę również pacjentom, bo „Zdrowy język” ich także powinien skłonić do refleksji, jak przedstawiać lekarzowi swoje dolegliwości. Słabością współczesnej medycyny jest marna *compliance*, za który nie odpowiadają medycy, ale również chorzy. Dobrze więc by było, gdyby przy okazji lektury zastanowili się nad znaczeniem słów, którymi posługują się, rozprawiając o swych chorobach.

Problemy związane z porozumiewaniem się lekarzy z pacjentami do tej pory przypisywano zazwyczaj autorytarnemu podejściu do chorych. Postulat, aby paternalizm zastąpić partnerstwem przewija się w wielu publikacjach, a przede wszystkim stał się refrenem powtarzającym gremialnie przez wykładowców na rozmaitych warsztatach na temat komunikacji w ochronie zdrowia prezentujących swoje przemyślenia. Dr n. społ. Antonina Doroszewska, która kieruje Studium Komunikacji Medycznej na Warszawskim Uniwersytecie

Medycznym, mówiła mi rok temu, że o partnerstwie w ochronie zdrowia myśli się w sposób uproszczony, traktując je jak przeciwwagę do paternalizmu. – *Ostatecznie chodzi o to, aby w kontaktach z pacjentem kierować się indywidualizacją opieki i umieć zauważyć, czego konkretny chory potrzebuje. Nie powinniśmy więc, ucząc studentów i lekarzy właściwych zasad komunikacji, prezentować im jednej wzorcowej relacji* – twierdzi dr Doroszewska. – *Ważniejsze jest kształtowanie umiejętności poznawania perspektywy pacjenta.*

Znów zatem wypada wrócić do rozmowy profesorów Mamcarza i Bralczyka, bo w niej właśnie na pierwszym planie jest starcie dwóch językowych (czy szerzej – komunikacyjnych) perspektyw. Pierwszy prezentuje ją od strony lekarskiej, a drugi – pacjenckiej. Niemalą przyjemność można czerpać, odnajdując w tym dyskursie swoje własne rozterki lub (nierzadko przykre) doświadczenia. Ale że obydwaj panowie znani są z poczucia humoru, nie stronią od zabawnych dykteryjek, które uprzyjemniają lekturę, czyniąc z tej książki zamiast podręcznika pouczającą rozprawkę.

To wszystko ma znaczenie w okresie przedświątecznym, składającym do zastanowienia się, co warto zmienić w prywatnym i zawodowym życiu wraz z nadejściem nowego roku. Od starszych lekarzy często słyszę: „*Nikt nas nie uczył, jak prowadzić rozmowy z chorymi, jak przekonywać, nie gasić nadziei. To dla wielu z nas rozpoznawanie sytuacji bojem*”. W myśl zasady: albo masz wrodzone pokłady empatii, albo radź sobie sam. Tymczasem eksperci podkreślają, że z komunikacją w gabinetach lekarskich jest jak z grą na instrumentach – zdolności wrodzone nie wystarczą, trzeba się tego nauczyć i ćwiczyć. Każdy trening, zwłaszcza u początkujących, wymaga jednak kompetentnych trenerów. Trening dobrych manier i przystępnego języka, który połączy starania lekarza z wcale nie mniejszym wysiłkiem chorego, również. ●

Czy elektromobilność jest kluczem do poprawy jakości powietrza w miastach i zdrowia społeczeństwa?

W DZISIEJSZYM DYNAMICZNYM ŚWIECIE TROSKA O ŚRODOWISKO STAJE SIĘ PRIORYTE-
TEM, A ELEKTROMOBILNOŚĆ CORAZ ODWAŻNIEJ ZMIENIA NASZE PODEJŚCIE DO
TRANSPORTU. WCIAŻ WIĘCEJ UWAGI POŚWIĘCA SIĘ JEJ KORZYSTNEMU WPŁYWOWI NIE
TYLKO NA ŚRODOWISKO NATURALNE, ALE I NA ZDROWIE LUDZI. W MIARĘ JAK CORAZ
WIĘCEJ POJAZDÓW ELEKTRYCZNYCH POJAWIA SIĘ NA NASZYCH ULICACH, SPOŁECZEŃ-
STWO DOKŁADNIEJ WIDZI NIE TYLKO REWOLUCJĘ EKOLOGICZNĄ, ALE RÓWNIEŻ JEJ
KORZYŚCI DLA WŁASNEGO ZDROWIA.

tekst **ANNA SKARBEK-ŻABKIN**



Fot. archiwum

Autorka jest dr. inż. nauk technicznych, ekspertem w dziedzinie zrównoważonego rozwoju i ochrony środowiska

WYPROWADZENIE ZANIECZYSZCZEŃ Z MIAST

Unijne wymogi dotyczące poprawy jakości powietrza oraz światowe statystyki tempa zwiększania się liczby pojazdów elektrycznych jednoznacznie wskazują, w którą stronę będzie się rozwijać motoryzacja. Dynamika wzrostu sprzedaży samochodów elektrycznych w Unii Europejskiej dowodzi, że proekologiczny trend jest wspólny dla większości krajów Unii. Poszczególne rynki różni tylko dostęp do infrastruktury ładowania samochodów elektrycznych i możliwości finansowe społeczeństw. Ponadto z roku na rok zwiększa się społeczna świadomość w zakresie ochrony zdrowia i środowiska. Wszyscy są zgodni, że do najbardziej palących problemów w Polsce należy smog, który w największym stopniu spowodowany jest przez stare domowe kotły grzewcze i lokalne kotłownie węglowe. Powstaje jednak również w wyniku emisji szkodliwych substancji przez pojazdy spalinowe, zwłaszcza koncentracji zanieczyszczeń w mieście i zjawiska tzw. niskiej emisji, czyli emisji pyłów i szkodliwych gazów na

wysokości do 40 m. Smog to zjawisko atmosferyczne powodowane przez wymieszanie się mgły z dymem i spalinami.

Z roku na rok emisja z każdego nowego samochodu, zarówno elektrycznego, jak i spalinowego, zmniejsza się. W przypadku pojazdów elektrycznych wynika to ze zmian sposobu wytwarzania energii i wykorzystania odnawialnych jej źródeł. Natomiast redukcja emisji z silników spalinowych jest efektem zaostrzania europejskich norm w tym zakresie. Z analizy publikacji wynika, że nawet w przypadku realizacji „scenariusza węglowego” (zasilania pojazdów elektrycznych energią pozyskiwaną z elektrowni węglowych) pojazdy elektryczne emitują w cyklu życia o 30 proc. zanieczyszczeń mniej.

ALARMUJĄCE STATYSTYKI

Według Europejskiej Agencji Środowiska już niemal wszyscy mieszkańcy europejskich miast oddychają zanieczyszczonym powietrzem, przekraczającym normy WHO. Zanieczyszczono-

ne powietrze przyczynia się do 4,2 mln zgonów rocznie na całym świecie: około 24 proc. związanych z chorobami serca, 25 proc. z powodu udarów mózgu, 43 proc. związanych z chorobami płuc, m.in. przewlekłą obturacyjną chorobą płuc i rakiem płuc. W 2018 r. EAS szacowała, że zanieczyszczenie powietrza doprowadziło do około 417 tys. przedwczesnych zgonów w krajach europejskich.

Polska znajduje się w czołówce państw, w których powietrze jest złej jakości, a stężenie groźnych substancji najwyższe. Do najbardziej niebezpiecznych należą benzo(a)piren i pyły zawieszane PM2,5 i PM10.

Badania naukowe jednoznacznie potwierdzają związek między zanieczyszczeniem powietrza a różnymi schorzeniami zdrowotnymi, np. chorobami układu oddechowego, serca i naczyń krwionośnych oraz problemami neurologicznymi. W miastach, gdzie ruch drogowy jest intensywny, obserwuje się znaczny wzrost przypadków astmy, POChP i innych schorzeń związanych z oddychaniem. Emisja spalin ma również negatywny wpływ na rozwój dzieci, zwiększając ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych, m.in. astmy i alergii.

W tym kontekście elektromobilność stanowi alternatywę dla korzystania z tradycyjnych pojazdów napędzanych silnikami spalinowymi. Elektryczne samochody emitują znacznie mniej szkodliwych substancji, co wpływa na poprawę jakości powietrza. Potwierdzają to badania przeprowadzone na obszarach, gdzie elektromobilność zyskuje na popularności.

ZANIECZYSZCZENIA POCHODZĄCE Z TRANSPORTU DROGOWEGO

Tradycyjne pojazdy spalinowe emitują mikroskopijne cząstki stałe, które są istotnym zagrożeniem dla zdrowia. Te drobne cząstki, znane jako PM2,5 i PM10, mają zdolność penetracji głęboko w układ oddechowy, co może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych. Jak już wspomniano, badania wykazują związek między ekspozycją na cząstki stałe a nasileniem się chorób układu oddechowego. Ponadto z badań epidemiologicznych wynika, że długotrwała ekspozycja na PM2,5 może zwiększać ryzyko chorób układu krążenia, np. zawału serca i udaru mózgu.

Spaliny wytwarzane przez tradycyjne pojazdy zawierają wiele toksycznych związków chemicznych. Wśród najważniejszych zanieczyszczeń znajdują się tlenki azotu (NO_x) oraz węglowodory aromatyczne, takie jak benzen, uznawany za substancję rakotwórczą.

Grat. licencja OIL w Warszawie



Z rur wydechowych pojazdów spalinowych wydostają się:

- ✳ tlenki azotu (NO_x), które są produktem spalania paliwa w wysokiej temperaturze w silnikach pojazdów. Obejmują one tlenek azotu (NO) i dwutlenek azotu (NO_2). Ich obecność w powietrzu jest związana z powstawaniem ozonu troposferycznego, który może powodować podrażnienia dróg oddechowych oraz przyczyniać się do nasilenia się chorób układu oddechowego;
- ✳ węglowodory aromatyczne – związki będące składnikami olejów napędowych i paliw. Są potencjalnie rakotwórcze, ponieważ posiadają pierścień aromatyczny. Przykładowo benzen jest znany z toksyczności i związku z występowaniem nowotworów, zwłaszcza układu krwionośnego;
- ✳ dwutlenek siarki (SO_2) powstający w wyniku spalania paliw zawierających siarkę. Może przyczyniać się do powstawania kwasów deszczowych, co ma negatywny wpływ na ekosystemy wodne i glebę. Ciało ludzkie absorbuje dwutlenek siarki przez błony śluzowe nosa i gardła. Może on powodować łagodne podrażnienie górnych dróg oddechowych, ale przy długotrwałym oddziaływaniu na organizm człowieka przyczynia się do uszkodzenia układu oddechowego. Ponadto może zwiększać podatność na infekcje oraz wywoływać poważne stany zapalne;
- ✳ dwutlenek węgla (CO_2), który powstaje w wyniku niecałkowitego spalania paliwa. To gaz bezwonny, ale bardzo toksyczny, ponieważ blokuje zdolność krwi do przenoszenia tlenu, co może prowadzić do zatrucia i śmierci;



Graf. licencja OIL w Warszawie

REKOMENDACJE DLA LEKARZY I DECYDENTÓW – PROMOCJA ELEKTROMOBILNOŚCI W KONTEKŚCIE ZDROWIA PUBLICZNEGO

Edukacja społeczeństwa na temat wpływu tradycyjnych pojazdów spalinowych na zdrowie publiczne oraz korzyści płynących z przejścia na pojazdy elektryczne może przyczynić się do zmiany postaw i zachęcić do zrównoważonych wyborów. Lekarze i decydenci powinni wspierać inicjatywy zwiększające społeczną świadomość korzyści zdrowotnych związanych z elektromobilnością. Ponadto należy rozważyć wprowadzenie programów zachęt i ulg podatkowych dla osób i firm korzystających z pojazdów elektrycznych. Działania te mogą stymulować upowszechnianie elektromobilności, przyspieszając transformację rynku motoryzacyjnego w kierunku bardziej ekologicznych rozwiązań. Kolejnym działaniem, jakie lekarze i decydenci powinni rozważyć, jest wspieranie inicjatyw rozwoju infrastruktury ładowania pojazdów elektrycznych. Dostępność stacji ładowania jest kluczowa dla społecznej akceptacji elektromobilności. Większa liczba punktów ładowania podniesie popularność

pojazdów elektrycznych, co wpłynie na poprawę jakości powietrza.

Ważna jest również współpraca między sektorem zdrowia a branżą motoryzacyjną. Może obejmować organizowanie konferencji, warsztatów i innych form dialogu, które ułatwią wymianę informacji między lekarzami a producentami pojazdów, przyczyniając się do dostosowania technologii motoryzacyjnych do zdrowotnych potrzeb społeczeństwa.

PODSUMOWANIE

W dyskusjach o elektromobilności poruszane są głównie dwa wątki: ochrona środowiska oraz osiągi pojazdów elektrycznych. Niewiele jest publikacji poruszających zagadnienie wpływu zanieczyszczeń z transportu drogowego na zdrowie ludzi. A to niezwykle ważny wątek w dywagacjach o zasadności zastępowania pojazdów spalinowych samochodami o alternatywnych napędach.

Odpowiedzialne podejście do mobilności nie tylko zmniejsza emisję szkodliwych substancji, ale także wpływa na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Długo eksploatowane samochody spalinowe nie tylko zatrują powietrze, ale również powodują hałas. Elektromobilność charakteryzuje się ciszą, niższym poziomem wibracji oraz brakiem zanieczyszczeń, dzięki czemu przyczynia się do podniesienia jakości życia na obszarach miejskich. ●

- ▶ ***** benzen – kancerogenywny związek chemiczny, emitowany podczas spalania benzyny. Wpływa negatywnie na układy krwionośny i nerwowy.

Redukcja emisji tych związków jest kluczowa w dbałości o zdrowie publiczne. Można ją osiągnąć przez wykorzystywanie bardziej ekologicznych technologii, np. produkowanie pojazdów elektrycznych, które nie emitują spalin.

Jak wiadomo, negatywny wpływ motoryzacji na środowisko nie ogranicza się do emisji substancji niepożądanych. Istotnym czynnikiem jest również hałas.

Według informacji udostępnionych przez Europejską Agencję Środowiska aż 113 mln obywateli Europy narażonych jest na ciągły hałas na poziomie co najmniej 55 decybeli przez całą dobę. Ponad połowa mieszkańców obszarów miejskich żyje w hałasie powodowanym przez ruch uliczny zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy. W Polsce 11,6 proc. osób mieszkających w miastach i 5,7 proc. na obszarach wiejskich jest wystawionych na hałas drogowy przekraczający 55 dB. Szacuje się, że rocznie długotrwałe narażenie na hałas środowiskowy w Europie skutkuje 12 tys. przedwczesnych zgonów i przyczynia się do 48 tys. nowych przypadków choroby niedokrwiennej serca. Nadmierny hałas dotyka nawet 22 mln osób, powodując u nich przewlekłe wysokie rozdrażnienie. 6,5 mln osób boryka się z zaburzeniami snu, a blisko 12,5 tys. uczniów ma trudności w nauce.

