

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

MAJ 2024 (nr 349)



TEMAT NUMERU:

OTYŁOŚĆ

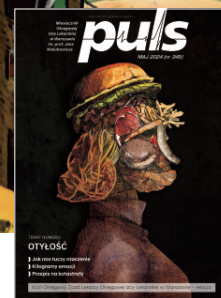
- › Jak nas tuczy otoczenie
- › Kilogramy emocji
- › Przepis na katastrofę

XLVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – relacja

TEMAT NUMERU:

Otyłość

- 6** W zdrowym stylu
rozmowa z Olgą Rostkowską
- 8** Otyłość wymaga leczenia
rozmowa z Mariuszem Wyleżołem
- 12** Bezradność wobec otyłości dzieci
Małgorzata Solecka
- 14** Kilogramy emocji
rozmowa z pacjentką bariatryczną
- 16** Jak nas tuczy otoczenie
Maria Libura
- 18** Przepis na katastrofę
Paweł Walewski
- 20** Śniadanie u Hypothalamusa
Hanna Odziemska
- 22** Otyłość stygmatyzuje...
Maria Libura



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 1** *Panta rhei*
Kamila Hoszcz-Komar
- 2** Jeden samorząd.
Kreatywny. Silny. Skuteczny
Artur Drobnik

OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

- 4** Artur Drobnik nowym prezesem
ORL w Warszawie
Kamila Hoszcz-Komar

SŁOWA NA ZDROWIE

- 11** Otyłość
Jerzy Bralczyk

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

- 24** Koło metaboliczno-dentystyczne
rozmowa
z Mariuszem Mularczykiem

RELACJA Z KONFERENCJI

- 28** Problemy interny na Mazowszu...
Michał Niepytalski

PSYCHIATRIA

- 32** Co robią lub myślą, że robią...
Łukasz Świącicki

REFLEKSJE O EUROPIE

- 34** Polska w trudnych regionalnych
równaniach
Dominik Héj

OPINIE

- 38** Sprawdzam
Małgorzata Solecka

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 39** Jaki dokument
przy stwierdzaniu zgonu
Monika Potocka
- 44** Gala Twórczości Lekarskiej...
Katarzyna Wierzbicka
- 46** Liga Mistrzów OIL w Warszawie
Małgorzata Hnat

PRAWO

- 40** Analiza przypadku
Karolina Podsiady-Gęsikowska
Aleksandra Powierża

PATRONAT OIL W WARSZAWIE

- 50** Książka na receptę
rozmowa
z Wojciechem Feleszką

Panta rhei

ISTOTĄ MATERII JEST PŁYNNOŚĆ. CAŁY WSZECHŚWIAT CIĄGLE SIĘ PORUSZA, CHOĆ NIE KAŻDY JEGO RUCH DOSTRZEGAMY. KONSEKWENCJĄ JEST ZMIANA. ZMIENIAJĄ SIĘ PORY DNIA I ROKU, ZMIENIA SIĘ NASZ ORGANIZM, ORGANIZMY WSZYSTKICH STWORZEŃ I ROŚLIN. ZMIANY CYKLICZNE TOCZĄ SIĘ W MIARĘ JEDNOLITYM TEMPEM, WIĘC SĄ ŁATWIEJSZE DO PRZEWIDZENIA. DAJE TO NAM PRZEKONANIE O KONTROLOWANIU SYTUACJI I POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA. JEDNYM SŁOWEM OTACZA NAS NIEUSTANNY RUCH I NIEUSTANNA ZMIANA, KTÓRA JEST JEGO SKUTKIEM. ZJAWISKO TO PRZED WIEKAMI PODSUMOWAŁ HERAKLIT STWIERDZENIEM *PANTA RHEI*, CZYLI WSZYSTKO PŁYNIJE. DLA ZOBRAZOWANIA ZMIENNOŚCI ŚWIATA UŻYŁ METAFORY RZEKI I TO ON POWIEDZIAŁ, ŻE NIE DA SIĘ WEJŚĆ DWA RAZY DO TEJ SAMEJ RZEKI.

KAMILA HOSZCZ-KOMAR, p.o. redaktor naczelna



Fot. K. Bartyzel

W życiu człowieka także nieustannie zachodzą zmiany, na polu zawodowym, rodzinnym, ale i w nim samym. Dziś zmiana goni zmianę, każda pędzi lewym pasem. Każda też niesie ze sobą niepewność, bo jest czymś nowym. W ludzkiej naturze leży strach przed nieznanym, dlatego zwykle nieufnie podchodzimy do nowego. Do kolejnej zmiany. Czy to słuszne? Na pewno naturalne, ale i logiczne. Bo nigdy nie wiemy, jakie będą skutki zmiany. Od dawna wielu próbuje odpowiedzieć na pytanie, czy każda zmiana jest dobra. Bo przecież zmiana stymuluje, pozwala się rozwijać. Historia pokazuje jednak także inne sytuacje.

Nie tylko natura podlega nieustającym zmianom. Świat korporacji, parlamentów, rządów i innych instytucji, w tym samorządowych, także mierzy się z tym zjawiskiem. To zmiany dla wielu – dla regionów, krajów, określonych środowisk i osób z nimi związanych. Jednak w perspektywie wszechświata są niezauważalne.

Czy zatem należy bać się zmian? Doświadczenie każdego podpowiada inaczej, ale wydaje się, że zmian raczej należy być ciekawym. Przyglądać się im, aby móc odpowiedzieć sobie, czy wyszły nam na dobre. A do tego niezbędny jest czas.

Jeszcze nie ucichły echa wyborów samorządowych w Polsce, wiele mówi się o wynikach wyborów u naszych południowych sąsiadów, a już lekarze zrzeszeni w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie powierzyli stery swojej instytucji nowemu prezesowi, którego witamy na naszych łamach.

W tym numerze rozkładamy także na czynniki pierwsze temat otyłości. Badamy jej przyczyny, konsekwencje, problemy, z jakimi się w związku z nią mierzymy. Wokół tego tematu słowo „zmiana” wręcz krąży i świeci na czerwono. Bo zmiany są potrzebne na wielu płaszczyznach.

A zatem zmiany, zmiany, zmiany. ●



14-16 CZERWCA 2024

VIII MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE

mss.izba-lekarska.pl



Jeden samorząd. Kreatywny. Silny. Skuteczny

ARTUR DROBNIAK, prezes ORL w Warszawie



Fot. P. Kołczyński

ZMIANA SPOSOBU MYŚLENIA: INWESTYCJE ZAMIAST WYDATKÓW

W dzisiejszym społeczeństwie coraz częściej słyszymy o potrzebie zmiany sposobu myślenia, zwłaszcza jeśli chodzi o finanse publiczne. Jako kandydat na prezesa ORL w Warszawie podczas swojej prezentacji podkreślałem, że wydatki nie powinny być postrzegane jedynie jako koszty, ale raczej jako inwestycje, jeśli są przeznaczone na przedsięwzięcia poprawiające sytuację lekarzy w naszym kraju. Chcę, by jak najwięcej środków ze składki wracało bezpośrednio do lekarzy oraz by

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie realizowała politykę wpływu na zmiany prawne regulujące nasz zawód.

BUDŻET PARTYCYPACYJNY „IZBA LOKALNIE”

Jednym z głównych moich postulatów, który zamierzam realizować w ciągu dwóch lat kadencji, jest wprowadzenie budżetu partycypacyjnego dla lekarzy, który nazwałem „Izba lokalnie”. Chcę, by ta innowacyjna forma zaangażowania społecznego umożliwiła lekarzom integrację w ramach ich lokalnej mikrospołeczności. Chcę zaangażować delegatów naszej izby do pracy na rzecz kolegów z okręgów wyborczych w ocenie wniosków do budżetu partycypacyjnego. Zależy mi, by byli ważni dla swoich koleżanek i kolegów, tak jak są ważni dla mnie. Liczę, że lokalna integracja zachęci też jednostki do społecznego działania na rzecz samorządu lekarskiego. Chcę, by realizacja projektu „Izba lokalnie” rozpoczęła się w 2025 r.

KLUB LEKARZA PRZEDSIĘBIORCY

Inicjatywa utworzenia Klubu Lekarza Przedsiębiorcy to kolejny krok ku wsparciu szerokiej grupy lekarzy. Obecnie większość lekarzy to mikroprzedsiębiorcy, sam nim jestem. Rozumiem problemy i potrzeby tej grupy. W naszym programie lekarze otrzymają pomoc w prowadzeniu działalności gospodarczej. Będzie zawierał różne elementy: szkolenia z prowadzenia działalności i księgowości, doradztwo prawne i finansowe, a nawet kredytowe oraz dofinansowanie korzystania z usług księgowych. Chciałbym też co roku organizować konferencję, która będzie okazją wymiany doświadczeń i zdobywania nowej wiedzy z zakresu indywidualnej praktyki lekarskiej. Podczas tych spotkań omawiane będą również nowości w prawie oraz zagadnienia finansowe istotne dla lekarzy przedsiębiorców. Dostępne online vademecum lekarza przedsiębiorcy stanowić będzie cenny zbiór informacji i wskazówek. Wszystkie te działania mają na celu zwiększenie wiedzy i umiejętności lekarzy jako przedsiębiorców, pozyskanie zadowalających dochodów i znalezienie większego *work-life balance*. Chcę, by Klub Lekarza Przedsiębiorcy podjął działanie w 2024 r.

ZESPÓŁ DS. NEGOCJACJI PŁACOWYCH

Nie zamierzam jednak zostawić bez pomocy lekarzy na etatach, często pracujących za najniższe ustawowe wynagrodzenie. Do projektu Zespołu ds. Negocjacji Płacowych chcę włączyć OZZL. Wierzę, że profesjonalni negocjatorzy, którzy będą reprezentować pojedynczych lekarzy i zespoły lekarskie przed przełożonymi i instytucjami publicznymi, skutecznie wynegocjują większe uposażenie lub/i poprawę warunków pracy. Obserwujemy to w innych sektorach gospodarki, dlaczego ma nie zadziałać u nas?

MODERNIZACJA POMOCY PRAWNEJ DLA LEKARZY – LEX DOCTOR

Coraz częściej w pracy spotykają nas sytuacje godzące w bezpieczeństwo wykonywania zawodu w różnych aspektach: postępowania z agresywnym pacjentem, niesprawiedliwego traktowania przez pracodawcę, ryzyka kradzieży intelektualnej. Projekt, który chcę rozwijać, ma zawierać (we wstępnej koncepcji, która będzie rozbudowywana): vademecum postępowania z trudnym pacjentem, poradnik „Najczęstsze problemy prawne lekarzy – pytania i odpowiedzi”, wsparcie dla matek-lekarek – vademecum „Cięża i urlop macierzyński lekarki – korzystaj ze swoich praw”. Ponadto: pomoc prawną w indywidualnych przypadkach (najlepiej udzielaną w ciągu 48 godz. w dni powszednie), ale też rady, jak postępować w przypadku kradzieży własności intelektualnej, o której zbyt rzadko mówimy, oraz w przypadku kradzieży wizerunku, o który martwię się ze względu na rozwój różnych algorytmów sztucznej inteligencji.

Zależy mi, by realizacja tego projektu rozpoczęła się nie później niż na początku 2025 r.

POMOC PSYCHOLOGICZNA

Z powodu nasilania się zjawisk wypalenia zawodowego oraz presji społecznej chciałbym jeszcze mocniej podkreślić rolę profesjonalnej edukacji, która przeciwdziała wypaleniu zawodowemu i stresowi związanemu z naszą pracą. Popularyzacja dostępnej już w izbie pomocy psychologicznej, również dla lekarzy w trudnej sytuacji życiowej, ma dla mnie duże znaczenie. Chcę, by lekarze zawsze wiedzieli, że mogą liczyć na pomoc izby.

LEKARSKIE PRZEDSZKOLE – PROGRAM PILOTAŻOWY

Zamierzam sprawdzić możliwość otwierania izbowych przedszkoli przy dużych placówkach medycznych. Przy WUM, w budynku Fundacji McDonalda, istnieje nieużywane przedszkole. Liczę na to, że uda się nawiązać ścisłą współpracę z najbliższą nam uczelnią, jaką jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, w wielu aspektach, a projekt przedszkola dla pracowników mógłby być jednym z jej elementów.

WZMOCNIENIE PIONU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ, ROZWINIĘCIE BIURA MEDIATORA

Lekarze niechętnie włączają się do pracy w pionie odpowiedzialności zawodowej, obejmującym OROZ i Okręgowy Sąd Lekarski. Nie fascynują ich zagadnienia prawne, a wynagrodzenie za działalność we wspomnianych organach pozostawia wiele do życzenia na tle stawek rynkowych za zawodową pracę. Martwiliśmy się jeszcze niedawno, że działania ministra sprawiedliwości mogą doprowadzić do utraty suwerenności w zakresie orzecznictwa zawodowego. Teraz obawiam się, że orzecznictwo zawodowe wyjdzie z naszych rąk nie dlatego, że ktoś nam je odbierze, ale przez to, że nikt się nim nie będzie chciał zajmować. Aby przeciwdziałać kryzysowi kadrowemu w organach odpowiedzialności zawodowej, proponuję zwiększenie wynagrodzeń oraz organizację całego systemu edukacji mającego na celu znalezienie i wykształcenie lekarzy do pełnienia tych funkcji. W mojej opinii nie należy uważać aktywności w orzecznictwie zawodowym za coś zdrożnego. Możliwość dokonywania uczciwej oceny pracy kolegów, stanie na straży praw nieuczciwie posądzanych oraz karanie tych, którzy na to zasłużyli, ma bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo wykonywania zawodu, szczególnie że obecnie ponawiane są próby pauperyzacji zawodu lekarza. W procesie wzmocnienia pionu odpowiedzialności zawodowej widzę też dużą rolę mediatora. Część spraw nie musi trafiać na wokandę, może być rozwiązana wcześniej, dzięki mediacji między lekarzem a pacjentem. To skuteczne działanie mediatora powinno zmniejszyć liczbę spraw rozpatrywanych przez OSK i OROZ oraz usprawnić pracę tych jednostek.

SYSTEMOWE PROJEKTY

Jeśli chodzi o kluczowe systemowe projekty, podkreślam konieczność wprowadzenia rozwiązań takich jak *no-fault*, estymacji realnego zapotrzebowania na kadry lekarskie oraz walki z pauperyzacją zawodu. Potrzeba nam wpływu na proces transformacji systemu ochrony zdrowia. Widzę też ogromne zagrożenia i zaległości w zakresie bezpieczeństwa danych medycznych. Nie wyobrażam sobie, by lekarze nadal ponosili odpowiedzialność za ten aspekt swojej pracy. Nie zapominajmy o rosnącej roli w medycynie sztucznej inteligencji i innych innowacyjnych rozwiązań. Chcę, by były wprowadzane do systemu w sposób bezpieczny dla nas, lekarzy, i dla pacjentów. Jeśli chodzi o systemowe projekty, zamierzam współdziałać z Naczelną Izbą Lekarską, która ma ustawowe kompetencje w tym zakresie, ponieważ wszystkie okręgowe izby lekarskie i Naczelna Izba Lekarska powinny współpracować jako jeden samorząd.

Jestem człowiekiem z misją i zależy mi na dbaniu o godne oraz bezpieczne wykonywanie zawodu lekarza, a także współtworzenie prawa stanowiącego dla niego ramy. Deklaruję swoje poświęcenie w celu wprowadzenia wielu korzystnych dla środowiska rozwiązań prawnych i organizacyjnych. ●

Artur Drobniaak nowym prezesem ORL w Warszawie

RELACJA Z XLVI OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE IM. PROF. JANA NIELUBOWICZA

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Wniesieniem sztandaru Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz uczczeniem chwilą ciszy pamięci lekarzy i lekarzy dentyistów zmarłych w 2023 r. rozpoczęły się 13 kwietnia obrady XLVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.

Po formalnym wyborze instytucji zjazdowych – przewodniczącego, prezydium i komisji zjazdu – oraz przyjęciu regulaminu głosowano nad zmianą planowanego wcześniej porządku obrad. Zmianę przyjęto i zjazd rozpoczął obrady jako zgromadzenie wyborcze. O funkcję prezesa ubiegali się Artur Drobniaak oraz obecna wiceprezes ORL w Warszawie Olga Rostkowska. **Decyzją delegatów XLVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza nowym prezesem ORL w Warszawie został Artur Drobniaak.** Głosowało 136 lekarzy. Na nowego prezesa oddano 69 głosów, na Olę Rostkowską 62 głosy, a czterech delegatów wstrzymało się od głosu.

Delegaci wyłonili zastępcę okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Sądu Lekarskiego i Okręgowej Rady Lekarskiej.

Anna Szarla objęła stanowisko zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej,

Maria Balcerzak weszła w skład Okręgowej Komisji Rewizyjnej,

Beata Włodarczyk-Mosiołek dołączyła do Okręgowego Sądu Lekarskiego,

Łukasz Jankowski został członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej.

Po zakończeniu obrad przewodniczący zjazdu Łukasz Jankowski zamknął XLVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza jako zgromadzenie wyborcze z powodu braku kworum niezbędego do przeprowadzenia części sprawozdawczej. ●



Fotografie: K. Bieżańska i P. Kołczyk





Fot. M. Zydecki

W zdrowym stylu

SPOSOBY WALKI Z OTYŁOŚCIĄ TO M.IN. PRAWIDŁOWE ODŻYWIANIE, OPTYMALNY SEN, AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA. W TEORII NIE JEST TO SKOMPLIKOWANE, GORZEJ Z PRAKTYKĄ. O WYKORZYSTANIU MEDYCYNY STYLU ŻYCIA W PRACY Z PACJENTAMI, KTÓRA JEST DŁUGOFALOWYM PROCESEM, W ROZMOWIE Z RENATĄ JEZIÓŁKOWSKĄ OPOWIADA **DR N. MED. OLGA ROSTKOWSKA**, WICEPREZES ORL W WARSZAWIE.

Jest pani specjalistką w dziedzinie chorób wewnętrznych, posiada pani certyfikaty z medycyny stylu życia. Rozpocznijmy więc rozmowę od zależności między otyłością a trybem życia.

Otyłość jest bardzo złożoną chorobą. Z jednej strony są czynniki psychologiczne, z drugiej przyzwyczajenia wyniesione z domu, dotyczące m.in. diety i aktywności fizycznej. Bardzo istotna w leczeniu otyłości jest regulacja rytmu dobowego i wypoczynek, bo zaburzenia snu wpływają na nasz „apetyt” na węglowodany, czyli cukry, i na kontrolę pewnych impulsów. U części osób mamy jednak do czynienia z zaburzeniami hormonalnymi, np. na tle predyspozycji genetycznych.

Jakie jest generalnie podejście do medycyny stylu życia? To pewien trend, który dopiero znajduje swoje miejsce w medycynie?

Medycyna stylu życia w swoich podstawach to nic nowego. Taki trend utrzymuje się od dawna. Powtarzamy jak mantrę, że duże znaczenie ma prewencja otyłości, edukacja zdrowotna. Nie jest to zatem nowość, a raczej fundamentalna sentencja leżąca u podstaw medycyny, prezentowana w świeży, nowoczesny sposób. Wracamy do korzeni, odkrywamy na nowo całościowe podej-

ście do zdrowia, ujęcie systemowe. Medycyna stylu życia powinna być obecna w różnych obszarach funkcjonowania społecznego. Łączy się świetnie np. z ochroną środowiska. Pojawia się tu aspekt przeciwdziałania zanieczyszczeniu powietrza, uprawiania sportu, wspierania miejscowej społeczności, która produkuje dla nas warzywa, owoce czy przetwory, i zachęta, by w trosce o zdrowie spożywać to, co jest wytwarzane lokalnie. Warto podkreślić, że ciężar pracy, którą jest dbanie o zdrowie, przesuwają się z lekarza i z systemu na każdego z nas. Każdy z nas jest pacjentem medycyny stylu życia. Czy jest zdrowy, czy chory, młody czy starszy, każdy może w sporym zakresie poprawiać swoje samopoczucie, podejmując codziennie wiele drobnych i poważniejszych decyzji wpływających na zdrowie.

Kluczową rolę odgrywa profilaktyka. Istotne jest kształtowanie nawyków w okresie wczesnego wychowania w domu, potem w szkole. Czy obecnie najmłodsze pokolenie jest świadomie kształtowane w prozdrowotny sposób?

W zakresie prewencji otyłości bardzo ważne są podwaliny, które zbuduje się u dzieci i młodzieży. Niedawno uczestniczyliśmy z kolegą z Prezydium ORL w Warszawie Michałem Matuszewskim w spotkaniu w Ministerstwie Edukacji z podsekretarz Katarzyną Lubnauer. Rozmawialiśmy o planach ministerstwa wprowadzenia do szkoły przedmiotu

wiedza o zdrowiu. Byłby to bardzo istotny element kształtowania nawyków rzutujących na całe życie człowieka! Chcielibyśmy, aby lekcje poświęcane były m.in. wiedzy o zdrowym żywieniu, higienie snu, dbałości o relacje z innymi ludźmi, co też ma niebagatelne znaczenie dla naszego dobrostanu.

Bywa, że wiemy, jak żyć zdrowo, ale trudno nam teorię przekuć w rzeczywiste działania. Jakimi metodami lekarz medycyny stylu życia może trafić do pacjenta, by konsekwentnie stosował się do zaleceń?

Zawsze pytam pacjenta, na zmianach jakich nawyków najbardziej mu zależy. Zaczynamy od anxiety, od określenia priorytetów. Z tego wynika kolejność działań. Jeśli zaczynamy od kwestii żywienia, ustalamy, czy chodzi o redukcję ilości spożywanych słodczy, mięsa, słonych przekąsek. Decydujemy, czym zastąpić te produkty, nigdy nie pozostawiamy po nich próżni.

Szczególnie ważna dla pacjenta jest regulacja snu, bo np. cierpi na bezsenność lub budzi się w nocy, gdyż coś go niepokoi. Stosujemy wtedy metody relaksacyjne, uczymy przygotować sypialnię do wypoczynku. Niektórzy pacjenci dawniej byli aktywni, chodzili na basen, biegali. Później coś się w ich życiu wydarzyło, co odciągnęło od sportu. Ustalamy, czy na to „coś” mamy wpływ, jak na nowo „wmontować” w ich życie

aktywność fizyczną. O lekarzach medycyny stylu życia mówi się, że są coachami zdrowia. Bo to pacjent wykonuje całą pracę, my go tylko ukierunkowujemy i podnosimy na duchu, gdy w swoim dbaniu o siebie potyka się, upada. Każdy ma chwile zwątpienia, ważne, co zrobi dalej. Czasem nawet trzeba wrócić do punktu wyjścia i zastanowić się nad zmianą strategii.

By poznać przyczyny otyłości pacjenta, musimy zebrać dokładny wywiad lekarski, środowiskowy. Istotne jest, z kim mieszka, gdzie pracuje, czym się zajmuje, jak spędza wolny czas, czy ma wsparcie rodziny. Tworzymy „mapę” jego stylu życia. Na tej mapie lub planszy próbujemy przesunąć pewne pionki. Podkreślam: przesunąć, a nie nagle zdejmować z planszy. Nie o to chodzi, by powiedzieć „proszę nie jeść białego pieczywa, proszę nie jeść smażonego mięsa”, i z tym zostawić pacjenta. Musimy wskazać, co w to miejsce ma jeść.

Również nie o to chodzi, by powiedzieć komuś, kto wciąż leży na kanapie i ogląda telewizję, żeby tego nie robił.

