

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

CZERWIEC 2024 (nr 350)

TEMAT NUMERU:

CHOROBY RZADKIE

» Chorzy na żebrach

» Problemy psychiczne w chorobach rzadkich

» Choroby rzadkie i pacjenci – ofiary braku wiedzy oraz okrutnego optymizmu

» Medycyna kosmiczna... » Co właściwie robią psychiatry... » Wszystkiego najlepszego, Parlamencie!



DS AUTOMOBILES

Sztuka podróżowania

DS 7

W LEASINGU 101% DLA FIRM



DSautomobiles.pl

Oferta leasingowa skierowana do przedsiębiorców. Założenia przyjęte do komunikowanego całkowitego kosztu leasingu 101% to: okres – 24 miesiące, wpłata własna – 45%, wykup – 19%. Szczegóły oferty znajdują Państwo u autoryzowanego dealera DS Automobiles. Niniejsza informacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Zgoda na zawarcie umowy leasingu jest uzależniona od zdolności kredytowej klienta ustalonej zgodnie z procedurami leasingodawcy. Rzeczywisty wygląd i cechy pojazdu mogą się różnić od prezentowanych w materiale reklamowym.

Zapraszamy do zapoznania się z naszą ofertą aut dostępnych od ręki.

DS STORE Warszawa

al. Krakowska 206

02-819 Warszawa

tel.: 22 436 26 00

www.stellantisandyou.com

TEMAT NUMERU:

Choroby rzadkie

4 O chorobach rzadkich mówi się coraz częściej...

rozmowa
z Agnieszką Madej-Pilarczyk

8 Choroby rzadkie i pacjenci – ofiary braku wiedzy...

Maria Libura

11 Cichy sojusznik w walce...

Olga Rostkowska

12 Problemy psychiczne w chorobach rzadkich

rozmowa z Mają Krefft

16 Skazani na refundację

Małgorzata Solecka

18 Chorzy na żebrach

Paweł Walewski



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

2 Jedyny w swoim rodzaju

Kamila Hoszcz-Komar

3 Choroby rzadkie

– wyjątkowo trudny przeciwnik...

Artur Drobnik

SŁOWA NA ZDROWIE

7 Nietypowy, niepospolity...

Jerzy Bralczyk

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

20 Diagnostyczna odyseja pacjentów

rozmowa z Maciejem Czerniukiem

22 VIII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

24, 50 Biuletyn ORL

39 Bezpodstawne żądanie...

Monika Potocka

44 LUTW „Nestor”

46 Plener w Żyrardowie

Małgorzata Hnat

47 Liga Mistrzów OIL w Warszawie

Małgorzata Hnat

RELACJA

25 Nadzwyczajny

XVI Krajowy Zjazd Lekarzy

OPINIE

27 Sprawdzam

Małgorzata Solecka

28 „Czy jest na pokładzie lekarz?”

Hanna Odziemska

NOWE TECHNOLOGIE

30 Medycyna kosmiczna...

Artur Olesch

PSYCHIATRIA

32 Co właściwie robią psychiatrzy...

Łukasz Święcicki

REFLEKSJE O EUROPIE

34 Wszystkiego najlepszego, Parlamencie!

Dominik Héj

PRAWO

36 Potencjalne nowe zawody...

Sebastian Sikorski

40 Aktualności prawnomedyczne

Filip Niemczyk

Jedyny w swoim rodzaju

KAMILA HOSZCZ-KOMAR, zastępca redaktor naczelnej



Fot. K. Bartyzel

Oryginalny, wyróżniający się, unikatowy, niezwykły, niestandardowy, nieprzeciętny, niepowtarzalny, *etc.*, *etc.* Dziś każdy chce być wyjątkowy. Od tego zależy popularność i pozycja wśród znajomych, w otoczeniu oraz – może najbardziej – w wirtualnej rzeczywistości.

PORT W MIKOŁAJKACH, RESTAURACJA X

SCENA 1

Przeciętnej urody blondynka wkracza na dziób zacumowanej żaglówki i usiłuje zrobić sobie zdjęcie tak, aby zaprezentować świeżo kupioną biżuterię i jednocześnie złapać do kadru trochę widoku. Podobne próby podejmują jeszcze dwie osoby. Przed żaglówką stoi „potykacz”: Rejsy ze sternikiem od 850 zł/1 godz. oraz doklejona karteczka „Zaraz wracam”.