Rok 2023 w technologiach dla zdrowia. AI rozdaje karty

SZTUCZNA INTELIGENCJA SZTURMEM WCHODZI DO OCHRONY ZDROWIA. POMAGA LEKARZOM PODEJMOWAĆ DECYZJE KLINICZNE I SZUKAĆ INFORMACJI W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, PEŁNI ROLĘ MENTORA DLA PACJENTÓW. A TO DOPIERO POCZĄTEK.

tekst **ARTUR OLESCH**



Fot. L. Ostermann

CHATGPT EMPATYCZNIEJSZY OD LEKARZA

Choć generatywna sztuczna inteligencja zadebiutowała jesienią 2022, rok 2023 przyniósł nowe narzędzia i zaskakujące badania nad AI. Jedno z nich odbiło się szczególnie szerokim echem w mediach. Chodzi o opracowanie „Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum” („Porównanie odpowiedzi lekarzy i chatbotów sztucznej inteligencji na pytania pacjentów opublikowane na publicznym forum mediów społecznościowych”), które ukazało się w kwietniu 2023 r. na łamach czasopisma naukowego „JAMA Network”. Wynika z niego m.in., że odpowiedzi ChatGPT na pytania pacjentów były niemal 10 razy bardziej empatyczne niż udzielane przez lekarza-człowieka. Do tego jakość odpowiedzi AI była 3,6 razy wyższa niż w przypadku człowieka.

Od razu pojawiły się pytania, czy to zapowiedź zastąpienia lekarzy przez AI. Oliwy do ognia dołała sprawa z jesieni tego roku, gdy prasa opisała historię czteroletniego chłopca. 17 lekarzy w okresie trzech lat nie potrafiło zdiagnozować u niego zespołu pępowinowego. Zrobił to ostatecznie ChatGPT, gdy zdesperowana matka wpiśla objawy i wyniki badań do systemu AI.

W obydwu przypadkach wniosek powinien być jeden: generatywna sztuczna inteligencja z powodzeniem wypełni lukę w opiece nad pacjentami i stanie się drugą parą oczu lekarza. Jeśli ChatGPT potrafi poprawnie odpowiadać na pytania pacjentów zadawane na forach internetowych, niech to robi, wyręczając lekarza. Ochrona zdrowia cierpi z powodu chronicznego niedoboru kadr medycznych i wsparcie AI może okazać się długo oczekiwaną pomocą w obsłudze prostych przypadków klinicznych, gdy nie jest potrzebne zaangażowanie lekarza-człowieka. ChatGPT ma dostęp do dużo większej wiedzy niż lekarz ograniczony możliwościami kognytywnymi ludzkiego umysłu. Ale lekarz ma doświadczenie, stawia diagnozę nie tylko na podstawie suchych danych, ale kierując się holistyczną oceną stanu zdrowia pacjenta, którego widzi, słyszy i obserwuje w gabinecie lekarskim. Lekarz daje pacjentowi wsparcie psychiczne, którego nie może zaoferować nawet najdoskonalszy algorytm.

AI i lekarz razem mogą stworzyć harmonijny tandem, w którym każda strona ma inne, wzajemnie uzupełniające się kompetencje. Dlatego sztuczna inteligencja nie jest ani zagrożeniem, ani konkurencją dla lekarzy. Jest po prostu kolejnym narzędziem, takim jak stetoskop albo urządzenia diagnostyczne, poszerzającym możliwości człowieka. ►►

- ▶ ChatGPT potrafi diagnozować pacjentów, sugerować sposób leczenia, opracowywać zalecenia profilaktyczne, podpowiadać pacjentom, jak się zdrowo odżywiać i zapobiegać chorobom. Ale AI może też „halucynować”, czyli zmyślać fakty i do tego upierać się, że ma rację. Dlatego zawsze to lekarz – tak samo jak doświadczony pilot w samolocie sterowanym nowoczesnymi systemami nawigacji – musi podejmować ostateczną decyzję. Dzięki AI będzie to decyzja oparta na faktach i najnowszych doniesieniach naukowych oraz kompleksowej analizie historii choroby.

Można się spodziewać coraz dokładniejszych modeli AI dla medycyny. Przykładowo, Med-PaLM (duży model językowy od Google) zdał egzamin medyczny w USA, odpowiadając na około 83 proc. pytań poprawnie. Niektóre badania mówią nawet o 90 proc. W przeciwieństwie do ChatGPT, Med-PaLM trenowany jest na danych z bibliotek medycznych i prac naukowych, zapewnia więc jeszcze większą precyzję diagnozowania. Czy wkrótce tego typu modele zostaną zakwalifikowane jako wyroby medyczne i staną się elementem pracy każdego lekarza? To pytanie pozostaje na razie bez odpowiedzi, bo postęp AI jest tak szybki, że trudno o wiarygodne prognozy.

KONIEC EDM, JAKĄ ZNAMY

Każdy lekarz wie, jak ważna w diagnozowaniu i leczeniu jest skrupulatnie prowadzona dokumentacja medyczna. Jednak wprowadzanie danych do elektronicznej dokumentacji medycznej nie należy do ulubionych czynności medyków. Wystukiwanie informacji na klawiaturze, przechodzenie od zakładki do zakładki, klikanie w kolejne komunikaty – praca z EDM jest uciążliwa i kradnie lekarzowi czas, który mógłby poświęcić na rozmowę z pacjentem. Jest szansa, że to się wkrótce zmieni.

W 2023 r. pierwsi dostawcy systemów IT z USA zaczęli wprowadzać do EDM rozwiązania bazujące na AI. Przykładowo elektroniczna dokumentacja medyczna nowej generacji, oparta na systemach transkrypcji mowy na tekst, „przysłuchuje się” rozmowie lekarza z pacjentem, rozpoznaje grupy danych, które są automatycznie wprowadzane do jej odpowiednich pól. Lekarz musi jedynie zatwierdzić podsumowanie przygotowane przez sztuczną inteligencję. Za pomocą poleceń głosowych można wystawić receptę, skierowanie i poprosić system o napisanie zrozumiałym językiem podsumowania wizyty dla pacjenta.

AI zintegrowana z EDM wprowadza też zupełnie nowy sposób pracy z dokumentacją pacjenta. Lekarz nie będzie musiał już przeglądać kilku zakładek, aby sprawdzić historię choroby. Wystarczy poprosić sztuczną inteligencję o najważniejsze dane, np. przygotowanie wykresu ciśnienia krwi z ostatnich 10 lat w zestawieniu z zażywanymi lekami. Zastosowanie AI do analizy EDM jest istotne jeszcze z jednego punktu widzenia: w masie danych (o rozpoznaniu, chorobie, stosowanych lekach i wynikach badań laboratoryjnych) informacje wpisywane jako luźne notatki giną i rzadko kiedy lekarze zaglądną do nich ponownie. A mogą one zawierać wskazówki i infor-



macje determinujące sposób komunikacji z pacjentem lub ważne dla decyzji klinicznych. AI w kilka sekund przejrzy gigabajty danych i przygotuje krótkie podsumowanie, co lekarzowi zajęłoby kilka godzin.

Sztuczna inteligencja wypełnia też powoli lukę, jaka powstaje w opiece nad pacjentem między wizytami. Pacjent chory przewlekłe widzi się z lekarzem przez około 15 min raz na kilka miesięcy. 15 min z 43 200 min w 30-dniowym miesiącu. Pozostałe 43 185 min to czas, kiedy pacjent jest sam na sam z chorobą: swoimi obawami i wątpliwościami, pytaniami dotyczącymi wyników nowych badań, dylematami, czy leczenie jest na dobrej drodze. W tym czasie chatboty korzystające z AI będą pełniły rolę mentorów i doradców dostępnych przez całą dobę. Przykładem jest Dave, pierwszy na świecie mentor dla pacjentów onkologicznych, albo Woebot – chatbot oparty na podstawach terapii kognitywno-behawioralnej. W żadnym wypadku nie chodzi o zastępowanie



Fot. Ilencja OIL w Warszawie

Już teraz wielu lekarzy eksperymentuje z ChatGPT, a jego możliwości robią wrażenie, o czym można m.in. przeczytać w książce wiceszefa Microsoftu Petera Lee „Rewolucja AI w medycynie. GPT-4 i nie tylko” („The AI Revolution in Medicine. GPT-4 and Beyond”).

Nie tylko AI zdominuje ochronę zdrowia. Sektor ten od dawna jest w kręgu zainteresowań biznesowych dużych firm technologicznych. Z końcem 2023 r. Amazon – światowy gigant sprzedaży detalicznej – ogłosił wprowadzenie nowej usługi: wirtualnej opieki zdrowotnej w abonamencie za 99 dol. rocznie (na razie tylko w USA). Apteka Amazona oferuje np. bezpłatnie wybrane leki w abonamencie za 5 dol. miesięcznie. Wygodnie i bez kolejek, a do tego z perfekcyjną obsługą klienta, z jakiej znana jest firma.

Każda kolejna generacja smartwatchy i smartfonów Apple’a, Samsunga lub Huawei ma nowe funkcje związane ze zdrowiem. Przyzwyczailiśmy się, że inteligentne zegarki mierzą tętno, EKG, temperaturę ciała, jakość snu, aktywność fizyczną. W kolejce czekają m.in. monitoring ciśnienia i poziomu glukozy we krwi. Ich wprowadzenie jest już tylko kwestią czasu. Badania przeprowadzane do niedawna tylko w gabinecie lekarskim i laboratorium medycznym można coraz częściej wykonać w domu, a startupy z całego świata pracują nad kolejnymi innowacjami, m.in. inteligentnymi toaletami wykonującymi regularne badania moczu, systemami wykrywającymi choroby na podstawie próbek głośu.

Kwiecień 2024 może się okazać najważniejszą datą w rozwoju wirtualnej rzeczywistości. To właśnie wtedy do sprzedaży trafią zapowiadane od kilku miesięcy okulary VR Apple Vision Pro. Dla lekarzy może to oznaczać zupełnie nową jakość np. udzielania wirtualnych porad, przygotowywania i wykonywania operacji chirurgicznych, kształcenia medycznego. Okulary mają 14 wbudowanych kamer, system mikrofonów i innych czujników, mogą monitorować wiele nowych biomarkerów zdrowia – obraz siatkówki oka, głos, ruchy ciała itd. Pacjenci zyskają zupełnie nowe opcje terapeutyczne dzięki wirtualnym sesjom relaksacyjnym i edukacyjnym, dostosowanym do indywidualnych potrzeb i jednostek chorobowych.

Koniec roku 2023 przyniósł jeszcze jedną innowację zasługującą na wzmiankę. Chodzi o AiPin – małe urządzenie dopinane do ubrania, wyposażone w kamerę i głośnik, które ma zastąpić smartfon. Polecenia wydawane są za pomocą głosu i gestów, a nie dotyku – jak w przypadku smartfonów. Informacje mogą być wyświetlane na dłoni albo przekazywane głosowo prosto do ucha. Łatwo sobie wyobrazić taki gadżet podczas obchodu szpitalnego, gdy kamera rozpoznaje pacjenta, a następnie informuje o zmianach parametrów jego stanu zdrowia.

2023 był rokiem, w którym wszystkich nas zaskoczyło tempo rozwoju sztucznej inteligencji. 2024 będzie z kolei czasem wprowadzania do ochrony zdrowia praktycznych rozwiązań opartych na AI i postępującej konwergencji technologii, czyli przenikania się i łączenia różnych innowacji, takich jak sztuczna inteligencja, rzeczywistość wirtualna i rozszerzona, technologie ubieralne, asystenci głosowi. ●

nie lekarzy, ale o połączenie poszatkowanych dotychczas punktów opieki w jedną spójną podróż pacjenta.

ROK 2024: TRANSFORMACJA OCHRONY ZDROWIA PRZYSPIESZY

W nowym roku można się spodziewać fali kolejnych rozwiązań opartych na AI dla ochrony zdrowia: cyfrowych doradców pacjentów, systemów wspomagania decyzji klinicznych, narzędzi automatyzujących prace administracyjne, np. tworzenie EDM, chatbotów, systemów klasy Ambient Clinical Intelligence (zbierających dane z otoczenia, np. podczas wizyty pacjenta z pomocą). Sztuczna inteligencja w medycynie przestanie być kojarzona wyłącznie z radiologią i będzie dostępna dla każdego lekarza. Po okresie eksperymentowania i pilotaży prowadzonych w dużych ośrodkach akademickich wdrażanie AI do praktyki lekarskiej nabierze tempa.



Święta lekarskich dzieci

KAŻDY MÓJ ROZMÓWCZA MA KILKA LAT. NIEZALEŻNIE OD WIEKU. BO WIĘKSZOŚĆ COFNĘŁA SIĘ W CZASIE, BY PRZYWOŁAĆ CHWILE SPRZED NAWET PARU DEKAD. O WSPOMNIENIA ŚWIĄTECZNE PYTAŁAM DZIECI Z LEKARSKICH RODZIN. ROZMAWIAŁAM Z LEKARSKIMI DZIEĆMI, KTÓRE MAJĄ SWOJE MAŁE DZIECI. O ŚWIĘTA Z BARDZO BLISKIEJ PRZESZŁOŚCI I TE NADCHODZĄCE PYTAŁAM TEŻ 9-LATKĘ I 3-LATKA.

pytała **RENATA JEZIÓŁKOWSKA**



Fot. archiwum

**JACUŚ, 42 LATA,
SYN LEKARKI I LEKARZA**

**R.J.: Z czym kojarzą ci się święta?
Te z dzieciństwa.**

J.: Pochodzę z dużej rodziny. Mama i tata są lekarzami. Ze strony mamy było czworo rodzeństwa i jest 12 wnucząt. Co roku jeździliśmy do babci. Duży dom, duży ogród, spędy rodzinne – kilkadziesiąt osób. Zresztą rodzina się zjeżdżała w zasadzie co tydzień tak długo, jak długo żyli dziadkowie. A w Boże Narodzenie to było już pełne świętowanie, długie spotkanie z prezentami, choinką. Tata jest jedynakiem, a jego rodzice już nie żyli, kiedy ja byłem mały, więc święta spędzaliśmy w gronie bardzo licznej rodziny mamy.

R.J.: Rodzice mieli wolne w święta?

J.: Tak. Moi rodzice oboje akurat nie dyżurowali od wielu lat, więc to był dobry czas, święta zawsze spędzaliśmy wszyscy razem. Nietypowo dla rodzin lekarskich, czyli normalnie dla innych.

R.J.: Zapominaliście o tej lekarskości w święta, czy była jednak tematem rozmów?