Musimy zaproponować w zamian coś atrakcyjnego, najlepiej do wykonywania w fajnym towarzystwie. Należy znaleźć aktywność, którą pacjent zaakceptuje, która zapewni wyrwę po rezygnacji z niezdrowej czynności czy też bezczynności. Ja lubię metodę małych kroków, bo nie każdy jest gotowy z dnia na dzień zmienić swoje życie o 180 stopni. Działamy więc stopniowo, delikatnie. Zaczynamy od małej zmiany, która się umacnia, a z czasem staje nowym nawykiem. Podam własny przykład: dawniej jeździłem rowerem przez cały rok nie było dla mnie oczywiste, wręcz przeciwnie. Na początku stanowiło wyzwanie, ale w pewnym momencie ciało i mózg uznały je za nową normę. Obecnie rower jest moim najczęściej używanym środkiem lokomocji.

Trzeba skutecznie komunikować się z pacjentem, nie oceniać, motywować.

Tak. Przestać straszyć, np.: – *Jak będziesz palić papierosa, umrzesz na raka.*

Mówmy: – *Jak przestaniesz palić, będziesz mieć więcej siły, żeby jeździć rowerem, będziesz mniej się męczyć, wchodząc po schodach, wnosząc zakupy, i jeszcze zaoszczędzisz pieniądze.* Mówmy: – *Przypomnij sobie, jak ci smakowało jedzenie, kiedy nie paliłeś, jak te potrawy pachną.* Pokazujemy pozytywne rezygnacji ze szkodliwych nawyków.

Często pacjent liczy na natychmiastowe efekty. Na „magiczną” pigułkę, zastrzyk, coś co sprawiłoby, że straciłby kilka kilogramów w tydzień.

Musimy przestawić pacjenta na inny tryb myślenia. Aczkolwiek leki są potrzebne w przypadku problemów zdrowotnych skutkujących otyłością. Medycyna stylu życia nie odrzuca leków, które pomagają stracić nadmiar kilogramów. Musi być zachowana synergia. Pacjent biorący leki adekwatne do jego schorzenia, które wspomagają utratę masy ciała, często efekty widzi szybciej, jest zatem dodatkowo zmotywowany, nabiera wiatru w żagle i bardziej dba o odżywianie, trenuje. Leki w przypadku dużej otyłości dają dobry start do walki o redukcję tkanki tłuszczowej, a tym samym o zdrowie. U części osób farmakoterapia jest po prostu niezbędna.

Na ile profilaktyka i prowadzenie zdrowego trybu życia mogą zastąpić leki?

Metody powinny się uzupełniać. Wiele zależy od stadium otyłości. Z zasady zaczynamy od pracy z narzędziami niefarmakologicznymi. Istotne jest indywidualne podejście do każdego pacjenta, jego historia medyczna i dotychczas stosowane sposoby redukcji masy ciała. Idealnie byłoby pracować w uzupełniającym się zespole. W takim idealnym centrum leczenia otyłości mielibyśmy psychologa, dietetyka, fizjoterapeutę. Bardzo ważny jest aspekt psychologiczny. Duża część problemów, sposób podejścia do aktywności i żywienia, jest w głowie. Wiele osób zajada stres. W walce z otyłością jest podobnie, jak z przygotowywaniem zawodnika do igrzysk – potrzebny jest sztab fachowców, wsparcie otoczenia, rodziny.

Czy środowisko lekarskie jest otwarte na medycynę stylu życia?

Spotykam się z zaciekawieniem i dobrym odbiorem. Koledzy zapewne zdają sobie sprawę, jak trudno zmienić komuś styl życia. Każdy z nas ma lub miał nawyki, z których trudno zrezygnować. Wielu lekarzy np. pali papierosa, chociaż wiedzą doskonale, czym to skutkuje. Ale w ten sposób reagują na stres w pracy i przeciążenie. Starajmy się wykorzystywać nasze własne trudności do zrozumienia zachowań pacjentów.

A jak jest z innymi specjalistami i rekomendowaniem przez nich pacjentom medycyny stylu życia?

Zazwyczaj lekarz nie ma wystarczająco dużo czasu dla pacjenta. Konsultacja dotycząca stylu życia jest inna, standardowo trwa kilkadziesiąt minut. Mnie jednak zdarza się w ramach pierwszej wizyty spędzić z pacjentem półtorej godziny. Musimy przecież dobrze się poznać. Gdy zadając pytania, otwieramy jakieś drzwi, należy przejść przez korytarz, w którym są kolejne drzwi. To specyficzny, bliski rodzaj relacji z pacjentem. Interesujemy się też jego sytuacją rodzinną, sytuacją w pracy. Część moich pacjentów ma problemy w sferze osobistej lub zawodowej, stąd ich kłopoty ze zdrowiem. Wówczas proszę o wsparcie psychologiczne dla takiej osoby. Ważni są też przyjaciele, czyli rodzina, którą sami wybieramy.

Jakiej specjalności lekarze stosują medycynę stylu życia jako dodatek podczas wizyty?

Medycyna stylu życia świetnie komponuje się z medycyną rodzinną i całą interną, w tym kardiologią. Trudno jednak wymagać od wszystkich lekarzy, żeby prowadzili całą rozbudowaną diagnostykę behawioralną, pogłębiony wywiad i dialog motywujący z pacjentem umówionym na 15-minutową wizytę. Czasem można tylko przemycić różne „sztuczki”. Uświadomić, że np. picie soku pomarańczowego nie jest równe zjedzeniu całej pomarańczy, bo nieprzetworzony owoc jest bardziej wartościowy. Kilka sekund, a dla pacjenta może to być ważny krok w podejściu do żywienia. ●



Fot. K. Biezańsko

Otyłość wymaga leczenia

CORAZ WIĘCEJ OSÓB W POLSCE CHORUJE NA OTYŁOŚĆ. O WŁAŚCIWYM POSTRZEGANIU TEJ GRUPY PACJENTÓW, POPRAWNEJ KOMUNIKACJI Z NIMI, A TAKŻE METODACH LECZENIA MÓWI **DR HAB. N. MED. MARIUSZ WYLEŻOŁ**, KIEROWNIK WARSZAWSKIEGO CENTRUM KOMPLEKSOWEGO LECZENIA OTYŁOŚCI I CHIRURGII BARIATRYCZNEJ W SZPITALU CZERNIAKOWSKIM, PREZES-ELEKT POLSKIEGO TOWARZYSTWA LECZENIA OTYŁOŚCI, W ROZMOWIE Z ANETTĄ CHĘCIŃSKĄ.

Według danych NIK 9 mln osób w Polsce choruje na otyłość. Czy system ochrony zdrowia jest przygotowany na tak ogromną grupę pacjentów?

Oni nie pojawili się nagle i nie wiadomo skąd. My, członkowie Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, mówimy o rosnącej liczbie chorych na otyłość od lat. Od

dawna podkreślamy, że te liczby idą w miliony. Ale powiedzmy szczerze, są to głosy lekceważone. A system opieki zdrowotnej nie widzi tej grupy chorych.

Jak często lekarze diagnozują chorobę otyłościową?

Rozpoznanie choroby oznacza konieczność jej leczenia. Jeżeli lekarz rozpoznaje nadciśnienie, nie pozwoli chore-

mu wyjść z gabinetu bez leków. Jeżeli podejrzewa chorobę nowotworową, zaleci dalszą diagnostykę, a kiedy otrzyma rozpoznanie, wdroży leczenie onkologiczne. Zaniechanie terapii będzie bowiem błędem w sztuce lekarskiej. Tymczasem chorujący na otyłość, nawet w zaawansowanej postaci, często wychodzą od lekarza bez formalnie postawionego rozpoznania i zaleceń dotyczących leczenia. W gabinecie

słyszają „*jest pan zbyt tęgi*”, „*za dużo pani waży*”, „*trzeba coś z tym zrobić*”. Czy w przypadku innych chorób zdarza się, żeby lekarz wydawał takie zalecenie? Czy pacjentka chorująca na nadciśnienie tętnicze, która ma trachykardię, usłyszy od lekarza: „*niech pani coś ze sobą zrobi*”, „*niech pani się uspokoi*”? Oczywiście, nie. Chorzy na otyłość, niestety, nadal słyszą to nagminnie.

Pacjenci z chorobą otyłościową trafiają do różnych specjalistów, np. kardiologa, diabetologa. Zgłaszają się w wyniku powikłań choroby.

Brakuje ośrodków przeznaczonych do leczenia pacjentów chorujących na otyłość. Brakuje poradni leczenia otyłości. Chorzy, chcąc ratować swoje zdrowie i życie, korzystają z usług takich placówek, które istnieją. Jeżeli u pacjenta otyłość doprowadziła do rozwoju cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, zmian zwyrodnieniowych stawów, szuka pomocy w poradni diabetologicznej, hipertensjologicznej, ortopedycznej itd. I od wszystkich specjalistów wychodzi z lekami i zaleceniami, które mogą być sprzeczne.

Zatem o chorobie otyłościowej i jej skutkach powinno się z pacjentem rozmawiać już w gabinecie lekarza rodzinnego?

Jak najbardziej. Na szczęście zainteresowanie lekarzy rodzinnych chorobą otyłościową, jej rozpoznawaniem i leczeniem rośnie. W tym środowisku postęp w zakresie wiedzy o otyłości jest chyba najlepiej widoczny. Zapewne w wyniku ścisłej współpracy między Polskim Towarzystwem Leczenia Otyłości a Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej.

Jak wielu pacjentów trafia na leczenie bariatryczne?

Zbyt mało. I nie tylko w Polsce. Szacuje się, że na świecie chirurgicznemu leczeniu otyłości jest poddawanych około 1 proc. chorych ze wskazaniem do tego rodzaju terapii. Wyniki badań naukowych wyraźnie wskazują, że u pacjentów

Chory, który nieustannie odczuwa głód, ma chorobliwy pęd do jedzenia, gdy słyszy: – *Jest pan za gruby, trzeba zmniejszyć żołądek, jest przerażony, że nie będzie mógł jeść.*

z otyłością olbrzymią, którzy nie są poddani leczeniu chirurgicznemu, ryzyko zgonu w wyniku powikłań otyłości w obserwacjach odległych jest o kilkadziesiąt procent wyższe, niż w przypadku chorych, którzy są leczeni bariatrycznie. Jeśli nie kierujemy pacjentów na leczenie operacyjne, obciążamy system kosztami leczenia powikłań, a chorych skazujemy na obniżenie jakości życia, kalectwo, przedwczesną śmierć.

Zatem dlaczego nie jest to metoda częściej stosowana?

Chory, który nieustannie odczuwa głód, ma chorobliwy pęd do jedzenia, gdy słyszy: – *Jest pan za gruby, trzeba zmniejszyć żołądek, jest przerażony, że nie będzie mógł jeść.* Taka narracja jest niezgodna zarówno z rzeczywistym zagrożeniem wynikającym z choroby otyłościowej, jak i istotą proponowanego leczenia chirurgicznego, którego celem jest naprawa zaburzonych mechanizmów neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów, a przede wszystkim uratowanie życia chorego. Tymczasem po takiej niewłaściwej narracji, jaką przedstawiłem wcześniej, pacjenci mają liczne obawy i wielu nie poddaje się leczeniu. Dlatego ważny jest rzetelny przekaz i wyjaśnienie pacjentowi, na czym polega zabieg i dlaczego się go wykonuje.

Jaki jest wiek osób operowanych?

Średnia ich wieku wynosi około 40–45 lat. Są osoby bardzo młode i dużo starsze. Nie zajmują się leczeniem dzieci chorujących na otyłość, ale w szczególnych przypadkach zabiegi bariatryczne wykonuje się u pacjentów również z tej grupy wiekowej.

Wspomniał pan o obawach chorych. Jak przygotować ich do operacji?

Rzetelna diagnostyka i ocena stanu zdrowia pacjenta przed przystąpieniem do leczenia chirurgicznego otyłości jest

jednym z kluczowych elementów bezpieczeństwa okołoperacyjnego. Możemy mieć chorego z BMI 40 j., ale również z BMI 70 j. Inne warunki operacyjne występują w przypadku otyłości biodrowo-udowej, a zdecydowanie trudniejsze w przypadku otyłości brzusznej. Musimy wiedzieć, czy operujemy chorego, u którego rozwinęło się np. nadciśnienie tętnicze i czy ono jest dobrze kontrolowane. Czy kontrolowana jest cukrzyca, czy choroba otyłościowa nie wpłynęła negatywnie na układ oddechowy i sercowo-naczyniowy. Duże znaczenie ma przedoperacyjna redukcja masy ciała. Często słyszę, że w ten sposób chcemy sprawdzić, czy pacjent ma motywację do zmiany swojego życia po operacji. Nieprawda! Celem przedoperacyjnej redukcji masy ciała jest zmniejszenie ryzyka związanego z operacją i powikłań okołoperacyjnych we wczesnym okresie po zabiegu. Naszym pacjentom potrzebna jest również wiedza o żywieniu się, aby mogli stosować odpowiednią dietę, a także wsparcie psychologiczne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Skala dewastacji emocjonalnej u chorych na otyłość w obliczu powszechnej dyskryminacji i stygmatyzacji, z którą się spotykają, jest tak duża, że nie radzą sobie z chorobą i często się poddają. Potrzebne jest również właściwe przygotowanie pacjenta pod względem wydolności organizmu z pomocą fizjoterapeuty.

Po operacji pacjent powraca do domu. Jakie ma możliwości dalszego leczenia?

W ramach programu KOS-BAR (kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej) chory ma zapewnioną bariatryczną opiekę specjalistyczną do 12 miesięcy od daty wypisu. Poza programem – najczęściej w poradni chirurgicznej ośrodka, w którym był poddawany leczeniu chirurgicznemu. Wielu pacjentów, niestety, rezygnuje z regularnych wizyt mających na celu ocenę stanu zdrowia w okresie pooperacyjnym. Zdarza się, że nie przychodzą na kontrolę przez wiele miesięcy, a nawet lat i nagle wracają z bardzo zaawansowaną postacią niedoborów żywieniowych, którym można było zapobiec. ►►

► Realizacja programu KOS-BAR kończy się w tym roku. Co dalej?

We wrześniu 2023 r. zakończona została kwalifikacja pacjentów do operacji, a w grudniu wykonaliśmy ostatnie zabiegi. Do grudnia 2024 będziemy się opiekować chorymi operowanymi w roku ubiegłym. W środowisku zajmującym się chirurgią bariatryczną zdawaliśmy sobie sprawę, że KOS-BAR to program pilotażowy, ale chyba nikt nie przypuszczał, że nie będzie kontynuowany. Chwałą program ci, którzy go realizują, chwałą pacjenci. Pochlebne opinie słyszałem również od organizatorów systemu ochrony zdrowia. Dopracowaliśmy pewne kwestie. To były drobne zmiany i program mógłby być realizowany z korzyścią dla chorych. Podkreślam, że nie służył udowodnieniu roli chirurgicznego leczenia otyłości. Dzięki tysiącom wcześniejszych badań w Polsce i na świecie doskonale wiemy, że jest to metoda ratująca zdrowie i życie ludzkie. Natomiast program dawał możliwość efektywnego wykorzystania zasobów finansowych i organizacyjnych systemu ochrony zdrowia w opiece nad chorymi na otyłość. Zadaniem zakładu leczniczego było zorganizowanie jak najbardziej efektywnej opieki. I to się sprawdzało, a o założenia programu pytali nas również koledzy z zagranicy. Niestety, mimo tak wielu pozytywnych recenzji nie będzie kontynuowany.

Jakie jest uzasadnienie?

Może trochę naiwnie sobie tłumacząc, że Ministerstwo Zdrowia w tej chwili ma

wiele innych spraw, które nie pozwalają zająć się kwestią chirurgicznego leczenia otyłości. Bo przecież inne argumenty są za. Od początku założono, że program będzie finansowany ze środków z tzw. podatku cukrowego. Tych środków jest sporo. A metoda leczenia sprawdzona, przynosi pozytywne efekty terapeutyczne, ekonomiczne i społeczne.

W planach jest program KOS-BMI 30 Plus.

Miejmy nadzieję, że w najbliższym czasie będzie realizowany. Jednak nie obejmuje leczenia bariatrycznego.

Pacjenci chorujący na otyłość sięgają również po środki farmakologiczne.

Leczenie choroby otyłościowej opiera się na dwóch kluczowych filarach: farmakoterapii i/lub chirurgii bariatrycznej z uwzględnieniem edukacji żywieniowej, wsparcia emocjonalnego i rehabilitacji. Wprowadzenie leków do leczenia otyłości (to zresztą przełom z ostatnich lat) po części wypaczyło podejście do terapii. Bywa, że dochodzi do patologii. Leki przyjmują osoby bez wskazań do leczenia choroby otyłościowej, bez wizyty u lekarza. Zdalnie uzyskują receptę na lek i decydują się na jego stosowanie, co może doprowadzić do bardzo poważnych konsekwencji zdrowotnych. Mając świadomość, że otyłość jest chorobą przewlekłą, powinniśmy stosować leki długotrwałe, a nie doraźnie, np. przed weselem koleżanki czy przed wakacjami.

Co należałoby zmienić w systemie, aby skala otyłości w Polsce była mniejsza?

Oddzielić leczenie od profilaktyki. Często mamy do czynienia z chorobą otyłościową o podłożu endogennym, niezależną od czynników zewnętrznych. Ale też wiele przypadków jest związanych ze spożywaniem tego, co dostarcza przymysł spożywczy, i stylem naszego życia. Jednak jestem daleki od obarczania winą za rozwój choroby otyłościowej w takich przypadkach chorego. Raczej mówmy o zbiorowej odpowiedzialności całego społeczeństwa. Nie włożyliśmy żadnego wysiłku w zadbanie o nasze bezpieczeństwo żywieniowe, a są instytucje państwowe, które powinny w tym zakresie działać. Wciąż nie doczekaliśmy się systemu znakowania żywności, który byłby prosty i zrozumiały. Nie drobne cyferki, literki z tyłu opakowania, których nie można odczytać. Żywność jest dzisiaj zapakowana, kupujemy obrazki, a nie zawartość. Podobnie z aktywnością fizyczną. Siedzący tryb pracy nam nie sprzyja, a nie każdy ma czas, możliwości, aby dbać o kondycję fizyczną, prawidłowe żywienie. Potrzebne jest całościowe spojrzenie i zmiana stylu życia.

Zwraca pan uwagę na sposób mówienia o otyłości. Jaki jest właściwy?

Często używamy do opisywania schorzenia, jakim jest otyłość, języka, który nie ma nic wspólnego z medycyną, z chorobą. Powielamy sformułowania, opinie, które mogą być dla osoby chorującej na otyłość krzywdzące, a słowa – obraźliwe. Taka dyskryminacja słowna zdarza się niestety również w gabinecie lekarskim. Trzeba to zmienić. ●

JEDNAK BĘDZIE ZMIANA

17 kwietnia na stronie Rządowego Centrum Legislacji opublikowano projekt rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. Pilotaż ma potrwać do 30 czerwca 2026 r.

ach



Fot. licencja OIL w Warszawie

Otyłość

RZECZOWNIK OTYŁOŚĆ WYWODZI SIĘ OD PRZYMIOTNIKA OTYŁY, KTÓRY JEST DAWNĄ FORMĄ IMIESŁOWOWĄ CZASOWNIKA OTYĆ, JAK CZUŁY BYŁ FORMĄ CZUĆ, BYŁY FORMĄ BYĆ, A MIŁY – BYĆ MOŻE – MIJAĆ. TYLE ŻE DZIŚ CZASOWNIK OTYĆ RZADKO WYSTĘPUJE I NIE BARDZO WIEMY, CO MÓGŁBY OZNACZAĆ. MAMY UTYĆ, PRZYTYĆ, NAWET OD BIEDY (CHOĆ NIE OD PRAWDZIWEJ BIEDY) ZATYĆ (SIĘ), ALE OTYĆ? CHYBA JAKOŚ TAK PRZYTYĆ DOOKOŁA...

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Sa też inne przymiotniki odimiesłowowe znaczeniowo podobne do *otyłego*, ale mocniej i mniej sympatycznie brzmiące: *opasty* i *spasty*. Oprócz tego jest wiele innych określeń ludzi *grubych* i *tlustych*. Interesujące, że np. *grubasów* i *tlusćciochów* spotykamy często, natomiast stosunkowo rzadko pojawia się *grubaska* czy *tlusćcioszka*, a i w tych przypadkach przyrostek *-ka* skłonni jesteśmy interpretować nie tylko jako żeński, ale chyba głównie jako dość miło zdrabniająca, tak jak w męskich formach *grubasek* i *tlusćcioszek*. Jest też wyjątkowo nieprzyjemny *spasłak*, a *spasłaczk* brak. Może to męska elegancja językowa? O kobietach z kolei mówi się czasem eufemistycznie *pulchna* lub *puszysta* – te przymiotniki znów do mężczyzn mniej pasują. Mamy też w sumie z pochodzenia przynajmniej apetyczne określenia, takie jak *baleron*, *salceson*, *serdelek*, *klops*, *pulpecik* – i one też raczej do kobiet i dziewcząt się odnoszą. Tu jednak mało prawdopodobne, by panie, zwykle młode (bo o nich tak się mówi) lubiły je w odniesieniu do siebie.

Prasłowiański czasownik *tyti*, znaczący pierwotnie ‘tuczyć się’, dalej ‘tyć’, pochodził od praindoeuropejskiego rdzenia *teu-/tu-*, co najpierw znaczyło ‘nabrzmiwiać, puchnąć’, ale miało też np. kontynuację w staroindyjskim *tuya* – silny. Siła u nas bywa nazywana *tężyzną*, co związane jest z przymiotnikiem *tęgi*, a *tęgi* to nie tylko ‘silny, mocny’, czasem ‘potężny’ (też językowy kuzyn), ale i ‘gruby’, tylko mniej wyraźnie, grzeczniej nazwany. Sam przymiotnik *gruby* ma zresztą wiele znaczeń, *grubo* powyżej przeciętnej.

Natomiast przymiotnik *otyły* brzmi poważnie, a także nieco groźnie. To też sprawa często

pojawiającego się rzeczownika *otyłość*, który w diagnozie jawi się jako nazwa choroby. Przymiotnik *otyły* w słowniku zwanym wileńskim z połowy XIX w. to tyle co „mający dużo ciała, brzuchaty”. Pierwsza część daje tutaj odniesienie niemal pozytywne, ale druga już zdecydowanie nie. Pół wieku później inny słownik, zwany warszawskim, podaje wiele synonimów: *otyły* to ten, „który otył, pełny, mający dużo ciała, opasty, wypasiony, spasty, spasiony, gruby, tlusty, pękaty, brzuchaty”. Od *pełnego* do *brzuchatego* spora odległość. I znaczna przewaga określeń mało przyjemnych.

Otyłość łączymy raczej z wyglądem, mało z wagą, a już zupełnie nie z siłą. Sami o swojej otyłości wolelibyśmy z dwojgą złego zapewne myśleć jako o nadwadze, tym bardziej że i przedrostek *nad-* częściej się w naszej świadomości łączy z czymś *nad*, *ponad*, więc dobrym (dużo gorszym niż *pod*), a i rzeczownik *waga* ma wiele pozytywnych, by tak rzec: *ważnych*, odniesień. Ma swoją *wagę*. Rzecz jasna rozumiemy, że *nadwaga* to niedobrze, podobnie jak *nadwrażliwość*, *nadpobudliwość* czy *nadgorliwość*, ale znajomość znaczenia i skojarzenia różnymi chodzą drogami. A *otyłość* daje tylko negatywne skojarzenia... Same *tyły*, można powiedzieć.