SCENA 2

Ta sama grupa ludzi siada przy stoliku z widokiem na Jezioro Mikołajskie. Kelnerka przyjmuje zamówienie i odchodzi. Zapada cisza. Goście zatapiają się w swoich telefonach. Co jakiś czas dwóch mężczyzn prezentuje sobie jakieś nagrania i wybucha śmiechem. Kiedy pojawia się posiłek, sytuacja z żaglówki powtarza się: kilkanaście prób wykonania idealnego zdjęcia z rybnym burgerem. A potem cisza.

PORT W MIKOŁAJKACH, INSTAGRAM

UJĘCIE PIERWSZE: opalona blondynka pręży się na dziobie białej żaglówki, w tle połyskują fale jeziora. Podpis: #wiatr we włosach, #żeglarze na szlaku, #pani kapitan #rejsy po mazurskich jeziorach

UJĘCIE DRUGIE: ekipa w restauracji – wykwintnie podany rybny burger, drinki w dłoniach, wszyscy uśmiechnięci. Podpis: #spontan w Mikołajkach #food porn #pogaduszki i plotecki #friends #najlepiej

O co w tym chodzi? Obserwując społeczeństwo, można doświadczyć pewnego rodzaju dysonansu. Z jednej strony panuje silna tendencja do bycia niebanalnym. O tym mają świadczyć niezwykle zdjęcia na profilach społecznościowych, coraz częściej zdobywane w karkołomny sposób lub z pominięciem prawa. Za historią, którą sprzedaje się ze zdjęciami, nie kryje się *de facto* nic, bo jedyne co interesuje ich autorów to kadry, a potem wklepywanie filtrów, dodawanie napisów i muzyki. Rzeczywisty świat nie istnieje. Chodzi tylko o wykreowanie swego wizerunku, przedstawienie fikcyjnego stylu życia. Co grupa znajomych zapamięta z wyjazdu do Mikołajek? Pewnie wysiłek, jaki włożyli w wykonanie zdjęcia. Co z tego będą mieli? Serduszka i lajki oraz zachwycone komentarze innych, którzy uwierzyli w historię rejsu po mazurskich jeziorach paczki przyjaciół.

Idąc tym tropem: nie trzeba czytać książek, wystarczy zrobić zdjęcie i napisać, że się czyta. Nikt tego nie sprawdzi. Media społecznościowe są studnią bez dna pełną błagierów. Błagierów, których obserwują inni błagierzy i pewien procent naiwniaków, którzy zaczynają wierzyć, że tylko oni mają zwyczajne (to znaczy mniej wartościowe) życie. Bycie zwyczajnym jest wręcz niewybaczalne. No i najważniejsze: jeśli nie zamieścisz czegoś na Instagramie, po prostu to się nie wydarzyło.

Z drugiej strony środki masowego przekazu, media społecznościowe, Internet zniechęcają do samodzielnego myślenia. Pod tym względem powinniśmy być zunifikowani i zawsze na czasie. Pod pozorem wolnego wyboru narzuca się nam, kogo mamy słuchać, co oglądać, co czytać, na kogo głosować, gdzie jeździć na wakacje, co ćwiczyć lub nie, co pić, gdzie być i kiedy. Ale ważny jest czas, bo wszystko szybko się zmienia. Dopiero co oblegana nowa kładka nad Wisłą przestała być modna. Tysiące zdjęć z kładki zalały media społecznościowe i dziś fotka na kładce jest już *passé*. Wniosek: mamy być zbiorem wyjątkowych osób, ale wyjątkowych w ten sam sposób.

Co ma wspólnego użytkownik mediów społecznościowych z rzadką chorobą? Jedno i drugie się kamufluje. Czy pacjenci cierpiący na rzadko spotykane schorzenia są „na czasie”? Czy społeczeństwo i system ochrony zdrowia patrzy na nich tak jak na wyjątkowych instagramerów? Sytuacja jest zgoła odwrotna. Często mierzą się z wykluczeniem społecznym, a system ich nie dostrzega. Mierzą się z utrudnionym dostępem do diagnostyki, brakiem finansowania leczenia. Społeczna wiedza o tego rodzaju chorobach jest niewielka, a chorzy są niewygodni, mimo że niebanalni. Niełatwo ich zdiagnozować, stanowią zatem wyzwanie także dla lekarzy. Nazywa się ich „medycznymi zebraми”. Dlaczego? Kiedy słyszysz stukot kopyt, myślisz: koń. Kiedy nagle wyłania się zebra, jesteś zdziwiony...