J.: Mimo że rodzice byli lekarzami, u nas zbyt dużo się o medycynie nie rozmawiało, kiedy byliśmy mali. Moja żona też jest lekarką i my dużo więcej dyskutujemy na ten temat niż moi rodzice. W domu mało było takiego poczucia lekarskości i tematu medycyny. To się trochę zmieniło, kiedy byłem starszy, zbliżał się okres studiów i zdecydowałem, że pójdę na medycynę.

R.J.: W życzeniach świątecznych nie było: „żebyś został lekarzem”?

J.: Absolutnie nie. Przynajmniej nie pamiętam.

R.J.: Świątecznej atmosferze nie towarzyszyło namawianie do tego zawodu?

J.: Nie trzeba było. Rodzice mieli taką pracę, że nie była bardzo pochłaniająca emocjonalnie. Może umieli zadbać, by problemów zawodowych nie przенosić do domu. Nam chyba to gorzej idzie,

bo nasza praca jest tak angażująca emocjonalnie, że nasz synek często o niej musi słuchać.

R.J.: Pytanie podchwytliwe: wasze dziecko też będzie lekarzem?

J.: Ryzyko jest. To trzylatek, różne wymienia zawody, lekarz też wchodzi w grę. Teraz chyba bardziej atrakcyjny jest dla niego kierowca karetki. Jest ryzyko, gdy słucha się całe życie o medycynie. Aczkolwiek moje dwie siostry nie zostały lekarzami...

R.J.: Teraz dom jest inny, relacje są inne, ale czy podczas świąt zachowało się u ciebie coś z tamtych dawnych czasów?

J.: Staramy się spotykać z rodziną, to podstawa. Teraz rodziny są porozrzucone po Polsce. Ale czasem robimy to, co dawniej byłoby nie do zaakceptowania – zjazdy w hotelach gdzieś w środku Polski, żeby wszyscy mieli w miarę blisko. I choć to wygodne dla wszystkich, klimat nie jest taki jak w domu, u babci.

R.J.: Jako lekarze możecie razem spędzić święta, czy kompromisy są potrzebne?

J.: Niestety, są potrzebne, bo bywa, że mamy dyżury. Ja pracuję mniej więcej co drugie święta, żona też co drugie, co trzecie. Musimy się starać, żeby zdążyć pojechać do rodziny. Najczęściej święta organizowane są u starszego pokolenia. Jeździmy do jednych dziadków, do drugich, do kuzynów.

R.J.: Najwcześniejsze wspomnienia, obrazy z dzieciństwa, świąteczne sytuacje.

J.: Choinka, psy – jamniki długowłose. I Boże Narodzenie u babci. Ze zwierzętami wszyscy przyjeżdżali. Zazwyczaj było biało, więc z braćmi cioteczными graliśmy w piłkę, budowaliśmy igloo i mury, zza których obrzucaliśmy się śnieżkami. Raz nawet zbiliśmy szybę w oknie. W święta była kumulacja tych zabaw.

R.J.: Czego nie może zabraknąć w Boże Narodzenie u ciebie w domu?

J.: Przede wszystkim musimy być razem. No i ja uwielbiam piernik. Piernik jest absolut- ➤

- ▶ nie musowy, moja mama jest mistrzynią przygotowywania dużego brązowego piernika z dżemem, czekoladą, rodzynkami. Uwielbiam. Ale przede wszystkim jest u nas tradycyjna wigilia, zupa grzybowa zdecydowanie wygrywa z barszczem, choinka, prezenty.

R.J.: Piernik umiesz upiec?

J.: Ależ skąd! Może się kiedyś nauczę, ale to jest wyższa szkoła jazdy. Co do tradycji, ja jestem wierzący. Przy wigilii zawsze czytamy Pismo Święte, potem krótka modlitwa, pasterka czasami. W pierwszy dzień świąt chodzimy do kościoła.

R.J.: Śpiewacie kolędy?

J.: Tak. Kiedyś wszyscy po prostu śpiewali, a jak przyszły magnetofony, można było puścić muzykę i mieliśmy akompaniament. Ja trochę śpiewam. Ojciec kompletnie nie ma słuchu muzycznego, ale mama i moje siostry dobrze śpiewają, więc zawsze jakoś nam wychodzi.

MADZIA, 9 LAT, CÓRKA LEKARKI I LEKARZA, WNUCZKA LEKARZA, PRAWNUCZKA LEKARKI

R.J.: Święta są fajne?

M.: Tak, w zeszłym roku dostałam maszynę do szycia.

R.J.: O to prosiłaś Mikołaja? Marzenie się spełniło, więc chyba musiałaś być bardzo grzeczna.

M.: Tak! Ale zawsze dostaję siedem prezentów. Ogólnie jestem bardzo grzeczna. Chyba, że ktoś mnie wkurzy.

R.J.: Pomagasz w przygotowaniach do świąt?

M.: Najczęściej przygotowywanie to sprzątanie, bo mam straszny bajzel w pokoju. Czasami. W tamtym roku z bratem tak zrobiliśmy, że on mi pomagał, a ja jemu.

R.J.: Ubierasz choinkę na święta? Z czyjąś pomocą?

M.: Z bratem. W szafie mamy bombki, jedną zrobił dla mnie mój chłopak. Bo mam chłopaka, a Staś ma dziewczynę, nawet trzy. A czasami ubieram choinkę ciasteczkami.

R.J.: Pieczesz je?

M.: Z mamą.

R.J.: Śpiewacie kolędy?

M.: Tak, dziadek puszcza w radiu, a ja *la la la la la*. I Staś też. Jestem Mikołajką, a brat Mikołajem.

R.J.: Wierzyłaś w Świętego Mikołaja?

M.: Wcześniej wierzyłam. Ale jak zobaczyłam, że tata trzyma nas przy drzwiach, a babcia niesie prezent, to uznałam, że nie ma Mikołaja.

R.J.: Rodzice pracują w Boże Narodzenie, czy spędzacie czas razem?

M.: Nie wiem. Nie pamiętam, żeby rodzice spędzali święta gdzieś indziej niż w domu, u babci.

R.J.: Rodzice są lekarzami, dziadek też. Dużo rozmawiają o leczeniu?

M.: Czasami mnie to trochę nudzi. Mama ma ciągle jakieś prezentacje, tata siedzi przy komputerze. Strasznie dużo mają pracy.

R.J.: Pytają cię, czy będziesz lekarzem, gdy dorośniesz? Chciałabyś nim być, leczyc dzieci lub dorosłych?

M.: W szkole zawsze jak są jakieś prezentacje robię fryzury, dziewczyny mówią, że ze mnie nie będzie nic oprócz fryzjera. Fajne by było być lekarzem. Ogólnie lubię pomagać, ale nie wiem jeszcze na co się zdecydować.

KRZYŚ, 37 LAT, SYN LEKARZA, WNUK LEKARKI

R.J.: Jak spędzałeś święta, mając w rodzinie dwa pokolenia lekarzy?

K.: Na wigilii prawie zawsze kogoś brakowało, bo był na dyżurze. Przeważnie ojciec. Do godz. 20.00 albo od 20.00, więc zaczynaliśmy wigilię albo wcześniej, albo później.

R.J.: Spędzaliście święta rodzinnie?

K.: Staraliśmy się, by trzy, a przez pewien czas nawet cztery pokolenia były wtedy razem. Dopóki żył pradziadek, spędzaliśmy święta u niego. Pradziadek i dziadek byli z kolei stolarzami.

R.J.: Czyli zawód stolarza też masz w genach. Nie chciałeś zostać stolarzem?

K.: Nie miałem predyspozycji manualnych. Chirurgiem ani ortopedą też nie chciałem zostać.

R.J.: Pamiętasz, czy o medycynie mówiło się przy stole?

K.: Medycyna nie była głównym elementem rozmów, choć bywały opowieści o konkretnych przypadkach, pacjentach.

R.J.: Fakt, że nawet w święta ojciec był w pracy, nie zniechęcił cię do wyboru zawodu lekarza?

K.: Prawdę mówiąc, długi czas, aż do matury, nie brałem pod uwagę tego, że będę lekarzem. Tata mnie zniechęcał. Chodziło o warunki pracy, zmiany nastawienia społecznego.

R.J.: Potraktowałeś to jak wyzwanie?

K.: Chyba podążałem ścieżką stałego rozwoju, szedłem za taką ideą. Trudno mi wyobrazić sobie, że mógłbym przestać się rozwijać, a wydawało mi się, że medycyna gwarantuje rozwój w większym stopniu niż wszystkie znane mi dziedziny.

R.J.: Inspiracją był tata, babcia, czy czerpałeś ją z zewnątrz?

K.: Chyba tata w największym stopniu. Babcia zmarła, gdy byłem w gimnazjum.

R.J.: Boże Narodzenie obchodziliście tradycyjnie?

K.: Tak, choć mniej było śpiewania kolęd, a więcej słuchania. Nikt nie miał talentu muzycznego.

R.J.: Twoja żona też jest lekarzem. Jak wyglądają przygotowania do świąt w waszej rodzinie? Zdarza się wam pracować w święta?

K.: Żona zajmuje się przygotowaniami w kuchni, córka też bardzo się w nie angażuje. Również w ubieraniu choinki dzieci bardzo chętnie pomagają. W tym roku żona będzie miała dyżur 23 grudnia, dwa lata temu ja miałem w Wigilię od godz. 20.00. Układanie „grafiku” na święta jest dość skomplikowane.

R.J.: Co jest twoją działką? Wiem, że nie wypiek pierników.

K.: Jak już dzieci rozpakują prezenty, okazuje się, że większość wymaga złożenia albo uruchomienia. To moja rola.

R.J.: Jakie są twoje pierwsze wspomnienia związane z Bożym Narodzeniem?

K.: Niewyjaśnione pojawianie się prezentów pod choinką.

R.J.: Wierzyłeś w Świętego Mikołaja?

K.: Prezenty magicznie trafiały pod choinkę. Mówiono mi, że był Mikołaj, wpadł przez okno, zostawił je i poleciał dalej. Ale samego Mikołaja – kogoś przebranego za Mikołaja – nie było.

R.J.: A ty się przebierasz za Mikołaja?

K.: Czasami mamy jakieś akcenty świąteczne, np. samą czapkę. Raz udawałem Mikołaja, ale córka poznała mnie po głosie.

**FILIPEK, 3 LATA, SYN LEKARKI I LEKARZA,
WNUK LEKARKI I LEKARZA**

R.J.: Chcesz, żeby w święta padał śnieg? Umiesz lepić bałwana?

F.: Tak.

R.J.: A z kim będziesz lepił tego bałwana?

F.: No, z tatą.

R.J.: Tata umie ubierać choinkę?

F.: Umie.

R.J.: Co wieszacie na choince?

F.: Bombki – samochody! Dużo!

R.J.: Kiedy jesteś w domu z rodzicami w święta, co jeszcze robicie?

F.: Składamy choinkę, no.

R.J.: Jak jedziecie do babci, są tam zwierzaki?

F.: Punia! Miała operację. Ale już dobrze.

R.J.: Umiesz śpiewać kolędy? Podobno znasz piosenkę „Jingle bells”.

F.: To moja ulubiona świąteczna.

R.J.: Słyszałam, że masz żonę.

F.: Tak. Mam córkę moją i syna mam w domu. Mają 15 lat.

R.J.: A jak będziesz dorosły, będziesz spędzał święta ze swoją rodziną?

F.: Tak. Z córką i synem. A mój piesek nazywa się Ścigacz.

R.J.: Mama i tata kim są? Gdzie jeżdżą do pracy?

F.: Do szpitala. A moja praca jest troszkę dalej. Koło dworca.

R.J.: Chcesz być lekarzem i leczyć ludzi? Wiesz co to jest dyżur?

F.: Wiem. Tata chodzi na dyżur.

R.J.: A ty też? Jesteś lekarzem?

F.: Jestem lekarzem.

**OLUNIA, 32 LATA,
CÓRKA LEKARKI DENTYSTKI**

R.J.: Święta w dzieciństwie – pierwsze skojarzenia...

O.: Jeździliśmy zawsze do jednych dziadków i do drugich. Nas było bardzo dużo. Dobrze się bawiliśmy, czekaliśmy na Mikołaja, jak chyba każdy. Dziadek się przebierał, ale w końcu poznaliśmy go po kapciach.

R.J.: Gdy spotykaliście się w dużym gronie rodzinnym podczas wigilii, były poruszane tematy medyczne?

O.: Raczej nie rozmawiano wtedy o pracy. Rodzice starali się „nie przynosić” pracy do domu. Ale mama zawsze pilnowała, żebyśmy myli zęby, nie było „dnia dziecka”. Cały czas było szorowanie – jemy, odchodzimy od stołu, myjemy zęby. Mój synek też będzie miał wesoło.

R.J.: Twoja mama pracowała w wigilię?

O.: Było o tyle dobrze, że miała swój gabinet. Starła się w święta nie pracować, szczególnie że na co dzień nie spędzaliśmy razem tyle czasu, ile by chciała.

R.J.: Jak wyglądały przygotowania do Bożego Narodzenia?

O.: Jeździliśmy na wigilię do dziadków, a mama wcześniej gotowała po nocach, stawała na głowie. Tata nie umiał gotować.

R.J.: Mama cię nie zainspirowała medycyną?

O.: Tata mnie trochę cisnął. Śmiałam się, że kombinował pewnie, by na starość było mu dzięki temu łatwiej. Nienawidziłam chemii, więc dla mnie studia medyczne były nie do przejścia. Jeżeli jednak jest w rodzinie lekarz, medycyna jest w jakimś sensie obecna w życiu jej członków. Więcej uwagi poświęcają swemu organizmowi i sięgają po fachową pomoc.

R.J.: Tegoroczne święta jakie będą?

O.: Na pewno rodzinne. Przygotowania może też wspólne, bo moja mama jest emerytką, obecnie pracuje na pół etatu.

R.J.: Może nadrobicie pieczenie pierników?

O.: Myślę, że to dobry pomysł, o ile mój mały synek pozwoli, ale raczej nie będą to pierniki z ciasta, co dojrzewa miesiąc.

R.J.: Twój synek ma już zęby?

O.: Mama ciągle sprawdza i czeka. Na święta może się pojawić. Na pewno by się ucieszyła z takiego prezentu. ●

Gorzkie święta

GRUDZIEŃ BĘDZIE WOJENNY, ŚWIĘTA BĘDĄ WOJENNE. POLACY USIĄDĄ PEWNIENIE ZA WIGILIJNYM STOŁEM W BEZPIECZNYCH, CIEPŁYCH DOMACH. UCZUCIE SPOKOJU W WIGILIJNY WIECZÓR NIE MOŻE NAM JEDNAK ZAMKNAĆ OCZU NA TO, O CZYM W TYCH DNIACH CZĘSTO USŁYSZYMY W TELEWIZJI I PRZECZYTAMY W INTERNECIE. UKRAINA PRZESTAWIŁA SIĘ NA KALENDARZ ZACHODNI, WIĘC WIĘKSZOŚĆ NASZYCH SĄSIADÓW RÓWNIEŻ USIĄDZIE W TYM ROKU DO SWOICH WIGILII 24 GRUDNIA. ALE NA FRONCIE TRWA WOJNA, TAKŻE W ŚWIĄTECZNE DNI ZGINIE ZAPEWNE KILKASET ŻOŁNIEREK I ŻOŁNIERZY, A WIELE RODZIN BĘDZIE SIĘ SZYKOWAŁO DO POGRZEBÓW.