W języku eufemizacja pozwala osłabić negatywne wrażenia, co czasem lubimy, gdy łagodzi nasze błędy i niedostatki. Ale w sumie chyba częściej szkodzi, oszukuje i daje złudzenia. I tak, mimo całej politycznej poprawności, jako stary wolę się nazywać *starym*, nie *młodym inaczej*, *seniorem*, i jako gruby – *grubym*, albo, gdy mówi o mnie do mnie specjalista – *otyłym*. A nie jakimś tam *tęgim* czy, nie дай Боже, *puszystym*... ●

Bezradność wobec otyłości dzieci

CZY WEGE PIĄTKI W WARSZAWSKICH SZKOŁACH POMOGŁYBY W WALCE Z EPIDEMIĄ OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY? POMYŚL JEDNEGO Z KANDYDATÓW NA URZĄD PREZYDENTA STOLICY MOŻNA BY SKWITOWAĆ IRONICZNIE, GDYBY PROBLEM NIE BYŁ ŚMIERTELNIE POWAŻNY. A W ZASADZIE DWA PROBLEMY: TEMPO, W JAKIM W POLSCE PRZYBYWA OTYŁYCH DZIECI I NASTOLATKÓW, ORAZ TRWAJĄCY OD LAT CHOCHOLI TANIEC WOKÓŁ TEGO ZJAWISKA.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot.: K. Bartyzel

Tobiasz Bocheński, bo o kandydacie PiS mowa, zarzekł się, że sam wegetarianinem ani weganinem nie jest (może warto przypomnieć, że politycy PiS modę na wegetarianizm przyjmują z dużym dystansem), ale dzięki pomysłowi bezmięsnych piątków w szkołach chciałby rozbudzić zainteresowanie różnorodnością diety i zwrócić uwagę, że białko – potrzebne do zdrowego rozwoju młodych organizmów – można czerpać z różnych źródeł. Eksperti do pomysłu Bocheńskiego podeszli z takim dystansem, jak PiS do diety wegetariańskiej. Podkreślali zbieżność pomysłu na piątkowe posiłki z religijnymi zasadami (katolicy powinni przestrzegać w ten dzień postu i powstrzymać się od posiłków mięsnych), ale przede wszystkim to, że przemodelowania wymaga całość żywienia uczniów w placówkach opiekuńczych i edukacyjnych, a spożywanie mięsa jest tylko jednym (i na pewno nie najważniejszym) powodem narastającego problemu z nadwagą i otyłością.

Z badania, przeprowadzonego w latach 2022–2023 przez Warszawski Uniwersytet Medyczny na zlecenie samorządu województwa mazowieckiego, wynika, że z problemem nadwagi i otyłości zmagają się co piąty niepełnoletni mieszkaniec Mazowsza. W szkołach podstawowych 10,4 proc. uczniów boryka się z nadwagą, a 9,4 proc. z otyłością. W szkołach ponadpodstawowych co ósmy uczeń ma nadwagę (12,5 proc.), nieco ponad 7 proc. uczniów jest zaś otyłych.

Badanie obejmowało nie tylko „zmierzenie” skali problemu, ale również identyfikację przyczyn zbyt wysokiej masy ciała dzieci i młodzieży. Wyniki może nie są zaskakujące, ale niewątpliwie dostarczają istotnych informacji.

Podstawowym problemem jest dieta. Dzieci przyjmują za małą liczbę posiłków dziennie, pomijają śniadanie i często sięgają po produkty o niekorzystnym wpływie na organizm. Co dziesiąte dziecko je zaledwie jeden lub dwa posiłki w ciągu dnia. Codzienne spożywanie śniadań zadeklarowała tylko połowa uczniów, co czwarty nie jada śniadań w ogóle. Ponad połowa badanych nie spożywa owoców i warzyw. Dzieci i młodzież jedzą dużo mięsa (czerwonego i przetworzonego, w postaci wędlin, np. parówek), nie jedzą natomiast ryb. 10 proc. badanych nie spożywa ich wcale, połowa je, ale maksymalnie trzy razy w miesiącu. Spożywanie zalecanej porcji (dwa razy w tygodniu) deklarowało niespełna 8 proc. uczniów. Jedzą też zdecydowanie za mało kasz, pestek, orzechów, pieczywa pełnoziarnistego.

Ogromnym problemem są fast foody i słone lub słodkie przekąski. 17 proc. uczniów szkół podstawowych i 10 proc. ze szkół ponadpodstawowych zadeklarowało, że codziennie, i to niekiedy więcej niż raz, sięgają po paluszki, krakersy, chipsy itp. Słodczyce raz dziennie lub częściej je co trzeci uczeń podstawówki i co czwarty szkoły ponadpodstawowej. Słodzone napoje

są wybierane kilka razy w tygodniu lub rzadziej przez około 80 proc. uczniów. Około 10 proc. niepełnoletnich sięga po jedzenie fast food kilka razy w tygodniu lub wręcz codziennie, 80 proc. stwierdziło, że robi to maksymalnie raz w tygodniu.

Oprócz diety kłopot dzieci i młodzieży stanowi aktywność fizyczna – jej niedostateczna ilość lub wręcz brak, co wynika z „przywiązania” do urządzeń elektronicznych. Około 40 proc. młodszych i co trzeci starszy uczeń siedzi przed komputerem mniej niż dwie godziny, 6–8 proc. – powyżej 8 godzin. Z telefonem spędza dziennie 2–4 godzin jedna trzecia uczniów, tyle samo 4–6 godzin dziennie, a co dziesiąty badany 8 i więcej godzin dziennie!

W celu poprawy sytuacji samorząd województwa podejmuje realizację programów promocji aktywności fizycznej („Mazowsze dla sportu”), ale przede wszystkim – edukacji w zakresie żywienia, skierowanej zarówno do młodszych, jak i dorosłych mieszkańców regionu, również do placówek edukacyjnych (przykładem jest kampania „Talerz pełen zdrowia”, w ramach której zaplanowano lekcje na temat zdrowego żywienia i właściwych nawyków żywieniowych).

Inicjatywy samorządów i organizacji pozarządowych są tym bardziej cenne, że na szczeblu centralnym – rządowym – można mówić o pewnym impasie. Choćby kwestia lekcji o zdrowiu. Wprowadzenia do szkół podstawowych i ponadpodstawowych odrębnego przedmiotu eksperci domagają się już od kilku lat. Na początku roku w tej sprawie zwrócił się do ministra edukacji rzecznik praw pacjenta, apelowały również organizacje pacjentów. Na razie jednak wiadomo, że osobnego przedmiotu nie będzie, choć elementy wiedzy o zdrowiu być może pojawią się w podstawie programowej innych przedmiotów w następnym roku szkolnym. Od kolejnego roku zaś ma być wprowadzona odrębna podstawa programowa, obejmująca edukację zdrowotną (wraz z edukacją seksualną). Wielu ekspertów nie godzi się jednak na takie rozwiązanie, nieustępliwie przypominając, że deklaracje ugrupowań, które w tej chwili tworzą rząd, w sprawie edukacji zdrowotnej były diametralnie inne.

W zawieszeniu pozostaje również międzyresortowa strategia działań na rzecz zdrowia dzieci, której założenia przygotowano jeszcze w 2023 r. Dokument jest, ale przed wyborami żadna decyzja nie została podjęta i trudno się spodziewać, by następcy przyjęli go za własny. Warto jednak odnotować, że kwestie związane ze zdrowym stylem życia (żywieniem i aktywnością fizyczną przede wszystkim) znalazły się w nim na pierwszym miejscu. Ekspertki zarekomendowali m.in.: prowadzenie „kompleksowych działań na rzecz przeciwdziałania wadom postawy oraz niedostatecznej aktywności ruchowej dzieci i młodzieży” – poszerzenie oferty pozalekcyjnych zajęć ruchowych, promowanie aktywnego spędzania przerw między lekcjami, poprawę poziomu zajęć wychowania fizycznego, a także zmianę sposobu oceniania na lekcjach WF (dążenie do oceniania osobistych osiągnięć ucznia, a nie wyniku sportowego, ocenę zaangażowania czy wreszcie

wprowadzenie oceny opisowej z lekcji WF), działania na rzecz zmniejszenia liczby zwolnień z WF.

W ramach edukacji zdrowotnej w zakresie żywienia autorzy strategii położyli nacisk m.in. na poprawę jakości i organizacji żywienia w placówkach edukacyjnych: zmianę organizacji przerw międzylekcyjnych w sposób umożliwiający uczniom spożycie posiłku w szkole oraz wzmocnienie kontroli zgodności asortymentu produktów spożywczych udostępnianych w automatach oraz zapobieganie niedożywieniu (co jest szczególnie istotne w kontekście deklarowanej przez wielu uczniów zbyt małej liczby posiłków spożywanych dziennie).

Jest też w założeniach wspomnianej strategii mowa o leczeniu. Czytamy więc o programie pilotażowym kompleksowego leczenia otyłości u dzieci i młodzieży, ale też o „ograniczeniu ekspozycji na reklamy żywności skierowanej do dzieci i młodzieży” i „ograniczeniu dostępności fizycznej żywności niezalecanej do spożycia, rzetelnym monitorowaniu dostępności produktów w sklepikach szkolnych i automatach na terenie szkoły oraz ewentualnych zmianach w tzw. rozporządzeniu sklepikowym”. Rozporządzenie to – o czym niestannie przypomina senator Beata Małecka-Libera, która w 2015 r. jako pełnomocnik rządu ds. ustawy o zdrowiu publicznym przygotowała pierwszą wersję dokumentu – zostało „poprawione” po wyborach w 2015 r. w ten sposób, że straciło niemal zupełnie na znaczeniu. ●

PROBLEM OTYŁOŚCI I NADWAGI DOTYCZY 10 PROC. DZIECI I MŁODZIEŻY NA ŚWIECIE – wynika z prognoz WHO.

Wśród głównych przyczyn otyłości nastolatków w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia wymieniono:

- spożywanie posiłków typu fast food i picie słodzonych napojów (co piąty młody człowiek przyznaje się ich picia każdego dnia);
- zbyt małą ilość warzyw i owoców w codziennej diecie;
- brak aktywności fizycznej. Tylko 15 proc. młodych Europejki jest aktywnych, wśród chłopców odsetek ten sięga 25 proc. Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży spada z wiekiem. Tymczasem zgodnie z zaleceniami WHO właściwy poziom aktywności to 60 min umiarkowanego wysiłku fizycznego każdego dnia;
- siedzący tryb życia. Ponad 80 proc. 15-letnich chłopców i 70 proc. dziewczynek spędza przed komputerem ponad 2 godziny dziennie.

Badania dowodzą, że większość młodych ludzi nie wyrasta z problemu otyłości. Czterech na pięciu otyłych nastolatków będzie miało problemy z wagą w wieku dorosłym.



Kilogramy emocji

Fot. licencja OLL w Warszawie

PACJENT Z OTYŁOŚCIĄ CZUJE SIĘ OSAMOTNIONY, WALCZY Z SAMYM SOBĄ, LECZ TAKŻE Z KRYTYCZNYMI SPOJRZENIAMI I OCENAMI OTOCZENIA. O TYM, JAK POTRZEBNE JEST WSPARCIE LEKARZY, BLISKICH I OSÓB W PODOBNEJ SYTUACJI, OPOWIADA RENACIE JEZIÓŁKOWSKIEJ PANI MARTA, PACJENTKA BARIATRYCZNA, KTÓRA POMAGA INNYM, ALE I SAMA KORZYSTA Z TAKIEJ POMOCY.

Ile pani schudła po operacji bariatrycznej?

Oczywiście, mogę odpowiedzieć na to pytanie, tyle że w bariatrii kilogramy są najmniej istotnym wskaźnikiem. Osoba chorująca na otyłość gubi je przy okazji zmiany stylu życia. Osiągnięciem nie jest liczba zredukowanych kilogramów, ale szansa na odzyskanie zdrowia. Badania dowodzą, w jak dużym stopniu po zmniejszeniu masy ciała u chorego wycofują się choroby współistniejące, np. nadciśnienie, cukrzyca typu 2. Jak zmniejsza się liczba tabletek połykanych każdego dnia, jak pacjenci tracący już pierwsze kilogramy po operacji są pełni energii, motywacji, wiary w siebie, chęci życia, wychodzą z domu do ludzi. To jest według mnie najważniejszy efekt operacji bariatrycznych. Zredukowałam masę ciała o 50 proc. – z otyłości olbrzymiej do wagi prawidłowej. Ale każdy pacjent jest inny, obciążony różnymi choroba-

mi współistniejącymi, z własną historią dietetyczną. Najgorsze dla osoby po operacji bariatrycznej jest porównywanie się z innymi. To bywa bardzo demotywujące. Pacjenci oglądają, szczególnie w social mediach, spektakularne efekty zabiegu. Bardzo często jednak influencerzy bariatryczni działają przez rok czy dwa, pokazują tylko jasne strony i piękne momenty, zakupy nowych ubrań w rozmiarze 38, skoki ze spadochronem, biegi po 10 km itp., a potem znikają z sieci. Dlaczego? Bo walka z chorobą otyłościową jest codziennym wyzwaniem, a nie pasmem sukcesów. Są wzloty i upadki, po których – jeśli byliśmy dobrze przygotowani do operacji – podnosimy się. Nie każdemu udaje się zachować efekty zabiegu.

Dlaczego tak trudno utrzymać wagę?

Odzywają się stare nawyki żywieniowe, schematy zachowań. Człowiek nie tyje w tydzień czy rok do BMI powyżej 40,

jak np. ja, zatem zmiana życia musi odbyć się w wielu obszarach, a duże zmiany są z natury trudne, wymagają ciężkiej pracy. W przestrzeni publicznej funkcjonuje pogląd, że pacjent bariatryczny poszedł „na skróty”, bo poddał się operacji i waga bez jego wysiłku spadła. To bardzo krzywdzące. Operacja jest narzędziem, ale to pacjent musi wiedzieć, jak je wykorzystać. Chorzy po jednym, dwóch dniach pobytu w szpitalu z powodu operacji wracają do tego samego domu, tej samej rodziny, tej samej pracy i muszą wytrwać w zmianie nawyków. Chciałabym podkreślić, że osoby chorujące na otyłość są siłaczami. Wiele razy nam się nie udaje, padamy w ringu, jesteśmy nokautowani – po dietach liczba kilogramów spada, potem rośnie, a my podnosimy się kolejny raz i walczymy dalej. O siebie, o swoje zdrowie, a niejednokrotnie życie.

Jest pani zaangażowana w projekt wsparcia osób walczących

z otyłością, ludzi po operacji bariatrycznej. Czy to wynika z faktu, że zawodowo zajmuje się pani komunikacją?

Po części tak, ale na własnym przykładzie wiem, jak bardzo łaknie się sprawdzonej wiedzy, której wiarygodne źródła są nadal bardzo ograniczone. Dla mnie największym wsparciem byli pacjenci po operacji. Taką pomoc dajemy uczestnikom naszego projektu, oczywiście oprócz spotkań z ekspertami, którzy dzielą się wiedzą i wieloletnim doświadczeniem.

Podczas konsultacji lekarskich spotykała się pani z informacjami, które demotywały, sprawiała przykrość?

Miałam szczęście trafić na lekarzy rozumiejących problemy osób chorujących na otyłość. Natomiast od pacjentów wiem, że bardzo często od lekarzy POZ słyszą: „*Musi pani schudnąć*”, „*Musi się pan za siebie wziąć*”. Na pytanie: jak? pada odpowiedź: mniej jeść, więcej się ruszać. I z takim komunikatem wychodzi z gabinetu pacjent z nadwagą, otyłością różnego stopnia. I zostaje z tym sam. Nie wie, od czego zacząć, gdzie udać się po pomoc.

Jak komunikacja powinna wyglądać, by pacjent „nie zajał” uwag, które miały go motywować?

My, pacjenci, naprawę wiemy, że jesteśmy otyli, nam nie trzeba mówić, że powinniśmy „coś z tym zrobić”. Oczekujemy od lekarzy, by wiedzieli, gdzie skierować nas po pomoc, żeby nas i naszych problemów nie zbywali. Tylko i aż tyle. Tymczasem są przypadki, gdy pacjent, któremu udało się uzyskać wiedzę, jak zacząć leczenie, idzie do lekarza POZ po skierowanie z kodem E66 do poradni leczącej otyłość i spotyka się z odmową oraz oczywiście stwierdzeniem: „*Proszę mniej jeść i ćwiczyć, operacja bariatryczna jest niebezpieczna, za wcześnie na nią*”. Tymczasem niemal wszyscy chorzy, z którymi rozmawiałam, zapewniają, że żałują jedynie, iż tak późno mieli operację, bo dzięki wcześniejszemu zabiegowi jakość ich życia i zdrowie byłyby inne.

Wszystko jest w głowie czy jednak w żołądku?

Zdecydowanie w głowie. Otyłość jest chorobą duszy. Najważniejsze są przyzwyczajenia związane z jedzeniem, jakie mamy wdrukowane w dzieciń-

stwie lub jakie sami wypracowujemy przez lata. Kluczem jest zrozumienie, dlaczego ktoś doszedł do wagi np. 160 kg. Trzeba zidentyfikować problem, który kryje się za niewłaściwym odżywianiem, podczas wizyt u psychodietetyka, psychoterapeuty, psychiatry. Otyłość to bardzo złożona choroba. Dlatego tak istotny jest zespół wspierający pacjenta bariatrycznego: oprócz chirurga, także lekarz, który spojrzy całościowo na chorego, skieruje na odpowiednie badania. W ośrodku, w którym ja byłam operowana, pracował kardiolog, psycholog zajmujący się pacjentami z otyłością, dietetyk bariatryczny, który uczy od podstaw zasad zdrowego żywienia. Dobrze gdyby był jeszcze fizjoterapeuta pomagający w stopniowym zwiększaniu aktywności sportowej. Otyłości nie leczy jeden specjalista, lecz cały sztab ludzi. Wsparcie specjalistów, w tym psychodietetyka – osoby, do której pacjent mniej obawia się zwrócić, jako do pierwszej, z którą porozmawia otwarcie o problemie otyłości, jest kluczowe. Wiem, że bez zespołu specjalistów nie miałabym szans tak diametralnie zmienić jakość swojego życia. Oby jak najwięcej było medyków takich, jak ci, których mam zaszczyt i szczęście być pacjentką. ●

USŁUGI KSIĘGOWE

W ramach opłacanej składki lekarze i lekarze dentyści mogą skorzystać z dofinansowania kompleksowych usług księgowych.

Prowadź księgowość z OIL

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

Pełna oferta na: izba-lekarska.pl/prawo-dla-lekarzy/uslugi-ksiegowe

Jak nas tuczy otoczenie

ŚRODOWISKO, W KTÓRYM ŻYJEMY, MA DECYDUJĄCY WPŁYW NA SPOSÓB, W JAKI SIĘ ODŻYWIAMY. ZARAŻEM TO CZYNNIK NAJBARDZIEJ NIEDOCENIANY. W INDYWIDUALISTYCZNEJ KULTURZE ZACHODU ŁATWIEJ ZAŁAMYWAĆ RĘCE NAD IGNORANCJĄ JEDNOSTEK, APELOWAĆ O EDUKACJĘ I POMSTOWAĆ NA NIEROZSĄDNE LUDZKIE WYBORY, NIŻ SPOJRZEĆ NA WYNIKI BADAŃ I ZOBACZYĆ TRUDNĄ PRAWDĘ: CO JEMY, ZALEŻY W OGROMNEJ MIERZE OD CZYNNIKÓW, KTÓRE INDYWIDUALNIE TRUDNO KONTROLOWAĆ.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Sztramski

Otyłość zyskała już status współczesnej plagi nękającej ludzkość. Rozlewając się z państw wysokorozwiniętych na kraje globalnego południa, udowadnia, że jest przeciwnikiem podstępny. Uważana niegdyś za problem bogatych, okazuje się dziś najgroźniejsza dla ubogich, u których towarzyszyć może faktycznemu niedożywieniu z powodu śmieciowej diety, wysokokalorycznej, lecz ubogiej w składniki odżywcze. Epidemia otyłości niesiona jest falą strategii marketingowych potentatów spożywczych, dla których najtaniej i najwygodniej jest produkować dla masowego odbiorcy żywność tak przetworzoną, że niestraszne jej kiepskie warunki transportu i przechowywania, a okres trwałości najlepiej byłoby liczyć w stuleciach. Pompowanie sprzedaży następuje dzięki dostosowaniu produktów do przeciętnych gustów, ukształtowanych w czasach, gdy głód regularnie zaglądał ludzkości w oczy. Chętnie sięgamy po to, co słodkie i tłuste. Słodki smak skłania do konsumpcji, a wokół ewolucyjnego znaczenia tej preferencji zbudowano wiele teorii. Producenci żywności nie zagłębiają się w ich szczegóły, po prostu wykorzystują stare mechanizmy poszukiwania jedzenia w naturalnym środowisku do swoich celów – byśmy więcej kupili i szybko wrócili po jeszcze.

Jedzenie ma też wymiar emocjonalny, więc globalne koncerny dbają o to, by konkretne produkty trafiły do nas odpowiednio wcześniej, determinując preferencje na resztę życia. Miliardy dolarów rocznie wydaje się na strategię sprzedaży ukierunkowane na najmłodszych. Niestety, skuteczne. Według obszernej analizy,

przeprowadzonej przez National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, telewizyjna reklama żywności realnie wpływa na wybory dzieci, przekłada się na kierowane do rodziców prośby o kupno określonych produktów, kształtując dietę i zdrowie. Obecnie rosnącą rolę odgrywają reklamy i lokowanie produktów w gierkach i mediach społecznościowych. Dotyczy to też dorosłych. Psychologia behawioralna pomaga reklamodawcom łączyć nasze nadzieje na miły wieczór z przyjaciółmi, romantyczną kolacją, a nawet niedzielny obiad, z konkretnymi produktami. W naszych głowach piwo symbolizuje twardą, męską przyjaźń, a pudełko czekoladek staje się substytutem bliskości. W ten sposób różne produkty zaczynają w naszej wyobraźni towarzyszyć upragnionym przeżyciom, a czasem wręcz je zastępują o czym terapeuci zajmujący się ofiarami zaburzeń odżywiania mogliby opowiadać godzinami.

W dzielnicach z licznymi fast foodami dzieci częściej pałaszują frytki z hamburgerem. Tak dziwnie się składa, że w krajach wysokorozwiniętych fast foody działają w biedniejszych dzielnicach. Tu nie pomogą najlepsze lekcje o zdrowiu, potrzebna jest polityka publiczna ograniczająca liczbę „śmieciojadłodajni”, oferująca subsydia dla punktów z szybkimi, zdrowymi posiłkami. W czasach, gdy mało kto wytwarza własną żywność, jakość i dostępność takich miejsc wręcz decyduje o tym, czy zamiast pochłaniać hamburgera z frytkami zjemy zupę jarzynową. Uboższych nie stać na zdrową żywność, która bywa pięciokrotnie droższa od śmieciowej. Kto kupi pęczek szparagów droższy od kubelka frytek czy kartono-

wej mrożonki z ciastem okraszonym kielbasą, sprzedawanym jako pizza? Świadomość zdrowotna jest ważna, ale nie można nią płacić w dyskoncie, więc bez odpowiedniej polityki fiskalnej nie zmienimy zwyczajów osób, które ledwie wiążą koniec z końcem. Przygotowanie posiłku ze świeżych produktów wymaga też czasu. To nie pomaga mniej zarabiającym, szczególnie pracującym z dala od domu, którzy większość czasu wolnego spędzają na dojazdach. Dla nich rachunek jest zaskakująco prosty: albo poświęcą czas na przygotowanie posiłku, albo złapią ten ostatni kwadrans, by porozmawiać z dzieckiem, zanim zaśnie.

Dojazdy zresztą przyczyniają się do innej sprzyjającej otyłości plągi – plągi bezruchu. Duża liczba parków, placów zabaw, basenów, otwartych dla wszystkich boisk wpływa na większą aktywność fizyczną mieszkańców danej okolicy. Co ważne, nie wystarcza ruch okazjonalny, od wielkiego dzwону. Codziennego spaceru nie zastąpi trening raz w tygodniu, na który oczywiście dojedziemy samochodem. Polityka przestrzenna ma zatem ogromne znaczenie dla utrzymania zdrowia, bo bardzo silnie determinuje nasze codzienne decyzje.

