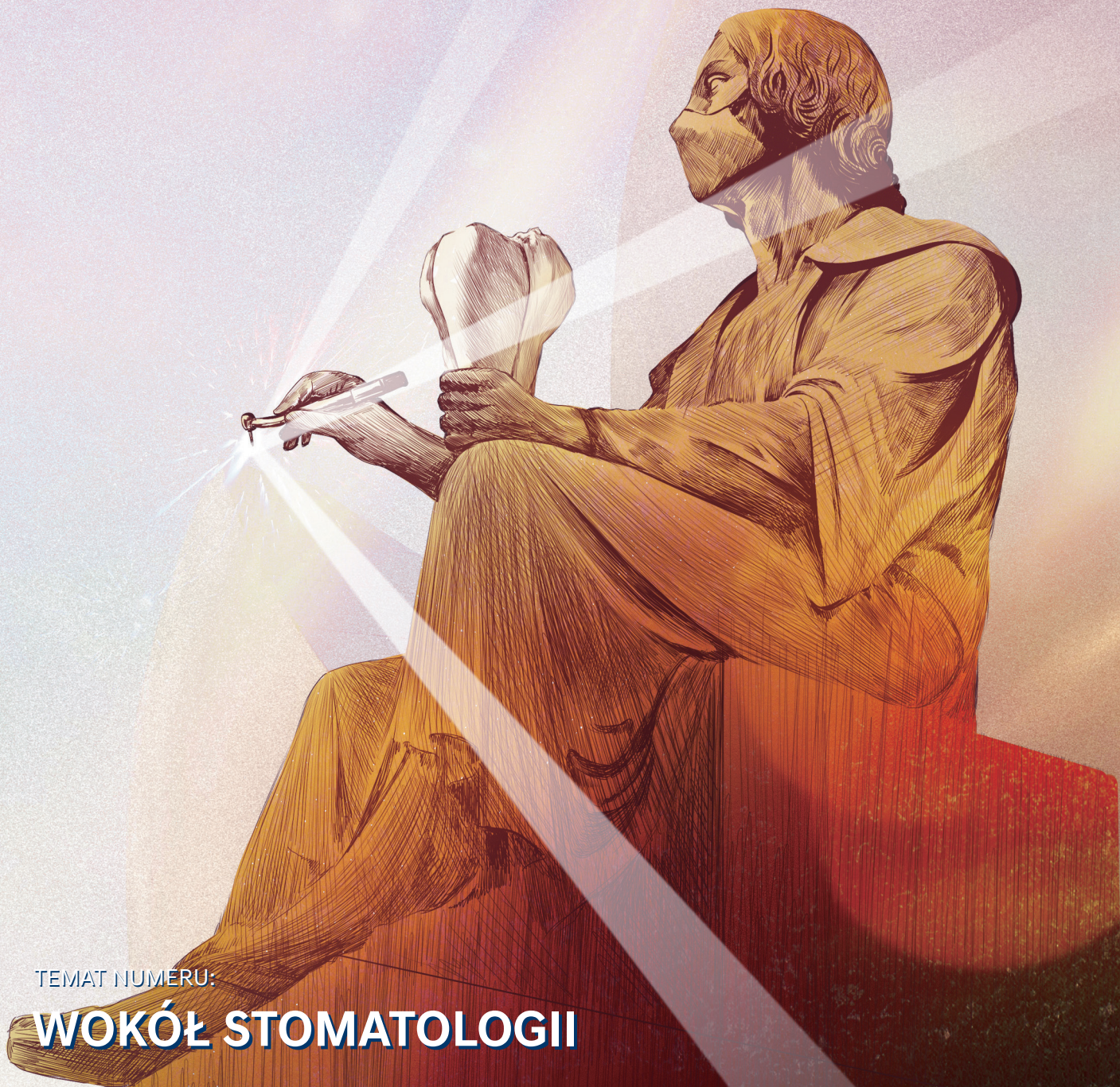


ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

MARZEC 2024 (nr 347)



TEMAT NUMERU:

WOKÓŁ STOMATOLOGII

- » Ból zęba i portfela
- » Między obietnicą a realizacją
- » Naszą metodą operują w Bazylei
- » Depresja – rodzaj myślenia
- » Lekarz celebryta na manowcach
- » Zasady stwierdzania zgonów

PLATFORMA EDUKACYJNA

Oral-B



Dołącz do oralbprofessional.pl

Zarejestruj się i obejrzyj darmowe webinary, m.in.:

Bonding czy licówki porcelanowe?

Dr n. med. Maciej Żarow

Funkcjonalno-estetyczne rekonstrukcje zębów

Dr n. med. Marcin Aluchna

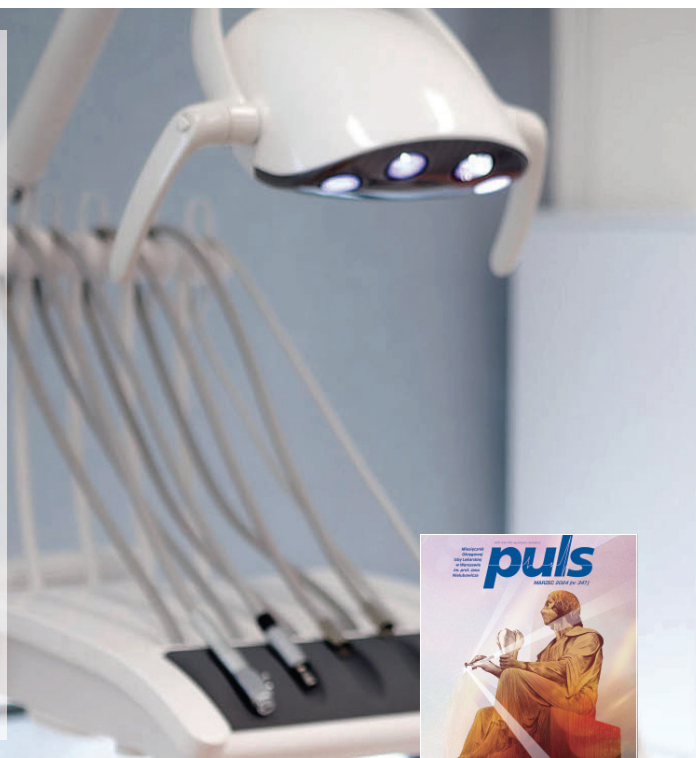
Zeskanuj, aby
przejsć do strony



TEMAT NUMERU:

Wokół stomatologii

- 4** **Nareszcie stomatologia!**
Dariusz Paluszek
- 6** **Naszą metodą operują w Bazylei**
rozmowa
z Andrzejem Brudnickim
- 10** **Przychodzi dentysta
do fizjoterapeuty...**
rozmowa z Andrzejem Czamarą
- 14** **Między obietnicą a realizacją**
Małgorzata Solecka
- 16** **Przyszłość ortodontcji**
rozmowa z Ewą Czochrowską
- 18** **Ból zęba i portfela**
Maria Libura



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 2** **Proszę przygotować szczoteczki**
Kamila Hoszcz-Komar
- 3** **Neuroseksizm**
Piotr Pawliszak

ZDROWIE LEKARZY

- 20** **Chodzenie na złamanej nodze**
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz

PSYCHIATRIA

- 22** **Depresja – rodzaj myślenia**
Łukasz Świącicki

STYL ŻYCIA

- 23** **Suplementy poza apteką...**
Olga Rostkowska

WIZERUNEK LEKARZY

- 26** **Lekarz celebryta na manowcach**
Hanna Odziemska

RYNEK PRACY

- 28** **Więcej nie znaczy lepiej**
Paweł Walewski

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 32** **Kara finansowa nakładana
według uznania**
Monika Potocka

PRAWO

- 34** **Vademecum lekarza przedsiębiorcy**
Kamila Hoszcz-Komar
- 36** **Aktualności prawnomedyczne**
Filip Niemczyk
- 38** **Analiza przypadku**
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
Aleksandra Powierża
- 40** **Zasady stwierdzania zgonów**
Sebastian Sikorski

NA PRZESTRZENI LAT

- 44** **Poczet lekarzy siedleckich – cz. II**
Witold Okniński

LEKARZE Z PASJĄ

- 48** **Sztuka i medycyna**
Anetta Chęcińska

Proszę przygotować szczoteczki

SZKOLNA FLUORYZACJA TO JEDYNA PRZERWA W LEKCJACH, NA KTÓRĄ NIKT NIE MIAŁ OCHOTY WYJŚĆ. WIZYTA U DENTYSTY NIGDY NIE KOJARZYŁA SIĘ Z CZYMŚ PRZYJEMNYM. NAWET JEŚLI DZIECKO RADZIŁO SOBIE ZE STRESEM I BÓLEM PODCZAS BOROWANIA. JEDNAK DZIECI TO DZIECI, MOŻNA ZROZUMIEĆ. ALE TEN STRACH I STRES PRZED WIZYTĄ W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM DOTYCZY TAKŻE DOROSŁYCH. U NIEKTÓRYCH PANICZNY. CZĘŚĆ UCIEKA SIĘ DO TZW. NATURALNYCH METOD LECZENIA BÓLU ZĘBA, CO CZĘSTO KOŃCZY SIĘ JEGO USUNIĘCIEM. I POGŁĘBIENIEM TRAUMY, BO Z TYM BÓLEM TRZEBA BYŁO FUNKCJONOWAĆ, A POTEM I TAK STRACIĆ ZĄB.

KAMILA HOSZCZ-KOMAR, p.o. redaktor naczelna



Fot. K. Bortyzel

Czy mamy szansę na odczarowanie wizyty u dentysty oraz poprawę profilaktyki wśród dzieci i dorosłych? Marcowy numer „Pulsu” poświęciliśmy sprawom lekarzy dentystów. Przygotowaliśmy artykuły poruszające problemy systemowe, trudne tematy, np. opisane w tekście Marii Libury „Ból zęba i portfela, czyli dlaczego Polacy unikają dentysty”. Czy i jakie perspektywy poprawy stanu uzębienia Polaków daje nam nowy rząd rozważa Małgorzata Solecka („Między obietnicą a realizacją”). O działaniach Komisji ds. Lekarzy Dentystów opowiada wiceprezes ORL Dariusz Paluszek w felietonie „Nareszcie stomatologia!”. Tym razem przygotowaliśmy dla Państwa trzy niezwykle ciekawe wywiady. Pierwszy to rozmowa Anetty Chęcińskiej z dr. hab. n. med. Andrzejem Brudnickim, chirurgiem szczękowo-twarzowym, pt. „Naszą metodą operują w Bazylei”. O problemach z kręgosłupem lekarzy dentystów mówi prof. Andrzej Czamara w wywiadzie „Przychodzi dentysta do

fizjoterapeuty...”, a o perspektywy i rozwój ortodontcji Małgorzata Hnat pyta dr hab. n. med. Ewę Czochrowską („Przyszłość ortodontcji”). Na deser sylwetka Stefana Welbela, emerytowanego lekarza, autora dwóch książek dla dzieci „Doktor Zdrówko”. Książki wydano dzięki staraniom Komisji ds. Kultury ORL. Najnowsza część przygód Doktora Zdrówko trafi – podobnie jak pierwsza – do rąk dzieci przebywających na szpitalnych oddziałach. O kłopotach z wizerunkiem lekarza pisze Hanna Odziemska w tekście „Lekarz celebryta na manowcach”. Na łamach „Pulsu” debiutuje prof. dr hab. Łukasz Świącicki z felietonem „Depresja – rodzaj myślenia”. Paweł Walewski w swoim artykule zajmuje się nadprodukcją lekarzy, a mecenas Sebastian Sikorski opisuje aktualne „Zasady stwierdzania zgonów”. Dla miłośników historii publikujemy drugą część tekstu „Poczet lekarzy siedleckich”.

Życzę Państwu przyjemnej lektury. ●



ROZPOCZĘŁY SIĘ ZAPISY NA
VIII MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE
 14-16 CZERWCA 2024
mss.izba-lekarska.pl





Fot. M. Najdzik

Neuroseksizm

PIOTR PAWLISZAK, prezes ORL w Warszawie

W ZWIĄZKU ZE ZBLIŻAJĄCYM SIĘ 8 MARCA POWRÓCIŁEM MYŚLAMI DO II KONGRESU MATEK LEKAREK ZORGANIZOWANEGO PRZEZ NASZĄ IZBĘ W PAŹDZIERNIKU 2023 R.

Przygotowując swoje wystąpienie, poszukiwałem neuronaukowego kontekstu dla różnic między płciami. Po pierwsze dlatego, że kilkanaście lat temu rozbaławił mnie do łez skecz Marka Gungora („A tale of two brains”, 2008). Po drugie, hasłowo pamiętałem ze studiów informację, że mózgi mężczyzn są średnio o 10 proc. większe niż kobiet, ale mózgi kobiet zawierają 10 razy więcej synaps. Poszukując opracowań naukowych na ten temat, dowiedziałem się, że jestem... neuroseksistą. Może nie do końca, bo moją intencją było znalezienie nieoczywistych różnic opisanych w nauce, a nie udowodnienie jakiegokolwiek tezy – ot, naukowa ciekawość. W „Stu latach samotności” Gabriel Garcia Marquez napisał: „mężczyźni pchają świat do przodu, ale to kobiety trzymają go, żeby się nie rozpadł” – jakkolwiek musimy nałożyć tu dwa filtry: rok wydania 1962 oraz latynoamerykańską historię rebelii i wojen domowych. Generalizując, kobiety wykazują więcej rozważań, a Internet zalany jest filmikami przedstawiającymi ekwilibrystyczne wyczyny mężczyzn i spektakularne upadki, często opisane hasłem „dlaczego mężczyźni żyją krócej?”.

Różnice jednak występują na kilku poziomach mających odzwierciedlenie w praktyce medycznej. Publikacje pokazują, że pacjent wjeżdżający na SOR z bólem w klatce piersiowej ma większe szanse na przeżycie, jeśli jest mężczyzną. Kobiety zgłaszające przewlekły ból częściej będą leczone anksjolitykami lub antydepresantami niż zgodnie z drabiną analgetyczną WHO. Kobiety rzadziej są kierowane na badania dodatkowe, a ich dolegliwości częściej mają łatkę „emocjonalnych”. W badaniu wykonanym na zlecenie American Heart Association i NIH stwierdzono, że w przypadku zatrzymania krążenia w miejscu publicznym pomoc zostanie udzielona 39 proc. kobiet i 45 proc. mężczyzn, a w przypadku podjęcia RKO mężczyźni mają o 23 proc. wyższe szanse na przeżycie. W 2016 r. badacze z University College London dowiedli, że kobiety z otępieniem otrzymują gorszą opiekę medyczną niż mężczyźni.

To wszystko z pozoru tylko mówi o pacjentach, więcej mówi o nas, medykach. Pewne różnice w zakresie funkcjonowania zawodowego (i okołozawodowego) doczekały się badań i publikacji. Najciekawsze są cztery artykuły z „JAMA” (Cozens 2008, Tsugawa i wsp. 2016, Wallis i wsp. 2023, Blohm i wsp. 2024). Wynika z nich, że kobiety lekarze realizują mniej konsultacji w ciągu roku, ale spędzają więcej czasu z każdym pacjentem, prowadzą rozmowy nakierowane na emocje, są lepiej zorientowane psychospołecznie, pacjenci chętniej z nimi rozmawiają (tj. sami więcej mówią). Dużo rzadziej zgłaszane są sprawy dyscyplinarne dotyczące kobiet, co najprawdopodobniej wiąże się z jakością komunikacji. Kobiety częściej trzymają się

standardów klinicznych zarówno w dziedzinach zachowawczych (choć tu różnice są niewielkie 1–2 proc.), jak i zabiegowych. Efekty leczenia (oceniane po 30/90 dniach i 1 roku) są lepsze w przypadku sprawowania opieki przez lekarzy. Analizie poddano dane około 1 mln pacjentów w Szwecji i Kanadzie. Częstość występowania powikłań pooperacyjnych kształtowała się na poziomie 21 proc. – gdy operatorem była kobieta, i około 25 proc. – gdy operatorem był mężczyzna. Również ryzyko zgonu po roku od zabiegu było o ponad 20 proc. wyższe, gdy operował mężczyzna. Sądzę, że na wyniki te składa się wiele zmiennych, m.in. dostępność niektórych specjalizacji czy rodzajów procedur, ale niewątpliwie skłaniają do refleksji nad wciąż niestety żywym stereotypem dotyczącym kobiet chirurgów, bo płeć nie jest właściwym atrybutem w ocenie kompetencji czy predyspozycji.

Spośród aspektów okołozawodowych zwracam uwagę na dwa: wynagrodzenia i... samobójstwa. Według danych Polskiego Instytutu Ekonomicznego za rok 2019 mediana przychodu lekarzek wynosiła 13,9 tys. zł, a lekarzy 21,2 tys. zł. Różnica jest znacząca i istotnie odbiega od średniej różnicy płac zależnej od płci (*gender pay gap*), która zgodnie z danymi OECD za 2020 r. wynosiła w Polsce 8,7 proc. Tu również występuje wiele zmiennych, przede wszystkim liczba godzin pracy. Z kolei według publikacji z „BMJ” wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z 2,5–4 razy większym ryzykiem popełnienia samobójstwa niż w populacji ogólnej. Ryzyko to jest większe dla kobiet.

Kompetencje nie mają płci. Ludzie różnią się, a płeć jest jedną z takich różnic. Różnice sprzyjają rozwojowi. I to ich największa zaleta, którą możemy wykorzystać wedle własnego uznania. Ale tylko jeden sposób wydaje się właściwy, ten pozytywny: pielęgnowanie zalet i motywacja do doskonalenia. ●

Nareszcie stomatologia!



LEKARZE DENTYŚCI STANOWĄ 22–23 PROC. WSZYSTKICH CZŁONKÓW NASZEJ IZBY, DLATEGO Z OGROMNĄ PRZYJEMNOŚCIĄ PRZYJĄŁEM, JAKO WICEPREZES OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ DS. LEKARZY DENTYSTÓW, INICJATYWĘ POŚWIĘCENIA MARCOWEGO NUMERU MIESIĘCZNIKA „PULS” STOMATOLOGII.

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



Fot. K. Bartyzel

Cieszę się, że problemy lekarzy dentyistów, dotąd marginalizowane, udało nam się na tyle wyraźnie wyartykułować (czy może „wywrzeć presję”), że zostały zauważone przez lekarzy innych specjalności.

Wykazujemy dużą aktywność w rozwikływaniu spraw związanych np. z nieuczciwą konkurencją, zatrudnianiem lekarzy bez uprawnień spoza Unii Europejskiej, wykonywaniem procedur medycznych przez osoby nieposiadające wykształcenia medycznego (higienistki, kosmetyczki, fryzjerki *etc.*). Walczyliśmy o przyznanie nowych kompetencji lekarzom dentyistom (np. psychoterapeuty), a także o stworzenie nowej specjalizacji z radiologii dla lekarzy dentyistów. Są to sztandarowe hasła naszych ostatnich dwóch kadencji.

Dbamy o szeroką ofertę specjalistycznych szkoleń dla lekarzy dentyistów we współpracy z towarzystwami naukowymi. W tym roku stawiamy na gerostomatologię, czyli pracę z pacjentami starszymi, obciążonymi wieloma chorobami, oraz kursy związane z periodontologią – chirurgią stomatologiczną, ale tą delikatną, dziąsłową. Rozpoczęliśmy próby przybliżenia lekarzom ogólnym implantoprotektyki i implantologii na razie w zakresie wiedzy podstawowej, którą jednak lekarz niewykonyjący zabiegów implantoprotetycznych powinien mieć. Musi wiedzieć, do kogo odesłać, jak przyjąć takiego pacjenta, jak się nim zaopiekować. Leczenie implantologiczne staje się przecież standardem. Lista szkoleń zamieszczona została na stronie naszej izby, więc gorąco zachęcam wszystkich lekarzy dentyistów do zapoznania się z nią. Po pandemii reaktywowaliśmy z sukcesem Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne – największą samorządową konferencję naukową, podczas której najznamienitsze krajowe autorytety w dziedzinie stomatologii przekazują ogromną wiedzę.

Staramy się pomóc lekarzom dentyistom, którzy prowadzą działalność w małych gabinetach i najbardziej potrzebują wsparcia. Cieszę się, że lekarze ogólni zauważyli znaczenie

stomatologii i wreszcie, po raz pierwszy, „Puls” jest poświęcony tak szeroko naszej dziedzinie. Mam nadzieję, że Rada Programowa biuletynu oraz Okręgowa Rada Lekarska przyjmą tradycję, że jeden numer w roku będzie poświęcony sprawom lekarzy dentyistów, co ma miejsce dziś, dzięki dużemu zaangażowaniu redakcji naszego izbowego pisma.

Wszystkie działania, które podejmujemy, świadczą o dostrzeganiu przez izbę problemów naszego środowiska. Staramy się też lobbować w ministerstwie w sprawach związanych ze stomatologią. Jest to zadanie wyjątkowo trudne. Zmiana rządu nie przyczyniła się do zwiększenia wydatków na stomatologię w ramach NFZ. Boję się, że będzie wręcz przeciwnie. Musimy być przygotowani na taką ewentualność. Nie ma zapowiedzi rozwoju stomatologii w ramach finansowania NFZ. I nie pojawią się na pewno w najbliższych latach. Utrzymanie tego, co jest, będzie już sukcesem. Nasze placówki muszą funkcjonować na rynku komercyjnym. W związku z tym nowe działania komisji mają bardzo duże znaczenie. Od siedmiu lat apelujemy o stworzenie mapy rozmieszczenia gabinetów stomatologicznych. Wyjęcie poza rejestr i nadzór prowadzony przez okręgowe izby lekarskie placówek stomatologicznych, zakładanych przez osoby niebędące lekarzami, uniemożliwia określenie, jaka liczba placówek funkcjonuje np. na jednej ulicy w dużym mieście. Wiedza o rozmieszczeniu placówek pozwoliłaby m.in. zapobiegać istnieniu dwóch gabinetów w odległości 30 m od siebie, dzięki określeniu wysycenia danego rejonu usługami stomatologicznymi. Ponadto nadzór okręgowych izb nad placówkami byłby kolejnym krokiem w zwalczaniu nieuczciwej konkurencji przez kontrolę osób tam zatrudnianych. Rejonizacja usług stomatologicznych w krajach Europy Zachodniej jest wzorem wartym zaszczepienia na polskim gruncie. ●

Moda na „Mazowieckie”

tekst **MAŁGORZATA HNAT**

MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE MAJĄ STAĆ SIĘ NAJWAŻNIEJSZĄ I OBOWIĄZKOWĄ POZYCJĄ W TERMINARZU KAŻDEGO STUDENTA KIERUNKÓW STOMATOLOGICZNYCH, STAŻYSTY, LEKARZA DENTYSTY, NAUKOWCA – MÓWI DARIUSZ PALUSZEK, WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW. OTO, JAK ZAPOWIADAJĄ SIĘ TEGOROCZNE, ÓSME JUŻ MSS.

W tym roku na Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych będzie nas jeszcze więcej. Spotykają się największe, najbardziej uznane autorytety we wszystkich dziedzinach stomatologii. Na blisko 30 wykładach w ciągu dwóch dni przekażemy Państwu ogromną wiedzę, będzie też okazja do dyskusji podczas debat i spotkań kularowych z członkami NFZ, przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, prezesami towarzystw naukowych, wykładowcami akademickimi z całej Polski, konsultantami wojewódzkimi i krajowymi, przedstawicielami największych firm w branży stomatologicznej. Wizytówką MSS są integracja, nauka, ale i wspólnie spędzony w przyjemnej atmosferze czas oraz szansa poszerzenia kontaktów biznesowych, zawodowych. Na „Mazowieckie” panuje moda i my ją promujemy – tak rekomenduje cykliczną konferencję, jedną z największych w kraju, wiceprezes Dariusz Paluszek.

Cel tegorocznych MSS to zachęcenie do udziału młodych lekarzy dentystów, stażystów, studentów stomatologii, dlatego samorząd dofinansowuje bilety wstępu na MSS członkom OIL w Warszawie.

Konferencję poprowadzą najwybitniejsi prelegenci w Polsce. Przede wszystkim zostaną przekazane przez konsultantów krajowych aktualne protokoły i standardy leczenia schorzeń stomatologicznych.

Uczestnictwo w nadchodzących VIII MSS daje lekarzom dentystom możliwość zdobycia 25 pkt. edukacyjnych z obowiązujących 200 w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego.

Organizatorami są: OIL w Warszawie wraz z Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny WUM.

Prezes ORL w Warszawie Piotr Pawliszak podkreśla, że nieoceniona jest dla MSS współpraca samorządu lekarskiego ze środowiskami naukowymi: – *Rolą samorządu lekarskiego jest współpraca ze wszystkimi środowiskami naukowymi i akademickimi, które wyrażają taką wolę. WUM jest bardzo cennym i renomowanym partnerem zapewniającym profesjonalną organizację imprezy i doskonałą kadrę.* ●



VIII MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE ODBĘDĄ SIĘ 14–16 CZERWCA W SEROCKU, W HOTELU NARVIL.