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



Fot. archiwum

8 grudnia zacznie się Chanuka. Żydzi aszkenazyjscy i nie tylko obdarowują dzieci w chanukowe dni pieniędzmi w nagrodę za naukę. W domach wypieka się rozmaite pączki i placki na oliwie. Ale w tym roku będzie inaczej niż zwykle – w świetle chanukowych lamp i świec wspomnienia pobiegą ku ofiarom ataku Hamasu z 7 października. Chrześcijanie w Ziemi Świętej też będą oplakiwać ofiary wojny wywołanej przez Hamas. Nic nie ukoi bólu rodziców dzieci muzułmańskich, które zginęły podczas operacji wojennej.

Tegoroczny świąteczny grudzień będzie smutny w wielu domach w bliskich nam krajach. I z Ukraińcami, i z Żydami połączyła nas historia wielkimi emocjami (i dobrymi, i trudnymi). Nie są to dla nas po prostu „inne” czy „dalekie” kraje, jak wiele na świecie. Ale nie tylko ze względu na tę historyczną, geograficzną, emocjonalną bliskość Ukrainy i Izraela ostatni miesiąc 2023 r. jest posępny. Często zapominamy, że gdy powstawało państwo Izrael, podczas pierwszego posiedzenia Kne-

setu w 1949 r. najbardziej powszechnym językiem był polski.

Rzecz ma się dzisiaj tak, że świat na naszych oczach staje na głowie za sprawą osi autorytarnych państw i organizacji, które chcą wykorzystać każdą przestrzeń, wejść w każdą szparę, by zrujnować zachodni ład.

Zniszczenie pokoju i resztek poczucia bezpieczeństwa na Bliskim Wschodzie to wspólny plan Rosji, Iranu i ich sojuszników. W tej grze intencje są bardzo czytelne: żeby za rok albo dwa także nasze Boże Narodzenie, tu, nad Wisłą, nie było już takie spokojne i przyjemne. Żeby było tak jak oni chcą – by karą za poczucie wolności i szanse rozwoju dla każdego człowieka był strach. Strach codzienny i strach świąteczny, i rodzinny, ten strach o bliskich. Żeby karą za sprzeciw wobec dyktatorów był ból wojny i nieszczęścia wśród bliskich. Myślimy o tym, śpiewając „Cicha noc”. Pamiętamy o tym w ilu domach naszych przyjaciół na Wschodzie i Bliskim Wschodzie te noce grudniowe ani spokojne, ani ciche nie będą. ●



Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami

Spotkanie z mediatorem możliwe w każdy piątek po wcześniejszym umówieniu się telefonicznie.

E-mail mediator@oilwaw.org.pl

Tel. 22 542 83 29



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

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

- 5.12.2023, godz. 11.00** „Jedz zdrowo, żyj długo! Jak dieta wpływa na długowieczność” – mgr Anna Gałązkiewicz
- 12.12.2023, godz. 11.00** Spotkanie przedświąteczne
- Przyjmujemy zapisy na sylwestrowy spektakl, który odbędzie się w **Teatrze Żydowskim**
31.12.2023, o godz. 17.00
„Gołda Tencer zaprasza; szlagiery żydowskiego kabaretu”.
- Uwaga!** Przyjmujemy także zapisy na wykłady w **Zamku Królewskim**,
które odbędą się:
- 3.01.2024, godz. 11.00**
„Kobieta, król, święta. Jadwiga Andegaweńska w 650. rocznicę urodzin”
- 17.01.2024, godz. 10.30**
„Białogłowy w świecie artystów. O artystkach na trudnym rozstaju sztuki i obyczaju”.
- 31.01.2024, godz. 11.00**
„Ignacy Mościcki – terrorysta, naukowiec i polityk”.
- 5.03.2024, godz. 11.00** „Czy lekarzowi jest potrzebna klauzula sumienia” – prof. dr hab. Paweł Łuków
- 19.03.2024, godz. 11.00** „Czy choroba zakaźna musi być pamiątką z podróży” – dr n. med. Ewa Duszczyk
- 9.04.2024, godz. 11.00** „Diagnostyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej w roku 2023”
– dr n. med. Olga Dzikowska-Diduch
- 23.04.2024, godz. 11.00** „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa w wytycznych z 2021 r.” – dr Maciej Boruń
- 7.05.2024, godz. 11.00** „Wprowadzenie do zagadnień medycyny pola walki” – płk Michał Stachyra
- 21.05.2024, godz. 11.00** „Martwe drzewa i ich znaczenie” – mgr Konrad Malec
- 4.06.2024, godz. 11.00** „Żydowska historia” – Elżbieta Magenheimer
- 18.06.2024, godz. 11.00** „Indonezja” – mgr Marta Maszkiewicz
- 9.07.2024, godz. 11.00** „Życie seksualne pająków” – prof. dr hab. Marek Żabka

W każdy poniedziałek zapraszamy do Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM, przy ul. Księcia Trojdena 2c, na zajęcia „Zdrowy kręgosłup metodą FMS” (sala 2.79 na I piętrze). Konieczne jest obuwie na zmianę, dla komfortu warto też zabrać strój sportowy, wodę oraz ręcznik do położenia na matę.

**Liczba miejsc ograniczona. Udział w zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych.
W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22-542-83-33.**

Telemedycyna a projekt zmian Kodeksu Etyki Lekarskiej

TELEMEDYCYNA W NAJKRÓTSZYM UJĘCIU TO SPOSÓB ZDALNEGO SPRAWOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD PACJENTEM. ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA ZDEFINIOWAŁA TELEMEDYCYNĘ WŁAŚNIE JAKO UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (USŁUG) NA ODLEGŁOŚĆ. ZASADNICZE ZNACZENIE MA WIĘC ROZŁĄCZNOŚĆ MIEJSCA I NASTĘPSTWO W POSTACI WYMIANY ISTOTNYCH INFORMACJI W CELACH DIAGNOSTYCZNYCH ORAZ LECZNICZYCH. Z TAKIEGO UJĘCIA WPROST ZATEM WYNIKA, ŻE TELEMEDYCYNA NIE JEST ODRĘBNĄ DZIEDZINĄ MEDYCYNY, JEDYNIĘ FORMĄ UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ. OZNACZA TO, ŻE W KAŻDYM INDYWIDUALNYM PRZYPADKU LEKARZ DECYDUJE O UDZIELENIU ŚWIADCZENIA W TEJ FORMIE. JEDNAK SAME ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ, CZYLI ZASADY WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA, NIE ULEGAJĄ ŻADNEJ ZMIANIE.

tekst **SEBASTIAN SIKORSKI**



Fot. archiwum

W Polsce zastosowanie telemedycyny uwarunkowane było wprowadzeniem odpowiedniej regulacji prawnej. Dokonano tego już pod koniec 2015 r., ustawą z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (DzU 2015.1991 z 27.11.2015). Szersze zastosowanie telemedycyny możliwe było jednak dopiero po zmianie koszyka świadczeń gwarantowanych. Szczególnie ważnym rodzajem świadczeń okazały się świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały określone przez rozporządzenie ministra zdrowia z 31 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (DzU 2019.2120 z 4.11.2019).

Należy w tym miejscu wskazać na definicję świadczenia zdrowotnego, przez które – zgod-

nie z przepisem art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej (dalej u.d.l.) – należy rozumieć „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia albo przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Istotne jest zdefiniowanie działalności leczniczej, którą ustawodawca w przepisie art. 3 ust. 1 i 2 definiuje jako udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz „promocję zdrowia lub realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia”. Natomiast możliwość wykonywania działalności leczniczej przy użyciu telemedycyny wskazuje wprost art. 3 ust. 2a u.d.l. Na tej podstawie ustawodawca dopuścił możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w tej formie przez podmioty lecznicze.

Ponadto w art. 2 ust. 1 i 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (DzU 2023.1516, t.j. z 4.08.2023, dalej u.z.l.) wskazał, że wykonywanie zawodu lekarza polega na „badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”. Wreszcie lekarz, lekarz dentysta może wykonywać wymienione czynności „także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Przez pojęcie „badanie za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” trzeba rozumieć obowiązek lekarza polegający na nawiązaniu kontaktu z pacjentem i przeprowadzeniu z nim wywiadu lekarskiego, a także zapoznaniu się z wynikami badań, zaś świadczeniami wydanymi przez innych lekarzy oraz z pozostałą udostępnioną dokumentacją medyczną. Natomiast przepis art. 42 ust. 1 i 2 u.z.l. mówi: „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych albo systemów łączności (telemedycynie), a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby”. Lekarz może, bez osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia, o ile jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta.

Oprócz rozszerzenia zakresu świadczeń gwarantowanych rozwiązaniem prawnym, które zasadniczo przyczyniło się do tak sprawnego zastosowania telemedycyny, było wprowadzenie, ustawą z 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w zakresie e-zdrowia, e-recepty (DzU z 2019 r., poz. 1590). Ustawodawca przewidział także poszerzenie kanałów komunikacji, z wykorzystaniem których pacjent może otrzymać informację o e-receptcie. Po aktywizacji na swoim Internetowym Koncie Pacjenta otrzyma on e-receptę SMS-em lub e-mailem oraz uzyska informację o konieczności podania przy jej realizacji numeru PESEL. Ponadto na IKP oprócz e-recepty znajdują się informacje dotyczące nazwy leku, sposobu jego dawkowania, a nawet wysokości refundacji. Tym kanałem komunikacji będzie można przekazywać także informacje z Systemu Informacji Ochrony Zdrowia. Ostatecznie to pacjent decyduje, w jaki sposób otrzyma e-receptę.

Oznacza to, że zarówno udzielając świadczenia zdrowotnego z wykorzystaniem telemedycyny, jak i podczas stacjonarnej (osobistej) wizyty pacjenta, lekarz wykonuje swój zawód zgodnie z zasadami ogólnymi. Chociaż należy zauważyć, że w praktyce w przypadku udzielania świadczeń w tej pierwszej formie często trudniej określić stan kliniczny pacjenta. Zatem podczas udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem telemedycyny konieczne będzie zachowanie zwiększonej ostrożności, ponieważ dużo łatwiej w tej sytuacji popełnić błąd.*

Zarówno udzielając świadczenia zdrowotnego z wykorzystaniem telemedycyny, jak i podczas stacjonarnej (osobistej) wizyty pacjenta, lekarz wykonuje swój zawód zgodnie z zasadami ogólnymi. Chociaż należy zauważyć, że w praktyce w przypadku udzielania świadczeń w tej pierwszej formie często trudniej określić stan kliniczny pacjenta.

Zaskakujące jest, że mimo upływu wielu lat zmiany nie doczekał się kluczowy dla świadczeń udzielanych z wykorzystaniem telemedycyny przepis art. 9 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym: „lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”. Na tle tak sformułowanego przepisu uza-

sadniony jest wniosek, że odstępienie od badania pacjenta w bezpośrednim fizycznym kontakcie może nastąpić jedynie w wyjątkowych i nagłych sytuacjach. Dla porządku trzeba wskazać, że zmianę tego przepisu postulowałem podczas wystąpienia „Wdrożenie świadczeń opieki zdrowotnej z zastosowaniem telemedycyny w poradniach specjalistycznych – aspekty prawne” na posiedzeniu plenarnym Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia 7 listopada 2019 r.** wraz z prof. Ireną Lipowicz.

W ostatnim czasie pojawił się w końcu projekt zmian wspomnianego artykułu KEL. W projekcie zapisano:

„1. Osobisty kontakt lekarza z pacjentem jest najważniejszą formą relacji lekarz – pacjent.

2. Przed rozpoczęciem udzielania świadczenia w formie teleporady lekarz ma obowiązek zweryfikować tożsamość pacjenta oraz zadbać o poufne warunki przeprowadzenia teleporady.

3. Obowiązkiem lekarza jest poinformowanie pacjenta o ograniczeniach teleporady w porównaniu z osobistym kontaktem z pacjentem, a w szczególności wskazanie objawów uzasadniających wizytę osobistą bądź, jeżeli zachodzi taka konieczność, zalecenie kontaktu z placówką medyczną.

4. Teleporada może być udzielana, szczególnie w leczeniu stanów przewlekłych, w celu konsultacji w toku prowadzonego leczenia lub dla zapewnienia ciągłości leczenia do czasu możliwie najbliższej wizyty osobistej. Nie zaleca się udzielania teleporad pacjentom dotąd nieleczonym przez danego lekarza lub zgłaszającym nowy problem zdrowotny.

5. Niedopuszczalne jest prowadzenie diagnostyki i terapii pacjenta jedynie w drodze teleporad”***

Brzmienie ust. 1 i 5 nasuwa jednak uzasadnione zastrzeżenia. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry nie różnicuje przecież formy udzielania świadczeń. To lekarz, zgodnie z zasadami ogólnymi wykonywania zawodu, ma rozstrzygnąć, czy może udzielić świadczenia w ramach telemedycyny, czy nie. Wykonywanie zawodu lekarza polega przede wszystkim na badaniu stanu zdrowia pacjentów, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub ▶

▶ systemów łączności. Zgodnie z art. 42 ust. 1 i 2 u.z.l.: „*lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych albo systemów łączności (telemedycznie)*”. Jak więc się ma do tego proponowany zapis: „*osobisty kontakt lekarza z pacjentem jest najwłaściwszą formą relacji lekarz – pacjent*”? Takie ujęcie *de facto* utrzymuje absolutnie wyjątkowy charakter udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość, a więc z zastosowaniem telemedycyny. Zastrzeżenia budzi również wskazanie: „*niedopuszczalne jest prowadzenie diagnostyki i terapii pacjenta jedynie w drodze teleporad*”. A co z pacjentami korzystającymi jednorazowo z danego podmiotu leczniczego i świadczenia w formie teleporady? Jakże proporcje świadczeń stacjonarnych (osobistych) i z wykorzystaniem telemedycyny należy stosować?

Wątpliwości nasuwają się także na tle brzmienia ust. 3 proponowanej zmiany przepisu: „*obowiązkiem lekarza jest poinformowanie pacjenta o ograniczeniach teleporady w porównaniu z osobistym kontaktem z pacjentem...*”. Realizację przez lekarza tego obowiązku można odczytać jako zniechęcanie pacjentów do tej formy świadczeń.

