

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

KWIECIEŃ 2024 (nr 348)



TEMAT NUMERU:

ZDROWIE DZIECI

- 】 Praca na wielu płaszczyznach
- 】 To naprawdę już?
- 】 Dzieci przedmiotem niebezpiecznych eksperymentów społecznych
- 】 Doktor w kieracie
- 】 Konsolidacja, która podzieliła
- 】 Z Polski do fiordów Norwegii

TEMAT NUMERU:

Zdrowie dzieci

- 4** **Walczyliśmy o jakość życia naszych pacjentów**
rozmowa z Anną Raciborską
- 6** **To naprawdę już?**
rozmowa z Michałem Gontkiewiczem
- 10** **Praca na wielu płaszczyznach**
rozmowa z Aleksandrą Tobotą-Różańską
- 12** **Dzieci przedmiotem...**
Maria Libura
- 14** **Idealni rodzice lekarze**
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- 22** **O dzieciach porozmawiajmy...**
Dariusz Paluszek



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 1** **Watashiato...**
Piotr Pawliszak
- 3** **Sympatyczny początek człowieka**
Kamila Hoszcz-Komar

SŁOWA NA ZDROWIE

- 9** **Pediatra**
Jerzy Bralczyk

OPINIE

- 16** **Kryteria kształcenia**
Małgorzata Solecka

REALIA PRACY LEKARZA

- 18** **Doktor w kieracie**
Paweł Walewski

STYL ŻYCIA

- 26** **Więzi, które leczą. O roli relacji rodzic – dziecko w zdrowiu**
Olga Rostkowska

AI W MEDYCYNIE

- 28** **Niebezpieczeństwa związane z wykorzystaniem AI w medycynie**
Artur Olesch
- 30** **Medicus ex machina**
Hanna Odziemska

PSYCHIATRIA

- 32** **Pani Krysiu, widzę, że...**
Łukasz Święcicki

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 34** **Lekarski Dzień Kobiet w rytmie latino**
Małgorzata Hnat
- 43** **Interwencja rzecznika praw lekarza**
Monika Potocka

KADRY MEDYCZNE

- 38** **Konsolidacja, która podzieliła**
Michał Niepytalski

PRAWO

- 40** **Terapia uporczywa w świetle polskiego prawa**
Sebastian Sikorski
 - 44** **Aktualności prawnomedyczne**
Filip Niemczyk
 - 46** **Analiza przypadku. Wynik zabiegu...**
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
Aleksandra Powierża
- ### LEKARZE Z PASJĄ
- 48** **Z Polski do fiordów Norwegii**
Artur Biel

Watashiato

– *impact factor* zbudowany na drobiazgach

KILKA (CZASEM KILKANAŚCIE) ZDAŃ OPISU, PODPIS, PIECZĄTKA (CORAZ CZĘŚCIEJ PODPIS ELEKTRONICZNY). PODEJRZEWAM, ŻE WIELU PACJENTOM PRACA RADIOLOGA WYDAJE SIĘ BANALNA, TYMCZASEM WYMAGA NIE TYLKO INDYWIDUALNEJ EDUKACJI, PRAKTYKI I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO, ALE TEŻ WIELOLETNIEJ WSPÓŁPRACY SPECJALISTÓW RÓŻNYCH DZIEDZIN, ZASTOSOWANIA SETEK DOBRYCH POMYSŁÓW, Z KTÓRYCH TYLKO NIELICZNE PRZETRWAŁY REALIA CODZIENNEJ PRACY (NIE MÓWIĄC O TYSIĄCACH NIETRAFIONYCH), POJEDYNCZYCH ROZMÓW ORAZ WZAJEMNYCH INSPIRACJI PASJONATÓW, KTÓRE DOPROWADZIŁY RADIOLOGIĘ DO OBECNEGO ETAPU ROZWOJU.

PIOTR PAWLISZAK, ustępujący prezes ORL w Warszawie



Fot. M. Nojdzik

Myślę, że podobnie może być postrzegane kierowanie samorządem zawodowym (i samo działanie w nim). Zdjęcia, podpisy, komunikaty prasowe, umowy, posiedzenia organów – to patyna, która kryje kolejne warstwy aktywności – dziesiątki spotkań, setki godzin rozmów osobistych i telefonicznych, negocjacje, tony korespondencji, tysiące stron przeczytanych analiz. Wszystko jednak odbywa się z udziałem ludzi – aktywnych działaczy, chłodnych krytyków, ideowców, profesjonalistów, hurraoptymistów, technokratów i (niestety) sabotażystów. Zaangażowani są w różnym stopniu i wymiarze czasu, ale każda z tych osób odciśka swoje piętno na innych działaczach, a przez to na całej organizacji. Na przestrzeni blisko dwóch lat obecnej kadencji pojawiały się zarówno pomysły wdrożone, osnute na idei wyniesionej z pojedynczej rozmowy, jak i rozbudowane projekty uśmiercone po kilku zdaniach rzeczowej argumentacji.

Watashiato (jap. *watashi* = ja, *ashiato* = ślad) oznacza ciekawość wpływu, jaki na życie innych ludzi miały nasze drobne gesty i niepaństwiane już nawet słowa, które zmieniły bieg ich życia, ale nie mamy możliwości dowiedzieć się, w jaki sposób. Jak wielu ludzi zainspirowaliśmy do działania? Zachęciliśmy, by się nie poddawali? Jak wiele złych pomysłów poparliśmy, a dobrych odrzuciliśmy? Czy myśleliśmy o tym czasem? Jakie wyciągamy wnioski? Czy

wykorzystujemy te refleksje, by stawać się lepszymi? Zwłaszcza liderzy w organizacjach. Jedną z miar dobrego lidera jest zdolność wywierania pozytywnego wpływu swoją obecnością i zaangażowaniem. Miarą świetnego lidera jest jego pozytywny wpływ, który będzie trwał nawet wtedy, gdy tego lidera zabraknie.

W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie 12 marca rozpoczęła się tego typu próba. Po blisko dwóch latach kierowania pracami Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie podjąłem motywowaną względami osobistymi decyzję o zakończeniu tej niezwykłej podróży. Będę obserwował dalsze działania izby z pełną życzliwością i nadzieją, że mój samorządowy *impact factor* przetrwa próbę czasu niesiony przez współpracowników, którzy znaleźli natchnienie we wspólnej pracy. Chcę podziękować wszystkim, z którymi dotąd miałem przyjemność współpracować. Szczególnie bliskie mojemu sercu były projekty mające na celu wzmacnianie społecznego wpływu samorządu lekarskiego. Cieszy mnie też, jak wiele udało się w tym czasie zrealizować przedsięwzięć edukacyjnych, skierowanych zarówno do naszej grupy zawodowej, jak i na zewnątrz (głównie w formule własnych i partnerskich kampanii społecznych). Podobnie jak podejmowane przez naszą izbę działania zmierzające do poprawy jakości legislacji, wszystko to miało na celu podniesienie poziomu opieki nad pacjentami i warunków wykonywania zawodu. ►

► Los samorządu zawsze będzie bliski mojemu sercu, dlatego życzę wszystkim osobom zaangażowanym w pracę izby sukcesów w realizacji podejmowanych zadań. Wyrażam szczerą wdzięczność za niepowtarzalną szansę i ogromny zaszczyt kierowania pracami Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Bardzo dziękuję za okazane zaufanie, wiele wyrazów wsparcia i sympatii. Bez wątpienia było to największe wyzwanie w moim życiu (nie licząc rodzicielstwa, oczywiście). Każde, nawet najkrótsze spotkanie było dla mnie pouczające, każdy projekt – inspirujący i rozwijający. Te dwa lata uczyniły mnie lepszym lekarzem, bardziej wyrozumiałym i elastycznym menedżerem, a także człowiekiem z większym wglądem w siebie i innych. Zawdzięczam to przede wszystkim ludziom, z którymi miałem zaszczyt pracować. Dziękuję Wam. Niech to karmi Wasze *watashiato*.

Kilka lat temu w komunikacji miejskiej w stolicy pojawiły się plakaty kampanii „Kierunek życzliwość”. Kojarzyły mi się ze słowami Robina Williamsa: „*Każdy, kogo spotykasz, toczy walkę, o której nie masz pojęcia. Bądź życzliwy. Zawsze*”. Jak w zjawisku znanym jako „efekt motyla”. Film z Ashtonem Kutcherem o tym samym tytule reklamowano hasłem: „*Trzepot skrzydeł motyla na jednym końcu świata jest w stanie wy-*

wołać tsunami na drugim jego krańcu”. W sieci społecznych zależności, w jakich żyjemy, to zjawisko nie ogranicza się do meteorologii. Pojedynczy życzliwy gest, uśmiech i ciepłe słowo mogą być tym, co pchnie dzień, a potencjalnie życie każdego z nas na korzystną trajektorię. I na pozytywnym aspekcie tego zjawiska chciałbym zakończyć.

W epoce „wszystkiego na chwilę” i kultury „ja” pozwalały wielu dobrym chwilom (znacie pojęcie „*glimmers*”?) za szybko przeminąć i zatrzeć się w pamięci, nie postrzegając tego *carpe diem* jako czynnika ryzyka samotności. Ta powierzchowność i egocentryzm, serwowane realnie lub wirtualnie, odciskają piętno bardziej trwale niż przypuszczamy. Czujmy się za to odpowiedzialni kolektywnie („plemię lekarzy” – jak napisali w 2017 r. w „Panaceum” J. Barczykowska-Tchórzewska i M. Lesiak), bo „*plemiona skazane na sto lat samotności nie mają drugiej szansy na Ziemi*”.¹ ●

¹ Tymi słowami G.G. Marquez kończy swoją powieść „Sto lat samotności”. Wiele rozmów w ostatnim czasie skłania mnie do refleksji, że niestety nie funkcjonujemy jak plemię, monolit. Jesteśmy archipelagiem samotnych wysp i dość łatwo przychodzi rządzącym dzielenie nas. Część działaczy sugeruje, by pojęcie „społeczność lekarska” włożyć między bajki. Do setnej rocznicy odrodzonego samorządu lekarskiego jeszcze dużo czasu. Czy równie daleko z Warszawy do Macondo?



**Drodzy Lekarze i Lekarze Dentyści,
z okazji Świąt Wielkanocnych
życzymy Wam spokoju, wielu chwil
dla bliskich – rodziny, przyjaciół,
i dla samych siebie.
Niech ten czas będzie okazją do refleksji,
wyciszenia, skupienia się na tym,
co dla Was najważniejsze.
Życzymy Wam i Waszym pacjentom zdrowia,
radości, nadziei.
Wszystkiego, co najlepsze, gdziekolwiek
będziecie – w domu, w pracy
i w każdym innym miejscu.**

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie

Sympatyczny początek człowieka

TAK OKREŚLAŁ DZIECI DON HEROLD, AMERYKAŃSKI HUMORYSTA Z I POŁOWY XX W. ILE W TYM RACJI, WIE KAŻDY RODZIC. WIE O TYM TAKŻE DOROSŁY, W KTÓRYM JEST TROCHĘ Z DZIECKA. TAKICH DOROSŁYCH LUBIĄ DZIECI, KTÓRE SZUKAJĄ WSZĘDZIE INNYCH DZIECI.

KAMILA HOSZCZ-KOMAR, p.o. redaktor naczelna



Fot. K. Bartyzel

Jednak wielu dorosłych się ich boi, bo każde dziecko – niczym szklana kula – prawdę ci powie. Nawet jeśli tego nie chcesz. A w zasadzie szczególnie wtedy. Szczerość i bezkompromisowość maluchów sprawia, że dorośli, żyjący w realiach wszechobecnej poprawności i gładkich słówek, po prostu czują niewyobrażalny dyskomfort. Nagle zwykle wygadany znajomy nie może znaleźć języka w gębie, bo nasze dziecko zwróciło mu uwagę, np. żeby nie siorbał. Słyszą i widzą więcej niż my, zaaferowani „wyższymi” sprawami. Dzieci są postrachem pozerów, wyczuwają ich bowiem doskonale. Jak kot mysz w ukryciu.

Kontakt z milusińskimi tym, którzy nie są przywiązani do swojego wypracowanego wizerunku, w który często sami uwierzyli, przynosi wiele korzyści. Może rozładować stres i poszerzyć horyzonty o dziecięcy obraz postrzegania świata: prosty, ale niebywale logiczny.

Dzieci to także szczególna grupa pacjentów. Obok kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych i starszych, należą do pacjentów uprzywilejowanych. Powinny więc mieć specjalne miejsce w systemie ochrony zdrowia. Ale czy tak jest? Czy system szczególnie dba o małych pacjentów? Czy skutecznie chroni ich zdrowie w obliczu swoistego prawa własności ich rodziców? Czy może przy-

myka oko i pozwala, aby stały się ofiarą niekompetencji opiekunów w zakresie zdrowia?

Mały pacjent w gabinecie to wyzwanie dla lekarza. Lekarz profesjonalista powinien w nim widzieć po prostu pacjenta. Owszem, specyficznego pod względem fizycznym, często trudniejszego w kontakcie, ale jednak pacjenta. Czy łatwo pozostawić za drzwiami naturalny odruch ochrony słabszego i bezbronnego istnienia, przejść z roli rodzica w rolę lekarza? Jak dobrze leczyć małego pacjenta, kiedy między nim a lekarzem jest jeszcze inny dorosły?

Kwietniowy numer „Pulsu” poświęcamy głównie dzieciom. Dzieciom w systemie ochrony zdrowia. Piszemy o (nie)kompetencjach zdrowotnych rodziców i ich wpływie na zdrowie dzieci, a w konsekwencji społeczeństwa. Poruszamy temat lekarzy rodziców i ich oddziaływania na własne dzieci. Przyglądamy się onkologii dziecięcej i opiece nad nieuleczalnie chorymi, a także emocjom temu towarzyszącym. Nie brak relacji z imprez izbowych, najnowszych informacji prawnomedycznych, ciekawych felietonów naszych stałych autorów.

Zapraszam do lektury wszystkie duże dzieci. W każdym z nas jest odrobina dziecka, nawet jeśli skrzętnie ukryta. ●



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





Fot. A. Chęcińska

W LECZENIU NOWOTWORÓW DZIECIĘCYCH DOKONUJE SIĘ OGROMNY POSTĘP. NOWOCZESNE TERAPIE POZWALAJĄ NA SKUTECZNĄ WALKĘ Z CHOROBA I POWRÓT DZIECKA DO ZDROWIA. O ROZWOJU ONKOLOGII DZIECIĘCEJ W POLSCE I ZNACZENIU WCZESNEGO ROZPOZNAWANIA NOWOTWORÓW U DZIECI MÓWI **PROF. NADZW. DR HAB. N. MED. ANNA RACIBORSKA**, SPECJALISTA PEDIATRII, ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ, KIEROWNIK KLINIKI ONKOLOGII I CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY INSTYTUTU MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE, W ROZMOWIE Z ANETTĄ CHĘCIŃSKĄ.

W onkologii dziecięcej liczy się czas. Jak często rozpoznanie choroby bywa opóźnione?

Wiele zależy od nowotworu – im rzadsza choroba, tym trudniej o szybką, trafną diagnozę, gdyż objawy mogą mylić, bo występują również w innych schorzeniach. 40–50 proc. dzieci przychodzi do nas już z zaawansowanym nowotworem. W chorobach rzadkich, żeby postawić prawidłowe rozpoznanie, trzeba sięgnąć po nowoczesną technikę, sprzęt i wykwalifikowane kadry. Jeżeli nie ma szans wykonania badań molekularnych, które są nadrzędne w onkologii, rozpoznanie może być nieprawidłowe.

Jak wielu dzieciom stawiana jest pierwotnie niewłaściwa diagnoza?

10–15 proc. Dużo i mało. W onkologii dziecięcej obowiązuje zasada weryfikacji wyników przez drugiego, niezależnego histopatologa. W naszej klinice zawsze dokonujemy weryfikacji. Nie po to, żeby podważyć kompetencje lekarza, tylko żeby rzetelnie, w oparciu o techniki FISH, NGS i inne, potwierdzić rozpoznanie. Ale niewłaściwa diagnoza nie zawsze jest wynikiem błędu. Czasami potrzebny jest czas na znalezienie odpowiedzi. Nowotwory u dzieci nie występują często. Rocznie w Polsce notuje się około 1200 nowych przypadków. Może dlatego, stawiając diagnozę, częściej podejrzewamy inne schorzenia: wady rozwojowe, choroby metaboliczne, a o nowotworach niejako zapominamy. Warto jednak pamiętać, nowotwory dziecięce są drugą, po wypadkach i urazach, przyczyną zgonów w tej grupie wiekowej.

Apeluje pani do lekarzy, a także rodziców o czujność onkologiczną?

Jeżeli dziecko, nawet najmniejsze, ma nietypowe objawy albo zastosowane leczenie nie przynosi poprawy, myślimy o powtórnej diagnostyce. Z atopowym lub łojotokowym zapaleniem skóry często bywa mylona histiocytoza z komórek Langerhansa (LCH). Nim dziecko trafi do kliniki, jest leczone rok, dwa lata bez skutku. Podobnie bywa z mięsakiem Ewinga, który może dawać objawy zapalne w obrębie stawów, kości, mięśni. Antybiotyk przynosi pozorną poprawę, ale choroba powraca. Podaje się kolejny antybiotyk, który również nie działa. Zatem należy rozważyć, z jakiego powodu terapia nie jest skuteczna. Być może nie ze względu na źle dobrany antybiotyk lub oporne zakażenie, tylko nieprawidłową diagnozę. Pamiętam pacjenta,

dwuletniego chłopca, z 15-centymetrowym ubytkiem w kości czaszki. Wykluczono wszystkie choroby, w tym genetyczne, a to była LCH. Im choroba jest rzadsza, tym częściej eliminujemy wiele przyczyn, a nie myślimy o nowotworze.

Akcja (P)okaż serce, którą prowadzi Klinika Onkologii i Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży IMiD, upowszechnia wiedzę o nowotworach u dzieci?

Z badań, które przeprowadziliśmy, wynika, że 80 proc. społeczeństwa nie ma dostatecznej wiedzy w tym zakresie. A jest potrzebna rodzicom, aby szybciej udali się po pomoc do specjalisty. Celem akcji, zorganizowanej już po raz drugi, jest zwrócenie uwagi na problem nowotworów dziecięcych i podkreślenie, że w Polsce leczy się je skutecznie.

A jednak rodzice często szukają pomocy medycznej zagranicą.

Nie twierdę, że możemy wszystko, ale jestem przekonana, że w Polsce leczymy dzieci na bardzo wysokim poziomie. Poza standardowymi procedurami zapewniamy im leczenie w ramach niekomercyjnych i komercyjnych badań klinicznych, a także procedury *off-label*. W dużej mierze korzystamy z badań niekomercyjnych, finansowanych przez Agencję Badań Medycznych. Projekt POL HISTIO, który obejmuje leczenie wielu chorób z kręgu histiocytoz, zapewnia nam znakomitą diagnostykę molekularną na różnych etapach. Możemy monitorować nieprawidłowe zmiany molekularne we krwi, które są niedostrzegalne w standardowych badaniach, wykryć chorobę na bardzo wczesnym etapie i widzieć, czy dziecko reaguje na leczenie. Do projektu może być włączony każdy pacjent z terenu Polski, a dojazd do kliniki jest refundowany. Pamiętajmy, że rocznie mamy w kraju 30–35 nowych przypadków chorób z kręgu histiocytoz, więc leczenie tej niewielkiej grupy powinno odbywać się w jednym specjalistycznym ośrodku. Wyniki są obiecujące. W ciągu pięciu lat od początku realizacji projektu zmieniliśmy zasady kwalifikacji pacjenta do leczenia celowanego. Ponieważ mamy 100 proc. odpowiedzi klinicznych, czyli wszystkie dzieci objęte terapią w ramach

programu przestały mieć objawy kliniczne, leczenie celowane wdrażamy już po pierwszym niepowodzeniu terapii standardowej. Obecnie pracujemy w międzynarodowej grupie, aby leczenie celowane od razu zastosować jako leczenie pierwszej linii u pacjentów, u których występują najbardziej niebezpieczne zmiany molekularne i objawy kliniczne, mogące doprowadzić do ciężkiego przebiegu choroby. Podobnie w przypadku leczenia mięsaków Ewinga – jesteśmy trzecim ośrodkiem na świecie, który stosuje immunoterapię.

Zatem nie oceniam decyzji rodziców jednoznacznie, ale terapia zagranicą nie zawsze bywa lepsza.

Jaka jest skuteczność leczenia nowotworów u dzieci?

Z perspektywy 25 lat pracy mogę stwierdzić, że np. u chorych z mięsakiem Ewinga liczba przypadków pomyślnego rokowania wzrosła statystycznie z 40 do 80 proc. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę chorobę już rozsiałą, która kiedyś praktycznie była wyrokiem śmierci, dobre rokowanie notowaliśmy u 10–20 proc. chorych, teraz – u 60 proc. W leczeniu histiocytoz osiągamy wyniki jeszcze lepsze: blisko 100 proc. pacjentów jest zupełnie zdrowych, bez objawów klinicznych. Ta poprawa jest możliwa dzięki badaniom klinicznym, nowym terapiom, rozwojowi techniki, doświadczonym, wyspecjalizowanym w leczeniu konkretnych przypadków kadrom. Dlatego jestem zwolennikiem centralizacji leczenia chorób rzadkich, a do takich należy część nowotworów wieku dziecięcego, w ośrodku specjalistycznym. Pamiętajmy, że bardzo często nie tylko walczymy o życie pacjenta, ale też o jakość życia. Kiedyś znaczna część operacji to były zabiegi okaleczające. Dzisiaj, przy stosowaniu endoprotez, wykonujemy operacje oszczędzające. Ale żeby te zabiegi przyniosły pacjentom korzyść, ręka czy noga musi być po operacji sprawna. Dlatego konieczna jest współpraca i planowanie zabiegu, a potem rehabilitacja przez cały zespół: onkologów, chirurgów, rehabilitantów i psychologów. Warto podkreślić, że nasza klinika jest prekursorem leczenia

oszczędzającego i ma wieloletnie doświadczenie w tym zakresie.

Na jakość życia pacjenta onkologicznego wpływa również dostępność nowoczesnych terapii. Przykładowo: pacjent nie musi przyjeżdżać na chemioterapię, tylko bierze tabletkę w domu i raz na trzy miesiące stawia się na kontrolę. Rodzic może pracować, a dziecko wrócić do szkoły, być aktywne. Oczywiście, nie zawsze takie rozwiązania są możliwe, ale dążymy, aby leczenie było jak najmniej obciążające dla pacjenta i jego opiekunów.

Najważniejsze potrzeby onkologii dziecięcej?

Po pierwsze, finansowanie badań molekularnych i rozwijanie tego obszaru. Po drugie – protonoterapia. Jedyny ośrodek w Polsce nie jest dostosowany do potrzeb małych pacjentów. Nie był przecież budowany dla centrum medycznego z całą niezbędną infrastrukturą, ale jako placówka naukowa.

Czy jest zainteresowanie onkologią dziecięcą jako specjalizacją?

Od siedmiu lat po raz pierwszy mamy rezydenta, który się do nas sam zgłosił. Oczywiście, byli lekarze, którzy robili specjalizację, ale pracowali już u nas wcześniej. Onkologia i hematologia dziecięca to trudne dziedziny, ciekawe, ale obciążające psychicznie. Wymagają szybkiego działania, gdyż w przypadku dzieci czekanie często oznacza niepowodzenie. W naszej dziedzinie nie ma wielu możliwości pracy w sektorze publicznym, gdzie zarobki są inne. Jednak onkologia dziecięca się rozwija. I nasze osiągnięcia są doceniane, także poza granicami kraju. Omawia się nasze dokonania na międzynarodowych zjazdach i konferencjach, cytuje prace i wyniki. Mamy w Polsce wielu świetnych specjalistów, ludzi oddanych swojej pracy. Robimy naprawdę fantastyczne rzeczy. Chore dzieci, ponieważ jest ich znacznie mniej niż pacjentów dorosłych, mają szansę korzystania z nowoczesnych terapii. Życzę koleżankom i kolegom zajmującym się onkologią dorosłych, żeby każdy ich pacjent miał takie możliwości leczenia, jakie mają dzieci. ●

To naprawdę już?



Fot. K. Bortyzel

WALKA Z CZASEM, WALKA O KOBIECĘ, JEJ DZIECKO, JEGO ZDROWIE. Z PRZEDWCZESNYM PORODEM WIĄŻĄ SIĘ RÓŻNE, RÓWNIEŻ BARDZO DRAMATYCZNE HISTORIE. W CZĘŚCI PRZYPADKÓW Z GÓRY WIADOMO, ŻE CIĄŻĘ NALEŻY ZAKOŃCZYĆ WCZEŚNIEJ, ALE W WIELU SYTUACJACH WSZYSTKO DZIEJE SIĘ NAGLE. SYSTEM NIE POMAGA, WSPÓŁPRACA MIĘDZY ODDZIAŁAMI BYWA BARDZO TRUDNA, TRZEBA PODEJMOWAĆ NATYCHMIASTOWE, NIEŁATWE DECYZJE, W OKAMGNIENIU OCENIAĆ RYZYKO. O CIĄŻY, PRZEDWCZESNYM PORODZIE I OKOLICZNOŚCIACH ZBYT SZYBKIEGO PRZYJŚCIA NA ŚWIAT RENATA JEZIÓŁKOWSKA ROZMAWIA Z GINEKOLOGIEM POŁOŻNIKIEM **MICHAŁEM GONTKIEWICZEM**.