Czy jednak 3 mln pacjentów to naprawdę tak mało? To tak jakby chorowali wszyscy mieszkańcy Warszawy. Czy sytuacja „medycznych zebra” się zmieni? ●

Choroby rzadkie

– wyjątkowo trudny przeciwnik lekarzy i farmaceutów.

Nowe szanse dzięki budowie rozwiązań gromadzących i analizujących dane medyczne

ARTUR DROBNIAK, prezes ORL w Warszawie



Fot. P. Kończyk

Osoby z chorobami rzadkimi zwykle zdane są na długą i skomplikowaną walkę o samo postawienie diagnozy. Gdy nawet uda się doprowadzić do właściwego rozpoznania, opiekujący się nimi lekarze często nie mają możliwości skutecznego leczenia. W tych przypadkach trudno mówić o badaniach klinicznych mających na celu potwierdzenie efektywności terapii. Zwykle posługujemy się bliżej niezbadanymi dla tych przypadków metodami, stosowanymi w leczeniu innych schorzeń o podobnych objawach lub u innych osób z daną chorobą rzadką.

Setki chorych na cukrzycę jesteśmy w stanie zgromadzić i przebadać na terenie jednego większego powiatu w Polsce. W przypadku chorób rzadkich populacja o takiej liczebności może być populacją wszystkich chorych na świecie.

Dlatego jednym z pierwszych kroków ku skutecznej walce z chorobami rzadkimi jest zgromadzenie, w ramach prac wielośrodkowych, jak największej ilości rzetelnych danych o pacjentach chorujących w różnych państwach. O wadze danych medycznych, szczególnie w czasie, gdy już masowo tworzone są różne algorytmy sztucznej inteligencji wykorzystywane w medycynie, nie trzeba długo przekonywać. Wciąż nie mamy jednak ujednoliconych danych medycznych i nie są one najlepszej jakości. Nie wątpię, że to się zmieni i pojawi się szansa pomocy m.in. osobom cierpiącym na choroby rzadkie.

Komisja Europejska w ramach strategii w zakresie danych (przedstawionej w lutym 2020 r.) zapowiedziała utworzenie jednolitego europejskiego rynku danych w celu usunięcia przeszkód w ich wymianie. Dla zdrowia przewidziano jeden z filarów tego rynku – Europejską

Przestrzeń Danych Dotyczących Zdrowia, tzw. EHDS. Państwa członkowskie UE już wkrótce będą zobowiązane do opracowania prawnych i technicznych rozwiązań dających możliwość zbierania odpowiednich danych medycznych i ich wymiany. Ponadto zostaną zobligowane do stworzenia bądź wyboru jednego organu zarządzającego dostępem do danych dotyczących zdrowia, który będzie właściwym podmiotem do weryfikacji wniosku o udzielenie dostępu i podjęcia decyzji. Proszę sobie wyobrazić, jak wielką władzę i odpowiedzialność będzie miał ten organ, szczególnie dla wspomagania rozwoju rozwiązań wykorzystujących sztuczną inteligencję oraz ich testowania i walidowania.

W mojej opinii lekarze nie zdają sobie jeszcze sprawy, na skraju jakiej rewolucji stoi wykonywanie naszej codziennej pracy. W pierwszej kolejności zmiany dotkną zapewne elektronicznej dokumentacji medycznej i repozytoriów. Nie wątpię, że na świadczeniodawców, również prowadzących indywidualną praktykę, zostaną nałożone kolejne obowiązki administracyjne.

Po drugie, zmieniony zostanie sposób prowadzenia badań naukowych i klinicznych. Powód jest prosty – będziemy dysponować znacznie większą ilością danych, nieograniczonych jedynie do lokalnych populacji.

Po trzecie, analiza danych na pewno przyniesie ogromne zmiany w zakresie dotychczas stosowanych terapii – analiza tzw. Big Data szybko pokaże realne oddziaływanie farmakoterapii w przypadku różnych chorób.

Podsumowując: chciałbym, byśmy zaczęli dostrzegać, że DANE MEDYCZNE TO ZŁOTO XXI WIEKU. Niewielu jeszcze uległo „gorączce” ich poszukiwania. ●

O chorobach rzadkich mówi się coraz częściej...