Fot. P. Kofczyk

Naszą metodą operują w Bazylei

O NOWOCZESNYCH METODACH LECZENIA ROZSZCZEPU WARGI I PODNIEBIENIA W NAJWIĘKSZYM POD WZGLĘDEM LICZBY OPERACJI TYCH WAD OŚRODKU W EUROPIE, NA WARSZAWSKIEJ WOLI, O ROZWOJU CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ, KSZTAŁCENIU KADR I MIĘDZYNARODOWEJ WYMIANIE DOŚWIADCZEŃ KLINICZNYCH MÓWI **DR HAB. N. MED. ANDRZEJ BRUDNICKI** Z INSTYTUTU MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE – KLINIKI CHIRURGII DZIECI I MŁODZIEŻY, ODDZIAŁU CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ.

rozmawiała **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Ile operacji rozszczepu wargi i podniebienia wykonuje się w Instytucie Matki i Dziecka?

Rocznie 800–900. Ostatnio nieco mniej, bo spada liczba urodzeń. Warto podkreślić, że w IMiD znajduje się największe pod względem

liczby operacji centrum leczenia wad rozszczepowych twarzoczaszki w Europie. Placówka jest pierwszym w Polsce wielospecjalistycznym ośrodkiem leczenia dzieci z wadami czaszkowo-szczękowo-twarzowymi, utworzonym przez prof. Zofię Dudkiewicz w latach 80. ubiegłego wieku. Odkąd pamiętam współpra-

cowaliśmy z neurochirurgami, jeśli wada obejmowała mózgowiczaszkę, i wieloma innymi specjalistami. Już w latach 90. operowaliśmy większość dzieci urodzonych z wadą rozszczepową w kraju, mimo że placówki zajmujące się leczeniem tego schorzenia były w niemal każdym województwie. Jednak to rodzice

decydowali się na operowanie dziecka w IMiD, bazując na dobrych opiniach o ośrodku i doświadczeniach innych pacjentów oraz ich opiekunów.

Na czym polega specyfika leczenia wad rozszczepowych w IMiD?

Przed wszystkim w naszym ośrodku opracowano unikalną metodę jednoetapowej operacji złożonych wad jedno- i obustronnego rozszczepu wargi i podniebienia. Takiej operacji odpowiadają dwie lub trzy przeprowadzane w ośrodkach zagranicznych. A mimo to liczba zabiegów wykonywanych w tych ośrodkach jest dużo niższa niż u nas.

Mamy bardzo dobre wyniki, zarówno jeżeli chodzi o rozwój twarzowej części czaszki, rozwój mowy, jak i pozostałe parametry brane pod uwagę w kompleksowej ocenie leczenia pacjentów z rozszczepami. Ponadto rozwijamy nowe metody leczenia, np. wczesny przeszczep kości do wyrostka zębodołowego szczęki, leczenie niedorozwoju szczęki u pacjentów z rozszczepami za pomocą zakotwienia szkieletowego, badamy zastosowanie różnych materiałów, takich jak cementy kostne. Pracę naszego ośrodka i stworzone techniki doceniają specjaliści z zagranicy, którzy zajmują się leczeniem wad twarzoczaszki. Interesują się naszymi osiągnięciami i przyjeżdżają do nas lekarze m.in. z Francji, Niemiec, Szwajcarii, Włoch, a także z Indii, Indonezji, Japonii. Zaskakuje ich sposób przeprowadzania zabiegu, ale też stopień trudności operowanych przypadków. Planując wizytę w instytucie, wiele osób pyta, kiedy mogą obejrzeć skomplikowany zabieg. Odpowiadam, że mogą przyjechać w dowolnym terminie, bo w ciągu tygodnia zobaczą różnorodne zabiegi, na które u siebie musieliby czekać tygodniami lub miesiącami.

Z czego wynika, że w ośrodkach zagranicznych nie wykonuje się takich zabiegów lub wykonuje rzadko?

Przed wszystkim ze specjalizacji. U nas pracują chirurdzy zajmujący się prawie wyłącznie tymi zagadnieniami. W Europie nie ma specjalistów, którzy ope-

rują jedynie wady rozszczepowe. Z kolei w dużych ośrodkach rozszczepowych, np. w Indiach, wykonuje się wiele zabiegów, które krótko trwają i nie są zbyt skomplikowane, m.in. korektę rozszczepu wargi. Operacje w naszym ośrodku to *crème de la crème* chirurgii rozszczepowej. To zabiegi zaawansowane technicznie, które przeprowadza się w naprawę niewielu ośrodkach na świecie. Jednoetapowe operacje obustronnego rozszczepu wargi i podniebienia wykonuje się w Europie, właśnie w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, oraz w Japonii, w Jokohamie. Tam mój kolega prof. Shinji Kobayashi również przeprowadza takie zabiegi, jednak za pomocą zupełnie innych technik chirurgicznych. Metody jednoetapowe wciąż są rzadkością, ale niosą ogromne korzyści dla pacjenta, który nie musi być hospitalizowany kilkakrotnie.

I ten jeden zabieg wystarcza?

Od jakości tej pierwszej operacji – operacji pierwotnej rozszczepu, zależy dalszy proces leczenia. Gdy dziecko jest starsze, planowane są zabiegi wtórne zależnie od potrzeb danego pacjenta – drenaże ucha środkowego, rekonstrukcja wyrostka zębodołowego szczęki, korekta nosa, zabieg ortognatyczny korygujący wadę zgryzu itp.

Operowani pacjenci to małe dzieci, niemowlęta. Jaka jest skala trudności tych zabiegów?

Operacje rozszczepów rozpoczynamy w pierwszym roku życia. W przypadku jednostronnego albo obustronnego rozszczepienia wargi i podniebienia rekonstrukcje są bardzo skomplikowane i długo trwają. Małe dziecko musi przejść wielogodzinną operację. Nie byłoby to możliwe bez zaangażowania i doświadczenia zespołu anestezjologów wyspecjalizowanych w leczeniu dzieci. Specyfika leczenia dzieci jest wytłumaczeniem, dlaczego chirurgia rozszczepów opuściła kliniki chirurgii szczękowo-twarzowej w Polsce, które znajdują się w szpitalach dla dorosłych.

Duża koncentracja trudnych w leczeniu i relatywnie rzadko występujących przy-

padków w jednym ośrodku ma istotne znaczenie. Ktoś mógłby powiedzieć, że przecież lepiej mieć lokalny ośrodek blisko miejsca zamieszkania, niż jechać z dzieckiem z dalekiego krańca Polski do Warszawy. Gdyby komuś z nas urodziło się dziecko z taką wadą, czy chcielibyśmy, by było operowane w szpitalu, w którym taka operacja stanowi szczyt możliwości, czy też tam, gdzie jest codziennością? Odpowiedź jest oczywista, choć nie dla wszystkich. Z tego punktu widzenia tworzenie nowych ośrodków, które będą dopiero budować swoje doświadczenie kliniczne, wydaje się szkodliwe dla małych pacjentów, gdyż nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem wyników leczenia. Sprawa jest o tyle istotna, że jakkolwiek błąd podczas pierwszej operacji wady rozszczepowej później trudno w pełni naprawić lub nie jest to możliwe. Niestety, z naszych obserwacji wynika, że nie są to tylko rozważania teoretyczne.

Chirurdzy dziecięcy, chirurdzy szczękowo-twarzowi, neurochirurdzy, anestezjologdy. Leczenie wad rozszczepowych to praca wielu specjalistów i to nie tylko na etapie operacji.

Opieka wielospecjalistyczna w procesie leczenia złożonych wad często wymaga interwencji, oprócz chirurgów, wielu innych specjalistów – logopedy, foniatry, laryngologa, audiologa, psychologa, stomatologa, ortodonta, protezytyka, periodontologa itp.

Ale podkreślam: pacjent powinien przyjechać do ośrodka specjalistycznego i w nim mieć wykonaną operację pierwotną rozszczepu. Dalsze leczenie, np. ortodontyczne, może i powinno odbywać się już w miejscu zamieszkania. Dlatego zależy mi bardzo na współpracy z lekarzami w innych ośrodkach w Polsce.

Jak taka współpraca przebiega?

Nie zawsze jest łatwo, choć się staramy. Nieraz miałem problemy z porozumieniem się z lekarzami, którzy początkowo nie akceptowali proponowanych przeze mnie metod, np. zakotwienia szkieletowego u dzieci, bo mają inne doświadczenia.



Fot. archiwum

► **Wspominał pan o lekarzach z zagranicy odwiedzających ośrodek, chcących poznać wasze metody pracy. Czym skutkuje wymiana doświadczeń?**

Kilka lat temu prof. Andreas Müller poprosił mnie o pomoc we wprowadzeniu naszej metody operacji jednoetapowej na Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Szpitala Uniwersyteckiego w Bazylei. Lekarze stamtąd przyjeżdżali do nas na szkolenie, a dr Zbigniew Surrowiec i ja jeździliśmy do Szwajcarii. Dzięki naszej pomocy ośrodki w Bazylei operuje obecnie wady rozszczepowe metodami z naszej kliniki. Polsko-szwajcarska współpraca jest kontynuowana – my wspieramy Szwajcarów klinicznie, oni nas w realizacji projektów naukowo-dydaktycznych.

Nasz ośrodek od lat jest uczestnikiem projektu badawczego Slaveleft, zainicjowanego przez prof. Piotra Fudaleja z Uniwersytetu w Bernie. Projekt umożliwia wykonywanie ocen porównawczych wyników leczenia dzieci z rozszczepami wargi i podniebienia, pochodzących z ośrodków operujących

populacje słowiańskie (w Bratysławie, Pradze i Warszawie).

W czerwcu w Mediolanie odbędzie się kongres Europejskiego Towarzystwa Rozszczepowego. Poproszono mnie o przedstawienie na sesji porównującej różne ośrodki naszych wyników oceny dorosłych pacjentów po zakończeniu leczenia. Niewiele placówek na świecie może zaprezentować tak odległe wyniki operacji wykonywanych we wczesnym dzieciństwie. Większość materiału, który pokażę, znajduje się już w moich publikacjach, bo taką historię i dokumentację dysponuje nasz ośrodek.

Czy równie owocna, jeżeli chodzi o wymianę doświadczeń lub szkolenie kadr medycznych, jest działalność na rodzimym gruncie?

Mam wrażenie, że ogromna wartość naszej pracy i wysoka ranga ośrodka, przyznawana nam na świecie, wynika z unikalnych doświadczeń klinicznych, ale ze względu na swoją niszowość jest mało znana w Polsce. Dlatego bardzo ważną rolę w upowszechnianiu naszych

metod chirurgicznych odgrywa szkolenie młodych lekarzy. Jestem gorącym propagatorem chirurgii szczękowo-twarzowej wieku rozwojowego – dziedziny w Polsce dopiero raczkującej, choć na świecie od dawna rozwijanej. Postępowanie w chirurgii szczękowo-twarzowej dorosłych jest czasami zupełnie odmienne niż w przypadku dzieci.

Posiada pan zarówno dyplom lekarza, jak i lekarza dentysty...

Jestem członkiem i egzaminatorem The European Board of Oro-Maxillo-Facial Surgery (EBOMFS). Zdobyć dyplomu tej organizacji wymaga ukończenia studiów medycznych na kierunkach lekarskim i dentystrycznym (same studia dentystryczne nie wystarczą), specjalizacji z chirurgii szczękowo-twarzowej w rodzimym kraju europejskim i zaliczenia trójstopniowego egzaminu przed komisją EBOMFS. Choć organizacja skupia obecnie ponad 700 członków, nadal ma charakter elitarny. Zachęcam lekarzy w Polsce do zainteresowania się tą bardzo ciekawą i pełną wyzwań dziedziną medycyny i zdawania egzaminów EBOMFS. ●

Próchnica

SŁOWO *PROCH* BYWA (BYWAŁO?) UŻYWANE NA RÓŻNE SPOSOBY I W STYLU PODNIOSŁYM, I W STYLU POTOCZNYM. W PODNIOSŁYM OZNACZA ‘PYŁ, KURZ’, A WIĘC WŁAŚCIWIE COŚ PRZECIWNIEGO PODNIOSŁOŚCI, A METAFORYCZNIE JESZCZE BARDZIEJ, BO TO ‘ZNIKOMOŚĆ, MARNOŚĆ’, TO *PROCH ZIEMI*, „Z KTÓREGO POWSTALIŚMY I W KTÓRY SIĘ OBRÓCIMY”. W LICZBIE MNOGIEJ *PROCHY* SĄ TEŻ PODNIOSŁE – TO ALBO POWAŻNIEJSZA DAWNA NAZWA MATERIAŁÓW WYBUCHOWYCH, ALBO JUŻ BARDZO UROCZYSTA NAZWA NASZYCH SZCZĄTKÓW, NIEZALEŻNIE OD ICH KONSYSTENCJI.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot.: K. Bortyzel

W stylu potocznym *proch* to coś groźnego (bo wybucha i niszczy) i zarazem skomplikowanego, którego byle kto wymyślić nie mógł, jak mówi popularne powiedzenie. Zdrobnienie *prochu* jest już całkiem swojskie i przyziemne, *proszki* się zutylizowały, spospolitowały i służą *do pieczenia, prania, czyszczenia* różnych rzeczy (dawniej też zębów) i przeciw *bólowi głowy*.

Ze słowa *proch* wywodzi się inne słowo używane raz podniosłe, innym razem pogardliwe, czyli *próchno*. W znaczeniu podstawowym to ‘zmuśnięte, rozsypujące się w proch drewno’, ale to też w stylu podniosłym symbol nicości rzeczy ziemskich. Z drugiej strony, w stylu niższym nawet niż potoczny, to bardziej niż lekceważące określenie starego człowieka.

Próchno jest próchnem, bo drewno spróchniało. *Próchnieć, spróchnieć* – te czasowniki kiedyś też były używane w stylu kaznodziej-skim dla potępienia grzeszników. Dziś mają znaczenie konkretne w odniesieniu do drewna, ale także metaforyczne w odniesieniu do nas. A w ludziach, często do drzew zresztą na różne sposoby i w różnych kontekstach porównywanych, próchnieją przede wszystkim kości. I to znaczenie *próchnienia* słabo jest już rozpoznawane jako metafora. Wyrażenie *spróchniałe kości* jest odbierane właściwie dosłownie.

A jeśli chodzi o kości, chyba najbardziej świadomi jesteście próchnienia naszych zębów.

Do tego stopnia, że słowo *próchnica*, powstałe nieco ponad 100 lat temu, odnosi się już tylko do choroby zębów. W naszych rodzimych nazwach chorób utrwaliło się używanie niezwykle skądinąd wielofunkcyjnego przyrostka *-ica*: mamy *gruźlicę* i *jaglicę*, *grzybicę* i *kamicę*, i inne jeszcze niedobre przypadłości. Ale o próchnicy słyszeliśmy chyba najwcześniej.

Ta nazwa choroby zębów tak się utrwałała i ma dla nas tak wyraziste konotacje, że nie przeszkadza nam już inne terminologiczne użycie tego wyrazu. Oznacza on przecież także część składową gleby, w której drobnoustroje rozkładają materię organiczną, co daje osobliwą dość substancję, *próchnicę* właśnie, zwaną też u nas bardziej naukowo *humusem* (choć po łacinie *humus* to po prostu ‘ziemia, gleba’). Ta osobliwość daje się też odczytać w nazwie kulinarnej, odnoszącej się do zapewne zdrowej i dla amatorów smacznej potrawy. Choć skojarzenie z próchnicą temu akurat *humusowi* pewnie na zdrowie by nie wyszło.

Próchnica była już w czasach mojego dzieciństwa jednym z najczęściej przywoływanych zagrożeń zdrowia. Ta nazwa choroby wywoływać miała (i wywoływała) szczególnie silne negatywne skojarzenia. Nie tak bardzo odległe związki z *próchnieniem, próchnem* i dalej z *marnym prochem* zapewne odgrywają tu istotną rolę. I z uznaniem, nieco tylko zmaco-nym rozbawieniem, możemy przywołać często kiedyś powtarzany slogan reklamowy „Zegnaj, próchnico!”... ●



Fot. archiwum

Przychodzi dentysta do fizjoterapeuty...

LEKARZE DENTYŚCI Z UWAGI NA POZYCJĘ, W KTÓREJ PRACUJĄ, CZĘSTO ZMAGAJĄ SIĘ Z PROBLEMAMI KRĘGOSŁUPA. O TYM, JAK PRZEZ FIZJOPROFILAKTYKĘ I FIZJOTERAPIĘ ZAPOBIEGAĆ POWAŻNYM ZMIANOM I W JAKIM STOPNIU FIZJOTERAPIA MOŻE POMÓC, GDY JUŻ DZIEJE SIĘ COŚ NIEPOKOJĄCEGO, MÓWI **PROF. ANDRZEJ CZAMARA**, FIZJOTERAPEUTA, KTÓREGO GŁÓWNYM OBSZAREM DZIAŁALNOŚCI NAUKOWEJ I ZAWODOWEJ JEST FIZJOTERAPIA W ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU. O RECEPTĘ SPECJALNIE DLA LEKARZY DENTYSTÓW PYTA RENATA JEZIÓŁKOWSKA.

Jakim pacjentem jest lekarz denty- sta, z czym najczęściej przychodzi do fizjoterapeuty?

Lekarze dentyści, którzy są moimi pacjentami, to najczęściej kobiety, które zgłaszają ból, dysfunkcje, czasem choroby szyjnego odcinka kręgosłupa. W większości przypadków są drobnej budowy ciała, powyżej 30. roku życia i starsze. Powodów występowania „zespołów bólowych” kręgosłupa szyjnego u stomatologów, a częściej stomatolożek, jest oczywiście kilka. W pracy spędzają dużo czasu w bardzo niewygodnej pozycji – z pochylonym tułowiem i głową, z dużą rotacją tych partii ciała. Ich praca wymaga koncentracji i wiąże się ze stresem, ponieważ niezbędna jest precyzja.

Wielogodzinne przebywanie w pozycjach wymuszonych powoduje przeciążenia, z biegiem czasu coraz większe, dochodzi do zmian utrwalonych, czyli konfliktów mięśniowych lub mięśniowo-powięziowych, do choroby zwyrodnieniowej albo dyskopatii i pochodnych. Wymuszone pozycje przeciążają pewne grupy mięśni, kręgosłup szyjny i nie tylko, a inne mięśnie są nadmiernie rozciągane. Są też grupy mięśni, które nie pracują, w związku z tym dochodzi do zakłócenia ich funkcjonowania. Wymuszone ułożenie głowy, nadmierne napięcia powodują ból, konflikty w wyniku ucisku naczyń, nerwów przez przykurczone mięśnie. Stąd często niedotlenienie, ból, szumy w głowie, a nawet czasem zaburzenia równowagi. Ale oprócz wymuszonej pozycji czynnikiem równie istotnym jest stres, przewlekły stres, który towarzyszy pracy dentyistów. Kolejny czynnik – choroby, np. zmiany zwyrodnieniowe, stany zapalne w okolicach tkanek szyi i karku.

Gdzie jest granica między profilaktyką a leczeniem?

Gdy występują objawy ewidentnie chorobowe, czyli wysoki poziom bólu, zawroty głowy, gdy jest ocieplona tkanka, znaczne ograniczenie ruchu głowy czy szyi, wprost usztywnienie, należy bezwzględnie udać się do lekarza specjalisty. Jeżeli potrzeba działań profilaktycznych, prewencyjnych lub wdrożenia

lecniczej fizjoterapii, oczywiście drugą osobą, z którą należy skonsultować się przed rozpoczęciem fizjoterapii, powinien być fizjoterapeuta. Powinien przeprowadzić badanie fizjoterapeutyczne, czynnościowe i w oparciu o diagnozę lekarską oraz własne badanie czynnościowe ustalić plan postępowania. To prawidłowy schemat. Jeśli natomiast ból występuje okresowo i nie jest zbyt silny, nie ma niepokojących objawów klinicznych, pacjent skarży się na wzmożone napięcie mięśni, przykurcze, dyskomfort okolicy karku, szyi, ale ma aktualne wyniki badań lekarskich, to może udać się bezpośrednio do fizjoterapeuty.

Gdy specjalista po badaniu czynnościowym stwierdza, że nie ma objawów wymagających konsultacji z lekarzem, można włączyć programy profilaktyczne. Tym bardziej, jeżeli mamy do czynienia ze stomatologiem, a zatem medykiem, który potrafi merytorycznie wypowiedzieć się o swoim stanie zdrowia.

Co należy uwzględnić w programach profilaktycznych?

Po pierwsze trzeba spróbować zrozumieć mechanizm przeciążeń w pracy lekarza dentyisty i podpowiedzieć pacjentowi, jak zmienić ergonomię stanowiska pracy. Należy pokreślić, że obecna technika wychodzi naprzeciw potrzebom środowiska, np. wprowadzono wielostopniową regulację foteli lekarza i pacjenta. Jednak tułów stomatologa podczas pracy jest skręcony, pochylony i w takiej pozycji codziennie trwa dosyć długo. Zaleca się więc jak najczęstsze przerwy (np. po kolejnych dwóch pacjentach), żeby się rozruszać, rozciągnąć przykurczone mięśnie szyi, rozluźnić obręcz barkową itp. Nawet 5–10 minut takich ćwiczeń może poprawić samopoczucie.

Prócz rozciągania coś jeszcze konkretnego powinno się i można wykonywać w krótkiej przerwie?

Przede wszystkim trzeba się poruszać – chodzić, wykonywać ćwiczenia rozciągające, skłony głowy w przód, w tył i na boki, ruchy rotacyjne (od 6 do 10 powtórzeń) z prawidłowym oddychaniem. Następnie można usiąść na fotelu i wyko-

nać mocny przeprost pleców, a na wydechu rozluźnienie, potem skłon głowy i całego tułowia do przodu (6–10 powtórzeń). Unoszenie barków i opuszczanie, potem ruch w przód i tył oraz ruchy okrężne z kontrolą oddychania, relaksacją. Parę minut takich ćwiczeń w gabinecie, a potem wyciszenie się, to klucz do szybkiej kompensacji przeciążeń.

Drugi element prewencji, prócz przerw, to zadbanie o równie racjonalne spędzanie czasu przy biurku i jego ergonomia.

Kolejna sprawa: ważne jest odpowiednie przygotowanie łóżka – poduszka kompensacyjna, dobry materac. W przypadku częstszego spania na boku trzeba dobrać poduszkę dostosowaną do bocznego ułożenia głowy, żeby nie potęgować mechanizmów przeciążeniowych w nocy. Jeśli leżymy na plecach, ważne, by poduszka lekko uwypuklała lordozę szyjną, ale nic poza tym. Najtrudniej skompensować ułożenie odcinka szyjnego kręgosłupa czy strefy szyjno-barkowej w przypadku leżenia na brzuchu. Przede wszystkim nie należy używać wysokiej poduszki. Ponadto pamiętajmy, że odpowiedni sen to dobra regeneracja organizmu, istotny jest jego czas i efektywność. Jeśli opisana ergonomia będzie zachowana w czasie snu, można istotnie skompensować bieżące przeciążenia.

Czy zaleca się dentyistom ćwiczenia?

Rzeczywiście, bardzo ważną rolę mogą odegrać ćwiczenia. Ale źle dobrane lub zbyt intensywne, mogą przeciążać kręgosłup. Jeśli coraz częściej mamy kłopot z kręgosłupem szyjnym i lekarz sugeruje, żeby podjąć leczenie fizjoterapeutyczne, trzeba skonsultować się z fizjoterapeutą. Samo ogólne udzielanie rad i pokazanie kilku ćwiczeń, żeby pacjent sam je wykonywał, uważam za błąd. Bo rola fizjoterapeuty na etapie, gdy występują przeciążenia, a nie choroba, powinna polegać na tym, że przedstawia wszystko dokładnie konkretnemu pacjentowi, wyjaśnia założenia ćwiczeń – jakie są potrzebne i dlaczego. Należy precyzyjnie wyuczyć danego pacjenta prawidłowego wykonywania ćwiczeń. Fizjoterapeuci zajmują się tym na co dzień.

Dlaczego to bardzo ważne? Jeśli pacjent będzie świadomy tego, co ma robić, będzie zwracał uwagę na jakość wykonania ćwiczeń, co jest kluczowe. Źle wykonane ćwiczenia w obrębie szyi czy barku często przynoszą szkodę. Lepiej dać pacjentowi mniejszy zakres ćwiczeń, wprowadzić prostsze ćwiczenia, ale nauczyć prawidłowego ich wykonywania, dobrać ich częstotliwość, intensywność, zaplanować przerwy wypoczynkowe. Jeśli pacjent będzie dobrze przygotowany, może okresowo lub dodatkowo sam ćwiczyć w domu.

U stomatologów stałe wykonywanie pracy w nieergonomicznej pozycji powoduje z biegiem czasu przykurcze, m.in. mię-

okolicy obojczykowo-mostkowej, a nawet barku. Możemy mieć też nieprzyjemne wrażenia drętwienia lub uczucie osłabienia, problemy z palcami ręki, w wyniku niedokrwienia.