Jak wiele ciąż kończy się przedwczesnym porodem?

W Polsce przedwczesnych porodów mamy około 7 proc., w tym porodów z małą bądź bardzo małą masą urodzeniową dziecka (to jest szczególna grupa najbardziej zagrożonych dzieci) mniej niż 6 proc.

Jakie są najczęstsze przyczyny?

Trzeba wyodrębnić dwie duże grupy. Jedną to porody przedwczesne tzw. samoistne, kiedy dochodzi do skrócenia szyjki macicy i pojawia się czynność skurczowa. Często jest niebolesna, co stanowi duże zagrożenie. Bo jak nie boli, nie mamy poczucia, że dzieje się coś niedobrego. Występują skurcze – sześć na godzinę, rozwarcie wynosi więcej niż 3 cm, szyjka się skraca o ponad 80 proc. Etiologia porodów przedwczesnych tej pierwszej grupy jest nie do końca poznana, sprzyjające czynniki to często zakażenia wewnątrzmaciczne, zakażenia szyjki, niewydolność wrodzona włókien kolagenowych oraz wiele innych schorzeń. Czynniki ryzyka porodu przedwczesnego bywają: poród przedwczesny w przeszłości, ciążę wielopłodową, krótkie odstępy między ciążami, tj. sześć miesięcy, ciążę po IVF, również przyczyny środowiskowe – palenie papierosów i picie alkoholu (bardzo duże zwiększenie ryzyka), nieprawidłowe odżywianie się – zarówno otyłość, jak i głodzenie się (uszkadza włókna kolagenowe) oraz zakażenia, zwłaszcza płynu owodniowego i dolnego odcinka szyjki macicy, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, stres. Ponadto wymienić należy sytuacje ekstremalne, takie jak przemoc domowa czy stres związany z utratą bliskich. Udowadniają to przeprowadzone badania. Należy podkreślić, że badania dowodzą, iż stres znacznie zwiększa ryzyko przedwczesnego porodu. Również obciążająca psychicznie praca. Dlatego niechęć niektórych lekarzy do wystawiania ciężarnym zwolnień jest według mnie absurdem. Ponadto czynnikami ryzyka są wcześniejsze poronienia, aborcje, wady anatomiczne macicy i, co ciekawe, wiek ojca powyżej 45 lat.

Drugą grupę porodów przedwczesnych stanowią przypadki, w których to my, lekarze, planujemy zakończenie ciąży przed terminem. Wymienić tu należy stan przedrzucawkowy i patologie z nim związane, oddzielenie się łożyska prawidłowo usadowionego, ograniczenie wzrastania płodu wewnątrzmaciczne albo cechy niedotlenienia płodu. Ale także cięższe, zwłaszcza jednokosmówkowe, jednoowodniowe, a tym bardziej więcej niż dwupłodowe. Na całkowite ryzyko wpływa też stan ogólny i choroby przewlekłe mamy, takie jak nadciśnienie, cukrzyca.

Jakie schematy postępowania stosujecie w takich sytuacjach?

Jedną z głównych metod jest tokoliza, czyli zahamowanie czynności skurczowej macicy m.in., by móc podać sterydy i przygotować dziecko do urodzenia, czyli przyspieszyć dojrzewanie płuc i zmniejszyć ryzyko krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego, oraz zapewnić transport pacjentki do odpowiedniego ośrodka. Czasem jednak nie możemy jej stosować, np. jeśli występuje zakażenie jaja płodowego, oddzielenie się łożyska czy inne sytuacje nagłe. Wtedy musimy jak najszybciej zakończyć ciążę.

Bezpieczny transport to bardzo ważny element pomocy pacjentce i jej dziecku, porody przedwczesne zdarzają się bowiem w każdym ośrodku. Nie tylko w tych trzeciego stopnia referencyjności, ale też w szpitalach powiatowych, wojewódzkich, gdzie nie można zagwarantować opieki nad noworodkami na najwyższym poziomie. Wspaniale, jeśli uda się zapewnić transport, gdy dziecko jest w macicy, bo to dla niego dużo bezpieczniejsze.

Zorganizowanie transportu i odpowiedniego miejsca w lepiej przygotowanym ośrodku bywa bardzo problematyczne?

Współpraca między placówkami jest trudna, zawsze brakuje miejsc i trzeba skoordynować przeniesienie zarówno z oddziałem położniczo-ginekologicznym w ośrodku o wyższym stopniu referencyjności, jak i z oddziałem noworodkowym w danym szpitalu. Musi być

zapewnione miejsce dla wcześniaka. Często przenoszenie pacjentki ze szpitala powiatowego wiąże się z wykonaniem nawet 40 telefonów do różnych szpitali i wręcz błaganiem o miejsce. I nie wynika to z niechęci drugiej strony, po prostu tych miejsc brakuje. Opieka skoordynowana w przypadku patologii ciąży i patologii noworodka jest wciąż niewystarczająca.

Co można zrobić, by zagwarantować bezpieczeństwo i by nie trzeba było desperacko szukać miejsca dla zagrożonej pacjentki i zagrożonego dziecka?

Takie pacjentki powinny być od początku kierowane do szpitali drugiego i trzeciego stopnia referencyjności, w zależności od tego, jak nasilone są objawy. Nie zawsze jednak da się przewidzieć rozwój sytuacji, a pacjentce zawsze towarzyszy ogromny stres. Choć my, położnicy, mamy różnorakie trudności, które komplikują przedwczesne porody, dla nas nie są aż tak dużym wyzwaniem jak dla „strony noworodkowej”. Jeszcze większy problem pojawia się zaś, jeśli pacjentka miała niedokładnie przeprowadzoną diagnostykę śródciążową, była raz, dwa razy u lekarza w czasie ciąży, gdy nie miała dobrego USG i gdy tak naprawdę nie do końca wiemy, czego możemy się spodziewać. Trzeba wtedy liczyć się również z najgorszym.

Zarówno mama, jak i wcześniak mogą wymagać pomocy specjalistów z różnych dziedzin. Istnieją utrudnienia systemowe, ale może chociaż współpraca między różnymi lekarzami jest łatwiejsza?

Zdecydowanie nie. Miewamy do czynienia z bardzo niejednorodną grupą schorzeń. Po urodzeniu dziecko może mieć skrajnie różne problemy. Może to być maluszek, który potrzebuje wsparcia oddechowego, czasu, opieki, żeby dojrzeć. Ale nierzadko noworodek ma powikłania infekcyjne, zapalenie płuc, sepsę, martwicze zapalenie jelit, wymaga więc podejścia wielospecjalistycznego. Skoordynowanie tego leczenia jest wyjątkowo trudnym zadaniem. Niestety, nadal współpraca ginekologów i neonatologów w wielu ośrodkach jest, de-

likatnie mówiąc, nie najlepsza. Zakres naszego działania różni się, koncentrujemy się na odmiennych aspektach. Położnik, decydując w kwestii przetransportowania ciężarnej do innego ośrodka, rozważa, czy nie jest to zbyt ryzykowne, czy obfite krwawienie nie będzie skutkowało odklejeniem się łożyska i ryzykiem śmierci. W przypadku odklejenia się łożyska pacjentka może umrzeć w ciągu godziny. Dlatego musimy niekiedy podejmować trudne decyzje o natychmiastowym cesarskim cięciu, a dopiero później planować transport.

Z perspektywy neonatologów lepiej, by poród odbył się już w ośrodku docelowym. Wszystkim nam zależy na dobru pacjentów, ale nieco inaczej patrzymy na elementy ryzyka. Co też sprawia, że współpraca łatwa nie jest. Często zawodzi komunikacja, np. nie rozmawiamy ze sobą, nie wymieniamy się informacjami między oddziałami. Powiadamy, że za chwilę będzie poród, po czym bywa, że informujemy po łebkach, albo wcale, o tym, co się dzieje. Personel oddziału noworodkowego musi dopytywać się o szczegóły i dopiero w trakcie porodu przygotowywać na różne ewentualności. Musimy się uderzyć w pierś, bo poza systemowymi problemami jest problem z wewnętrzną komunikacją w szpitalu, między oddziałami, brakuje wspólnych odpraw. Niektóre ośrodki już zaczęły współpracować bardzo ściśle, ale często nadal oddział pediatryczny i noworodkowy sobie, a oddział ginekologiczno-położniczy sobie. I zamiast pracować nad tymi relacjami sami potęgujemy konflikty. A na tym cierpi pacjent.

Może są narzędzia, które pomogłyby usprawnić komunikację, a tym samym opiekę nad pacjentem?

Przede wszystkim potrzeba naszej ludzkiej otwartości. Natomiast istnieją systemy, które pozwalają na wczesnym etapie wykrywać niektóre zaburzenia. Pacjentka jest jeszcze w domu i ma np. zdalny kardiogram, który łączy się za pomocą narzędzi telemedycznych i pozwala wyłapać zagrożenie oraz „przysłać” pacjentkę, zanim problem się zamieni w wymagający natychmiastowej reakcji. Takie narzędzia są dostępne ►►

► ne obecnie tylko komercyjnie, ale część z nich po przejściu pilotaży, być może (mocno trzymam za to kciuki!) będzie stosowana w opiece ogólnej. W Instytucie Matki i Dziecka realizowano np. szeroko zakrojony pilotażowy program opieki skoordynowanej telemedycznej nad pacjentką. Już się skończył, jest po walidacji, narzędzia są udoskonalane i bardzo poprawiają opiekę nad ciężarną oraz noworodkiem.

Dzięki rozwojowi medycyny i techniki mogą przeżyć małe wcześniaki, które jeszcze kilka lat temu nie miałyby szans...

Każdy rok podnosi szanse wcześniaków, przeżywalność coraz mniejszych i młodszych noworodków poprawia się. Już wprowadzenie aparatów wspomagających oddychanie ogromnie zwiększyło szansę na przeżycie, pozwalając poprawić oddychanie dzieci, które nie mają wystarczającej ilości surfaktantu. Samo podawanie surfaktantu, czyli płynu, który powoduje, że pęcherzyki płucne mogą się rozklejać i prawidłowo pracować, to ogromny postęp. Systemy monitorowania stanu noworodków, na bieżąco dające informacje przetworzone, analizy trafiające od razu do zespołów opiekujących się dzieckiem pozwalają szybciej reagować na powikłania. Specjalnie skonstruowane sondy do karmienia poprawiają szanse na wykształcenie się prawidłowych odruchów ssania u noworodków. Czyli już na etapie pomagania, wręcz ratowania życia, myśli się o tym, co będzie później, a to przekłada się na długoterminowe efekty terapeutyczne. Liczy się nie tylko przeżycie dziecka, ale też jego dalszy rozwój.

Jak zmieniają się tzw. profil kobiety ciężarnej oraz wiedza przyszłej mamy o zagrożeniach i konieczności dbania o siebie, a w ten sposób o dziecko?

Dużo zależy od tego, czy mówimy o pacjentce z dużego ośrodka, czy z mniejszego. Generalnie świadomość jest dużo wyższa, zarówno dzięki dostępowi do Internetu, influencerom medycznym, jak i powszechnemu podniesieniu poziomu wiedzy. Coraz mniej jest pacjentek w ogóle nieobjętych opieką,



Fot. licencja OLL w Warszawie

choć niestety nadal się to zdarza. Natomiast te kobiety, które trafiają do lekarzy i do szpitali, często są faktycznie lepiej poinformowane, jak troszczyć się o ciążę, co pogarsza rokowanie, co można zrobić, żeby zapewnić dziecku lepszy byt. Z pozoru błahy temat suplementacji jest coraz bardziej w powszechnej świadomości uporządkowany. Niewiele pacjentek nie wie, co to jest kwas foliowy i dlaczego należy go przyjmować, nawet nie tyle w samej ciąży, ile już przed zajściem w nią. Coraz więcej kobiet zna zalety witaminy D3 i kwasu DHA, wie, że w ciąży wcale nie trzeba łykać miliarda witamin, że suplementacja musi być indywidualnie dostosowana. Sytuacja poprawia się, ale nadal widzimy miejsca, gdzie jest dużo do zrobienia. Mimo ogólnego postępu, ciągle musimy troszczyć się o najbardziej potrzebujące pacjentki. Musimy dążyć do zwiększania dostępności świadczeń i, zamiast zawężać świadczenia do dużych ośrodków porodowych, pilnować, by kobiety wszędzie miały w miarę jednakowy dostęp do specjalistów. Nie ma co się oszukiwać, że będzie on równy, ale różnice można minimalizować, również przez wspieranie naszych działań narzędziami AI czy korzystanie z nowoczesnych technologii.

Jakie mity pokutują jeszcze wśród ciężarnych?

„Jak urodzę młodsze dziecko, to będzie tylko łatwiej”, „Mniejsze dziecko – łatwiejszy poród” – to mit, bo często porody przedwczesne związane są z większym ryzykiem dystocji barkowej. Kolejny mit – to korzyści z całkowitego zalegania w łóżku. Kiedyś (zresztą nadal spotykamy się z takim podejściem) w niektórych ośrodkach pacjentce w ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym zalecało się leżenie w łóżku. Badania dowodzą, że jest absolutnie odwrotnie. Takie zalecenia zwiększają ryzyko powikłań i przedwczesnego porodu. Krąży również mit, że gdy wypadnie czop śluzowy, za chwilę dojdzie do porodu. Wiemy, że nie ma to wiele wspólnego z rzeczywistością. Często od odejścia tzw. czopu do wystąpienia czynności skurczowych i porodu mija wiele dni, a zdarza się, że i tygodni. Zresztą nadal bywa, że pacjentka opowiada, iż rodziła przez kilka dni, podczas gdy prawdziwa czynność porodowa rozpoczęła się na kilka godzin przed urodzeniem noworodka. To wszystko pokazuje, jak wiele mamy nadal do zrobienia w zakresie edukacji pacjentek i poprawy naszej komunikacji. ●

Pediatra

GRECKIE PAIS (W DOPEŁNIACZU PAIDOS), CZYLI 'DZIECKO', W POŁĄCZENIU Z -IATREIA, CZYLI 'LECZENIE', DAŁO PEDIATRIĘ I PEDIATRĘ, SŁOWA W WIELU JĘZYKACH PODOBNI BRZMIĄCE, A OZNACZAJĄCE 'LECZENIE DZIECI' I 'LEKARZA DZIECI'. DYFTONG (POŁĄCZENIE SAMOGŁOSEK) -AI- ZOSTAŁ UPROSZCZONY DO -E-, ALE MAMY JESZCZE WIELE SŁÓW, KTÓRE, ZACHOWUJĄC DAWNE BRZMIENIE, SĄ DLA NIEKTÓRYCH NIECO DZIWNIE, PRZYPOMINAJĄC OKREŚLENIE KROMKI CHLEBA. I TAK MAMY PAJDOKRACJĘ, CZYLI 'RZĄDY NIEDOROSŁYCH', PAJDOCENTRYZM – JAKO KIERUNEK MYŚLENIA O WYCHOWANIU.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Ale *pediatra* już brzmi inaczej, z jednej strony bardziej naturalnie, choć z drugiej może mu przeszkadzać skojarzenie z łacińskim określeniem stopy, czyli *pes* (w dopełniaczu *pedis*) – *pedikiur* to dbanie o paznokcie u stóp, nie o dzieci, *per pedes* zaś to inaczej *pieszo*.

Inne wyrazy z greckim określeniem dziecka mają różne znaczenia. Słowo *pederasta*, z greckiego *paid-erastes*, czyli 'miłośnik dzieci', potem zmieniło znaczenie, przejęte przez grecko-łaciński wyraz *pedofil*, już w wyraźnym erotycznym odniesieniu. *Pedagog* to dawniej 'wychowawca dzieci', np. w arystokratycznym domu, ale też w placówkach oświatowych. Dziś tak nazywamy częściej specjalistę w dziedzinie pedagogiki. Sama *pedagogika* dotyczy całokształtu wychowania – kiedyś zwano to *pajdeją*, a nauka o dzieciach to z kolei *pedologia*. Nawiasem mówiąc, od włoskiego *pedagogo* prawdopodobnie pochodzi słowo *pedant*, dawniej oznaczające 'surowego nauczyciela'.

A *pediatra* leczy dzieci. Część wyrazu *pediatria* to wspomniane greckie *iatreia*, czyli 'leczenie'. Wielu specjalistów nazywanych z użyciem tej *iatrei*, później prostszej *iatrii*, to ci, którzy zajmują się naturalnie słabszymi, tymi, których rodzaj słabości często zresztą utrudnia lekarzowi kontakt z nimi. Słabością duszy zajmuje się *psychiatra*, słabością starości *geriatra*, słabościami młodości – *pediatra*. A mówiąc lub myśląc nieco przenośnie: tak jak starość (a właściwie i życie) można byłoby uznać za chorobę w stu procentach terminalną,

tak młodość byłaby chorobą w stu procentach uleczalną, jeśli inne okoliczności nie zachodzą. Ale też słabość młodości na wiele takich okoliczności ją wystawia. I *pediatra* leczy dzieci z tych okoliczności.

Może być, i bywa zwany *lekarzem dzieci*, także – jak dawniej – *lekarzem od dzieci*, wreszcie *lekarzem dziecięcym*. Od słowa *dziecko* (słowa w sumie o dość niejasnym pochodzeniu) mamy dwa przymiotniki: *dziecinny* i *dziecięcy*. *Dziecięcy* to z grubsza 'dotyczący dzieci', *dziecinny* odnosi się często do cech dziecka przejawianych nie tylko przez dzieci. Wprawdzie *pokój dziecinny* to po prostu 'pokój dla dzieci', *dom dziecinny* wiąże się z naszym dzieciństwem, czyli wszystko w porządku, jednak nazwanie postępowania, rozumowania czy zachowania *dziecinny* jest krytyką, bo tu *dziecinny* to tyle, co 'niedojrzały', 'nadmernie emocjonalny', a nawet 'nierozumny'. Lekarz *pediatra*, lekarz leczący dzieci, lekarz od dzieci, lekarz dzieci może być nazwany *lekarzem dziecięcym*, ale nie powinien dopuścić, by go nazwali *dziecinny*.

A lekarzami *dziecięcymi* bywają bardzo często kobiety. Niektóre być może chcą, a inne dopuszczają, by je zwano *pediatrkami*. Nie jest to określenie szczególnie fonetycznie wygodne, ale nie sądzę, by było wiele pań określających siebie jako *pediatryczki*. Może niech wystarczy to, że wyraz *pediatra* jest co prawda gramatycznie rodzaju męskiego, ale deklinację ma żeńską, jak *watra* czy wręcz *siostra*. I że *pediatria* jest już na pewno gramatycznie żeńska. ●

Praca na wielu płaszczyznach



Fot. archiwum

O WSPIERANIU CHORYCH DZIECI I ICH RODZICÓW MÓWI
ALEKSANDRA TOBOTA-RÓŻAŃSKA, PSYCHOLOG,
 PEDAGOG, CERTYFIKOWANY PSYCHOONKOLOG
 I CERTYFIKOWANY SUPERWIZOR PSYCHOONKOLOGII,
 CZŁONEK GŁÓWNEGO ZARZĄDU POLSKIEGO
 TOWARZYSTWA PSYCHOONKOLOGICZNEGO,
 NA CO DZIEŃ PRACUJĄCA Z PACJENTAMI W KLINICE
 ONKOLOGII I CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ DZIECI
 I MŁODZIEŻY INSTYTUTU MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE.

rozmawiała **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Jak pomóc rodzicom, którzy dowiadują się, że ich dziecko zmaga się z nowotworem?

Wsparcie jest niezbędne. Bez niego rodzice będą nieustannie narażeni na stres związany ze stanem zdrowia dziecka. Adaptacja do nowej, niecodziennej sytuacji, jaką stwarza choroba, jest procesem, w którym bardzo ważną rolę pełnią osobiste zasoby, członkowie rodziny, przyjaciele, otoczenie. Jednak siły rodziców po jakimś czasie się po prostu wyczerpują. Potrzebują oni wsparcia z zewnątrz – psychoonkologa. Pomocne jest towarzyszenie rodzicom na wszystkich etapach leczenia dziecka, jeżeli tego sobie życzą. Wsparcie polega na pracy na wielu płaszczyznach, np. emocjonalnej, czyli na przepracowaniu wszelkich problemów i dylematów, które pojawiają się w tym czasie. Niekiedy trzeba otrzeć łzę, potrzymać za rękę, razem pomilczeć. Inną płaszczyzną jest płaszczyzna informacyjna, czyli pomoc w przyjmowaniu informacji od lekarza o zdrowiu i leczeniu dziecka. Kolejną – edukacyjna, która ułatwi rodzicom zrozumienie sytuacji, w której znalazła się rodzina, poznanie choroby i metod leczenia. Jest też płaszczyzna społeczna, mówiąca o roli wsparcia, i płaszczyzna finansowa – zadbanie o niezbędną pomoc, np. na dojazdy na leczenie. Pomoc tę oferują stowarzyszenia, fundacje. W tym zakresie psychoonkolog pełni rolę pomostu między rodziną a fundacją. Udzielając wsparcia, nie dajemy pewności, ale zapewnienie, czyli nie mówimy „nic się nie martw”, „wszystko będzie dobrze”, ale „jestem obok, możesz na mnie liczyć”.

Z jakimi pytaniami, problemami, wątpliwościami rodzice małych pacjentów zwracają się do psychoonkologa?

Tych pytań jest wiele. Rodzice pytają:

– *Co zrobiłam/em źle, że moje dziecko zachorowało?* – poszukują przyczyny choroby, oczekują ulgi, zrozumienia, nie chcą popełnić ponownie tego błędu;

– *Czy moje dziecko powinno wiedzieć, na co choruje?* – kochają, więc chcą je „ochronić” zatajeniem prawdy. Wierzą, że w jakiś magiczny sposób spowodują,

że choroby nie będzie. Tymczasem dzieci domyślają się prawdy i mogą stracić zaufanie do rodziców, które potem trudno odbudować;

– *Jak mam rozmawiać z dzieckiem o chorobie?* – nie potrafią tego, ponieważ są pierwszy raz w takiej sytuacji i nie chcą zaszkodzić dziecku;

– *Jak poinformować rodzeństwo młodsze/starsze, dziadków o chorobie dziecka i czy w ogóle trzeba?* – mogą się obawiać, że tą wiadomością obciążą bliskich i spowodują „niepotrzebne” zdenerwowanie, zamartwianie się. Myślą więc o zatajeniu prawdy lub powiedzeniu tylko części.

Rodziny/rodzice często borykają się z depresją, lękami, bezsennością itp. Przychodzą opowiedzieć krok po kroku, co się dzieje w ich życiu, w leczeniu i nie tylko. Fakt, że jest ktoś, kto słuca/słyszyc/usłyszyc i rozumie, daje im poczucie bezpieczeństwa.

Świadomość choroby jest zależna od wieku. Inaczej rozumie swoją sytuację kilkuletnie dziecko, inaczej nastolatek. O co pytają psychoonkologa dzieci?

Dla małych dzieci najważniejsza jest bliskość rodziców, brak bólu i zabawa, pytają więc: – *Czy będzie mnie bolało? Czy rodzice będą przy mnie? Czy długo będę w szpitalu? Czy możemy się pobawić?* Czekają, aż zabawa będzie możliwa, to naturalny język dziecka. Ułatwi zrozumienie sytuacji bez nadmiernego lęku i przygotowuje do różnych etapów leczenia, nawet najgorszych. Dzięki niej dzieci oderwą się od przykrego leczenia i na chwilę zapomną o pobycie w szpitalu.

Starsze dzieci mają dużą wyobraźnię oraz większą świadomość swojego ciała i tego, co się z nim dzieje. Trzeba z nimi rozmawiać o leczeniu w sposób zrozumiały, adekwatny do wieku. Nie okłamywać, gdyż wielu rzeczy się domyślają i usłyszane rozmowy łączą w całość. Pytają, co się z nimi dzieje, dlaczego zachorowały? W dziecięcy sposób próbują to sobie wytłumaczyć. Nie powinny zostawać same z domysłami. Dzieci bliżej 10. roku życia mają



Fot. licencja OIL w Warszawie

również dylematy związane z przyjaciółmi, ze szkołą. Nastolatki i starsi zastanawiają się: *Czy wyzdrowieją?, Czy kiedyś po chorobie normalnie ułożą sobie życie, założą rodzinę, czy pójdą na studia i czy choroba nie powróci? Czy będą uprawiać dalej ukochany sport?*

Młodzi pacjenci często borykają się też z odrzuceniem ze strony zdrowych rówieśników. Dlatego tak ważne jest docieranie do rodziców, nauczycieli, przekazywanie wiedzy o chorobach onkologicznych, wpływanie na postawę młodych ludzi wobec chorujących rówieśników. Bywa też odwrotnie – otrzymując od kolegów i koleżanek wsparcie, które pomaga im przejść przez leczenie.

Nie każda terapia kończy się sukcesem. Jak wspierać dziecko w okresie terminalnym?

Jeżeli chory i rodzina potrzebują naszej pomocy, wówczas jest ona niezbędna i kojąca. Nie zawsze potrzeba słów, wystarczy obecność, wspólne milczenie. To niepowtarzalny i bardzo ważny czas dla odchodzącego dziecka, dla przyszłości rodziców oraz dla innych bliskich. Moim zdaniem – to moment tajemniczy. Wówczas nic innego nie jest ważne, czas się zatrzymuje...