Reasumując, trzeba wyraźnie podkreślić, że to lekarz w każdym indywidualnym przypadku decyduje o udzieleniu świadczenia z wykorzystaniem telemedycyny. Ten sposób udzielania świadczeń nie zmienia zasad wykonywania zawodu lekarza. W przypadku świadczeń realizowanych w ramach telemedycyny często znacznie trudniej będzie określić stan kliniczny pacjenta niż podczas konsultacji udzielanej stacjonarnie (osobiście) w gabinecie lekarskim. W konsekwencji w przypadku prawidłowo przeprowadzanej teleporady dość często dochodzić będzie do przekierowania pacjenta właśnie na wizytę stacjonarną, a po stwierdzeniu stanu nagłego

– do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Jednak o tym każdorazowo powinien decydować lekarz, a wskazanie, że „*najwłaściwszą formą relacji lekarz – pacjent jest kontakt osobisty*” może spowodować, że lekarz z ostrożności niejako w ostateczności udzieli świadczenia na odległość. *De facto* zostaną też całkowicie wyeliminowane tzw. wizyty pierwszorazowe. Wreszcie proponowane zmiany art. 9 KEL mogą doprowadzić do poważnych wątpliwości na tle prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności u.z.l. Może więc warto byłoby tak sformułować ten przepis kodeksu, aby zasygnalizować ograniczenia diagnostyczne telemedycyny i zlecić wzmoczoną ostrożność lekarza? Chyba należałoby proponowane brzmienie tego przepisu jeszcze raz przemyśleć... ●

* Szerzej: S. Sikorski, M. Florczak, *Telemedycyna w stanie epidemii w: Internet. Cyberpandemia. Cyberpandemic*, red. A. Gryszczyńska, G. Szpor, C.H. Beck, Warszawa 2020, s. 320–330; S. Sikorski, M. Florczak, *Telemedycyna w polskim prawie administracyjnym w: Telemedycyna i e-zdrowie. Prawo i informatyka*, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, Wolters Kluwer, Warszawa 2019, s. 40–65.

** Program posiedzenia plenarnego Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia 7 listopada 2019 r. – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (www.gov.pl) (dostęp: 15.11.2023).

*** NIL, *Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej. Projekt art. 9* (dostęp: 15.11.2023).

Dr hab. profesor uczelni Sebastian Sikorski,
Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu
Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie,
adwokat.

SPORTOWE NIEDZIELE

10, 17 grudnia 2023 r.

7, 14, 21, 28 stycznia 2024 r.

4, 11, 18, 25 lutego 2024 r.

w godz. 15.00–17.00

Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1



Sprawdzam

Umowa koalicyjna

tekst MAŁGORZATA SOLECKA

„Koalicja chce zdecydowanej poprawy jakości i dostępności systemu ochrony zdrowia. Podniesiemy nakłady na ochronę zdrowia. Zniesiemy limity na leczenie przez NFZ. Wprowadzimy mechanizmy odłużania szpitali i urealnimy wycenę świadczeń zdrowotnych. Zapewnimy powszechną i dostępną pomoc psychologiczną i psychiatryczną finansowaną przez państwo. Zwiększymy rolę placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Rozszerzymy uprawnienia przedstawicieli innych zawodów medycznych i niemedyycznych, by usprawnić funkcjonowanie systemu. Dołożymy wszelkich starań, aby skrócić kolejki do specjalistów” – to punkt umowy koalicyjnej, podpisanej przez liderów obozu demokratycznego 10 listopada.

Oprócz niego w dokumencie mowa jest o zmianach składki zdrowotnej (ale w wymiarze podatkowym, chodzi o uporządkowanie obciążeń przedsiębiorców), a także o prawach prokreacyjnych kobiet, choć nie porusza się bezpośrednio tematu aborcji.

Czego jeszcze nie ma? Oczywiście – twardej deklaracji wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. I właśnie przede wszystkim kwestie aborcji i braku gwarancji podniesienia wydatków publicznych osłabiły jedność koalicji demokratycznej. Nowa Lewica nie kryła rozczarowania kształtem kompromisu, a współtworząca ją partia Razem zrezygnowała, na kilkanaście godzin przed podpisaniem umowy, z wejścia do rządu Donalda Tuska, choć jednoznacznie zadeklarowała jego poparcie.

Rząd Tuska będzie tworzony długo. Tak długo, jak długo Prawo i Sprawiedliwość będzie wykorzystywać terminy konstytucyjne, bo prezydent Andrzej Duda na tydzień przed pierwszym posiedzeniem Sejmu ogłosił, że misję tworzenia rządu powierza nie Donaldowi Tuskowi, lecz Mateuszowi Morawieckiemu. Kto będzie ministrem zdrowia w rządzie Morawieckiego? Katarzyna Sójka, czy Filip Nowak, prezes NFZ? A może któryś z dotychczasowych wiceministrów? Znaczenie ma to żadne, emocji budzi zero, ale z kronikarskiego obowiązku – trzeba odnotować.

A w rządzie Tuska? Ani personaliów, ani podziału stanowisk w rządzie umowa koalicyjna nie zawiera, ale na 99,9 proc. jest pewne, że za ochronę zdrowia odpowiedzialność weźmie Koalicja Obywatelska. Teoretycznie dobra wiadomość, bo to przecież największa partia w rządowej układance. Jednak tak

naprawdę nie musi to znaczyć nic. Można sobie wyobrazić zarówno silnego ministra zdrowia z KO, jak i takiego, który nie będzie mieć najmniejszego przełożenia na rząd ani – przede wszystkim – na premiera Donalda Tuska. Zdrowie i jego potrzeby będą pozostawać gdzieś daleko na marginesie priorytetów. To perspektywa fatalna, ale możliwa. Będzie można ją potwierdzić lub wykluczyć dopiero wtedy, gdy poznamy skład rządu i oczywiście po exposé. Zapisy w umowie koalicyjnej nie rozstrzygają niczego, wysoki poziom ogólności, a przede wszystkim brak odpowiedzi na pytanie „za co?” hamują optymizm.

Od obsady Ministerstwa Zdrowia i jego miejsca w rządowej układance w ogromnym stopniu zależy nie tylko przyszłość, ale też bieżąca sytuacja w systemie ochrony zdrowia. Nie ma żadnej wątpliwości, że jednym z głównych problemów jest spuścizna po działaniach (wspólnych) ministrów nauki oraz zdrowia w obszarze kształcenia przeddyplomowego lekarzy. Jakość edukacji na wielu kierunkach lekarskich, otwartych w kończącym się roku, pozostawia bardzo wiele do życzenia. I to najogólniejsza ocena, jaką można sformułować. O ile w ostatnich kilkunastu miesiącach samorząd lekarski, konsekwentnie wskazujący niebezpieczeństwa (a może po prostu następstwa) motywowanego politycznie rozdawnictwa zgód na otwieranie kierunków lekarskich, był dość osamotniony, o tyle już pierwsze dni i tygodnie po wyborach pokazały, że również duża część ekspertów i osób odpowiedzialnych za proces kształcenia, głównie rektorów akademickich uczelni medycznych, nie kryje obaw i daleko posuniętego sceptycyzmu wobec linii odchodzącego rządu.

Przesądzony jest podział Ministerstwa Edukacji i Nauki na dwa resorty. O resort edukacji trwa jeszcze spór, natomiast jeśli chodzi o resort nauki, praktycznie jest pewne, że obejmie go przedstawiciel Koalicji Obywatelskiej. Wśród kandydatów jest prof. Tomasz Grodzki, ustępujący marszałek Senatu. Wprawdzie w umowie koalicyjnej nie ma ani słowa o uporządkowaniu systemu kształcenia lekarzy, ale biorąc pod uwagę deklaracje wszystkich komitetów ugrupowań demokratycznych podczas kampanii, można mieć nadzieję, że ten problem zostanie po pierwsze dostrzeżony, po drugie – przynajmniej częściowo rozwiązany. Zanim, przed czym ostrzegęła podczas październikowego Forum Rynku Zdrowia dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, cały polski system kształcenia lekarzy na arenie międzynarodowej znajdzie się na cenzurowanym. ●

14 pozwów o wypłatę należnych dodatków covidowych przeciwko Szpitalowi Grochowskiemu. RPL OIL w Warszawie wspiera prawnie lekarzy

ZDANIEM GRUPY PRACUJĄCYCH W OKRESIE PANDEMII W WARSZAWSKIM SZPITALU PLACÓWKA NIE DOPEŁNIŁA OBOWIĄZKU WYPŁACENIA LEKARZOM BIORĄCYM UDZIAŁ W WALCE ZE SKUTKAMI PANDEMII TZW. DODATKÓW COVIDOWYCH. POSZKODOWANI MEDYCY Z POMOCĄ RZECZNIKA PRAW LEKARZA OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE ZŁOŻYLI ODPOWIEDNIE DOKUMENTY, BY WEJŚĆ NA DROGĘ SĄDOWĄ.

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



Fot. K. Bartyzel

Organy samorządu aktywnie włączały się w ochronę praw lekarzy w trudnym okresie epidemii koronawirusa. OIL w Warszawie nieustannie wspiera lekarzy także na gruncie prawnym. Wiele interwencji rzecznika praw lekarza dotyczyło właśnie kwestii zapewnienia lekarzom i lekarzom dentystom bezpieczeństwa medycznego i socjalnego. Dzięki naszej dociekliwości udało się ustalić, że część mazowieckich placówek medycznych zaniedbała formalności i nie zgłosiła się na czas, by otrzymać rządowe fundusze na wypłatę dodatków covidowych. Nie może to jednak być powodem utraty przez zatrudnionych w nich pracowników prawa do dodatków. W takich przypadkach placówka powinna zapewnić fundusze z własnego budżetu. Problem ten poruszałam już wcześniej.

Podobne tło ma konflikt między grupą lekarzy a Szpitalem Grochowskim. Rozmowa z jednym

z jego pracowników pozwala spojrzeć na problem z perspektywy lekarza.

Dlaczego zdecydował się pan na podjęcie walki o dodatek covidowy?

Grzegorz Karczmarewicz, lekarz z Oddziału Kardiologii KK CMKP w Szpitalu Grochowskim w Warszawie, przewodniczący OT OZZL przy Szpitalu Grochowskim w Warszawie:

Musiałem stoczyć dwie bitwy. Pierwszą – z pandemią, jakkolwiek górnołotnie by to zabrzmiało. Ale chyba każdy przyzna, że był to szczególnie ciężki okres, a warunki pracy niejednokrotnie przywoływały na myśl medycynę pola walki. W pewnym momencie część lekarzy (trudny do zaakceptowania jest fakt, że nie wszyscy, ponieważ w warunkach pandemii przecież pracował każdy z nas) otrzymała szansę na przynajmniej częściowe wy-

nagrodzenie pandemicznych wysiłków, jakim był dodatek covidowy. Znalazłem się w tym gronie i przyjąłem wiadomość z ostrożnym entuzjazmem. Ostrożność okazała się być zdecydowanie uzasadniona, ponieważ wkrótce przekonaliśmy się, że nasz pracodawca robi wszystko, by nie wypłacać nam pieniędzy (lub wypłacić zdecydowanie mniej niż powinien). I tu zaczął się kolejny bój: o przekonanie dyrekcji szpitala do odpowiedniej interpretacji nieskomplikowanych przepisów. Wobec postawy zarządzających placówką, nacechowanej arogancją graniczącą z pogardą w stosunku do nas, lekarzy, byliśmy bezsilni. Podejmowaliśmy kolejne akty wyrażania swojego niezadowolenia, ale tę walkę przegraliśmy. Przynajmniej tak mogło się wydawać, dopóki nie zdecydowaliśmy się na radykalne rozwiązanie sprawy – drogą sądową. Po serii konsultacji prawnych (w ramach izbowego programu „Prawnik dla lekarza”, a następnie w Biurze Rzecznika Praw Lekarza) słowo „sąd” przestało brzmieć abstrakcyjnie i pojawił się klarowny plan działania. Na tym etapie nie chodziło już tylko o pieniądze, które nie zostały nam wypłacone, ale przede wszystkim o zasady, o to, że zarządzający systemem ochrony zdrowia, żadna dyrekcja szpitala ani nikt inny nie ma prawa nas ignorować.

Czy izba była panu pomocna?

Cała nasza 18-osobowa grupa otrzymała już w tym momencie (na etapie przedsądowym) ogromną i nieocenioną pomoc Biura Rzecznika Praw Lekarza OIL w Warszawie, za którą chciałbym serdecznie podziękować. Sprawa trafiła do sądu, ale ta pomoc będzie niezbędna, by doprowadzić wszystko do końca. Jako lekarze posiadamy bardzo szeroką wiedzę, ale niekoniecznie akurat z zakresu prawa. W połączeniu z nieprzychylną postawą przełożonych, popartą przeświadczeniem o naszej bezradności w przypadkach, gdy znajomość aspektów prawnych staje się niezbędna do wypracowania skutecznego rozwiązania, stwarza to ryzyko postawienia lekarza dochodzącego swoich praw w roli ofiary. To absolutnie nieakceptowalne, bo bez lekarzy system ochrony zdrowia po prostu nie istnieje. A żeby chcieć tworzyć ten

system, musimy czuć się w nim komfortowo. I we wszelkich sytuacjach spornych powinniśmy być traktowani przez zarządzających jak równorzędni partnerzy w dyskusji.

Czy zachęca pan do walki o dodatek covidowy innych lekarzy z izby?

W rolę przewodniczącego oddziału terenowego OZZL (którą pełnię w naszym szpitalu) wpisane jest wspieranie lekarzy w dochodzeniu ich praw. Nie ja byłem głównym pomysłodawcą akcji, ale od początku ją popierałem. Kiedy nabrała rozpędu na tyle, by można było przejść do działań bardziej formalnych, zainicjowałem kontakt zainteresowanych z prawnikami realizującymi program wsparcia prawnego dla lekarzy OIL w Warszawie, a następnie z Biurem Rzecznika Praw Lekarza OIL w Warszawie. Staram się koordynować działania całej naszej grupy, zgodnie z precyzyjnymi wytycznymi Biura Rzecznika Praw Lekarza. Sądzę, że to przykład dobrej współpracy OZZL i OIL, w myśl podpisanego przed wakacjami porozumienia między oboma instytucjami wzmacniającego ochronę interesów lekarzy. A jest niezwykle ważne, żebyśmy byli silni jako środowisko i umieli chronić swoje interesy. I z tego powodu, nie ze względu na osobiste korzyści materialne, nie zachęcam, ale apeluję, by każdy lekarz, którego interes jest zagrożony, walczył o niego! Namawiam też OT OZZL do koordynowania takich działań z OIL w Warszawie. Taka współpraca daje naprawdę dużą siłę.