Drugą grupą mięśni, która jest przeciążana u stomatologów, są mięśnie piersiowe. W wyniku wymuszonej pozycji pracy także są przykurczone. U kobiet dodatkowo piersi sprzyjają pozycji pochylenia do przodu, zwłaszcza gdy są większych rozmiarów. Z drugiej strony mięśnie znajdujące się w przestrzeni między łopatkami są bardzo długo rozciągane. W związku z tym zmienia się kompletnie biomechanika okolicy szyjnej i częściowo piersiowo-łopatkowej

różnego rodzaju techniki mobilizacji przykurczonych tkanek. Istotne jest wprowadzenie ćwiczeń rozciągających – stretching mięśni pochyłych i piersiowych. Równocześnie należy wprowadzić ćwiczenia stabilizujące centralnie kręgosłup, a szczególnie poprawiające toniczne napięcie i siłę mięśni: czworobocznego, równoległobocznego, mięśni zębatach i najszerzego grzbietu. Jeśli poprawie tej stabilizacji towarzyszyć będzie obniżenie łopatek i przyśrodkowe zbliżenie ich brzegów do kręgosłupa, nie będziemy doprowadzali do ciągłego przykurczu. Już po kilkunastu sesjach takich ćwiczeń uzyskamy poprawę balansu mięśniowego i lepsze samopoczucie. W związku z tym kręgosłup



Fot. licencja OLL w Warszawie

śni pochyłych – mięśni wdechowych. Przechodzą one od okolicy potylicy w dół, między mostkiem a obojczykiem, do dwóch pierwszych żeber. Przykurcz tych mięśni może powodować ucisk, np. w okolicy splotu, tętnicy, zmieniać mechanikę obciążenia kręgów szyjnych, skutkować nieprawidłowym ułożeniem głowy i w efekcie wywoływać ból szyi, karku

kręgów i powoduje uciski, przeciążenia itd. Zatem trzeba te mięśnie wzmacniać.

Pokazałem tylko kilka prostych zależności. O mięśnie można zadbać, prawidłowo wykonując ćwiczenia, ewentualnie stosując masaż relaksujący przykurczonych mięśni, masaż punktowy czy masaż punktów spustowych,

zacznie lepiej funkcjonować, zmniejszą się przestrzenie różnych konfliktów mięśniowo-naczyniowych, mięśniowo-nerwowych, powięziowych itd. Ćwiczenia wykonywane systematycznie w dłuższym okresie powodują, że nabieramy nawyków, prawidłowych odruchów, nasza postawa jest coraz lepsza, mamy lepsze samopoczucie.

Jaki sport w ramach fizjoprofilaktyki jest szczególnie polecany denty stom?

Ćwiczenia o charakterze rozciągającym, o których mówiłem, ćwiczenia izometryczne, które mają stabilizować, później ćwiczenia z częściowym oporem. Można nauczyć pacjenta wykonywania ćwiczeń z pomocą taśm, piłeczek, czegoś, co jest w domu. Druga kwestia to zachęta do odpowiedniego pływania. Samo środowisko wodne pozytywnie oddziałuje na przykurczone mięśnie i rozluźnienie ciała. Odpowiednio kontrolowane ćwiczenia, wybrane ćwiczenia jogi, w których jest duża komponenta ćwiczeń rozciągających obręcz barkową i szyję, cały tułów, obręcz biodrową, połączone z odpowiednim oddychaniem, autorelaksacją, mogą przynieść korzyści. Ale warunkiem jest, że to doświadczony fizjoterapeuta wyselekcjonuje ćwiczenia. Na pewno techniki autorelaksacji połączone np. z muzyką i z ćwiczeniami są dobrym pomysłem.

Dentyści a denty stki. Z czego wynika, że głównie kobiety są pacjentkami fizjoterapeutów?

Procentowo w tym zawodzie więcej jest kobiet, ale chodzi też o to, że kobiety są drobniejsze, z czym wiążą się większe skutki obciążeń. Młode pacjentki, których przybywa, nie tylko intensywnie pracują, mają też rodziny, obowiązki domowe. Ponadto ich ciała po porodzie, po karmieniu, noszeniu dziecka są i tak

przeciążone. Z reguły kobiety mają mniej czasu na kompensację tych obciążeń i zadbanie np. o aktywność fizyczną. Mężczyźni dysponują chyba większą ilością czasu po pracy na uprawianie rekreacji. Kumulacja tych czynników powoduje, że prawdopodobnie częściej ten problem występuje u kobiet.

Czy denty sta może sobie pomóc jakimś sprzętem, patentami, które sprawiają, że mimo konieczności koncentracji na pracy mimowolnie będzie pilnował lepszej postawy?

Jest wiele trików. Możemy okresowo używać specjalnych stabilizatorów wykonywanych z taśm, np. w kształcie litery X. Zakładane pod ubranie, ściągają łopatki i zbliżają je do siebie, obniżają barki, wpływając na lepsze centrowanie głów kości ramiennych w panewkach stawów. W efekcie osoba je nosząca ma wymuszoną, ale odpowiednią postawę ciała. Możemy okresowo stosować specjalne kołnierze odciążające odcinek szyjny itp.

A co robić, gdy już ewidentnie mamy do czynienia z chorobą?

Gdy jest choroba, towarzyszy jej stan zapalny, występuje ból, są np. zmiany zwyrodnieniowe, jest konflikt tkanek lub/i dyskopatia, bezwzględnie należy się zgłosić do lekarza specjalisty – ortopedy, neurologa lub neurochirurga (w zależności od podłoża stwierdzanych przyczyn i objawów). Bywa też tak, że

pacjent przychodzi do nas, do fizjoterapeutów. Jeśli w wywiadzie uzyskałem niepokojące informacje, przeprowadzone testy kliniczne potwierdziły niepokojące objawy, podejrzewam ubytki neurologiczne, zaburzenia równowagi, lokomocji, zalecam pacjentowi wizytę u lekarza specjalisty.

Często pacjent zgłasza się do nas, nie do lekarza, bo zakłada, że uniknie iniekcji, operacji. W tym miejscu chcę podkreślić potrzebę współpracy fizjoterapeutów z lekarzami i przestrzegania swoich kompetencji. Lekarz decyduje o rozpoznaniu choroby, o wyborze leczenia – zachowawczego czy operacyjnego, co zależy od rozpoznania, przebiegu choroby, od tego, czy jest w fazie ostrej, przewlekłej. Istnieje kilka metod leczenia operacyjnego i decyduje o tym leczeniu neurochirurg. Ale potem będzie potrzebna fizjoterapia. Obecne doświadczenia i codzienna praktyka wskazują, że w przypadku zmian zwyrodnieniowych, pourazowych, powypadkowych, nawet w dyskopatii mniejszego stopnia, najczęściej lekarze specjaliści decydują w pierwszej kolejności o wprowadzeniu leczenia zachowawczego. Jeśli nie ma objawów neurologicznych, naczyniowych, nowotworowych, w pierwszej fazie najczęściej planują leczenie zachowawcze – farmakologiczne, w miarę potrzeb okresowe zaopatrzenie ortopedyczne i systematyczną, kompleksową fizjoterapię, która musi być przemyślana i może mieć różne algorytmy postępowania. ●



PROGRAM STYPENDIALNY OIL W WARSZAWIE

DOFINANSOWANIE STAŻY, KURSÓW I KONFERENCJI ZAGRANICZNYCH

Składanie wniosków do 30 marca 2024 r.

Więcej: izba-lekarska.pl

Między obietnicą a realizacją

WPROWADZIMY BON NA PROFILAKTYKĘ I LECZENIE STOMATOLOGICZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY DO WYKORZYSTANIA W KAŻDYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM. PRZYWRÓCIMY OPIEKĘ DENTYSTYCZNĄ W SZKOŁACH PODSTAWOWYCH – TO JEDEN Z PUNKTÓW „STU KONKRETÓW NA STO DNI RZĄDÓW” KOALICJI OBYWATELSKIEJ. JAK WYGLĄDA JEGO REALIZACJA NA PÓŁMETKU PIERWSZYCH STU DNI?

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot.: K. Bortyzel

Nie wygląda wcale – tak brzmi chyba najbardziej precyzyjna odpowiedź, choć temat stomatologii dziecięcej został poruszony w styczniowej rozmowie Wirtualnej Polski z minister Izabelą Leszczyną. To jedyny praktycznie ślad, że rządzący nie zapomnieli o zobowiązaniu. Ślad niezbyt, trzeba przyznać, wyraźny, a przede wszystkim nieprzekładający się na konkretne decyzje.

Izabela Leszczyna zapowiedziała „przywrócenie opieki stomatologicznej nad uczniami szkół podstawowych”, co niekoniecznie oznacza uruchomienie gabinetu stomatologicznego w każdej placówce (byłoby to fizycznie niemożliwe i kompletnie bezsensowne). Wypowiedź pani minister idzie dokładnie w przeciwnym kierunku: stwierdziła, że jest wielką zwolenniczką idei bonu dentystycznego, który rodzice mogliby realizować w prywatnych gabinetach dentystycznych. W szkołach natomiast byłaby prowadzona opieka profilaktyczna, czyli przeglądy stomatologiczne. – *Myslimy o rozpisywaniu przetargów w powiatach. Wtedy lekarz opowiadałby za kilka szkół, robiłby przeglądy dzieciom, oczywiście za zgodą rodziców* – tłumaczyła. Do przeglądów byłyby również wykorzystywane załogi dentobusów.

Izabela Leszczyna poinformowała, że projekt jest w początkowym stadium realizacji i będzie się opierał na finansowaniu przez NFZ leczenia stomatologicznego w gabinetach prywatnych.

Zgodnie z przepisami, opieka stomatologiczna nad dziećmi i młodzieżą funkcjonuje od blisko

pięciu lat. W kwietniu 2019 r. Sejm uchwalił ustawę o opiece zdrowotnej nad uczniami, na podstawie której od września 2019 każdy uczeń ma mieć zapewnioną w szkole profilaktykę zdrowotną oraz opiekę stomatologiczną. Jednym z impulsów wprowadzenia ustawy był nie tyle krytyczny, ile wręcz alarmujący raport NIK (2018 r.), w którym kontrolerzy ocenili nabyte przez rząd PiS dentobusy. Zakup uznali za działanie doraźne i niedające szans na poprawę jakości opieki stomatologicznej dla najmłodszych.

„Dobra zmiana”, wprowadzona zresztą krótko przed wyborami, nie miała jednak szans – jak przestrzegali od początku samorządowcy i lekarze – poprawić stanu uzębienia dzieci i młodzieży: pięć lat temu próchnicę miało cztery piąte sześciolatek i niemal dziewięćciu na dziesięciu dziesięcioletków. Dane dotyczące liczby wizyt w gabinetach stomatologicznych (tylko pracujących w systemie publicznym) w latach pandemii każą sądzić, że sytuacja, jeśli się zmieniła, to raczej na gorsze.

Jak wygląda realizacja ustawy w praktyce, również w zakresie opieki stomatologicznej? Pod koniec 2022 r. wzięli zagadnienie pod lupę posłowie Komisji Zdrowia oraz Edukacji, Nauki i Młodzieży. Z ust ówczesnego wiceministra zdrowia Waldemara Kraski usłyszeli m.in., że w Polsce ze szkołami współpracują 2344 gabinety stomatologiczne, a w szkołach funkcjonuje około 700 gabinetów. Do tego opiekę nad uczniami sprawuje 16 dentobusów, w których liczba porad wynosiła:

- w 2019 r. – 82 tys.,
- w 2020 r. – 39 tys.,
- w 2021 r. – 78 tys.

W I półroczu 2022 w dentobusach udzielono ponad 81 tys. porad. – *Ta forma opieki się sprawdza* – mówił z dumą wiceminister. Nieco dziegciu do beczki miodu dołał jednak były prezes NFZ Andrzej Sośnierz. Zakwestionował efektywność działania dentobusów, ale przede wszystkim stwierdził, że liczba gabinetów nie mówi o opiece stomatologicznej absolutnie niczego, bo Ministerstwo Zdrowia pokazuje jedynie strukturę potencjalnego systemu opieki, pomijając meritum, czyli działalność.

Uchwalenie ustawy i jej wejście w życie nie mogło poprawić stanu opieki stomatologicznej z kilku powodów. Chyba najważniejszym był (co za brak zaskoczenia!) poziom nakładów na stomatologię w strukturze wydatków NFZ.

W 2019 r., w którym wchodziły w życie przepisy, rynek świadczeń stomatologicznych był wart około 12 mld zł, udział NFZ (czyli ostateczne wydatki poniesione przez fundusz) wynosił niespełna 1,9 mld zł. Trudno nie zauważyć, że problemy stomatologii dziecięcej są częścią szerszego problemu, jakim jest miejsce stomatologii na liście priorytetów zdrowotnych.

Trzy lata później, gdy stomatologia już zaczęła „odżywać” po załamaniu z okresu pandemii, wydatki NFZ w tym segmencie wyniosły około 2,3 mld zł (fundusz w tym samym roku na świadczenia udzielone w dentobusach wydał nieco ponad 15 mln zł, co pokazuje skalę przedsięwzięcia i realny wpływ jednego z flagowych projektów poprzedniej ekipy rządowej na poziom opieki nad najmłodszymi). W 2023 r. wydatki wzrosły do 2,7 mld zł, a w bieżącym planowane są w wysokości 3,3 mld zł. To procentowo spory wzrost, bo blisko o jedną czwartą, ale – jak zdążyły wytknąć media jeszcze na etapie prac nad projektem w poprzedniej kadencji – oznacza to, że na statystycznego Polaka fundusz przeznaczy 88 zł rocznie.

W najbliższym czasie, być może jeszcze w I połowie 2024 r., powinien się ukazać raport z kontroli, dotyczącej dostępności opieki stomatologicznej, którą w ubiegłym roku przeprowadziła NIK. Jednym z argumentów, jakie podnosili eksperci, stawiając znak zapytania przy realności założeń ustawy, były właśnie finanse. Gdyby bowiem rzeczywiście ustawa zadziałała i gabinety dentystryczne zaczęły na potęgę leczyć zęby niepełnoletnich pacjentów... zabrakłoby im punktów w kontraktach na leczenie dorosłych.

Pod warunkiem, oczywiście, że byliby chętni do pracy „na NFZ”. Tendencja, na którą uwagę zwraca m.in. Główny Urząd Statystyczny, jest raczej odwrotna – spada liczba podmiotów zainteresowanych umową z publicznym płatnikiem. Jest jeszcze za wcześnie, by cokolwiek przesądzać. Sama minister zdrowia przecież zastrzega, że koncepcja bonu dentystrycznego jest na bardzo wczesnym etapie rozważań i daleko jej do projektu, który można by choćby poddać pod konsultacje publiczne. Wydaje się, że prywatyzacja opieki stomatologicznej może się w najbliższych latach wyłącznie pogłębić. ●

OPIEKA STOMATOLOGICZNA DZIECI W RAMACH NFZ MOŻE BYĆ REALIZOWANA W:

- gabinecie dentystrycznym mieszczącym się w szkole,
- gabinecie zakontraktowanym w przychodni, poza szkołą,
- dentobusie, przede wszystkim tam, gdzie korzystanie z leczenia w gabinetach stacjonarnych jest utrudnione.

Rodzicom przysługuje prawo pisemnej zgody na przeprowadzenie refundowanego leczenia u dziecka w gabinecie szkolnym. Mogą się zgodzić lub odmówić zgody na wykonanie zabiegu przez stomatologa lub higienistkę u swojego niepełnoletniego dziecka.

DYREKTOR SZKOŁY, W KTÓREJ ZNAJDUJE SIĘ GABINET STOMATOLOGICZNY POSIADAJĄCY KONTRAKT Z NFZ (ZGODNE Z USTAWĄ O LECZENIU STOMATOLOGICZNYM DZIECI W SZKOLE), ZOBOWIĄZANY JEST M.IN. DO:

- poinformowania rodziców o możliwości korzystania przez dzieci z leczenia stomatologicznego w gabinecie w wyznaczonych terminach,
- pouczenia rodziców o przysługującym im prawie wyrażania pisemnej zgody na wykonywanie świadczeń ogólnostomatologicznych przez lekarza dentystrę przed ich udzieleniem,
- poinformowania o możliwości pisemnej rezygnacji z leczenia przez szkolnego dentystrę i leczenia dziecka u innego, przez siebie wybranego stomatologa.

ORGAN PROWADZĄCY SZKOŁĘ (NAJCZĘŚCIEJ GMINA LUB POWIAT) ZOBOWIĄZANY JEST DO M.IN.:

- przygotowania i doposażenia gabinetu stomatologicznego istniejącego na terenie szkoły lub utworzenie nowego, spełniającego wymagania określone w rozporządzeniu,
- zawarcia porozumienia i umów z dentystrami wykonującymi świadczenia w ramach kontraktu z NFZ,
- przekazania informacji o gabinetach wykonujących całkowicie bezpłatne leczenie stomatologiczne dla dzieci i młodzieży, finansowane w ramach kontraktu z NFZ. ●



Przyszłość ortodoncji

Fot. archiwum WUM

– LEKARZA NIE DA SIĘ ZASTĄPIĆ, ALE BEZ WĄTPIENIA AI MOŻE WSPOMÓC KLINICYSTĘ NA ETAPIE DIAGNOSTYKI I PLANOWANIA LECZENIA. OSTATECZNĄ DECYZJĘ O WYBORZE TERAPII PODEJMUJE JEDNAK ORTODONTA WSPÓLNIE Z PACJENTEM. SZTUCZNA INTELIGENCJA NIE WYKONA BADANIA PACJENTA I NIE ZWOLNI LEKARZA DENTYSTY Z KSZTAŁCENIA – MÓWI SPECJALISTA ORTODONTA **DR HAB. N. MED. EWA CZOCHROWSKA**, PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORTODONTYCZNEGO, PRODZIEKAN NA WYDZIALE LEKARSKO-STOMATOLOGICZNYM WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO.

rozmawiała **MAŁGORZATA HNAT**

Jakie trendy panują obecnie w ortodoncji?

Przede wszystkim dominuje klasyczna ortodoncja, w której zajmujemy się modyfikacją zaburzonego wzrostu szczęki i żuchwy u pacjentów rosnących albo korygujemy nieprawidłowości lub anomalie zębowe. Wtedy stosujemy różne typy aparatów zarówno zdejmowanych (w tym aparatów czynnościowych), jak i stałych. W ostatniej dekadzie upowszechniło się wykonywanie tzw. zakotwienia szkieletowego. Polega ono na wspomaganiu przesunięć zębowych za pomocą tzw. mikroimplantów, miniśrub lub płytek szkieletowych.

Wśród głównych trendów współczesnej ortodoncji ważną rolę ma leczenie interdyscyplinarne – szczególnie u dorosłych, u których leczenie ortodontyczne prowadzone jest we współpracy ze specjalistami z innych dziedzin stomatologii, np. z periodontologiem lub protetykiem. Jeśli chodzi o leczenie wad szkieletowych u osób dorosłych, standardem stało się już leczenie zespołowe – ortodontyczno-ortognatyczne. Polega na tym, że chirurg przeprowadza operację szczęk i ustawia je w prawidłowej pozycji w stosunku do czaszki i wzajemnej, co znacznie poprawia rysy twarzy.

W którym kierunku zmierza nowoczesna ortodoncja? Jaka rolę odgrywają tu media społecznościowe?

To dziedzina stomatologii, na którą zawsze będzie zapotrzebowanie i moda, a moderują ją potrzeby i rosnące oczekiwania społeczne, jeśli chodzi o estetykę uśmiechu i twarzy. Nasze społeczeństwo jest coraz bardziej świadome, ludzie chcą mieć ładne zęby i mają na to środki.

Postępy w stomatologii w ostatnich dekadach, zarówno w dziedzinie walki z chorobą próchnicową, jak i periodontologii, umożliwiły naszym pacjentom zachowanie naturalnego uzębienia przez

całe życie. To oznacza, że wzrasta zainteresowanie korektą ortodontyczną „naturalnie krzywych” zębów, dodatkowo wspomagane przez popularność mediów społecznościowych. To są obszary, w których ortodonta może i oferuje skuteczną pomoc. Dlatego przyszłość ortodoncji widzę optymistycznie.

Optymistyczna przyszłość ortodoncji, czyli jaka? Co stało się punktem zwrotnym w jej (r)ewolucji?

Przyszłość medycyny w ogóle to sztuczna inteligencja, techniki cyfrowe, w tym obrazowanie trójwymiarowe. Obecnie stosujemy ją w diagnostyce ortodontycznej – istnieją programy, które wykorzystują AI do wykonania analizy cefalometrycznej teleradiogramów bocznych czaszki. Coraz powszechniej używamy też programów, które wspomagają się AI w analizie zdjęć pantomograficznych. Na pewno jej udział w diagnostyce i planowaniu leczenia ortodontycznego zyska na znaczeniu.

Dziś coraz częściej stosujemy skanowanie łuków zębowych zamiast wykonywania tradycyjnych wycisków ortodontycznych, których wielu pacjentów nie lubiło. Powszechnie wykorzystujemy w diagnostyce stomatologicznej radiologię trójwymiarową. Dzięki temu możemy planować zastosowanie szablonów do wprowadzania mikrośrub lub wykonanie symulacji leczenia ortognatycznego. Obrazowanie trójwymiarowe niewątpliwie zmieniło współczesną ortodoncję i upowszechniło leczenie nakładkowe – przewidywane przesunięcia zębów są wykonywane na skanach łuków zębowych.

Leczenie nakładkowe zdominuje pani zdaniem ortodoncję w Polsce? Gdzie upatruje pani wad tej metody leczenia, a jakie są jej zalety?

W ostatniej dekadzie wzrosła popularność leczenia nakładkowego, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych. U nas cena leczenia nakładkowego jest ciągle przeszkodą, ale nie tylko ona. Jest to leczenie ortodontyczne, które polega na stosowaniu cienkich szyn (nakładek) ściśle przylegających do zębów. Nakładki powodujące prostowanie zębów zmieniają co kilka lub kilkanaście dni.

Leczenie nakładkowe jest atrakcyjne dla pacjenta, ponieważ aparat ortodontyczny jest niewidoczny. Wymaga jednak od pacjenta dyscypliny, musi bowiem nosić go minimum 22 godziny, zdejmować do mycia zębów, spożywania gorących płynów i posiłków. Z badań naukowych wynika, że największy zapal do noszenia nakładek utrzymuje się w pierwszym półroczu, potem z przestrzeganiem zaleceń ortodonta bywa różnie. A to obniża efektywność tej metody.

Stałe aparaty ortodontyczne upośledzają higienę jamy ustnej – trudniej po prostu myć zęby. Szczególnie w przypadku dzieci i młodzieży szkodliwie jest narażenie na szybszą demineralizację i rozwój próchnicy. W tym kontekście nakładki mogą być lepszym rozwiązaniem, ale nieprzestrzeganie higieny jamy ustnej przez je noszących także źle się kończy.

Ile kosztuje leczenie nakładkowe w Polsce?

Na pewno należy przyjąć, że jest od 30 do 50 proc. droższe niż leczenie aparatem stałym, ale ortodonta w gabinetach mogą sami produkować nakładki. Są programy, dzięki którym lekarz planuje terapię i samodzielnie drukuje nakładki lub wykonuje nakładki termoformowane na drukowanych modelach cyfrowych. W praktyce więc ta metoda nie musi być w przyszłości dużo droższa niż aparaty stałe. Jest to jednak inna forma przyłożenia siły ortodontycznej niż w aparacie stałym, w którym zastosowanie klasycznej biomechaniki ortodontycznej jest łatwiejsze.

W jakim stopniu wyeliminowanie lekarza z leczenia ortodontycznego jest możliwe, by było skuteczne? Co pani sądzi o metodzie Dr Smile?

Jest to leczenie nakładkowe pacjenta z pominięciem ortodonta, ukierunkowane na zwiększenie dochodów firm produkujących nakładki ortodontyczne. Oczywiście, okazało się, że wyeliminowanie lekarza ortodonta z procesu diagnostycznego, monitorowania leczenia ortodontycznego i leczenia retencyjnego nie jest możliwe. Środowisko ortodontyczne na całym świecie protestowało przeciwko takim praktykom, a wkrótce

sami pacjenci zaczęli składać skargi na „samoleczenie”. Do zaplanowania terapii wymagana jest wiedza, specjalizacja lekarza dentysty z ortodoncji. On planuje i monitoruje leczenie, bo istnieje ryzyko wielu powikłań albo zakładany plan leczenia nie może być wdrożony, bo zęby nie przesuwają się tak, jak powinny, pojawiają się demineralizacja lub recesja zębów. Po leczeniu ortodontycznym zęby mogą wracać do ustawienia pierwotnego. Leczenie retencyjne (proces stabilizacji skorygowanego uzębienia) często stanowi integralną część leczenia ortodontycznego i także musi być nadzorowane przez lekarza ortodonta.

AI zastąpi kiedyś lekarza ortodonta i bezpośredni kontakt z pacjentem?

Człowieka trudno zastąpić, ale sądzę, że AI pomoże klinicyście w osiągnięciu wyższego poziomu doskonałości klinicznej, ułatwi ich pracę, by stała się efektywniejsza i szybsza. Sektor medyczny to dziedzina, w której AI ma swoje miejsce i nie powinniśmy jej postrzegać jako zagrożenia. Chociażby analiza cefalometryczna zajmuje sporo czasu, a AI wykonuje ją w kilka sekund.

Trzeba podkreślić, że leczenie ortodontyczne to leczenie z wyboru – mamy w nim do czynienia z anomalią rozwojowymi, które możemy leczyć, ale nie musimy. Decyzja zależy od kontaktu pacjenta z lekarzem.

Myszę, że na etapie diagnostyki i podstawowego wywiadu stomatologicznego wykorzystywanie sztucznej inteligencji ma sens, jednak ostateczny plan leczenia akceptuje specjalista. On ma wiedzę, kompetencje.