Czy opieka psychoonkologów na oddziałach dziecięcych w Polsce

jest wystarczająca w stosunku do potrzeb pacjentów?

Według przepisów każdy oddział w Polsce, zarówno dziecięcy, jak i dla dorosłych, powinien zatrudniać psychoonkologów w liczbie adekwatnej do liczby chorych. Czyli każdy oddział ma przynajmniej jednego psychoonkologa/psychologa. Byłoby jeszcze lepiej, gdyby tych etatów było więcej. Jedno spotkanie z pacjentem trwa około 50 minut, a pracuje się nie tylko z chorym, ale i z rodzicami/rodziną. Zwiększenie liczby zatrudnionych specjalistów umożliwiłoby jeszcze lepszą opiekę. Ponadto psychoonkolog na oddziale jest m.in. konsultantem dla całego zespołu, nierzadko pełni również funkcję pracownika socjalnego albo koordynuje pracę fundacji, stowarzyszeń działających na rzecz chorych, współpracujących ze szpitalem. To wszystko wymaga czasu i zaangażowania.

Moim zdaniem konieczne jest rozwinięcie w Polsce psychologicznej opieki ambulatoryjnej podczas leczenia i po nim (bez względu na pozytywne czy negatywne zakończenie) dla chorych onkologicznie dzieci, młodzieży i dorosłych oraz dla ich rodzin i bliskich. Mam tu na myśli nie tylko szpitale, lecz także przychodnie. Obecnie tę rolę przejmują stowarzyszenia, fundacje i podmioty prywatne, ale to nie wystarcza. ●

Dzieci przedmiotem niebezpiecznych eksperymentów społecznych

DZIECI SĄ WAŻNE. DZIECI SĄ PRZYSZŁOŚCIĄ NARODU. WSZYSTKIE DZIECI SĄ NASZE. ISTNIEJE NIEMAL POWSZECHNA ZGODA CO DO TEGO, ŻE DZIECIOM I MŁODZIEŻY NALEŻY SIĘ SZCZEGÓLNA TROSKA, TAKŻE W ZAKRESIE ZDROWIA.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szarfranski

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje dzieciom szczególne prawo do ochrony zdrowia, obok trzech innych grup społecznych: niepełnosprawnych, kobiet w ciąży i osób w podeszłym wieku. W praktyce jednak bywa dokładnie odwrotnie. Małoletni są przedmiotem nie tyle ochrony, co najbardziej intensywnych eksperymentów społecznych. Ograniczona świadomość własnych praw, zależność od kompetencji opiekunów w połączeniu z cichą kapitulacją państwa w zakresie ochrony praw dziecka – wszystko to sprawia, że zdrowie najmłodszych spychane jest na dalszy plan w dyskusjach i działaniach naprawczych w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, a także opieki medycznej.

Dramatycznym przykładem lekceważenia sytuacji młodego pokolenia jest problem psychiatrii dziecięcej. Dekady bicia na alarm na niewiele się zdały. Reformę rozpoczęto na serio w roku 2020, gdy dokonał się już trudno odwracalny proces odpływu specjalistów do sektora komercyjnego. Słaba dostępność psychologów i psychiatrów, nawet w przypadku poważnego kryzysu psychicznego, to dziś olbrzymia bolączka systemu. Także w sektorze komercyjnym czeka się dziś na wizytę, a koszty pełnopłatnej terapii są niebotyczne. Zaburzenia psychiczne w systemie ochrony zdrowia przez lata traktowano po macoszemu, spychając je na margines. Przegrywały więc walkę o krótką koldrę z innymi dziedzinami, które skuteczniej potrafiły nagłośnić swoje potrzeby. Nie bez znaczenia była tu stygmatyzacja zaburzeń psychicznych. Statystyki depresji, zaburzeń lękowych i prób samobójczych wśród mło-

dych traktowano bardziej jak chwilową sensację niż niepokojący, globalny trend, któremu trzeba aktywnie przeciwdziałać.

Podobnie spóźniona okazała się reakcja władz publicznych na szerzące się ruchy antymedyczne. Potrzeba było pandemii COVID-19, by dostrzec zagrożenie ze strony ruchów antyszczepionkowych, profesjonalnie siejących dezinformację o najskuteczniejszej metodzie zapobiegania chorobom zakaźnym. Niezaszczepione, mimo darmowych programów i kalendarza szczepień, dzieci składają ofiarę ze zdrowia. Udowadniają w ten sposób siłę perswazji szarlatanów, lansujących się na przedstawicieli „medycyny naturalnej”, i słabość instytucji publicznych, które nie potrafią się komunikować z ich rodzicami ani egzekwować dziecięcego prawa do zdrowia.

Bez mediów nagłaśniających fenomen pseudoterapii trudno było wzbudzić zainteresowanie właściwych organów zjawiskiem porzucania skutecznego leczenia, m.in. onkologicznego, pod wpływem kwestionujących oparte na badaniach klinicznych terapię, by zachęcić do korzystania z ich, rzekomo cudownie skutecznych i dlatego „znieawidzonych przez lekarzy”, metod uzdrowicielskich.

Jeszcze tragiczniej prezentuje się obszar społecznych i komercyjnych determinantów zdrowia. Czynniki społeczne należą do ważniejszych bodźców oddziałujących na zdrowie fizyczne i psychiczne. Wpływają na rozwój i funkcjonowanie człowieka nie tylko w dzieciństwie, ale przez całe życie. W sprzężeniu



Fot. licencja OLL w Warszawie

zwrotnym problemy zdrowotne dzieci mogą mieć konsekwencje społeczne, które mają dalsze skutki zdrowotne.

Pediatrzy, inni specjaliści zajmujący się zdrowiem dzieci, nauczyciele i psychologowie, a zwłaszcza rodzice i inni członkowie rodziny regularnie mierzyć się muszą z uwarunkowaniami społecznymi, które oddziałują na zdrowie dziecka. Wiele z nich, np. klasa społeczna czy ubóstwo, jest dobrze znanych i zbadanych. Inne, m.in. technologie cyfrowe (komputery, tablety i smartfony), a także media społecznościowe, które wywierają silny wpływ na postawy i zachowania dzieci, dopiero od niedawna przykuwają uwagę badaczy i polityków. To paradoks, że tak chronione w badaniach klinicznych dzieci stały się, chcąc nie chcąc, przedmiotem eksperymentów społecznych na masową skalę.

Nie ma chyba obszaru, który tak wyraźnie jak pediatria pokazywałby współczesne wyzwania dotyczące opieki medycznej, a szerzej – utrzymania zdrowia ludności. Dzieci, dzięki plastyczności wieku rozwojowego, adaptując się do nowych technologii, „odkryły” realną skalę uzależnienia cyfrowego, przemocy i samotności w sieci. Wcześniej to na nich przeciętno zębne skutki polityki żywnościowej, opartej na marketingu producentów wciskających w wielopakach kaloryczne produkty nieświadomym konsumentom. Przykute od najmłodszych lat do szkolnych ławek, wadami postawy uzmysłowiły nam skutki wielogodzinnego bezruchu. W drodze naturalnego eksperymentu wykazały, że długich godzin spędzonych na siedząco (przed szkołą, po lekcjach, czeka na nie rodzic w samochodzie, a w domu – telefon i komputer) nie da się zrównoważyć okazjonalnym treningiem jakiegoś modnego i prestiżowego sportu. Nawet tenisa! Uboższe, z zaawansowaną próchnicą, zaświadczyły o tym, jak kiepsko i niesprawiedliwie komercyjny rynek zdrowia alokuje zasoby.

Dzieci to pierwsze ofiary dziwnych wojen kulturowych. W XXI w. każda szkoła podstawowa i przedszkole, także te z czesnym wynoszącym „milion monet”, to front walki z wszawicą, a często i owsicą, bo nasze państwo nie potrafi znaleźć sposobu, by skłonić rodziców do kooperacji w zakresie okresowej kontroli czystości głowy. Woli wrzucić ramionami, tłumacząc powszechną obecność pasożytów w placówkach oświaty swobodą wychowania dziecka. Dzięki temu wszy chronione są w naszym kraju chyba bardziej niż uczucia religijne. Jest to jednak wolność pozorna. Jeśli rodzic nie współpracuje i odmawia podpisania wymaganej zgody, szkoły w desperacji potrafią zawiadomić... pomoc społeczną o podejrzeniu niewydolności wychowawczej rodziny. W taki oto sposób brak kultury dialogu wśród dorosłych doprowadza do wytoczenia przeciwko wszom nawet nie dział, ale wręcz broni atomowej w postaci nadzoru urzędniczego nad rodziną. Walka z gnidami staje się nieopstrzeżenie walką z ludźmi, o papier i podpis sankcjonujący prawo do kontroli, w którym swędząca dziecięca główka okazuje się kartą przetargową.

Wolnością tłumaczy się także zapychanie dzieci śmieciowym jedzeniem, bo to politycznie prostsze, niż wzięcie w karby koncernów stawiających na wysokoprzetworzone wypełniacze żołądka. Rosnące wskaźniki nadwagi i otyłości wśród dzieci spotykają się z boomerskim utyskiwaniem raczej na nadopiekuńcze matki niż na strategię promocji łatwiejszych logistycznie produktów o podejrzenie długim okresie trwałości. Spory o reformę edukacji dotyczą zawartości listy lektur, bo przecież dyskusja nad zmianą formuły lekcji wychowania fizycznego na bardziej atrakcyjną i praktyczną „nie będzie się klikać”. Jeśli jednak chcemy poprawić zdrowie dzieci i młodzieży, musimy przeorać świadomość i zmienić postawy dorosłych, bo to oni dyktują młodym wymagania i narzucają wzorce coraz bardziej kiepskiej jakości. ●

Idealni rodzice lekarze

LEKARZE WPRAWDZIE DUŻO PRACUJĄ, ALE NIE MAJĄ CO NARZEKAĆ, BO ICH PRACA JEST POTRZEBNA, DOBRZE WYNAGRADZANA, PRESTIŻOWA. MIESZKAJĄ W PIĘKNYCH, ZAWSZE CZYSTYCH DOMACH, JEŹDŻĄ DOBRZYMI SAMOCHODAMI, WAKACJE SPĘDZAJĄ W DROGICH HOTELACH. ICH DZIECI CHODZĄ DO DOBRZYCH SZKÓŁ, SĄ ZDROWE, ŁADNE, MĄDRE, DOBRZE UBRANE, GRZECZNE, UCZESTNICZĄ W ZAJĘCIACH ANGIELSKIEGO, TENISA, BALETU, CERAMIKI, ROBOTYKI, JAZDY KONNEJ, NIE MAJĄ PROBLEMÓW Z NAUKĄ, PO MATURZE IDĄ NA MEDYCYNĘ, EWENTUALNIE NA PRAWO LUB INNE ŚWIETNE STUDIA.

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

Zgadza się? Nie? Taką idyllę maluje często społeczeństwo, media społecznościowe, bezpośrednie otoczenie. Ba, nierzadko my sami mamy w głowie taki wzorzec, punkt odniesienia. A im silniej ten obraz w nas wdrukowany, tym brutalniejsza konfrontacja z rzeczywistością.

Zostawmy nawet kwestię pracy, to jak wygląda i czy jest doceniana. O tym mówimy, czasem krzyczymy. Przejdźmy dalej.

Pewnie są wśród nas osoby, których domy czy mieszkania wyglądają jak „wylizane” do czysta, dizajnerskie wnętrza z Instagramu. Większość z nas mieszka jednak w przestrzeniach zwyczajnie, w codzienny sposób zabałaganionych, w których po prostu się żyje. Tu rzucone klucze, tam list wyciągnięty ze skrzynki tydzień temu, torebka na fotelu, trzy książki czytane w ostatnim czasie,

kubek po kawie, w zlewku talerze czekające cierpliwie aż ktoś je litościwie wstawi do zmywarki, na kanapie sterta prania, jeszcze niezłożonego, szafki w kuchni bynajmniej nie przed chwilą wyszorowane, a na podłodze tu i ówdzie można się natknąć na jakiś kłak (koci, psi, ludzki), zabawkę, długopis czy inny randomowy przedmiot. Do pokoju dziecka w ogóle lepiej nie zaglądać. To obraz całkiem normalnego mieszkania, w którym żyje rodzina. I tego obrazu większość z nas się mniej lub bardziej wstydi. Powinno być idealnie! Niektóre (częściej niż niektórzy) z nas po powrocie z pracy rzucają się do sprzątanego, gotowania obiadu. Są zmęczone i pełne złości na pozostałych domownikach prezentujących bardziej liberalne podejście do kwestii porządku. Inne padają w rezygnacji na fotel i czują się nieudolnymi gospodyniami. Za żadne skarby nie wpuścilibyśmy do domu nikogo ze znajomych bez gruntownego sprzątanego. Zabawne, że z dużym prawdopodobieństwem sytuacja życiowo-przestrzenna tych znajomych i ich gotowość do przyjmowania gości wyglądają podobnie.

A dzieci? Przysłowiowe „lekarskie dzieci”? Z jednej strony, to oczywiste, że każdy rodzic chce, by jego dziecko było zdrowe, inteligentne, wybitnie uzdol-

nione, śliczne. Z drugiej strony, nauka już dawno określiła, że różne cechy w populacji mają rozkład normalny. To oznacza, że większość dzieci lekarzy będzie miała przeciętne uzdolnienia, niewiele będzie wybitnie zdolnych, ale będą też takie ze zdolnościami poniżej przeciętnej. Oczywiście, zapewnimy naszym dzieciom maksimum wsparcia w rozwoju, różnorodną stymulację, pomoc korepetytorów. Ale każdy człowiek ma granice potencjału rozwoju, powyżej której nie może przeskoczyć. Ten potencjał bywa różny nawet u rodzeństwa. Stereotypowy ambitny rodzic będzie za wszelką cenę dążył do tego, by wszystkie jego dzieci skończyły studia, bo przecież nie wypada, by „lekarskie dziecko” nie miało wyższego wykształcenia. Mądry rodzic będzie wiedział, że jego zadaniem jest wyposażenie pociechy w umiejętność dostrzegania swoich potrzeb i ograniczeń, rozwoju zgodnego z sobą i odnalezienia miejsca w życiu. To miejsce nie musi spełniać naszych wyobrażeń, a tym bardziej społecznych oczekiwań wobec „lekarskiego dziecka”. Niestety, fakt, że wiemy, czym chcielibyśmy się kierować w stosunku do naszych dzieci, nie zawsze sprawia, że potrafimy uwolnić się spod historycznej, społecznej presji.

Jak czują się dorośli, którzy są „lekarskimi dziećmi”? Czy zawsze są wdzięczni rodzicom za to, że stworzyli im optymalne warunki do rozwoju intelektualnego potencjału? Czy mają o coś żal?

Mam możliwość poznania poglądów grupy „lekarskich dzieci” – tych, którzy trafili do mojego gabinetu. Słucham ich głosów z pełną świa-

domością, że prawdopodobnie obrazują najbardziej skrajne sytuacje. Niemniej jednak myślę, że mogą być dla nas, rodziców lekarzy, bardzo cenne – inspirować do refleksji, wskazywać punkty, które możemy przeoczyć, zmieniać perspektywę. Warto wiedzieć, co może pójść nie tak.

Większość „lekarskich dzieci” wspomina o fizycznej nieobecności rodziców. Popołudniami, wieczorami, nocami, weekendami rodzica po prostu nie było. Trudno w takiej sytuacji zbudować bliską, dobrą relację. Nie ma kiedy się wzajemnie poznać.

Niektórzy wspominają presję na zdobywanie pozytywnych ocen, traktowanie bardzo dobrych wyników jako oczywistości. Karą za gorsze wcale nie musiał być podniesiony głos czy „foch”, wystarczyła dezaprobata w spojrzeniu, pełne rozczarowania westchnienie „tyle korepetycji na nic”, skierowane do innych (przypadkiem usłyszane przez dziecko) uwagi w stylu „jego siostra zdolna, ale z niego nic nie będzie”. Czyli albo dziecko spełnia oczekiwania rodziców, albo jest „spisane na straty”, bezwartościowe.

Kolejnym tematem, trudnym dla mnie jako psychiatry, jest negowanie przez rodziców lekarzy (mimo posiadanej wiedzy medycznej) zaburzeń psychicznych czy neuroróżnorodności u ich dzieci. Dla wielu rodziców dziecko z depresją, anoreksją, samouszkodzeniami, autystyczne bardzo zaburza obraz idealnej rodziny. Zdaję sobie sprawę, że moi pacjenci byli dziećmi 20, 30, 40 lat temu, i żyję nadzieją, że dziś jest inaczej, choć

od znanych zajmujących się terapią rodzinną wiem, że w lekarskich rodzinach nadal czasem nie wygląda to różowo.

Co moi pacjenci, dzieci lekarzy, wspominają dobrze? Wspólne wyjazdy, wycieczki, czas spędzany razem, rozmowy, jeśli rodzice okazywali szczerze zainteresowanie tym, co dzieje się u dziecka. Wspólne narady przed dokonywaniem wyborów np. szkoły, jeśli nie były okraszone mottem „możesz robić po maturze co chcesz, tzn. studiować medycynę albo prawo”. Okruchy dobrych wspomnień to też momenty, gdy rodzic przeproszał za coś, bo zrozumiał, że akurat w tamtym momencie zrobił coś złe. Nawet po latach. Te wspomnienia mają ogromne znaczenie, dla wielu osób wręcz kluczowe.

Możemy jako rodzice wielokrotnie się pomylić, nawalić, i pewnie tak się dzieje, ale zawsze jest dobry moment, by się zreflektować. Przeprzić. Zmienić. Nie ma gwarancji, że to naprawi, uratuje nasze relacje z dziećmi, ale z pewnością daje na to szansę.

Aha, najważniejsze. Nie musimy być idealnymi rodzicami, zresztą tacy nie istnieją. Naszym dzieciom potrzebni są wystarczająco dobrzy rodzice. ●

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



Dach solarny SunRoof 2w1

Dach zintegrowany z ogniwami fotowoltaicznymi, który chroni i izoluje budynek, jednocześnie zasilając go zieloną energią.

Recepta na najlepszą inwestycję zapewniającą energooszczędne rozwiązanie połączone z bezkompromisową estetyką.

LIMITOWANA OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY

- System bezpieczeństwa o wartości 15 tys. zł
- Dostęp do programu ambasadorskiego VIP
- Maksymalny wzrost wartości inwestycji

GRATIS

Zapraszamy do kontaktu:

lekarze@sunroof.se

22 123 7111



REKLAMA

Kryteria kształcenia

W MAJU MAJĄ BYĆ ZNANE WYNIKI AUDYTU, JAKI POLSKA KOMISJA AKREDYTACYJNA ROZPOCZYNA W SZKOŁACH, KTÓRE W OSTATNICH DWÓCH LATACH URUCHOMIŁY KIERUNEK LEKARSKI. – *ŻADNA UCZELNIA BEZ POZYTYWNEJ OPINII PKA NIE BĘDZIE KSZTAŁCIĆ PRZYSZŁYCH LEKARZY* – ZAPOWIADA STANOWCZO MINISTERSTWO NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO. PROBLEM W TYM, ŻE ŚRODOWISKO LEKARSKIE PRZESTAJE WIERZYĆ W TE ZAPEWNIENIA.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

Jest dużo pojedynczych sygnałów, które mogą być uznane za zbieg okoliczności, ale mogą też świadczyć, że rząd wcale nie pali się do zamykania kierunków lekarskich tam, gdzie już zostały uruchomione. Ci, którzy głośno (od lat lub w ostatnim czasie) mówią o dewastacji kształcenia w obszarze medycyny, mogą liczyć jedynie na niewydawanie zgód przez resort nauki na otwieranie nowych kierunków na uczelniach, które nie spełniają kryteriów.

To jednak o wiele za mało. Rektorzy akademickich uczelni medycznych podkreślali w ostatnich tygodniach, że w części szkół dochodzi do sytuacji wręcz patologicznych. Podczas lutowego posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia posłowie debatowali nad problemem jakości kształcenia na nowych uczelniach i przyszłości będących na cenzurowanym kierunku. Wcześniej wysłuchali informacji Urszuli Demkow odpowiedzialnej w resorcie za kwestie kadr medycznych i nauki. Wiceminister jednoznacznie stwierdziła, że jakość kształcenia nie podlega kompromisom, a do podejmowania decyzji o uruchamianiu nowych kierunków lekarskich potrzebne są analizy, ilu lekarzy Polska potrzebuje i będzie potrzebować w najbliższych latach. Takimi analizami rząd PiS, podejmując decyzje, nie dysponował.

Demkow przekonywała – dzielając opinię samorządu lekarskiego – że problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest nierównomierne rozmieszczenie lekarzy (duże różnice między ośrodkami miejskimi i resztą kraju), a także duży odpływ kadr z systemu publicznego. Wiceminister przypominała, że wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na populację (3,6) nie

odbiega od unijnej średniej (3,7), choć problemem jest duża luka demograficzna i stosunkowo mała liczba lekarzy w średnim wieku. Przede wszystkim jednak akcentowała, że wysoki wskaźnik liczby lekarzy nie przesądza o tym, czy system działa dobrze, czy źle. Grecja, która notuje rekordowo wysoki, nie ma się czym pochwalić, jeśli chodzi o publiczną ochronę zdrowia, z kolei są kraje (Japonia, Izrael, Belgia), w których wskaźnik jest wyraźnie niższy niż w Polsce, a opieka zdrowotna stoi na wysokim poziomie.

Wiceminister ubolewała – podobnie jak wcześniej, podczas konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2024”, która odbyła się na Zamku Królewskim w Warszawie 31 stycznia, że część nowych uczelni wyraźnie obniżyła wymagania stawiane kandydatom. Umożliwiają nawet poprawę lub obejście słabego wyniku uzyskanego na maturze z chemii czy biologii. – *Mimo to 447 miejsc w ostatnim naborze nie zostało obsadzonych* – zwróciła uwagę, zadając retoryczne pytanie, czy rzeczywiście nie poszliśmy w otwieraniu kierunków lekarskich za daleko.

– *Będę oczekiwał jak najszybszego pełnego audytu tych uczelni, bo kształcimy tam dzisiaj studentów, którzy nie są temu winni i nie mogą być ofiarami sytuacji. Oni żyją nadzieją, że studia skończą. W mojej ocenie musicie rozpocząć od gruntownego sprawdzenia, na jakiej podstawie przebiegał proces decyzyjny, czy były tutaj wpływy polityczne. Musicie sprawdzić krzyżowe zatrudnienie kadry dydaktycznej: czy ludzie, którzy dzisiaj pracują jednocześnie w Warszawie, Poznaniu, Wrocławiu i w Cieszynie, w ogóle się tam pojawiają, czy studenci są nauczani zgodnie ze standardami* – radził przed-

stawicielom rządu przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia Bartosz Arłukowicz. Zazaczył, że sprawa jest bardzo pilna i być może do takich prac powinno się zaangażować specjalnie powołaną komisję, w skład której weszliby np. przedstawiciele Porozumienia Rezydentów OZZL.

Przewodniczący PR OZZL Sebastian Goncerz przypominał, dlaczego reprezentowana przez niego organizacja, podobnie jak izby lekarskie, od wielu miesięcy zajmuje się dokumentowaniem i analizowaniem nieprawidłowości w funkcjonowaniu nowych kierunków lekarskich. – *Obniżanie jakości nauczania, a z tym się spotykamy, odbija się na bezpieczeństwie pacjenta* – podkreślał.

– *Sytuacja na nowych kierunkach lekarskich jest zróżnicowana. Jestem przekonany, że część uczelni może sprostać wymaganiom, ale są również miejsca, gdzie bez wątpienia mamy do czynienia z sytuacją głęboko patologiczną* – mówił prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. – *Jako przedstawiciele uczelni zrzeszonych w KRAUM, zwracamy się do Ministerstwa Zdrowia, a przede wszystkim do Ministerstwa Nauki o jak najszybszą weryfikację i wystąpienie ministra nauki o kontrolę Polskiej Komisji Akredytacyjnej na nowych kierunkach*. Przypominał, że KRAUM już wcześniej zadeklarowała gotowość przyjęcia studentów zamykanych kierunków lekarskich. Według danych MZ na uczelniach z negatywną oceną studiuje około 700 osób.

Wiceminister nauki i szkolnictwa wyższego Maria Mrówczyńska wyjaśniała, jak będzie przebiegać proces weryfikacji: – *Prace zostały podjęte już w styczniu. Wystąpiliśmy do wszystkich uczelni, które otrzymały negatywną opinię, żeby ustosunkowały się do zarzutów. 14 lutego minister nauki zwrócił się do przewodniczącego PKA z wnioskiem o przeprowadzenie oceny programowej na wszystkich kierunkach, które zostały uruchomione w roku 2022/2023, czyli PKA będzie przeprowadzała ocenę na wniosek ministra. Oprócz tego, jeżeli kształcenie trwa dłużej niż rok, na kierunkach lekarskich zostanie dokonana ocena poziomu nauczania po pierwszym i trzecim*

Część nowych uczelni wyraźnie obniżyła wymagania stawiane kandydatom. Umożliwiają nawet poprawę lub obejście słabego wyniku uzyskanego na maturze z chemii czy biologii.

roku oraz po całym cyklu kształcenia. Jesteśmy w stałym kontakcie z PKA i mamy nadzieję, że ta ocena zostanie zakończona w maju. Do tego czasu nie podejmiemy rozmów z Ministerstwem Zdrowia na temat ustalenia limitu miejsc. Będziemy wnioskowali o to, aby nie uruchamiać limitów na tych uczelniach, których ocena będzie negatywna.