Biuro Rzecznika Praw Lekarza zachęca lekarzy, którzy spotkali się z podobnymi problemami, do zgłaszania się do izby. RPL dysponuje gotowymi wzorami pozwów i opracowanymi standardami działania w analogicznych przypadkach, co czyni wyjaśnienie kwestii covidowych znacznie łatwiejszym niż w przypadku samodzielnych działań lekarzy. ●



◀ Więcej informacji na temat działań RPL w związku z dodatkami covidowymi



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

Zachęcamy do kontaktu:

E-mail rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl

Tel. 512 331 230, 691 224 246

Podatkowe badania lekarzy

FISKUS, SZUKAJĄC DODATKOWYCH WPŁYWÓW DO BUDŻETU PAŃSTWA, PODEJMUJE DZIAŁANIA KONTROLNE WOBEC KOLEJNEJ GRUPY ZAWODOWEJ. ZWALCZANIE SZAREJ STREFY I UKRYWANIA DOCHODÓW JEST ZASADNE, LECZ NIEKTÓRE ZE WSPOMNIANYCH DZIAŁAŃ W OSTATNIM OKRESIE WZBUDZAJĄ NIEPOKÓJ RÓWNIEŻ SAMORZĄDU LEKARSKIEGO.



tekst
ANNA MISIAK
MAREK PRZYBYŁSKI
DORIAN JABŁOŃSKI
 – doradcy podatkowi
 z kancelarii
 Michalik Dłuska Dziedzic
 i Partnerzy
 współpracującej
 z OIL w Warszawie

Fotografie: archiwum

W związku z powtarzającymi się wezwaniami kierowanymi do lekarzy przez urzędy skarbowe o wyjaśnienie dysproporcji między liczbą wystawianych recept a liczbą paragonów fiskalnych poseł na Sejm IX kadencji Tomasz Olichwer zwrócił się do ministra finansów z interpelacją w tej sprawie.

W odpowiedzi na interpelację poselską nr 44128 z 18 października 2023 r. minister finansów wskazał, że Krajowa Administracja Skarbowa pozyskuje dane o liczbie wystawionych recept, aby ustalić na ich podstawie liczbę udzielonych przez podmiot leczniczy świadczeń i określić (w oparciu o bliżej niesprecyzowane „czynności analityczne”) prawdopodobieństwo niewykazywania przez lekarzy wszystkich dochodów do opodatkowania.

Z pisma ministra wynika, że wobec podatników, których wykazane do opodatkowania przychody są „niskie” w stosunku do liczby wystawionych recept, wszczynane są kontrole podatkowe albo czynności sprawdzające. Dane o receptach KAS otrzymała z Ministerstwa Zdrowia i po przeprowadzeniu „czynności analitycznych” wytypowała podmioty lecznicze do zweryfikowania oraz przekazała stosowne instrukcje poszczególnym urządcom skarbowym.

Informacje przekazane przez ministra finansów w tej sprawie budzą wątpliwości na kilku płaszczyznach.

Po pierwsze, przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (ustawy o PIT) w żaden sposób nie wiążą liczby

wystawionych recept z wysokością przychodów, które należy wykazać do opodatkowania. Trudno również odnieść się do pojęcia „zbyt niskich przychodów”, które mają być przyczynkiem do wszczynania kontroli podatkowych w podmiotach leczniczych. W praktyce nie wiadomo bowiem, jaki przychód powinien odpowiadać jednej receptce i czy całość przychodów wykazywanych do opodatkowania powinna wynikać wyłącznie z udzielania świadczeń medycznych. Działania takie bez wątpienia naruszają jedną z podstawowych zasad funkcjonowania organów podatkowych – zasadę działania w sposób budzący zaufanie.

Co więcej, nie sposób twierdzić, że każde udzielone świadczenie medyczne wiązać się powinno z wypisaniem recepty i że każda recepta musi zostać wystawiona w ramach odpłatnego świadczenia medycznego. W praktyce bowiem lekarze świadczyć mogą usługi *pro bono*, wystawiać recepty *pro familia* lub w ramach kontynuacji leczenia.

Zgodnie z przepisami ustawy o PIT za przychód z działalności gospodarczej uważa się kwoty należne, choćby nie zostały faktycznie otrzymane. Zatem lekarz świadczący usługi medyczne nieodpłatnie w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej nie uzyskuje żadnego przychodu, który wymagałby zadeklarowania.

W konsekwencji należy uznać, że metoda, zastosowana przez KAS w celu wytypowania podmiotów leczniczych do kontroli podatkowych w zakresie podatku PIT na podstawie liczby

wystawionych recept, jest z samego założenia błędna. W żaden sposób nie może być wyznacznikiem prawidłowości wypełnienia obowiązków podatkowych przez lekarza.

W dobie kiedy lekarze mają obowiązek stosowania kas rejestrujących (z nielicznymi wyjątkami), a najnowsze modele tych urządzeń – tzw. e-kasy – przekazują dane w czasie rzeczywistym do KAS, rodzi się pytanie o zasadność sięgania do danych powiązanych z receptami. Pytanie takie jest zasadne w szczególności w kontekście możliwości pozyskania przez KAS danych pozwalających na zweryfikowanie wykazywania przez podmiot leczniczy całego swojego obrotu do opodatkowania z innych źródeł. Takim źródłem są chociażby zapisy z kas rejestrujących. Podmioty lecznicze, wykonujące świadczenia „w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentyistów”, mają obowiązek stosowania kas rejestrujących (z nielicznymi wyjątkami). Ze względu więc na możliwość zdobycia danych z innych źródeł, organy KAS powinny wybrać źródła, w związku z sięganiem do których nie powstanie ryzyko naruszenia tajemnicy prawnie chronionej, w tym przypadku tajemnicy lekarskiej.

W naszej ocenie opisane wcześniej próby pozyskiwania informacji przez organy KAS budzą zaniepokojenie ze względu na ryzyko naruszenia tajemnicy lekarskiej, jako jednej z tajemnic szczególnie chronionych przez prawo. Zgodnie bowiem z art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty: „Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu”. Ryzyko to wystąpić może przede wszystkim w sytuacji, gdy w toku czynności analitycznych zweryfikowana będzie nie tylko liczba recept, ale również ich treść i dane pacjentów.

Wyjątkiem od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w świetle art. 40 ust. 2 pkt 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty są sytuacje, gdy „tak stanowią ustawy”. Jednocześnie, w odpowiedzi na interpelację poselską nr 44128,

stwierdzono, że dane o liczbie wystawionych recept to informacje, które organy KAS pozyskują na podstawie art. 46, art. 46a i art. 47 ust. 2 ustawy o Krajowej Administracji Skarbowej (ustawy o KAS). Tymczasem w żadnym z wymienionych przepisów nie wskazano, że uchyla on obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Również art. 46a ustawy o KAS opisuje współpracę organów KAS z ministrem właściwym do spraw zdrowia, lecz już nie z podmiotami leczniczymi ani bezpośrednio z lekarzami. Wymienione przepisy w ocenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie są regulacjami bardzo ogólnymi i nie mogą uzasadniać wprowadzenia obowiązku przekazania organom KAS wszelkich żądanych przez nią danych, jeśli dane te nie są istotne dla weryfikacji wypełniania obowiązków podatkowych oraz gdy żądane dane są objęte szczególną ochroną ustawową.

W świetle opisanych zagrożeń należy zwrócić uwagę lekarzom, że organy podatkowe mają prawo zweryfikować składane przez nich deklaracje i zeznania oraz rozliczenia podatkowe. Jednakże zasady tego rodzaju weryfikacji zostały szczegółowo opisane w Ordynacji podatkowej (w rozdziałach o czynnościach sprawdzających i kontroli podatkowej) oraz w ustawie o KAS. Obydwa akty prawne przewidują, kiedy, w jakim zakresie oraz w jakim celu organy KAS mogą gromadzić i zweryfikować dane o podatnikach i ich rozliczeniach. Ponadto szczegółowo uregulowane zostały uprawnienia kontrolowanych podatników, którzy powinni być ich świadomi, a w razie wątpliwości skonsultować otrzymane żądania organów podatkowych ze swoim prawnikiem lub doradcą podatkowym. Każdy podatnik, również lekarz, ma obowiązek udzielać organom podatkowym tylko takich informacji oraz tylko w takiej formie i zakresie, jakie zostały przewidziane w ustawach podatkowych.

Reagując natomiast na opisane zagrożenia, we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie im. prof. Jana Nie-lubowicza przygotowaliśmy projekt wystąpienia mającego zwrócić uwagę na nasze zastrzeżenia do działań organów KAS wobec lekarzy. ●

BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

dla lekarzy i lekarzy dentyistów
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)



Analiza przypadku.

Jaka jest różnica między powikłaniem a zdarzeniem medycznym?

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



Fotografie: archiwum

19 sierpnia 2015 r. w szpitalu w miejscowości S. u pacjentki przeprowadzono zabieg laparoskopowy wycięcia pęcherzyka żółciowego ze względu na występowanie wodniaka pęcherzyka żółciowego w przebiegu kamicy. Pęcherzyk był zablokowany złożem w okolicach ujścia, zastoinowy. Podczas klipsowania przewodu pęcherzykowego lekarz zamiast na przewód pęcherzykowy założył klips na przewód wątrobowy wspólny. Następnie wypreparowano pęcherzyk od strony łoża w wątrobie za pomocą elektrokoagulacji. Założono dren w okolicę wnęki wątroby, a pęcherzyk usunięto z jamy otrzewnej, założono szwy powłok i opatrunek. 21 sierpnia pacjentka została wypisana w stanie dobrym.

22 sierpnia skóra powódki zaczęła przybierać żółty kolor. 24 sierpnia chora zgłosiła się do lekarza rodzinnego, a następnie do szpitala w S., gdzie została przyjęta z niedrożnością szerokości przewodu żółciowego wspólnego. Wykonano protezowanie przewodu Wirsunga i drenaż przezskórny wątroby. Zalecono konsultację w ośrodku wykonującym zabiegi rekonstrukcji dróg żółciowych. 29 września przeprowadzono u pacjentki zabieg wprowadzenia duodenoskopu. Podjęto próbę udrożnienia zaklipsowanego przewodu żółciowego metodą endoskopową i przezskórną, jednak bez powodzenia.

9 listopada powódka ponownie trafiła do szpitala w S. w celu kontroli dróg żółciowych oraz dokonania wymiany drenu. Podczas tego ostatniego zabiegu odnotowano zupełny brak drożności przewodu żółciowego.

31 marca 2016 r. powódka zgłosiła się do szpitala w S. z powodu odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych, braku czucia w nogach, braku możliwości poruszania się i ogólnego osłabienia mięśniowego. W szpitalu przebywała do 5 kwietnia. Po nawodnieniu i wyrównaniu poziomu elektrolitów została wypisana do domu z rozpoznaniem: niedrożność dróg żółciowych, w stanie po cholecystektomii. 8 kwietnia pacjentka została poddana operacji zespolenia przewodowo-jelitowego na pętli Roux-Y. Usunięto drenaż przezwątrobowy i drenaż dróg żółciowych.

Pacjentka złożyła wniosek do Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w K., która uznała, że zdarzenie z 19 sierpnia 2015 r. jest zdarzeniem medycznym skutkującym kalectwem dróg żółciowych. Pacjentka nie ma możliwości powrotu do stanu zdrowia sprzed operacji. Komisja stwierdziła: „doszło do zdarzenia medycznego polegającego na niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną postępowaniu dotyczącym zabiegu operacyjnego laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego”. Skutkiem błędnie wykonanej operacji

z 19 sierpnia 2015 r. jest trwale kalectwo dróg żółciowych, powodujące zmianę warunków anatomicznych, prawdopodobieństwo występowania w przyszłości kolejnych powikłań i infekcji, konieczność stosowania specjalistycznej diety. Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych uznała, że żółtaczką mechaniczną u pacjentki była skutkiem założenia klipsa na wspólny przewód wątrobowy. Zdarzenie to zostało zakwalifikowane jako działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną – błąd medyczny. W ramach powództwa cywilnego przed sądem I instancji pacjentka dochodziła zadośćuczynienia, odszkodowania oraz renty.

W trakcie procesu sąd powołał biegłego lekarza chirurga A., który odmiennie ocenił prawidłowość postępowania lekarzy. Sąd uznał, że ocena biegłego jest wiarygodna, spójna i logiczna, jednak w celu potwierdzenia okoliczności zdecydował się powołać drugiego lekarza biegłego B. Potwierdził on ustalenia biegłego A. odnośnie do prawidłowości leczenia powódki, uzasadniając, że ocena tego typu zabiegów jest trudna ze względu na różnice anatomiczne w budowie jamy brzusznej. Nie zawsze jest ona właściwa ze względu na długość przewodu pęcherzykowego, ruchomość pęcherzyka oraz zawartość zrostu łączącego pęcherzyk z otaczającymi tkankami. Sąd I instancji oddalił roszczenie, uznał bowiem, że nie została udowodniona wina lekarzy. Z opinii biegłych wynikało, że: *„mimo dołożenia należytej staranności, skutek w postaci pomylenia przewodu wątrobowego wspólnego i przewodu pęcherzykowego mógł się wydarzyć, a przyczyną tego są różnice anatomiczne u pacjentów. Nawet dokładając należytej staranności, lekarz operujący mógł popełnić taki błąd”*.

Pacjentka zdecydowała się złożyć apelację, zarzucając błędną wykładnię art. 430 k.c. (szkoda wyrządzona przez podwładnego) polegająca na nieuznaniu, że w omawianej sprawie doszło do niedołożenia należytej staranności, w wyniku czego doprowadzono do omyłkowego zaklipsowania przewodu wątrobowego zamiast pęcherzykowego. Pełnomocnik pacjentki szczególnie zarzucał nieodróżnienie pojęcia powikłania od pojęcia błędu w sztuce medycznej.

Sąd apelacyjny uznał, że sąd I instancji poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne, ale biegły wyciągnął z nich błędny wniosek prawny co do braku jakiegokolwiek winy personelu medycznego w uszkodzeniu przewodu wątrobowego. Sąd apelacyjny uznał, że nie budzi wątpliwości popełnienie przez lekarza operującego błędu lekarskiego w postaci zaklipsowania niewłaściwego przewodu. Zdefiniował też na podstawie ustawy różnicę między zdarzeniem medycznym a powikłaniem i uznał, że w tym przypadku doszło do zdarzenia medycznego. Zdaniem biegłych i sądu I instancji usprawiedliwienie dla działania lekarzy stanowiło utrudnienie spowodowane różnicą anatomiczną występującą u pacjentki. Jednak sąd II instancji podkreślił, że anomalia anatomiczne u powódki nie zostały stwierdzone w żadnej opinii, nie ma też o nich mowy w bogatej dokumentacji lekarskiej zgromadzonej w aktach. Sąd apelacyjny podzielił argumentację pacjentki, że sąd I instancji nie dokonał samodzielnej analizy przesłanek zaistnienia błędu medycznego warunkującego odpowiedzialność szpitala.