AI może skrócić drogę zdobywania wiedzy, ponieważ szybciej się uczy niż człowiek. Ale nie zwalnia lekarzy z kształcenia. Nie możemy oczekiwać, że w medycynie wystarczą nam jedynie *cooking books* (z ang. książki kucharskie), czyli dostarczone przez AI gotowe schematy postępowania z pacjentem. Sztuczna inteligencja nie wykonuje badania klinicznego, a co najważniejsze – nie zastąpi bezpośredniego kontaktu pomiędzy lekarzem a pacjentem, będącego istotą medycyny. ●

Ból zęba i portfela, czyli dlaczego Polacy unikają dentysty

PODOBNO 90 PROC. POLAKÓW BOI SIĘ DENTYSTY, A 15 PROC. CIERPI NA DENTOFOBIE – PANICZNY LĘK PRZED WIZYTĄ W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM. TAK CZĘSTO TŁUMACZY SIĘ W MEDIACH, DLACZEGO RODACY UDAJĄ SIĘ DO DENTYSTY DOPIERO Z SILNYM BÓLEM. TO SMUTNY PARADOKS, GDYŻ WCZEŚNIEJSZA WIZYTA MOGŁABY CZĘSTO TEGO BÓLU OSZCZĘDZIĆ. JEST W TYM OCZYWIŚCIE ZIARNO PRAWDY, JEDNAK RÓWNIE MOCNO DO WIZYT U DENTYSTY ZNIECHĘCA ICH KOSZT. ZA WIĘKSZOŚĆ USŁUG STOMATOLOGICZNYCH W NASZYM KRAJU PŁACIMY Z WŁASNEJ KIESZENI, CO TAKŻE MOTYWUJE DO PRÓB PRZECZEKANIA ĆMIENIA ZĘBA. I TAK DRAMATYCZNE BRAKI W ZAKRESIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ, POTĘGOWANE NISKĄ DOSTĘPNOŚCIĄ ŚWIADCZEŃ „NA NFZ”, WPĘDZAJĄ W BŁĘDNE KOŁO TRAUMATYCZNYCH DOŚWIADCZEŃ I UTRWALAJĄ POWSZECHNE PRZEKONANIE O NIEUCHRONNOŚCI CIERPIENIA NA FOTELU DENTYSTYCZNYM.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szafrański

Wsukurs przerażonym wizją bólu i odchudzenia portfela przychodzi medycyna ludowa i utrwalone kulturowo przekonania. Mlecznych zębów się nie myje ani nie leczy, bo i tak wypadną. Na ból zęba pomaga olejek z goździków lub pasta czosnkowa. Małą dziurkę można zalepić kitem pszczelim. Z tymi babczynymi sposobami zaczynają konkurować instagramowe wynalazki, sprzedawane zwykle w oprawie graficznej orientalnej lub naturalnej. Wystarczy wygooglować „ból zęba”, by ze zdziwieniem odkryć, że medycyna chińska, ajurwedyjska, refleksologia i wiele innych „nieinwazyjnych metod” pozycjonuje się wysoko, tuż za silnymi środkami przeciwbólowymi do kupienia w aptece bez recepty. Wszystko to staje się doskonałą pożywką dla racjonalizacji odkładania wizyty u dentysty. Żał, że pierwszym wynikiem wyszukiwania nie jest publiczny

portal, np. Narodowego Funduszu Zdrowia, który wskazałby cierpiącemu najbliższy gabinet z nieodpłatną pomocą, czyli w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

Na marginesie warto zauważyć, że idea dentobusów zupełnie nie brała pod uwagę czynnika psychologicznego. Dentysta jest chyba ostatnim lekarzem (może obok ginekologa), do którego pacjenci decydują się chodzić „przypadkowo”, bo akurat zajechał do miasteczka. Ba, wielu potrafi przemierzać kilkadziesiąt kilometrów, by leczyć się u „swojego doktora”, który zdobył zaufanie i którego pacjent po prostu się nie boi.

Problem jest poważny. Próchnicę ma 99 proc. dorosłych Polaków: przeciętnie obywatel naszego kraju ma 13 zębów nią dotkniętych. W raporcie z projektu „Monitorowanie stanu



Fot. licencja OIL w Warszawie

sowania; upewnij się, że nie działa jak trzeba; kiedy ludzie się wkurzą, oddaj sektor prywatnemu kapitałowi”. Bazując na polskich doświadczeniach, moglibyśmy dodać: na koniec ogłoś ludziom, że kupują te usługi, bo wolą płacić, niż mieć je za darmo.

„Zwijanie” publicznej stomatologii odbyło się więc po cichu. Z jednej strony nierealne wyceny świadczeń „na NFZ” zniechęcały do współpracy ze stroną publiczną lekarzy dentystów, którzy wątpliwy zarobek

zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016–2020”, który zawiera te dane, zwraca się też uwagę na zaniedbania dotyczące leczenia najmłodszych. Ponad 50 proc. dzieci w wieku trzech lat ma już zęby z ubytkami próchnicowymi. W efekcie odsetek uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej jednym zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy sięga 1,72 proc., a młodzieży w wieku 18 lat – prawie 9 proc. Pełnoletniość to dla niemal co 10 rodaka nie tylko lampka szampana, ale i luka w uśmiechu. Gorszym stanem uzębienia charakteryzują się od najmłodszych lat chłopcy i mieszkańcy wsi.

Taki stan rzeczy ma swoje przyczyny, z których najważniejsza wydaje się kapitulacja państwa w zakresie zapewnienia obywatelom konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w dziedzinie stomatologii. W Polsce zaszła bowiem daleko posunięta komercjalizacja świadczeń stomatologicznych: zgodnie z badaniami, co piątego Polaka nie stać na leczenie zębów. Ceną tego zjawiska są rosnące nierówności w zdrowiu jamy ustnej między różnymi grupami społecznymi. Powiedzieć, że edukacja zdrowotna i profilaktyka w tej dziedzinie kuleją, jest srogim niedomówieniem. Jak mają się nauczyć właściwej techniki mycia zębów dzieci, których rodzice sami tego nie potrafią? Pamiętajmy, że nawet 800 tys. Polaków nie ma ponoć własnej szczoteczki do zębów! Klasa średnia złe nawyki i braki wiedzy zasypuje poniewczasie pieniędzmi, latając zębami i maskując puste miejsca w szczękach i żuchwach implantami o wartości kilku średnich krajowych. Biedniejsi z niespełna 4 mln naszych obywateli, którzy myją zęby od wielkiego dzwonu, w wieku 40 lat zadowolili się muszą protezami.

Słowo „stomatologizacja” zasłużenie funkcjonuje już powszechnie jako określenie negatywnych procesów zachodzących w opiece medycznej w konsekwencji jej prywatyzacji. W Polsce ta dziedzina stała się bowiem obszarem eksperymentu z u rynkowieniem ochrony zdrowia. Po transformacji ustrojowej i reformie rozpoczętej z końcem lat 90. ubiegłego wieku system publiczny przez lata nie tyle nawet uległ w tym obszarze stagnacji, co wręcz „zwijał” ofertę. Działo się to według modelowego schematu prywatyzacji usług publicznych, który lapidarnie ujął Noam Chomsky: „Zaczni od niedofinan-

szowania; upewnij się, że nie działa jak trzeba; kiedy ludzie się wkurzą, oddaj sektor prywatnemu kapitałowi”. Bazując na polskich doświadczeniach, moglibyśmy dodać: na koniec ogłoś ludziom, że kupują te usługi, bo wolą płacić, niż mieć je za darmo.

„Zwijanie” publicznej stomatologii odbyło się więc po cichu. Z jednej strony nierealne wyceny świadczeń „na NFZ” zniechęcały do współpracy ze stroną publiczną lekarzy dentystów, którzy wątpliwy zarobek wymaga obsługa kontraktu z NFZ. Zarówno pacjentów, jak i lekarzy narastająco odstręczała także polityka refundacyjna, ograniczająca publiczny kosztorys do starych technik i leczenia tylko wybranych zębów. Doskonałym tego przykładem są słynne srebrne plombki, czyli wypełnienia amalgamatowe, które do niedawna były jedyną opcją wypełnienia ubytków w innych zębach niż przednie (czyli jedyńki, dwójki i trójki). Kontrowersje związane z potencjalnie toksycznym działaniem zawartej w nich rtęci doprowadziły do powstania wyjątków dla kobiet ciężarnych i karmiących oraz dzieci i młodzieży. Stwarzało to wrażenie, że leczenie nieodpłatne jest z zasady gorszej jakości. Innym przykładem może być leczenie kanałowe. Ubiegłoroczne rekomendacje Rady Przejrzystości AOTMiT, by rozszerzyć jego refundację u dorosłych na wszystkie zęby, a nie tylko przednie, portale branżowe uznały za przełomowe dla pacjentów. Chciałoby się dodać, że był to przede wszystkim przełomowy moment dla filozofii naszego systemu ochrony zdrowia, kiedy w XXI w. zauważono, że zęby mają jakąś funkcję, obok estetycznej oprawy uśmiechu.

Casus opieki stomatologicznej w Polsce dowodzi, że wbrew poglądom wciąż forsowanym przez zwolenników systemu rynkowego, płatności bezpośrednie nie przyczyniają się do racjonalizacji wydatków na ochronę zdrowia. Brak tzw. płatnika trzeciej strony (ubezpieczyciela) nie przynosi poprawy jakości leczenia ze względu na asymetrię informacji. Pacjent po prostu nie wie, czy usługa była potrzebna, a tym bardziej – czy została wykonana prawidłowo. Natomiast niewątpliwie konsument płacący z własnej kieszeni zaczyna liczyć i niestety odkłada wizytę u dentysty na później. Czasem z braku świadomości konsekwencji, a czasem z powodu konkurujących celów życiowych. Ubogi, mając wybrać między zakupem opału a usunięciem kamienia nazębnego, wybierze ten pierwszy. Choroby zębów i przyzębia rzutują na cały stan zdrowia, a pojedyncze, błędne kalkulacje pacjentów przynoszą im cierpienie i zarazem generują dodatkowe koszty w innych obszarach medycyny. Dlatego na *cito* potrzeba odbudowy publicznej stomatologii, jednak nie przez akcyjne dentobusy, ale nowoczesne gabinety, które będą pełnić także rolę edukacyjną, prowadząc profilaktykę. ●

Chodzenie na złamanej nodze

LICEUM W MIEŚCIE POWIATOWYM, KONIEC LAT 90. XX W. JUŻ PO LEKCJACH, ALE W SALI GIMNASTYCZNEJ ZOSTAŁA GRUPKA UCZNIÓW Z ULUBIONYM NAUCZYCIELEM WYCHOWANIA FIZYCZNEGO, BY HOBBYSTYCZNIE POGRAĆ W SIATKÓWKĘ. WIDAĆ, ŻE MAJĄ Z TEGO PRAWDZIWĄ FRAJDĘ, GRAJĄ Z ZAANGAŻOWANIEM I RADOŚCIĄ. W PEWNYM MOMENCIE JEDNA Z NASTOLATEK MÓWI: – *AŁĆ, CHYBA SKRĘCIŁAM KOSTKĘ. NIC TAKIEGO, ZARAZ PRZEJDZIE. WRÓCĘ SOBIE DO DOMU. – NA PEWNO NIE POTRZEBUJESZ POMOCY?* – PYTAJĄ POZOSTALI Z TROSKĄ. – *NIE, DZIĘKI, JEST OK.* DZIEWCZYNA WYCHODZI, LEKKO UTYKAJĄC. W MIEŚCIE NIE MA KOMUNIKACJI ZBIOROWEJ, WIĘC KUŚTYKA DO DOMU CAŁKIEM DŁUGO, CORAZ WOLNIEJ. PO DRODZE MIJA SZPITAL. „*MOŻE POWINNAM IŚĆ DO LEKARZA – MYŚLI. – E, TO TYLKO SKRĘCENIE, ZA KILKA DNI BĘDZIE PO SPRAWIE*”. GDY DOCHODZI DO DOMU, KOSTKA WYGLĄDA JAK CAŁKIEM DORODNY BALONIK W ODCIENIACH FIOLETU.

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

Tą nastolatką byłam ja. Historia skończyła się zapakowaniem w gips, bo noga okazała się złamana. Czy te 3 kilometry, które przeszłam ze szkoły do domu, pogłębiły uraz, trudno powiedzieć. Dlaczego opowiadam tę historię? Bo dobrze obrazuje, jak działa mechanizm psychologiczny, który często każe nam, lekarzom, minimalizować swoje potrzeby, lekceważyć własne zdrowie, nie dawać sobie prawa do zwyczajnego bycia pacjentem.

Pani redaktor z „Pulsu” poprosiła, bym napisała, jak my, lekarze, reagujemy na własną chorobę, gdy coś nas boli, gdy naprawdę potrzebujemy pomocy. Czy jesteśmy czujni i reagujemy w porę? A może odsuwamy od siebie myśl, że coś niepokojącego się dzieje? I tu los zadrwił sobie ze mnie, dostarczając materiału do artykułu. Bo sytuacja się... powtórzyła.

Okoliczności zadziwiająco podobne. Grupa lekarzy w różnym wieku, spotykająca się w nie-

dzielne popołudnie, by pograć amatorsko – ale z zapalem! – w siatkówkę. Sport to zdrowie, odreagowanie stresu, interakcje społeczne, profilaktyka wypalenia! Same plusy. Dalej scenariusz znany: uraz, nic mi nie jest, wróć sobie do domu, będzie OK. Na szczęście wracam już nie na piechotę, tylko samochodem. W domu zaczęło mi świtać, że chyba nie będzie tak łatwo. Że już chyba byłam w tym miejscu. Konsultacja, rentgen, gips. – *Przyjechała pani sama?* – dziwi się pielęgniarka. – *Jak pani wróci?* Normalnie, samochodem, po co komuś zawracać głowę.

Pukam palcem w gips i myślę: „*Czy to się nie zmieni?*”. Niby człowiek starszy, mądrzejszy, świadomość, terapia, i co?

Przypominają mi się różne historie. O lekarzu, który chudł w oczach i miał różne inne niepokojące objawy, ale mówił sobie, że to stres. Gdy w końcu nie był w stanie zaprzeczać, że coś się jednak dzieje, nie można było wiele dla niego

zrobić. O lekarce z rakiem piersi, która trafiła do onkologa z wielkim owrzodzeniem. Wszyscy zadawali sobie pytanie, jak to w ogóle możliwe. Ano możliwe. Nie badała się profilaktycznie, potem machnęła ręką na niewielki guzek, a potem już włączyły się potężne, wychodzące poza racjonalne myślenie, mechanizmy zaprzeczania, lęku (bo przecież podświadomie wiedziała, co oznacza jej objaw) i wstydu (bo jak mogła nie zgłosić się wcześniej, przecież jest lekarką!). Przypominają mi się lekarze z depresją, którzy latami żyją ostatkiem

adresatem działań medycznych jest osoba bliska, zwykle dziecko), które u osób z wykształceniem medycznym są szalenie trudne do rozpoznania – objawy mogą wyglądać wiarygodnie.*

Przypomina mi się wywiad z prof. Jassemem, wybitnym onkologiem, w którym wspominał, że gdy sam zachorował na nowotwór, oddał się w ręce kolegów po fachu, starając się w ogóle nie ingerować, nie wnikać. Po prostu im zaufał, bo



Fot. licencja OIL w Warszawie

sił, funkcjonujący jako tako jedynie w pracy, a poza nią wędrujący od dnia do dnia. Albo ci pijący, którzy u innych uzależnienie by już dawno rozpoznali, ale u siebie go nie mogą zobaczyć.

Część z Was zaprotestuje: – *Jest zupełnie na odwrót! Przecież lekarze dopatrują się u siebie objawów nadmiarowo!* To druga strona medalu. U części z nas działają inne mechanizmy psychologiczne, też napędzane lękiem, ale o całkiem odmiennym efekcie, np. szukanie medycznego wyjaśnienia. Może zacząć się już na studiach, jako słynny „syndrom studenta medycyny”: co czytasz o jakiejś chorobie, zaraz widzisz jej objawy u siebie. Albo u bliskich. Tutaj nasza medyczna wiedza i szeroki dostęp do wszelkich informacji z dowolnej dziedziny nauki sprzysięgają się przeciw nam. Lęk utrudnia zachowanie obiektywizmu, który jest niezbędny w medycznej pracy. Dlatego nie będziemy dobrymi lekarzami dla samych siebie ani dla naszych najbliższych, potrzebne jest spojrzenie z zewnątrz. Tu też mogłabym przywołać historie wielu lekarzy, od takich, w których brak obiektywnego spojrzenia spowodował niepotrzebne leczenie albo wydłużenie czasu do postawienia prawidłowej diagnozy (bo sami „rozpoznali” u siebie coś innego), do takich, w których samoleczenie doprowadziło do nieodwracalnego uszkodzenia narządów mięszzowych. Skrajnymi sytuacjami są przypadki zaburzeń konwersyjnych, zespołu Muenhausena (zaburzeń pozorowanych) lub Muenhausena by proxy (kiedy

wiedział, że tak będzie dla niego najlepiej. Mądre słowa człowieka, który rozumie, jak działa ludzka psychika.

Jak znaleźć złoty środek między ignorowaniem i wypieraniem z jednej strony a nadmiernym doszukiwaniem się u siebie chorób z drugiej? Co sprawia, że wpadamy w te pułapki? O tym, do której grupy nam bliżej, decydują przede wszystkim czynniki osobowościowe, nasze przeżycia, sytuacja życiowa. Jak się zatem ustrzec tych pułapek? Jak pozwolić sobie na skonsultowanie z kimś z zewnątrz swoich wątpliwości, bez myślenia, że zwracamy komuś głowę, albo bez obawy, że zostaniemy zignorowani?

Chyba nie mam odpowiedzi na to pytanie. Ale wciąż szukam. Zapamiętałam swoje przygody z chodzeniem na złamanej nodze i postaram się ich nie powtarzać. Świadomość tego, jakie mechanizmy obronne uruchamiam w takich sytuacjach, może pomóc mi unikać tych „wyczynów” w przyszłości. Was też zachęcam do szukania rozumienia swoich wcześniejszych działań i motywacji, by postępować mądrze. ●

* O zespole Muenhausena napiszę kiedyś, bo to temat na oddzielny tekst.

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

Depresja – rodzaj myślenia

DEPRESJA JEST CZĘSTO POSTRZEGANA JAKO CHOROBA EMOCJI. MOŻNA SIĘ SPRZECZAĆ, CZY NASTRÓJ W DEPRESJI JEST SMUTNY, OBNIŻONY CZY TEŻ, JAK JA SIĘ UPIERAM, PO PROSTU DEPRESYJNY, ALE TAK CZY OWAK TEN NASTRÓJ JEST UZNAWANY ZA PODSTAWĘ PROBLEMU LUB NAWET ZA CAŁY PROBLEM. JESTEM PEWIEN, ŻE TAK NIE JEST.

tekst **ŁUKASZ ŚWIĘCICKI**



Fot. K. Heszcz-Komar

Chyba u wszystkich pacjentów z depresją, których spotkałem, występowały różne nasilone zaburzenia myślenia. Dotyczyły głównie postrzegania znaczenia czy roli pacjenta w rodzinie lub społeczeństwie. Chory na depresję miał przekonanie, że jest winny, postąpił niewłaściwie, doprowadził do niedobrej sytuacji. Warto zauważyć, że z jednej strony pacjenci uważają się za gorszych, winnych, zasługujących na karę. Z drugiej – wyolbrzymiają swoje znaczenie nie raz do groteskowych granic, widząc swą znaczącą rolę w sytuacjach, w których właściwie nie uczestniczą.

Świetną ilustracją myślenia depresyjnego jest dowcip o facecie, który zgłosił się do lekarza, bo zjadł pizzę razem z pudełkiem. – *Czy ja umrę panie doktorze?* – zapytał pacjent. – *Wszyscy umrzmę* – odpowiedział zgodnie z prawdą

lekarz. – *O Boże, co ja zrobiłem?!* – zawołał przerażony pacjent. Chorzy na depresję gotowi są sądzić, że wszyscy umrą dlatego tylko, że oni zjedli pudełko.

Ludziom zdrowym trudno nawet dostrzec zaburzenia myślenia występujące u chorych na depresję, a co dopiero ujrzeć ich głębię! W przeciwieństwie do chorych na schizofrenię, pacjenci z depresją wypowiadają się pozornie logicznie i spójnie, a poważnych zaburzeń logiki procesu myślowego trzeba uważnie szukać między wierszami. Ważne jest jednak, aby takie błędy myślowe wychwytywać, ponieważ właśnie one często stanowią motywację podejmowania różnych działań, a mam na myśli zwłaszcza zamiary i próby samobójcze.

Jedna z moich pacjentek, przygotowując się do samobójstwa, założyła oświętny strój, a następnie poszła na cmentarz i tam próbowała się otruć przy grobowcu rodzinnym. Motywem tego dziwaczego zachowania była chęć „zaoszczędzenia rodzinie fatygi”. Chora uważała się za osobę bez wartości, uznała zatem, że wożenie jej ciała na cmentarz przysporzyłoby bliskim zbędnego trudu i chciała im tego zaoszczędzić. Nikt nie zauważył, że jest chora, bo do dnia próby samobójczej chodziła do pracy i prowadziła gospodarstwo domowe. Pacjentka była osobą wykształconą i inteligentną. Mimo to nie brała pod uwagę, że znalezione na cmentarzu ciało nie może być po prostu zepchnięte pod ziemię. Przeprowadzona przez nią akcja sprawiłaby, gdyby się powiodła, jedynie znacznie większy, a nie mniejszy problem. Opisany przypadek wcale

nie jest wyjątkowy. Tak myśli większość chorych na depresję, tylko na ogół nie daje się to tak łatwo zauważyć!

Często spotykam się z powątpiewaniem, czy rzeczywiście depresja jest chorobą psychiczną. Niedowierający przypuszczają, że chorzy na depresję „coś sobie wymyślają”.

Nawet szamani z Mpumulanga w Afryce Południowej, a więc osoby zajmujące się medycyną zawodową, choć może niezbyt ortodoksyjnie, pytani o zdanie na temat depresji dość zgodnie odpowiedzieli, że takimi sprawami się nie zajmują, ponieważ nie jest to choroba, tylko problem z nadmiernym myśleniem...^{*} Taki pogląd rozpowszechnił się w różnych kręgach zawodowych, cywilizacyjnych i geograficznych.

Jednym z argumentów na rzecz tezy, że depresja nie jest chorobą psychiczną, ma być rzekomy brak zaburzeń myślenia w przebiegu tej choroby (lub zdaniem zwolenników tego poglądu tej „niechoroby”). Mówiąc bardzo kolokwialnie i niegrzecznie: chorzy na schizofrenię są chorzy, „bo mówią bez sensu”, a pacjenci z depresją udają, „bo mówią z sensem”. Obie części tego twierdzenia nie są jednak prawdziwe! Nawet w bardzo rozkojarzonych wypowiedziach osób chorych na schizofrenię można znaleźć wiele sensu, choć jest to często czasochłonne zajęcie. Ale tak samo w pozornie sensownych wypowiedziach chorych na depresję można się doszukać wielu treści zupełnie nielogicznych, choć sprawiających niezłe wrażenie. Myśląc o depresji, trzeba o tym zawsze pamiętać, żeby nie powtórzyć błędu cytowanych szamanów. ●

^{*} K.R. Sorsdahl, A.J. Flisher, Z. Wilson, D.J. Stein, *Explanatory models of mental disorders and treatment practices among traditional healers in Mpumulanga, South Africa*, Afr J Psychiat. 2010 Sep;13(4):284-90. doi: 10.4314/ajpsy.v13i4.618787.

Suplementy poza apteką: miłość, przyjaźń, rodzina

PONIEWAŻ NINIEJSZY TEKST PISZĘ W LUTYM, MIESIĄCU MIŁOŚCI, SKUPIĘ SIĘ W NIM NA MOCY RELACJI, KTÓRE DLA ZDROWIA ODGRYWAJĄ OGROMNĄ ROLĘ I SĄ ISTOTNYM FILAREM DOBROSTANU PSYCHICZNEGO ORAZ FIZYCZNEGO CZŁOWIEKA.

W CODZIENNEJ PRACY MEDYCZNEJ, W KTÓREJ KORZYSTAMY GŁÓWNIEM Z OSIĄGNIĘĆ TECHNIKI I FARMAKOLOGII, NIEKIEDY ZAPOMINAMY, JAK DUŻY WPŁYW NA ZDROWIE MAJĄ STOSUNKI MIĘDZYLUDZKIE. BADANIA NAUKOWE CORAZ CZĘŚCIEJ POTWIERDZAJĄ TO, CO W PRAKTYCE KLINICZNEJ DOSTRZEGAJĄ LEKARZE Z DOŚWIADCZENIEM – EMOCJONALNE I SPOŁECZNE CZYNNIKI REALNIE ODDZIAŁUJĄ NA REKONWALESCENCJĘ PACJENTÓW. DLACZEGO TAK JEST?