Biorąc pod uwagę postulaty samorządu lekarskiego, można by mówić o sukcesie, gdyby nie splot zdarzeń, które miały miejsce w krótkim odstępie czasu. Najpierw minister zdrowia na nowo podzieliła kompetencje w resorcie i odebrała wiceminister Demkow pieczę nad kadrami medycznymi i kształceniem (jedyną kompetencją przedstawicielki partii Szymona Hołowni jest nadzór nad chorobami rzadkimi). Oficjalnego uzasadnienia nie było, półoficjalnie decyzja Izabeli Leszczyny jest łączona z zamieszczeniem wokół obsady funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie psychoterapii. Można stawiać pytanie, czy Urszula Demkow nie za bardzo radykalnie prezentowała poglądy w sprawie nowych uczelni.

Z kolei 8 marca na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej miał gościć minister nauki i szkolnictwa wyższego Dariusz Wiczorek. Miał, ale nie przyszedł. Przedstawiciele samorządu lekarskiego zapewniają, że dysponują potwierdzeniem przyjęcia zaproszenia ze strony MNiSW, choć biuro prasowe resortu zaprzecza, że minister je zaakceptował. – *Naczelna Rada Lekarska niezmiennie twierdzi, że uczelnie bez pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i odpowiedniego zaplecza do kształcenia lekarzy powinny zostać niezwłocznie zamknięte. O tym mieliśmy rozmawiać z ministrem Dariuszem Wiczorkiem 8 marca, podczas posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. Minister jednak odwołał spotkanie w ostatniej chwili* – wskazuje prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski w komunikacie opublikowanym na stronie internetowej NIL, krytykując zachowanie ministra. Lekarze łączą nieobecność Wiczorka z materiałami medialnymi, jakie pojawiły się w ciągu kilku poprzedzających planowaną rozmowę dni, przedstawiającymi w dobrym, a w każdym razie lepszym niż dotychczas świetle niektóre uczelnie, mające powody, by obawiać się zamknięcia kierunków lekarskich. ●

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



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



Doktor w kieracie

DLACZEGO ŁATWIEJ WYKUROWAĆ CHOREGO Z DEPRESJI LUB RAKA, NIŻ SAMEMU ZACZAĆ SIĘ LECZYĆ? CZY NA PRZESZKODZIE NIE STOI SYSTEM, KTÓRY Z LEKARZY CZYNI NIEWOLNIKÓW?

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

Kiedy zaczniecie o siebie dbać? Pod tym niewinnym z pozoru pytaniem kryje się problem ujawniony niedawno przez kilka lekarek psychiatrów, które opowiedziały w mainstreamowych mediach, jak one same lub ich koleżanki i koledzy po fachu wpadają w pracoholizm. Żeby tylko to! Jedna z rozmówczyń dziennikarki, która w „Gazecie Wyborczej” opisała złą kondycję psychiczną – nomen omen – psychiatrów, obliczyła, że przez 18 lat pracy pożegnała ośmiu znajomych lekarzy tej specjalności oraz psychoterapeutów, gdyż popełnili samobójstwo. Inni stają się lekomanami. Większość popada w depresję, którą niekiedy chce leczyć.

W tym samym artykule Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, która jest pełnomocniczką ds. zdrowia lekarzy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie oraz w Naczelnej Radzie Lekarskiej, mówi: „Mamy najwyższy odsetek samobójstw ze wszystkich zawodów. Pracujemy z ogromnym obciążeniem, w trudnych warunkach, w niefizjologicznych godzinach, pod presją. Bierzymy na siebie odpowiedzialność za czyjeś życie. Od studiów trenowani jesteśmy w tym, by nie zważać na siebie, tylko zajmować się innymi”.

Wiadomo: pacjent jest najważniejszy – tego uczą od samego początku każdego adepta medycyny. Odpowiedzialność za pacjenta staje się więc bezwzględna. Najbardziej przepracowani nie potrafią odmówić i przyjmują chorych od świtu do nocy albo biorą po kilka dyżurów w tygodniu. Obraz lekarskiej społeczności, namalowany tak czarną kreską, ma chyba nie tyle wzbudzić współczucie pacjentów, ile pokazać, że skoro nawet psychiatrom przytrafiają się załamania nerwowe i stany depresyjne, nie ma się co wstydzić ich u siebie. W końcu można wymienić kilka innych zawodów, niekiedy związanych z medycyną, w których również pracuje się „w ogromnym obciążeniu, w trudnych warunkach, pod presją” (i nie mam tu na myśli kasjerek w dyskontach).

Wielu czytelników dozna rozdwojenia jaźni, bo wizerunek przepracowanego lekarza, któremu dokuczają nadmiar pracy i zaangażowanie emocjonalne, jakoś nie koresponduje z tym, czego sami doświadczają. Wyczekują przecież przed drzwiami gabinetów na spóźnionych doktorów, spotykają się z deficytem empatii z ich strony, a czasem z opryskliwością i brakiem zainteresowania.

Choć dyżurowanie na kontraktach przez kilka dni non stop może wynikać ze szlachetnej obojętności (bo jak zostawić oddział bez nadzoru albo nie przyjść na kolejny nocny dyżur, skoro inni odmawiają?), wielu jest takich, którym tzw. pracoholizm po prostu odpowiada i jest kwestią ich wyboru. Przecież kredyt sam się nie spłaci, dom nie wybuduje.

Najwyraźniej nie wszyscy potrafią zauważyć granicę, której przekroczyć nie powinni, niezależnie od pobudek, jakimi się kierują, biorąc na swoje barki zbyt dużo. Z większą łatwością przychodzi zalecić pacjentowi, skarżącemu się na objawy wypalenia i depresji, aby poszedł na zwolnienie i odpoczął, niż samemu udzielić sobie takiej rady i konsekwentnie z niej korzystać. „My, lekarze, mamy skłonność do robienia z siebie superbaterów” – twierdzi wypowiadająca się w „Gazecie Wyborczej” psychiatra, dr Maja Herman. I stawia chyba właściwą diagnozę: „Sami się leczymy i to nas gubi. Nie mamy czasu, żeby chorować, nie mamy czasu na terapię”. Poza tym, gdy psychiatra mówi o swojej depresji, o jakimś kryzysie lub wypaleniu, jest postrzegany przez innych lekarzy jako słabeusz.

Chociaż w poprzednim numerze „Pulsu” wspomniana dr Flaga-Łuczkiwicz wymieniła kilka przykładów reakcji będących zaprzeczeniem i wyparciem własnych problemów ze zdrowiem, przytoczę jeszcze jeden – z podwórka onkologii. O odgrywanych na pokaz rolach superbaterów opowiadała mi kiedyś psycholog, która wspiera lekarzy, kiedy nie potrafią sobie poradzić z emocjami podczas własnej choroby nowotworowej: – Nie wszyscy czują się bogami, jak przedstawiał kardiochirurgów jeden z filmów. Ale nieobce jest im przekonanie, że są silniejsi i odporniejsi niż przeciętni ludzie, których na co dzień leczą.

Medycyna uczy pokory, ale też testuje wyobraźnię. Nieraz lepiej mniej wiedzieć, by ►►



Fot. licencja OIL w Warszawie

Fot. licencja OIL w Warszawie

- ▶ ze spokojem rozpocząć leczenie niż na podstawie zawodowego doświadczenia wyobrażać sobie z trwogą wszystko, co może się wydarzyć. Ta świadomość jest niestety balastem – przyznają psychoonkolodzy. Jednym z bohaterów mojego tekstu w „Polityce” był wówczas dr Andrzej Cichocki, chirurg z Narodowego Instytutu Onkologii przy ul. Wawelskiej w Warszawie, który zgodził się podzielić wspomnieniami z początków własnej choroby nowotworowej: – *Dokładnie sprawdzałem, jak mnie leczą. Starszych i młodszych, mniej doświadczonych.*

Jak radził sobie na co dzień? – *O wielu rzeczach dowiadywałem się jak przeciętny pacjent, w szpitalu, bo na studiach medycznych ani zjazdach nikomu się o tym nie mówi, np. jak łóżko wyciąga z człowieka resztkę sił po trzech miesiącach leżenia albo jak realistyczne halucynacje można mieć po morfinie.*

Przydarzył mu się nowotwór, który często operował u innych, więc wszystkie dane o przeżywalności i metodach znał z pierwszej ręki. Nie musiał pielgrzymować po gabinetach innych lekarzy ani sprawdzać w źródłach, co go czeka. Jednak zdaniem psychoterapeutów zarówno w przypadku nowotworu, jak i depresji pozostawanie w chorobie samemu, tylko z własną wiedzą o niej i osobistymi doświadczeniami wyniesionymi z opieki nad pacjentami, nie zawsze ma walor uspokajającego balsamu. Na wiele pytań nawet najmądrzejszy profesor medycyny nie musi znać wszystkich odpowiedzi. Nie każdy lekarz potrafi wyjść ze skorupy swojej omnipotencji i przyznać się szczerze przed lustrem, że powinien porozmawiać z kimś, kto podobną drogę ma już za sobą. Idealem byłaby rozmowa z innym chorym, najlepiej również medykiem, choć tej granicy prywatności wielu lekarzy nie chce przekroczyć.

Lekarz, który zaakceptuje swoją chorobę i nie będzie jej próbował wypierać po kuracji, jest z pewnością już innym – nie tylko dla siebie, ale też dla chorych i współpracowników – ekspertem. Może to pomóc w budowaniu późniejszych relacji z kolegami w pracy i pacjentami. Trudne doświadczenia hartują i uczą empatii.

Kiedy wszyscy narzekają na jej brak, nikt nie pyta, skąd lekarz u kresu sił ma ją czerpać, by pacjent czuł się usatysfakcjonowany? Za deficyt empatii obwiniani są sami lekarze, a może trzeba by zacząć od przyjrzenia się poziomowi stresu w ich pracy? Przepracowanie jest decydujące w wyzwalaniu poczucia zniechęcenia. W przytoczonym artykule z „Gazety Wyborczej” jedna z bohaterek wyznała, że zaszła w ciążę również dlatego, żeby odpocząć od kieratu w szpitalu. Ale czy wyczerpanie nie jest tym samym czynnikiem, który stoi na przeszkodzie lepszemu zrozumieniu sytuacji chorego przez lekarza? Nie to, że nie potrafi albo nie chce, zwyczajnie może być wykończony. Sami klinicyści sądzą, że przyczynia się do tego presja czasu w systemie (który przedkłada liczbę pacjentów nad jakość leczenia), brak kontroli nad chaotycznym środowiskiem pracy oraz niekończące się zadania administracyjne. I nie będzie chyba dla nikogo zaskoczeniem, że to te same czynniki, które powodują u lekarzy wypalenie zawodowe.

Dawniej było inaczej? Tendencja do nostalgicznego spoglądania wstecz na rzekomo łatwiejsze czasy może wynikać z naturalnej potrzeby stawiania się w gorszym położeniu. Nestorzy medycyny wcale nie mieli pracy lżejszej, a to, co ją różniło od dzisiejszej – i na minus, i na plus – to dużo mniejsze apanaże w sektorze publicznym oraz brak bodźców, które nawet w czasie wolnym natrętnie mogą przypominać o zawodowych obowiązkach. ●

Sprawdzam ✓

Prawa prokreacyjne w cieniu polityki

SZPITALA, W KTÓRYCH ZGŁASZAJĄCA SIĘ W STANIE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA KOBIETA NIE BĘDZIE MOGŁA SKORZYSTAĆ Z PRZYSŁUGUJĄCEGO JEJ PRAWA DO ABORCJI (LUB KTÓRE ODMÓWIĄ TEGO ZABIEGU, NAWET GDY CIĄŻA JEST WYNIKIEM CZYNU ZABRONIONEGO), STRACĄ KONTRAKT NA PROWADZENIE ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO – ZAPOWIEDZIAŁ PREMIER PODCZAS POSIEDZENIA WŁADZ KO.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Minister zdrowia potwierdziła, że jeszcze w pierwszej połowie marca do konsultacji trafi projekt przepisów w tej sprawie. Wkrótce mają być też opublikowane wytyczne dla lekarzy, zgodne ze standardami WHO (co Izabela Leszczyna anonsowała w styczniu).

To riposta największej partii koalicji rządzącej na spór – bardzo oględnie mówiąc – w jaki weszli mniejsi koalicjanci, mający zupełnie odmienne podejście do kwestii zmian w przepisach antyaborcyjnych. Wspólnym fundamentem, na którym na razie jednak niewiele udało się zbudować, jest przekonanie, że „tak dalej być nie może”. Jednak co do rozumienia słowa „tak” są już rozbieżności. Trzecia Droga chce powrotu do kształtu przepisów sprzed werdyktu Trybunału Konstytucyjnego, czyli respektowania prawa kobiety do przerwania ciąży również w sytuacji ciężkiej wady płodu. Lewica i Koalicja Obywatelska chcą legalizacji aborcji do 12. tygodnia ciąży i – to drugi projekt Lewicy – depenalizacji i dekryminalizacji aborcji. Można byłoby sobie wyobrazić, że politycy porozumiewają się wyłącznie w sprawie tego rozwiązania, a resztę przepisów pozostawiają bez zmian. Aborcja nielegalna, poza wyjątkami, ale za pomoc w jej przeprowadzeniu nie grożą sankcje karne.

Na razie jednak takiego porozumienia w koalicji nie ma i nic nie wskazuje, że będzie. Udało się podobno zawrzeć pakt o nieagresji wobec zgłoszonych projektów na etapie pierwszego czytania, które – wiele na to wskazuje – odbędzie się 11 kwietnia. Trzecia Droga deklaruje, że mimo napastliwych ataków na lidera, marszałka Sejmu, poprze skierowanie do komisji projektów Lewicy. Lewica podobnych deklaracji co do projektu Trzeciej Drogi nie składa, ale być może na przeszkodzie stoi po prostu polityka. Działacze partii lewicowych chcą bowiem przekonać młodych wyborców i (zwłaszcza) wyborczynie, że warto głosować na Lewicę w najbliższych wyborach i samorządowych, i europejskich. Zarówno zwolennicy,

jak i przeciwnicy dyskusji o liberalizacji przepisów mają na względzie na pewno nie tylko, ale również – politykę.

Przynajmniej na razie nie przebił się do głównego nurtu debaty ważny projekt Trzeciej Drogi dotyczący dostępności antykoncepcji. Od lat Polska (a tak naprawdę Polki) ma z tym bardzo duży problem. I wydaje się, że konserwatywny, przynajmniej w dużej części, koalicjant (wiadomo, że poglądy posłów i posełek Polski2050 są dużo bardziej liberalne niż opinie olbrzymiej części PSL, zwłaszcza liderów tego ugrupowania), zaskoczył Koalicję Obywatelską i Lewicę propozycją objęcia całkowitą refundacją środków antykoncepcyjnych dla kobiet do 25. roku życia i znacznego zwiększenia dostępności wszystkich nowoczesnych środków również dla kobiet powyżej tego wieku. Minister zdrowia zadeklarowała, że jeśli tylko znajdą się pieniądze, poprze to rozwiązanie. Trudno jednak oprzeć się wrażeniu, że powinno ono być częścią pakietu dla kobiet, jaki minister prezentowała 31 stycznia („Bezpieczna, świadoma ja”). I ktoś tu – politycznie, ale i merytorycznie – „zaspał”.

Rozwiązanie problemu antykoncepcji standardowej jest tym ważniejsze, że na horyzoncie widać już weto prezydenta Andrzeja Dudy wobec nowelizacji ustawy – Prawo farmaceutyczne, dającej możliwość osobom powyżej 15. roku życia kupna środków antykoncepcji awaryjnej bez recepty. Współpracownicy głowy państwa konsekwentnie mówią, że prezydent ustawy nie podpisze ze względu na granicę wieku. Resort z kolei przygotowuje rozwiązanie awaryjne, ale rozwiązania awaryjne, prowizoryczne, nigdy nie są dla systemu korzystne. Zwłaszcza gdy nie są spójne z całością przekazu: minister zdrowia podkreśla w wywiadach, że antykoncepcja awaryjna powinna być stosowana sporadycznie, że nie można z niej korzystać regularnie, i ma rację. Ale to rodzi pytanie o dostępność standardowej antykoncepcji. I na to pytanie politycy ciągle nie potrafią znaleźć odpowiedzi. ●

O dzieciach porozmawiajmy raz jeszcze



OPIEKA STOMATOLOGICZNA W OKRESIE SZKOLNYM, PRZEDSZKOLNYM, A NAWET WCZEŚNIEJSZYM – NA ETAPIE ŻŁOBKA, KIEDY DZIECI WYCHODZĄ SPOD JURYSDYKCJI RODZICÓW, KTÓRĄ PRZEJMUJĄ OŚRODKI ZEWNĘTRZNE – ZAWSZE BYŁA PROBLEMEM. TO TEMAT PORUSZANY PRZY KAŻDEJ ZMIANIE RZĄDÓW. I CHOCIAŻ JEST NOŚNY, PROBLEM ZDROWIA JAMY USTNEJ DZIECI NIE ZOSTAŁ NIGDY ROZWIĄZANY.

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



Fot. K. Bortyzel

Dentobus, higienistka czy lekarz w każdej szkole – mimo że jawiły się jako dobre pomysły, nie przyniosły wyciekanych efektów. Nadal odnotowujemy próchnicę u 90 proc. dzieci w wieku szkolnym. Dużym problemem są też wady zgryzu oraz brak edukacji stomatologicznej, która powinna odbywać się w szkole. Ale jak zawsze diabeł tkwi w szczegółach. Opieka stomatologiczna w placówkach oświaty szybko przekształcała się w prywatne gabinety. Z kolei w dentobusach nie wykorzystuje się w pełni sprzętu, w który są wyposażone. Poza tym często stoją w miastach, gdzie korzystanie z usług stomatologicznych nie jest utrudnione, a i wiedza jest na dużo wyższym poziomie. Nie docierają natomiast do miejscowości, których mieszkańcy nie mają kontaktu z lekarzem dentystą. Najbliżej usługi stomatologiczne świadczone są w większych powiatowych miastach, do których podróż tam i z powrotem zabiera cały dzień. Reasumując: dentobusy nie docierają z pomocą i edukacją tam, gdzie jest realnie potrzebna.

Myszę, że nikt nie podszedł do tego problemu naprawdę całościowo, by stworzyć jeden system akceptowany nie tylko przez środowiska naukowe, lekarskie, ale także przez lekarzy, którzy w gabinetach szkolnych mieliby później pracować i związać się z nimi finansowo, a także przez NFZ, który często jest płatnikiem świadczeń.

Dzisiaj programy oferowane przez NFZ nie są już tak skandalicznie nisko wyceniane. Gabinety mogą się utrzymać, ale nadal widzimy, że ich

jest zbyt mało. Wypracowanie jednego wieloletniego programu, który zagwarantuje, że po kilkunastu, kilkudziesięciu latach będziemy mogli pochwalić się zdrowym pokoleniem, jest najważniejsze. Powinien być skonsultowany ze wszystkimi i zaakceptowany ponad podziałami, aby kolejne zmiany rządów lub ministrów nie powodowały prób tworzenia wszystkiego od nowa. Powinien być opracowany raz, a następnie jedynie rozwijany, aby można było obserwować jego efekty. Efekty w postaci młodych ludzi, którzy wychodzą ze szkoły ze zdrowymi zębami, bez problemów ortodontycznych czy chorób przyzębia.

Ogromną rolę ma edukacja: sprawy związane z profilaktyką, z dietą, z wpływem słodkich przekąsek i napojów na rozwój próchnicy. Systematyczna edukacja na wysokim poziomie, a nie prowadzona skokowo, z przerwami. Musi powstać jeden program służący stałej edukacji dzieci. No i edukacja rodziców, uświadomienie im, że opieka nad dzieckiem to także opieka stomatologiczna. Już w gabinecie pediatrycznym lekarz powinien zwracać uwagę na jamę ustną i użębienie najpierw dziecka, potem nastolatka. Dzieci nie powinny traktować profilaktyki jak obowiązku. Powinny być uczone przez zabawę. Najpierw zabawa szczoteczką podczas kąpieli i naśladowanie rodziców, później np. puszczenie ulubionej piosenki i mycie zębów do końca piosenki. I już mamy nawyk trzyminutowego mycia zębów. Takich sposobów jest mnóstwo, tylko trzeba je ludziom pokazać i uwarliwić na rolę higieny jamy ustnej w życiu ich dziecka dzisiaj i w przyszłości. ●



VIII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

14-16 CZERWCA 2024 | HOTEL NARVIL | SEROCK

SESJA RADIOLOGICZNA

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

SESJA ORTODONTYCZNA

pod kierownictwem dr. hab. n. med. Ewy Czochrowskiej

SESJA OSIS

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

SESJA PEDODONTYCZNA

pod kierownictwem prof. dr. hab. n. med. Doroty Olczak-Kowalczyk

SESJA PROTETYCZNA

pod kierownictwem prof. dr. hab. n. med. Jolanty Kostrzewy-Janickiej

SESJA PTSG

pod kierownictwem prof. dr. hab. n. med. Agnieszki Mielczarek

SESJA PERIODONTOLOGICZNA

pod kierownictwem prof. dr. hab. n. med. Macieja Czerniuka

SESJA WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

MSS.IZBA-LEKARSKA.PL



Fot. G. Marcisz

ZA NAMI IV KONFERENCJA „EMPATIA A UMIERANIE I ŚMIERĆ”, KTÓRĄ OIL W WARSZAWIE ZORGANIZOWAŁA 9 MARCA WSPÓLNIE Z INSTYTUTEM DOBREJ ŚMIERCI.

tekst **MAŁGORZATA HNAT**

Konferencja zatytułowana tym razem: „Aby godnie umrzeć, potrzebna jest cała wioska” poświęcona została zespołowej opiece nad odchodzącym człowiekiem.

– Naszym przesłaniem jest podkreślenie ogromnej wartości takiej opieki. Dla umierającej osoby bardzo ważny jest kontakt z drugim człowiekiem – obecność i troska rodziny. Ale i pomoc profesjonalistów oraz wolontariuszy może być kluczowa dla zadbania o potrzeby odchodzącej osoby – powiedział „Pulsowi” Tomasz Imiela, wiceprezes ORL w Warszawie.

Genezę tematu tegorocznej konferencji przybliżyła dr n. med. Agata Malenda w wykładzie wprowadzającym. – *Bardzo trudno zaopiekować się umierającym pacjentem w pojedynkę. Dlatego chcielibyśmy stworzyć praktyki, które pozwolą nam współdziałać* – wyjaśniła prelegentka.

W interdyscyplinarnym gronie prelegentów poruszone zostały zagadnienia profilaktyki wypalenia zawodowego osób sprawujących opiekę nad pacjentami będącymi u schyłku życia, wyzwania opieki paliatywnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych, aspekty prawne odstąpienia od terapii daramnej, problem ciąży i porodu kobiet po prenatalnej diagnozie o letalnym rokowaniu dla dziecka. Ekspertki omawiali też tematy związane z „niewidzialnym” rodzeństwem chorujących dzieci, rolą wolontariuszy w opiece nad pacjentem umierającym oraz prowadzeniem rozmów o śmierci i umieraniu.

KIERUNEK: DZIAŁANIE KOLEKTYWNE


– *Ważne, by zawsze zaspokajać podstawowe potrzeby fizjologiczne i psychiczne – żeby nie bolało, nie było duszno, zimno, żeby umierający człowiek nie był głodny i żeby się nie bał. Zadaniem zespołu jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, możliwego komfortu, uczucia akceptacji i szacunku, obecności bliskich, a nawet chwil szczęścia w ostatnim okresie życia* – stwierdził wiceprezes Imiela.

Zdaniem dr Malendy w skład zespołu interdyscyplinarnego, zajmującego się odchodzącym pacjentem, powinni wejść: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, opiekunowie medyczni, wolontariusze, duchowni, dietetycy, rodzina.

OPIEKA PALIATYWNA A SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Konferencja zwraca uwagę na perspektywę duchową, relacyjną w odchodzeniu. Oprócz lekarzy, psychologów, fizjoterapeutów, pracowników hospicjów i prawników zostali na nią zaproszeni teologowie, przedstawiciele nauk humanistycznych, m.in. dr n. o zdr. Urszula Tataj-Puzyna, franciszkanin o. Cordian Szwarz, a także doula umierania Anja Franczak, założycielka Instytutu Dobrej Śmierci.

Rozmawiano o wartościach opieki paliatywnej i należnym jej miejscu w systemie ochrony zdrowia. ●



Nie jestem
przedmiotem,

szpital
nie jest przechowalnią.

Nie życz nikomu
samotności.

#WspólneŚwięta

Kampania społeczna Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



Więzi, które leczą.