Opinia biegłego lekarza nie jest rozstrzygnięciem zagadnień prawnych, jedynie wyjaśnieniem specjalistycznych kwestii. Sąd apelacyjny podkreślił w uzasadnieniu, że operacja pacjentki była planowa, po wcześniejszym zdiagnozowaniu oraz dokonaniu wyboru odpowiedniej metody. Nie było konieczności przeprowadzenia operacji w trybie pilnym, gdy mógłby zostać wyznaczony do niej niedoświadczony lekarz, a zdarzenie miało charakter ratującego życie. Sąd zaznaczył, że od personelu medycznego należało wymagać wysokiej staranności. Pacjentka poddała się operacji ze wskazań medycznych, z których wynikało, że korzyści będą większe aniżeli ewentualny uszczerbek na zdrowiu, gdyby zabiegu nie wykonano. Należy zwrócić uwagę jak dużą odpowiedzialnością sąd obarczył lekarzy, uwzględniając profesjonalny charakter ich działalności.

Sąd apelacyjny wziął pod uwagę odwołanie i zasądził na rzecz pacjentki 78 tys. zł zadośćuczynienia. Odrzucił jednak roszczenie o wypłatę odszkodowania jako nieudowodnione oraz stwierdził brak podstaw prawnych do orzeczenia renty.

Pytanie redakcji: Co należy rozumieć jako zdarzenie medyczne?

Odpowiedź prawnika lekarza: Zdarzeniem medycznym w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta jest zaistniałe podczas udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie jego ciała lub rozstrój zdrowia albo śmierć, których z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę.

Pytanie redakcji: Jak w takim razie należy rozumieć powikłanie po operacji?

Odpowiedź prawnika lekarza: Powikłanie nie ma jednoznacznej definicji ustawowej. Z doktryny i orzecznictwa można wnioskować, że jest to skutek działania powstały mimo przestrzegania ustalonych standardów medycznych i procedur. Innymi słowy – atypowa reakcja organizmu pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych. W omawianym przypadku sąd przyjął, że powikłaniem nie jest dolegliwość będąca skutkiem nieprawidłowego działania personelu medycznego, lecz reakcja organizmu, która może wystąpić mimo prawidłowego postępowania personelu. Zatem co do zasady uszkodzenie innego niż operowany organu nie może być traktowane jak powikłanie. ●

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

PRAWNIK & LEKARZA

www.prawniklekarza.pl

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

WYROK TRYBUNAŁU SPRAWIEDLIWOŚCI UNII EUROPEJSKIEJ W SPRAWIE DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

26 października 2023 r. zapadł wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej* potwierdzający, że pacjent ma prawo uzyskać bezpłatnie pierwszą kopię swojej dokumentacji medycznej.

Podstawą wydania orzeczenia był przypadek pacjenta, który zwrócił się do swojej dentystki o wydanie kopii dokumentacji medycznej. Lekarka zażądała, aby pokrył koszty związane z dostarczeniem kopii dokumentu. Pacjent wniósł sprawę do właściwego dla stron sądu niemieckiego. Federalny trybunał sprawiedliwości skierował pytania prejudycjalne do Trybu-

nału Sprawiedliwości. W omawianym wyroku TS przypomniał, że rozporządzenie w sprawie RODO* ustanawia prawo pacjenta do uzyskania pierwszej kopii jego dokumentacji medycznej bez ponoszenia kosztów. Administrator może pobrać opłatę tylko wtedy, gdy pacjent uzyskał już bezpłatnie pierwszą kopię swoich danych i ponownie występuje z takim wnioskiem. Lekarz dentysta jest w tym przypadku administratorem danych osobowych pacjenta, a ten nie musi uzasadniać swego wniosku i ma prawo uzyskać pełną kopię dokumentów znajdujących się w jego dokumentacji medycznej. Prawo pacjenta obejmuje wszelkie dane z dokumentacji medycznej zawierającej informacje takie jak diagnoza, wyniki badań, oceny dokonywane przez lekarzy prowadzących, stosowane terapie i przeprowadzone zabiegi.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH W SPRAWIE NIEUBEZWŁASNOWOLNIONYCH PACJENTÓW W ZOL

RPO wystąpił do ministra zdrowia* z pytaniem dotyczącym pełnoletnich pacjentów nieubezwalnionych, niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody na umieszczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Zwrócił uwagę, że nie istnieje obecnie jednoznaczna, niebudząca wątpliwości podstawa prawna leczenia takich pacjentów na podstawie orzeczenia sądu. Prawa takich osób nie są wystarczająco chronione na gruncie ustawowym, co może skutkować nadużyciami w zakresie wolności osobistej. Rzecznik podkreślił, że nie można wykluczyć, iż w skrajnych przypadkach decyzja o umieszczeniu pacjenta w ZOL podjęta będzie z naruszeniem jego interesu, np. w celu uzyskania dostępu do jego mieszkania lub innych dóbr materialnych.

Rzecznik stwierdził też, że nie ma obecnie jasności, czy podstawą przyjęcia takiego pacjenta bez jego zgody powinna być ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry,* czy rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie kierowania pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.* W rezultacie sytuacja prawna tych osób jest niepewna, w szczególności z powodu braku jasności, czy umieszczenie ich w ZOL jest samo w sobie świadczeniem zdrowotnym, czy też sąd winien wyrazić zgodę na udzielenie poszczególnych świadczeń. Rzecznik zaapelował w związku z tym o uregulowanie omawianej kwestii, np. przez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu wyrażanej w trybie art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.*

W odpowiedzi udzielonej 26 października 2023 r. minister zdrowia* wskazał, że poruszony przez rzecznika problem jest znany i obecnie trwają intensywne prace pośrednio związane są z tym zagadnieniem.

RPO W SPRAWIE OPIEKI GINEKOLOGICZNEJ I POŁOŻNICZEJ DLA KOBIET Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

W wystąpieniu* z 19 września 2023 r. rzecznik praw obywatelskich zwrócił się do ministra zdrowia w sprawie indywidualnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami w zakresie korzystania z opieki medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki ginekologicznej i położniczej. Wskazał, że kobiety z niepełnosprawnościami jako pacjentki zauważają, że brakuje procedur, wytycznych i rekomendacji związanych z obsługą pacjentek z różnymi niepełnosprawnościami na każdym etapie wizyty, gwarantujących zapewnienie im niezbędnych racjonalnych usprawnień, likwidacji barier

i odpowiedniego postępowania medycznego. Istnieją poważne utrudnienia – zwłaszcza dla poruszających się na wózku. Według dostępnych analiz w Polsce tylko 122 gabinety wyposażone są w obniżony fotel ginekologiczny, a dziewięć w podnośnik służący do przesadzania na fotel. W świetle wniosków kierowanych do rzecznika do podstawowych trudności należy także sposób komunikacji personelu medycznego z pacjentkami z różnymi niepełnosprawnościami, m.in. ignorowanie pacjentek i prowadzenie rozmowy z tłumaczem, asystentem lub członkiem rodziny pacjenta głuchego, stereotypowe traktowanie i założenie, że kobiety z niepełnosprawnościami nie mogą lub nie powinny prowadzić aktywnego życia seksualnego, infantylizowanie pacjentek z niepełnosprawnościami i traktowanie ich niezgodnie z wiekiem biologicznym.

Rzecznik zwrócił przy tym uwagę, że usunięcie opisywanych problemów powinno polegać nie tylko na uruchomieniu środków służących poprawie sytuacji pacjentek, ale przede wszystkim na opracowaniu i wdrożeniu standardów wyposażenia w odpowiedni sprzęt gabinetów lekarskich oraz większych podmiotów leczniczych. Stworzenie wspomnianych standardów wymaga uwzględnienia dostępności rozumianej szeroko, a więc obejmującej zarówno bariery architektoniczne, informacyjno-komunikacyjne, sensoryczne, jak i cyfrowe, również z perspektywy kobiet oraz dziewcząt z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Tylko tak rozumiana dostępność jest zgodna z definicją zawartą w Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych.*

W odpowiedzi na wspomniane wystąpienie* minister zdrowia wskazał, że od 2019 r. realizowany jest projekt „Dostępność plus dla zdrowia”, w ramach którego szpitalom oraz placówkom podstawowej opieki zdrowotnej przyznawane są granty na poprawę ich dostępności dla osób z niepełnosprawnością. Rozwijana jest telemedycyna, która przyczynia się do ułatwienia osobom z niepełnosprawnościami korzystania z usług medycznych. Przy czym model telemedyczny w położnictwie służyć ma kompleksowemu telemonitoringowi w opie-

ce okołoporodowej. Środki na poprawę dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym gabinetów ginekologicznych, dla osób ze szczególnymi potrzebami przewidziane są w funduszach Unii Europejskiej na najbliższe lata.

RZECZNIK PRAW PACJENTA W SPRAWIE LECZENIA BORELIOZY

Rzecznik praw pacjenta poinformował* o wszczęciu 25 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, dotyczących zastosowania w leczeniu boreliozy wytycznych ILADS.* Szczególnie wielomiesięczna terapia antybiotykami, zdaniem rzecznika, narusza zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

W związku ze wspomnianymi postępowaniami rzecznik wystąpił do czterech konsultantów wojewódzkich w dziedzinie epidemiologii oraz chorób zakaźnych i uzyskał opinie, że leczenie według wytycznych ILADS jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, nie ma uzasadnienia medycznego, nie jest skuteczne, a wręcz przynosi znaczne szkody dla zdrowia pacjenta. W opiniach podkreślono, że leczenie według ILADS zostało opracowane na podstawie dowodów niemających wartości naukowej. Nie istnieją też wiarygodne dowody słuszności stosowania długotrwałej, przekraczającej 30 dni, antybiotykoterapii, które potwierdziłyby jej skuteczność.

* Źródła:



Rzecznik poinformował, że decyzje wydane w wspomnianych sprawach nakazują zaniechanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, a ponadto nadano im rygor natychmiastowej wykonalności. Nierespektowanie decyzji skutkować będzie nałożeniem kary pieniężnej do 500 tys. zł. ●



◇ 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

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

Vademecum lekarza przedsiębiorcy

W POPRZEDNIM NUMERZE „PULSU” ZAPOZNALIŚMY SIĘ Z PODSTAWOWYMI POJĘCIAMI, KTÓRE UŁATWIĄ ROZEZNANIE SIĘ W RODZAJACH OPODATKOWANIA. DZIŚ BLIŻEJ PRZYJRZYMY SIĘ KAŻDEMU Z NICH.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Tabela zawiera najważniejsze informacje dotyczące istniejących form opodatkowania (pochodzi ze strony biznes.gov.pl).

| | Zasady ogólne (skala podatkowa) | Podatek liniowy | Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych | Karta podatkowa |
|--|--|---|--|---|
| Kto może stosować zasady dotyczące działalności jednoosobowej | każda osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą | każda osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (z wyjątkiem przedsiębiorców świadczących usługi na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy) | każda osoba fizyczna uzyskująca przychód z pozarolniczej działalności gospodarczej (z wyjątkiem przedsiębiorców świadczących usługi na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy) | osoby fizyczne opodatkowane w formie karty podatkowej na dzień 31.12.2021 i stosujące tę formę w 2022 r. |
| Kto może stosować zasady dotyczące spółki | wspólnicy spółek: jawnej osób fizycznych lub jawnej, która wybrała jednokrotne opodatkowanie, partnerskiej, cywilnej | wspólnicy spółek: jawnej, osób fizycznych lub jawnej, która wybrała jednokrotne opodatkowanie, partnerskiej, cywilnej | wspólnicy spółki: jawnej i cywilnej, której wspólnikami są tylko osoby fizyczne | wspólnicy spółki cywilnej opodatkowani w formie karty podatkowej na dzień 31.12.2021 i stosujący tę formę w 2022 r. |
| Rodzaje działalności | każda działalność gospodarcza | każda działalność gospodarcza | każda działalność, z wyjątkiem wskazanych działalności, które nie mogą być opodatkowane ryczałtem | wskazane w katalogu działalności, które mogą być opodatkowane kartą podatkową |
| Limit dochodów | brak | brak | do 2 mln euro: – samodzielnie, – łącznie, w ramach spółki cywilnej lub spółki jawnej | brak |
| Rozliczenie uzyskania przychodu | tak | tak | nie | nie |

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|--|
| Co jest opodatkowane | dochód | dochód | przychód | podatek ustala naczelnik urzędu skarbowego |
| Stawka podatku | 12 proc. lub 32 proc. | 19 proc. | od 2 proc. do 17 proc. | wysokość podatku zależy m.in. od rodzaju działalności, miejsca jej wykonywania i liczby pracowników |
| Kto ustala podatek | podatnik | podatnik | podatnik | naczelnik urzędu skarbowego |
| Rozliczenie z innymi dochodami | tak | nie | nie | nie |
| Najważniejsze zalety | możliwość opodatkowania w jednym zeznaniu dochodów z różnych źródeł (ale nie wszystkich), wiele ulg podatkowych | stała stawka podatkowa – brak progresji | prosty sposób ustalenia podstawy opodatkowania – uproszczona ewidencja | z góry ustalona wartość podatku – brak księgowości |
| Najważniejsze wady | stawka 32 proc. po przekroczeniu 120 tys. dochodu | brak wielu ulg | nie można stosować tej formy w przypadku niektórych rodzajów działalności | forma opodatkowania wyłącznie dla przedsiębiorców korzystających z niej 31.12.2021 – brak możliwości wyboru karty od 2022 r. |

W kolejnym numerze omówimy kwestie, na które należy zwrócić uwagę, wybierając formę opodatkowania. A także opiszemy, jak zmienić jedną formę na inną. ●

KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ

Lekarzu, od grudnia możesz skorzystać z usług doradcy podatkowego w ramach opłaconej składki członkowskiej.

Zapisy już wkrótce na stronie: <https://izba-lekarska.pl>



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

Rozstrzygnięcie III Konkursu Fotograficznego OIL w Warszawie

30 PAŹDZIERNIKA 2023 R. DOKONANO ROZSTRZYgniĘCIA III KONKURSU FOTOGRAFICZNEGO DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW, KTÓREGO ORGANIZATOREM BYŁA KOMISJA DS. KULTURY ORL W WARSZAWIE.

tekst **BOŻENA HOFFMAN-GOLAŃSKA**

Na konkurs wpłynęły 64 zdjęcia o tematyce „Gra światła” i 67 – o tematyce dowolnej. Jury brało pod uwagę: kompozycję fotografii, przedstawienie tematu, wyrażone emocje, jakość obrazu.