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



Fot. A. Boguski

Miłosc, w jej najszerszym rozumieniu, może być potężnym remedium na wiele trosk, m.in. na dolegliwości fizyczne. Z analizy przeprowadzonej przez zespoły badawcze ze Stanford University oraz State University of New York w Stony Brook wynika, że miłość aktywuje konkretne obszary w mózgu, indukując stan euforii, co skutkuje mniejszym odczuwaniem bólu. Uczucie to bywa także istotnym czynnikiem w prewencji chorób sercowo-naczyniowych. Badania wskazują, że osoby żyjące w szczęśliwych relacjach mają niższy poziom stresu, co może wpływać na redukcję ciśnienia krwi oraz ryzyka zawału serca. Miłość jest więc nie tylko silną emocją, ale również sprzymierzeńcem w profilaktyce kardiologicznej.

Przyjaźń z kolei stanowi swoiste ubezpieczenie zdrowotne dla naszego umysłu. Brytyjski psycholog ewolucyjny Robin Dunbar w artykule zatytułowanym „Anatomia przyjaźni”, opublikowanym na łamach czasopiśma „Trends in Cognitive Sciences”, pisze: „*posiadanie przyjaciół ma ogromny wpływ na nasze szczęście, dobre samopoczucie psychiczne i długowieczność*”. Współczesna psychologia potwierdza, że osoby mające silne wsparcie społeczne rzadziej cierpią na de-

presję oraz inne zaburzenia psychiczne. Przyjaźnie, pielęgnowane i doceniane, mogą więc dołożyć cegiełkę do profilaktyki szerokiego spektrum problemów z zakresu zdrowia psychicznego.

Nie mniejsze znaczenie dla kondycji fizycznej mają relacje z domownikami, które będą kształtować nasze zwyczaje i nawyki. Jeśli mamy z kim przygotowywać warzywno-owocowe posiłki i chodzić na basen, istnieje większa szansa na realizację naszych (noworocznych) postanowień. W medycynie stylu życia często padają pytania: dla kogo chce pani starać się długo żyć? Czy chce pan móc biegać z wnukami? Dotrzymywać im kroku, gdy będą się uczyć jazdy na rowerze? Zmiana często ma twarz ważnej dla nas osoby.

Na zakończenie słowo o przytulaniu. Kontakt fizyczny z bliską osobą, który prowadzi m.in. do większego wydzielania oksytocyny, jest związany z różnymi korzyściami zdrowotnymi, m.in. regulacją ciśnienia krwi, poprawą jakości snu, niższym poziomem prozapalnych cytokin oraz wyższą samoocena zdrowia. Pamiętajmy o tym i nie ograniczajmy sobie tego przyjemnego lekarstwa. Przytulajmy się na zdrowie. ●

Sprawdzam

ROZSZERZYMY PROGRAM SZCZEPIEŃ PRZECIWIW HPV. WSPÓLNIE Z MEN PRZYGOTUJEMY KAMPANIĘ INFORMACYJNĄ, SKIEROWANĄ DO RODZICÓW I UCZNIÓW, PROMUJĄCĄ TO SZCZEPIENIE. CHCIAŁABYM, BY SZCZEPIENIA BYŁY RÓWNIEŻ PRZEPROWADZANE W SZKOŁACH – ZAPOWIADA MINISTER ZDROWIA IZABELA LESZCZYNA.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

31 stycznia szefowa resortu zdrowia przedstawiła pakiet dla kobiet „Bezpieczna, świadoma ja”, dotyczący przede wszystkim szeroko rozumianego zdrowia prokreacyjnego. Jego częścią są szczepienia przeciw HPV. Realizację programu szczepień rozpoczęto w połowie 2023 r., ale jego rezultaty nie są, oględnie mówiąc, zadowalające: odsetek uprawnionych 12- i 13-latków, którzy skorzystali z programu, wynosi 16–17 proc. To bardzo mało i widać, że bez radykalnych decyzji sytuacja się nie zmieni. Ministerstwo Zdrowia zapowiada więc daleko idące korekty.

Jakie „radykalne decyzje” może i chce podjąć Izabela Leszczyna? Wysłunięto sugestię, że program mógłby zostać rozszerzony o młodsze roczniki, ale zmianę przede wszystkim ma przynieść edukacja. Minister zdrowia zapowiada kampanię informacyjną skierowaną zarówno do rodziców, jak i samych nastolatków, dotyczącą potrzeby szczepień i korzyści, jakie z nich płyną. Co więcej, przy okazji pojawiła się informacja, że resorty zdrowia oraz edukacji pracują nad wprowadzeniem do szkół wiedzy o zdrowiu (*nota bene* rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Chmielowiec podjął na nowo temat konieczności umocowania tego zakresu nauczania jako odrębnego przedmiotu, co jest zresztą zgodne z rekomendacjami specjalistów).

Eksperci i praktycy podkreślają jednak, że problemów jest więcej. Duża część to po prostu logistyka. Wąskim gardłem, jak mówiono w dyskusji poświęconej szczepieniom przeciw HPV podczas konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2024”, 31 stycznia na Zamku Królewskim w Warszawie, są punkty szczepień: prowadzi je tylko kilkanaście procent poradni POZ. Powód? Rozliczenia z NFZ są tak skomplikowane, że przy niewielkim zainteresowaniu świadczeniodawcom zwyczajnie się to nie opłaca, zwłaszcza że stawka nie jest wygórowana. Ba, prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, wprost powiedziała, że lekarze byliby skłonni „machnąć ręką” na pieniądze i zrezygnować z dodatkowej zapłaty, gdyby szczepienie zostało włączone do Programu szczepień ochronnych (i tym samym było finansowane w ramach stawki kapitałowej), bo

odpadłyby obciążające poradnie czynności biurokratyczne. Włączenie szczepienia przeciw HPV do PSO popiera też m.in. Polskie Towarzystwo Pediatryczne. Specjaliści niezmiennie popierają również pomysł organizacji szczepień w szkołach, podkreślając, że kraje, które zdecydowały się na takie rozwiązanie, mają najwyższy poziom wyszczepialności.

Eksperci zdecydowanie opowiadają się za rozszerzeniem programu szczepień na inne roczniki. Nie tylko młodsze. Prof. Jackowska zwróciła uwagę, że w tej chwili szczepionka dwuwalentna jest w pełni refundowana dla wszystkich poniżej 18. roku życia i w przypadku starszych nastolatków (15–18 lat) mogłaby być stosowana również w ramach programu.

Sporym problemem, na jaki zwrócono uwagę podczas dyskusji, była w minionych siedmiu miesiącach zróżnicowana dostępność szczepionek, zwłaszcza że w programie cały czas wykorzystuje się dwa różne preparaty. Ta kwestia również, zdaniem ekspertów, komplikuje sytuację.

Podczas gdy eksperci i decydenci nie bez racji skupiają się na szczepieniu przeciw HPV, uwadze umyka fakt, że mamy ze szczepieniami dzieci i młodzieży problem znacznie szerszy. Polska w ostatnich tygodniach znalazła się na liście krajów, do których Światowa Organizacja Zdrowia zaapelowała o podniesienie poziomu immunizacji przeciw odrze. W 2023 r. bowiem liczba przypadków tej choroby wzrosła w stosunku do roku poprzedniego... 45 razy. 42,2 tys. przypadków wobec 941 w 2022 r. „robi wrażenie”. Powód? Z jednej strony ciągle wysoka, by nie powiedzieć: ciągle rosnąca, aktywność ruchów antyszczepionkowych, z drugiej – część zaciągniętego w pandemii długu zdrowotnego, zaniechane lub raczej odłożone w czasie szczepienia dzieci, których realizacji nie dopilnowano. Poziom zaszczepienia pierwszą dawką szczepionki skojarzonej MMR spadł w całej Europie z 96 proc. w 2019 r. do 93 proc. w 2022, a drugą dawką – z 92 do 91 proc. Polska również znajduje się „pod kreską”, bo poziom zaszczepienia zmniejszył się znacząco poniżej 95 proc. I nie ma żadnych wątpliwości, że rząd przede wszystkim powinien rozwiązać problem skutecznego monitorowania szczepień obywateli oraz uchylenia się od szczepień. ●

XLVI OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE IM. PROF. JANA NIELUBOWICZA ODBĘDZIE SIĘ 13 KWIETNIA 2024 R.



JUŻ WKRÓTCE

nowe usługi dostępne dla lekarzy i lekarzy dentyków
w ramach opłacanej składki członkowskiej!

Prowadź księgowość z OIL

Usługi księgowe dla lekarzy przedsiębiorców
150 zł/mies. (pozostałą kwotę pokrywa izba).

Rozlicz PIT z OIL

Zapłacisz 50 zł za usługę profesjonalnego
rozliczenia PIT, a resztę kwoty pokryje izba.

Formularz zgłoszeniowy wkrótce na stronie izby

Lekarz celebryta na manowcach

EDUKACJA ZDROWOTNA I PROPAGOWANIE POSTAW PROZDROWOTNYCH MA ZDECYDOWANIE WIĘKSZĄ SIŁĘ PRZEKAZU, JEŚLI POWIĄŻE SIĘ JE Z TWARZĄ KONKRETNEGO CZŁOWIEKA – LEKARZA, NAJLEPIEJ CHARYZMATYCZNEGO EKSPERTA W DANEJ DZIEDZINIE. A PONIEWAŻ ŻYJEMY W KULTURZE OBRAZKOWEJ, W KTÓREJ SZYBKOŚĆ PRZEKAZYWANIA INFORMACJI DAWNO JUŻ PRZEKROCZYŁA TRZECIĄ PRĘDKOŚĆ KOSMICZNĄ, LEKARZE ANGAŻUJĄCY SIĘ W DZIAŁALNOŚĆ EDUKACYJNĄ DLA PACJENTÓW TŁUMNIE ZAPEŁNIAJĄ CYBERPRZESTRZEŃ.

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. archiwum

Rzeczywistość wygląda tak, że trudno dziś znaleźć osobę nieposiadającą konta na popularnym portalu społecznościowym i nieużywającą na co dzień komunikatorów prywatnie czy zawodowo. Jest to wygodne i pożyteczne, ale też pełne pułapek, również dla lekarzy.

Z jednej strony bardzo dobrze, że niektórzy lekarze są obecni w mediach i skutecznie pełnią rolę influencerów. Wszak Internet zalewa nas informacjami, ale bez podziału na treści zweryfikowane i absurdalne, a nawet szkodliwe. Mnożą się w sieci kolejne kultury samozwańczych guru od spraw zdrowia, którzy wabią odbiorców z pozoru atrakcyjnymi ofertami cudownego uzdrowienia poza nurtem oficjalnej medycyny i w wielu przypadkach całkiem bezkarnie narażają zdrowie pacjentów, którzy im zaufają. Lekarz celebryta ma więc do odegrania bardzo wzniosłą rolę – szerzenia rzetelnej, zweryfikowanej wiedzy dotyczącej zdrowia i chronienia pacjentów przed wpływem rzekomych cudotwórców. Doświadczenie bycia lekarzem celebrytą niesie jednak ze sobą pewne ryzyko, łatwo bowiem wpaść w sidła wewnętrznego narcyza, którego okruczeństwo przecież wszyscy w sobie nosimy.

– *No popatrz, co za skandal! Ktoś bezprawnie posłużył się moim wizerunkiem! Jeden z pacjentów znalazł to w Necie i podesłał mi* – koleżanka, której fanpage subskrybuje, dzwoni do mnie wzburzona. Ewa ma konta na znanych portalach

i solidne grono obserwujących, zaczęła edukować pacjentów w czasie pandemii i robi to nadal. Wszystko, co publikuje, jest przez wiele osób lajkowane i komentowane. Mówi i pisze prosto, konkretnie, rzetelnie, podaje źródła, robi to w atrakcyjnej formie. Pacjenci ją uwielbiają albo hejtują, ale tych życzliwych i doceniających jej pracę jest chyba więcej. Patrzę na to, co wkleiła na stronie z komentarzem protestu: zhakowane z jej portalu zdjęcie profilowe z podpisem „*prof. dr hab. Ewa (...) specjalistka (...) przyjmuję w...*”.

– *Wygląda na to, że same kłamstwa o tobie piszą.*

– *Oczywiście, że kłamstwa!* – oburza się Ewa. – *Przecież ja w ogóle nie znam tej firmy, nigdy tam nie pracowałam! Posłużyli się bezprawnie moim wizerunkiem, żeby przyciągnąć tym oszustwem pacjentów! Ale ja już napisałam oświadczenie na mojej stronie, zobacz!*

Patrzę.

„*Oświadczam, że nie pracuję i nigdy nie pracowałam w placówce X.*”.

– *Ewa, uzupełnij to oświadczenie, proszę.*

– *A co jeszcze powinnam napisać?* – nie ukrywa zdziwienia.

– *Masz tytuł naukowy? Jesteś profesorem?*

I masz wszystkie specjalizacje, które ci przypisują autorzy tej reklamy?

– Oczywiście, że nie, ale przecież to wszyscy wiedzą – irytuje się Ewa.

– Wiedzą wszyscy, którzy cię znają, pozostali mogą dać się wprowadzić w błąd. Dopisz, proszę, jaki masz naprawdę tytuł zawodowy i że nie masz tytułów naukowych.

– Jasne, zamiast mi współczuć, czepiasz się. Superkoleżanka. Dlaczego to takie istotne twoim zdaniem?

– Tu nie chodzi o moje zdanie. Chodzi o Kodeks Etyki Lekarskiej, artykuł 62. Lekarz może używać tylko należnych tytułów zawodowych i naukowych. Pomijając, że to zwykła uczciwość, były już o to sprawy sądowe i kary – dotkliwie.

– Ale przecież nie twierdzą nigdzie, że mam tytuł naukowy i specjalizacje, których nie zrobiłam!

– Zgoda, ale jeśli wiesz, że ktoś ci to przypisuje, i nie reagujesz, nie protestujesz, nie zaprzeczasz – przyzwalasz na to. A jak przyzwalasz, to akceptujesz rozpowszechnianie nieprawdziwej informacji o sobie. A to już jest naganne. I możesz ponieść za to odpowiedzialność.

– Świetnie – Ewa najwyraźniej nie jest przekonana moimi argumentami. – Czyli jak zwykle wszystkiemu winien jest lekarz. Najlepiej nas wszystkich osądzić i ukarać. Tak jest najłatwiej!

– Ewo, nie rozumiesz – teraz ja zaczynam się irytować. – Nie ty umieściłaś tę reklamę, OK. Nie dawałaś na nią zgody. Ale jesteś osobą publiczną i reprezentujesz środowisko. Powinnaś sprostować ten wpis. Pacjenci cenią cię za to, kim jesteś, i za taki dorobek, jaki osiągnęłaś. To ważne, żeby nie pozwolić na szerzenie nieprawdy.

– Dobrze, a jakbym, dajmy na to, była poproszona o jakieś wystąpienie medialne i omyłkowo przedstawiono by mnie niezgodnie ze stanem faktycznym, to też wtedy ja będę winna? Nawet jakbym nie była tego świadoma, bo nie słuchałabym tego, co o mnie mówią, tylko skupiałabym się wyłącznie na sprawach merytorycznych i tym, co chcę powiedzieć?

– Jeśli nie będziesz wiedziała, nie będziesz mogła nic z tym zrobić. Ale warto, żebyś wiedziała. Warto, żebyś sprawdziła, jak cię przedstawiają, i sprostowała natychmiast, jak tylko się dowiesz, że coś jest niezgodne z prawdą.

Zerkam w międzyczasie na fanpage Ewy. Zaktualizowała oświadczenie.

„Oświadczam, że nie posiadam tytułu naukowego, a mój tytuł zawodowy to lekarz specjalista (...)”.

Kończymy rozmowę już bez skrajnych emocji, bo do Ewy chyba powoli dociera, na czym polega istota problemu.



Fot. licencja OLL w Warszawie

Lekarze edukatorzy robią naprawdę dobrą robotę. Dzięki ich pracy niejeden pacjent uniknął problemów zdrowotnych, jakie mogły mu zaszerwować ruchy antyszczepionkowe lub pseudokliniki oferujące „cudowne” diety czy suplementy. Dobrze by jednak było, gdyby lekarze celebryci i influencerzy zachowywali czujność odnośnie do wiarygodności swojego medialnego wizerunku. Wcale nie tak rzadko zdarza się bowiem, że są przedstawiani lub tytułowani niezgodnie ze stanem faktycznym. Niektórzy pewnie nie są tego świadomi albo ignorują to, aczkolwiek zdarzają się przypadki celowego wprowadzania odbiorców publikowanych treści w błąd w kwestii posiadanych kompetencji zawodowych. Jeśli lekarz robi coś takiego celowo, prawdopodobnie ma do swojej działalności podejście makiaweliczne i zależy mu głównie na korzyściach osobistych, a wtedy wkracza już w poważny konflikt z prawem. Jeśli nie ma motywacji materialnej, być może karmi swój społeczny narcyzm, dla którego pożywką jest służba społeczna premiowana powszechnym podziwem (w przeciwieństwie do klasycznego narcyzmu, skupionego na karmieniu się wartościami odbieranymi innym).

Działalność edukacyjna w mediach może zwabić lekarza na manowce, kiedy – dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem oraz działając jak najbardziej dla dobra pacjenta i dla dobra nauki – niepostrzeżenie pozwoli wykiełkować w sobie ziarenku narcyzmu, od którego przecież nikt z nas nie jest wolny. Cytując za polskim autorem Jarosławem Gibasem, który w jednej ze swoich książek przywołuje tezę dr. Craiga Malkina z Harvard Medical School, świadomość lekarza celebryty na manowcach wygląda tak: „jestem najbardziej pomocną osobą i będę znany/znana ze swoich dobrych uczynków”. A wtedy Kodeks Etyki i wierność prawdzie może nie przebić się przez gąszcz innych wartości, jakie ceni sobie tańczący z tytułami lekarz celebryta na manowcach. ●

Więcej nie znaczy lepiej

POTRZEBUJEMY LEKARZY, TYLKO JAKICH? ODPOWIEDŹ NA TO PYTANIE MOŻE NIE SPODOBAĆ SIĘ ZWOLENNIKOM TRADYCYJNEGO PODZIAŁU KOMPETENCJI W OCHRONIE ZDROWIA.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Żychy/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

Ministrowie zdrowia i szkolnictwa wyższego zastanawiają się, co począć ze studentami kierunków lekarskich, na które przyjęto ich w ubiegłym roku w szkołach do tego nieprzygotowanych. Tymczasem nie został przedyskutowany problem, kim powinien być młody lekarz, gdy rozpocznie pracę za co najmniej sześć lat. A jeśli już wykształcimy większą liczbę lekarzy, jak najlepiej z możliwości tych kadr skorzystać? Co zrobić, by nie zmarnować potencjału, który zasili ochronę zdrowia? Nie wszyscy wyjadą przecież zagranicę, mimo składanych deklaracji. Nie wszyscy skorzystają z kredytów przyznawanych dziś przez lokalnych włodarzy miast, które chciałyby zatrzymać absolwentów na swoim terenie. Większość będzie zastanawiać się nad wyborem specjalizacji i pójdzie do pracy w klinikach, szpitalach oraz opiece ambulatoryjnej lub POZ – na stanowiskach wymagających kompetencji niekoniecznie przypominających te, które niezbędne są dzisiaj.

Skoro zmieniają się najróżniejsze dziedziny życia, zmienia się również medycyna. A wraz z nią ewoluuje cały system ochrony zdrowia. Jeszcze kilkanaście lat temu z o wiele większą pewnością pisałbym o szlachetnym konserwatyzmie w pracy lekarzy i niezbędnych w niej atrybutach: sztuce zbierania wywiadu, zaletach bezpośredniego badania i podejmowania decyzji nad stołem operacyjnym. Pamięamy sprzeciw wobec stawiania rozpoznania przy użyciu urządzeń cyfrowych, wypisywania recept elektronicznych, ba, zezwolenia na to pielęgniarkom lub umożliwienia aptekarzom podawania szczepionek. A reforma ratownictwa medycznego i zastąpienie lekarzy w karetkach wykształconymi od podstaw ratownikami? Ileż krytyki spadło na pomysłodawców takiego rozwiązania, praktykowanego dużo wcześniej w krajach anglosaskich.

Te doświadczenia powinny nauczyć twórców systemu kształcenia lekarzy elastyczności i wykorzystywania... wyobraźni. Od kilku lat przybywa studiujących medycynę, ale wejść oni do systemu innego niż funkcjonujący teraz. Skoncentrowanie się wyłącznie na zwiększeniu liczebności narybku, który przystąpi do egzaminów końcowych (a później specjalizacyjnych), jest krótkowzroczne. Jeśli organizatorzy systemu ochrony zdrowia zawczasu nie pomyślą o usprawnieniu go na tyle, by praca lekarzy nie skupiała się na biurokracji, korzyści z liczniejszej kadry okażą się mrzonką, a z punktu widzenia pacjentów nie przyniesie to żadnych profitów.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej niedawno przyznał, że nawet w samorządzie przez długi czas był kłopot z dokładnym oszacowaniem liczby lekarzy „aktywnych zawodowo”. Jak ich zdefiniować? Czy to ci, którzy pracują na co najmniej pełny etat, czy raz w tygodniu, czy ci, którzy przychodzą tylko na nocne dyżury albo zachowali jedynie prawo do wystawiania recept? – *Co więcej, nie wiedzieliśmy nawet, ilu lekarzy rzeczywiście potrzebujemy* – stwierdził dr Łukasz Jankowski.

Poprzednie kierownictwo Ministerstwa Zdrowia uznało jednak, że refren o potrzebie zwiększenia liczby lekarzy będzie się najlepiej sprzedawał w kampaniach wyborczych. „*Lawinowy przyrost studentów medycyny*” – jak dumnie ogłaszał minister Adam Niedzielski – miał być receptą (z odłożonym w czasie terminem realizacji) na niedostatki funkcjonowania całego systemu. Ale obecna wiceminister zdrowia Urszula Demkow, która nadzoruje w resorcie Departament Rozwoju Kadr Medycznych, przypomina, że Polska, ze średnią 3,6 lekarza na 1 tys. mieszkańców, mieści się w środku europejskiej stawki (średnia unijna wynosi 3,7): – *Jak to jest, że podobny wskaźnik ma Francja,*



a system ochrony zdrowia jest tam jednym z najlepszych w Europie? Z kolei w Grecji lekarzy jest bardzo wielu, tymczasem ochrona zdrowia działa nie najlepiej. Liczba lekarzy w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest więc słabym miernikiem jakości opieki zdrowotnej.

Podaję, że tym miernikiem jest nie tylko poziom wykształcenia medyków, lecz funkcjonalność systemu. To wcale nie lekarz powinien być w jego centrum, a z tym właśnie mamy do czynienia w Polsce. W minionych latach kształcenie w różnych zawodach medycznych opierano na tradycyjnym postrzeganiu medycyny, choć styl pracy gruntownie zmienia się na naszych oczach i warto to wziąć pod uwagę. Sam prezes NRL, należący niewątpliwie do młodego pokolenia, samokrytycznie przyznaje, że okrzepły w Polsce „lekarzocentryzm” powinien w najbliższych latach ustąpić miejsca „pacjentocentryzmowi”, choć nie obejdzie się to pewnie bez krytyki ze strony części lekarzy. Dr Jankowski ma tego świadomość, ale czy mają organizatorzy kształcenia najmłodszych roczników, które rozpoczną pracę dopiero za kilka lat?

Przejdźcie w Polsce na „pacjentocentryczny” system leczenia wymaga innej kultury pracy, która nie tylko wzmocni pozycję pacjenta, ale sprawi, że lekarzom będzie się pracowało wygodniej, choć ze świadomością, że część dotychczasowych kompetencji powinni oddać przedstawicielom innych zawodów medycznych. Tak jak to się stało w medycynie ratunkowej. Można też „obudować” lekarza asystentami medycznymi, z nieco niższym poziomem wykształcenia dostosowanym do różnych specjalizacji, ale na tyle autonomicznymi, by pacjenci nie odnosili wrażenia, że w przychodni lub szpitalu personel wchodzi sobie w drogę. We wspomnianej Francji zespół medyczny składa się z wykwalifikowanych specjalistów z różnych dziedzin: lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, dietetyka, psychologa. A my mamy medycynę rozczłonkowaną na 90 specjalizacji i każdy specjalista czuje się autorytetem nieskłonny do dzielenia się swoimi kwalifikacjami. Pewnie zdobyty z dużym nakładem sił tytuł trudno oddać. Jeśli jednak lepiej funkcjonujący system ochrony zdrowia ma być nastawiony na wartość zdrowotną, nikt dyplomów odbierać nie

będzie (tak jak teraz trudno zabierać indeksy studentom marnych kierunków lekarskich). Ale można inaczej rozdzielić kompetencje i stworzyć inny podział obowiązków.

Na niedawnej konferencji w Warszawie „Priorytety w ochronie zdrowia 2024”, podczas panelu poświęconego szkolnictwu medycznemu, Waldemar Malinowski (prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych) wspominał swój pobyt na jednym ze specjalistycznych oddziałów szpitalnych. Już pierwszego dnia odwiedziło go pięciu lekarzy tej samej specjalności i każdy pytał, czy badał go poprzedni kolega, a następnie powtarzał badanie. Dopiero po trzech dniach pojawił się ten, od którego usłyszał, że jest jego lekarzem prowadzącym! To dowód, że mamy naprawdę luksusowo działającą opiekę zdrowotną i bogate szpitale, które mogą sobie pozwolić na opisane praktyki. Gdy słyszymy takie historie, ciśnie się na usta pytanie: czy rzeczywiście jest za mało lekarzy, czy też nie wykorzystujemy ich właściwie?