O roli relacji rodzic – dziecko w zdrowiu

W DZISIEJSZYCH CZASACH, GDY MEDYCINA STYLU ŻYCIA ZYSKUJE NA ZNACZENIU JAKO KLUCZOWY ELEMENT PROFILAKTYKI I LECZENIA, CORAZ WIĘCEJ UWAGI POŚWIĘCAMY NIE TYLKO TEMU, CO JEMY CZY JAK CZĘSTO ĆWICZYMY, ALE RÓWNIEŻ JAKOŚCI NASZYCH ZWIĄZKÓW Z BLISKIMI. SZCZEGÓLNE RELACJE MIĘDZY RODZICAMI A DZIEĆMI MAJĄ GŁĘBOKI WPŁYW NA ZDROWIE FIZYCZNE I PSYCHICZNE, ZARÓWNO W DZIECIŃSTWIE, JAK I W WIEKU DOROSŁYM. DOWODÓW NA TO DOSTARCZAJĄ NAM BADANIA NAUKOWE, A SZCZEGÓLNIE DOJMUJĄCO POTRAFIĄ TO ZILUSTROWAĆ HISTORIE ZACZERPNIĘTE Z LITERATURY I KINEMATOGRAFII.

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



Fot. A. Boguski

Jedną z publikacji, która w niezwykle czuły sposób przybliży ten temat, jest książka pt. „Porozmawiajmy o czymś przyjemniejszym” (oryg. „Can’t we talk about something more pleasant?”) autorstwa Roz Chast. W tej graficznej autobiografii Chast z humorem i wrażliwością opowiada o wyzwaniach opieki nad starzejącymi się rodzicami, a także odwróceniu się ról w rodzinie, kiedy dorosłe dzieci stają się opiekunami. Książka ukazuje rzeczywistość osób stawiających czoła starzeniu się bliskich, demencji, chorobom oraz śmierci, poruszając przy tym ważne tematy, takie jak miłość, strata, poczucie winy i akceptacja. Autorka dzieli się nie tylko osobistymi przeżyciami, ale również refleksjami na temat trudności w komunikacji między pokoleniami, obawami związanymi ze śmiercią oraz zmaganiem z systemem opieki zdrowotnej i domami opieki.

Z kolei filmem, który skłania do refleksji nad znaczeniem relacji rodzic – dziecko, jest „Kapitan Fantastyczny” (oryg. „Captain Fantastic”) w reżyserii Matta Rossa. To historia Bena (w tej roli Viggo Mortensen), który wychowuje sześcioro swoich dzieci w izolacji od współczesnego społeczeństwa, ucząc je survivalu, filozofii i krytycznego myślenia, ale również miłości i bliskości. Gdy rodzina musi opuścić swoje leśne schronienie i skonfrontować

się ze światem zewnętrznym, ujawnia się rozdzźwięk między wartościami wyznawanymi przez Bena a przyjętymi przez społeczeństwo, ale jednocześnie głęboka więź łącząca rodzinę.

Zarówno „Porozmawiajmy o czymś przyjemniejszym” Chast, jak i „Kapitan Fantastyczny” Rossa, choć zupełnie różne pod względem formy i rozłożenia akcentów, mają wspólny mianownik – podkreślenie fundamentalnego dla funkcjonowania człowieka znaczenia stosunków rodzic – dziecko. W obu utworach poruszony jest również temat, którego istotę trafnie wyraża afrykańskie przysłowicie: „*Żeby wychować dziecko [człowieka], potrzebna jest cała wioska*”.

W kontekście *lifestyle medicine* relacje uznajemy za jeden z fundamentalnych składników zdrowego życia, równie ważny jak sen, dieta, ruch czy unikanie używek. W końcu to w rodzinie kształtują się nasze pierwsze nawyki, przekonania, sposób radzenia sobie ze stresem. Dlatego jako lekarze i promotorzy zdrowia powinniśmy nie tylko kierować uwagę pacjentów na znaczenie optymalnego odżywiania i regularnego ruchu, ale również na jakość więzi z najbliższymi. Dzisiaj coraz lepiej wiemy, że wychowanie innych (i kształtowanie siebie) w atmosferze miłości, zrozumienia oraz wsparcia jest najlepszą inwestycją w zdrowie na resztę życia. ●



Książka na receptę. Wpływ głośnego czytania na zdrowie i rozwój dzieci do 5. roku życia.

Zapraszamy do udziału w szkoleniu, które pozwoli Ci na zdobycie teoretycznej i praktycznej wiedzy w zakresie rekomendowania i upowszechniania czytania wśród pacjentów i ich opiekunów.

Dowiesz się:

- Jakie są najnowsze wyniki badań na temat wpływu głośnego czytania na rozwój językowy
- Jak łagodzić stres małych pacjentów poprzez metody związane z czytaniem
- Jak rozmawiać z rodzicami pacjentów i jakie książki polecać

Codzienne czytanie to gwarancja zdrowego rozwoju Twojego pacjenta!

Szkolenie rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

Uczestnicy szkolenia otrzymają potwierdzenie zdobytych umiejętności w postaci certyfikatu premiowanego punktami OIL.



Zeskanuj kod QR
i zapisz się już dziś!
www.ksiazkanarecepte.pl

Termin:
sobota, 13 kwietnia 2024 r.
godz. 9.00 - 17.00

Miejsce:
Biblioteka Narodowa,
al. Niepodległości 213, Warszawa



Graf. licencja OIL w Warszawie

tekst **ARTUR OLESCH**

Fot. L. Ostermann

AI PRZESTAŁA BYĆ PIEŚNIĄ PRZYSZŁOŚCI

Szuczna inteligencja była dotychczas rzadko stosowana w medycynie, poza radiologią, w której od dawna pomagają identyfikować zmiany na zdjęciach medycznych. Aż około 80 proc. z 700 urzędów medycznych korzystających z algorytmów AI i uczenia maszynowego, dopuszczonych na rynek przez Amerykańską Agencję Zdrowia i Żywności (FDA), to rozwiązania dla radiologii. Na kolejnym miejscu znajduje się kardiologia, ostatnio coraz częściej stosująca AI do szybkiej oceny zapisów badań holterowskich, interpretacji EKG albo planowania operacji serca z pomocą jego cyfrowych modeli.

W Polsce AI w medycynie jest rzadkością. Według badania Centrum e-Zdrowia z 2023 r. z rozwiązań opartych na sztucznej inteligencji korzysta zaledwie 6,4 proc. podmiotów leczniczych.

O ile radiologów AI już nie dziwi, korzystanie z niej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nadal wydaje się pieśnią przyszłości. Nawet najbardziej zaawansowane systemy wspomaganie decyzji klinicznych (Clinical Decision Support Systems) – choć mogą wydawać się wyjątkowo inteligentne, bo podpowiadają ścieżki leczenia zgodne z aktualnymi wytycznymi i badaniami naukowymi – oparte są na prostych drzewach decyzyjnych, a nie na sztucznej inteligencji. Także CDSS jest w Polsce nadal rzadkością, głównie ze względu na koszty licencji i sposób refundacji usług medycznych, który nie premiuje jakości.

Wszystko zmieniło się jesienią 2022 r., gdy OpenAI zaprezentował duży model językowy (Large Language Model) o nazwie ChatGPT. W kilka miesięcy na rynku pojawiło się wiele podobnych narzędzi: Bert (Google), Llama (Meta), Orca (Microsoft). Stało się jasne, że nowa technologia oznacza koniec długiej „zimy AI” w medycynie. LLM posiada bowiem cechę, jakiej nie miały poprzednie systemy AI – zdolność do analizy tekstów i obrazów oraz wyciągania wniosków na ich podstawie.

Sposób, w jaki generatywna AI (genAI) zmieni pracę lekarza, zaczął się krystalizować w 2023 r. Na rynku pojawiły się pierwsze praktyczne rozwiązania dla ochrony zdrowia. Google udostępnił w USA placówkom medycznym, korzystającym z jego chmury danych, model Med-PaLM wytrenowany na danych medycznych. Umożliwia on np. zadawanie pytań dotyczących diagnozy i leczenia pacjenta. Duże kliniki zaczęły wdrażać rozwiązania do systemów IT pozwalające lekarzom „rozmawiać” z elektroniczną dokumentacją medyczną, zamiast ręcznie przeszukiwać historię leczenia. „Pokaż mi wyniki badań poziomu cholesterolu całkowitego u pacjenta za ostatnich pięć lat z zaznaczeniem zmian po wprowadzeniu leczenia statynami w 2021 r.” – wystarczy „poprosić” system AI, a on błyskawicznie przeanalizuje dane w EDM i zestawia je z aktualnymi wytycznymi oraz badaniami naukowymi. Takie systemy wprowadzają do oferty na razie tylko dostawcy IT w USA, ale kwestią miesięcy jest ich pojawienie się również w Polsce. Po to, by ułatwić lekarzom pracę z EDM i poprawić komunikację z pacjentem, scedować na AI nie lubiane prace administracyjne.

Korzyści ze stosowania AI są ogromne i to ochrona zdrowia może się okazać największym beneficjentem jej rozwoju. Ale sztuczna inteligencja ma też swoje cienie, o których powinni wiedzieć lekarze.

STRONNICZOŚĆ, HALUCYNACJE, KWESTIA BEZPIECZEŃSTWA DANYCH

W ostatnich miesiącach media często donosiły o tym, że ChatGPT zdaje egzaminy medyczne, albo przedstawiały historie pacjentów, których zdiagnozowała AI. Ale diabeł tkwi w szczegółach. Badanie przeprowadzone pod koniec 2023 r. przez naukowców z Uniwersytetu Long Island (USA) sugeruje, że ChatGPT odpowiedział poprawnie tylko na 10 z 39 pytań dotyczących stosowania leków. Zdał Europejski Egzamin z Kardiologii z wynikiem 60 proc., ale pozostałe 40 proc. błędnych odpowiedzi może być niebezpieczne dla chorych.

Entuzjastyczne nagłówki prasowe sugerują, że ChatGPT jest kompetentnym i wiarygodnym źródłem informacji dla lekarza. Jednak system został wytrenowany na danych z Internetu, czyli często na błędnych informacjach. Tymczasem coraz liczniejsi lekarze nieoficjalnie sięgają po ChatGPT, wspomagając się narzędziem w diagnozowaniu i planowaniu leczenia.

ChatGPT nie podaje źródeł informacji ani nie wyjaśni skąd taka, a nie inna odpowiedź. Lekarz nie ma szans sprawdzić, czy AI, podejmując decyzję, skorzystała z godnych zaufania źródeł wiedzy klinicznej. ChatGPT potrafi diagnozować trudne do rozpoznania przez lekarza choroby rzadkie, imponując swoimi możliwościami, ale ma wiele słabości. Jedną z nich są obliczenia matematyczne albo zmyślanie faktów, aby załatać braki w wiedzy. Przede wszystkim jednak żaden oferowany system klasy genAI nie jest certyfikowanym urządzeniem medycznym.

Drugie niebezpieczeństwo wiąże się z przetwarzaniem danych medycznych. Trzeba pamiętać, że wprowadzane do ChatGPT dane lądują na serwerze OpenAI, poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Dlatego użycie informacji personalnych pacjenta oznacza w praktyce złamanie RODO. Trudno przewidzieć, jak te dane zostaną wykorzystane do doskonalenia modelu. Trzeba więc unikać wprowadzania nawet anonimowych danych, ale zawierających identyfikatory pozwalające określić, kto jest pacjentem.

Każdy model AI jest tak dobry, jak dane, na podstawie których został wytrenowany. Od dawna wiadomo, że istnieje nadreprezentatywność danych z badań klinicznych populacji osób o jasnej karnacji skóry i mężczyzn. To odbija się na jakości wyników wnioskowania AI w stosunku do marginalizowanych grup pacjentów i może prowadzić do stronniczości. Podobny problem dotyczy algorytmów AI trenowanych na danych zawężonych demograficznie (np. na pacjentach z USA), które są stosowane u innej populacji (np. pacjentów w Polsce).

Inną pułapką upowszechnienia stosowania AI w medycynie jest przyzwyczajenie się do tego narzędzia, zanik krytycznego spojrzenia i nadmierne poleganie na zaleceniach sztucznej inteligencji. Lekarze popełniają błędy i AI może je korygować. Ale są też sytuacje odwrotne, gdy to AI się myli i lekarz mający dostęp do danych, których nie posiada AI (bo przykładowo nie może fizycznie zbadać pacjenta), ma szansę interweniować. Gdy stosowanie rozwiązań sztucznej inteligencji np. do przeszukiwania danych w EDM stanie się powszechne, lekarze mogą być zdani na odpowiedzi AI, bo nie będą w stanie sami przeanalizować danych z pięciu lat wstecz. Takie uzależnienie od techniki i niezajomość procesu przetwarzania danych przez AI (tzw. black box) będzie rodziło wiele problemów.

W artykule „ChatGPT oblewa test medycyny opartej na faktach” (ang. „ChatGPT fails the test of evidence-based medicine”) naukowcy podkreślają jeszcze jedno: nawet 10 proc. błędnych odpowiedzi ChatGPT może stwarzać ryzyko medyczne, jeśli lekarze i inne osoby zbyt łatwo ufają systemowi. Nikt nie uznałby studenta medycyny, który odpowiedział poprawnie na 100 proc. pytań, ale nigdy nie widział pacjenta, za autorytet.

AI otwiera ogromne możliwości, ale tylko wtedy, gdy lekarze będą wiedzieli, jak minimalizować ryzyko związane z tą nową, potężną technologią. ●

Medicus ex machina

NOWE TECHNOLOGIE WDZIERAJĄ SIĘ W NASZE ŻYCIE Z PRĘDKOŚCIĄ DŹWIĘKU. WYSTARCZY, ŻE USŁYSZMY O JAKIEJŚ NOWINCE, A ZA CHWILĘ WKRACZA ONA W NASZĄ CODZIENNOŚĆ I STAJE SIĘ STANDARDOWYM NARZĘDZIEM. NIE INACZEJ JEST ZE SZTUCZNĄ INTELIGENCJĄ, KTÓRA W SZYBKIM TEMPIE NIE TYLKO PRZESTAJE ZADZIWIĄĆ, ALE CORAZ TRUDNIEJ WYOBRAZIĆ SOBIE BEZ NIEJ SPRAWNE FUNKCJONOWANIE W RÓŻNYCH DZIEDZINACH ŻYCIA. I CHOCIAŻ PANNA AI (BO MYŚLĄC O NIEJ, NIEUCHRONNIE MAM PRZED OCZAMI NIEPOKOJĄCY FILM ALEKSA GARLANDA Z 2015 R.) WCIAŻ JESZCZE WIELE MUSI SIĘ UCZYĆ, JEDNAK ZACZYNA BYĆ OBECNA W NASZYM ŻYCIU I PRÓBUJE BYĆ POMOCNA.

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. archiwum

Czy panna AI może zrobić karierę w medycynie? Co ma do zaoferowania lekarzowi, a przede wszystkim choremu? Czy pacjent potrafi jej zaufać, a lekarz – efektywnie korzystać z jej pomocy? Panna AI stawia pierwsze, nieśmiałe kroki na tym polu, kroki jeszcze niepewne, ale obliczone na duży rozmach.

Trwa dyskusja dotycząca błędów lekarskich i zdarzeń niepożądanych w kontekście działań środowiska lekarskiego na rzecz wprowadzenia systemu *no-fault*, czyli rekompensowania chorym cierpienia spowodowanego tymi błędami i zdarzeniami w połączeniu z odejściem od penalizacji działań lekarzy, tego swoistego „*malleus maleficarum*”, które nie służy budowaniu prawidłowej relacji lekarza z pacjentem ani nie motywuje medyków do uczenia się na błędach. Według statystyk błędy medyczne są trzecią, po nowotworach i chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów. Nawet abstrahując od tych błędów, można by zmniejszyć umieralność z powodu chorób dzięki optymalizacji szybkości wykrywania nowotworów oraz poprawie stanu zdrowia pacjentów przez skuteczną edukację zdrowotną. Niestety, problemem jest czas, jaki możemy poświęcić pacjentowi, okrojony solidnie przez obowiązek spełniania zadań biurokratycznych. A przecież, nie licząc wypadków nagłych, które rządzą się swoimi prawami, pacjenta trzeba

wysłuchać, zbadać, przeanalizować jego problemy, zaplanować diagnostykę, zinterpretować wykonane badania, a następnie zaproponować optymalne leczenie, wytłumaczyć, na czym będzie polegało, a potem je monitorować i modyfikować w razie potrzeby. Gdzieś w tle powinna być też empatia i zwykła ludzka życzliwość, a jest często – niekomfortowy dla chorego – pośpiech i oczy lekarza wpatrzone w monitor komputera zamiast w oczy pacjenta.

Rozmawiam z koleżanką, która przeżywa swoją pomyłkę. Na szczęście nic złego się nie stało, ale w głowie temat siedzi.

– *No, nie wiem, dlaczego to zrobiłam, zaćmiło mnie. Może w wyniku pośpiechu, zmęczenia, stresu. Trudno mi teraz to odtworzyć. Wiedziałam, że pacjent jest silnie uczulony na penicylinę i pochodne, zapytałam go o uczulenia, a potem... wystawiłam receptę na antybiotyki z amoksycyliną. Napisałam w wywiadzie o uczuleniu. A potem recepta i zalecenia – amoksycylina z kwasem klawulanowym! Nie chcę myśleć, jaki mógłby być ciąg dalszy, gdyby on to wykupił i zaczął przyjmować. Na szczęście chciał jeszcze coś bez recepty w aptece i farmaceuta zapytał go o uczulenia. Przeprasiłam. Co więcej mogę zrobić, fatalnie z tym się czuję.*

Opowiadam jej historię kolegi, który całkiem świadomie wypisał pacjentowi receptę na lek

zawierający diklofenak, choć także zebrał wywiad i usłyszał informację o uczuleniach. On jednak kierował się przekonaniem, że niekoniecznie diklofenak uczulił pacjenta w zastosowanym preparacie, mogły to być substancje wypełniające. Wstrząsu anafilaktycznego pacjent nie miał w wywiadzie, ale jakieś ryzyko było.

– To co innego – słyszę. – Z uczuleniami na leki nie jest tak „zerojedynkowo”. Czasem ta sama substancja czynna w różnych preparatach raz może być tolerowana, raz nie. Ale ja bym nie ryzykowała. Wybór leków jest tak duży, że nie ma potrzeby próbować, czy pacjenta uczula substancja czynna, czy wypełniacze tabletki. Bezpieczeństwo chorego jest najważniejsze.

Zastanawiam się, czy panna AI mogłaby coś zrobić dla zwiększenia tego bezpieczeństwa. Przykładowo, gdyby zbierała informacje o pacjencie, o jego przeszłości chorobowej, uczuleniach, aktualnych problemach zdrowotnych, przyjmowanych lekach, gdyby przefiltrowała to wszystko w swoim, czyli błyskawicznym, tempie, pod kątem przewidywanych zagrożeń zdrowotnych, interakcji lekowych, wskazanych kierunków diagnostycznych i analizy porównawczej, wyników badań pacjenta wykonywanych na przestrzeni kilku ostatnich lat, mogłaby być pewnie bardzo sprawną i pomocną asystentką lekarza. Tak naprawdę, to już się dzieje. Są programy i aplikacje, które zatrudniają pannę AI do wykonywania przewizyt, czyli zbierania wywiadu online od pacjenta i prezentowania jego treści w zwężonej formie lekarzowi rozpoczynającemu wizytę, wraz z sugerowanymi wstępnymi wnioskami.

Przetestowałam taką przewizytę od strony pacjenta. Panna AI na czacie wypytała mnie szczegółowo o objawy, styl życia, uczulenia, wywiad rodzinny. Rozmowa była przyjemna, jeśli nie liczyć trochę frustrującego dysonansu między moim tempem klikania w klawiaturę w odpowiedzi na pytania panny AI a jej reakcją w dwie sekundy po wysłaniu moich wypowiedzi. Ale na koniec otrzymałam miły prezent: *résumé* tego, co napisałam, z oceną pod kątem ryzyka dla zdrowia. Niby wszystko wiadomo, ale jak ktoś to wypowie, bardziej dociera do człowieka, że trzeba się zająć problemem lub zmienić styl życia.

Mające już status złotego standardu determinanty zdrowia, opracowane wiele lat temu przez ówczesnego kanadyjskiego ministra zdrowia Marca Lalonde’a, jednoznacznie wskazują, że czynniki z obszaru zachowań i stylu życia mają zasadniczy (wynoszący aż 53 proc.) wpływ na zdrowie człowieka. Nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna lub jej brak, używki, bezpieczne lub ryzykowne zachowania seksualne, wreszcie – stosunek do profilaktyki zdrowotnej, są kamieniami milowymi na drodze do zachowania dobrego zdrowia

i komfortu życia. Niestety, są to również zagadnienia, na których poznanie lekarz konsultujący pacjenta ma niewiele czasu. Medycyna wciąż skupia się na działaniach naprawczych, a nie profilaktycznych, na kompensowaniu braków i zapobieganiu stratom bądź ich minimalizowaniu. Panna AI może pełnić w tym zakresie rolę bardzo pomocnej asystentki lekarza. Wyposażona w odpowiednie algorytmy i ze swoją umiejętnością szybkiego zbierania oraz analizowania danych, może uzyskać podczas przewizyty wszystkie potrzebne informacje o pacjencie i oznaczyć czerwone flagi, które pomogą np. nie przeoczyć indeksu zastrzeżonych leków uczulających chorego. Może też przekazać pacjentowi wiele cennych informacji i zaleceń w ramach edukacji zdrowotnej dostosowanej do jego problemów i zagrożeń. Panna AI ma w prezencie dla lekarza i pacjenta coś bardzo cennego – czas wyrwany biurokracji i powolnemu, ludzkiemu przetwarzaniu danych, czas na empatię i spojrzenie w oczy dające pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, za którym idzie zaufanie do lekarza.

Nie oczekujmy natomiast empatii i relacji terapeutycznej od panny AI. Zdążyłam się już przekonać podczas spotkań z nią w innych, niemedycznych aplikacjach, że potrafi opowiadać mało śmieszne dowcipy i pisać mierne wiersze lub piosenki. Znacznie lepiej wychodzą jej przepisy kulinarne, czasem



Fot. licencja Oll. w Warszawie

naprawdę można z nią ugotować coś całkiem smacznego. W roli asystentki lekarza powinna się sprawdzić – może nam pomóc szybciej rozpoznawać choroby, skuteczniej leczyć i edukować pacjentów, unikać błędów. I tego oczekujemy od panny AI. ●

Pani Krysiu, widzę, że czuje się pani lepiej...

tekst ŁUKASZ ŚWIĘCICKI



Fot. K. Hosiński-Komar

Typowa scena podczas obchodu, w tym wypadku akurat na oddziale psychiatrycznym.

Ordynator: Dzień dobry pani Krysiu, jak się pani czuje?

Pani Krysia: Dziękuję, fatalnie. Bardzo źle!

O.: No proszę! A wygląda pani zdecydowanie lepiej! Widzę, że i makijaż się pojawił.

P.K.: To jest permanentny makijaż zrobiony w zeszłym roku.

O.: Że jaki? Nie szkodzi. W każdym razie coś widać. Proszę mi wierzyć, ja na panią patrzę i lepiej widzę wszystkie różnice.

P.K.: Może i pan widzi, ale ja czuję, że nic mi nie lepiej. Jestem apatyczna, przygnębiona, cały czas leżę w łóżku.

O.: Może powinna pani pójść na zajęcia? Przykładowo grupy wsparcia?

P.K.: No, może powinnam, ale ja przecież nie mogę, bo się bardzo źle czuję.

O.: A wygląda pani lepiej...

Można tę historię ciągnąć bez końca, ale wszystko ma swój kres, a poza tym ordynator ma akurat zapalenie ścięgna obu dłoni i spieszy się do rehabilitanta, który go leczy.

Rehabilitant: Witam, panie Łukaszu...

Ordynator, odtąd już Łukaszek (w myślach: *Ja bym ci dał Łukasza, jakby mnie te ręce tak nie bolały*): Witam, witam pana doktora.

R.: No i jak się pan czuje?

Ł.: Fatalnie, strasznie mnie bolą ręce.

R.: No, proszę. A wyglądają o wiele lepiej!

Ł.: Ale gdzie tam! Proszę zobaczyć jaki obrzęk.

R.: Panie Łukaszu kochany, tylko pan to tak odbiera! Ten obrzęk był dwa razy większy jeszcze tydzień temu. Teraz to najwyżej obrzęczek.

Ł. (w myślach: *Sam masz obrzęczek i to mózgu*): No nie wiem, tak pan doktor myśli?

R.: Ależ jestem pewien! Potrzebuje pan tylko kilku zastrzyczków w rączki.

Ł. (*Boże, jeszcze chce mnie kłuć? To wariat!*): Jest pan doktor pewien, że potrzebne są zastrzyki? Te ręce strasznie bolą...

R.: Ojjoj, nie bądźmy tacy delikatni. Rączka nie odpadnie. Zastrzyczek nie boli.

Ł. (*Ciebie pewnie nie boli*): Aaaaaa!

R.: No i już po wszystkim. A rączki świetnie wyglądają.

Dyskusja mogłaby jeszcze trwać, ale rehabilitant się spieszy. Ma wizytę u urologa. Strasznie boli go pęcherz i do tego odnosi wrażenie, że ma nietrzymanie moczu. Urolog mówi, że wszystko jest świetnie. Łatwo mu mówić.

Myślę, że nie ma sensu przytaczać kolejnego dialogu i wewnętrznych monologów. Kolejne sytuacje kliniczne wyglądają bardzo podobnie. Podstawowym problemem jest różnica między „obiektywnym” oglądem sytuacji demonstrowanym przez lekarza i subiektywnym odczuciem, którego przedstawicielem i nosicielem jest pacjent. To zazwyczaj spora różnica.