Może pójde do sklepu na piechotę? Ale nie ma chodnika. Rower? Dojazdowy rękaw, przy którym stoi mój świeżo zbudowany segment *à la* czworak, wpada w ruchliwą ulicę. Ech, biorę samochód. Za rozrastające się przedmieścia, budowane tak, by wycisnąć maksimum zysku dla dewelopera z każdej piędzi ziemi, mieszkańcy zapłacą nie tylko niebotycznymi ratami kredytu, ale i własnym zdrowiem. Place zabaw zredukowane do jednej małej huśtawki na plastikowej trawie, ogrodzonej leśną siatką, stały się memem w Internecie. Są jednak przede wszystkim świadectwem kapitulacji władz publicznych, które walkowerem oddały ład przestrzenny nowych osiedli. A wraz nim znikają najbardziej naturalne bodźce do aktywnego spędzania czasu związane z ukształtowaniem najbliższego otoczenia. Można, owszem, pomstować na dzieci zanurzone w smartfonach, ale minizagródka nie odegra roli staromodnego podwórka, nawet jeśli rodzice ograniczą pociechom czas spędzany przed ekranem.

Jak długo dominować będzie przekonanie, że otyłość to wyłącznie problem zdrowotny jednostki, tak długo nie uda się odwrócić niekorzystnych trendów dotyczących populacji. ●



Graf. K. Matsumoto

Przepis na katastrofę

NA OTYŁOŚĆ CHORUJE 9 MLN POLEK I POLAKÓW. TEN PROBLEM BĘDZIE NARASTAŁ, DOPÓKI ICH LEKARZE NIE ZROZUMIEJĄ, ŻE ODCHUDZANIE I LECZENIE MAJĄ ZE SOBĄ NIEWIELE WSPÓLNEGO.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/„Polityka”

Autor jest publicystą „Polityki”.

Ostatni rok zrewolucjonizował podejście do leczenia choroby otyłościowej. Można ten wniosek wyciągnąć z lektury tekstów w mediach oraz periodyków naukowych, które od kilkunastu miesięcy karmią ludzi optymistycznymi wzmiankami na temat odchudzających zastrzyków. Rekordziści chudną 15, a nawet 20 kg w pół roku, co w porównaniu z efektem działania wcześniejszych wynalazków farmakologicznych jest wynikiem rewelacyjnym. Łatwo więc zgadnąć, że nowe preparaty – reklamowane jak landrynki, choć trzeba je wstrzykiwać pod skórę – zawaładnęły wyobraźni marzących o talii osy.

Rzeczywistość wygląda zgoła inaczej. To, co słusznie cieszy diabetologów i kardiologów, zaczęło być koszmarem obesitologów, czyli lekarzy (w Polsce bez formalnej specjalizacji) zajmujących się wyłącznie leczeniem choroby otyłościowej. Patrzą na nią zdecydowanie częściej przez pryzmat długodystansowego, okupionego wieloma upadkami wysiłku, a nie jedynie poprawy parametrów cukrzycy i obniżenia ryzyka sercowo-naczyniowego. Oczywiście, każdy otyły będzie miał znane nam wszystkim powikłania, nierzadko związane właśnie z cukrzycą typu 2, miażdżycą i nadciśnieniem, ale przeważnie na nich koncentruje się większość lekarzy, tracąc z pola widzenia inne problemy, jakie niesie ze sobą tusza. Dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół, chirurg, kierownik Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie, nazywa to odwróceniem hierarchii ważności – pacjenci trafiają do jego placówki z rozpoznaniem różnych chorób: cukrzycy, refluksu, bezdechu nocnego, chorób serca i płuc (właśnie w tej kolejności), a otyłość pojawia się na końcu, jakby była najmniej ważna. Tak samo jest traktowana na oddziałach szpitalnych.

Dlaczego ma to znaczenie? Bo karty informacyjne i historie chorób są odzwierciedleniem procesu ich leczenia. Zazwyczaj wymienia się

na nich kilkanaście leków służących leczeniu powikłań otyłości, a na temat jej samej... informację: „dieta redukcyjna”. Jeśli mimo edukacji społecznej nawet lekarze utożsamiają doraźne odchudzanie z leczeniem, jeszcze długo nie nastąpi wyhamowanie epidemii, która staje się coraz większym obciążeniem dla ochrony zdrowia. A – cóż za paradoks! – właśnie ochrona zdrowia jej nie zauważa.

Wskazują na to wyniki raportu Najwyższej Izby Kontroli, opublikowane na początku marca, bardzo krytyczne w stosunku do Ministerstwa Zdrowia, które nie ma żadnej strategii kompleksowej opieki nad kilkumilionową rzeszą chorych. Kontrola NIK dotyczyła lat 2020–2022 (wcześniejsza była poświęcona otyłym dzieciom i wnioski również nie nastrajały optymistycznie). W ciągu tych trzech lat liczba pacjentów wymagających kuracji otyłości zwiększyła się o 50 proc. Co gorsze, dowiedzieliśmy się, że w 2021 r. w stosunku do 2020 prawie połowa pacjentów zredukowała masę ciała, a u co trzeciego otyłość postępowała. Natomiast rok później proporcje były odwrotne: co trzeci chory schudł, a 62 proc. nadal tyło. Być może to dodatkowy skutek pandemii i tzw. lockdownu, ale lekarze rodzinni jakoś tego nie dostrzegali. Dwie trzecie przychodni POZ w ogóle pacjentów nie ważyło, 50 proc. medyków przyznało w ankietach, że „mieli problemy z rozpoznaniem otyłości” u swoich podopiecznych.

Powie ktoś, że to jeszcze były lata, kiedy nie mieliśmy na rynku wspomnianych leków ograniczających łaknienie i hamujących opróżnianie żołądka (do czego sprowadza się ich mechanizm działania), więc brakowało oręża skutecznej walki z otyłością. Poradni specjalistycznych jest w kraju jak na lekarstwo, a interdyscyplinarnych centrów leczenia z prawdziwego zdarzenia nie ma prawie wcale. Tyle że cudowne nowe leki, masowo dziś przyjmowane akurat nie przez tych, którzy powinni po nie sięgać, to o wiele za mało. Niezbędny jest kompleksowy program profilak-

tyki nadwagi i szeroko rozumianego leczenia. Bo nie ma diety cud, a żaden doraźny lek nikogo trwale nie odchudzi. Wiele osób, które zdecydowały się na kurację, nie doczytało na ulotkach, że przerwanie jej grozi powrotem do dawnej wagi. Stąd potrzeba włączenia do wspomnianego programu chirurgów, dietetyków, endokrynologów, fizjoterapeutów, internistów, psychiatrów i psychologów. Celowo wymieniam te specjalności alfabetycznie, by żadnej nie uznać *a priori* za mniej ważną – odchudzanie pacjenta, wróć!, leczenie choroby otyłościowej to zadanie rozpisane na wiele ról.

Wciąż zbyt łatwo przychodzi nam utożsamianie odchudzania z leczeniem, a tak być nie powinno. Postrzeganie otyłości jedynie jako defektu kosmetycznego – także w gabinetach lekarskich – zbyt często łączy się z lekceważeniem problemów otyłych pacjentów. Wszystko zaczyna się od nazewnictwa – jak długo będziemy widzieć w tym intratny biznes oferowania diet (a teraz wyłącznie leków), tak długo epidemii nie uda się pokonać.

Żle się stało, że w kontekście wspomnianych zastrzyków wszyscy zaczęli mówić o odchudzaniu, podczas gdy są to specyfiki raczej przeciwotyłościowe, które nie pomagają bezstresowo schudnąć. – *Niestety, język potoczny kształtuje opinie na temat zjawisk, a nie wiedza* – wyznał mi kiedyś z żalem dr Wyleżoł. Dlatego szybkie odchudzanie (bądźmy precyzyjni: dlaczego nie odgrubianie?) u tysięcy ludzi nie przynosi rezultatów, lecz jest pasmem rozczarowań i przyczyną szkodliwego dla zdrowia efektu jo-jo. Niech rozstrzygną eksperci, co zdrowsze: utrzymywanie stałej masy ciała, nawet jeśli jest zbyt duża, czy fundowanie organizmowi znacznych wahań wagi w krótkim czasie?

Na razie eksperci zadają pytanie, skąd tak wielu ludzi zdobywa recepty na te leki, że brakuje ich w aptekach dla osób naprawdę kuracji nimi wymagających? Przecież lekarze, którzy owe recepty wystawiają, powinni wpierw zbadać chorego, ocenić wskazania. Nie istnieje chyba coś takiego, jak profi-

laktyka farmakologiczna choroby otyłościowej? Sukcesem nie powinna być liczba utraconych kilogramów, lecz długofalowe utrzymanie docelowej wagi. Sama matematyka upragnionego sukcesu nie przyniesie. Coś, co niektórzy zwą pieszczotliwie efektem jo-jo, obesitolodzy nazywają brutalnie nawrotem śmiertelnej choroby.

Dlatego byłoby lepiej, gdyby wysiłek, jaki niektórzy chcą włożyć w zmniejszenie swej tuszy, był wsparty profesjonalnymi działaniami całej ochrony zdrowia, a nie tylko tej garstki lekarzy, która do problemu otyłości podchodzi z należytą uwagą. Na to jednak na razie liczyć nie można, bowiem system ewidentnie z leczeniem armii otyłych nie nadąza. Sytuację pogarsza fakt, że najmłodsze pokolenie Polaków tyje dziś najszybciej w Europie. Na jednej z konferencji poświęconych tym zagadnieniom zaprezentowano dane, że każdego roku będzie przybywać 400 tys. dzieci z nadwagą, w tym 80 tys. z otyłością. I czterech na pięciu takich nastolatków nie da się odchudzić, więc zostaną otyłymi dorosłymi. Tymczasem wcześniejszy raport NIK (z 2021 r.) na temat dostępności profilaktyki oraz leczenia dzieci i młodzieży z nadwagą także dla Ministerstwa Zdrowia był krytyczny: ponad połowa kontrolowanych placówek podstawowej opieki zdrowotnej na zapobieganie otyłości nie wydała nawet złotówki, a profilaktyka stosowana przez lekarzy i pielęgniarki środowiskowe polegała głównie na udzielaniu ustnych pouczeń.

Kiedy w 1999 r., a więc 25 lat temu (ćwierćwiecze przemawia do wyobraźni!), pisałem w „Polityce” raport o otyłości, niewielu moich rozmówców zdawało sobie sprawę, że bierze się ona nie tyle ze słabej woli, ile z dużo poważniejszych, często nieświadomych zaburzeń odżywiania. Chorzy na otyłość nadal nie wiedzą, że ich problem to nie obwód brzucha, lecz wadliwie działające w mózgu neuroprzebieżniki, za sprawą których nie potrafią się powstrzymać przed czekoladą lub chipsami. Czy przy leczeniu otyłości nie będzie już potrzebne rytualne liczenie kalorii? Zdaje się, że najzdrowiej liczyć po prostu na siebie. ●



Fot. licencja OIL w Warszawie

Śniadanie u Hypothalamusa

NACZELNĄ PANDEMIĄ XXI W. JEST CHOROBA OTYŁOŚCIOWA. NAZYWANIE OTYŁOŚCI CHOROBA TO WZGLĘDNIE NOWY TREND (MIMO ŻE OD DAWNA MA ONA PRZYPISANY KOD W MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI CHORÓB), ALE KONSEKWENTNIE ODCHODZIMY OD TRAKTOWANIA JEJ JAK DEFektu KOSMETYCZNEGO. NA SZCZĘŚCIE ODCHODZIMY TEŻ POWOLI OD STYGMATYZOWANIA OSÓB OTYŁYCH, CHOĆ ONE SAME DALEKIE SĄ JESZCZE OD UWOLNIENIA SIĘ OD KOMPLEKSÓW I ZABURZEŃ ADAPTACYJNYCH ZWIĄZANYCH Z NADMIERNĄ MASĄ CIAŁA.

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. archiwum

Skoro już mamy rozpoznanie choroby, następnym krokiem jest jej leczenie. I tu pojawia się przed lekarzem piramida trudności, ponieważ w terapii otyłości nie ma niezawodnych schematów czy algorytmów, więcej – nie jest możliwe jej leczenie przez jednego lekarza. Każdej osobie z chorobą otyłościową potrzebny jest wielodyscyplinarny zespół, złożony z lekarzy różnych specjalności, dietetyków, psychologów, a nawet trenerów personalnych. Pacjent z otyłością bowiem zwykle wiele lat zmaga się z nadmierną wagą ciała, a także z chorobami towarzyszącymi i powikłaniami, np. zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, dną moczanową, chorobą zakrzepowo-zatorową, obturacyjnym bezdechem sennym, stłuszczeniem wątroby, zespołami bólowymi związanymi ze zwyrodnieniem stawów, zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Choroby towarzyszące i powikłania oplatają chorego na otyłość wciąż zaciskającym się kołem, którego przerwanie wymaga wielkiej determinacji i wysiłku zarówno ze strony pacjenta, jak i zespołu terapeutycznego.

Dróg prowadzących do otyłości jest wiele. Oprócz uwarunkowań genetycznych i czynników środowiskowych, z których kluczowa jest pewnie mała aktywność fizyczna i wysoko przetworzona żywność, często nieprawidłowe wzorce odżywiania wynosimy z dzieciństwa. Obecne starsze pokolenia, cierpiące na uwarunkowaną przez wojnę, a potem komunę kompulsywną prewencję niedoborów żywieniowych, nieświadomie przenoszą na młodszych swoje lękowe nastawienie wobec zagrożenia niedowagą. Skutkiem jest to, że 90.

percentyl masy ciała dziecka nie budzi niepokoju dziadków i rodziców, ale 25. percentyl już tak, choć zakres między nimi to norma populacyjna.

– *To dziecko nic nie je!* – słyszymy w gabinecie, choć wszelkie parametry w badaniu wskazują, że mały pacjent jest prawidłowo odżywiony.

– *Nie wiem, dlaczego tyję, ja naprawdę prawie nic nie jem!* – słyszymy od dorosłych otyłych pacjentów.

Poprosiłam kiedyś jednego z pacjentów, pana z BMI 38, żeby policzył wszystkie spożyte w ciągu jednego dnia pokarmy, łącznie z przekąskami. Przyszedł na wizytę kontrolną z raportem:

– *Pani doktor, jestem w szoku! Śniadanie, obiad, kolacja i jedenaście przekąsek. Liczyłem każdy baton, cukierek i ciastko osobno!*

Spożywanie słodkich i słonych przekąsek, od których uginają się półki sklepowe, a których reklamy infiltrują nam mózgi w realu i w sieci, to pierwsza zasada złego odżywiania. Są bardzo niepedagogicznym, ale bardzo skutecznym narzędziem wyciszania naszych przebodźcowanych dzieci, działającym w mechanizmie szybkiej nagrody. Mechanizm ten utrwała się i steruje nas behawioralnie także w życiu dorosłym, w którym dołącza inne narzędzie szybkiego nagradzania – alkohol, również źródło zbędnych kalorii. Wieczorny drink, szybka nagroda po ciężkim, stresującym dniu pracy, to około 200 kcal. Żeby je spalić, potrzebny jest godzinny

spacer, a przecież zwykle po wypiciu drinka kładziemy się spać. Czasem jest więcej niż jeden drink... Wyczuwana potrzeba szybkiej nagrody sprzyja zarówno uzależnieniom, jak i kompulsywnemu objadaniu się. Pracujemy, stresujemy się, spieszymy się. Jemy nieregularnie, zbyt dużo na raz, zatracamy kontrolę nad przyjmowaniem pokarmów oraz prawidłowe odczuwanie głodu i sytości. Prawie nie jemy w ciągu dnia, objadamy się wieczorami i w nocy. Bilans energetyczny staje się permanentnie niekorzystny, waga rośnie, a my jesteśmy zdezorientowani, co się nam właściwie przydarzyło, dlaczego tyjemy. Dlatego.

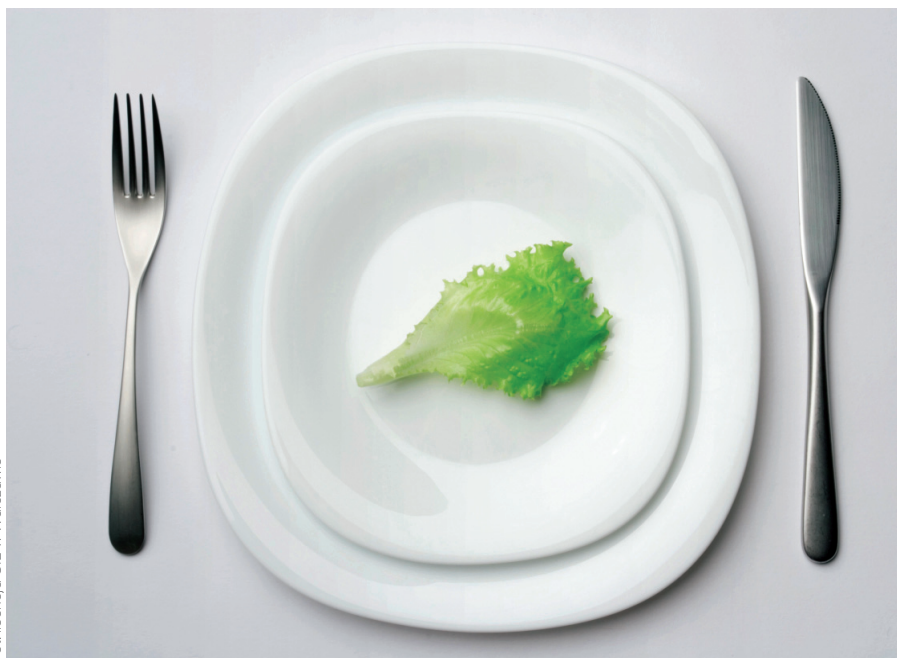
Z drugiej strony kultura i media bezlitośnie propagują nierealne wzorce piękna ludzkiego ciała, które rzekomo kończy się w rozmiarze S. Wrażliwe młode osoby mogą przez to wykształcić sobie fałszywy obraz własnego ciała i, goniąc za niedosięgniętym wzorcem XS czy raczej patoXXS, doprowadzić się do skrajnego wyniszczenia fizycznego i destrukcji psychicznej. Anorektycy kompulsywnie unikają posiłków, a bulimicy naprzemiennie kompulsywnie się objadają i pozbywają pokarmu, i choć są znacznie mniejszą grupą niż osoby z otyłością, często dotyczą ich większe bezpośrednie zagrożenie życia.

– Moja praca i mój sukces zależy też od mojego wyglądu – mówi mój pacjent, pan Marcin, przedsiębiorca i właściciel dużej firmy z wielomilionowymi obrotami. – Nie mogę być otyły, bo w kontaktach biznesowych liczy się pierwsze wrażenie, a można je zrobić tylko raz. No, a przecież kolacje biznesowe, zwykle obficie zakrapiane alkoholem, najczęściej są późnym wieczorem, więc jak mam nie tyć?

Pan Marcin ma cukrzycę, przyjmuje analogi GLP1, z otyłością walczy od kilku lat, rok temu udało mu się odciąć od twardych używek. Na profesjonalną terapię „nie ma czasu”, alkohol i papierosy są zawsze na koniec dnia, pizzę zamawia zwykle o 23.00. U psychiatry pokazuje się rzadko, na ogół przedłuża tylko receptę na bupropion. BMI 35. Ma własny „patent” – przed ważnymi biznesowo wydarzeniami przeprowadza sobie ponadtygodniową głodówkę, odstawia leki, traci 10–12 kg i przez jakiś czas robi doskonale pierwsze wrażenie. Po pewnym czasie wracają stare nawyki i takich cykli w roku jest kilka. Po ostatniej głodówce parę razy stracił na krótko przytomność, ale nie chciał jechać na SOR. Pyta mnie, czy jest już jakiś lek, żeby mógł jeść w nocy i nie tyć. Powtarzam mu kolejny raz, jak mantrę, co powinien zmienić w stylu życia, ale odkodować pana Marcina z jego zachowań kompulsywnych to praca nie dla jednego lekarza, tylko dla zespołu terapeutycznego, o którym on nie chce nawet słyszeć.

Skoro już mamy zarzuty, możemy poszukać winnego – niech roboczo zostanie nim pan Hypothalamus, czyli miejsce w naszym mózgu, gdzie rozgrywa się dramata zaburzeń

odżywiania. To przecież w jądrze bocznym podwzgórza znajduje się ośrodek głodu, w jądrze brzuszno-przyśrodkowym ośrodek sytości, a wykształcone szlaki neurohormonalne powodują, że przyjmowanie pokarmu nas nagradza (bo ewolucyjnie pozwalało to przetrwać). W reakcji na bodziec pokarmowy w ośrodku nagrody, zlokalizowanym w jądrze półleżącym przegrody, wydziela się dopamina, która – jak wiemy – wzmacnia i motywuje, a to powoduje, że odczuwamy przyjemność i chęć powtórzenia czynności, którą nasz mózg rozpoznał jako przyjemną. Niestety, uzależnienia powstają w tym samym mechanizmie. Warto jednak pamiętać, że jest on bardziej złożony i zarówno w przypadku używania substancji uzależniających, jak i spożywania pokarmów wykształceniu patologicznych mechanizmów prowadzących do zaburzeń odżywiania towarzyszy istotny kontekst sytuacyjny, czyli to, w jakich okolicznościach i w jakim towarzystwie jemy bądź unikamy jedzenia, jakie mamy związane z tym rytuały i tradycje. A na to możemy już dosyć skutecznie wpływać, rozwija się bowiem obecnie także



Fot. licencja OIL w Warszawie

w Polsce nurt medycyny stylu życia. Zaczyna się mówić o powszechnej edukacji młodych pokoleń do zachowań prozdrowotnych, do prewencji chorób cywilizacyjnych. Do sukcesu jeszcze daleko, ale światło w tunelu jest. Trudno natomiast przewidzieć, na ile uda się pomóc starszym, już uwarunkowanym, pacjentom.

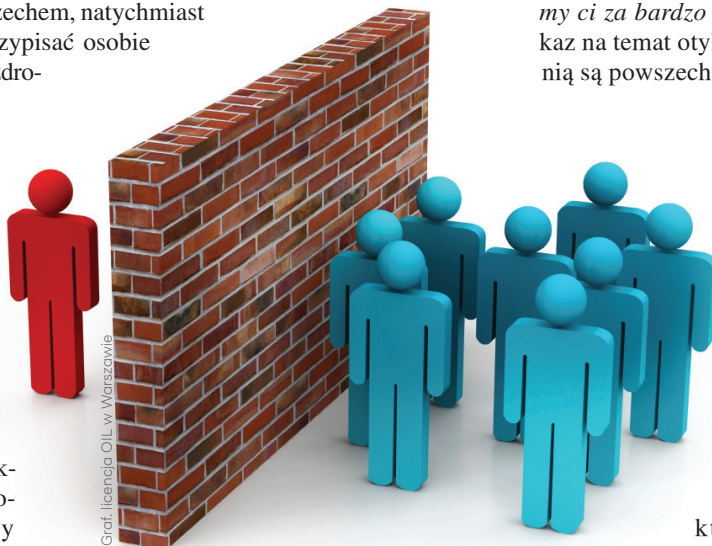
Z doświadczeń starszych pokoleń przywołać można jedno bardzo znane powiedzenie: „śniadanie zjedz sam, obiad podziel się z przyjacielem, kolację oddaj wrogowi”. Może więc warto byłoby wypromować zmiany w stylu życia, które pomogą nam wszystkim uniknąć zgubnych skutków dopaminowego tańca podwzgórza z ośrodkiem nagrody i pozwolą z przyjemnością zjeść zdrowe śniadanie u Hypothalamusa. ●

Otyłość stygmatyzuje i pozbawia praw

OTYŁOŚĆ STYGMATYZUJE. CÓŻ Z TEGO, ŻE ZOSTAŁA UZNANA PRZEZ ŚWIATOWĄ ORGANIZACJĘ ZDROWIA ZA CHOROBE, JEŚLI CIĄGNIĘ SIĘ ZA NIĄ ODIUM SŁABEJ WOLI. PIĘTNOWANIE OTYŁOŚCI NIE ZAPOBIEGA JEJ POWSTANIU, WRĘCZ UTRUDNIA LECZENIE, KSZTAŁTUJE BOWIEM POSTAWY PACJENTÓW, ICH OTOCZENIA, A NAWET PERSONELU MEDYCZNEGO. W EFEKCIE OTYŁOŚĆ JEST W POLSCE BARIERĄ W REALIZACJI PODSTAWOWYCH PRAW OBYWATELA I PACJENTA.

tekst **MARIA LIBURA**

Badania naukowe dowodzą, że otyłość wynika ze złożonej interakcji czynników genetycznych i środowiskowych. Na większość z nich pojedynczy człowiek ma naprawdę znikomy wpływ. Jednak ta wiedza z trudem przebija się do opinii publicznej. Media tradycyjne i społecznościowe pełne są przejawów szkodliwych stereotypów w tym zakresie. Otyłość w kulturze pozostaje symptodem grzechu – niepohamowania w jedzeniu. A skoro mamy do czynienia z grzechem, natychmiast pojawia się pokusa, by przypisać osobie z otyłością winę za zły stan zdrowia. Jeśli zaś ona jest winna, to nie wymaga pomocy. Przeżywa bowiem „słuszną karę”, swoistą pokutę za wcześniejsze „złe zachowanie”. Niestety, okrutny mechanizm, który pozwala społecznie „unieważnić” czyjeś cierpienie, doskonale zaadaptował się w kontekście pozareligijnym. Kaznodziejski ton znajdziemy nawet – o zgrozo! – w niektórych publikacjach z zakresu medycyny stylu życia, akcentujących nadmiernie indywidualną odpowiedzialność za zdrowie. Współczesna kultura twórczo przetworzyła rytuały umartwienia się dietą czy wysiłkiem fizycznym, czyszcząc je z wyznaniowych skojarzeń, ale utrzymując ich wysokie wartościowanie moralne.