Czas pomyśleć o tym teraz, gdy rozpoczęto (mniej lub bardziej) formalną reformę kształcenia medycznego, bo zdefiniowanie zakresu nowych obowiązków osób wykonujących poszczególne zawody i mających różne specjalizacje w systemie ochrony zdrowia bardzo byłoby pomocne obecnie studiującym i planującym zawodową karierę. W ostatnich latach było z tym tak dużo zamieszania, że większość absolwentów medycyny miotła się między życzliwymi wskazówkami swoich mentorów na kierunkach specjalizacyjnych a doraźnymi planami ministrów (którzy raz promowali internę, kiedy indziej medycynę rodzinną, a zdarzyło się, że nawet przez jakiś czas geriatrię). Jeśli chcemy, by przyszli lekarze – absolwenci dzisiejszych studiów na rozmaitych uczelniach i w szkołach zawodowych – nie walczyli o etaty wyłącznie w klinikach uniwersyteckich albo w pięciu największych aglomeracjach, aby wybierali specjalności dające ograniczone możliwości pracy na rynku prywatnym i bardziej doceniali zatrudnienie w systemie publicznym – musimy przygotować ich do warunków skrojonych na miarę medycyny, która nadchodzi, a nie tej, którą wolimy jak najdłużej zachować w pamięci. ●



Fot. P. Kofczyk

– POROZUMIENIE JEST NAJLEPSZYM DOWODEM NA TO, ŻE SAMORZĄD LEKARSKI I ZWIĄZEK ZAWODOWY MOGĄ ZNAKOMICIE SIĘ UZUPEŁNIAĆ NA POLU OCHRONY PRAW LEKARZY. OZZL DYSPONUJE ROZPROSZONYMI ODDZIAŁAMI TERENOWYMI, CO UŁATWIA DOTARCIE DO LEKARZY I DZIAŁANIE W SPORACH Z PRACODAWCĄ. Z KOLEI NASZA IZBA MA DOŚWIADCZENIE W REPREZENTOWANIU SPRAW LEKARZY PRZED ORGANAMI ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ – TAK PIOTR PAWLISZAK, PREZES ORL W WARSZAWIE, PODSUMOWAŁ PODPISANIE DOKUMENTU O WSPÓŁPRACY MIĘDZY OIL W WARSZAWIE A OGÓLNOPOLSKIM ZWIĄZKIEM ZAWODOWYM LEKARZY REGION MAZOWIECKI.

tekst **MAŁGORZATA HNAT**

Podpisanie porozumienia odbyło się 2 lutego 2024 r. podczas spotkania, w którym udział wzięli: Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie, Joachim Budny, przewodniczący OZZL Regionu Mazowieckiego, a także Monika Potocka, rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie.

Kluczowe kwestie, które zostały zawarte w dokumencie, to działanie OIL w Warszawie i OZZL na rzecz ochrony zarówno zbiorowych, jak i indywidualnych interesów lekarzy oraz lekarzy dentyków. Celem współpracy jest zapewnienie wsparcia w dochodzeniu roszczeń, w walce z mobbingiem, dyskryminacją i szkodliwymi praktykami w miejscu pracy. Do ważnych aspektów porozumienia należy też zapewnienie efektywnej i sprawnej koordynacji działań w zakresie ochrony praw lekarzy.

– Bardzo mnie cieszy, że OZZL i OIL w Warszawie nawiązują współpracę, ponieważ obecnie wspólne działanie środowisk medycznych jest nieocenione i niezwykle potrzebne. Tylko razem, w dobrej komunikacji, w sprawnej współpracy możemy zadbać najlepiej o losy koleżanek i kolegów lekarzy – powiedział po spotkaniu Joachim Budny, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego.

Monika Potocka również podkreśliła, że podpisanie porozumienia stanowi przełom we współpracy środowisk medycznych: *– To pierwsze takie porozumienie między izbą a OZZL, czyli krok milowy. Do tej pory organizacje działały równolegle, obok siebie, niekoniecznie ze sobą współpracowały – podsumowała rzecznik praw lekarza. ●*

Ścieżka zgłaszania spraw przez lekarzy i lekarzy dentyistów w ramach współpracy z OZZL

Lekarz

Sprawy związane z przekroczeniem obowiązujących przepisów

Oddziały terenowe OZZL (przychodnie, szpitale)

Ocena i analiza prawna: czy w zgłoszonej sprawie doszło do złamania prawa

Uwaga! Jeśli w Twojej placówce nie funkcjonuje oddział terenowy OZZL, możesz go założyć zgodnie z instrukcją na <https://ozzlmazowsze.org.pl/zakladanie-prowadzenie-oddzialu-terenowego/>

Zarząd regionalny OZZL

Na prośbę oddziału terenowego udziela pomocy w zakresie finansowania działań, mających na celu rozwiązanie sprawy, lub nagłosnienia jej na szczeblu krajowym OZZL oraz wsparcia medialnego.

Biuro Prawne OZZL

Prawnicy podejmują działania mające na celu prawne rozwiązanie sprawy.

Biuro Rzecznika Praw Lekarza

Na prośbę oddziału terenowego OZZL rzecznik podejmuje stosowne działania: występuje do organów nadzoru o przeprowadzenie kontroli.

Kara finansowa nakładana według uznania

DO BIURA RZECZNIKA PRAW LEKARZA ZGŁOSIŁA SIĘ DOŚWIADCZONA OTOLARYNGOLOG Z PROŚBĄ O WSPARCIE W ROZWIĄZANIU JEJ SPORU Z BYŁYM PRACODAWCĄ.

SPRAWA JEST SKOMPLIKOWANA NIE TYLKO ZE WZGLĘDU NA WYSOKOŚĆ KARY, OPIEWAJĄCEJ NA KILKASET TYSIĘCY ZŁOTYCH, JAKĄ NA LEKARKĘ NAŁOŻYŁ PRACODAWCA, ALE RÓWNIEŻ NA FAKT, ŻE W STOSUNKU DO LEKARZY Z INNYCH PLACÓWEK W PODOBNEJ SYTUACJI, JAK WYNIKA Z INFORMACJI, KTÓRE PRZEKAZANO RZECZNIKOWI, KARY NIE NAŁOŻONO.

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



Fot. K. Bartyzel

W 2021 r. NFZ przeprowadził kontrolę poradni laryngologicznych, która obejmowała rozliczenia zabiegów łyżeczkowania ucha zewnętrznego zaklasyfikowanych przez NFZ do procedury biopsji ucha zewnętrznego. Procedura ta wymaga każdorazowo pobrania próbki materiału znajdującego się w uchu zewnętrznym i przekazania do badania histopatologicznego. Ponieważ procedury były źle zaklasyfikowane, NFZ kosztami obciążył kontrolowane placówki, z których część przerzuciła całkowicie odpowiedzialność finansową na zatrudnionych lekarzy. W związku z tym podjęłam kroki, aby podmioty, które zatrudniały doktor otolaryngolog, odstąpiły od egzekwowania płatności.

Biuro RPL wystosowało także pisma do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, w których podkreśliłam, że nie można przerzucić całej odpowiedzialności na lekarza. Sprawa została również przedstawiona Naczelnej Izbie Lekarskiej. Należy podkreślić, że w tym przypadku zawiodły procedury, gdyż to podmioty lecznicze podpisują umowy z NFZ i one ponoszą odpowiedzialność za prawidłową kontrolę zatrudnionych lekarzy. Jeśli lekarz popełni błąd, związany z zaklasyfikowaniem procedury w dokumentacji medycznej, który zostanie szybko wykryty, skutki nie będą tak poważne jak w opisanym sprawie.

O WYPOWIEDŹ POPROSIŁIŚMY LEKARKĘ, KTÓREJ SPRAWA DOTYCZY

Pani doktor, nałożono na panią ogromną karę, około 500 tys. zł, za zabiegi, których według pracodawcy pani nie wykonywała.

To dwóch pracodawców, ponieważ pracowałam w dwóch miejscach. NFZ domaga się od nich zwrotu nienależnych pieniędzy wypłaconych przez fundusz za przeprowadzone procedury zabiegowe. W moim przypadku chodzi o zabieg łyżeczkowania ucha. NFZ uznał, że nie było to łyżeczkowanie, tylko zwykła konsultacja lekarska, łyżeczkowanie zaś to zabieg, który powinien zakończyć się przekazaniem pobranego materiału do badań histopatologicznych.

Obie placówki próbowały odzyskać pieniądze, które zostały im potrącone w bieżących rozliczeniach. Kiedy to się nie udało i NFZ odmówił, całą kwotą obciążono mnie. Podkreślam: całą kwotą! Nie częścią, którą jako pracownik otrzymywałam od pracodawcy (45 proc.), tylko całą kwotą przekazywaną przez NFZ placówce. To podwójnie niesprawiedliwe działanie, bo dlaczego postanowiono żądać ode mnie całej kwoty?

Kontrolę przeprowadzono w 2021 i 2022 r. Kiedy poinformowano panią o jej wyniku?

O sprawie zostałam poinformowana w 2023 r. W ciągu roku wykonywałam około 400 zabiegów łyżeczkowania ucha w każdej placówce. Przez wiele lat pracy zawodowej, a mam bardzo duże doświadczenie w mojej dziedzinie, uważałam, że konieczne jest przeprowadzanie tego zabiegu w bardzo wielu przypadkach – podczas leczenia miejscowego antybiotykiem lub innym lekiem, jeśli przewod słuchowy jest zwężony lub wypełniony przez masy patologiczne. Utrudnia to bowiem wchłanianie leku. Natomiast w przypadku podejrzenia zmian nowotworowych taki zabieg może być niebezpieczny, trzeba pobrać wycinek tkanek do badania histopatologicznego.

Czyli pani wykonywała te procedury tak jak zwykle, a pani pracodawca nie widział w tym żadnego problemu.

Tak, w chwili oddawania przeze mnie faktur nie było weryfikacji czy zwrotów, nie uzyskałam informacji, że są jakieś nieprawidłowości w kodowaniu.

Kiedy pani się dowiedziała, że ma zapłacić tak wielką kwotę?

Najpierw usłyszałam od kolegów, że mają podobny problem i muszą zapłacić karę. Wtedy nie pracowałam już w jednej ze wspomnianych placówek. Potem, w 2023 r., otrzymałam z tej placówki wezwanie przedsądowe do zwrotu środków. Kolejne przyszło z drugiej placówki. Kwoty były podobne, obejmowały podobny okres, co tylko świadczy o tym, że nie było z mojej strony nieuczciwości, statystycznie tak to wyglądało.

Jak pani zareagowała, jakie kroki podjęła?

Gdy się o tym dowiedziałam, postanowiliśmy z kolegami działać. Zwróciliśmy się o pomoc do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie otolaryngologii. Przy czym od kolegów nie żądano zwrotu całej kwoty, tylko części, która była faktycznie ich wynagrodzeniem. Ja mam oddać całą sumę: czyli moje wynagrodzenie i to, co zarabiała placówka w ramach wykonywania mojej pracy.

Pani konsultant, zapoznawszy się ze sprawą, podkreśliła, że nie zna przypadku, by gdziekolwiek, na szkoleniach, na spotkaniach specjalistów czy choćby w dokumentacji medycznej, było powiedziane, że można łyżeczковать ucho zewnętrzne tylko wraz z badaniem histopatologicznym.

W kolejnym kroku zdecydowałam zwrócić się do Biura Rzecznika Praw Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie o pomoc. Za ciężką pracę otrzymałam tak drastyczną karę. Byłam bardzo rozgoryczona, bo 1 lipca 2023 r. minęło 50 lat od chwili, kiedy podjęłam pracę. Koledzy z mojego rocznika otrzymali nagrody, podziękowania, pochwały, a ja karę.

Na jakim etapie jest rozwiązanie pani problemu?

Teraz przekazałam wszystkie dokumenty do Biura Rzecznika Praw Lekarza OIL w Warszawie. Rzecznik Monika Potocka wystosowała pismo do ministra zdrowia, do prezesa NFZ, do konsultanta krajowego.

Biuro RPL otrzymało odpowiedź od prezesa NFZ, który wskazuje konieczność utworzenia komisji, która równolegle oceni procedurę wykonywaną tego zabiegu i tę zakwalifikowaną do diagnostyki onkologicznej. Uzgodniono, że członkowie komisji ekspertów powołanej przez NIL spotkają się w jej siedzibie i wspólnie ocenią problem.

My, lekarze, nie mieliśmy pojęcia, że zabieg łyżeczkowania został zakwalifikowany przez NFZ do procedury onkologicznej.

Czy pani rozmawiała z pracodawcą o tym, dlaczego tak postępuje? Jeśli popełniła pani błąd, dlaczego pracodawca nie zwrócił uwagi od razu po przekazaniu przez panią faktur? Nikt tego w placówce nie sprawdzał?

To dobre pytanie; właśnie rzecznik praw lekarza kontaktowała się z placówką. Dyrektor i prawnik placówki wyjaśnili, że muszą odzyskać pieniądze, które z bieżących rozliczeń potrącił NFZ, są to pieniądze instytucji. Ponieważ ja wykonywałam te procedury, to ja muszę te pieniądze zwrócić.

Ale przecież mogą wystąpić do sądu z roszczeniem w stosunku do NFZ?

Tak też uważa Biuro Rzecznika Praw Lekarza, tym bardziej że to placówka zawierała umowę z NFZ, a nie ja.

Przypadek pani koleżanki po fachu dowodzi, że pracodawca mógł postąpić inaczej.

Problem wystąpił w kilkunastu placówkach i nie żądano od lekarzy zwrotu pieniędzy. Koleżanka wykonywała łyżeczkowanie ucha, a więc tę samą procedurę, i nikt od niej nie żądał zwrotu pieniędzy. Podkreślamy, że w żadnych dotychczas stosowanych przez nas rozporządzeniach, załącznikach itd. nie znalazłyśmy procedury łączonej. To jest nowa dyrektywa, o której nie wiedziałyśmy, a pracodawca nas nie informował. NFZ bardzo często zmienia zarządzenia i przesyła do placówek informacje o przepisach zmieniających poprzednie. Do nas te informacje nie dotarły, więc stosowałyśmy się do poprzednich zarządzeń. Niedopatrzanie leży po stronie pracodawcy. Podsumowując, pracodawcy nie poradzili sobie z NFZ, więc całą kwotą obciążyli mnie.

Dla mnie to ogromny stres, który odbija się na moim zdrowiu fizycznym i psychicznym. Wykonuję swój zawód, zgodnie z moim powołaniem, a według nich jestem przestępcą. Z dokumentów, które przekazałam RPL, nie wynika, że świadomie popełniłam jakikolwiek błąd. ●



Vademecum lekarza przedsiębiorcy

Zmiana formy opodatkowania

NIC NIE JEST NA ZAWSZE, A ZMIANY SĄ DOBRE – TO DWIE MAKSYMUMY, W KTÓRYCH JEST WIELE RACJI. CZY RAZ WYBRANĄ FORMĘ OPODATKOWANIA MUSIMY STOSOWAĆ JUŻ ZAWSZE? A JEŚLI, PROWADZĄC DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, DOJDZIEMY DO WNIOSKU, ŻE INNA BĘDZIE DLA NAS BARDZIEJ KORZYSTNA? CO ZROBIĆ?

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

SKALA PODATKOWA

Jest podstawową formą opodatkowania w Polsce. Jeśli, zakładając działalność gospodarczą, nie zadeklarujemy innej formy, automatycznie zostanie nam przypisane rozliczanie podatków według skali podatkowej.

Jeżeli **prowadzimy działalność gospodarczą opodatkowaną według stawki liniowej albo ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych**, a chcemy przejść do rozliczania podatków na zasadach ogólnych, musimy złożyć pisemne oświadczenie o zmianie dotychczasowej formy opodatkowania naczelnikowi urzędu skarbowego. Należy je dostarczyć w odpowiednim czasie, czyli do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym uzyskamy pierwszy w danym roku przychód z działalności gospodarczej, lub do końca roku – gdy pierwszy przychód uzyskaliśmy w grudniu danego roku.

Przykładowo: jeśli stosujemy podatek liniowy i pierwszy przychód uzyskaliśmy w styczniu 2024 r., mamy czas na zmianę z opodatkowania podatkiem liniowym do 20 lutego 2024 r.

Oświadczenie o zmianie formy opodatkowania z podatku liniowego albo z ryczałtu można złożyć w urzędzie skarbowym oraz za pośrednictwem CEIDG, zmieniając dane we wpisie.

PODATEK LINIOWY

Jeśli chcemy przejść na podatek liniowy, kierujemy do naczelnika urzędu skarbowego pisemne oświadczenie o wyborze opodatkowania dochodów z działalności gospodarczej w tej formie. Trzeba to zrobić do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym uzyskaliśmy pierwszy w danym roku przychód z działalności gospodarczej, lub do końca roku – gdy pierwszy przychód uzyskaliśmy w grudniu danego roku. Oświadczenie o wyborze opodatkowania podatkiem liniowym można złożyć w urzędzie skarbowym oraz za pośrednictwem CEIDG, zmieniając dane we wpisie.

RYCZAŁT OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH

Aby rozliczać się ryczałtem, należy złożyć pisemne oświadczenie o wyborze takiej formy opodatkowania. Trzeba to zrobić do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym uzyskamy pierwszy w danym roku przychód z działalności gospodarczej, lub do końca roku – gdy pierwszy przychód uzyskamy w grudniu danego roku. Oświadczenie o wyborze opodatkowania ryczałtem można złożyć w urzędzie skarbowym oraz za pośrednictwem CEIDG, zmieniając dane we wpisie.

KARTA PODATKOWA

Z kolei **kto rozlicza się kartą podatkową** i chce wrócić do opodatkowania na zasadach ogólnych albo wybrać ryczałt lub podatek liniowy powinien skierować do naczelnika urzędu skarbowego pisemne oświadczenie do 20 stycznia:

- o rezygnacji z opodatkowania w ramach karty podatkowej – wróci wówczas do opodatkowania na zasadach ogólnych,
- o wyborze opodatkowania podatkiem liniowym bądź ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych – będzie wtedy opodatkowany w wybranej przez siebie formie w kolejnym roku podatkowym.

Oświadczenia o rezygnacji można złożyć w urzędzie skarbowym oraz za pośrednictwem CEIDG, zmieniając dane we wpisie.

UWAGA!

Jeśli zrezygnujemy z opodatkowania kartą podatkową, nie będziemy mogli wrócić do tej formy rozliczania się z fiskusem. ●

KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ

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

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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza



Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat

PROJEKT ROZPORZĄDZENIA DOTYCZĄCEGO ŚWIADCZEŃ KOMPENSACYJNYCH

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta.* Dokument stanowi wykonanie upoważnienia art. 67s ust. 5 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.* Wysokość należnego świadczenia będzie ustalana przez rzecznika praw pacjenta na podstawie szczegółowych parametrów określonych w projektowanym rozporządzeniu. W przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia rzecznik będzie zobowiązany do uwzględnienia charakteru następstw zdrowotnych zdarzenia medycznego oraz stopnia dolegliwości wynikających ze zdarzenia medycznego, również w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu i pogorszenia jakości życia. Natomiast w przypadku śmierci pacjenta wysokość świadczenia kompensacyjnego jest ustalana z uwzględnieniem rodzaju relacji między zmarłym pacjentem a osobą uprawnioną do tego świadczenia oraz wieku zmarłego pacjenta i osoby uprawnionej.

Uwagi do projektu rozporządzenia przedstawiło Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.* Zwrócono uwagę, że art. 67s ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta wskazuje, iż wysokość świadczenia kompensacyjnego podlega co roku waloryzacji w stopniu odpowiadającym wskaźnikowi cen towarów i usług konsumpcyjnych. Mechanizm waloryzacyjny powinien zostać zatem przewidziany w projektowanym rozporządzeniu, tymczasem przedstawiony projekt rozporządzenia ani jego uzasadnienie nie zawierają wyjaśnienia w tym zakresie. Brak takiego mechanizmu będzie skutkowało w przypadku inflacji zwiększeniem przewidzianej w ustawie maksymalnej kwoty świadczenia kompensacyjnego, ale na mocy rozporządzenia wnioskodawca będzie mógł otrzymać najwyżej kwotę sprzed waloryzacji. Zwrócono również uwagę, że w wielu przypadkach uszczerbku na zdrowiu, ujętych w rozporządzeniu, zaproponowano zbyt niskie kwoty świadczeń. Może to utrudniać funkcjonowanie pozasądowego systemu kompensacji szkód w ochronie zdrowia i stanowić dla pacjentów oraz ich rodzin argument przemawiający za kierowaniem spraw na drogę sądową, zamiast do rzecznika praw pacjenta. Zwrócono również uwagę, że projekt rozporządzenia określa wysokość świadczenia kompensacyjnego w razie śmierci pacjenta w sposób budzący istotne wątpliwości. Wskazano brak uzasadnienia dla zbyt dużego zróżnicowania wysokości świadczenia dla małoletniego dziecka, które straciło rodzica będącego w wieku do 24. roku życia (100 tys. zł), w stosunku do świadczenia na rzecz małoletniego dzie-

ka, które straciło rodzica, który ukończył 46. rok życia (ma być dwukrotnie lub trzykrotnie niższe).

Warto przy tej okazji wspomnieć, że z informacji przedstawionych przez rzecznika praw pacjenta 15 stycznia 2024* od początku działalności Funduszu Kompensacyjnego Świadczeń Medycznych, tj. od 6 września 2023 r., do biura rzecznika wpłynęło 117 wniosków o wypłatę świadczenia, wszczęto 47 postępowań związanych z ustaleniem zdarzenia medycznego.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH W SPRAWIE KOSZTÓW OBRONY LEKARZA W POSTĘPOWANIU DYSCYPLINARNYM

Rzecznik praw obywatelskich zwrócił się z wystąpieniem* do prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie ugruntowanej praktyki orzeczniczej organów samorządu zawodowego lekarzy, które przyjmują, że lekarzowi prawomocnie uniewinnionemu w sprawie z zakresu odpowiedzialności zawodowej nie należy się zwrot kosztów ustanowienia jednego obrońcy z wyboru.

W ocenie rzecznika wykładnia sądów lekarskich, które odmawiają uniewinnionemu lekarzowi zwrotu kosztów obrony, jest nie do pogodzenia z konstytucyjnymi standardami, w szczególności z prawem do obrony (art. 42 ust. 2 Konstytucji RP), przepisami ustawy o izbach lekarskich oraz z orzecznictwem sądowym i trybunalskim. Rzecznik zwrócił się zatem do prezesa NRL o zmianę tej praktyki, aby lekarz uniewinniony w wyniku postępowania dyscyplinarnego mógł wystąpić o zwrot kosztów ustanowienia jednego obrońcy w sprawie. RPO zwrócił jednocześnie uwagę, że chociaż funkcja postępowania dyscyplinarnego znacząco różni się od postępowania karnego, najpierw

obwinionemu, a następnie uniewinnionemu lekarzowi powinny przysługiwać gwarancje analogiczne jak te ustanowione dla oskarżonego w sprawie karnej.

WYSTĄPIENIE RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH W KWESTII ZGODY NA POBIERANIE KOMÓREK, TKANEK I NARZĄDÓW OD OSOBY ZMARŁEJ

W wystąpieniu skierowanym do ministra zdrowia* rzecznik praw obywatelskich wskazał, że do jego biura wpływają wnioski obywateli dotyczące zmian ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* w zakresie domniemania zgody osoby zmarłej na pobranie tkanek i narządów. W obecnym stanie prawnym istnieje domniemanie zgody osoby zmarłej na pobranie jej komórek, tkanek i narządów, co jednak zdaniem rzecznika budzi wątpliwości w kontekście Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej oraz ochrony prawa osób najbliższych do kultu osoby zmarłej. Rzecznik zwrócił się w związku z tym do Ministerstwa Zdrowia o rozważenie podjęcia działań legislacyjnych, które włączyłyby rodziny w proces decyzyjny o donacji organów zmarłego krewnego.

RPO W SPRAWIE DANYCH ZAWARTYCH W CENTRALNYM REJESTRZE OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYKONYWANIA ZAWODU MEDYCZNEGO

Podsumowując aktywność rzecznika praw obywatelskich w ostatnim czasie, warto odnotować, że przystąpił do toczącego się w Trybunale Konstytucyjnym* postępowania w sprawie zapisów ustawy o niektórych zawodach medycznych.* Przedstawił w nim stanowisko,* że wspomniana ustawa nie jest zgodna z Konstytucją RP w zakresie, w jakim prze-

widuje, że informacje o przyczynie utraty uprawnienia do wykonywania zawodu przez osobę wykonującą zawód medyczny, zawarte w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, są jawne. Rzecznik podniósł, że mogą to być informacje o prawomocnym skazaniu, a także ukaraniu w postępowaniu dyscyplinarnym. Ich jawność nie jest konieczna dla osiągnięcia celu publicznego, jakim jest weryfikacja osób wykonujących zawód medyczny przez pacjentów czy pracodawców. Zwrócił jednocześnie uwagę, że przepisy w omawianym zakresie wejdą w życie 26 marca 2024 r.