Czy to znaczy, że lekarz nie ma prawa do swojej wizji pacjenta? Czy pacjent zawsze wie lepiej, bo to on cierpi?

Wbrew temu, co być może zasugerowałem w prześmiewczych dialogach (wziętych oczywiście wprost z życia, no bo skąd?), wcale tak nie uważam. Jeśli pozwolimy (my, lekarze) pacjentowi napawać się swoim bólem, prawdopodobnie mocno opóźnimy proces zdrowienia.

Mechanizm „wtórnej korzyści” z choroby jest z pewnością mocno demonizowany, ale nie można powiedzieć, że takiego problemu nie ma. Cywilizacyjny (chrześcijański!) imperatyw uszanowania choroby bardzo kusi. Trudno zrezygnować z całej listy przywilejów, które – przynajmniej do czasu – przysługują osobie chorej. Lekarz musi wiedzieć, kiedy i jak przekłuć ten balonik. Być może to jedna z najtrudniejszych do zdobycia umiejętności. Mówię to nie jako lekarz, ale raczej jako pacjent, którym w ostatnich latach coraz częściej bywam.

Nie chodzi mi więc o to, że „pacjent ma zawsze rację”. Gdyby tak było, kwestia leczenia byłaby prosta. W pełnej pokorze (co może stanowić problem, ale da się wyćwiczyć) słuchamy chorego i wykonujemy jego zalecenia. I jesteśmy w domu. Nie ma tak dobrze. Trzeba umieć przerwać marudzenie i cierpienie. O co mi więc chodzi?

Jako pacjent, który bywa lekarzem, mam jedną prośbę. Pamiętajcie (wy, lekarze!), że to jednak nas (pacjentów!) boli.

Po prostu. Ból jest niezwykłą w swoim rodzaju rzeczywistością. Poza bólem jest tylko śmierć. Czysty ból jest bardzo czysty. To znaczy, że nie można go zagadać żadną tam „panią Krysią”. Czysty ból wymaga ogromnego szacunku i ciszy. Jak to odróżnić od różnych „wtórnych korzyści”? Bo ja wiem? Pewnie do końca się nie da. Proszę, także siebie jako lekarza, o tym pamiętać.

Jeśli mówimy komuś, jeśli ja komuś mówię, jeśli ty komuś mówisz (jako lekarz, jako terapeuta, jako osoba znacząca): „Dobrze pani wygląda”, „Zdrowo pan wygląda”, zawsze pamiętajmy, że tam, w środku, może być taki ból, jakiego nie znamy i jakiego nie chcielibyśmy (nie chcielibyście!) nigdy doświadczyć. Ból boli. Ja się o tym dowiedziałem. Żebym jeszcze pamiętał w odniesieniu do bólu cudzego! Bo boli tylko własny. Czy to przypadkiem nie jest centralny punkt chrześcijaństwa? Nie wiem, ale nie zdziwiłbym się.

Dlaczego ból i depresja są w jednym felietonie? Bo to w zasadzie to samo, tylko od innej strony. Sprawdzałem. Czuwaj! ●

Lekarze *małym* pacjentom

Zapraszamy do współtworzenia publikacji dla dzieci.

Opowiadania, bajki, przypowiadki, wiersze prosimy przesyłać pod adresem:

komisjakultury@oilwaw.org.pl

Ilustrowana książka z wybranymi utworami zostanie wydana przez OIL w Warszawie.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

Sprzedam wyposażenie gabinetu laryngologicznego. Tel.: 602-499-885.

Sprzedam ośrodek rehabilitacji stacjonarnej. Kontrakt z NFZ. Dolnośląskie. Tel.: 668-156-054.



Lekarski Dzień Kobiet w rytmie latino

TO DRUGA IMPREZA DLA LEKAREK I LEKAREK DENTYSTEK Z CYKLU „DZIEŃ KOBIEC NA SPORTOWO”. TYM RAZEM PANIE UCZESTNICZYŁY W WARSZTATACH TANECZNYCH ZORGANIZOWANYCH PRZEZ ZESPÓŁ DS. MATEK LEKAREK ORL W WARSZAWIE. TAŃCZYŁY W RYTMACH LATYNOAMERYKAŃSKICH DO SPECJALNIE DLA NICH PRZYGOTOWANEJ CHOREOGRAFII. BYŁO ENERGETYCZNIE, ZABAWNIE I AKTYWNIIE.

tekst **MAŁGORZATA HNAT**

Frekwencja dopisała i sobotnie przedpołudnie 9 marca uczestniczki rozpoczęły tanecznym krokiem w Szkole Tańca „Oye!”.

Podzielone na trzy grupy (bez względu na poziom umiejętności), uczyły się solowych wersji trzech najgorętszych stylów tańca – salsy, bachaty i sensual dancehallu. Podczas sesji każda grupa poznawała podstawowe kroki innego tańca. Grupa I zaczęła przygodę z salsą ladies – do energicznej timby i utworów kubańskich klasyków.

Grupa II zgłębiała podstawowe techniki jamajskiego sensual dancehallu, a III – bachaty rodem z Dominikany. Podczas kolejnych dwóch sesji nastąpiła zamiana. Po trzech godzinach zajęć wszystkie uczestniczki mogły się poszczycić znajomością trzech tańców latynoamerykańskich w wersji podstawowej.

Po aktywnie spędzonych godzinach na parkiecie przyszedł czas na integracyjne spotkanie przy poczęstunku – rozmowy i bliższe poznanie. ●

KREDYT DLA LEKARZY



Finansuj przyszłość swojej praktyki z Kontem Biznes i kredytem firmowym już od pierwszego dnia prowadzenia działalności

OD PIERWSZEGO
DNIA



Piotr Stasiak – Starszy Doradca Klienta Biznesowego
tel. +48 512 191 420, pistasiak@credit-agricole.pl
Magdalena Rocka – Ekspert Klienta Biznesowego
tel. +48 512 191 299, mrocka@credit-agricole.pl



www.credit-agricole.pl
Credit Agricole Bank Polska S.A.

Okres kredytowania i maksymalna kwota kredytu zależą od oceny zdolności kredytowej. Szczegóły oferty, informacje o oprocentowaniu oraz opłaty i prowizje wskazane są w tabeli oprocentowania i tabeli opłat i prowizji. Dokumenty są dostępne na: www.credit-agricole.pl/firmy i w naszych placówkach. Materiał ma charakter informacyjny.



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

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

- | | |
|-------------------------|---|
| 9.04.2024, godz. 11.00 | „Diagnostyka i leczenie żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych 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.

Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje

PONAD 30-KROTNIENIE ZWIĘKSZYŁA SIĘ LICZBA ZACHOROWAŃ NA ODRĘ W EUROPEJSKIM REGIONIE WHO. NIEPOKOJĄCY TREND OBSERWUJE SIĘ TAKŻE W POLSCE, MIMO REALIZOWANIA OD 2003 R. PROGRAMU ELIMINACJI ODRY I RÓŻYCZKI. WRAZ ZE SPADKIEM WYSZCZEPIALNOŚCI, W ZWIĄZKU Z BEZZASADNYMI ODMOWAMI SZCZEPIEŃ U DZIECI, STAJEMY PONOWNIE W OBLICZU ZAGROŻENIA CHOROBYMI ZAKAŻNYMI, KTÓRE WIELU LEKARZY ZNA TYLKO Z PODRĘCZNIKÓW.

tekst **ZESPÓŁ DS. SZCZEPIEŃ ORL W WARSZAWIE**



Fot. licencja OIL w Warszawie

OBOWIĄZUJĄCE WSZYSTKICH LEKARZY ZASADY PROGRAMU ELIMINACJI ODRY I RÓŻYCZKI:

1. Ustawowy obowiązek zgłaszania przez lekarzy do Biura Państwowego Inspektora Sanitarnego każdego podejrzenia/rozpoznania zachorowania na odrę. W tym celu należy wypełnić druk ZLK-1 i wysłać go do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca rozpoznania choroby zakaźnej lub wypełnić i wysłać w postaci cyfrowej pod adresem: gabinet.gov.pl. Niewypełnienie obowiązku jest karane grzywną na podstawie art. 52 pkt 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

2. Ustawowy obowiązek wykonania badania w kierunku odry (przez oznaczenie przeciwciał) u każdego pacjenta z podejrzeniem/rozpoznaniem zachorowania na odrę. Materiał powinien być bezzwłocznie przesłany do laboratorium mającego akredytację WHO. W Polsce ośrodkiem referencyjnym jest Narodowe Laboratorium ds. Diagnostyki Odry i Różyczki, znajdujące się w Zakładzie Wirusologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, przy ul. Chocimskiej 24. Szczegółowe informacje dotyczące sposobu pobrania materiału, jego przechowywania oraz warunków transportu do laboratorium zamieszczone są na stronie PZH. Badanie serologiczne wykonuje się metodą ELISA, a obecność swoistych przeciwciał w klasie IgM w surowicy pacjenta wskazuje aktualne lub ostatnio przebyte zakażenie wirusem odry. Badania wykonywane przez Zakład Wirusologii NIZP-PZH są bezpłatne.

Każdy zgłoszony przez lekarza przypadek podejrzenia zachorowania jest analizowany przez powiatową

stację sanitarno-epidemiologiczną. Dodatkowo prowadzi się pełne dochodzenie epidemiologiczne w celu uzyskania wszelkich informacji o okolicznościach oraz źródłach zakażenia. W ramach nadzoru nad osobami z kontaktu z chorym istnieje możliwość wykonania szczepienia osób dotychczas nieszczepionych. Szczepienie poekspozycyjne (szczepionką przeciw odrze, śwince i różyczce – MMR) należy podać do 72 godzin od kontaktu z osobą zakażoną. W przypadku, gdy ekspozycja dotyczy niezaszczepionego dziecka, można zaszczepić niemowlę po dziewiątym miesiącu życia. Szczepienie MMR przed ukończeniem przez dziecko pierwszego roku życia wykonujemy według schematu 2+1; druga dawka podawana jest po ukończeniu roku, optymalnie trzy miesiące od pierwszej dawki, trzecią dawkę, przypominającą, podajemy standardowo, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień.

Zarówno odra, jak i różyczka są chorobami, których całkowita eradykacja jest niemożliwa. Rezerwuarem wirusa odry jest jedynie człowiek. Nie stwierdzono nosicielstwa wirusa po przebyciu zakażenia, istnieje skuteczny środek zapobiegawczy w postaci bezpiecznej i dobrze przebadanej szczepionki. W Polsce w 2022 r. zgłoszono 28 przypadków zachorowania na odrę, w 2023 – 36, a w styczniu 2024 – już dziewięć. Niezwykle ważne jest więc uzyskanie informacji, czy pacjent był szczepiony w dzieciństwie, uzupełnianie zaległych dawek u dzieci, przedstawianie korzyści płynących ze szczepień rodzicom. Opóźnianie szczepień zwiększa ryzyko powstawania ognisk epidemicznych odry lub epidemii. Dzięki współpracy lekarzy i edukacji społeczeństwa na temat konieczności szczepień ochronnych mamy realną szansę na ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń, a tym samym spadek umieralności oraz powikłań z powodu tych chorób. ●



Fot. organizator HCC/grupa PTWP

HCC w Katowicach. Ministerstwo Zdrowia odkrywa karty

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

W otwierającej kongres rozmowie z dziennikarkami Pauliną Gumowską („Rynek Zdrowia”) i Klarą Klinger („Dziennik Gazeta Prawna”) minister Leszczyzna przedstawiła plany rozwiązania problemu nierentowności szpitali powiatowych, w tym oddziałów ginekologiczno--położniczych: – *Jeśli szpital przyjmuje mniej niż 600 porodów rocznie, nigdy nie będzie rentowny. Są jednak tereny, na których w promieniu 40 km od porodówki nie ma żadnej innej. Zamierzamy wprowadzić tam ryczałty, bo te placówki muszą się utrzymać. Kobieta nie może jechać na poród 100 km.* Ponadto szefowa resortu zapewniła, że nie chce likwidować nierentownych szpitali powiatowych. – *Nigdy się na to nie zgodzę, nie będę ich likwidować. Zrobimy wszystko, żeby ich działalność się bilansowała* – zapewniła podczas wystąpienia na HCC.

Do udziału w panelach dyskusyjnych organizatorzy zaprosili przedstawicieli naszej izby. Wiceprezes ORL w Warszawie Olga Rostkowska podczas debaty „A gdybyśmy tak byli najzdrowszym narodem Europy?”, pytana o receptę na poprawę zdrowia publicznego, stwierdziła: – *Choćbyśmy mieli genialnego lekarza, ostatecznie my [jako pacjenci – red.] musimy wziąć odpowiedzialność za swoje zdrowie.*

W sesji poświęconej zdrowiu lekarzy wypowiadała się pełnomocnik OIL w Warszawie ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków Magdalena-Flaga Łuczkiewicz. – *Już na studiach uczymy się pacjentocentryzmu, siebie mamy w pracy pomijać. Jeśli czujemy, że coś z nami nie tak, ignorujemy to, bo sądzimy, że inni są ważniejsi* – tak wyjaśniała przyczynę deficytów zdrowotnych koleżanek i kolegów po fachu.

Nowym technologiom w medycynie i informatyzacji placówek ochrony zdrowia poświęcone były panele dyskusyjne, w których brał udział Michał Gontkiewicz z Prezydium ORL w Warszawie. Dr Gontkiewicz, który jest jednocześnie przewodniczącym Zespołu ds. E-zdrowia Naczelnej Izby Lekarskiej, mówił: – *Nowe rozwiązania informatyczne w ochronie zdrowia powinny nas wspierać i ułatwiać nam pracę, a nie być celem samym w sobie. W tym sensie powinny być jak najmniej widoczne.*

Podczas katowickiego kongresu, którego termin obejmował Dzień Kobiet, organizatorzy ogłosili rozstrzygnięcie konkursu „Kobieta Rynku Zdrowia 2024”. W wyróżnionym nagrodą gronie znalazła się Maria Kłosińska, przewodnicząca naszego Zespołu ds. Matek Lekarek oraz kierowniczka Działu Komunikacji NIL.

Kilka dni wcześniej w Warszawie odbyło się inne ważne wydarzenie medialne dla przedstawicieli sektora ochrony zdrowia. Podczas uroczystego spotkania ogłoszona została lista 100 osób najbardziej wpływowych w polskiej medycynie w 2023 r. i druga – lista 100 osób najbardziej wpływowych w polskim systemie ochrony zdrowia. Według jury najbardziej wpływowy w medycynie był prof. dr. hab. n. med. Maciej Banach, specjalista kardiologii, hipertensjologii i lipidologii, kierownik Zakładu Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego. Przewodniczący samorządowi lekarskiemu prezes NRL Łukasz Jankowski zajął siódme miejsce na liście najbardziej wpływowych w systemie ochrony zdrowia, a najbardziej wpływowy okazał się wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, jedyny z wiceministrów poprzedniego rządu, który utrzymał posadę po zmianie władzy. ●

Konsolidacja, która podzieliła

GRUPA NEUROCHIRURGÓW DZIECIĘCYCH Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DZIECIĘCEGO IM. PROF. JANA BOGDANOWICZA PRZY UL. NIEKŁAŃSKIEJ ZAPOCZĄTKOWAŁA W WUM-OWSKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. JÓZEFA POLIKARPA BRUDZIŃSKIEGO. ZMIANA BYŁA ZGODNA Z REKOMENDACJAMI KONSULTANTA KRAJOWEGO I WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE NEUROCHIRURGII, MIMO TO WYWOŁAŁA OGROMNE NIEZADOWOLENIE DYREKCJI PLACÓWKI PRZY NIEKŁAŃSKIEJ. WYDAJE SIĘ JEDNAK, ŻE W ISTNIEJĄCEJ SYTUACJI NIE BYŁO MOŻLIWOŚCI ZADOWOLENIA WSZYSTKICH.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**



Fot. K. Bartyzel

W grudniu i na początku stycznia sprawa przebiła się do ogólnopolskich mediów. „Szpital przy Niekłańskiej zawieszona działalność oddziału neurochirurgii, uczelnia podebrała im specjalistów” – grzmiały nagłówki. Szpital w przekazie do mediów zapewniał, że nie ma pretensji do swoich byłych pracowników. Adresatem wyrażanych publicznie pretensji była konkurencja (używam tego słowa z premedytacją, co wytłumaczę później). Chodziło o sposób, w jaki przeprowadzona została rekrutacja do DSK, bo przeszedł do niego niemal cały zespół lekarski. W drugiej połowie roku neurochirurdzy złożyli wypowiedzenia, których bieg kończył się 31 grudnia. – *Poszukiwania nowej załogi zaczęły się następnego dnia po uzyskaniu przez nas informacji, że obecna planuje odejście, co nastąpiło w pierwszej połowie września* – wyjaśnia rzecznik szpitala Mariusz Mazurek. Następców nie udało się znaleźć wystarczająco szybko, by oddział mógł funkcjonować po odejściu poprzedniego zespołu. Pod koniec roku dyrekcja złożyła do wojewody wniosek o zawieszenie działalności leczniczej neurochirurgii dziecięcej na trzy miesiące. Szpital zapewnia, że prowadzona intensywnie rekrutacja ma pozwolić na wznowienie działalności od kwietnia.

To trudne zadanie w związku z ogólnopolskim brakiem neurochirurgów z doświadczeniem w pracy z dziećmi, na co zwracają uwagę

zarówno były ordynator tamtejszego oddziału Mikołaj Eibl, jak i konsultant wojewódzki w dziedzinie neurochirurgii prof. Przemysław Kunert. Prof. Kunert to postać kluczowa dla wyjaśnienia, dlaczego w ogóle doszło do exodusu kadrowego między dwiema placówkami, a jego głosu zabrakło w alarmistycznych doniesieniach prasowych z przełomu roku.

– *Wiedziałem, że sytuacja personalna w DSK jest fatalna – większość pracowników w wieku okołoemerytalnym, młodzi dyżurowali z doskoku, był problem z obsadą dyżurów. Tymczasem zgodnie z normami europejskimi ten oddział w DSK istnieć musi. Inaczej nie mogłoby tam funkcjonować centrum urazowe* – wyjaśnił prof. Kunert w rozmowie z „Pulsem”. Zaznaczył, że sytuacja jest delikatna, bo nie tylko pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego, ale także pracuje w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym WUM. Jednocześnie jego zdaniem i nie tylko jego, ale także byłych pracowników neurochirurgii przy Niekłańskiej, szpital na Saskiej Kępie też miał swoje problemy.

Dr Eibl mówi chociażby o wyraźnej – w jego opinii – niechęci kierownictwa szpitala do przeprowadzania skomplikowanych operacji na rzecz dużej liczby prostszych zabiegów. – *Usłyszałem kiedyś od szefostwa: „Wolę, żebyśmy zoperowali 20 przepuklin pachwinowych niż jeden guz mózgu”* – wspomina. Kolejnym problemem miała być ograniczona dostępność

bloku operacyjnego i trudne relacje z anestezjologami. – *Uwagi były zgłaszane, ale nie odstawały od standardu, dotyczyły np. pomysłów na realizowanie dodatkowych usług. Nigdy jednak nie słyszeliśmy „jest nam tu źle, nie realizujemy się”* – wyjaśnia Mariusz Mazurek w odpowiedzi na moje pytanie o ewentualne pretensje ze strony neurochirurgów.

Niemniej jednak z punktu widzenia konsultanta wojewódzkiego oba oddziały, WUM-owski i samorządowy (właścicielem szpitala przy Niekłańskiej jest samorząd województwa mazowieckiego), nie działały adekwatnie do lokalnych potrzeb zdrowotnych. A ponieważ w szpitalu przy Niekłańskiej centrum urazowego nie ma, jego zdaniem likwidacja neurochirurgii wyrządziłaby tej placówce mniejsze szkody.

Prof. Kunert podjął więc rozmowy w sprawie konsolidacji zespołów właśnie w ramach DSK. Opinię mazowieckiego konsultanta wojewódzkiego o ogólnej potrzebie konsolidacji neurochirurgii podziela zresztą konsultant krajowy, prof. Tomasz Trojanowski z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, wiceprezes lubelskiego oddziału PAN. W całym kraju jest bowiem dziewięć oddziałów neurochirurgii dziecięcej, w tym aż trzy w Warszawie (trzecim jest Centrum Zdrowia Dziecka).

– *Zabiegam o konsolidację od bardzo dawna i nie dotyczy to wyłącznie neurochirurgii dziecięcej, ale w ogóle neurochirurgii* – wyjaśnia w rozmowie z „Pulsem”. Jego zdaniem dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce wystarczyłoby około 40 oddziałów neurochirurgicznych, tymczasem jest ich około 90. – *W ostatnich latach nastąpił gwałtowny wzrost ich liczby. Nie powstają moim zdaniem w związku z realną potrzebą zdrowotną społeczeństwa, ale jako próba wzbogacenia oferty leczniczej szpitali. Raczej ze względów ambicjonalnych, może prestiżowych* – mówi prof. Trojanowski. Wypada jednak dodać, że oddział neurochirurgii przy Niekłańskiej istnieje od lat.

Wydaje się, że opinie konsultantów zaczynają potwierdzać liczby. – *Lutowe statystyki dotyczące neurochirurgii w DSK w ujęciu rok do roku pokazują istotny wzrost liczby przeprowadzonych zabiegów* – tłumaczy dr Tymon Skadorwa, jeden z lekarzy, którzy przeszli ze szpitala przy Niekłańskiej do DSK. Wprawdzie, jak informowała w styczniu „Gazeta Wyborcza”, liczba łóżek neurochirurgicznych dla dzieci na Mazowszu w wyniku konsolidacji zmniejszyła się, ale warto pamiętać, że to nie łóżka leczą, lecz kompletne zespoły medyczne. Co więcej, dla zdrowia publicznego korzystne jest oferowanie przez dany oddział jak najszerszego wachlarza świadczeń. Dlatego dopiero najbliższe miesiące pokażą, jak na konsolidacji wyszli pacjenci. Lekarze, którzy zdecydowali się na przejście do DSK, twierdzą, że argumenty konsultanta wojewódzkiego były przeważające dla ich decyzji. Mikołaj Eibl w rozmowie z „Pulsem” przyznał, że sam początkowo nie był entuzjastą takiego rozwiązania, zwłaszcza że jest jednym z twórców neurochirurgii przy Niekłańskiej, ale uzasadnienie przedstawione przez prof. Kunerta przekonało także jego.

Skoro zatem wybitni specjaliści byli zgodni co do tego, że konsolidacja jest słusznym krokiem, dlaczego dyrekcja Szpitala Dziecięcego jest tak bardzo niezadowolona?

Neurochirurgów dziecięcych jest niewiele, mimo że miejsc rezydenckich dla neurochirurgów jest dużo, według prof. Trojanowskiego nawet za dużo. Ale młodzi wybierają opiekę nad dorosłymi pacjentami, a to praca o zupełnie innej specyfice. Zdaniem dr. Tymona Skadorwy neurochirurgowi, który całe życie zajmował się dorosłymi pacjentami, może br-

kować odpowiedniego doświadczenia, by poradzić sobie z wieloma problemami dzieci. – *Po prostu nigdy wcześniej nie miał z nimi do czynienia. Są bowiem dolegliwości, które u dorosłych nie występują. Nikt cierpiący na nie od urodzenia nie żyłby tak długo, żeby trafić do lekarza „dla dorosłych”* – przekonuje. On i jego koledzy mają nadzieję, że ich praca w DSK pozwoli nie tylko na lepsze zaopiekowanie się

pacjentami na Mazowszu, ale też na zwiększenie możliwości szkolenia nowych lekarzy dziecięcych.

Skoro zatem wybitni specjaliści byli zgodni co do tego, że konsolidacja jest słusznym krokiem, dlaczego dyrekcja Szpitala Dziecięcego jest tak bardzo niezadowolona? Powodów jest wiele. Szpital mówi o nieuczciwej konkurencji, o działaniu na szkodę pacjentów. Zapytałem też rzeczniczkę placówki, czy oddział neurochirurgii dziecięcej finansowo był na plusie. – *To był dochodowy oddział* – usłyszałem.

I teraz wypada wrócić do użytego przeze mnie słowa „konkurencja”, co będzie moim osobistym komentarzem tej historii. Dobrze byłoby, gdyby w systemie publicznej ochrony zdrowia placówki konkurowały najwyżej jakością świadczonych usług. Tymczasem konkurują o lekarzy i na wielu innych polach. Ale trudno się dziwić, skoro dyrekcje szpitali są rozliczane z wyników finansowych, a jednocześnie uzależnione od arbitralnych wycen NFZ. Zatem nie może zaskakiwać, że nie są zadowolone, jeśli muszą zamknąć oddział, który utrzymuje inne. Ale ostatecznie pierwotnym źródłem problemów nie jest zła wola lekarzy, szpitali czy konsultantów. Niestety, nasuwa się konkluzja – już pewnie nudna i sztampowa – że jak zwykle powodem jest niedofinansowanie ochrony zdrowia.