Fot. A. Chęcińska

CHORÓB RZADKICH JEST OKOŁO 8 TYS., W TYM 80 PROC. UWARUNKOWANYCH GENETYCZNIE. CIERPIĄCY NA SCHOROZENA RZADKIE STANOWIĄ 6-8 PROC. POPULACJI. – W POLSCE TO 2-3 MLN OSÓB. DLATEGO TAK BARDZO POTRZEBNA JEST MOŻLIWOŚĆ KORZYSTANIA Z WYNIKÓW NOWOCZESNYCH BADAŃ I Z TERAPII CHORÓB GENETYCZNYCH ORAZ ICH PEŁNA REFUNDACJA – PRZEKONUJE DR HAB. N. MED. **AGNIESZKA MADEJ-PILARCZYK**, SPECJALISTA GENETYKI KLINICZNEJ I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH, KIEROWNIK ZAKŁADU GENETYKI MEDYCZNEJ INSTYTUTU „POMNIK – CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”.

rozmawiała **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Kiedy należy pomyśleć o diagnostyce genetycznej?

Jeżeli u dziecka występują wady wrodzone, jeżeli obserwujemy zaburzenia neurorozwojowe, w wywiadzie rodzinnym szczególnie ważne są informacje np. o nagłych zgonach dzieci lub chorobach, które można zidentyfikować u wielu członków rodziny. Wystarczy wytypować pacjenta z objawami i jeżeli u niego zostanie znaleziony defekt genetyczny, trzeba zbadać całą rodzinę. Przykładowo, genetycznie uwarunkowane choroby kardiologiczne – kardiomiopatia, arytmia, niosą duże niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia, a ich pierwszym objawem może być nagły zgon sercowy. Zagrożeni pacjenci powinni być poinformowani o ryzyku związanym z rozpoznaniem i objęci stałym monitorowaniem istotnych parametrów w ośrodku specjalistycznym. Podobne postępowanie jest wskazane w przypadku dziedzicznej predyspozycji do nowotworów.

W jakim wieku pacjenci trafiają do Poradni Genetycznej Centrum Zdrowia Dziecka?

W różnym. Dzieci urodzone z widocznymi wadami lub nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego noworodków, które w tej chwili obejmuje w Polsce ponad 30 chorób wrodzonych, mają szansę uzyskać diagnozę dość wcześnie. Niestety, nadal wielu pacjentów jest kierowanych do nas dopiero w wieku kilku – kilkunastu lat. Duży odsetek stanowią pacjenci z różnymi zaburzeniami neurorozwojowymi: niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami ze spektrum autyzmu, padaczką. Na badania trafiają nastolatki i dorośli. Działamy w szpitalu pediatrycznym, ale genetyka jest specjalnością, w której diagnostyka i poradnictwo dotyczy całych rodzin: rodziców, rodzeństwa, nawet dziadków naszych pacjentów, a diagnoza może ukierunkować leczenie i mieć wpływ chociażby na dalsze decyzje prokreacyjne w rodzinie. Sporą grupę stanowią też nasi dawni pacjenci pediatryczni, którzy w dzieciństwie nie mieli szans na skorzystanie z nowoczesnych testów genetycznych. W ostatnich 20 latach do-

konał się ogromny postęp w genetyce, więc dzisiaj wielu z nich możemy pomóc. Na pewno chcielibyśmy przyjmować jak najwięcej pacjentów.

Postęp nauki to jedno, a realia to drugie. Cierpiący na choroby rzadkie zbyt długo czekają na diagnozę.

Odyseja diagnostyczna pacjentów ma wiele przyczyn. W poradni genetycznej IPCZD udzielamy około 7 tys. porad rocznie i ich liczba systematycznie rośnie. Wydajemy też rocznie kilka tysięcy wyników badań.

Borykamy się jednak z niedoborem kadr. Specjalistów w dziedzinie genetyki klinicznej mamy w Polsce około 140, wielu z nich jest już na emeryturze. Niektórzy specjalizują się w wybranych obszarach genetyki, np. onkogenetyce. Dla części z nich, np. neonatologów i ginekologów, genetyka jest drugą specjalizacją.

Zbyt mało jest także bioinformatyków, a ich praca wymaga specjalistycznej wiedzy i długiego kształcenia się. Nie dysponujemy również odpowiednią ilością sprzętu. Nasz Zakład Genetyki Medycznej nie ma własnego sekwencjatora nowej generacji. Współpracujemy z ośrodkiem poza instytutem, który wykonuje badania bardzo dobrej jakości.