PROKURATOR GENERALNY COFNAŁ WNIOSEK DO TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO DOTYCZĄCY SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

31 stycznia 2024 r. prokurator generalny Adam Bodnar wycofał z Trybunału Konstytucyjnego wniosek z 16 listopada 2023 r., skierowany przez byłego prokuratora generalnego Zbigniewa Ziobrę, w którym m.in. zakwestionowano przepisy określające kształt samorządu zawodowego lekarzy i zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej.* Omawiany wniosek został złożony z uwagi na sprzeciw niektórych lekarzy dotyczący zasadności szczepień ochronnych, w tym przeciwko COVID-19. Były minister sprawiedliwości stwierdził we wniosku, że wprowadzenie dla lekarzy tylko jednego samorządu, a także jednego Kodeksu Etyki Lekarskiej, uniemożliwia akceptację różnic w zakresie światopoglądu lekarzy i metod terapeutycznych przez nich stosowanych, co może skutkować odpowiedzialnością zawodową lekarzy.

* Źródła:



Obecny prokurator generalny uznał ów wniosek za próbę podważenia idei samorządu lekarskiego i zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej. Cofnięcie wniosku skutkuje zakończeniem postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym. ●

BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

dla lekarzy i lekarzy dentyków
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.

Informacje przed zabiegiem

LEKARZ PRZED OPERACJĄ MA OBOWIĄZEK PRZEKAZANIA PACJENTOWI WSZYSTKICH NIEZBĘDNYCH INFORMACJI. TO NIEZWYKLE ISTOTNY WARUNEK WAŻNOŚCI ZGODY UDZIELONEJ PRZEZ PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU.

JAKI WPŁYW NA ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA ZA POWIKŁANIA POOPERACYJNE MA ŚWIADOMIE WYRAŻONA ZGODA, DOWIEDZIE SIĘ Z NINIEJSZEGO TEKSTU.

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



Fotografie: archiwum

U pacjentki M. w 2004 r. rozpoznano zespół rodzinnej wiotkości wielostawowej (zespół Ehlersa-Danlosa typ III). Na poziomie VL4-VL5 dostrzeżono krążek międzykręgowy tworzący centralną płaską przepuklinę, która uciskała worek oponowy i oba korzenie nerwowe.

W latach 2009–2011 u pani M. rozpoznano dyskopatię szyjną i lędźwiową. 2 sierpnia 2009 r. pacjentka uległa wypadkowi samochodowemu, w wyniku którego ucierpiał kręgosłup w odcinku szyjnym. 8 czerwca 2010 r. wykonano zabieg chirurgiczny i usunięto całkowicie zwyrodniały dysk, poszerzono przestrzeń, usunięto osteofity i boczną lewostronną przepuklinę dyskową.

14 stycznia 2011 r. przeprowadzono badanie MR kręgosłupa L-S, które wykazało spłyconą fizjologicznie lordozę lędźwiową kręgosłupa, duże zmiany zwyrodnieniowe w płytkach granicznych trzonów, szczególnie na poziomie VL4-VL5, wtórne zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze w postaci osteofitów na tylnych krawędziach trzonów, które modelują worek oponowy, centralne przepukliny uciskające worek oponowy i obustronnie korzenie nerwowe, na poziomie VL3-VL4 płaską, bardziej lewostronną wypuklinę krążka międzykręgowego, łukowate wygięcie kręgosłupa w lewo.

Od 8 do 28 marca 2011 r. pacjentka przebywała na oddziale neurochirurgii i neurotraumatologii szpitala w G., gdzie rozpoznano u niej niedowład kończyn dol-

nych z objawami piramidowymi w przebiegu dyskopatii C5/C6, zespół bólowo-korzeniowy lewostronny w przebiegu przepukliny krążka międzykręgowego L4/L5, przebytą operację dyskopatii szyjnej C6/C7 w 2010 r. Pani M. skarżyła się na drętwienie i mrowienie kończyn dolnych, ból kręgosłupa utrudniający schyłanie się, osłabienie siły mięśniowej kończyn dolnych i mocno nasilone bóle głowy, a od wypadku w listopadzie – utrudnione schyłanie głowy, okresowo kołatanie serca.

W informacji dla pacjentki i formularzu zgody na przeprowadzenie leczenia zapisano, że mogą wystąpić powikłania w postaci: zakażenia rany pooperacyjnej, płynotoku, krwawienia wymagającego przetoczenia krwi, pogorszenia stanu neurologicznego.

14 marca 2011 r. przeprowadzono zabieg operacyjny, w czasie którego wycięto znacznie pogrubiałe i pofałdowane więzadło żółte, wykonano fenestrację na poziomie L4/L5 do góry i dołu, do boku poszerzając dojsię do kanału, odpreparowano worek z korzeniem do środka, zrewidowano przednią ścianę kanału kręgowego, uwidoczniając boczną przepuklinę dysku; korzeń zsunięto do środka, docięto więzadło podłużne tylne i wydobyto z przestrzeni

międzykręgową elementy dysku, zrewidowano zachyłek. Rozpoznano przepuklinę jądra miazdżystego krążka międzykręgowego L4/L5 lewostronną. Pacjentka początkowo nie uskarżała się na dolegliwości, jednak 23 marca 2011 r. wystąpił niedowład kończyn dolnych. W informacji dla pacjentki i formularzu zgody na przeprowadzenie leczenia z 24 marca 2011 r. podano, że mogą wystąpić powikłania zapalne, powikłania zatorowe, brak poprawy neurologicznej w zakresie niedowładu kończyn dolnych lub pogorszenie neurologiczne, dyskopatii.

24 marca 2011 r. przeprowadzono zabieg operacyjny, w czasie którego nacięto więzadło podłużne przednie na poziomie C5/C6, usunięto dysk, poszerzono przestrzeń, usunięto dokonałową lewostronną przepuklinę dysku, częściowo usunięto więzadło podłużne tylne, ustabilizowano przestrzeń protezą dynamiczną ALMAS 4, którą umocowano śrubami do trzonu C5. Rozpoznano: dyskopatię szyjną C5/C6, niedowład kończyn dolnych, stan po operacji dyskopatii C6/C7 i L4/L5 lewostronnej. Już tego samego dnia wycofał się niedowład kończyn dolnych, zwłaszcza po lewej stronie. 25 marca 2011 r. zauważono poprawę w zakresie siły mięśniowej. Do końca pobytu w szpitalu stan powódki oceniano jako dobry.

Pani M. zdecydowała się wnieść do sądu powództwo cywilne o zapłatę 100 tys. zł zadośćuczynienia za wadliwie wykonany zabieg i jego skutki. Pozwany został szpital oraz ubezpieczyciel. W toku postępowania sąd I instancji ustalał, czy doszło do błędu medycznego podczas obu operacji oraz czy winę ponoszą lekarze, podwładni szpitala, i czy należy wypłacić zadośćuczynienie. Na podstawie opinii biegłych sąd orzekł, że obie operacje zostały wykonane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a niedowład kończyn dolnych nie jest objawem źle przeprowadzonych zabiegów. Należy on do grupy możliwych powikłań po prawidłowo wykonanych zabiegach neurochirurgicznych, o których powódka została poinformowana przed zabiegiem. U pacjentki występują wielopoziomowe zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne, co przy współistnieniu zespołu Ehlersa-Danlosa typ III może być powodem bólu kręgosłupa i kończyn w przyszłości. Za przesłanki konieczne do ustalenia odpowiedzialności szpitala uznano winę lekarzy operatorów, szkodę i ich związek przyczynowo-skutkowy. Ponieważ na podstawie opinii biegłych ustalono, że lekarze nie ponoszą winy za powikłania, nie było powodu, by badać szkodę. Sąd podkreślił, że żaden lekarz nie może zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia ani całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Zwłaszcza jeżeli chodzi o operację neurochirurgiczną. Dlatego tak istotne jest dopełnienie obowiązku informacyjnego względem pacjenta, przed podjęciem przez niego decyzji. Zdaniem sądu I instancji pozwany szpital 13 marca 2011 r. rzetelnie poinformował panią M. w formularzu zgody na zabieg operacyjny, że mogą wystąpić powikłania. Podobnie było przed drugą operacją. Sąd oddalił roszczenie pacjentki o wypłatę zadośćuczynienia. Uznał, że niedowład był powikłaniem pozabiegowym, z istnieniem którego musiała się liczyć, prawidłowo poinformowana przed zabiegiem o możliwości jego wystąpienia.

Pacjentka zdecydowała się wnieść apelację od wyroku sądu I instancji, zarzucając niedopełnienie przez lekarzy obowiązku informacyjnego względem niej, błędną ocenę materiału dowodowego, sprzeczną z zasadami logiki, oraz nieuwzględnienie wniosku o przeprowadzenie nowej opinii biegłych.

Apelacja w ocenie sądu II instancji okazała się niezasadna. Sąd apelacyjny uznał, że materiał dowodowy jest prawidłowo zgromadzony. Nie ma też potrzeby powoływania nowych biegłych, gdyż przedstawiona opinia jest spójna, logiczna i wyczerpująco odpowiada na specjalistyczne pytania, a przygotowanie kolejnej opinii z powodu nieusatisfakcjonowania pani M. prowadziłyby do przewlekłości postępowania. Sąd podkreślił, że zarzut niewłaściwego poinformowania pacjentki przed operacją pojawił się dopiero na etapie apelacji. Wcześniej pani M. nie twierdziła, że lekarze nie poinformowali jej właściwie o możliwych powikłaniach, lecz, że zabieg został błędnie przeprowadzony. Dlatego sąd uznał, że zarzut jest spóźniony i nie może być podstawą odpowiedzialności.

Pytanie redakcji: Na czym polega obowiązek informacyjny lekarza przed podjęciem przez pacjenta decyzji o wyrażeniu zgody na realizację świadczenia medycznego?

Odpowiedź prawnika: Podstawowym prawem pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne lub odmowy poddania się mu. Dlatego ustawodawca nakłada na lekarza, jako specjalistę, obowiązek przystępnego poinformowania pacjenta o stanie jego zdrowia, metodach leczenia i diagnostyki, skutkach, możliwych powikłaniach oraz rokowaniu.

Pytanie redakcji: Jakie konsekwencje niesie dla lekarza lub podmiotu leczniczego niewypełnienie obowiązku informacyjnego?

Odpowiedź prawnika: Należy podkreślić, że jeśli świadczenie zdrowotne zostanie przeprowadzone bez zgody pacjenta, poprzedzonej udzieleniem informacji umożliwiających podjęcie decyzji, lekarz/podmiot będzie ponosił odpowiedzialność, nawet jeśli zabieg zostanie przeprowadzony prawidłowo. Sąd apelacyjny w Łodzi w wyroku z 18 września 2013 r. (sygn. akt I ACa 355/13, LEX nr 1383480) zaznaczył, że oczywistym faktem jest, iż pacjent nie ma wiedzy w kwestiach medycznych, dlatego lekarz powinien przekonać go do optymalnej jego zdaniem metody leczniczej. To stanowi istotę staranności zawodowej lekarza. Należy jednak pamiętać, że to pacjent ostatecznie podejmuje decyzję, którą metodę zaproponowaną przez lekarza wybiera, godząc się na przedstawione ryzyko. ●

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp. p.

PRAWNIK & LEKARZA

www.prawniklekarza.pl

Zasady stwierdzania zgonów

Problem braku precyzyjnych przepisów nadal nierozwiązany

W POLSCE OD WIELU LAT ZGŁASZANY JEST POSTULAT WPROWADZENIA KOMPLEKSOWYCH I ADEKWATNYCH DO WSPÓŁCZESNYCH UWARUNKOWAŃ ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH ZASAD STWIERDZANIA ZGONÓW I WYDAWANIA KART ZGONÓW. PRZY CZYM NALEŻY ZAZNACZYĆ, ŻE W PRAKTYCE ZASADNICZY PROBLEM WYSTĘPUJE PRZY STWIERDZANIU ZGONÓW, KTÓRE NASTĘPUJĄ POZA PODMIOTAMI LECZNICZYMI, NP. W WARUNKACH DOMOWYCH.

tekst **SEBASTIAN SIKORSKI**, adwokat



Fot. archiwum

Ponieważ w przypadku zgonów w szpitalach albo innych przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych całodobowo i stacjonarnie zastosowanie znajdą przepisy wykonawcze do ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (DzU 2016.1638, t.j. ze zm.), tj. rozporządzenie ministra zdrowia z 10.04.2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ze zwłokami pacjenta w przypadku jego śmierci (DzU, poz. 420). Zgodnie z §1 i 2 przywołanego rozporządzenia, lekarz leczący lub lekarz dyżurny po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.

Na tle obowiązujących przepisów powstają uzasadnione wątpliwości, kto jest zobowiązany do stwierdzenia zgonu i wydania karty zgonu właśnie w przypadku zgonów np. w warunkach domowych. Niektóre obowiązujące w tym zakresie przepisy pochodzą jeszcze z lat 50. XX w. i są całkowicie nieadekwatne do współczesnych potrzeb. Nie odpowiadają też strukturze systemu ochrony zdrowia ani administracji publicznej. Dlatego od lat zgłaszane są postulaty wpro-

wadzenia do polskiego systemu prawnego kompleksowo uregulowanej instytucji tzw. lekarza koronera, ze wskazaniem źródeł jego finansowania (m.in. S. Sikorski, M. Florczak, *Prawo stwierdzenia zgonu w ratownictwie medycznym – postulaty de lege ferenda*, „Casus” nr 88, Kraków 2018).

Niestety, zamiast gruntownych zmian we wskazanym obszarze wprowadza się kolejne fragmentaryczne rozwiązania prawne nakładające dodatkowe obowiązki administracyjnoprawne. Doskonałym przykładem są tutaj nowe wzory kart zgonów, o czym będzie jeszcze mowa.

Całościowa analiza zasad stwierdzania zgonów oraz wystawiania kart zgonu ze względu na ramy niniejszego artykułu nie jest możliwa. Dlatego należy w tym miejscu wskazać dwie regulacje rangi ustawowej z aktami wykonawczymi, które mają w tym zakresie zasadnicze znaczenie. To ustawa z 5.12.1996 r. o zawdzie lekarza i lekarza dentystry (DzU 2023.1516, t.j. z 2023.08.04, dalej u.z.l.) oraz ustawa z 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (DzU 2023.887, t.j. z 2023.05.10, dalej u.c.ch.z.).

Zgodnie z przepisem art. 43 u.z.l., lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń. Lekarz (nie dotyczy lekarza dentystry) może również wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji badania pośmiertnego przeprowadzonego przez innego lekarza lub inną uprawnioną osobę oraz na podstawie dokumentacji stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów. W uzasadnionych przypadkach lekarz może uzależnić wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłok. Na tle wspomnianej ustawy nie ma więc wątpliwości co do kompetencji lekarza w zakresie stwierdzania zgonów i wystawiania kart zgonu. Należy jednak przypomnieć, że przepis ten został zmieniony nowelizacją ustawy z 24.02.2017 r., w ramach której usunięto odwołanie do innych przepisów. W poprzednim bowiem stanie prawnym przepis ten wskazywał, że lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń „z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach”. Obecnie nie ma już więc odwołania do innych ustaw.

W omawianym przepisie dodano także ust. 3, zgodnie z którym lekarz może wystawić kartę zgonu również na podstawie dokumentacji stwierdzającej trwałe, nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów, które określa kolejny dodany przepis ustawy, tj. art. 43a.

Mimo wykreślenia z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry odwołania w tym zakresie do innych aktów prawnych, prawidłowa realizacja omawianych uprawnień wynikających z przywołanego przepisu art. 43 u.z.l. możliwa jest tylko łącznie z uwzględnieniem innych aktów prawnych regulujących postępowanie w sprawie stwierdzenia zgonu, które nadal należy traktować jako przepisy szczególne. W ten sposób dochodzimy do najbardziej problematycznej regulacji, a mianowicie do ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz jej aktów wykonawczych. Zgodnie z brzmieniem przepisu art. 11 u.c.ch.z., zgon i jego przyczyna powinny

być ustalone przez lekarza leczącego chorego podczas ostatniej choroby, a w przypadku braku możliwości stwierdzenia w ten sposób zgonu i jego przyczyny powinno to nastąpić w drodze oględzin dokonywanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności przez właściwego starostę, z zastrzeżeniem, że koszty oględzin i wystawionego świadectwa nie mogą obciążać rodziny zmarłego. Na podstawie tego przepisu do ustalenia zgonu i jego przyczyny uprawniony jest także kierownik zespołu ratownictwa medycznego, ale tylko w przypadku, gdy zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej w rozumieniu ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DzU z 2022 r., poz. 1720 i 1733).

Jednocześnie w przepisie tym minister zdrowia został zobowiązany do określenia w drodze rozporządzenia zasad wzywania lekarzy w celu stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz sposobu dokonywania oględzin, w tym kwalifikacji osób, które z braku lekarzy mogą być powoływane do wykonania oględzin. Minister zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów publicznych został też upoważniony do określenia zasad pokrywania wydatków związanych z wykonywaniem oględzin. W tym zakresie wydane zostało rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 3.08.1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (DzU 1961.39.202), które – co zaskakujące – nadal obowiązuje. Zgodnie z §1 tego rozporządzenia, zgon i jego przyczynę stwierdza się w karcie zgonu, której treść i sposób wypełniania określają odrębne przepisy. Natomiast §2 wskazuje, że wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń lekarskich, z wyłączeniem sytuacji, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo. W takim przypadku kartę zgonu wystawia lekarz, który na zlecenie sądu lub prokuratora dokonał oględzin lub sekcji zwłok. Jednocześnie w §3 wskazano kompetencję, w ramach której „w przypadku, gdy nie ma lekarza zobowiązanego do wystawienia karty zgonu bądź lekarz taki zamieszkuje w odległości większej niż 4 km od miejsca, w którym znajdują się zwłoki, albo z powodu choroby lub z innych



**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

► *uzasadnionych przyczyn nie może dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od chwili wezwania, kartę zgonu wystawia:*

1) *lekarz, który stwierdził zgon, będąc wezwany do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,*

2) *lekarz lub starszy felczer albo felczer zatrudniony w przychodni bądź ośrodka zdrowia lub jego placówce terenowej (wiejski, felczerski punkt zdrowia) i sprawujący opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajdują się zwłoki,*

3) *położna wiejska, jeżeli nastąpił na terenie gromady zgon pozostającego pod jej opieką noworodka przed upływem siedmiu dni jego życia, a najbliższa przychodnia lub ośrodek zdrowia jest oddalony o więcej niż 4 km”.*

Rozporządzenie to w §9 określa również zasady finansowania wynagrodzenia przysługującego z tytułu wystawienia karty zgonu, odwołując się przy tym do dwóch uchylonych już rozporządzeń – z 12 grudnia 1958 r. w sprawie uposażenia lekarzy, lekarzy dentyistów oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia (DzU nr 74, poz. 376) oraz z 12 grudnia 1958 r. w sprawie uposażeń niektórych pracowników służby zdrowia (DzU nr 74, poz. 379).

Mamy więc do czynienia z utrzymaniem wręcz kuriozalnych rozwiązań, które w żaden sposób nie korespondują z obecnymi zasadami organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz strukturą administracji publicznej.

Warto przy tym zauważyć, że minister zdrowia wydał na podstawie art. 11 ust. 4c u.c.ch.z. rozporządzenie z 7 grudnia 2023 r. w sprawie wzoru karty zgonu (DzU 2023.2734 z 20.12.2023), które weszło w życie z 1 stycznia 2024. Istotną wprowadzoną zmianą jest rozszerzenie karty zgonu o część trzecią, w której wymaga się obecnie ustalenia m.in. wykształcenia osoby zmarłej. Zamiast więc kompleksowego znowelizowania regulacji

w zakresie zasad stwierdzania zgonów i wydawania kart zgonów, mamy do czynienia z publikowaniem kolejnych aktów prawnych nakładających następne obowiązki administracyjno-prawne na personel medyczny.

Podsumowując, należy ponowić postulat przyjęcia regulacji, które kompleksowo i spójnie określą zasady stwierdzania zgonów i wydawania kart zgonów. Celowe byłoby wprowadzenie precyzyjnie uregulowanej instytucji lekarza koronera, ze wskazaniem źródeł finansowania. To koroner powinien stwierdzać zgony, które nastąpiły poza podmiotami udzielającymi świadczeń stacjonarnie i całodobowo, oraz wydawać karty zgonów. Natomiast inni lekarze powinni takie czynności wykonywać na zasadzie wyjątku. Należy również precyzyjnie określić, w jakich przypadkach oraz jaki lekarz i w jakim czasie powinien stwierdzić zgon i wydać kartę zgonu. Celowo wskazywany jest tutaj lekarz, ponieważ przypadki innych uprawnionych osób należałoby ograniczyć do kierowników zespołów ratownictwa medycznego (oczywiście wyłącznie w przypadku, gdy zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej), którymi – przypomnijmy – mogą być oprócz lekarza także ratownik medyczny i pielęgniarka systemu w rozumieniu ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DzU z 2022 r., poz. 1720 i 1733).

Trudno bowiem uznać za prawidłową i wystarczającą regulację, zgodnie z którą „stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin dokonywanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę powołaną do tej czynności przez właściwego starostę, przy czym koszty tych oględzin i wystawionego świadectwa nie mogą obciążać rodziny zmarłego”. Niezbędna jest w tym zakresie właśnie kompleksowa regulacja, przede wszystkim sprecyzowanie, jakie kwalifikacje powinna posiadać wskazana „inna osoba”, oraz podanie źródła i wysokości finansowania tych czynności. ●

Sebastian Sikorski – adwokat, profesor uczelni, doktor habilitowany nauk prawnych, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie



Spotkanie wielkanocne lekarzy seniorów odbędzie się w poniedziałek 25 marca 2024 r., w Klubie Lekarza w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54, o godz. 14.00.

Zapisy do 15 marca 2024 r. u Renaty Sobolewskiej, tel. 22 542 83 30.

„Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny 2023”



Fot. P. Kołczyk

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie został wyróżniony w konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny 2023” w kategorii „Działalność edukacyjno-szkoleniowa”. Uroczyste wręczenie nagród odbyło się na Zamku Królewskim w Warszawie.

– Przepis na sukces naszego Ośrodka Doskonalenia Zawodowego w skutecznym wspieraniu lekarzy w ich drodze do doskonałości jest bardzo prosty: należy nie tyle słuchać potrzeb środowiska, ile starać się naprawdę je usłyszeć.

Kształcenie ustawiczne jest niezbędnym elementem pracy lekarzy, lekarzy dentyków oraz innych medyków. Wyróżnienie „Lider Roku 2023 w Ochronie Zdrowia”, które zostało przyznane Ośrodkowi Doskonalenia Zawodowego, dowodzi, jak ważna jest praca nad własnym rozwojem i aktualizacją wiedzy – powiedział Maciej Cyran, dyrektor ODZ, odbierając nagrodę w imieniu całego ośrodka. ●



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

Poczet lekarzy siedleckich



Fotografie: archiwum

KONTYNUUJEMY PREZENTACJĘ WYBRANYCH BIOGRAMÓW Z KSIĄŻKI
WITOLDA OKNIŃSKIEGO „LECYLI NIE TYLKO SIEDLCZAN”.

KONSPIRANT Z SZYDEŁKIEM
– FELIKS HŁASKO



Urodził się 30 maja 1894 r. w Hromoszczy, w powiecie drysieńskim, guberni witebskiej. Był synem Ignacego i Jadwigi z Hermanów. W roku 1913 ukończył gimnazjum w Rydze, a następnie studia medyczne w Moskwie (1918). Bezpośrednio po studiach został powołany do Armii Czerwonej. W połowie 1919 r. trafił na front wschodni i przez rok był lekarzem wojskowym w szpitalu garnizonowym w Ufcie. W połowie 1920 przeniesiono go na front zachodni, pracował w szpitalu wojskowym w Brańsku. W końcu 1921 r. został zwolniony z Armii Czerwonej na własną prośbę. Było to możliwe, gdyż miał status obcokrajowca. Powrócił do Polski i dołączył do rodziny, która przesiedliła się już wcześniej.

W 1922 nostryfikował dyplom lekarski i z końcem tego roku zaczął pracować jako lekarz w Warszawie, m.in. jako asystent Kliniki Chirurgicznej w Szpitalu św. Ducha oraz Kliniki Ginekologiczno-Położniczej przy Szpitalu Dzieciątka Jezus. W 1933 r. wygrał konkurs na ordynatora Oddziału Chirurgii w Szpitalu Miejskim w Siedlcach, ogłoszony przez miejscowy magistrat, i rozpoczął pracę na tym stanowisku. W sierpniu 1937 r. ofiarował szpitalowi specjalne łóżko urazowe systemu dr. Sokołowskiego służące do leczenia wszelkiego rodzaju złamań, którego wartość wynosiła około 400 zł.

Po wybuchu II wojny światowej uczestniczył w kampanii wrześniowej jako lekarz czołówki sanitarnej. 13 września 1939 r., podczas potyczki pod Tomaszowem Lubelskim, trafił do niewoli. Udało mu się zbiec w przebraniu i wrócić do Siedlec. Powrócił do pracy jako ordynator oddziału chirurgicznego. W czasie okupacji współpracował z żołnierzami podziemia, niezależnie od tego, z jaką organizacją byli związani. Udzielał pomocy rannym i chorym partyzantom. Pracował też w szkole, w Liceum Gospodarczym – miał tam wykłady z zakresu anatomii i higieny. Przyjeżdżał do szkoły małym samochodem. Jedną z uczennic zapamiętała, że zamiast krawata nosił na łańcuszku dwa pomponiki zrobione szydełkiem z kolorowych włóczek. Po wkroczeniu do Siedlec Armii Czerwonej i powstaniu Wojska Polskiego wstąpił w 1944 r. ponownie do wojska. Otrzymał przydział do Szpitala Armii nr 68, zwolniony z wojska dopiero pod koniec 1946 r. mógł wrócić do lekarskich obowiązków w cywilu.