POST SCRIPTUM

Rzecznik prasowy Szpitala Dziecięcego odmówi autoryzacji swoich wypowiedzi. Zgodnie z przepisami prawa prasowego „w przypadku niedokonania lub odmowy dokonania autoryzacji (...) uznaje się, że dosłownie cytowana wypowiedź została autoryzowana bez zastrzeżeń”. Rzecznik Mazurek wraz z odmową autoryzacji przesłał oświadczenie szpitala, z którym (z powodu ograniczonej objętości „Pulsu”) mogą Państwo zapoznać się w wersji internetowej naszego magazynu. Bezpośredni link do dokumentu znajduje się w załączonym kodzie QR. Dla równowagi zamieszczamy tam również oświadczenie UCK WUM, któremu podlega DSK. ●



Terapia uporczywa w świetle polskiego prawa

ANALIZUJĄC ZAGADNIENIE TERAPII UPORCZYWEJ I ZWIĄZANYCH Z NIĄ PRAW PACJENTA ORAZ BĘDĄCYCH ICH KORELATEM OBOWIĄZKÓW LEKARZA, NALEŻY PODKREŚLIĆ, ŻE POJĘCIE TO NIE ZOSTAŁO ZDEFINIOWANE NA GRUNCIE POWSZECHNIE OBOWIĄZUJĄCEGO PRAWA.

tekst **SEBASTIAN SIKORSKI**, adwokat



Fot. archiwum

Ustawodawca nie posługuje się również tym pojęciem. Określenie „terapia uporczywa” pojawia się natomiast w akcie wewnętrznym, a mianowicie w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Pojęcie „uporczywej terapii” znajduje zastosowanie także w doktrynie prawa medycznego i prawa karnego, w kontekście obowiązków lekarza oraz jego odpowiedzialności za naruszenie tych obowiązków.

Już na wstępie należy bardzo wyraźnie odróżnić uporczywą terapię od eutanazji, która stanowi czyn zabroniony i karalny w polskim prawie. Eutanazja polega na podjęciu konkretnych działań, których skutkiem jest przyspieszenie śmierci pacjenta. Zgodnie z art. 150 §1 ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (DzU 2024.17, t.j. z 4.01.2024, dalej kodeks karny): „ *kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5*”. Jest to tzw. zabójstwo eutanatyczne. Co ważne, karalna jest również pomoc w eutanazji. Bowiemy według art. 151 kodeksu karnego: „ *kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5*”. Jest to przestępstwo doprowadzenia do samobójstwa.

O uporczywej terapii mówimy zaś, gdy nie ma już szans dla pacjenta na pożądaną efekt leczniczy, dostrzega się bliskość śmierci oraz gdy współwystępuje szczególne cierpienie, co łączyć się też może z naruszeniem godności pacjenta. Dany przypadek klasyfikuje się jako terapię uporczywą, kiedy zaistnieją łącznie wszystkie wskazane przesłanki.

Z punktu widzenia lekarza działania mające charakter uporczywej terapii muszą być rozważane w kontekście ciężących na nim obowiązków w zakresie udzielania pomocy medycznej. Ten obowiązek najczęściej przybiera dwie postaci. Po pierwsze, będzie to obowiązek udzielania pomocy przez każdego (a więc także lekarza), którego niewykonanie pociąga za sobą odpowiedzialność karną z art. 162 §1 kodeksu karnego, zgodnie z którym: „ *Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3*”. Po drugie, występuje obowiązek szczególny, ciężący już tylko na lekarzu, polegający na zapobieganiu śmierci lub pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta. W przypadku tego obowiązku lekarza traktuje się jak gwaranta nienastąpienia skutku, a zwłaszcza skutku w postaci śmierci. W sytuacji zagrożenia życia lekarz ma prawny obowiązek uchylenia groźącego niebezpieczeństwa (o ile oczywiście jest to możliwe). Jeżeli tego nie uczyni, może odpowiadać karnie za przestępstwo umyślnego lub nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka. Prawo karne przewiduje również w art. 164 kodeksu karnego odpowiedzialność za sam skutek w postaci zaistnienia bezpośredniego niebezpieczeństwa śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, nawet jeżeli te dalej idące skutki nie nastąpiły lub też nie można było ich przypisać sprawcy. Za sprowadzenie bezpośrednio niebezpieczeństwa śmierci lub ciężkiego

uszczerbku na zdrowiu odpowiada nie tylko ten, kto sam swoim działaniem owo niebezpieczeństwo spowodował, ale także ten, kto owego niebezpieczeństwa nie uchylił (nie zmniejszył), chociaż był do tego zobowiązany. W takiej właśnie sytuacji jest lekarz, na którym ciąży obowiązek zapobiegania pogarszaniu się stanu zdrowia człowieka. Niewypełnienie tego obowiązku może prowadzić również do odpowiedzialności karnej za umyślne lub nieumyślne spowodowanie bezpośredniego niebezpieczeństwa śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez zaniechanie.

W kontekście uporczywej terapii kluczowe jest odniesienie się do zgody pacjenta na interwencje medyczne. Polskie prawo, poza wyjątkowymi sytuacjami, nie zna instytucji przymusu leczniczego. Takie działania byłyby nie tylko sprzeczne z Konstytucją RP w zakresie ochrony godności, prywatności i wolności jednostki, ale też z prawami pacjenta określonymi w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (DzU 2023.1545, t.j. z 8.08.2023, dalej u.p.p.). Co więcej, wykonywanie zabiegów lekarskich bez zgody pacjenta stanowi odrębne przestępstwo, nawet jeżeli zabieg był uzasadniony medycznie. Zgodnie bowiem z art. 192 §1 kodeksu karnego: „*Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2*”.

Według art. 30 u.z.l. lekarz ma generalny obowiązek udzielenia pomocy. Ustawodawca przyjął bowiem, że: „*Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia*”. Zasadą jest zgoda pacjenta na każdą interwencję medyczną (lekarską). W przypadku braku takiej zgody wyjątkowo u.z.l. dopuszcza możliwość przeprowadzenia interwencji medycznej po uzyskaniu zgody przedstawiciela ustawowego lub sądu, a w sytuacjach nagłych – na zasadzie wyjątku – nawet podjęcia uzasadnionych medycznie działań bez takiej zgody. Art. 32 ust. 1 i 2 u.z.l. mówi bowiem: „*Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego*”.

Kolejny wyjątek od wspomnianej zasady określa art. 33 ust. 1 u.z.l., zgodnie z którym: „*Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym*”. Wyjątek od zasady zgody pacjenta stanowi także w pewnych przypadkach leczenie stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodnie z art. 34 ust. 7 u.z.l.: „*Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1 (leczenie stwarzające podwyższone*

ryzyko dla pacjenta) bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (...) o wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy”.

Wreszcie wyjątek od tej zasady określa art. 35 ust. 1 u.z.l.: „*Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi utratą życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności*”.

Korelatem obowiązku lekarza są prawa pacjenta, według art. 16 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (DzU 2023.1545, t.j. z 8.08.2023, dalej u.p.p.): „*Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji (...)*”. Ponadto przepis z art. 20 u.p.p. wyznaczający zakres prawa poszanowania intymności i godności mówi: „*Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych*”. Natomiast ust. 2 tego przepisu ustanawia odrębne prawo do poszanowania godności, które „*obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności*”.

Obowiązek lekarza w zakresie tych praw określony został w art. 36 u.z.l.: „*Lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta*”.

Obowiązująca regulacja prawna ma charakter dychotomiczny, co oznacza, że albo jest zgoda pacjenta, albo jej brak. Jego milczenie, brak reakcji mają taką samą wartość, jak brak zgody. Dopóki więc pacjent nie udzieli zgody, wszystkie interwencje medyczne na jego osobie kwalifikują się jako nielegalne. Wyjątkiem są sytuacje opisane wcześniej, określone w art. 33, 34 ust. 7 i 35 u.z.l.

Członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Przypomnijmy, że na podstawie art. 33 pkt 1 ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (DzU 1989.30.158 z 1989.05.2628) nałożono na krajowy zjazd lekarzy obowiązek uchwalenia zasad etyki i deontologii zawodowej. Zgodnie z art. 32 ust. 1 i 2 obecnie obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej: „*W przypadku stanu terminalnego pacjenta lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii oraz stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja* ▶

- ▶ *o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych*". Charakterystyczne dla tej definicji jest odróżnienie „reanimacji” od „uporczywej terapii” oraz „środków nadzwyczajnych”. Oznacza to, że lekarz, który – postępując zgodnie z przywołanym przepisem – powstrzymuje się od stosowania reanimacji, uporczywej terapii lub stosowania środków nadzwyczajnych, nie dopuszcza się przestępstwa eutanazji.

Należy bardzo wyraźnie podkreślić, że uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

Decyzja o zaniechaniu uporczywej terapii różni się bowiem celem od czynu karalnego eutanazji. Jak już wspomniano, w przypadku reanimacji, uporczywej terapii oraz środków nadzwyczajnych chodzi bowiem o uchronienie pacjenta przed dodatkowymi cierpieniami, gdy w zakresie terapeutycznym nie można już nic dla niego zrobić. Natomiast celem działań sprawcy przestępstwa eutanazji jest skrócenie życia ludzkiego przez czynne działanie.

Warto w tym miejscu zauważyć, że obecnie procedowana jest nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zgodnie z Uchwałą nr 3/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z 26 stycznia 2024 r. w sprawie przedstawienia do konsultacji projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej, w art. 32 Projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej termin „uporczywa terapia” zastąpiono pojęciem „terapii daremnej”. Projektodawcy uzasadniają zmianę następująco: „Słowo »daremność« akcentuje niemożność osiągnięcia celu działania, a uporczywość określa (pejoratywnie) postawę osoby stosującej nieskuteczne interwencje medyczne”. Jak wspomniano, projekt jest jednak obecnie procedowany i może ulec dalszym zmianom również w tym zakresie.

W tym kontekście należy jeszcze wskazać tzw. oświadczenie *pro futuro* mające z założenia charakter prewencyjny („na wypadek gdyby”). Obecnie obowiązujące przepisy milczą

w sprawie oświadczenia *pro futuro*. Jednakże Polska jest sygnatariuszem Konwencji europejskiej o prawach człowieka i biomedycynie (tzw. Konwencji z Oviedo), której art. 9 stanowi: „Należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili przeprowadzenia owej interwencji osoba ta nie jest w stanie wyrazić swojej woli”.

Wobec braku regulacji brak również wskazań w zakresie formy takiego oświadczenia. Będzie to miało więc znaczenie tylko z przyczyn natury dowodowej. Dlatego należy rekomendować, aby oświadczenie zostało sporządzone w formie pisemnej. Warto nawiązać do postanowieniem Sądu Najwyższego z 27 października 2005 r., sygn. akt III CK 155/05 [w] OSNC nr 7–8/2006, poz. 137: „Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone wyraźnie i jednoznacznie – wiążące”.

Reasumując: w obecnym stanie prawnym w przypadku braku zgody pacjenta na interwencję medyczną lekarz nie może podejmować żadnych interwencji, także tych z zakresu uporczywej terapii, poza wyjątkami określonymi w u.z.l. Jednocześnie w przypadku żądania pacjenta kontynuowania terapii także w zakresie środków uporczywych, lekarz jest zobligowany do dalszego działania. Natomiast w sytuacji braku wyraźnego oświadczenia pacjenta należy podkreślić, że nie jest obowiązkiem lekarza prowadzenie tego rodzaju terapii. Co więcej, uporczywa terapia jest zakazana, gdy prowadzi do nieuzasadnionego cierpienia pacjenta lub naruszenia jego godności. Natomiast może być prowadzona, gdy taka jest wola pacjenta i nie dochodzi do naruszenia jego godności. ●

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



**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

Interwencja rzecznika praw lekarza

JEDNA Z LEKAREK, KTÓRA ZGŁOSIŁA SWOJĄ SPRAWĘ DO BIURA RZECZNIKA PRAW LEKARZA OIL W WARSZAWIE, MIAŁA UMOWĘ REZYDENCKĄ OBOWIĄZUJĄCĄ DO 31 GRUDNIA 2023 R. W DNIU ZAKOŃCZENIA UMOWY LEKARKA BYŁA W CIĄŻY (POWYŻEJ TRZECIEGO MIESIĄCA).

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



Fot. K. Bartyzel

Napisała do działu kadr i działu prawnego szpitala pismo, w którym prosiła o podanie informacji dotyczącej kontynuacji pracy. Zaniepokojona brakiem potwierdzenia, że umowa zostanie przedłużona, skierowała do dyrekcji szpitala kolejne pismo.

15 grudnia 2023 r. jako rzecznik praw lekarza wystosowałam do dyrekcji szpitala pismo z wnioskiem o udzielenie odpowiedzi na pytania lekarki. Takie samo pismo zostało wysłane do Ministerstwa Zdrowia i Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie.

Po wysłaniu wspomnianych pism przez Biuro Rzecznika Praw Lekarza rezydentka poinformowała nas, że dział kadr skontaktował się z nią i obiecał przesłanie projektu umowy. Jednak nie otrzymała żadnej odpowiedzi pisemnej od działu kadr i dyrekcji szpitala, były to jedynie informacje przekazywane ustnie. Mimo stanowiska pracownika, że umowa ta podlega przedłużeniu z mocy prawa i nie ma potrzeby podpisywania nowej, pracodawca uzależniał kontynuowanie stosunku pracy od podpisania nowej umowy.

Zwróciłam się zatem do Państwowej Inspekcji Pracy z następującymi pytaniami:

1. Czy lekarka musi w opisanej sytuacji podpisać nową umowę, mimo że stosunek pracy z mocy prawa jest kontynuowany?
2. Czy w przedstawionym stanie faktycznym szpital może zobowiązać lekarkę do podpisa-

nia nowej umowy, zastrzegając, że jeśli jej nie zawrze, stosunek pracy wygaśnie?

Podkreśliłam, że nie zgadzam się z interpretacją szpitala. Zgodnie z przepisami kodeksu pracy umowa o pracę zawarta na czas określony (z wyjątkiem umów na zastępstwo) albo na okres próbny przekraczający jeden miesiąc, która wygaśnie po upływie trzeciego miesiąca ciąży, ulega przedłużeniu do dnia porodu. Ponieważ w dniu rozwiązania umowy ciąża lekarki przekroczyła trzeci miesiąc, należy zastosować wskazany przepis, co oznacza przedłużenie z mocy prawa umowy na czas określony, do dnia porodu.

Przedłużenie kodeksowe powoduje jedynie zmianę terminu rozwiązania stosunku pracy. Umowa o pracę ulegnie zatem rozwiązaniu z dniem porodu.

Reasumując, przedłużenie umowy o pracę następuje z mocy prawa i nie ma potrzeby sporządzania na tę okoliczność jakiegokolwiek dokumentu, a tym bardziej nie ma potrzeby zawierania nowej umowy.

Departament Pracy Głównego Inspektoratu Pracy potwierdził moje stanowisko. Jednocześnie należy podkreślić, że pracodawca naruszający przepisy o uprawnieniach pracowników związanych z rodzicielstwem, zgodnie z przepisami kodeksu pracy popełnia wykroczenie przeciwko prawom pracownika zagrożone karą grzywny w wysokości od 1 tys. do 30 tys. zł (art. 281 §1 pkt 5 kodeksu pracy). ●



Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat

NOWE REGULACJE DOTYCZĄCE OCHRONY MAŁOLETNIICH

15 lutego 2024 r. weszły w życie zmiany w przepisach kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz innych ustaw,* których celem jest zwiększenie ochrony małoletnich przed przemocą, m.in. o charakterze seksualnym, w odniesieniu do działalności związanej m.in. z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, a także leczeniem, opieką i świadczeniem porad psychologicznych dla dzieci i młodzieży. Ochrona ma być zapewniona przez nałożenie obowiązku opracowania i wprowadzenia standardów ochrony małoletnich, a także weryfikację osób zatrudnianych i dopuszczanych do takiej działalności.

Obowiązek wprowadzenia standardów ochrony małoletnich dotyczy organu zarządzającego placówką medyczną, w której przebywają lub mogą przebywać małoletni.* Dokument powinien być dostosowany do charakteru i rodzaju placówki lub działalności i określać: zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a personelem placówki, zachowania niedozwolone wobec małoletnich, zasady oraz procedurę podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego, procedury i osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego, procedury zawiadamiania sądu opiekuńczego oraz w przypadku instytucji, które posiadają takie uprawnienia, osoby odpowiedzialne za wszczynanie procedury „Niebieskiej Karty”. Powinien również zawierać zasady i sposób udostępniania rodzicom albo opiekunom prawnym lub faktycznym oraz małoletnim standardów do zaznajomienia się z nimi i ich stosowania, a także zasady przeglądu i aktualizacji standardów.

W standardach uwzględnić należy sytuację dzieci niepełnosprawnych oraz tych ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Sporządzone winny być zrozumiałe dla osób małoletnich, udostępnione na stronie internetowej podmiotu oraz w widocznym miejscu w placówce w wersji pełnej oraz skróconej, przeznaczonej dla małoletnich. Zgodnie z nowymi przepisami, obowiązek ich wprowadzenia musi być zrealizowany do 15 sierpnia 2024 r.

Drugim elementem w zakresie ochrony małoletnich w podmiotach leczniczych jest nałożenie na pracodawcę obowiązków weryfikacji karalności pracownika lub osoby, która ma być dopuszczona do działalności związanej z osobami poniżej 18. roku życia. Przed nawiązaniem stosunku pracy lub dopuszczeniem do takiej działalności niezbędne będzie uzyskanie przez kandydata zaświadczenia o niekaralności za niektóre przestępstwa, m.in. przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, przestępstwo znęcania się oraz określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.* Dodatkowo na osoby

posiadające obywatelstwo innego państwa niż Polska przepisy nakładają obowiązek przedłożenia pracodawcy informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa, uzyskanej do celów działalności związanej z kontaktami z dziećmi.

Niewprowadzenie standardów ochrony małoletnich stanowić będzie wykroczenie zagrożone karą grzywny w wysokości do 250 zł albo nagany. Dopuszczenie do pracy osoby prawomocnie skazanej za przestępstwa objęte weryfikacją podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny nie niższej niż 1 tys. zł. Przepięstwem jest natomiast dopuszczenie do pracy lub innej działalności osoby z orzecznym zakazem zajmowania stanowisk związanych z wychowaniem, edukacją, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi, za które grozi kara pozbawienia wolności od trzech miesięcy do pięciu lat.

RPO W SPRAWIE CZASU PRACY LEKARZY

Rzecznicz praw obywatelskich zwrócił się do ministra zdrowia* o podjęcie działań zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony lekarzy i pacjentów w związku z nadmiernie długim czasem udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. Rzecznik podkreślił, że z kontroli NIK „Funkcjonowanie szpitali powiatowych” z 2023 r. wynika, iż lekarze zatrudnieni w szpitalach na umowach cywilnoprawnych pracują zdecydowanie zbyt długo bez przerw na odpoczynek. Tymczasem przepisy ustawy o działalności leczniczej,* dotyczące wymaganych okresów odpoczynku i zasad pełnienia dyżurów, ograniczają się do zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Zdaniem rzecznika maksymalny dopuszczalny czas pracy określony w ustawie powinien dotyczyć całego personelu medycznego.

RPO, powołując się na ustalenia NIK, wskazał, że w szpitalach w latach 2020–2022

dochodziło do rażących nieprawidłowości w tym zakresie. Przykładowo: w Wołominie czterech lekarzy pracowało ponad dwie doby bez przerw na odpoczynek (trzech lekarzy pełniło dyżury przez 52 godziny, jeden przez 66 godzin), a w Wieluniu jeden lekarz pracował bez przerwy 73 godziny (od godz. 8.00 16 kwietnia do godz. 9.00 19 kwietnia 2022), pełniąc obowiązki kierownika Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Patologii Noworodka.

W ocenie rzecznika konieczność uregulowania czasu pracy wszystkich lekarzy wynika z konstytucyjnej zasady sprawowania przez państwo nadzoru nad warunkami wykonywania pracy, a ponadto z prawa każdego obywatela do ochrony zdrowia (art. 24 i 68 ust. 1 konstytucji). Określenie minimalnego nieprzerwanego odpoczynku i wyjątków od tej zasady – ograniczone wyłącznie do pracowników – budzi również wątpliwości pod względem przestrzegania prawa do dni wolnych od pracy i corocznych płatnych urlopów (art. 66 ust. 2 konstytucji).

PNRL O PRAWIE DO WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych* opublikowały wspólne stanowisko, w którym podniesiono, że pielęgniarki, położne, lekarze i lekarze dentyści, którzy przyjeżdżają z zagranicy w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce, muszą bezwzględnie posiadać umiejętność porozumiewania się w języku polskim, co zapewni właściwą komunikację z pacjentami i zespołem terapeutycznym. Kontakt osób wykonujących zawód medyczny z pacjentami wynika z bezwzględnych warunków realizacji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Prezydium NRL negatywnie odniosło się także do obowiązujących rozwiązań i projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa* w zakresie tzw. trybów uproszczonych przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza w Polsce, tj. warunkowego prawa do wykonywania zawodu oraz prawa wykonywania zawodu w określonym zakresie czynności. Obecnie obowiązujące przepisy nie tylko umożliwiają uzyskanie prawa do wykonywania zawodu osobom bez znajomości języka polskiego, ale ze względu na wydawanie przez ministra zdrowia decyzji zezwalających na wykonywanie zawodu lekarza w „trybach uproszczonych” naruszają konstytucję i zagrażają bezpieczeństwu pacjentów. Podkreślono, że zgodnie z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, to samorząd lekarski sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, a podejmowanie decyzji o dokonaniu wpisu do rejestru lekarzy jest pierwszą emanacją sprawowania tej pieczy.

STANOWISKO PNRL I PNRPIP DOTYCZĄCE ZABIEGÓW MEDYCYNY ESTETYCZNEJ

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych opublikowały także wspólne stanowisko* dotyczące konieczności uregulowania kwestii wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. Podkreślono, że katalog świadczeń medycyny estetycznej powinien być opracowany i wydany w formie aktu prawnego przez ministra właściwego do sprawy zdrowia. Regulacji

wymaga w szczególności to, które świadczenia zdrowotne mogą być wykonywane wyłącznie przez lekarza i lekarza dentystę lub pielęgniarkę i położną. Zwrócono przy tym uwagę na sygnały dotyczące wzrostu liczby osób poszkodowanych wskutek wykonywania zabiegów medycyny estetycznej przez osoby nieuprawnione. ●

* Źródła:



BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

dla lekarzy i lekarzy dentystów
członków OIL w Warszawie

Dyżury prawników odbywają się:

w **poniedziałek w godz. 10.00–18.00**

od **wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00**

Adres

Warszawa, ul. Puławska 18 (wejście C)

Kontakt

prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl

728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



Analiza przypadku.

Wynik zabiegu a patologia niezależna

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG MA W POSTĘPOWANIU DIAGNOSTYCZNYM I LECZNICZYM NIEBAGATELNE ZNACZENIE. MOŻE BYĆ WAŻNYM DOWODEM W OBRONIE LEKARZA PRZED SĄDEM, ALE TEŻ PRZYCZYNIĆ SIĘ DO PRZEGRANIA PRZEZ NIEGO PROCESU. JAK SZCZEGÓŁOWO POWINNA BYĆ SFORMUŁOWANA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG? DZISIEJSZA ANALIZA PRZYPADKU POZWOLI ODPOWIEDZIEĆ NA TO PYTANIE.

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



Fotografie: archiwum

W 2007 r. pacjent S.K. zgłosił się do niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej z kontuzją przeciężenia więzadła lewego kolana. Podjęto decyzję o przeprowadzeniu artroskopii kolana. S.K. wyraził w formie pisemnej zgodę na zabieg oraz na usunięcie zwapnień pod więzadłem rzepki. 6 listopada 2008 r. lekarz ortopeda wykonał shaving kaletki podrzpekowej i mikrozlamania okolicy guzowatości piszczeli. Pacjenta wypisano z zaleceniem dalszego leczenia w poradni ortopedycznej, ograniczenia chodzenia przez 3–4 dni i rehabilitacji. Biegły chirurg ortopeda wskazał w swej opinii, że mikrozlamanie guzowatości kości

piszczeli przyniosło dobry efekt, w postaci ustąpienia dolegliwości, i nie powodowało ograniczenia zakresu ruchów.

Mimo sukcesu leczenia objawów bólowych więzadła rzepki, po zabiegu pojawiły się bóle stawu udowo-rzepakowego lewego, a podawanie leków odżywiających chrząstkę stawu kolanowego nie przyniosło efektu. Pacjent zdecydował się na powtórny artroskopię, która miała na celu ocenę chrząstki stawowej. 21 maja 2009 r. S.K. został przyjęty z rozpoznaniem skręcenia i naderwania w obrębie więzadła krzyżowego przedniego, rozmiękania chrząstki (chondromalacji). Po wyrażeniu przez pacjenta zgody na zabieg artroskopowy podano komórki macierzyste. Jednak nie przyniosło to oczekiwanej poprawy, z powodu obecności bocznego podwichnięcia i pochylenia rzepki, które z kolei nie pozwoliło na odtworzenie tkanki mogącej chronić zakończenia nerwowe w obszarach uszkodzonej chrząstki stawu udowo-rzepakowego.