Graf. licencja OLL w Warszawie

W popularnej interpretacji otyłość staje się zatem przejawem braku samodyscypliny. Wyniki badań, przeprowadzonych przez Rebeccę Puhl i Chelsea Heuer, świadczą o tym, że osoby z nadwagą i otyłością są stereotypowo postrzegane jako leniwe i mało skuteczne, a czasem także jako niepohamowane i chciwe. Ich stan zdrowia uznaje się więc za efekt negatywnie ocenianych cech charakteru. „*Jeżeli jesteś otyły, coś z tobą nie tak i nie możemy ci za bardzo ufać*” – taki kulturowy przekaz na temat otyłości sprawia, że cierpiący na nią są powszechnie dyskryminowani. W konsekwencji płacą za swoją chorobę na wielu polach,

od życia osobistego po ścieżkę kariery zawodowej. Często sami ulegają presji społecznej, przyjmując krzywdzący przekaz za prawdę o sobie samych.

„*Jak się można do czegoś takiego doprowadzić*” – to komentarze, które towarzyszą ludziom z chorobą otyłościową, zniechęcając do szukania wsparcia

i metod leczenia, a nawet wpędzają w zaburzenia zdrowia psychicznego. Tak powstaje mechanizm błędnego koła, z którego trudno się wydostać bez pomocy z zewnątrz. Można zżymać się na ruch „ciałopozytywności”, jednak przed rzućeniem kamyczka krytyki na tzw. ruch akceptacji grubości (*fat acceptance movement*) warto uświadomi-

mieć sobie skalę dyskryminacji i piętnowania osób otyłych, na którą jest on reakcją.

Niestety, także system ochrony zdrowia nie jest wolną od potocznego myślenia przystanią, w której szukający pomocy pacjent może zawsze liczyć na rzeczowe potraktowanie. W przetłumaczonym na język polski opracowaniu Kennedy z zespołem, zatytułowanym zwięźle „Koniec ze stygmatyzacją – jak poprawić opiekę nad pacjentami z nadwagą lub otyłością”, autorzy zwracają uwagę na następujące zjawiska:

- mniejszy szacunek wobec pacjentów otyłych niż wobec tych o prawidłowej masie ciała,
- otwarcie wyrażaną przez niektórych lekarzy niechęć do opieki nad osobami z nadwagą,
- spadek poziomu cierpliwości, satysfakcji z pracy i chęci pomocy wraz ze wzrostem BMI pacjenta obserwowany u lekarzy POZ,
- krótszy czas konsultacji w przypadku pacjentów z otyłością, którym zleca się mniej badań profilaktycznych i diagnostycznych.

Pogląd o osobistej odpowiedzialności za otyłość wiąże się ze stosowaniem „naiwnych” rozwiązań, na co wskazuje

S. Westbury z zespołem w swojej analizie. To zdroworozsądkowe interwencje na poziomie indywidualnym, które obciążają psychicznie i finansowo jednostkę, a mają ograniczoną skuteczność, gdyż lekceważą leżące u podstaw problemu czynniki genetyczne i środowiskowe. Jaskółki w postaci operacji bariatrycznych, którym towarzyszy pomoc psychologiczna, nie zmieniają faktu, że większość pacjentów także w gabinetach lekarzy słyszy zalecenia, które są prostą drogą do wpadnięcia w spiralę efektu jo-jo. Wielu uzależnia się od produktów na odchudzanie. Diety i porady oferowane są często przez osoby bez podstawowej wiedzy z zakresu dietetyki.

Stygmatyzacja sprawia, że problemy osób cierpiących na otyłość spychane są na margines polityki zdrowotnej. Przyczynia się także do lekceważenia potrzeb infrastrukturalnych: brakuje karet bariatrycznych, odpowiednich łóżek na oddziałach szpitalnych. Doniesienia prasowe o tym, że pacjenta z dużą masą ciała musiała transportować straż pożarna, traktowane są nadal jak lokalna sensacja. Personel medyczny często nie jest przygotowany do udzielania pomocy pacjentom z otyłością olbrzymią, choć już dawno przestali być w naszym kraju sporadycznymi przypadkami. Niestety, otyłość w Polsce nie tylko trudno leczyć, jest ona wręcz barierą w realizacji podstawowych praw obywatela i pacjenta. ●

Bibliografia na stronie internetowej „Pulsu”.

Czujesz przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?

Zapisz się na

TRENING BALINTOWSKI

- ✓ przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu,
- ✓ poprawa jakości komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, rodziną pacjenta i współpracownikami,
- ✓ minimalizacja napięcia i prawdopodobieństwa wystąpienia zachowań agresywnych.



24 maja i 21 czerwca

Zapisy: izba-lekarska.pl/lista-szkolen



Koło metaboliczno- -dentystyczne



Fot. P. Kotczyk

Z JEDNEJ STRONY CHOROBY ZWIĄZANE Z OTYŁOŚCIĄ BĘDĄ POWODOWAŁY ZAPALENIE PRZYŻĘBIA, KANDYDOZĘ JAMY USTNEJ I PRZEWODU POKARMOWEGO. Z DRUGIEJ – ZŁY STAN JAMY USTNEJ BĘDZIE NASILAŁ PROBLEMY METABOLICZNE. LEKARZE DENTYŚCI WIDZĄ W JAMIE USTNEJ, CZĘSTO JAKO PIERWSI, WIELE Z TYCH SCHORZEŃ. TO SAMONAPĘDZAJĄCE SIĘ KOŁO, SPRZĘŻENIE ZWROTNE.

JAK MU ZARADZIĆ, JAK LECZYĆ PACJENTÓW Z OTYŁOŚCIĄ W RÓŻNYM WIEKU I JAKA JEST ROLA DENTYSTY W TYM PROCESIE, WYJAŚNIA **DR N. MED. MICHAŁ MULARCZYK**, INTERNISTA I DIETETYK, W ROZMOWIE Z DARIUSZEM PALUSZKIEM, WICEPREZESEM ORL W WARSZAWIE DS. LEKARZY DENTYSTÓW.

Problem otyłości dotyczy wszystkich grup wiekowych. Zaczniemy od najmłodszych. Niewłaściwe odżywianie powoduje próchnicę zębów mlecznych, ale i inne problemy ogólnozdrowotne u dzieci. Jakże?

Wiadomo, że zaburzenia trawienia mogą powodować nadwagę i otyłość. Pamiętaj-

my jednak, że wszelkie problemy układu pokarmowego mają początek i przyczynę w jamie ustnej. Próchnica butelkowa zaczyna się u noworodków w wyniku nieprawidłowej metody karmienia. U starszych dzieci i dorosłych, jeżeli pokarm jest źle pogryziony, powoduje zaburzenia pracy całego przewodu pokarmowego, czyli trawienia i przyswajania. I mamy efekt domina: dochodzi do dysfunkcji stanu mikro-

bioty jelitowej (dysbiozy jelitowej), czyli nadmiernej kolonizacji jelita przez chorobotwórcze bakterie i równoczesnego spadku liczby pożytecznych bakterii probiotycznych. Akurat przewód pokarmowy i jama ustna są na samym początku naszej drogi odżywiania i jeżeli nie zrobimy porządku z uzębieniem i śliniankami, pogłębią się wspomniane zaburzenia całego organizmu. Mogą się objawiać łakomstwem u dzie-

ci (szczególnie dotyczy ono słodyczy), a w konsekwencji – przy braku ruchu – nadwagą i otyłością.

Od dzieci przejdźmy do osób młodych, czyli liczących od 20 do 40 lat. Jak widzi pan korelację między zaburzeniami odżywiania a chorobami przyzębia w tej grupie?

Coraz więcej badań dowodzi, że bakterie wywołujące próchnicę nasilają również występowanie nadciśnienia i chorób naczyń wieńcowych. Choroby przyzębia mają podobne działanie, a dodatkowo bakterie je powodujące zmniejszają skuteczność leków przeciwzkrzepowych. Efektem są coraz częstsze przypadki nadciśnienia u młodych ludzi.

Nadciśnienie, miażdżyca i cukrzyca pojawiają się u pacjentów w wieku lat dwudziestu kilku. Mówię o cukrzycy typu starczego, która powszechnie współcześnie nazwana jest cukrzycą typu 2. Taka terminologia moim zdaniem zwalnia młode osoby z odpowiedzialności za swoje zdrowie i z refleksji dotyczącej własnego trybu życia. Mieć cukrzycę typu starczego w wieku 20 lat – to budzi grozę i zmusza do zmian. A że powszechnie mówi się o cukrzycy typu 2 u młodych ludzi, rozumieją, że nie oni są chorobie winni.

Prawda wygląda tak, że 20-, 30-, 40-latkowie są fatalnie odżywieni, zmagają się z zespołem metabolicznym, czyli współistnieniem różnorodnych czynników zwiększających ryzyko rozwoju chorób sercowo-naczyniowych na podłożu miażdżycy oraz cukrzycy typu 2.

Jaka jest pana zdaniem przyczyna otyłości i choroby wieńcowej u coraz młodszych pacjentów?

Zauważam, że osoby młode są leczone coraz poważniejszymi lekami kardiologicznymi. Według mnie to wynik pominięcia w procesie leczenia przeglądów dentystrycznych i nieprzypominania o konieczności mycia zębów, co ma wpływ na cały organizm dorosłego już człowieka i jego nawyków żywieniowych, a także higienicznych.

Niechlujnym, szybkim jedzeniem powodujemy, że nie przyswajamy wszystkich składników pokarmowych. Mimo nadwagi pacjenci są niedożywieni witaminowo, białkowo i mineralnie.

Wyniki badań świadczą o tym, że myjąc zęby, używając odpowiednich płukanek z bakteriami *Lactobacillus* (a nie gum do żucia), regularnie bywając u dentysty, pacjenci mogą sami zadbać o dobry stan przyzębia, słuzówki. U 80 proc. osób z próchnicą można ją wyeliminować przez prawidłową higienę jamy ustnej.

Mamy do czynienia z samonapędzającym się kołem metaboliczno-dentystrycznym, sprzężeniem zwrotnym. Z jednej strony choroby związane z otyłością będą powodowały zapalenie przyzębia, kandydozę jamy ustnej i przewodu pokarmowego (zmiany w mikrobiocie, zanik brodawek języka, a co za tym idzie pojawienie się zaburzeń smaku). Z drugiej – stan jamy ustnej będzie nasilał problemy metaboliczne. Lekarze dentyści widzą w jamie ustnej, często jako pierwszy, wiele z tych problemów.

Co się dzieje, kiedy mamy upośledzony zmysł smaku? Jakie konsekwencje ma to dla organizmu?

Jemy cokolwiek, słabo odczuwamy smak słodki, więc wszystko dosładzamy i objadamy się słodyczami. Zaczynają występować zaburzenia pracy gruczołów ślinowych, problemy z gojeniem się zmian powstałych w wyniku drobnych urazów czy leukoplakii na błonie śluzowej jamy ustnej. Wiąże się to m.in. z przewlekłą kandydozą jamy ustnej, dietą ubogą w świeże owoce i warzywa oraz wspomnianą już niedostateczną higieną jamy ustnej.

W toku naszych rozważań dochodzimy do konieczności wielozespołowego leczenia pacjenta. Jak powinni je wdrażać lekarze i lekarze dentyści?

Często dentysta albo laryngolog przy okazji leczenia jakiejś infekcji wykrywa poważne choroby: refluks, bulimię, anoreksję. Oni dostrzegają niebezpieczne zmiany w uzębieniu, w stanie szkliwa

zębów lub na tylnej ścianie gardła. Apeluję do lekarzy: badajmy pacjentów zgodnie ze sztuką lekarską, której uczyliśmy się jeszcze na studiach – holistycznie. Takie podejście zagwarantuje prawidłowe, zakończone sukcesem leczenie.

Układ pokarmowy zaczyna się od jamy ustnej i to są jedyne wrota, dzięki którym szybko i łatwo możemy zdiagnozować schorzenia metaboliczne, nadwagę, otyłość i wdrożyć leczenie. W jamie ustnej wiele widać, od problemów autoimmunologicznych przez cukrzycę po choroby kardiologiczne, powikłania związane z przyjmowaniem leków, m.in. przeciwkrzepliwych.

Chciałbym, żeby lekarze ogólni kierowali pacjentów w drugą stronę – do lekarzy dentyistów, bo oni też mogą pomóc w diagnozie chorób związanych z otyłością. Odnotowujemy w Polsce występowanie próchnicy u 93 proc. badanych. U tych pacjentów zaczynają się problemy z gryzieniem, łykaniem; jedzą szybko, niechlujnie. Nadwaga, otyłość, cukrzyca powiązane są z IBS (zespołem jelita drażliwego).

Pamiętajmy też, że połknięty źle pogryziony pokarm podrażnia układ pokarmowy, ale widzę tu też jeszcze jedno zagrożenie. Człowiek z ubytkami w uzębieniu wybierze zawsze pokarmy, których nie musi gryźć, czyli np. sok, który będzie znowu nasilał próchnicę i problemy jelitowe. Niechlujnym, szybkim jedzeniem powodujemy, że nie przyswajamy wszystkich składników pokarmowych. Mimo nadwagi pacjenci są niedożywieni witaminowo, białkowo i mineralnie. Trzeba brać konkretne preparaty likwidujące patogenną florę jelitową. Dopiero wtedy możemy mówić o powrocie do zdrowia. Bez leczenia uzębienia też nie ma mowy o rekonwalescencji.

Brakuje również komunikacji między pacjentem a lekarzem, między samymi specjalistami, brakuje przekazywania wiedzy medycznej pacjentom.

Jak zmiany w jamie ustnej związane z kandydozą i stanami grzybiczymi determinują poziom odżywienia organizmu pacjentów starszych?

- ▶ Pacjenci w tym wieku cierpią często na zaburzenia łąknienia, apetytu, a zmiany w jamie ustnej jeszcze bardziej to nasilają. Warto wspomnieć, że zwykle zmagają się z wielochorobowością (chorobami współistniejącymi). Jeżeli pacjent przyjmuje leki przeciwdziałające miażdżycy i cukrzycy, mogą one uszkodzić śluzówkę żołądka. Dlatego seniorzy często biorą leki nazywane inhibitorami pompy protonowej, które niestety zaburzą produkcję kwasu solnego. Kwas solny z kolei warunkuje pracę enzymów trawiennych, szczególnie tych rozkładających białko. Poza tym starsze osoby słabiej trawią, mają też, z racji ubytków w uzębieniu, kłopoty z gryzieniem.

Co pan radzi w takiej sytuacji?

Można sięgnąć po preparaty aminokwasowe. Polecam również te przeznaczone dla kulturystów. Tak, nie pomy-

liłem się. Zawierają bowiem konkretne aminokwasy, tylko są bardzo drogie. Ale podkreślam, że otyłości, cukrzycy, nadciśnieniu i wielu innym chorobom można zapobiec, gryząc właściwie pokarmy, przyjmując odpowiednie składniki odżywcze, nie doprowadzając do nadwagi. Do pewnego momentu możemy te choroby zatrzymać, od pewnego już nie.

Warto podkreślić, że im dłuższe odstępy między posiłkami, tym bardziej nasz przewód pokarmowy odpoczywa od stanów zapalnych. Każdy posiłek wzbudza u nas odpowiedź immunologiczną, czyli stan zapalny. Mnożymy je, wprowadzając częste spożywanie pokarmów. Pięć posiłków dziennie nie u każdego się sprawdza, to indywidualna sprawa. Niektórzy jedzą dwa, trzy razy dziennie i to jest dla nich wskazane. ●

MSS

VIII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

14-16 CZERWCA 2024 | HOTEL NARVIL | SEROCK

**TO IDEALNA OKAZJA DO SPOTKANIA
SPECJALISTÓW Z CAŁEJ POLSKI,
WYMIANY DOŚWIADCZEŃ
I ZACIEŚNIENIA ZNAJOMOŚCI**

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



Dach solarny SunRoof 2w1

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

Dołącz do grona liderów medycyny, którzy skorzystali z recepty na energooszczędność, wysoką estetykę i wzrost wartości domu w jednym.

LIMITOWANA OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY

- System bezpieczeństwa o wartości 15 tys. zł **GRATIS**
- Dostęp do Programu Ambadorskiego VIP
- Maksymalny wzrost wartości inwestycji

Zapraszamy do kontaktu:

lekarze@sunroof.se

22 123 7111



REKLAMA



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

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

- | | |
|-------------------------|---|
| 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.**

Problemy interny na Mazowszu 2024

FINANSE, KADRY I ZDOLNOŚCI PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO NALEŻAŁY DO NAJWAŻNIEJSZYCH TEMATÓW DYSKUSJI PODCZAS KONFERENCJI „PROBLEMY INTERNY NA MAZOWSZU 2024” – DOROCZNEGO SPOTKANIA ORGANIZOWANEGO PRZEZ KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DR. N. MED. MARKA STOPIŃSKIEGO.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**



Fot. K. Bartyzel

Pandemia pokazała, jak istotną rolę pełnią w szpitalach oddziały internistyczne. Stanowią zaplecze dla całego systemu szpitalnictwa, poza tym muszą zapewniać miejsce dla pacjentów geriatrycznych, dla pacjentów w stanach terminalnych. Są też bazą do kształcenia lekarzy specjalistów i kształcenia modułowego w specjalizacjach innych niż interna, bazą dla studentów, lekarzy stażystów, stażystów pielęgniarzkich – przypominał podczas inauguracji konferencji jej gospodarz. „Problemy interny na Mazowszu” odbyły się w pierwszy weekend kwietnia w Radziejowicach.

Wśród gości znaleźli się przedstawiciele różnych sektorów systemu ochrony zdrowia, instytucji centralnych, samorządowych, towarzystw naukowych. Konsultant krajowy ds. interny prof. Jacek Różański poruszył m.in. kwestię stawek za wykonywanie procedur medycznych. – *W ubiegłym roku udało nam się wywalczyć nowe wyceny procedur internistycznych, które pozwoliły „złapać oddech” wielu oddziałom. Znam nawet takie, które zaczęły się finansowo bilansować. Ale nasze środowisko nadal uważa, że sedno problemu nie leży w wysokości tych wycen* – stwierdził prof. Różański. Faktem jest, że dominującą grupą pacjentów interny są osoby w wieku senioralnym, zatem większość z nich jest obciążona wielochorobowością. – *Tymczasem system, mówiąc w pewnym uproszczeniu, nakazuje nam leczenie tylko jednej choroby* – mówił konsultant krajowy. Zwracał też uwagę na

wiązującej klasyfikacji jednorodnej grupy pacjentów (JGP). – *Rolą lekarza jest ratowanie życia, a nie kombinowanie, jak rozliczyć leczenie chorego, by oddział zachował balans księgowy* – podkreślał. Prace nad zmianami w tym zakresie zapowiedział Daniel Rutkowski, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jako jeden z możliwych sposobów modyfikacji finansowania wymienił rozliczenia leczenia chorób współistniejących, ale jego zdaniem istnieje ryzyko dopisywania chorób, które dla danego procesu leczenia nie są istotne, tylko po to, by więcej zarobić na pacjencie. Według prezesa Rutkowskiego dobrym rozwiązaniem, stosowanym w innych krajach, jest zróżnicowanie finansowania leczenia pacjentów ze względu na grupę wiekową, do której się zaliczają, ponieważ w wieku senioralnym wielochorobowość jest częstsza.

Do tego problemu odniósł się również wiceprezes ORL w Warszawie dr n. med. Tomasz Imiela. – *Rozwiązanie polegające na rozliczaniu JGP, a więc płatność za konkretną procedurę, nie jest dobre, najbardziej traci na nim pacjent. Dlatego zachęcam, by odejść od zastanawiania się, czy zwiększyć wycenę procedur o 10 proc., czy o 15. Zastanawiamy się raczej, jak inaczej płacić szpitalom za leczenie. Przykładowo płacimy za proces leczenia, a nie za procedurę leczniczą. W kardiologii udało się wprowadzić KOS-zawał (Program kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca), w ramach którego właśnie finansuje się cały proces. Z punktu wi-*



Fot. M. Niepytalski

dzenia pacjentów wyniki są rewelacyjne. Z punktu widzenia płatnika – dobre. Oczywiście, w kardiologii wprowadzenie tego rozwiązania było o tyle łatwiejsze, że istnieją jednoznaczne dane naukowe podpowiadające sposoby działania. W internie nie zawsze mamy taki komfort. Ale to dowodzi, że warto zastanawiać się nad całkiem nowymi rozwiązaniami, a nie finansowym modyfikowaniem starych – przekonywał dr Imiela. Wspomniał także, że problemem i propozycjami rozwiązań obecnie zajmuje się izby Zespół ds. Studiów Strategicznych.

Dyrektor CMKP prof. Ryszard Gellert skrytykował natomiast podejście do finansowania szpitali polegające na ocenie rentowności poszczególnych oddziałów szpitalnych. – *Daliśmy się wkręcić w takie myślenie. A przecież bilansować się powinna działalność całego szpitala, a nie tylko interny. Interny chroni szpital przed deficytem na innych oddziałach – mówił.*

Kolejnym ważnym tematem dyskusji był trwający proces reakredytacji przez CMKP ośrodków do prowadzenia kształcenia podyplomowego z zakresu chorób wewnętrznych. Prof. Różański zwracał uwagę, że proces ten przeszła dotąd tylko

mała część akredytowanych wcześniej placówek, co może wydłużyć oczekiwanie specjalistów na odbycie szkolenia w ramach modułu internistycznego. Dlatego rekomenduje obniżenie wymagań dotyczących minimalnej rocznej liczby pacjentów internistycznych na danym oddziale, by mógł on się ubiegać o akredytację CMKP.

Dyskutanci poruszali także kwestię szkoleń specjalizacyjnych. Wiele placówek nie chce ich prowadzić ze względu na brak czasu, a ponadto obowiązki dydaktyczne nie są w żaden sposób uwzględniane w kontraktach zawieranych z NFZ.