Na zagranicznych kongresach, zjazdach, spotkaniach naukowych przekonujemy się, że pod względem myśli naukowej, wiedzy i doświadczenia kadr Polska absolutnie nie ustępuje innym krajom. Natomiast mamy jeszcze sporo do nadrobienia w zakresie wyposażenia ośrodków w niezbędne urządzenia, które są kosztowne, a ich brak sprawia, że nie jesteśmy konkurencyjni, a jednocześnie ponosimy wyższe koszty działalności. Odrębną kwestią jest finansowanie i rozliczanie poszczególnych procedur – inne w przypadku pacjentów z oddziałów szpitalnych, inne w przypadku pacjentów poradni genetycznej. Badania genetyczne, te nowoczesne, wielkoskalowe, które oferujemy pacjentom, są drogie.

Refundacja NFZ jest nieadekwatna do wysokości ponoszonych kosztów, szczególnie w przypadku pacjentów hospitalizowanych. W poradni genetycznej zakres refundacji również nie pokrywa pełnych kosztów najnowocześniejszych badań genetycznych, takich jak: mikromacierze aCGH, które umożliwiają ilościowe badanie materiału genetycznego, tj. wykrywanie mikrodelecji i mikroduplikacji, jak również sekwencjonowanie nowej generacji, pozwalające na jednoczasową analizę wybranego panelu genów lub całego eksomu, czyli sekwencji kodujących białka wszystkich 25 tys. genów. Ostatnie z wymienionych badań staje się na świecie złotym standardem. Zabiegamy zatem o to, aby badania NGS podlegały w Polsce pełnej refundacji i znalazły się w koszyku świadczeń.

Dostęp do diagnostyki i terapii, a także do wiarygodnych informacji został określony w założeniach Planu dla Chorób Rzadkich. Na jakim etapie jest jego realizacja?

Przygotowanie planu zostało zainicjowane przez środowisko pacjentów w 2011 r., ale dopiero jego trzecia wersja została przyjęta Uchwałą Rady Ministrów z 24.08.2021 r. Jego celem była poprawa dostępności innowacyjnych usług opieki zdrowotnej w chorobach rzadkich, w tym diagnostyki i terapii. Leczenie dostępne jest tylko w przypadku kilku procent chorób rzadkich, przy czymowa terapia genetyczna – w przypadku nielicznych. Przykładem jest terapia stosowana w rdzeniowym zaniku mięśni (SMA) – tzw. najdroższa terapia genetyczna na świecie, obecnie już refundowana w Polsce.

Celem planu jest również poszerzenie wiedzy o chorobach rzadkich, a także zapewnienie płynnego przejścia z opieki pediatrycznej do opieki nad pacjentem dorosłym z chorobą rzadką. Staramy się nie zostawiać żadnego pacjenta bez porady, bez wyjaśnienia lub wskazania, gdzie mógłby uzyskać pomoc. Poradni genetycznych jest już sporo, również poradni z refundowaną diagnostyką.

Plan dla Chorób Rzadkich ma etapy przygotowawcze, jest wdrażany stopniowo. W jego ramach utworzono ►►

► internetową platformę informacyjną, która zawiera listę chorób rzadkich wraz z ich krótkim opisem, a docelowo ma dostarczać informacje m.in. o świadczeniodawcach, organizacjach pacjentów, programach lekowych, badaniach klinicznych. Wykaz chorób rzadkich jest zgodny z zasobami internetowej

nadano tylko 8 proc. chorób rzadkich, kod ICD-11 ma zaś 12–16 proc. Z pomocą znów przychodzi wspomniany już Orphanet. Nomenklatura i klasyfikacja chorób rzadkich Orphanet pozwala na jednoznaczny identyfikację chorób rzadkich, którym losowo przypisywany jest specjalny i unikalny kod, tzw. kod

niem do sieci, stają się ośrodkami eksperckimi chorób rzadkich w Polsce.

Które przypadki chorób rzadkich odnotowane w Polsce są najrzadsze?