Dalsze leczenie i zabiegi operacyjne wykonano jednak w innej klinice C.C., we wrześniu 2009 r., a następnie podczas pobytów w tej placówce, na podstawie umów na zabiegi operacyjne z 15 lutego, 6 września i 11 października 2010 r. Konsultacje lekarskie oraz badania rezonansem magnetycznym, RTG i USG przeprowadzono

od 18 sierpnia 2009 r. do lipca 2012. W szczególności w pierwszym badaniu rezonansem magnetycznym z 26 sierpnia 2009 r. stwierdzono u pacjenta cechy wysięku i przerostu błony maziowej w stawie kolanowym lewym, pojedyncze cechy zrostu w zachyłku nadržepkowym, rzepkę ustawioną na prawidłowej wysokości oraz chrząstkę na rzepce i chrząstkę w części centralnej powierzchni rzepkowej kości udowej z cechami chondromalacji. Przed operacją we wrześniu 2009 r. stwierdzono ogniska chondromalacji powierzchni rzepkowej kości udowej, powierzchni stawowej rzepki i na kłykcisku bocznym kości piszczelowej, uszkodzenie rogu tylnego łątki bocznej, zapalenie błony maziowej oraz zrosty i blizny przyczepu dystalnego więzadła rzepki. Łącznie w szpitalu C.C. przeprowadzono siedem zabiegów.

12 października 2011 r. pacjent wystąpił z pozwem przeciwko niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, zarzucając popełnienie błędu medycznego 6 listopada 2008 r., podczas artroskopii kolana lewego. Zarzucił także, że bez jego zgody i wiedzy wykonano mikrozlamania, które spowodowały przyrośnięcie więzadła rzepki do kości piszczelowej, a w efekcie niesprawność kolana. Jako skutek błędu wskazywano niemożność powrotu do uprawiania sportu i startu

w Igrzyskach Olimpijskich w 2012 r. S.K. wniósł zatem o zapłatę: 1,5 mln zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, 1,050 mln zł tytułem odszkodowania za straty finansowe spowodowane niemożnością realizacji umów dotyczących korzystania z wizerunku sportowca, 268,5 tys. zł tytułem skapitalizowanej renty za utracone stypendia sportowe, a także o zasądzenie renty z tytułu utraconych dochodów wysokości 15 410 zł miesięcznie, począwszy od 1 września 2011 r. i w przyszłości.

W opinii chirurga na etapie postępowania sądowego stwierdzono, że boczne podwichnięcie i pochylenie rzepki dotyczyło obu stawów i nie było wynikiem zabiegów, lecz patologią niezależną. Nie doszło też do pełnej odbudowy siły mięśnia czworogłowego, co nie pozwalało na ustąpienie dolegliwości stawu udowo-rzepkowego i przyczyniło się do dynamicznego pogłębienia bocznego podwichnięcia i pochylenia rzepki. W tej sytuacji lekarz z kliniki zaproponował wykonanie bocznego uwolnienia rzepki – przecięcie torebki stawowej i bocznego troczka rzepki.

W toku postępowania sądowego ustalono na podstawie dokumentacji medycznej, że pierwsze informacje o skróceniu więzadła pojawiają się 30 kwietnia 2010 r., w związku z badaniem rentgenowskim porównawczym obu kolan i tomografii komputerowej, gdzie jest opisane skrócenie więzadła rzepki o 2–3 mm. Druga informacja o skróceniu o 5 mm pojawia się 3 grudnia 2010 r., po zabiegach wykonanych w C.C. Pełnomocnicy pozwanego podmiotu leczniczego wprost podnieśli w toku procesu, że skala zabiegów operacyjnych wykonanych w pozwanym szpitalu była nieporównywalnie mniejsza niż w C.C.

Sąd orzekł, że powództwo podlega oddaleniu, ze względu na niewykazanie związku przyczynowo-skutkowego między szkodą a zdarzeniem – zabiegiem artroskopii. W ocenie sądu nie doszło do zaistnienia takiego zachowania, które można by zakwalifikować jako błąd medyczny. Pierwsza operacja przyniosła dobry efekt leczniczy i została zrealizowana zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną. Dolegliwości, które pojawiły się po zabiegu z listopada 2008 r., dotyczyły innego obszaru i nie były związane z przeprowadzoną operacją. Początkowo podano powodowi leki odżywiające chrząstkę stawu kolanowego, ale nie przyniosło to efektu. Następnie wykonano kolejny zabieg artroskopowy, podczas którego podano komórki macierzyste. I ten zabieg nie przyniósł oczekiwanego rezultatu. Podanie komórek macierzystych nie spowodowało poprawy ze względu na istniejące boczne podwichnięcie i pochylenie rzepki, które nie pozwoliło na odtworzenie tkanki mogącej chronić zakończenia nerwowe w obszarach uszkodzonej chrząstki stawu udowo-rzepkowego. Boczne podwichnięcie i pochylenie rzepki nie było wynikiem zabiegów, lecz patologią niezależną.

Co istotne, roszczenie obejmowało również wypłatę zadośćuczynienia za naruszenie prawa pacjenta do informacji i wyrażenia zgody na leczenie, gdyż S.K. twierdził, że nie wyraził zgody na dokonanie mikrouszkodzeń. Sąd uznał jednoznacznie, że zgoda pacjenta na zabieg artroskopowy kolana lewego (udzielona przez powoda przed każdym zabiegiem) jest wy-

starczająca do przyjęcia, iż w ramach tej zgody lekarz ma prawo przeprowadzać czynności medyczne możliwe do wykonania w czasie tego typu zabiegu i dotyczące kolana lewego. Nie ma konieczności udzielania zgody na poszczególne czynności medyczne w ramach artroskopii, nie ma też możliwości udzielenia z góry takiej zgody, skoro dopiero podczas zabiegu lekarz ma szansę w pełni ocenić stan operowanego narządu i zastosować adekwatne do tego stanu czynności. Zgoda na zabieg artroskopowy u powoda precyzuje organ, którego zabieg ma dotyczyć, i jest to wystarczające do uznania, że nie ma ona charakteru blankietowego. Dodać przy tym trzeba, że wykonane mikrozłamania służą przyspieszeniu gojenia ran i nie stanowią samodzielnej metody operacyjnej, ich wykonanie przyniosło zaś dobry efekt w postaci ustąpienia dolegliwości operowanego obszaru.

Pytanie redakcji: Jak powinno przebiegać prawidłowe informowanie pacjenta o zagrożeniach związanych z zabiegiem?

Odpowiedź prawnika lekarza: Lekarz przed zwróceniem się do pacjenta o zgodę na zabieg powinien przedstawić rokowania, możliwe powikłania, szanse na powodzenie operacji. Pacjent musi wyrazić zgodę świadomie, to znaczy po uzyskaniu informacji o ryzyku i korzyściach medycznych wynikających z planowanego działania. Należy pamiętać, że pacjent nie ma wiedzy medycznej, więc na lekarzu spoczywa obowiązek wyboru najkorzystniejszej metody leczniczej, z uwzględnieniem ryzyka powikłań. Ważne, aby informacja została udzielona w sposób zrozumiały. Warto również przekazać pacjentowi, że nawet w przypadku udanego zabiegu choroba może spowodować powstanie nowych dolegliwości, które nie są bezpośrednio związane z operacją.

Pytanie redakcji: Jak powinna wyglądać zgoda pacjenta na zabieg?

Odpowiedź prawnika lekarza: Trzeba pamiętać, że w przypadkach podwyższonego ryzyka zgoda musi być pisemna. W orzecznictwie uznaje się, że zgoda (dokument) powinna być zrozumiała dla pacjenta. Wyklucza się zgodę blankietową, tzn. na dowolne działanie lekarza, jednak – jak wskazano we wspomnianym orzeczeniu – nie ma konieczności wskazywania wszystkich szczegółowych czynności medycznych. Dobrą praktyką jest zrozumiały opis procedury ze wskazaniem ryzyka i możliwości wystąpienia najczęstszych powikłań oraz zastrzeżeniem, że w przypadku żadnego zabiegu nie można dać gwarancji powodzenia ze względu na indywidualny stan pacjenta. Warto w dokumencie zawrzeć klauzulę, że w przypadku zaistnienia konkretnego stanu chorobowego konieczne może być rozszerzenie pola operacyjnego lub podjęcie określonego działania. ●

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp. p.

PRAWNIK LEKARZA

www.prawniklekarza.pl

Z Polski do fiordów Norwegii

W CZERWCU 2023 R. JAKO PIERWSZY CZŁOWIEK NA ŚWIECIE PRZEPLYNAŁEM SAMOTNIE TRASĘ Z POLSKI NA FIORDY NORWEGII NA SKUTERZE WODNYM.

tekst **ARTUR BIEL**



Fotografie: archiwum autora

Autor jest chirurgiem ortopedą, traumatologiem.

W pierwszy morski samotny rejs skuterem wodnym wybrałem się w sierpniu 2022 r. i jako pierwszy przepłynąłem trasę z Gdańska na Bornholm bez tankowania. Żeby tego dokonać, holowałem za sobą pływak z 200 l benzyny. Po 20-godzinym rejsie dotarłem do portu w Nexø.

Decyzja o holowaniu paliwa okazała się mieć więcej wad niż zalet i podczas wyprawy do Norwegii nie korzystałem z tego rozwiązania.

Płynąłem na potężnie zmodyfikowanym skuterze Yamaha FX SVHO „Batman”. Oprócz 70 l paliwa w zbiorniku głównym, drugie tyle miałem w zbiornikach dodatkowych. Przy niewielkim zafalowaniu na morzu umożliwiała mi to przebycie około 300 km bez tankowania. Ekwipunek (namiot, śpiwór, karimata, ubrania) był umieszczony w klatce przytwierdzonej do rufy skutera. W schowku dziobowym wiozłem narzędzia i części zamienne oraz olej, które były niezbędne podczas czekającego mnie po drodze przeglądu serwisowego, który zrobiłem samodzielnie.

Rozpocząłem podróż w marinie Lubczyna nad jeziorem Dąbie. Wypływając, mogłem obejrzeć wrak betonowego paliwowca, z którego w czasie II wojny światowej korzystali Niemcy. Obecnie jest bardzo malowniczym obiektem na Dąbiu. Pożegnałem gładkie wody jeziora i wpłynąłem na rozhuśtany Zalew Szczeciński, gdzie minąłem okręt dowodzenia siłami przeciwminowymi ORP Kontradmirał Xawery Czernicki.

Przez port Świnoujście wyszedłem na otwarte Morze Bałtyckie i skierowałem się do pierwszego planowanego punktu tankowania – w niemieckim Sassnitz na wyspie Rugia. Potem dotarłem do miejsca pierwszego noclegu w Lohme. Następnego dnia czekał mnie ekscytujący odcinek ponad 90 km otwartego morza w drodze do południowego wybrzeża Szwecji. Podziwiałem wielką morską farmę wiatrową i oszałamiający, gigantyczny most nad Sundem. W kolejnych

dniach odwiedziłem porty Helsingborg i Falkenberg, po drodze minąłem radioteleskopy z obserwatorium kosmicznego Onsala. Przenocowałem w malowniczej osadzie Tjörnö (mieści się tam laboratorium morskie Uniwersytetu w Göteborgu), po raz pierwszy podziwiałem fenomen białych nocy.

Czwartego dnia rejsu wypłynąłem na wody łączące cieśniny Kattegat i Skagerrak. Strawersowałem wody cieśnin prawie 40-kilometrowym odcinkiem otwartego morza aż do latarni morskiej Færder.

Tam napotkałem duże fale – do 1,5 m wysokości. Moja prędkość spadła znacząco, nawet do 12 węzłów. W porcie Kristiansand cumował wielki statek wycieczkowy. Choć te ponad 250-metrowe kolosy widywałem często w kolejnych dniach, to pierwsze spotkanie pozostawiło niezatarte wrażenie. Korzystając z przerwy w podróży, zwiedziłem pobliskie muzeum, by obejrzeć niemiecką baterię obrony Skagerraku z działem kalibru 380 mm.

Szósty dzień był najtrudniejszy podczas całej wyprawy. Zmagałem się z półtorametrowymi falami i północnym wiatrem osiagającym w porywach 50 km/godz. Przez 10 godzin pokonałem 180 km i późnym wieczorem, całkiem wyczerpany, dopłynąłem do Stavanger. Serdecznie przyjął mnie mieszkaniec, przed domem którego, na trawniku, rozbiłem namiot. Poczęstowany małym piwem, padłem bez życia na karimatę. W Stavanger miałem okazję obejrzeć m.in. słynne trzy miecze – pomnik zjednoczenia plemion norweskich. Po południu, podróżując pięknymi szlakami wodnymi, dopłynąłem do Bergen. Dziewiątego dnia opuściłem Bergen i dotarłem do wyspy Fedje, z której ruszyłem do Ålesund. Tam wymieniłem olej, filtr i świecę w silniku (wiozłem je ze sobą, razem z odsysarką do oleju). Z Ålesund, zwanego bramą do fiordów, popłynąłem do pięknej miejscowości Åndalsnes, gdzie spędziłem kilka godzin na zwiedzaniu.



11. dnia ruszyłem do Geiranger. Wcześniej oglądane miejsca były piękne, ale Geiranger jest wręcz magiczne. Zwiedziłem miasteczko, obejrzałem wielki wycieczkowiec „Costa Firenze”. Tutaj bije serce norweskich fiordów, tutaj morze styka się z wyrastającymi bezpośrednio z niego górami, tutaj zostawia się kawałek swojego serca.

Po wypłynięciu z Geiranger skierowałem się do Loen. Towarzyszyły mi wspaniałe widoki i... wielkie wycieczkowce. W Loen wjechałem kolejką górską Loen Skyliift na pobliski szczyt, z którego rozciąga się panorama okolicy. Tam też natknąłem się na helikopter firmy Fjord Helikopter i wykorzystałem okazję na nieplanowany lot, by napawać się widokami fiordów i lodowca. Podczas lotu wymienialiśmy z pilotem opinie o wadach i zaletach maszyny EC-130, którą obaj latamy. Jako pilot helikoptera czuję się podczas tego lotu jak dziecko, które odkrywa, że wszystkie prezenty pod choinką są dla niego. Z Loen wyruszyłem do miejscowości Florø.

14. dnia wyprawy dopłynąłem do Vikøyri, gdzie zwiedziłem XII-wieczny, drewniany kościół, jeden z najstarszych w Norwegii. Wspiąłem się też do wodospadu i wykapałem przy jego krawędzi.

15. dzień był ostatnim dniem mojej ekspedycji. Z Brekke skierowałem się ku wyspie Fedje, a potem do Bergen. W Bergen zakończyłem rejs i z „Batmanem” na przyczepie wróciłem do Polski.

W ciągu 14 dni (1 dzień postoju) przepłynąłem ponad 3,1 tys. km. Widoki i przeżycia, których zaznałem, są we mnie ciągle żywe i mam nadzieję, że takie pozostaną.

Celem moich rejsów jest pomoc w zbiórce pieniędzy dla Maćka Kulińskiego, 24-latka, który po porażeniu prądem został sparaliżowany i stracił obie ręce. Wszystkich chętnych do jego wsparcia zapraszam na stronę Fundacji Moc Pomocy (www.Mammoc.pl).

W 2024 r. popłynę w rejs na północ Norwegii i Morze Barentsa, a w 2025 przepłynę z Nowego Jorku do Polski. Tym razem będę płynął na specjalnie skonstruowanej łodzi motorowej typu RIB, polskiej firmy Sportis.

Wszystkich miłośników morza i pięknych widoków zapraszam do obserwowania mojej strony na FB (<https://www.facebook.com/ekspedycja3morz>). ●



*„Już wschodzi zorza poranna,
Zabrzmiało niebo weselem
I ziemia śpiewa radośnie”.*

Szanowni i Drodzy Państwo,
te słowa, zaczerpnięte z hymnu na poranek
wielkanocny, są echem naszych tęsknot i marzeń.

Życzę, aby one się spełniły w życiu każdego z nas.
Abyśmy uwierzyli, że promieniująca wspaniałym,
łagodnym blaskiem Miłość, która nigdy nie umiera,
napędza nasze serca mocą przebaczenia sobie
i sobie nawzajem.

Wtedy przychodzi w życiu każdego z nas
Wielka Noc.

I życzę, aby właśnie wtedy każdy z nas usłyszał
z nieba brzmiący weselem głos: „Pokój Wam!”.

ALLELUJA!

Wszystkim moim Siostram i Braciom w wierze
życzę, aby Zmartwychwstały Pan rozpromienił
swoim blaskiem nasze życie.

Ks. Władysław Duda
duszpasterz środowisk medycznych

SPORTOWE NIEDZIELE

14, 21, 28

kwietnia 2024 r., w godz. 15.00–17.00

5, 12, 19, 26

maja 2024 r., w godz. 15.00–17.00

Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1





Dofinansowanie wytrobów medycznych

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali dofinansowania zakupu wytrobów medycznych z NFZ ani z PFRON, do ubiegania się o dofinansowanie oferowane przez naszą izbę
(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa
30 czerwca 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
30 czerwca 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.**

**UCHWAŁA NR 17/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 7 LUTEGO 2024 R.**

**w sprawie wyrażenia zgody
na zorganizowanie imprezy
„Rodzinnie z OIL w Warszawie”
w Julinek Park**

Działając na podstawie art. 25 pkt 10, w zw. z art. 25 pkt 16 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.), uchwała się, co następuje:

§1

Wyraża się zgodę na zorganizowanie imprezy „Rodzinnie z OIL w Warszawie” w Julinek Park, Julinek 1, 05-084 Leszno.

§2

Zobowiązuje się Okręgową Radę Lekarską w Warszawie do ustalenia wysokości opłaty wpisowej dla uczestników imprezy „Rodzinnie z OIL w Warszawie”.

§3

Wykonanie uchwały powierza się prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 21/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 7 LUTEGO 2024 R.**

**w sprawie przyjęcia Regulaminu
Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych**

Działając na podstawie art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.), uchwała się, co następuje:

§1

1. Przyjmuje się Regulamin Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych.

2. Regulamin, o którym mowa w §1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Traci moc Uchwała nr 19/R-IX/23 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 stycznia 2023 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
dr n. med. **Olga Rostkowska**

Sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
lek. **Marta Moczydłowska**

**OBWIESZCZENIE NR 7/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 12 MARCA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia mandatu
prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej
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 12/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 12 marca 2024 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 12 marca 2024 r. mandatu prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Piotra Pawliszaka.

§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 8/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 12 MARCA 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 14/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie z 12 marca 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 12 marca 2024 r. mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Joachima Budnego.

§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 9/2024/IX OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 12 MARCA 2024 R.

**w sprawie wygaśnięcia mandatu członka
Okręgowej Rady Lekarskiej 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 16/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 12 marca 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 12 marca 2024 r. mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Anny Szarli.

§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**

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 Nielubowicza



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-Kuśtaj

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 Świącicki, 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-Szłaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

©Copyright by OIL w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.



XV OGÓLNOPOLSKI KONKURS POETYCKO-PROZATORSKI „PULS SŁOWA”

Komisja ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
zaprasza do udziału lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski.

Przedstawienie pięciu wierszy lub utworu prozatorskiego o dowolnej tematyce (obejmującego maksymalnie 10 stron maszynopisu) – tylko tego wymaga zgłoszenie się do tegorocznego „Pulsu Słowa”.

Zgłosić do konkursu można tylko utwory literackie wcześniej niepublikowane ani nienagradzane, każdy powinien być opatrzony godłem (słowem lub znakiem pozwalającym na zanonimizowanie zgłoszenia).

Dzieła należy przysyłać do 30 czerwca 2024 r. W przypadku wysyłki tradycyjną pocztą decyduje data stempla pocztowego. Do koperty należy włożyć cztery egzemplarze zgłoszonych utworów oraz dodatkową zaklejoną kopertę zawierającą godło, imię i nazwisko autora, jego adres, numer telefonu oraz e-mail.

Prace mogą być przesłane pod adresem: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Komisja ds. Kultury, 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, lub pod adresem skrzynki e-mailowej: majkazywicka@wp.pl.

Na kopercie lub w tytule e-maila trzeba umieścić dopisek: Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”.

Kapituła przyzna nagrody pieniężne i wyróżnienia. Nagrodzone utwory zostaną opublikowane m.in. w czasopismach patronackich: „Gazecie Lekarskiej”, „Miesięczniku OIL w Warszawie Puls” oraz kwartalniku „Własnym Głosem”.



KOMISJA DS. KULTURY
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE



Szanowne Koleżanki i Koledzy, zwracam się do Was z prośbą o przekazanie darowizny lub 1,5 proc. podatku na moje leczenie onkologiczne. Będę wdzięczna za każde wsparcie.
lek. dent. Ewa Raczmńska-Kaniewska

Fundacja Avalon – Bezpośrednia pomoc niepełnosprawnym (KRS 0000270809)
nr konta: 62 1600 1286 0003 0031 8642 6001, z dopiskiem Raczmńska-Kaniewska 18389

OD MARCA

Nowe usługi dla lekarzy i lekarzy dentyistów 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 na stronie izby



**Ryszard
Tomaszewski**
(1941–2021)

9 listopada 2024 r. minie czwarta rocznica śmierci dr. hab. n. med. Ryszarda Tomaszewskiego, wspaniałego, skromnego, mądrego człowieka.

W każdym towarzystwie budził szacunek, potrafił stworzyć wspaniałą nastrój. Był przyjacielem dla wszystkich, z którymi współpracował, dla młodzieży i kadry naukowej.

Urodził się 14 grudnia 1941 r. niedaleko Augustowa. W Augustowie uczęszczał do liceum, po zdaniu matury w 1961 r. zaczął studia w Akademii Medycznej w Białymstoku. Ukończył je w 1967 r.

Z nauką w liceum w Augustowie związany jest incydent, który zaważył na całej Jego drodze życiowej. Z powodu złej oceny z języka francuskiego musiał powtarzać klasę, a że był niezwykle ambitny, postanowił oprócz francuskiego opanować kilka innych języków obcych: angielski, niemiecki, włoski, hiszpański, rosyjski i łacinę. Opanował je jeszcze przed ukończeniem studiów. Natomiast po zdobyciu dyplomu podjął pracę w Libii i tam nauczył się także języka arabskiego. Uczył się sam, nie uczęszczał na żadne kursy.

W 1965 r. odbył praktykę studencką w Messynie na Sycylii. W 1973 uzyskał tytuł doktora nauk medycznych, trzy lata później otrzymał stypendium rządu francuskiego w dziedzinie kardiologii, które zrealizował w Marsylii. W 1981 r. zdobył specjalizację z interny i kardiologii, a w 1986 habilitował się.

Pracował w Akademii Medycznej w Białymstoku, w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, w Seetouristik w Hamburgu. 17 lat spędził w Afryce – w Zliten w Libii pracował jako kardiolog, był wykładowcą na Uniwersytecie w Oranie (Algieria) i na Madonna University w Elele. W latach 1997–2001 pracował w Hapag-Lloyd.

Praca zawodowa pozwoliła mu poznać najciekawsze rejony świata. Od 2014 r. prowadził wykłady w Wyższej Szkole Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku.

Był autorem około stu publikacji z zakresu kardiologii, antybiotykoterapii i bakteriologii. Wydał cztery książki oraz słownik konwersacyjny w siedmiu językach. Był patriotą. Polska była dla Niego najważniejsza.

Przyjaciel – Tadeusz Wasilewski, chirurg onkolog



Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. Michała Matysiaka

pediatry, hematologa i onkologa dziecięcego
w pełni oddanego najmłodszym pacjentom.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie i Bliskim
składa Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie,
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.



Dr. Robertowi Trzeźniewskiemu wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składa Karol Stępniewski, wiceprezes ORL w Warszawie,
przewodniczący Delegatury Radomskiej,
Katarzyna Karczewska, kierownik Klinicznego Oddziału
Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu MSS,
wraz z zespołem.



Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 29 listopada 2023 r.
odeszła nasza ukochana i niezastąpiona Żona, Mama i Babcia

śp. Irena Olszewska-Telega

wieloletni lekarz laryngolog w Przychodni 1905 r. w Radomiu,
szanowana i kochana przez pacjentów.

O czym zawiadamiają
pograżona w głębokim smutku rodzina i przyjaciele.



Wyrażamy głębokie współczucie
dr Krystynie Wieczorek-Jaworek z powodu śmierci syna

mgr. Macieja Jaworka

który odszedł 27 lutego 2024 r.

Krysi – naszej kochanej przyjaciółce,
wieloletniej solistce Teatryku Lekarzy „Eskulap”,
lekarzowi okuliście, która uczestniczyła społecznie w ponad
4 tys. koncertów w kraju i w Stanach Zjednoczonych,
przekazujemy wyrazy naszej przyjaźni i troski.

Łączymy się z Tobą, Krysiu, w Twoim bólu.
Jerzy Woy-Wojciechowski i przyjaciele z „Eskulapa”



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.

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.**

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.**



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.**



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.



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.**



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.



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).



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



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

Aby przystąpić do ubezpieczenia wejdź na stronę **ins-med.pl**.

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



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

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

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



**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza**

Olga Rostkowska WICEPREZES ORL

Tomasz Imiela WICEPREZES ORL

Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW

Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ

Magdalena Flaga-Luczkiwicz PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Piotr Winciunas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH

Jan Krzysztof Kowalczyk SKARBNIK

Marta Moczydłowska SEKRETARZ ORL

Joanna Pokładnik ZASTĘPCZYNI SEKRETARZA ORL

Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

Elżbieta Latoszek-Banasiak PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22-542-83-48

SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42 | 22-542-83-82 | 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. 660-672-409 | 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



REJESTRACJA BDO



**Z nami sprawnie zarejestrujesz
swoją firmę w BDO**

emka.com.pl/rejestracja-bdo