W czerwcu 1953 r. został uznany za specjalistę I stopnia w zakresie ginekologii, a w następnym roku za specjalistę II stopnia w zakresie chorób chirurgicznych. Na początku lat 60. XX w. łączył stanowisko ordynatora oddziału chirurgii ze stanowiskiem dyrektora szpitala miejskiego. Okresowo był kierownikiem punktu krwiodawstwa przy szpitalu miejskim. W czerwcu 1963 r. wystąpił o zwolnienie ze stanowiska dyrektora i pozostawienie w funkcji ordynatora. Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Warszawie Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej w lipcu 1963 r. wyraziło zgodę na odwołanie dr. Hłaski ze stanowiska dyrektora szpitala z 31 sierpnia 1963 r., a także zgodzono się na przedłużenie pracy na stanowisku ordynatora do 31 maja 1964 r. W lipcu 1964 r. PWRN Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej nie wyraził zgody na dalsze zatrudnienie dr. Hłaski jako ordynatora ze względu na przekroczenie 70 lat. Zalecono rozwiązanie stosunku pracy i zaproponowano pracę w lecznictwie otwartym oraz zorganizowanie konkursu na ordynatora. Konkurs nie odbył się i dlatego okres ordynatury został przedłużony do 31 grudnia 1964 r. Od 1 stycznia 1965 r. dr Feliks Hłasko pracował w Poradni Chirurgicznej Przychodni Obwodowej w Siedlcach. Współpracownicy szanowali i podziwiali dr. Hłaskę za zdecydowanie, szybkie i trafne decyzje, które niejednokrotnie ratowały ludzkie życie. Wspierał młodych lekarzy w podnoszeniu kwalifikacji i dzielił się z nimi swoim doświadczeniem. Nie należał do partii, ale jego pozycja zawodowa pozwalała mu na zachowanie niezależności, np. przez lata skutecznie przeciwstawiał się zakusom zwolnienia z pracy w szpitalu sióstr zakonnych. Żoną doktora była Stefania Hłasko z domu Pawlikowska (1905–1971). Ich dzieci to: córka Barbara, ur. 1930 r. – lekarka i syn Olgierd (1931–1996) – lekarz chirurg, praktykujący w Siedlcach.

Dr Feliks Hłasko zmarł 22 czerwca 1966 r. Został pochowany na cmentarzu przy ul. Cmentarnej, w nowej części (sektor XII, rząd B, grób nr 7). W Siedlcach dr Feliks Hłasko ma ulicę swojego imienia na mocy uchwały Rady Miasta z 27 maja 1999 r.

PSEUDONIM „NORWID” – ANTONI ZYGMUNT NIEPOKÓJ



Używał imienia Zygmunt. Urodził się 20 maja 1897 r. w Zaleszczykach. Był synem Andrzeja i Romualdy z domu Nadybskiej. Ukończył Gimnazjum Klasyczne w Czerniowcach. W 1915 r., tuż po maturze, został wcielony do armii austriackiej i po ukończeniu szkoły oficerskiej walczył na froncie. W 1918 r. jako porucznik wstąpił do armii polskiej we Francji, a w następnym roku na terenie Polski zgłosił się do wojska Józefa Hallera. Walczył w obronie Lwowa i Hrubieszowa.

Po odzyskaniu niepodległości odbył studia medyczne na UJ w Krakowie – dyplom w 1927 r. W czasie studiów korzystał ze stypendium wojskowego. Jako lekarz pracował w Poznaniu, Przemyślu i Siedlcach. To ostatnie wymienione miasto było miejscem pracy dr. Niepokója według Rocznika Lekarskiego Rzeczypospolitej Polskiej na 1938 r., który obrazował stan rozmieszczenia lekarzy z 15 maja 1938 r. Natomiast poprzedni Rocznik, na 1936 r., wymienia doktora (kpt. lek.) w gronie lekarzy 9. Pułku Artylerii Lekkiej w Białej Podlaskiej. We wrześniu 1939 walczył w stopniu majora, pełniąc funkcję szefa sztabu sanitarnego 9. Podlaskiej Dywizji Piechoty. Walkę zakończył 5 października 1939 r. w armii gen. Kleberga.

W czasie okupacji hitlerowskiej pełnił w Siedlcach funkcję lekarza miejskiego i epidemiologa, a także lekarza więziennego. Był członkiem Powiatowej Rady Zdrowia. Działał w konspiracji (ps. „Norwid”), był szefem Ekspozytury Wywiadu Wojskowego nr 2 w Siedlcach. Jego gabinet lekarski mieścił się w Siedlcach przy ul. Piłsudskiego 24. 31 stycznia 1943 r. został poinformowany o zbliżającym się do Siedlec transporcie wysiedlonych mieszkańców Zamojszczyzny. Razem z burmistrzem Siedlec Stanisławem Zdanowskim i sędzią Marianem Piesiewiczem udał się na rampę kolejową, aby zorganizować ▶▶

- akcję przyjęcia wysiedlonych. Dzięki jego działaniom udało się ocalić część ludności żydowskiej z siedleckiego getta. Doskonale znał język niemiecki, co ułatwiało mu kontakt z władzami okupacyjnymi. Przewiózł do Warszawy własnym samochodem znalezione części rakiety V-2.

Po wojnie pracował w PKP. Został aresztowany i przez dziewięć miesięcy przebywał w więzieniu, a Sąd Apelacyjny w Gdańsku wyrokiem z 16 stycznia 1950 r. skazał go na karę trzech lat więzienia (sygn. akt K.K. 281/49). Z tego powodu został skreślony z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Sopocie. W ostatnim okresie życia pracował jako lekarz uzdrowiskowy w Dusznikach i Polanicy Zdroju – w Polanicy w sanatoriach nr 6 i 7, a w miejscowym ośrodku wychowawczym leczył dzieci w latach 1957–1960. W Klubie Sportowym „Unia” był lekarzem sportowym. Pracę w uzdrowisku zakończył w kwietniu 1972 r., a w maju ukończył 75 lat.

Odnaczony Krzyżem Virtuti Militari, Krzyżem Walecznych, Orderem Oficerskim Odrodzenia Polski, Krzyżem Partyzantów, Złotym Krzyżem Zasługi z Mieczami, Medalem Wojny Obronnej 1939 r. i innymi odznaczeniami. Doctor honoris causa Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dr Zygmunt Niepokój zmarł w Polanicy Zdroju 7 września 1984 r. Został pochowany na cmentarzu Salwatorskim w Krakowie. Syn doktora, Bogusław, ps. „Storch”, należący do Batalionu AK „Parasol”, został rozstrzelany przez Niemców w lipcu 1944 r. w Krakowie za udział w zamachu na gen. SS Wilhelma Koppe. Jego matka, a żona doktora, Jadwiga z Wyżykowskich, w ramach represji została aresztowana i wysłana do obozu w KL Ravensbrück. Z powojennych związków małżeńskich dr Niepokój miał dwóch synów.

LEKARZ WIĘZIENNY – ANASTAZY TOMASZ SAWICKI



Urodził się 9 stycznia 1847 r. w Krynicy, w parafii Suchożebry. Był synem Antoniego, wówczas ekonomy krynickiego folwarku, i Felicjany z Talarowskich. Miał młodszego brata Bronisława Wilhelma (1860–1931), późniejszego lekarza, m.in. organizatora nowoczesnego oddziału chirurgii pediatrycznej, ordynatora Oddziału Chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, od 1919 r. honorowego profesora UW, członka zespołu redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”.

Anastazy ukończył progimnazjum w Białej Podlaskiej, po czym kontynuował naukę w Siedlcach. W 1866 r. zapisał się na Wydział Lekarski Szkoły Głównej w Warszawie. Studia ukończył w roku 1871 na Uniwersytecie w Warszawie. Przez trzy lata był etatowym asystentem prof. Andrejewa w szpitalnej klinice. Następnie zdał egzamin na doktora medycyny. Po krótkotrwałej praktyce lekarskiej w Białej Podlaskiej osiedlił się w Siedlcach, gdzie praktykował aż do śmierci w 1908 r.

Pod jego kierunkiem praktykę felczerską rozpoczął Józef Alberg, późniejszy felczer miejski i w Ubezpieczalni Społecznej, rozstrzelany 24 sierpnia 1942 r. podczas likwidacji Szpitala Żydowskiego w Siedlcach.

Anastazy Sawicki w ciągu ostatnich lat życia pełnił obowiązki lekarza więziennego i lekarza miejskiego. Już jako doświadczony lekarz jeździł do Moskwy na kursy bakteriologiczne i pracował tam jako student. W 1878 r. wspólnie z Tymoteuszem Łuniewskim, przez Niemcy i Belgię, odbył podróż na Wystawę Światową w Paryżu. Droga powrotna prowadziła przez Szwajcarię, Włochy i Austrię.

Urządził bibliotekę specjalną i laboratorium mikroskopowe, co było wówczas w Siedlcach wielką nowością. Posadę lekarza miejskiego objął z nadzieją, że uda się coś zrobić dla podniesienia opłakanych warunków sanitarnych Siedlec i w tym celu zajął się przede wszystkim badaniem wody w studniach. Podczas jednej z epidemii cholery nawiedzających Siedlce przekonał magistrat do konieczności utrzymywania stróżów miejskich, których zadaniem byłoby porządkowanie ulic i podwórek. Jednak ostateczna decyzja należała do władz w Petersburgu, które negatywną decyzję podjęły po półtora roku. Ogłosił drukiem: „Przyczynek do nauki o przemianie materii” w „Gazecie Lekarskiej” i „Wynik rozbioru wody studziennej w m. Siedlce” w „Zdrowiu”.

Dr Anastazy Sawicki zmarł 11 czerwca 1908 r. w Siedlcach. Po jego śmierci adwokat Julian Toczyski wystąpił z inicjatywą utworzenia stypendium jego imienia i poddał tę myśl Michalinie Markiewiczowej, która w testamencie przeznaczyła na ten cel 2000 rubli. Źródłem tego stypendium miały być odsetki od zgromadzonego kapitału, a stypendium miał otrzymywać corocznie jeden uczeń szkoły polskiej. W 1910 r. fundusz założycielski wspierali swoimi darowiznami lekarze: Zygmunt Michałowski, Józef Szawelski, Stanisław Grabiński, S. Koczorowski, W. Świrski, Bronisław Chaćniński, Marian Wierzejski, Ignacy Maluszyci, Mieczysław Krassowski, Eugeniusz Wiszniewski, Gabryel Habrowski, Kazimierz Podoski, Stanisław Sitkowski, Walenty Antoniak, Chmielewski, Zygmunt Domański. ●



Zapraszamy do udziału IV Konkurs Fotograficzny Lekarzy

Organizatorem jest Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie.
Do konkursu mogą się zgłosić lekarze i lekarze dentyści z całej Polski.
Jego celem jest popularyzacja fotografii wśród lekarzy oraz prezentacja
twórczości fotograficznej lekarzy.

Konkurs składa się z dwóch kategorii tematycznych:

Abstrakcja

Pejzaż nocny

**Udział w konkursie jest nieodpłatny.
Fotografie należy wysłać najpóźniej do 30 września 2024 r.**

Zasady uczestnictwa na stronie izby.



Plener fotograficzny

Sekcja Fotografii Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie zaprasza od 18 do 21 kwietnia 2024 r.
na III Plener Fotograficzny Lekarzy w Żyrardowie. Jego celem jest popularyzacja, nauka
i doskonalenie umiejętności fotograficznych.

Planowane tematy portret studyjny portret w świetle zastanym portret uliczny

Warunkiem uczestnictwa jest znajomość podstaw fotografii cyfrowej i własny sprzęt fotograficzny. Koszt udziału w plenerze wynosi 500 zł.

Zapisy odbywają się telefonicznie, pod numerami: **22 542 83 33** lub **795 560 297**, oraz drogą e-mailową:
komisjakultury@oilwaw.org.pl – w tym przypadku prosimy o podanie **NIP** (jeśli uczestnik prowadzi
działalność gospodarczą), **nazwę działalności lub imię i nazwisko, adres firmy lub zamieszkania.**

Przelewów należy dokonywać na konto:

Szczegóły tu

27 1240 6247 1111 0000 4974 2369,
a w tytule przelewu wpisać „Plener”.



Sztuka i medycyna

– ZAMIŁOWANIE DO SZTUKI PRZEJAWIAŁEM OD NAJMŁODSZYCH LAT. JAKO DZIECKO RYSOWAŁEM, ROBIŁEM WYCINANKI Z PAPIERU. BRAŁEM NOŻYCZKI, KTÓRE RODZICE CHOWALI, ŻEBYM NIE ZROBIŁ SOBIE KRZYWDY – WSPOMINA DR N. MED. STEFAN WELBEL, LEKARZ, RYSOWNIK, MIŁOŚNIK ARCHITEKTURY I SZTUK PIĘKNYCH.

tekst ANETTA CHĘCIŃSKA

Urodził się w Warszawie w 1935 r. Ojciec był lekarzem, a matka stomatologiem. Podczas II wojny światowej Stanisław Welbel, ojciec Stefana, należał do Armii Krajowej, brał udział w Powstaniu Warszawskim. Jego działalnością w 1944 r. zainteresowało się NKWD. Aresztowany, przebywał w obozie przejściowym w Rembertowie. Tylko dzięki interwencji i wstawiennictwu dawnych pacjentów, którzy służyli w Armii Ludowej, został zwolniony i mógł pozostać w Warszawie.

– Rodzice zawsze marzyli, abym kontynuował rodzinną tradycję. Żebym został lekarzem. Podkreślali, że to dobry zawód, który ojcu być może uratował życie. Ale ja nie miałem ochoty na medycynę. Chciałem studiować architekturę, historię sztuki, próbowałem również dostać się na pedagogikę.

Zdobycie indeksu nie było łatwe. Przynależność ojca do AK, praca w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Komunikacji, w którym do 1948 r. pełnił funkcję dyrektora i z której został odsunięty, miała zapewne wpływ na trudności syna z dostaniem się na wymarzony kierunek.

– Ostatecznie przyjęto mnie na historię, znów pomógł pacjent mojego ojca. Na Uniwersytecie Warszawskim studio wałem w latach 1952–1956. Uczestniczyłem w seminarium prof. Stanisława Herbsta, wybitnego historyka, znawcy wojskowości i architektury. Miałem u niego pisać pracę magisterską o renesansowym Pułtusku, ale po absolutorium otrzymałem nakaz pracy jako nauczyciel w szkole w Zwoleniu. Nie chciałem wyjeżdżać z Warszawy, również rodzice woleli, abym pozostał w domu, i znów zaczęli wspominać o medycynie. Przekonali mnie do decyzji o studiach lekarskich, ale musiałem nadrobić wiele zaległości z biologii, chemii. Miałem na to rok. Na magisterium z historii zabrakło już czasu i sił.

Jeszcze przed rozpoczęciem studiów medycznych o adepta Wydziału Historycznego upomniało się wojsko.

– Zostałem wezwany do stawienia się przed komisją wojskową. Otrzymałem stopień podporucznika i nakaz wyjazdu do jed-

nostki w Olsztynie. Powiedzieli mi, że będę tam tłumaczem. Ja? Dlaczego? Dziwiłem się. A oni, że znam trochę angielski, trochę francuski, a rosyjski to wszyscy znają. Na moje szczęście i ku zdumieniu wojskowych miałem zaświadczenie, że zaczynam studia w Akademii Medycznej w Warszawie. Dzięki temu uzyskałem zwolnienie. Rozkaz wyjazdu został wycofany, ale awans na podporucznika gdzieś w dokumentacji pozostał, o czym przekonałem się po kilku latach.

Stefan Welbel studia medyczne ukończył w terminie.

– Było ciężko, ale udało mi się zaliczyć wszystkie egzaminy bez powtórek. Miałem za sobą sześć lat studiów. Kończyłem dwuletni staż podyplomowy. I znów wezwało mnie wojsko. Tym razem nie miałem odwrotu. Dostałem przydział do 16. Pancерnej Dywizji Kaszubskiej z miejscem postoju w Braniewie. Przez pierwszy rok byłem lekarzem w batalionie czołgów. Przez drugi – dowódcą kompanii medycznej. Po dwóch latach, choć kusili mnie mieszkaniem, oferowali specjalizację w klinikach, koniecznie chciałem odejść do cywila. Powrót był bolesny. Po przyjeździe do Warszawy przekonałem się, że wymeldowano mnie ze stolicy i wciąż miałem meldunek w hotelu garnizonowym w Braniewie. A bez meldunku w Warszawie nie mogłem podjąć w niej pracy.

W powrocie do życia w cywilu pomógł starszy brat Leszek, lekarz psychiatra, który pracował w szpitalu w Pruszkowie.

– Ja nigdy nie chciałem być lekarzem. A już na pewno nie psychiatrą. Wystarczyło, że brat był. Ale skoro nadarzyła się taka możliwość, a wyboru nie było, i ja zająłem się tą dziedziną. Na szczęście trafiłem do działu, wówczas bardzo nowoczesnego, psychiatrii społecznej. Nie zajmowaliśmy się pojedynczymi pacjentami, pojedynczymi przypadkami, tylko ogólną sytuacją zdrowotną, epidemiologią zaburzeń psychicznych. Prowadziliśmy badania naukowe, dokumentację statystyczną, ankiety. Robiłem specjalizację, pracowałem w ambulatoriach, przychodniach – psychiatrów zawsze było mało. Do dzisiaj tak jest, teraz nawet jeszcze mniej niż kiedyś. W 1972 r. przeniesiono nas z Pruszkowa, z Tworek, do nowej siedziby Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Zrobiłem doktorat. Moim promotorem był prof. Stanisław Dąbrowski, inicjator i orędownik pierwszej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W instytucie przy ul. Sobieskiego pracowałem do 2003 r., do emerytury, a nawet wiek emerytalny trochę przekroczyłem.

Stefan Welbel zajmował się również dydaktyką. Prowadził wykłady z psychiatrii w Akademii Psychologii Społecznej w Warszawie. Pracował jako konsultant w placówkach opiekuńczych dla ludzi starszych z niepełnosprawnością intelektualną, m.in. na Bielanach i Bemowie, Grochowie.

– Byłem aktywny zawodowo do 2014 r., kiedy przytrafił mi się wypadek podczas jazdy na rowerze. Po tym zdarzeniu musiałem ograniczyć działalność i przestałem pracować w zawo-

dzie. Wówczas napisałem dla wnuków bajkę o wypadku dziadka. Pisałem dla nich również bajeczki na motywach Kaczki Dziwaczki, Tadka Niejadka, a także inne historie. Wśród tych opowieści był też Doktor Zdrówko. I zawsze dużo rysowałem, wciąż rysuję – podsumowuje swoją opowieść Stefan Welbel.

Od 2002 r. bierze udział w wystawach i artystycznych plenerach organizowanych przez OIL w Warszawie. Zamiłowanie do sztuk plastycznych, które nie opuszcza go od dzieciństwa, i artystyczną pasję (nie tylko do rysunku, ale również do pisania i muzyki, m.in. gry na fortepianie) pogodził z medycyną, w której odnalazł swoją zawodową ścieżkę. Przecież słowo i rysunek mogą być narzędziem terapeutycznym. Książeczki dla dzieci o Doktorze Zdrówko spełniają i tę rolę. ●

Z Doktorem Zdrówko tam i z powrotem



Zmęczony leczeniem ludzi, Doktor Zdrówko zaczyna pomagać zwierzętom. Poznaje ich język, a dzięki wiedzy i doświadczeniu lekarza, przynosi ulgę schorowanym czworonożnym i skrzydlatym pacjentom. Swoją przygodę ze zwierzętami Doktor Zdrówko rozpoczyna w Aninie, by z czasem ruszyć z misją medyczną do Afryki, a stamtąd w pełną niecodziennych zdarzeń drogę do domu.

Zabawna, wierszowana bajka o lekarzu, który rozumiał mowę zwierząt (przypomina się literacka postać Doktora Dolittle), jest oczywiście przeznaczona dla dzieci. Autor pisał ją dla swoich wnuków. Przygody bohatera i jego postawa uczą i bawią, niosąc przesłanie troski o zwierzęta i środowisko.

Dr n. med. Stefan Welbel, lekarz, pisarz, rysownik, jest autorem tekstu i ilustracji, z których część pozostała czarno-biała i czeka na pokolorowanie przez czytelników.

Książeczki „Doktor Zdrówko” i „Nowe przygody Doktora Zdrówko” zostały wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w cyklu „Lekarze małym pacjentom”, zainicjowanym przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie. ●

**OBWIESZCZENIE NR 2/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 8 LUTEGO 2024 R.**

**w sprawie ogłoszenia wyników wyborów
przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.), oraz §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonych 8 lutego 2024 r. wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, ogłasza się, że:

na przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 został wybrany Arkadiusz Bogucki – lekarz.

§2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

**OBWIESZCZENIE NR 3/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 8 LUTEGO 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia mandatu członka
Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 4/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 8 lutego 2024 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu

członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 1 lutego 2024 r. mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Ryszarda Stańczaka.

§2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

**OBWIESZCZENIE NR 4/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 8 LUTEGO 2024 R.**

**w sprawie uzyskania mandatu członka
Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 5/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 8 lutego 2024 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się uzyskanie z 1 lutego 2024 r. mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 przez lek. Janusza Pachuckiego.

§2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

**OBWIESZCZENIE NR 5/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 8 LUTEGO 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia
mandatu zastępcy okręgowego rzecznika
odpowiedzialności zawodowej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 6/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 8 lutego 2024 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 2 lutego 2024 r. mandatu zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Małgorzaty Siergiej.

§2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej OIL w Warszawie.

**OBWIESZCZENIE NR 6/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 8 LUTEGO 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego
– zastępcy przewodniczącego
Okręgowego Sądu Lekarskiego
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 8/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 8 lutego 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego – zastępcy przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie 8 lutego 2024 r. stanowiska funkcyjnego – zastępcy przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 pełnionego przez lek. Arkadiusza Boguckiego.

§2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej OIL w Warszawie.

Przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
lek. dent. **Mery Topolska-Kotulecka**



Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

**prof. dr hab. n. med.
Anny Komorowskiej**

inicjatorce, współzałożycielce, pierwszej prezes
Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego.

Rodzinie, Bliskim i Przyjaciołom
wyrazy głębokiego współczucia składa
Dariusz Paluszek,
wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów,
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



Z wielkim żalem żegnamy naszego Kolegę

dr. Michała Parysa

lekarza pediatrę,
który 20 stycznia 2024 r. odszedł na wieczny dyżur,
związanego z otwocką ochroną zdrowia,
wieloletniego członka Zarządu Oddziału Warszawskiego
Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego
i Komisji Rewizyjnej OWPTP,
odznaczonego Medalem J.P. Brudzińskiego.

Straciliśmy wspaniałego Kolegę, Lekarza
oraz dobrego Człowieka.

Rodzinie składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Zarząd Oddziału Warszawskiego
Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

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

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 żylnej 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 Magenheim
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 i 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.

SPORTOWE NIEDZIELE

3, 10, 17

marca 2024 r., w godz. 15.00–17.00

Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1





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 marca 2024 r.



OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

**„Bogatym nie jest ten,
kto posiada,
lecz ten, kto daje”**

KRS 0000250527

Przekaż 1.5%
**swojego podatku
na szczytny cel**

nr konta:

34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

Fundacja Pro Seniore

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-30

e-mail: proseniore@oilwaw.org.pl

www.proseniore.pl



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 marca 2024 r.



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. Raszyńska 54.**

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.

ZAPRASZAMY NA JUBILEUSZOWY ZJAZD

Z okazji 20-lecia ukończenia studiów
w Akademii Medycznej w Białymstoku
serdecznie zapraszamy na jubileuszowy zjazd rocznika 2004.
Bal jubileuszowy planowany jest na 21.09.2024 r.

Kontakt pod adresem e-mailowym: slwkorzynska@gmail.com
lub SMS-em wysłanym pod numer tel. 792 317 553.

IV Konferencja Szkoleniowa „Empatia a umieranie i śmierć. Aby godnie umrzeć, potrzebna jest cała wioska”

(tryb hybrydowy)

9 marca 2024 r.
godz. 10.00–17.20
siedziba OIL w Warszawie
ul. Puławska 18

Zapisy i szczegóły



ORGANIZATORZY



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza



INSTYTUT
DOBREJ
ŚMIERCI



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: Małgorzata Hnat, Kamila Hoszcz-Komar, Michał Niepytalski

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Renata Jeziótkowska, Maria Libura, Filip Niemczyk, Artur Olesch, Olga Rostkowska, Sebastian Sikorski, Małgorzata Solecka, Łukasz Święcicki, 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.



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)

PRACA DLA LEKARZY



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

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

Zapraszamy pracodawców do publikacji ogłoszeń.

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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

CER
MED
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY



**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