W kategorii „Gra światła” przyznano nagrody (i szklane statuetki) następującym osobom:

I miejsce – Sławomir Kaczorowski
II miejsce – Adam Cukrowski
III miejsce – Rafał Ziółkowski

Wyróżnienia:

1. Adam Cukrowski
2. Jakub Steller
3. Monika Szymczakowska

W kategorii „Temat dowolny” przyznano nagrody (i szklane statuetki) następującym osobom:

I miejsce – Olga Żydecka
II miejsce – Jerzy Ratajski
III miejsce – Magdalena Dybowska

Wyróżnienia:

1. Michał Tyrajski
2. Olga Żydecka
3. Mirosław Żydecki

Statuetkę Grand Prix konkursu otrzymał Michał Tyrajski (za zdjęcie obok).

Uroczyste wręczenie nagród nastąpi podczas otwarcia Lekarskiej Wystawy Fotograficznej FotoMedica 2023, 3 grudnia 2023 r. o godz. 16.00, w Centrum Łowicka, przy ul. Łowickiej 21 w Warszawie.

W imieniu Komisji ds. Kultury serdecznie zapraszam laureatów i wszystkich sympatyków fotografii. ●



To już koniec sezonu

Dobiegł końca drugi sezon rozgrywek Lekarskiej Ligi Mistrzów OIL. W ostatniej kolejce niemal wszystkie mecze toczyły się o wysoką stawkę. W wielkim finale sezonu jesiennego Najlepsi byli lepsi i pokonali Dynamo Wołoską.



Fot. B. Borys

WYNIKI IX KOLEJKI

Pędzące Kochery – Iron Boyz 2:5, Medicine United – FC Stylus 4:0, FC Biały Kieł – Chłopcy do Bicia 4:9, Healers United – FC Mazovia Szpitale Marszałkowskie 5:3, Najlepsi – Dynamo Wołoska 7:2

KOŃCOWA KLASYFIKACJA

| | ZESPÓŁ | M | W | R | P | B.Z. | B.S. | R.B. | PKT. |
|----|------------------|---|---|---|---|------|------|------|------|
| 1 | Najlepsi | 9 | 8 | 0 | 1 | 71 | 17 | 54 | 24 |
| 2 | Dynamo Wołoska | 9 | 8 | 0 | 1 | 69 | 17 | 52 | 24 |
| 3 | Medicine United | 9 | 6 | 0 | 3 | 33 | 19 | 14 | 18 |
| 4 | Chłopcy do Bicia | 9 | 5 | 1 | 3 | 42 | 34 | 8 | 16 |
| 5 | Healers United | 9 | 4 | 1 | 4 | 31 | 36 | -5 | 13 |
| 6 | FC Mazovia | 9 | 4 | 0 | 5 | 44 | 51 | -7 | 12 |
| 7 | FC Biały Kieł | 9 | 3 | 0 | 6 | 24 | 58 | -34 | 9 |
| 8 | FC Stylus | 9 | 3 | 0 | 6 | 29 | 48 | -19 | 9 |
| 9 | Iron Boyz | 9 | 2 | 0 | 7 | 20 | 51 | -31 | 6 |
| 10 | Pędzące Kochery | 9 | 1 | 0 | 8 | 16 | 48 | -32 | 3 |



Bank Spółdzielczy
w Ostrowi Mazowieckiej Grupa BPS



ALAB sport

drEryk*

Światowy Dzień Seniora

14 LISTOPADA Z OKAZJI ŚWIATOWEGO DNIA SENIORA PRZEDSTAWICIELE NASZEJ IZBY ODWIEDZILI MIESZKAŃCÓW DOMU LEKARZA SENIORA, BY POROZMAWIAĆ I WRĘCZYĆ DROBNE UPOMINKI.



Dzień później w Domu Literatury w Warszawie licznie przybyli lekarze seniorzy spędzili wieczór, słuchając muzyki operowej podczas koncertu „Miłość ma imię walc”. Gospodynią spotkania była Wanda Bargiełowska-Bargeyło. Występ Anny Kutkowskiej-Kass (sopran koloraturowy), Rafała Bartmińskiego (tenor) i Ryszarda Morka (bas) z akompaniamentem fortepianowym Ewy Pelweckiej spotkał się z niezwykle gorącym przyjęciem. ●



Fotografie: P. Kończyk



WIGILIA SENIORÓW

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie serdecznie zaprasza Lekarzy Seniorów na uroczyste spotkanie świąteczne.

Odbędzie się ono w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54, w poniedziałek 18 grudnia, o godz. 14.00.

Zapisy przyjmujemy do 6 grudnia.
Kontakt: Renata Sobolewska, tel. 22 54 28 330.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza



Giotta di Bondone

Szanowni i Drodzy Państwo,

przybliży się ten szczególny wieczór, który rozbłyśnie światłem gwiazdy betlejemskiej. To Światło rozjaśnia ciemności nie tylko nocnego nieba, ale również mroczne ziemskie zaułki budzące w nas lęk, a czasem przerażenie.

Życzę nam wszystkim, abyśmy sprościli otworzyć nasze serca na promienie tego Światła, które daje ukojenie oraz rodzi w nas Wiarę, Nadzieję i Miłość.

Dla wielu z nas to Światło wskazuje na Chrystusa Pana, który rodząc się wśród nas, obdarza wszystkich Pokojem dającym życie. Życzę zatem, abyśmy odrodzili się, przyjmując Pokój płynący z betlejemskiej stajenki.

W imieniu J.E. Kardynała Kazimierza Nycza oraz własnym zapraszam na tradycyjne Spotkanie Opłatkowe Środowisk Medycznych, które odbędzie się 24 stycznia, o godz. 18.00, w Sali Konferencyjnej Domu Arcybiskupów Warszawskich przy ul. Miodowej nr 17/19 w Warszawie.

Ks. Władysław Duda,
duszpasterz środowisk medycznych
Archidiecezji Warszawskiej



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

Dr. Wiesława Marszał

specjalisty chorób wewnętrznych,
medycyny rodzinnej oraz ratunkowej,
Człowieka niezwykle pracowitego
i zaangażowanego w pomoc pacjentom.

Od 2022 r. był członkiem
Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie.
Tracimy wspaniałego Kolegę, samorządowca.

Rodzinie, Bliskim i Przyjaciołom
wraży głębokiego współczucia składają
Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie,
Roman Jasiński, przewodniczący
Okręgowego Sądu Lekarskiego, z zespołem,
Krzysztof Jankowski, okręgowy rzecznik
odpowiedzialności zawodowej, z zespołem,
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.



Wiesław Marszał
(1963–2023)

27 października 2023 r. odszedł od nas
Wiesław Marszał, specjalista chorób
wewnętrznych, medycyny rodzinnej
oraz ratunkowej.

Pełnił funkcję dyrektora Szpitala Grochowskiego i Szpitala MSWiA, był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny ratunkowej na Mazowszu, zastępcą dyrektora Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, członkiem Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, kierownikiem SOR. Od 2022 r. pełnił funkcję sędziego Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie.

Jego odejście jest dla każdego z nas ogromną stratą. Był nie tylko bardzo dobrym lekarzem, ale przed wszystkim wspaniałym Kolegą i Przyjacielem. W życiu kierował się uczciwością.

Był ambitny, a przy tym pomocny i otwarty na innych ludzi. Nigdy nie odmówił pomocy, a wręcz przeciwnie – zazwyczaj sam ją proponował.

Spółeczność lekarska straciła wspaniałego lekarza, a my przyjaciela. Odszedł zdecydowanie na wcześnie, tak niespodziewanie, w wieku 59 lat.

Nie jest mi łatwo wypowiadać te słowa, wszak znaleźmy się ponad 30 lat. Spotkaliśmy się na początku naszej pracy zawodowej jako młodzi lekarze w Szpitalu Wolskim. Po kilku latach każdy z nas wybrał inną drogę zawodową, ale pozostały kontakty koleżeńskie i świadomość, że zawsze mogą liczyć na Jego pomoc. Nasze drogi ponownie się zeszły w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Warszawie, którego członkiem został wybrany na obecną kadencję. Z racji swojego doświadczenia z Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych od razu dał się poznać jako kompetentny sędzia. Z pewnością dobrze będą Go wspominać również Jego współpracownicy z SOR i zespołów ratownictwa medycznego. Wszak praca była Jego pasją i drugim domem, oddał jej ponad 30 lat życia.

Odszedł od nas wspaniały Człowiek, który żył, dzieląc się dobrem. Niezwykle pracowity i zaangażowany w pomoc pacjentom i środowisku lekarskiemu. O tym, jak bardzo był szanowany i lubiany, świadczą tłumy ludzi, którzy przyszli Go pożegnać.

Roman Jasiński,
przewodniczący OSŁ w Warszawie,
członkowie i pracownicy OSŁ OIL w Warszawie



Z głębokim smutkiem żegnamy

Krystynę Marię Michałowicz-Cerańską

lekarza anestezjologa, specjalistkę intensywnej terapii.
Łączymy się w bólu
i składamy najszczerze wyrazy współczucia
Absolwenci Akademii Medycznej w Warszawie
rocznika 1962



„*Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą*”
(ks. Jan Twardowski)

Dr Małgorzacie Socik-Pojawie
wraży głębokiego współczucia
oraz słowa otuchy i wsparcia z powodu śmierci

Meża

składają współpracownicy
z Zespołu Poradni Narodowego Instytutu Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie.



Mieczysław Szalecki (1954–2023)

5 listopada 2023 r. z głębokim żalem pożegnaliśmy prof. dr. hab. n. med. Mieczysława Szaleckiego, wybitnego specjalistę w dziedzinie pediatrii, endokrynologii oraz endokrynologii i diabetologii dziecięcej, cenionego wykładowcę akademickiego i nauczyciela wielu pokoleń lekarzy.

Urodził się 25 kwietnia 1954 r. w Kielcach. Studia lekarskie ukończył w 1979 na Akademii Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Krakowie. I stopień specjalizacji z pediatrii uzyskał w roku 1983, drugi w 1989. Był zaangażowanym pracownikiem naukowym, w 1991 r. otrzymał stopień naukowy doktora na podstawie rozprawy „Wole z niedoboru jodu u dzieci szkolnych w regionie świętokrzyskim”.

W 1979 r. związał się z Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym w Kielcach. Pełnił w nim m.in. funkcje: ordynatora Oddziału Obserwacyjno-Diagnostycznego (1992–1999), a następnie Oddziału Endokrynologiczno-Diabetologicznego. W 1992 r. został dyrektorem Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach do spraw leczenia. Kolejno uzyskał tytuły specjalisty z zakresu endokrynologii oraz endokrynologii i diabetologii dziecięcej. Ponadto był związany z Wydziałem Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, gdzie objął stanowisko profesora nadzwyczajnego i kierował Zakładem Pediatrii, Pielęgniarstwa Pediatrycznego i Społecznego.

Należał do założycieli Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, w którym był wieloletnim przewodniczącym Komisji Rewizyjnej.

W 2000 r. został zastępcą przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu oraz konsultantem w Klinice Endokrynologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”. Na podstawie pracy „Zaburzenia osi hormonu wzrostu i stężenie wybranych adipocytokin u dzieci z cukrzycą typu 1. Próba oceny wpływu stosowanej metody leczenia” uzyskał w 2009 r. tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych. W 2011 r. objął kierownictwo Kliniki Endokrynologii i Diabetologii IP-CZD. W latach 2014–2022 pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego w zakresie endokrynologii i diabetologii dziecięcej.

Nominację profesorską odebrał z rąk prezydenta Andrzeja Dudy 28 listopada 2019 r. Powtarzał jednak, że „*tytuł profesorski jest ważny, ale najbardziej liczy się praca i leczenie małych pacjentów*”.

W naszej pamięci i sercach Pan Profesor pozostanie jako niezwykle mądry, pełen życzliwości i troski o pacjentów i współpracowników Człowiek. Ciekawy świata, służący doświadczeniem miłośnik podróży.

Rodzinie i Bliskim Pana Profesora składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Współpracownicy z Kliniki Endokrynologii i Diabetologii IP-CZD.



**Doktorowi
Włodzimierzowi Cerańskiemu**
najgłębsze wyrazy współczucia i otuchy
z powodu śmierci
Żony

**dr Krystyny
Michałowicz-Cerańskiej**

specjalistki anestezjologii
i intensywnej terapii

składają
Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie,
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie
oraz pracownicy
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie.



Drogiemu Koledze
**Doktorowi
Krzysztofowi Gawrychowskiemu**
wyrazy współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają lekarze orzecznicy
i pracownicy
Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego
i Prewencji II Oddziału ZUS
w Warszawie.



Pani Doktor
Annie Sobańskiej
wyrazy szczerego żalu
i głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Męża

składają pracownicy
Oddziału Neurologii MSSW w Warszawie.



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

31 grudnia 2023 r.



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

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

31 grudnia 2023 r.

DRUK RECEPT

Recepty *pro auctore* i *pro familia* dla lekarzy seniorów drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, **WYŁĄCZNIE** W KAŻDĄ ŚRODĘ W GODZ. 12.00–15.00.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza



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. Raszewska 54.

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.



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 NACZELNA: Kamila Hoszcz-Komar – k.hoszcz@oilwaw.org.pl

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

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

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Renata Jeziótkowska, Paweł Kowal, Maria Libura, Mikołaj Małecki, Filip Niemczyk, Artur Olesch, Olga Rostkowska, Sebastian Sikorski, 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.

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



Z ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci

lek.

Danieli Machnickiej-Bacciarelli

specjalisty organizacji ochrony zdrowia II st.,
przez wiele lat związanej
z samorządem lekarskim,
delegatki na Okręgowy Zjazd Lekarski
IV, V i VI kadencji,
a także przewodniczącej
Komisji ds. Emerytów w IV i V kadencji.

W 2008 r. została uhonorowana
przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie
odznaczeniem „Laudabilis”.

Wyrazy współczucia Rodzinie i Bliskim
składa

Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie,
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.



Z wielkim żalem
żegnamy

prof. dr hab. n. med.

Janinę Stopę

wieloletniego kierownika
Zakładu Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu,
byłego krajowego konsultanta
w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją
oraz przewodniczącą
Państwowej Komisji Egzaminacyjnej
w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie i Bliskim
składa

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek,
konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii
zachowawczej z endodoncją,
wraz z zespołem konsultantów wojewódzkich.



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.

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 Moczyłowska 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

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

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
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22-542-83-33
DZIAŁ MEDIÓW I STRATEGII KOMUNIKACJI tel. 22-542-83-83
PO. RZECZNIK PRASOWA Kamila Hoszcz-Komar tel. 606-672-409 | k.hoszcz@oilwaw.org.pl
MARKETING I REKLAMA tel. 22-542-83-53 | 668-373-100 | 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
NIP 522-00-02-357





EMKA[®] 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**

www.emka.com.pl