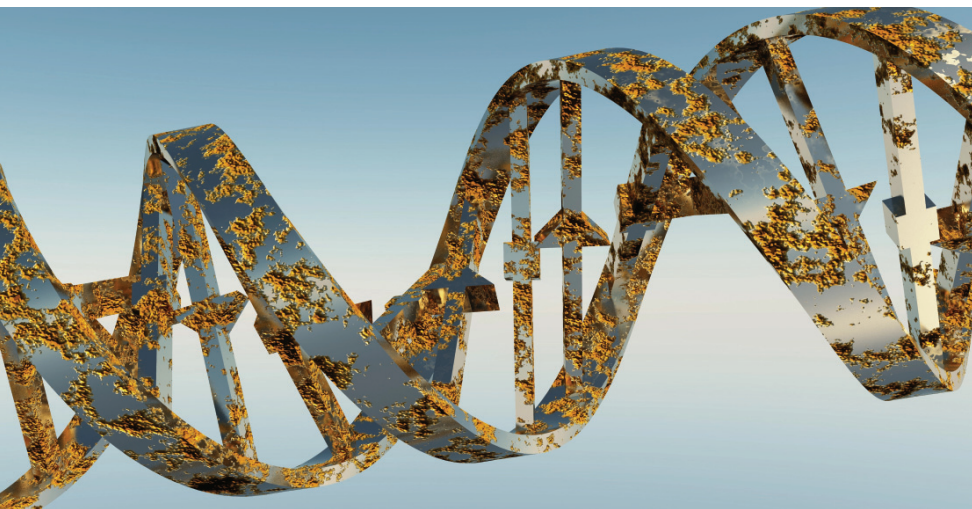
Przykładowo: niektóre choroby metaboliczne, padaczka, niepełnosprawność intelektualna powiązana z mutacją w jednym konkretnym genie czy niezwykle ciekawa i różnorodna grupa chorób związanych z mutacjami w genie LMNA, które mogą objawiać się np. dystrofią mięśniową, chorobą serca, atrofią tkanki tłuszczowej lub zespołem przedwczesnego starzenia, czyli progerią – to wszystko choroby ultraradkie, występujące z częstością 4–8 na 1 mln osób.

Rzadka choroba częściej spotykana w poradni genetycznej to np. neurofibromatoza typu 1, objawiająca się plamami o typie „kawy z mlekiem” na skórze i obecnością nerwiakowłókniaków, ale miewająca poważne następstwa onkologiczne w postaci glejaków nerwów wzrokowych i guzów w ośrodkowym układzie nerwowym.

Czy o chorobach rzadkich mówi się zbyt rzadko?

Na szczęście coraz częściej. Powszechna społeczna świadomość istnienia tych schorzeń stopniowo się zwiększa. Pacjenci i ich rodziny dzięki mediom społecznościowym zyskują łatwiejszy dostęp do informacji, a dzięki postępowi nauki dostajemy nowe narzędzia diagnostyczne. Pojawiają się nowe terapie, z których stopniowo możemy coraz szerzej korzystać. Problematykę dostrzega Ministerstwo Zdrowia. Mamy nadzieję, że Plan dla Chorób Rzadkich będzie kontynuowany i rozwijany. Z niecierpliwością czekamy na nowe wyceny świadczeń i zapowiadany paszport pacjenta z chorobą rzadką. Marzeniem nie tylko moim jako genetyka klinicznego, ale myślę, że również marzeniem pacjentów z chorobami rzadkimi w Polsce jest, aby zagrała dla nich Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy.

Warto pamiętać, że katalog chorób rzadkich nie jest zamknięty. Wciąż dopisujemy do niego nowe jednostki. ●



Graf. licencja OIL w Warszawie

encyklopedii chorób rzadkich Orphanet, które systematycznie są tłumaczone na język polski przez zespół Orphanet Polska.

Powstaje również Polski Rejestr Chorób Rzadkich. Kiedy będzie gotowy?

Mam nadzieję, że niebawem. Jego celem jest ewidencjonowanie i monitorowanie chorób rzadkich w Polsce na potrzeby epidemiologii, gdyż pozwoli policzyć pacjentów cierpiących na rzadkie i ultraradkie choroby. Takie dane są istotne dla poszerzenia wiedzy o naturalnym przebiegu klinicznym chorób rzadkich, kształtowania polityki zdrowotnej, opieki nad pacjentami, jak również opieki transgranicznej oraz projektowania i prowadzenia badań naukowych.

Najtrudniejszym zadaniem w procesie tworzenia rejestru jest kodowanie chorób rzadkich. Polski system ochrony zdrowia koduje choroby według międzynarodowego systemu klasyfikacji chorób ICD-10, a wkrótce ICD-11. Tymczasem dokładny kod ICD-10

ORPHA. Orphanet liczy już 26 lat i obecnie identyfikuje ponad 6 tys. chorób rzadkich. Co rok lista wydłuża się o około 50 nowo opisanych chorób rzadkich.

Centrum Zdrowia Dziecka należy do Europejskich Sieci Referencyjnych Chorób Rzadkich. Czym one są?

European Reference Networks (ERNs) to inicjatywa mająca na celu poprawę dostępności diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami rzadkimi. Sieci jest 24, należy do nich ponad 300 szpitali z 25 państw. W Polsce jest 45 ośrodków ERN.