Smutną refleksję dotyczącą stanu interny sformułowała obecna na konferencji wiceminister zdrowia prof. Urszula Demkow: – *Dziś interna jest dla mnie jak pacjentka z zespołem kruchości, taka staruszka, bo w końcu to najstarsza dziedzina medycyny. Musimy ją ratować, żeby się nie połamała, nie pokruszyła i wreszcie nie zniknęła. Bardzo nad tym ubolewam i jestem tu, żeby wysłuchać państwa sugestii w tym zakresie.*

Niemniej jednak optymistyczne były wyrażane w dyskusji życzenia, żeby kiedyś nazwę konferencji można było zmienić, np. na „Sukcesy interny”. ●

Kongres „Rzecznicy Zdrowia 2024”

ZDROWIE KOBIET, FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA, LECZENIE CHOROÓB RZADKICH, WYZWANIA ZWIĄZANE Z OPIEKĄ DOMOWĄ I DŁUGOTERMINOWĄ – TO KILKA Z NAJWAŻNIEJSZYCH TEMATÓW PORUSZONYCH PODCZAS KONGRESU „RZECZNICY ZDROWIA”, KTÓRY MIAŁ MIEJSCE W WARSZAWIE W PIERWSZEJ POŁOWIE KWIETNIA.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Konferencja odbyła się w warszawskim Centralnym Domu Technologii i od rozmowy o technologii się zaczęła, konkretnie o technologii zapłodnienia pozaustrojowego. Dyskusję zdominował szykowany przez rząd program refundacji *in vitro*. Szczególną uwagę uczestniczki tego panelu („Zdrowie kobiet”) poświęciły wsparciu płodności kobiet chorych onkologicznie, które także ma zostać objęte programem refundacji. – *Młode kobiety chore onkologicznie są bardzo świadome, nie tylko chcą wiedzieć, jak będzie przebiegało leczenie, ale również zadbać o jakość swojego życia, więc jednym z poruszanych tematów była kwestia onkopłodności. Chcą być zdrowymi mamami zdrowych dzieci* – mówiła Magdalena Kardynał, założycielka i prezes Fundacji OmeaLife wspierającej kobiety chorujące na raka piersi. Wiceminister zdrowia prof. Urszula Demkow zwróciła natomiast uwagę na problemy związane z chorobami dna miednicy. Zaapelowała, by mówić o nich więcej i „odczarować” ów temat, który dla wielu kobiet jest wstydlivy i wpływa na drastyczne obniżenie jakości ich życia.

W dyskusji dotyczącej finansowania ochrony zdrowia wziął udział m.in. prezes NRL Łukasz Jankowski, który zwrócił uwagę na organizacyjne problemy zawiadawców systemu. – *W mojej ocenie Ministerstwo Zdrowia dziś zajmuje się nie zdrowiem, tylko wszystkim innym – polityką społeczną, finansami, polityką na szczeblu globalnym* – przekonywał dr Jankowski. Dr Łukasz Kozłowski, główny ekonomista Federacji Przedsiębiorców Polskich, przedstawił niebezpieczeństwa wynikające z ustawowych progów finansowania ochrony zdrowia. Przede wszystkim na podnoszenie wydatków *de facto* fikcyjne, skoro za punkt odniesienia przyjmuje się PKB sprzed dwóch lat, kiedy inflacja była relatywnie wysoka. Z drugiej strony jego zdaniem podniesienie płacy minimalnej przy zachowaniu wydatków na OZ tylko na poziomie wymaganym przez tzw. Ustawę 7 proc., spowoduje, że więcej będziemy wydawać na pensje, a na samo leczenie – mniej.

Równolegle z panelami dyskusyjnymi trwały debaty oksfordzkie. Podczas jednej z nich, poświęconej chorobom rzadkim, Dorota Korycińska, działaczka społeczna zaangażowana w tworzenie zasad opieki nad pacjentami z neurofibromatozami (NF), zwracała uwagę na oszczędności, jakie zarówno pacjentom, jak i płatnikowi przynosi koordynacja leczenia. – *Stworzyliśmy plan opieki koordynowanej dla NF, wcześniej marnowaliśmy czas swój i lekarzy na nieefektywną diagnostykę* – podkreślała. Tę „odyseję diagnostyczną” jej zdaniem udało się wreszcie wyeliminować.

Pośród wielu interesujących wątków debaty poświęconej bezpieczeństwu lekowemu (takich jak lokalna produkcja leków, zależność Unii Europejskiej od produkcji farmaceutyków w Chinach) znalazł się ten dotyczący leków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych sprzedawanych w kioskach oraz sklepach spożywczych. Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Marek Tomków zwracał uwagę na to, że nikt nie kontroluje ilości tych leków w obiegu ani nawet liczby placówek, w których można je kupić. W przypadku jakichkolwiek kłopotów z zaopatrzeniem w sytuacjach nadzwyczajnych może się to okazać nie lada problemem.

W dwudniowej konferencji uczestniczyli przedstawiciele instytucji państwowych i organizacji pozarządowych, placówek medycznych oraz innych przedsiębiorstw z sektora zdrowotnego, reprezentanci pacjentów i grup zawodowych pracujących w ochronie zdrowia, a także przedstawiciele medialni wspomnianych instytucji i dziennikarze. Organizatorzy kongresu – działacze Fundacji „Rzecznicy Zdrowia” – mają ambicje stworzyć dzięki niemu platformę dialogu i wymiany doświadczeń w systemie ochrony zdrowia. – *Chcemy budować atmosferę do konstruktywnych rozmów o zdrowiu publicznym, jakości w ochronie zdrowia oraz propozycjach zmian w zakresie organizacji ochrony zdrowia*” – piszą na swej stronie internetowej. Fundacja, której prezesem jest dziennikarka medyczna Marta Markiewicz, postawiła sobie za cel wspieranie właściwej dostępności i jakości usług w ochronie zdrowia. ●



Forum dialogu

– ZACHĘCAMY, BY MŁODZI LEKARZE MÓWILI, CZEGO POTRZEBUJĄ W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO, BO DOPIERO WTEDY BĘDZIEMY MOGLI PRZYGOTOWAĆ OFERTĘ ZGODNĄ Z ICH OCZEKIWANIAM I – DEKLAROWAŁA PODCZAS FORUM DIALOGU MŁODYCH KADR MEDYCZNYCH OLGA ROSTKOWSKA, WICEPREZES ORL W WARSZAWIE.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Organizatorem konferencji, która miała miejsce 22 marca w Warszawie, była Rada Kształcenia Młodych Kadr Medycznych CMKP. Prezes Rostkowska wzięła udział w otwierającej spotkanie dyskusji „Jakie zmiany zaszły w kształceniu podyplomowym w ciągu ostatnich 20 lat?”. Zwróciła uwagę m.in. na zjawisko, które szczególnie nasiliło się w związku z pandemią. – *Cyfryzacja edukacji podyplomowej, mimo jej znanych wad, to błogosławieństwo. Możemy dzięki niej uczestniczyć w szkoleniach na całym świecie* – zauważyła dr Rostkowska. Wiceprezes ORL mówiła także o tym, co jeszcze jej zdaniem powinno się zmienić, zwłaszcza w kontekście ciągle powiększającej się wiedzy medycznej: – *Powinniśmy uczyć lekarzy korzystania ze źródeł, bo przyswojenie wiedzy podczas kolejnych etapów kształcenia jest niemal niemożliwe.*

W panelu dyskusyjnym „Youth engagement, czyli o tym, jak młodzi medycy angażowani są w procesy podejmowania decyzji i wprowadzania innowacji” brał natomiast udział Maciej Cyran, dyrektor Ośrodka Doskonalenia Zawodowego

Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie. – *Porównując czasy, kiedy sam zaczynałem pracę lekarza, z dniem dzisiejszym, stwierdzam, że każde kolejne pokolenie lekarzy ma coraz większe możliwości wpływania na proces decyzyjny w kształceniu podyplomowym* – przekonywał. Zwracał jednak uwagę na wyzwanie, jakim jest zaangażowanie szerszych grup lekarzy w podejmowanie decyzji, np. dotyczących rodzajów szkoleń realizowanych przez ODZ.

Forum Dialogu Młodych Kadr Medycznych odbyło się po raz pierwszy. W konferencji wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, samorządu lekarskiego, Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, studenci medycyny, stażyści, rezydenci i lekarze specjaliści. Rozmawiali o zmianach w kształceniu podyplomowym, które spełnią oczekiwania młodego pokolenia lekarzy, ale też potrzeby systemu ochrony zdrowia. Przedmiotem dyskusji były również innowacje w szpitalnictwie i medycynie, które mogą usprawnić kształcenie lekarzy oraz opiekę nad pacjentami. ●



Fotografie: M. Niepytalski

Co robią lub myślą, że robią, psychiatrzy?

PRZYJMUJE SIĘ, ŻE W POLSCE JEST OKOŁO 4,5 TYS. PSYCHIATRÓW. ODNOSZĘ SIĘ DO TEJ INFORMACJI SCEPTYCZNIE, PONIEWAŻ NIKT CHYBA NIE POTRAFI POWIEDZIEĆ, ILU TYCH LEKARZY JUŻ NIE PRACUJE W POLSCE (MIMO ŻE NP. NALEŻĄ DO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO, A NAWET BYĆ MOŻE PŁACAĆ SKŁADKI). W KAŻDYM RAZIE LICZBA PSYCHIATRÓW NIE PRZEKRACZA 4,5 TYS., A RACZEJ JEST MNIEJSZA.

tekst **ŁUKASZ ŚWIECICKI**



Fot. K. Hoższcz-Komar

Nie wszystkie osoby z tej grupy praktykują, część pracuje w niepełnym wymiarze czasu. Z drugiej strony w Polsce około 20 proc. mieszkańców cierpi na zaburzenia psychiczne (oczywiście są wśród nich także psychiatrzy).

20 proc. populacji to blisko 7 mln, ale trudno powiedzieć, ilu naszych rodaków wyjechało i stało się pacjentami psychiatrów brytyjskich czy skandynawskich (często zresztą również Polaków).

Ponieważ porządna wizyta psychiatryczna powinna trwać co najmniej 30 min, nawet pobieżne obliczenia wskazują, że gdyby wszyscy polscy psychiatrzy pracowali bez chwili przerwy, nie śpiąc i nie jedząc, to w ciągu swojego życia nie zdołaliby się spotkać nawet raz z każdym człowiekiem, który przejawia zaburzenia psychiczne. To znaczy spotkać by się mogli, ale nie na porządnej wizycie psychiatrycznej. Tak to wygląda ze statystycznego punktu widzenia. Z drugiej jednak strony lekarze innych specjalności zdecydowanie rzadko kierują swoich pacjentów do psychiatry.

Pisałem niedawno opinię w sprawie sądowej dotyczącej zaniedbań w opiece nad pacjentem. Lekarz prowadzący nie wysłał osoby, u której podejrzewał chorobę psychiczną, do psychiatry, ponieważ „nie chciał jej stygmatyzować” (!).

Można jedynie mieć nadzieję, że to wyjątkowa sytuacja. Trudno mi zaakceptować taką motywację, choć naprawdę się z tą sytuacją spotkałem. Obawiam się jednak, że jest to częsty sposób myślenia: kierując pacjenta do psychiatry,

„wymyślamy mu od chorych psychicznie” – wydaje się sądzić część kolegów. Mam nadzieję, że nie muszę tłumaczyć, że to bzdura.

Sytuacja wyjściowa, jeśli chodzi o rozważania, którym jest poświęcony ten felieton, wygląda więc następująco:

1. Psychiatrów w Polsce jest mało.
2. Osób z zaburzeniami psychicznymi (w Polsce i gdzie indziej) jest dużo.
3. Inni lekarze niechętnie kierują pacjentów do psychiatry.

Pytanie w związku z tym brzmi: czy psychiatrzy w ogóle są potrzebni? Bo jeśli nie, to nie ma potrzeby kierować do nich pacjentów i panujący obecnie trend jest po prostu słuszny.

PSYCHIATRIA – DIFFERENTIA SPECIFICA

Wydaje się, że kluczowym elementem jest udzielenie odpowiedzi na pytanie o specyficzność psychiatrii. Okuliści badają oczy, urologi – cewki moczowe, badaniem mózgu zajmują się neurologi, natomiast badaniem ludzkich zachowań – psychologowie. Czym więc mieliby się zajmować psychiatrzy?

Jeszcze na początku XX w. specjalność taka nie istniała (a w każdym razie nie nazywano jej powszechnie psychiatrią). Warto przypomnieć, że np. Zygmunt Freud był z wykształcenia neurologiem. Czy więc między psychologią a neurologią znajduje się jakaś nisza, w której można by umieścić 4,5 tys. psychiatrów? To bardzo trudne pytanie.

Łatwiej zacząć od strony neurologicznej. Różnice między neurologią a psychiatrią są dość oczywiste. Neurologzy zajmują się przede wszystkim mózgiem jako narządem (oczywiście nie tylko mózgiem), wykorzystując w tym celu różne narzędzia, począwszy od gumowego młotka, skończywszy na wyrafinowanych metodach, takich jak czynnościowy rezonans magnetyczny.

Co prawda pacjenci dość często wyrażają opinię, że specjalnością neurologów jest leczenie nerwic, ponieważ są to dolegliwości układu nerwowego, ale lekarze na szczęście rzadko podzielają ten ekscentryczny pogląd (żarcik, zgadzam się, że niezbyt mądry, ale jednak).

Oczywiście, neurologów interesuje także działanie mózgu, nie tylko jego budowa. Raczej głównie działanie w związku z budową, ale chodzi o inny zakres działania niż ten, którym chętnie zajmują się psychiatrzy.

Od 36 lat pracuję w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i niezwykle rzadko spotykam się z sytuacjami, w których już w izbie przyjęć nie byłoby jasne, czy należy przyjąć pacjenta na oddział neurologiczny, czy na psychiatryczny.

Znacznie trudniejsze pytanie dotyczy istotnej różnicy między psychologiem a psychiatrą. Wydaje się, że psychologa interesuje ten sam aspekt czynności mózgu (umysłu), na którym skupia się psychiatra (choć neuropsycholog prędeziej porozumie się z neurologiem). Rzeczywiście zakres zainteresowania jest w zasadzie ten sam, jednak sposób poznawania, badania zasadniczo inny. Różnica polega na czymś, co można by określić jako formację.

Psycholodzy mają formację humanistyczną. Studia od początku przygotowują ich do poznawania i dostrzegania jednostkowych różnic między ludźmi. W pewnym uproszczeniu moż-

Lekarz prowadzący nie wysłał osoby, u której podejrzewał chorobę psychiczną, do psychiatrii, ponieważ „nie chciał jej stygmatyzować” (!).

na chyba powiedzieć, że to, co inne, jest dla psychologa piękne z zawodowego punktu widzenia.

Psychiatrzy myślą inaczej. Ich formacja ma charakter medyczny.

Przecież kończą tę samą szkołę co chirurdzy, niektórzy nawet interesują się podczas studiów głównie chirurgią i chodzą na kółko chirurgiczne (jestem tego przykładem). Znaczna część psychiatrów przez całe studia ani myśli o zajmowaniu się tajnikami ludzkiego umysłu, więcej czasu poświęca na badanie ogólne moczu.

W rezultacie psychiatrzy, inaczej niż psychologowie, postrzegają pacjentów raczej w kategoriach „wspólnego mianownika” niż „pięknie różniących się jednostek”. Mówi się często z naganą, że lekarze (oczywiście także psychiatrzy) szufladkują, czyli dzielą wydarzenia na typy czy kategorie. Jasne, że tak czynią! Gdyby tego nie robili, nie byłiby w stanie skutecznie leczyć. Nie ma w tym nic złego, to medyczny sposób postrzegania rzeczywistości.

Nie twierdzę, że model medyczny idealnie przygotowuje do pracy psychiatrycznej (choć im jestem starszy, tym bardziej wydaje mi się, że właśnie idealnie, niestety), ale efekt jest niepowtarzalny. Na czysto medyczną matrycę nakładamy, w późniejszym okresie, szkolenie typu psychologicznego. Jeśli jest prowadzone właściwe, a uczeń wystarczająco utalentowany, osiągamy jedyny w swoim rodzaju (jedyny w branży medycznej) efekt – człowieka, który potrafi rozmawiać z lekarzem innej specjalności (niepsychiatrą), psychologiem oraz pacjentem i powinien coś z tej rozmowy wynieść.

Moim zdaniem głównym elementem psychiatrycznej *differentia specifica* jest właśnie umiejętność bycia tłumaczem. W pewnym sensie psychiatra jest o tyle dobry, o ile umie połączyć funkcje biologicznego lekarza i psychologa, ale może przede wszystkim pełnić rolę pomostu, łącznika między nimi. ●

KOŁO SZACHOWE

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentyistów do wstąpienia do nowo powołanego Koła Szachowego.

Zapisy pod numerem **601 226 758** lub pod adresem: **long270@o2.pl**. W temacie prosimy wpisywać „Koło Szachowe – izba”.

Po zebraniu chętnych zostanie ustalony optymalny termin spotkań Koła Szachowego oraz dokładne miejsce.



Polska w trudnych regionalnych równaniach

ZASTANAWIAŁEM SIĘ, JAKIM TEMATEM ROZPOCZĄĆ SERIĘ ARTYKUŁÓW, KTÓRE BĘDĘ MIAŁ PRZYJEMNOŚĆ PUBLIKOWAĆ NA GOŚCINNYCH ŁAMACH „PULSU”. ZAJMUJĘ SIĘ TEMATYKĄ ŚRODKOWOEUROPEJSKĄ, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM WĘGIER, KTÓRYM POŚWIĘCIŁEM SPORĄ CZĘŚĆ ZAWODOWEGO ŻYCIA. DLATEGO „OKOŁO-WĘGIERSKIE” WĄTKI ZAGOSZCZĄ W TEJ RUBRYCE NA STAŁE. JEDNAKŻE WYDARZENIEM, KTÓRE NARZUCIŁO MI TEMATYKĘ PIERWSZEGO TEKSTU, BO WYDAJE MI SIĘ SZCZEGÓLNIIE ISTOTNE, JEST REZULTAT WYBORÓW PREZYDENCKICH NA SŁOWACJI.

tekst **DOMINIK HÉJJ**



Fot. M. Starzyński

Autor jest politologiem, autorem książki „Węgry na nowo”.

Wbrew pozorom będzie on miał na Polskę istotny wpływ w zakresie bezpieczeństwa, o którym od długich miesięcy mówi się bardzo wiele. Zwycięzcą został Peter Pellegrini, dotychczasowy lider partii Hlas (Głos), a także przewodniczący słowackiego parlamentu. Pokonał stosunkiem 53,12:46,87 proc. głosów rekomendowanego przez środowiska centrowe i liberalne Ivana Korčoka, doświadczonego dyplomate, z polityką międzynarodową związanego od ponad 30 lat. W okresie 2020–2022 (z kilkudniową przerwą) Korčok pełnił funkcję ministra spraw zagranicznych i europejskich.

PUNKT WYJŚCIA

Żeby lepiej ukazać istotę decyzji Słowaków, którą podjęli w drugiej turze wyborów prezydenckich (w sobotę, 6 kwietnia), trzeba rezultat wyborczy i jego konsekwencje rozpatrywać w szerszej perspektywie. Podstawowym gremium regionalnej współpracy dla Polski jest Grupa Wyszehradzka, zawiązana w lutym 1991 na Węgrzech, na zamku w miejscowości Wyszehrad (około 45 km na północ od Budapesztu). Miejsce spotkania ówczesnych liderów trzech państw: Polski – Lecha Wałęsy, Czechosłowacji – Václava Havla i Węgier – Józsefa Antalla, nawiązywało do XIV-wiecznych spotkań królów tych krajów. Podstawowym celem Grupy Wyszehradzkiej, która po rozpadzie Czechosłowacji 1 stycznia 1993 r. stała się „wyszeh-

radzką czwórka”, była integracja z Zachodem (zarówno z NATO, jak i Unią Europejską), realizacja euroatlantyckich aspiracji poszczególnych państw, które dążyły do wyswobodzenia się spod wpływów ZSRR. Ów cel został ostatecznie zrealizowany w 2004 r., kiedy czwórka (stąd skrót – V4) przystąpiła do Unii Europejskiej, a członkiem Sojuszu Północnoatlantyckiego stała się Słowacja.

Od tamtego momentu gros zagadnień związanych z funkcjonowaniem w Unii Europejskiej konsultowano właśnie w tym ścisłym, środkowo-europejskim gronie. Odbywało się to zazwyczaj przed posiedzeniami Rady Europejskiej, już w Brukseli. Format wyszehradzki pozostawał stały, bez względu na zmiany polityczne, które dokonywały się wskutek wyborów w tych krajach. Zdecydowane ochłodzenie relacji przyniosły dopiero różnice w postrzeganiu przebiegu i przewidywanego rozstrzygnięcia wojny na Ukrainie.

V4-X=?

Po 24 lutego 2022 r. zarówno na poziomie prezydenckim, jak i szefów rządów panowała zgodność, co do głównych kierunków politycznych i kroków, które należy podjąć po wybuchu wojny. W Polsce, Czechach i na Słowacji (kraju tak silnie przecież przez Moskwę zinfiltrowanym) Rosja została uznana za państwo agresywne, którego polityka zagraża bezpieczeństwu regionalnemu. Pogląd ten podzie-



łały zresztą inne państwa, m.in. kraje bałtyckie, ale również Rumunia.

Inną optykę przyjęły Węgry. Od początku potępiały wywołanie wojny, jednakże wskazywały współodpowiedzialność Ukrainy i Zachodu za decyzję Rosji. Następnie odmówiły dołączenia do państw wspierających Ukrainę w dostawach broni, uważając (do dzisiaj), że pomoc taka oddala ją od zakończenia konfliktu zbrojnego, a także przyczynia się do zwiększenia liczby ofiar oraz doprowadzenia do bezpośredniej konfrontacji Rosji z Zachodem (przede wszystkim z NATO), która grozić miałaby wybuchem trzeciej wojny światowej. Budapeszt uznał, że współpraca z Federacją Rosyjską leży w interesie jego bezpieczeństwa (chodziło przede wszystkim o bezpieczeństwo energetyczne). Węgry stanowiły zatem naturalny „minus” w równaniu sumującym się do wyszehradzkiej czwórki.

„Drugi minus” stanowiła Słowacja. Po raz pierwszy odczuć można było to jesienią 2023 r., gdy wybory parlamentarne wygrała partia SMER-SD (Kierunek – Socjalna Demokracja) z Robertem Fico. Polityk ten stanął na czele koalicji, która uzyskała parlamentarną większość. Jednym z liderów ugrupowań, które w jej skład weszły, był właśnie Pellegrini. Ale dlaczego dojście Ficy do władzy (objął urząd premiera) było z polskiej perspektywy istotne? Pomijam wszystkie słowackie meandry. Otóż dlatego, że oznaczało radykalną zmianę postawy Słowacji w kwestiach pomocy Ukrainie. Bratislava opuściła sojusz, a głównym motywem tej polityki stało się

podkreślanie, że pomocy dla walczącej Ukrainy już nie będzie (oficjalnie z uwagi na brak dalszych możliwości przekazywania sprzętu). Fico w kampanii wyborczej grał wojenną kartą. Czynił to, ujmując rzecz wprost, na wzór i podobieństwo węgierskiego premiera, którego jest gorliwym fanem. Pojawił się wątek niebezpieczeństwa wciągnięcia Słowacji w wojnę i ryzyka, że nie będzie miała czym się bronić, bowiem cały wartościowy sprzęt przekazała Ukrainie. Słowacja od jesieni przeszła na stronę tych państw, które domagają się zakręcenia kurka z pomocą dla Ukrainy inną aniżeli humanitarna.

Jednakże na poziomie prezydenckim Słowacją rządziła (od 2019 r.) Zuzanna Čaputova deklarująca się jednoznacznie jako zwolenniczka wszelkiej pomocy dla Ukrainy. Realne przełożenie jej postawy na możliwość kontynuacji pomocy dla Ukrainy było relatywnie niewielkie. Zwycięstwo Pellegriniego w wyborach prezydenckich oznacza domknięcie systemu neoliberalnego, tworzonego przez Roberta Ficę. Z perspektywy tego krótkiego tekstu nie są istotne wszystkie wymiary owego systemu (np. reforma wymiaru sprawiedliwości). Skoncentrujemy się zatem na wymiarze bezpieczeństwa. Sam prezydent-elekt jeszcze w czasie kampanii wyborczej sięgnął do kieszeni, z której dobył wojenną kartę. W uproszczeniu – on opowiadał się po stronie zwolenników pokoju, a Korčok – po stronie wręcz wojennych podżegaczy (identyczna dychotomia występuje od 2022 r. na Węgrzech, gdzie rząd ma chcieć pokoju, a opozycja konfrontacji z Rosją). Ale to nie wszystko. W debacie przedwyborczej stwierdził, że nie pomógłby ►►

- innemu państwu członkowskiemu NATO w ramach art. 5 (czyli zasady „jeden za wszystkich, wszyscy za jednego”), bowiem rozbrojenie Słowacji przez poprzedników to uniemożliwia (kontrkandydat Korčok odparł, że pomocy by udzielił). Co interesujące, pytanie dotyczące tego samego zagadnienia pojawiło się w trakcie kampanii przed wyborami prezydenckimi w styczniu 2023 r. w Czechach. Czesi głosowali wówczas na byłego generała Petra Pavla lub na byłego premiera Andreja Babiša. Na czele państwa stanął pierwszy z nich. Duet Pellegrini-Fico jawi się jako nie tyle prorosyjski, co Rosję relatywizujący, pokazujący (na wzór Węgier), że z państwem tym powinno się rozmawiać. Zresztą takiego podejścia dowodzi niedawne spotkanie szefa słowackiej dyplomacji Juraja Blanára z rosyjskim odpowiednikiem Siergiejem Ławrowem, które się odbyło na początku marca w Turcji, na marginesie Forum Dyplomatycznego w Antalyi.

„V2”

Zatem $V4-1-1 = V2$. Skrót kojarzy się jak najgorzej, bo z okresem drugiej wojny światowej i raketami, które budowano na polecenie Hitlera. Polskiego zaangażowania w pomoc Ukrainie przywoływać tutaj nie trzeba. Warto natomiast wspomnieć o Czechach. Pod kuratelą Pragi trwa zbiórka środków w celu zakupu dla walczącego sąsiada setek tysięcy sztuk amunicji artyleryjskiej. Nabycie pocisków kal. 122 i 155 mm okazało się niezbędne po wstrzymaniu pakietu pomocy Ukrainie przez amerykański Kongres (o wartości 60 mld euro). Miliardy, ale w walucie europejskiej, pochodzące z Europejskiego Instrumentu na Rzecz Pokoju, blokują z kolei Węgry. Adresatem tego pakietu pomocowego jest także Polska. Oficjalnie Budapeszt nie chce się zgodzić, by jakiegokolwiek środki finansowe zostały przeznaczone na wojnę, zamiast na „dążenie do pokoju”.

Słowacja stracona, Węgry stracone, ale z Czechami jest dobrze – taki wniosek można by wysnuć z lektury dotychczasowej części tekstu. Ale i ten wątek w najbliższej przyszłości nie napawa optymizmem. Chociaż do wyborów parlamentarnych zostało jeszcze ponad 1,5 roku, przed nami wybory do Parlamentu Europejskiego. Ich zdecydowanym liderem nad Wełtawą jest przywołany wcześniej Babiš, stojący na czele ugrupowania ANO (TAK). Według sondaży z przełomu lutego i marca cieszy się on poparciem ponad 34 proc. badanych. Pięć ugrupowań opozycyjnych pozostaje daleko w tyle. Poglądy lidera ANO pozostają zbieżne z tezami głoszonymi przez jego politycznych partnerów z Bratysławy i Budapesztu.

CO DALEJ?

Odpowiedź na to pytanie nie jest jednoznaczna. Kanały komunikacji ze wszystkimi stolicami są utrzymywane (z Czechami współpraca będzie się rozwijała). W ostatnim czasie (w ostatnich dniach lutego) odbyły się nawet dwa szczyty Grupy Wyszehradzkiej na poziomie premierów oraz przewodniczących parlamentów. Podkreślano, że co prawda różnice występują, ale na „grzebanie” grupy jest za wcześnie. Nie ma jednak wątpliwości, że w zakresie bezpieczeństwa polski punkt widzenia nie jest przez wszystkich podzielany. Dlatego naturalne było rozszerzenie współpracy o państwa regionu, które na sytuację bezpieczeństwa patrzą podobnie jak Warszawa – kraje bałtyckie, Szwecję i Rumunię. Wybory w innych niż nasze własne państwach pozostają często niedocenianym wydarzeniem. Zresztą trudno wymagać, by w codziennym biegu wszystkiemu poświęcić uwagę. Dlatego także w kolejnych numerach „Pulsu” zapropONUję krótką refleksję na podobne tematy. ●

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



OC dla członków OIL w Warszawie

Pamiętaj o odnowieniu ubezpieczenia!

Wystarczy
tylko raz w roku
odnowić deklarację
przystąpienia do programu,
by zachować ciągłość ubezpieczenia,
które Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
gwarantuje swoim członkom.

Zrób to

online na stronie www.ins-med.pl/oil-warszawa/

telefonicznie 577 930 560, 577 930 370, 577 930 380

lub osobiście w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18

W razie pytań, związanych z ubezpieczeniem OC,
zapraszamy do kontaktu z INS Services:

tel.: 22 494 36 50

e-mail: biuro@ins-med.pl

Sprawdzam ✓

Czym różni się wróbelek?

A KONKRETNIE, CZYM RÓŻNI SIĘ WYWIAD PRZEPROWADZONY PRZEZ FARMACEUTĘ I WYSTAWIENIE PRZEZ NIEGO RECEPTY OD KONSULTACJI LEKARSKIEJ, ZAKOŃCZONEJ WYPISANIEM RECEPTY? PIERWSZE MOŻNA NAZWAĆ „USŁUGĄ FARMACEUTYCZNĄ”. TYM SIĘ RÓŻNI, ŻE WYCHODZI NAPRZECIW POTRZEBIE POLITYCZNEJ. A W KAŻDYM RAZIE POLITYKOM SIĘ TAK WYDAJE.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Wiosna to dla Ministerstwa Zdrowia niebezpieczna pora. Dokładnie rok temu Adam Niedzielski rozpetał krucjatę przeciw receptomatom, oskarżając – niekoniecznie przy okazji, bo wiele wskazuje, że taki był główny cel – samorząd lekarski o nieudolność i niezdolność do samooczyszczania się. Krucjata miała kilka punktów kulminacyjnych. Po rzuceniu oskarżeń minister przeszedł do czynów i w drodze ogłoszenia własnej woli, bez żadnego trybu, wprowadził limity na recepty. W imię poprawy bezpieczeństwa pacjentów i ukrócenia biznesu opartego na handlu receptami.

Żadnego z tych celów nie udało się osiągnąć. Receptomaty jak działały, tak działają. Pacjenci nie stali się bardziej bezpieczni. Ministerstwu nie udało się nawet podjąć próby określenia standardu teleporad, co było (i jest) jedyną metodą postawienia tamy patologicznym – choć na ogół zgodnym z obowiązującymi przepisami – praktykom. Ministerstwu (i ministrowi) udało się natomiast umocnić przekonanie – również wśród politycznych konkurentów – że wola polityczna wystarczy, by zmieniać rzeczywistość. Naruszono fundamentalne zasady państwa prawa, które stanowią, że instytucjom publicznym i osobom piastującym funkcje publiczne wolno tyle, na ile pozwalają regulacje prawne. Nikt nie poniósł konsekwencji. Adam Niedzielski, owszem, stanowisko stracił, ale tylko dlatego, że posunął się znacząco dalej, łamiąc kolejne przepisy.

Trudno się jednak oprzeć wrażeniu, że ścieżka prowadząca na manowce pozostaje otwarta i kusi. Jak bowiem inaczej wyjaśnić „plan B” Ministerstwa Zdrowia w sprawie dostępności pigułki „dzień po”, który sprowadza się do powierzenia farmaceutom, w ramach programu pilotażowego, zadania wystawiania recept farmaceutycznych i wydawania środka antykoncepcji awaryjnej kobietom, które ukończyły 15. rok życia? W polskim prawie osoby niepełnoletnie, by korzystać ze świadczeń zdrowotnych, muszą mieć zgodę rodzica/opiekuna prawnego.

O granicę wieku dostępności pigułki „dzień po” toczyła się bitwa w Sejmie. Z powodu granicy wieku ustawę zawetował Andrzej Duda i znaleźliśmy się, rzeczywiście, w martwym punkcie. Eksperci nie mają wątpliwości, że dla osiągnięcia celu, czyli zapobiegania niechcianym ciążom, jest ważne, by nastolatki również mogły korzystać z tego środka. Niekoniecznie za wiedzą rodziców/opiekunów prawnych, bo nie każda nastolatka ma na tyle dobre relacje z nimi, by w chwili kryzysu dzielić się swoim problemem. To jest stwierdzenie z kategorii „oczywistych oczywistości”, jednak sposób rozwiązania węzła gordyjskiego, jaki zaprezentował resort zdrowia, nie jest „rozwiązaniem nieidealnym, ale jedynym możliwym”, jak tłumaczyła Izabela Leszczyńska, ale po prostu złym, psującym prawo, z głębi ducha „pisowskim”, bo abstrahującym od granic, jakie stawia politykom i urzędnikom konstytucja i kultura prawna (by przywołać tylko kwestię hierarchii aktów prawnych).

„Czym jest nazwa? To, co zwiemy różą, pod inną nazwą również by pachniało” – pisał wieki temu William Szekspir w dramacie „Romeo i Julia”. Róża, choćby nazwano ją stokrotką, nadal pyszniłaby się takim samym zapachem, a porada farmaceuty, zwana przez panią minister usługą farmaceutyczną, nadal pozostaje świadczeniem zdrowotnym. Najmniejszych wątpliwości w tej sprawie nie mają sami farmaceuci. Owszem, z wielkim entuzjazmem powitali propozycję powierzenia im nowego zadania (wpisującego się w pożądaną przez to środowisko model opieki farmaceutycznej), ale są jak najdalsi od bycia pionierami nowatorskiego podejścia do nomenklatury i nazywania rzeczy takimi, jakie chcą je widzieć politycy, a nie takimi, jakie są w swojej istocie. Farmaceuci mówią twardo: będziemy obsługiwać pacjentki, ale niepełnoletnie tylko w obecności lub za zgodą rodziców/opiekunów prawnych.

Realizacja programu pilotażowego ma się rozpocząć 1 maja, a konsultacje projektu rozporządzenia zakończą się na początku drugiej połowy kwietnia. Zwycięży polityka czy rozsądek? A może zwycięzcy po prostu być nie może? ●

Jaki dokument przy stwierdzaniu zgonu

DO BIURA RZECZNIKA PRAW LEKARZA OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE TRAFIŁA INFORMACJA DOTYCZĄCA WYSTAWIANIA ZAŚWIADCZEŃ O STWIERDZENIU ZGONU ZAMIAST KART ZGONU.

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



Fot. K. Bortyzel

Jeden z lekarzy opisał następującą sytuację: został wezwany przez policję, aby stwierdzić śmierć pacjenta. Medyk pracował w placówce, w której leczył się zmarły, nie był jednak jego lekarzem prowadzącym. Wystawione przez niego zaświadczenie o stwierdzeniu zgonu zostało odrzucone przez policję, która domagała się karty zgonu. Lekarz był zaskoczony, ponieważ wcześniej wystarczyło w takich okolicznościach zaświadczenie stwierdzające brak oznak życia. Jego zdaniem policja nie miała prawa żądać karty zgonu, ponieważ znajdują się na niej dane wrażliwe zmarłego objęte tajemnicą lekarską. W końcu jednak wystawił kartę zgonu.

Moim zdaniem przepisy zawarte w ustawie z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, a także Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 3 sierpnia 1961 określają, kiedy i w jakim dokumencie stwierdza się zgon pacjenta oraz komu taki dokument można wydać. Ponieważ jednak lekarze różnie interpretują te przepisy, zwróciłam się z pytaniem do Departamentu Rozwoju Kadr w Ministerstwie Zdrowia i do Departamentu Porządku Publicznego w Ministerstwie

Spraw Wewnętrznych i Administracji z prośbą o wyjaśnienie wątpliwości.

W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia, powołując się na obowiązujące przepisy, przypomniało, że lekarz stwierdza zgon i jego przyczyny, a następnie wypełnia wydawaną w tym celu kartę zgonu. Należy podkreślić, że niemożność ścisłego ustalenia przyczyn zgonu lub konieczność przeprowadzenia badań laboratoryjnych nie może być podstawą odmowy lub opóźnienia wystawienia karty zgonu. Lekarz może wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji sporządzonej przez innego lekarza lub inną osobę uprawnioną. Jedynie karta zgonu jest dokumentem stwierdzającym zgon, nie zaś zaświadczenie.

Z wyjaśnień MZ wynika, że lekarz nie jest uprawniony do wydawania karty zgonu policji. Komenda Główna Policji podzieliła to stanowisko. Jednocześnie podkreślono, że opisany przypadek miał charakter incydentalny. Policja zobowiązała się do przypomnienia swoim jednostkom organizacyjnym, aby stosowały się do obowiązujących przepisów. ●



**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

Analiza przypadku.

Następstwo prawidłowego działania?

POWIKŁANIE PO ZABIEGU CZY BŁĄD MEDYCZNY PODSTAWĄ ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ I CYWILNEJ? CZY MOŻNA WYKORZYSTAĆ DOWÓD Z POSTĘPOWANIA KARNEGO W POSTĘPOWANIU CYWILNYM?

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



Fotografie: archiwum

4 stycznia 2012 r. pacjent M.B. został przyjęty na oddział otolaryngologiczny niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej w celu leczenia obustronnego przewlekłego zwyrodnienia polipowatego zatok sitowych i szczękowych z obustronnymi polipami nosa i ograniczeniem jego drożności. Udzielono mu informacji dotyczących przebiegu operacji oraz ryzyka powikłań. Przeprowadzono badanie, a pacjent podpisał formularz zgody.

Dzień później wykonano u pana M.B. operację usunięcia polipów nosa, a także rewizję zatok szczękowych, odwarstwiono śluzówkę przegrody oraz usunięto skrzywiony chrząstki fragment. W trakcie operacji konieczna była tamponada przednia obustronna.

W ramach obserwacji pooperacyjnej dostrzeżono u pacjenta rozwój krwiaka oczodołu lewego i obrzęk powiek, wykonano więc okład z lodu i zastosowano leczenie przeciwobrzękowe. Podczas wybudzania z narkozy pacjent był bardzo pobudzony, zerwał opatrunek z nosa. Ponadto odmówił stosowania okładu z lodu, twierdząc, że nasila ból. Obrzęk narastał, pojawił się krwiak okularowy oczodołu lewego, który zaczął wypychać oko. W związku z tym podjęta została decyzja o operacyjnym odbarczeniu oka, czego dokonano jeszcze tego samego dnia. W wyniku operacji uzyskano poprawę stanu oczodołu, a wrazenie obrzęku i wypchnięcia oczodołu ustąpiło.

9 stycznia 2012 r. lek. A.S., specjalista chorób ocznych, stwierdziła cechy zatoru tętnicy środkowej siatkówki i wydała dalsze zalecenia. W tym dniu chory po raz pierwszy zgłosił całkowitą ślepotę oka lewego i dolegliwości bezpośrednio z nim związane. Nazajutrz został przewieziony ambulansem na oddział okulistyki w Z. Z powodu zatoru tętnicy środkowej siatkówki pan M.B. doznał ślepoty oka lewego, zezu oka lewego i zaniku nerwu II oka lewego.

Pacjent złożył w prokuraturze zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa, w wyniku czego wszczęto postępowanie przygotowawcze. Na potrzeby tego postępowania został przeprowadzony dowód z opinii Zakładu Medycyny Sądowej w S. Sporządzający opinię zespół biegłych, opierając się na materiale dowodowym zgromadzonym przez organ prowadzący postępowanie przygotowawcze i na przeprowadzonych badaniach, ocenił, że zarówno pierwszy zabieg, jak i zabieg odbarczenia krwiaka oczodołu lewego u M.B. zostały wykonane prawidłowo, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy w dziedzinie medycyny i zasadami sztuki lekarskiej. Oceniono, że opieka medyczna nad pacjentem była prowadzona rzetelnie i według aktualnej wiedzy medycznej. Postępowanie umorzono.

Pan M.B. wytoczył powództwo cywilne wobec podmiotu leczniczego i ubezpieczyciela podmiotu. Żądał 350 tys. zł

zadośćuczynienia za uszczerbek na zdrowiu w postaci ślepoty lewego oka. Zakład ubezpieczeń wskazał, że niedrożność tętnicy środkowej siatkówki stanowiła powikłanie po zabiegu z 5 stycznia 2012 r. Ponadto takie powikłanie rokuje źle i skuteczne leczenie zdarza się w mniej niż 35 proc. przypadków.

Sąd powołał biegłych: otolaryngologów, psychologa, psychiatrę, kardiologa, w celu stwierdzenia uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Biegli jednoznacznie orzekli, że zabieg medyczny w postaci usunięcia polipów nosa przeprowadzono prawidłowo, nie dopatrzili się nieprawidłowości w zakresie kwalifikacji do zbiegu operacyjnego, zastosowanych procedur operacyjnych i postępowania pooperacyjnego. Zatem ujemne skutki w postaci wystąpienia u pacjenta zatoru tętnicy środkowej siatkówki oka lewego nie były następstwem błędu, ale stanowiły niepowodzenie prawidłowo wykonanych działań medycznych. Sąd po przeanalizowaniu materiału dowodowego oddalił roszczenie.

W tej sytuacji pacjent zwrócił się do prokuratury w celu wszczęcia postępowania karnego, gdyż materiał zgromadzony w tym postępowaniu stanowiłby na dalszym etapie cenny materiał dowodowy w postępowaniu cywilnym. Postępowanie cywilne umożliwia dopuszczenie dowodu z opinii sporządzonej na zlecenie organu władzy publicznej w innym postępowaniu. Jest to bardzo korzystne dla pacjentów, ponieważ pozwala na zmniejszenie kosztów procesowych w razie przegranego procesu.

Pytanie redakcji: Dlaczego powołano tak wielu biegłych?

Odpowiedź prawnika: Powołanie biegłych otolaryngologów miało służyć analizie poprawności przeprowadzonej procedury zabiegowej. Ponadto biegli oceniali, czy pacjent został prawidłowo przygotowany do zabiegu, czy zrealizowano obowiązek informacyjny, czy uprzedzono pana M.B. o możliwych powikłaniach. Biegły psycholog i psychiatra przedstawili opinie na temat stanu psychicznego pacjenta, który uległ pogorszeniu w wyniku powikłania. Gdyby sąd uznał winę podmiotu leczniczego, właśnie na podstawie oceny psychologiczno-psychiatrycznej można by rozpatrywać rozmiar krzywdy, której doznał pacjent. Opinia ta stanowiłaby dla sądu podstawę zasądzenia zadośćuczynienia za krzywdę, czyli szkodę niematerialną. Ponieważ trudno ją ocenić ze względu na brak właściwego wskaźnika umożliwiającego obiektywną ocenę, sądy biorą pod uwagę rozmiar krzywdy, cierpienia, strat na przyszłość, które poniósł pacjent. ●

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

PRAWNIK & LEKARZA

www.prawniklekarza.pl

 **CRÉDIT AGRICOLE**
TWÓJ BANK PEŁEN KORZYŚCI

**KREDYT
DLA LEKARZY**

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

 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.

REKLAMA



Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat

URUCHOMIONO CENTRALNY REJESTR OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYKONYWANIA ZAWODU MEDYCZNEGO

26 marca 2024 r. weszły w życie przepisy ustawy o niektórych zawodach medycznych.* Od tego dnia do wykonywania następujących zawodów medycznych: asystentka stomatologiczna, elektroradiolog, higienistka stomatologiczna, instruktor terapii uzależnień, opiekun medyczny, optometrysta, ortoptysta, podiatra, profilaktyk, protetyk słuchu, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej, terapeuta zajęciowy, będą uprawnione wyłącznie osoby, które zostaną wpisane do Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego. Rejestr ma umożliwiać pracodawcom i pacjentom sprawdzanie osób wykonujących poszczególne zawody medyczne. Jest prowadzony w systemie teleinformatycznym, a administratorem danych w nim przetwarzanych jest minister zdrowia. Szef resortu opublikował obszerną informację o dostępie do rejestru oraz sposobie jego funkcjonowania.*

jęcych zawodów medycznych: asystentka stomatologiczna, elektroradiolog, higienistka stomatologiczna, instruktor terapii uzależnień, opiekun medyczny, optometrysta, ortoptysta, podiatra, profilaktyk, protetyk słuchu, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej, terapeuta zajęciowy, będą uprawnione wyłącznie osoby, które zostaną wpisane do Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego. Rejestr ma umożliwiać pracodawcom i pacjentom sprawdzanie osób wykonujących poszczególne zawody medyczne. Jest prowadzony w systemie teleinformatycznym, a administratorem danych w nim przetwarzanych jest minister zdrowia. Szef resortu opublikował obszerną informację o dostępie do rejestru oraz sposobie jego funkcjonowania.*

DECYZJA RZECZNIKA PRAW PACJENTA DOTYCZĄCA LECZENIA NIEZGODNEGO Z AKTUALNĄ WIEDZĄ MEDYCZNĄ

Rzecznik praw pacjenta poinformował,* że wydał decyzję w sprawie naruszenia zbiorowych praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w związku z długotrwałym stosowaniem antybiotyków w leczeniu boreliozy (ILADS) oraz wykorzystywaniem terapii oligonukleotydami (SOT) w leczeniu pacjentów z chorobami onkologicznymi, bakteryjnymi, a także wirusowymi.

W toku postępowania rzecznik ustalił, że podmiot leczniczy stosuje u pacjentów w leczeniu chorób onkologicznych, bakteryjnych oraz wirusowych terapię SOT, polegającą na dożylnym podaniu oligonukleotydów wytworzonych z krwi pacjentów, przy czym przygotowanie preparatu ma miejsce w podmiocie mieszczącym się w Grecji. Poza tym podmiot ów stosuje metodę ILADS w leczeniu boreliozy, która przewiduje wielomiesięczne antybiotykoterapie, również z wykorzystaniem więcej niż jednego antybiotyku jednocześnie, mimo że obowiązujące standardy przewidują stosowanie pojedynczego antybiotyku najwyżej przez 30 dni.

Opierając się na stanowisku Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz opiniach siedmiu konsultantów wojewódzkich, rzecznik ustalił m.in., że stosowanie oligonukleotydów jest postępowaniem eksperymentalnym, a dotychczasowy stan wiedzy nie pozwala ocenić wpływu tej procedury na zwiększenie skutecz-

ności leczenia przeciwnowotworowego. W odniesieniu do leczenia ILADS przyjął natomiast, że jest ono niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, nie ma uzasadnienia medycznego, nie jest skuteczne, a także przynosi znaczne szkody dla zdrowia pacjenta. Konsekwencje stosowania wielomiesięcznej antybiotykoterapii obejmują trwałe uszkodzenie wątroby, trzustki, jelit, nerek, ośrodkowego układu nerwowego, zapalenie ścięgna oraz zwiększenie predyspozycji do zakażeń.

Rzecznik poinformował, że o opisanym przypadku zawiadomione zostały organy ścigania, a od podmiotu leczniczego stosującego wspomniane metody oczekuje ich zaniechania pod rygorem nałożenia kary pieniężnej do 500 tys. zł.