Centrum Zdrowia Dziecka uczestniczy w siedmiu projektach sieciowych, m.in. dotyczących wad wrodzonych i rzadkich niepełnosprawności intelektualnych, dziedzicznych zaburzeń metabolicznych, immunologicznych, chorób wątroby, padaczek, transplantacji oraz nowotworów u dzieci i młodzieży.

Placówki ERN, z racji wcześniejszych audytów wymaganych przed przystąpie-

Nietypowy, niepospolity, niezwykły, nieprzeciętny

NIKIEDY ZNACZENIA SŁÓW, A CZĘŚCIEJ ICH KONOTACJE, UJAWNIAJĄ SIĘ W ZESTAWIENIU SŁOWA Z JEGO ZAPRZECZENIEM. ZWYKŁY DLA WIELU OZNACZA TYLKO, CO *NORMALNY*, ALE O ILE *NIEZWYKŁYM* NIEMAL KAŻDY CHCIAŁBY BYĆ, TO *NIENORMALNYM* WRĘCZ PRZECIWNIE. I ZWYKŁOŚĆ UJAWNIA TAK SWOJE MNIEJ ATRAKCYJNE STRONY, A *NORMALNOŚĆ* STAJE SIĘ CZYMŚ POŻĄDANYM.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bortyzel

Niezwykły to słowo, którym często obdarzamy ludzi, ich cechy, zjawiska, zdarzenia – wtedy, gdy chcemy podkreślić nie tylko wyjątkowość, ale wyjątkowość pozytywną, nawet wręcz wyjątkową. Tak często bywa ten przymiotnik stosowany perswazyjno-promocyjnie, że się nieco zdewaluował, zdesensytyzował, stracił moc. Jeśli mamy do czynienia ze zbyt wieloma niezwykłymi rzeczami, stają się zwykłymi albo się zbliżają do zwykłości. *Nieprzeciętny* czy *niepospolity* to słowa rzadziej używane, mniej wytarte, ale i tak lepiej się przed ich użyciem zastanowić – czy istotnie mowa o czymś, co nie mieści się w przeciętności i co poza pospolitością wykracza. Są też one wygodnie w pochwałach stosowane, co bierze się po części stąd, że są trudne do weryfikacji, a bodaj jeszcze bardziej do falsyfikacji. I w ich przypisywaniu postrzegamy wprawdzie konwencjonalnie tłumaczoną, lecz jednak arbitralność.

Przeciętność mało jest lubiana, mimo że można często precyzyjnie ustalać różne średnie, nie lubimy być nie tylko pod średnią, ale i w niej. Wolimy być powyżej, zwłaszcza *znacznie powyżej*. Kiedy coś jest *przeciętne*, średnie, nie ma w sobie nic atrakcyjnego. *Pospolitość* byłaby może lepsza, gdybyśmy pamiętali o jej dawnym użyciu, które pojawiało się i w *rzeczy pospolitej* więc publicznie godnej. Ale dziś ona już raczej, za Wyspiańskim, skłonna jest pospolicie skrzeczeć.

Najbardziej uczciwa, bo często (może nawet zwykłe?) pozbawiona oceniających konotacji, jest *nietypowość*. Nie jest przeciętna, bo nie wiąże się z uśrednieniem, nie jest bynajmniej pospolita, bo nie spotyka

się jej na każdym kroku, nie jest zwykła i niezwracająca przez to uwagi, nie jest też normalna, bo od normy właśnie odstaje. Po prostu nie mieści się we wcześniej poznanym, ustalonym i utrwalonym w naszej świadomości typie.

Typ, gatunek, rodzaj – to nimi, czasem w języku potocznym ich nie rozróżniając, klasyfikujemy rzeczy, zdarzenia, zjawiska, ludzi wreszcie. Ale o ile cechy *gatunkowości* i *rodzajowości* wiążą się nadal z raczej ściśle pojmowanym kategoryzowaniem, *typowość* weszła do języka potocznego. *To typowe* – mówimy o czymś, i wydaje nam się, że uchwyciliśmy niemal istotę zjawiska. *To dla niego typowe* – mówimy, pokazując, że go znamy. *Znamy ten typ. Ten typ tak ma. Typowy objaw*.

Co ciekawe, nawet postrzeżenie nietypowości zdaje się pokazywać naszą kompetencję. *To dla niego (dla tej sytuacji, dla tego procesu) nietypowe* – mawiamy, pokazując, że typ znamy, lecz to się w nim nie mieści. Szczególnie objawy mają skłonność to nietypowości.