KOMUNIKAT MINISTRA ZDROWIA DOTYCZĄCY RECEPT ROCZNYCH

Minister zdrowia poinformował,* że na mocy ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw* od 1 marca 2024 r. obowiązują nowe zasady wystawiania i realizacji tzw. recept rocznych. Uruchomiono system informatyczny obliczający ilość leku, środka spożywczego lub wyrobu medycznego, przepisanego na e-receptę rocznej, jaką można wydać pacjentowi w aptece. System ma ułatwić osobie wystawiającej e-receptę precyzyjne zapisanie informacji o schematach dawkowania oraz okresie stosowania leku, środka spożywczego itd. Do 1 kwietnia 2024 r. oprogramowanie gabinetowe powinno zostać dostosowane do nowych rozwiązań.

PROJEKT NOWELIZACJI USTAWY O PUBLICZNEJ SŁUŻBIE KRWI

Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji publicznych projekt* nowelizacji ustawy o publicznej służbie krwi.* W uzasadnieniu projektu wskazano, że aktualny sposób

przeliczania oddanych składników krwi na krew pełną opracowano 17 lat temu. Jest bardzo uproszczony, więc nie wyczerpuje wszystkich możliwości pobierania składników krwi przy użyciu różnych typów separatorów komórkowych, jakimi dysponują centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Rozwiązaniem zaproponowanym w projekcie nowelizacji ustawy jest przeniesienie przepisów dotyczących przeliczania oddanych składników krwi na krew pełną z poziomu regulacji ustawowej na poziom aktu wykonawczego, w celu bardziej elastycznego określania istotnych jej cech oraz objęcia wszystkich możliwych typów.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH W SPRAWACH Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich ponownie wykazało znaczącą aktywność w kwestiach związanych z prawem medycznym.

Rzecznik zwrócił się ministra sprawiedliwości* w sprawie konieczności uchwalenia kompleksowej ustawy o biegłych sądowych. Resort miał rozpocząć prace nad projektem już w 2015 r., ale do dziś projekt nie powstał. Tak długa zwłoka negatywnie odbija się na rzetelności procesów sądowych, w których znacznie mają wiadomości specjalne, szczególnie z zakresu medycyny. Problem jest źródłem skarg kierowanych do rzecznika zarówno przez strony postępowań (na niedostateczną jakość opinii biegłych), jak i przez biegłych (na stawki wynagrodzeń).

RPO zwrócił się także do ministra zdrowia* o pilne zainteresowanie się sprawą i rozważenie dokonania stosownych zmian legislacyjnych w związku z pozbawieniem lekarzy psychiatrów możliwości wypisywania bezpłatnych leków. Zgodnie z art. 43a ust. 1 i 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,* poza lekarzami i pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej recepty na bezpłatne leki mogą wystawiać lekarz lub pielęgniarka w ramach umowy z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz lekarz w ramach

umowy z zakresu leczenia szpitalnego w związku z zakończeniem tego leczenia. Art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi, że opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień jest odrębnym od wymienionych zakresem. Oznacza to, że pacjenci do 18. roku życia oraz osoby w wieku powyżej 65 lat wypisywane z oddziału psychiatrycznego nie mogą otrzymać recepty na bezpłatne leki. Podobna sytuacja dotyczy również pacjentów centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych, ośrodków II i III poziomu referencyjnego nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, poradni zdrowia psychicznego, zespołów leczenia środowiskowego i oddziałów dziennych.

Ministerstwo Zdrowia udzieliło odpowiedzi na pytanie rzecznika* dotyczące zbyt długiego czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. Rzecznik zwracał uwagę, że lekarze zatrudnieni w szpitalach w oparciu o taką umowę pracują nawet dwie doby bez przerw na odpoczynek, a przepisy ustawy o działalności leczniczej, dotyczące wymaganých okresów odpoczynku i zasad pełnienia dyżurów, ograniczają się do zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia* wskazało, że nie są planowane prace legislacyjne dotyczące czasu pracy lekarzy. Podniesiono, że odpowiedzialność za kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z lekarzami i innymi osobami wykonującymi zawód medyczny w sposób, który pozwoli należycie dbać o dobro pacjenta, spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego. Również lekarz, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, których oświadczenie woli jest tak samo ważne przy zawieraniu umowy cywilnoprawnej, jak oświadczenie woli kierownika szpitala, powinni mieć na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy, zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej. ●

* Źródła:



BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

dla lekarzy i lekarzy dentyków
członków OIL w Warszawie

Dyżury prawników odbywają się:

w poniedziałek w godz. 10.00–18.00

od wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00

Adres

Warszawa, ul. Puławska 18 (wejście C)

Kontakt

prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl

728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



Gala Twórczości Lekarskiej „Wzajemne inspiracje”

23 MARCA W STREFIE KULTURY POLECZKI ODBYŁA SIĘ GALA TWÓRCZOŚCI LEKARSKIEJ „WZAJEMNE INSPIRACJE”, ZORGANIZOWANA PRZEZ KOMISJĘ DS. KULTURY OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE. BYŁO TO SPOTKANIE WIEŃCZĄCE KILKUMIESIĘCZNĄ PRACĘ TWÓRCZĄ LEKARZY MALUJĄCYCH, FOTOGRAFUJĄCYCH ORAZ PISZĄCYCH.

tekst **KATARZYNA WIERZBICKA**

Przewodnicząca Komisji ds. Kultury Bożena Hoffman-Golańska wiosną ubiegłego roku chciała zbliżyć do siebie lekarzy pasjonatów – tych, którzy uczestniczyli w warsztatach literackich w Domu Literatury, z malującymi w pracowni malarskiej oraz miłośnikami fotografii. Od maja 2023 r. w czasie warsztatów literackich wybierano utwór miesiąca, który był inspiracją dla malarzy i fotografików. Jednocześnie do literatów trafiał wybrany obraz miesiąca, by pobudzić ich do refleksji, zainspirować do napisania wiersza lub opowiadania. Wszyscy uczestniczący w przedsięwzięciu lekarze byli ciekawi, co z tego wyniknie, jaki będzie efekt wzajemnych inspiracji. Obrazy nie miały ilustrować wierszy,

wiersze nie miały opisywać obrazów. Fotografie miały być artystyczną wizją przeczytanych słów. Bożena Hoffman-Golańska zagrzewała wszystkich do pracy twórczej, miała niegasnący zapał i chyba dzięki temu na koniec roku powstał całkiem pokaźny zbiór literacko-malarsko-fotograficzny.

W czasie spotkań z cyklu „Ostry dyżur literacki” nad literatami czuwał prezes Związku Literatów Polskich Marek Wawrzekiewicz. Dzięki temu ich utwory poddawane kuracji warsztatowych uwag i cięć zyskiwały zdrowszą formę. Malarze, z Włodzimierzem Cerańskim na czele, pracowali intensywnie, a dzieła zaskakiwały literatów feerią barw i różnorodną



Fotografie: P. Kończyk

tematyką. Mirosław Żydecki, prowadzący sekcję, dostarczył wiele prac swych podopiecznych, ilustrujących poezję, a także artystyczne portrety twórców.

Wspaniała Gala Twórczości Lekarskiej połączyła słowa, obrazy i fotografie. Bożena Hoffman-Golańska oraz prof. Bohdan Wasilewski prezentowali efekt kilkumiesięcznych twórczych zabiegów. Przeplatali słowem literatów obrazy, a obrazami słowa. Zwrócili uwagę na istotną wartość pasji rozwijanych przez lekarzy, jako panaceum na zmęczenie po pracy i idealny sposób zapobiegania wypaleniu zawodowemu.

Wzajemne inspiracje miały swoje święto. Wzruszeni twórcy mogli obejrzeć odbicie swoich dzieł w pracach innych – każdego utworu literackiego w namalowanych obrazach, a każdego obrazu w zilustrowaniu słowem. Było to dla nich ciekawe doświadczenie. Zgromadzeni goście, z wiceprezes ORL w Warszawie Olgą Rostkowską oraz prezesem ZLP Markiem Wawrzkiwiczem, podziwiali efekty niebanalnej współpracy, które zaskakiwały różnorodnością i bogactwem form. Podniosły nastrój podkreśliła muzyka i śpiew lekarki-poetki Yordany Dranchuk. Po wspaniałej uczcie dla ducha przy lampce wina każdy mógł podyskutować o sztuce z twórcami.

My, lekarze twórcy, czekamy na kolejne inspiracje oraz wspaniałe inicjatywy Komisji ds. Kultury i dziękujemy serdecznie za wsparcie, możliwość rozwijania pasji, oddech od codziennych obowiązków i medycznych wyzwań. ●



Michał Tyrajski



Wiersz grudnia

„DOLINA ZAKONNIC”

i pomyśleć, że jeszcze niedawno żyli tu ludzie
który oceanu nigdy nie widzieli na oczy
urodził się i w życiu nie opuścił tego miejsca
a przecież oddalony jest stąd o czterdzieści kilometrów
byli to jedni z tych najbardziej rdzennych górali
z samego środka lha da Madeira
ale zapewne i wówczas jako godni wyspiarze
wiedzieli o nim dużo więcej niż ja
najwidoczniej sami być musieli jak ocean
choć mieszkał w dolinie pomiędzy górami
i może dlatego widoku tego prawdziwego co otacza wyspę
nigdy nie brakowało im do szczęścia w codziennym ułożonym trudzie
i nigdy nie żalowali że nie brodzą w falach
przy kamienistym brzegu
bo mieli wewnętrzne przekonanie i pewność
i wiedzę rzetelną że istnieje ocean który widać
i ocean którego nie widać
i jak dopatrzyć się podobieństwa między górami rozległymi jak ocean
a oceanem bezmiar wód
kiedy pada deszcz świeci słońce bywają i nie bywają lata-
pogodę kładą czuli w kościach
jak reumatyzm

i pomyśleć że jeszcze do niedawna żyli tu ludzie
który oceanu nie widzieli na oczy
urodził się i w życiu nie opuścił tego miejsca
a przecież oddalony jest stąd o czterdzieści kilometrów

ich zyciorysy nie były przecież przypadkowe
lecz mało kto pamięta
dzisiaj ich imiona

Zbigniew Lobodziński



Fotografie: B. Borys

Liga Mistrzów OIL w Warszawie



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nlelubowicza

ROZPOCZĄŁ SIĘ KOLEJNY, III SEZON ROZGRYWEK LIGI MISTRZÓW OIL W WARSZAWIE. PIERWSZE PIŁKARSKIE EMOCJE JUŻ ZA NAMI.

oprac. **MAŁGORZATA HNAT**

Otwierający rundę wiosenną mecz rozegrano 7 kwietnia w Bemowskim Ośrodku Piłki Nożnej. Na trybunach zasiedli: gość honorowy – Olga Rostkowska, wiceprezes ORL w Warszawie, i Krzysztof Herman, przewodniczący Komisji ds. Sportu ORL w Warszawie, sprawujący pieczę nad organizacją meczów z ramienia naszej izby.

W niedzielne popołudnie do rywalizacji w I kolejce stanęło 10 drużyn: Najlepsi, Pędzące Kochery, Iron Boyz, Dynamo Wołoska, Medicine United, FC Stylus, Chłopcy do Bicia, FC Biały Kieł, Healers United, FC Mazovia Szpitale Marszałkowskie. Wszystkie miały mnóstwo czasu na regenerację sił, wzmocnienie kadr i na trening. Rozegrały pięć meczów.

W tegorocznym sezonie wiosennym nie zawiedli Najlepsi. Odnieśli najwyższe zwycięstwo w tej kolejce, pokonując

Pędzące Kochery aż 16:0. Pięć bramek we wszystkich meczach zdobył zawodnik Najlepszych Krzysztof Bardecki.

Doskonale spisali się także Chłopcy do Bicia, którzy pokonali FC Biały Kieł 14:4. W tej drużynie najwięcej bramek (cztery) zdobył Łukasz Korolczuk. Dynamo Wołoska stanęło w szranki z Iron Boyz. Nominalni gospodarze mają za sobą kapitalną jesień – kroczyli zwyciężskim szlakiem przez osiem kolejek i dopiero w ostatniej przegrali walkę o złoty medal. Dynamo Wołoska pokonało Iron Boyz 2:0.

Organizatorem rozgrywek jest Liga Bemowska, a sponsorem III sezonu rozgrywek Ligi Mistrzów OIL w Warszawie – EMKA, polska firma utylizacyjna, która zajmuje się kompleksową realizacją usług z zakresu gospodarki odpadami (m.in. medycznymi). ●



XXXIV MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W TENISIE

GDYNIA 6-9.06.2024 r.

Zgłoszenia przyjmowane są
do 30.05.2023 r. do godz. 23.59

wyłącznie poprzez stronę PZT: www.pzt.pl

MIEJSCE: Klub Tenisowy ARKA, Gdynia, ul. Ejsmonda 3

ORGANIZATOR: Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku



X OTWARTE MISTRZOSTWA MAZOWSZA LEKARZY W PÓŁMARATONIE

w ramach 12. Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76

16 CZERWCA 2024 r., RADOM

Członkom OIL w Warszawie przysługuje ulga
w wysokości 50% opłaty podstawowej.

Rejestracja: polmaratonradom.pl



KURS SAMOOBRONY DLA LEKARZY

— CYKL SIEDMIU TRENINGÓW Z INSTRUKTOREM —



Każdy poniedziałek od 6 maja do 17 czerwca



COMBAT TJW w Warszawie,
ul. Chłodna 36/46, godz. 19.30

Zapisy na: izba-lekarska.pl/komunikat/samoobrona-dla-lekarzy-kurs



SPORTOWE NIEDZIELE

5, 12, 19, 26

maja 2024 r., w godz. 15.00–17.00

2, 9, 16, 23, 30

czerwca 2024 r., w godz. 15.00–17.00

Stadium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1



Ciekawą nieruchomość – dom z przychodnią (kontrakt POZ z NFZ), zagospodarowaną działkę z pięknym ogrodem i widokiem (2400 m² w Kotlinie Kłodzkiej) – **sprzedam**.

E-mail: posiadlosc2024@gmail.com, tel.: 726-139-217.

Książka na receptę



Podczas wykładu na konferencji „Książka na receptę” mówił pan o alarmujących wynikach badań sprawności fizycznej dzieci, szczególnie w wieku wczesnoszkolnym. Jakie najważniejsze korzyści zdrowotne przynosi regularna aktywność fizyczna na świeżym powietrzu oraz uprawianie sportu i dlaczego jest to tak ważne dla rozwoju dzieci?

Aktywność fizyczna jest jednym z aspektów pediatrii przyszłości. Tymczasem staje się jej prawdziwą bolączką, zwłaszcza że wytyczne WHO mówią o zalecanych dzieciom i młodzieży 60 minutach aktywności fizycznej trzy razy w tygodniu. Mamy dziś nie tylko fizjologiczne, ale i psychologiczne dowody słuszności takich zaleceń. Badania świadczą, że aktywne dzieci już w wieku przedszkolnym znacznie rzadziej zapadają na infekcje dróg oddechowych. Kolejnym aspektem jest kontakt z naturą. Dzieci, które go mają, uzyskują wyższe wyniki w testach koncentracji i samodyscypliny. Czas aktywnie spędzony na powietrzu obniża poziom stresu, zwiększa ciekawość i motywację do uczenia się. Oprócz wpływu na psychikę obserwuje się także wpływ kontaktu z naturą na procesy immunologiczne. Regularny wysiłek zmniejsza oczywiście ryzyko otyłości.

Fot. archiwum

LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ NIŻ LECZYĆ – PROFILAKTYKA ZABURZEŃ, ZARÓWNO W SFERZE DOBROSTANU FIZYCZNEGO, JAK I PSYCHICZNEGO, JEST DZIŚ FUNDAMENTEM OPIEKI LEKARSKIEJ NAD DZIEĆMI. PEDIATRIA PRZYSZŁOŚCI, WSPIERAJĄC ZDROWIE, MUSI DBAĆ TAKŻE O HARMONIJNY, HOLISTYCZNY ROZWÓJ PACJENTÓW, A JEJ WAŻNE ASPEKTY – AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA, KONTAKT Z NATURĄ, WYSIŁEK INTELEKTUALNY, MAJĄ JUŻ SZEROKIE POTWIERDZENIE W BADANIACH. Z **DR. HAB. N. MED. WOJCIECHEM FELESZKĄ**, LEKARZEM PEDIATRĄ, IMMUNOLOGIEM KLINICZNYM, NAUCZYCIELEM AKADEMICKIM Z WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO, ROZMAWIA ALEKSANDRA STRZELECKA Z FUNDACJI POWSZECHNEGO CZYTANIA.

Jakie rodzaje aktywności fizycznej na świeżym powietrzu są szczególnie korzystne dla rozwoju fizycznego i psychicznego dzieci, a także dla profilaktyki chorób?

Aktywność fizyczna to nie tylko sport, chociaż on w dużym stopniu pomaga realizować zalecenia dotyczące właściwego trybu życia. To także codzienne chodzenie, bieganie, czyli czynności, które można realizować w różny sposób i w różnych warunkach, nawet w drodze do szkoły, o ile oczywiście dzieci nie są odwożone samochodami. Co ciekawe, aktywność fizyczna na zewnątrz zalecana jest nawet mimo słabej jakości powietrza. Przeciwdziałanie epizodom smogowym jest bardzo istotne, powinno się jednak uwzględniać przebywanie na powietrzu.

Wspominał pan też o roli wspólnej lektury książek i spędzaniu czasu z młodszymi dziećmi. Jak czytanie wpływa na rozwój kognitywny, emocjonalny i społeczny małych pacjentów oraz jakie korzyści zdrowotne niesie, gdy odbywa się regularnie?

Pierwsze trzy lata życia to okres najbardziej intensywnego rozwoju dzieci. Istnieje bardzo wiele przeglądów systematycznych i danych, które pokazują, jak wczesne czytanie wzmacnia rozwój mowy i języka. Dzieci, którym rodzice czytają, mają także lepszą zdolność koncentracji, co przyczynia się do ich przyszłych sukcesów edukacyjnych. Czytanie stymuluje optymalny rozwój mózgu i motywuje do nauki, wzbogaca słownictwo, buduje umiejętność pisania i czytania samodzielnie. Stanowi także okazję do rozmowy. Wzajemna interakcja dorosłego z dzieckiem w procesie czytania tworzy relacje, co więcej – daje fundament umiejętności społeczno-emocjonalnych na całe życie.

Jak harmonijnie łączyć aktywność na świeżym powietrzu, uprawianie sportu i czytanie, aby wspierać całościowy rozwój dziecka i promować zdrowy tryb życia?

W pediatrii społecznej to dziś niezwykle ważne. Należy pamiętać o tym tak-



Fot. licencja OL w Warszawie

że w kontekście kształcenia lekarzy, podkreślając inne, obok fizjologii i farmakologii, istotne aspekty leczenia i wspierania prawidłowego rozwoju najmłodszych. Przede wszystkim trzeba zachęcać dzieci i rodziców do podejmowania wysiłku – organizowania czasu i przestrzeni do aktywności fizycznej, kreowania warunków do myślenia, poznawania i uczenia się. Czytanie książek jest wspaniałym zajęciem i należy o nim pamiętać. W ten sposób możemy wyzwolić pełny potencjał rozwojowy dzieci, dbając o ich dobrostan psychofizyczny. Temu wła-

śnie poświęcony jest program „Książka na receptę”, realizowany przez Fundację Powszechnego Czytania, którego sam jestem ambasadorem. Do założeń programu należy przede wszystkim szkolenie lekarzy i przekonanie ich do rekomendowania w gabinetach czytania dzieciom, jako elementu profilaktyki zdrowia. Poza tym – dotarcie do osób pracujących z dziećmi, rodziców, opiekunów i pokazanie im ogromnych korzyści dla zdrowia oraz rozwoju najmłodszych, jakie daje głośne czytanie już na bardzo wczesnym etapie życia. ●

**OBWIESZCZENIE NR 10/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 14 MARCA 2024 R.**

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

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

prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonych 14 marca 2024 r. wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, ogłasza się, że na zastępcę przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 została wybrana Agnieszka Skoczylas – lekarz.

§2

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

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



POLUBOWNE ROZSTRZYGANIE 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

KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ

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

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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

1 czerwca drugie spotkanie
„Rodzinnie z OIL w Warszawie“

w Parku Julinek w Lesznie
(koło Warszawy)

O rozpoczęciu zapisów poinformujemy
z wyprzedzeniem na naszej stronie internetowej.







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

Termin składania wniosków upływa
30 czerwca 2024 r.

DRUK RECEPT

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



 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza



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. Raszewska 54.

Dodatkowe informacje:
Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr n. med. Barbary Sarankiewicz-Konopki

wybitnej lekarki i niezastąpionej postaci dla samorządu lekarskiego,
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku III i IV kadencji, wiceprezes ORL IX kadencji,
wieloletniej przewodniczącej Komisji Kształcenia Medycznego.

Odeszła osoba zawsze niezwykle zaangażowana w sprawy samorządowe i rozwój edukacji lekarskiej.

Wyrazy współczucia Rodzinie, Bliskim i Przyjaciółom
składa Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.



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

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

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

◇ GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO

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

**SKORZYSTAJ
Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!**

Nieprzekraczalny termin
składania wniosków – 6 miesięcy.

Tel. 22 542 83 33

izba-lekarska.pl

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY



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-Kułaj

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, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Dominik Héj, 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 adyustacji 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.




NOWOŚĆ 2024

Ubezpieczenie OC w składce

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie


Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zapewnia lekarzom **bezpłatnie (w ramach opłacanej składki członkowskiej)** ochronę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) lekarza lub dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jeśli lekarz nie podlega ubezpieczeniu obowiązkowemu.


 **NOWOŚĆ**
W 2024 roku zakres ubezpieczenia **został dodatkowo rozszerzony o zwrot kosztów nieprawidłowej refundacji.**

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy

Gwarantujemy Ci pełną ochronę nie tylko podczas wykonywania zawodu, gdy może dojść do szkody w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych lub ich zaniechania niezgodnego z prawem, ale także w życiu prywatnym.

 **Ubezpieczenie utraty dochodu** – odszkodowanie nawet do 180 tys. zł

 **Ubezpieczenie ochrony prawnej** nawet do 500 tys. zł

 **Ubezpieczenie OC nadwyżkowe** – zakres ubezpieczenia możesz rozszerzyć o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną do wysokości aż 6 mln zł

 **Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)** związane z ekspozycją na HIV/WZW

 **Ubezpieczenie PZU Wojażer** dla lekarzy na cały rok



Każdy ubezpieczony lekarz otrzyma **do 20% zniżki na wybrane ubezpieczenia** (m.in. komunikacyjne, mieszkaniowe, turystyczne).

Korzyści z ubezpieczenia

- ✓ Podstawowy zakres ochrony prawnej
- ✓ Szeroki zakres ubezpieczenia
- ✓ Wysokie sumy gwarancyjne – aż do 6 mln zł
- ✓ Preferencyjna składka ustalona dla lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- ✓ Przeznaczona specjalnie dla lekarzy ścieżka obsługi szkód
- ✓ Dostęp do polisy w dowolnym momencie i z dowolnego miejsca
- ✓ Uprozczone formalności i oszczędność czasu
- ✓ Aplikacja online do zawierania ubezpieczeń
- ✓ Dedykowana infolinia/czat
- ✓ Możliwość opłacania składki online

ins INS Services

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

- ✓ dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50, 577 930 370, 577 930 380 lub 577 930 560 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- ✓ pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- ✓ za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w poszczególnych aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń (OWU) wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU, dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”. Promocja jest skierowana do lekarzy przystępujących do programu do końca trwania ubezpieczenia. Szczegóły promocji znajdziesz również w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

MATERIAŁ
MARKETINGOWY



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Artur Drobnik PREZES ORL

Olga Rostkowska WICEPREZES ORL

Tomasz Imiela WICEPREZES ORL

Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW

Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ

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

Piotr Winciuнас PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH

Jan Krzysztof Kowalczyk SKARBNIK

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. 12.00 do 12.30)
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
RZECZNIK PRASOWA Urszula Wolińska-Kułaż | u.wolinska@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