To jest dość, można powiedzieć, typowe dla naszych postrzeżeń, zachowań, wypowiedzi. I to jest nasz zwykły, normalny sposób reagowania na to, co jawi nam się jako trudniej wytłumaczalne. I pewnie dobrze by było zmienić klasyfikacje, ustalić nowe normy... Ale to jest o wiele trudniejsze, niż nazwać jakieś zjawisko *nietypowym*. A gdy jesteśmy niezaprzeczalnie kompetentni, możemy mówić nawet o *atypowości*.

Typowy objaw naszej słabości lub naszych uchybień poznawczych. ●

Choroby rzadkie i pacjenci – ofiary braku wiedzy oraz okrutnego optymizmu

CHOROBY RZADKIE W EUROPIE TO SCHORZENIA, KTÓRE DOTYKAJĄ NIE WIĘCEJ NIŻ 5 NA 10 TYS. OSÓB. W PRAWODAWSTWIE UNII EUROPEJSKIEJ PODKREŚLA SIĘ, ŻE SĄ TO CIĘŻKIE, CZĘSTO ZAGRAŻAJĄCE ŻYCIU SCHORZENIA, KTÓRYCH LECZENIE WYMAGA SZCZEGÓLNYCH, SKOORDYNOWANYCH WYSIŁKÓW WIELU SPECJALISTÓW. PONIEWAŻ JEST ICH WIELE – NAWET OKOŁO 8 TYS. JEDNOSTEK CHOROBOWYCH – STANOWIĄ NIEBAGATELNY PROBLEM SPOŁECZNY.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szafrański

Wedle różnych szacunków 3,5–5,9 proc. światowej populacji obciążonych jest chorobami rzadkimi: 17,8–30,3 mln ludzi w Unii Europejskiej i 263–446 mln na całym świecie. Paradoksalnie więc choroby rzadkie są częste, a ich złożony charakter to wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej.

20 LAT OCZEKIWANIA NA ROZPOZNANIE

„Kiedy słyszysz tętent kopyt, myślisz o koniach, a nie o zebdach” – to powiedzonko kojarzy się z chorobami rzadkimi, bo obrazowo oddaje naturę problemów wynikających z ich rzadkości. Z przywołanej wcześniej definicji, przyjętej przez UE, wynika, że choroby rzadkie są dość szczególną kategorią. Brak im bowiem wspólnego mianownika w postaci tradycyjnych kryteriów *stricte* medycznych, takich jak: etiologia, patogenezą, umiejscowienie w określonych narządach, objawy. Łączy je za to zaskakująca zbieżność losów pacjentów, którzy często latami błąkają się w labiryncie systemu ochrony zdrowia, zanim ktoś postawi właściwe rozpoznanie. Nietypowe konstelacje objawów narażają pacjentów na podejrzenia o symulowanie choroby, a pielgrzymki po różnych ośrodkach czekały się określenia „odyseja diagnostyczna”. Rekordziści czekają na rozpoznanie nawet 20 lat od pojawienia się pierwszych, niepokojących objawów. W tym czasie nie tylko nie wiedzą, co im dolega, ale też poddawani są niepotrzebnym, a nawet szkodliwym terapiom.

BIAŁE PLAMY

Niestety, rozpoznanie to nie koniec trudności piętrzących się przed pacjentami i lekarzami. Kolejnym torem przeszkód jest szukanie sposobów leczenia albo przynajmniej spowolnienia postępów choroby. Pacjenci zderzają się z brakiem podstawowej wiedzy o swoich problemach nawet w placówkach ochrony zdrowia. Niejednokrotnie sam pacjent lub bliska mu osoba musi przedstawiać personelowi medycznemu podstawowe fakty o rzadkiej chorobie. Zdobywanie wiedzy o nietypowych reakcjach na leki, specyficznych zagrożeniach i potrzebach staje się obowiązkowym programem, a nowo zdiagnozowanych pacjentów kształcą... pacjenci bardziej doświadczeni. Chorzy tworzą więc wspólnoty, coraz częściej w mediach społecznościowych, w których dzielą się wiedzą i doświadczeniem. To wymiana na wagę złota, gdyż zdecydowana większość chorób rzadkich prędzej czy później wymaga niezwykle intensywnej opieki medycznej. Kilkanaście wizyt w różnych poradniach w miesiącu, hospitalizacje, których celem bywa podanie leku w ramach specjalnego programu lekowego, przeplatane sesjami fizjoterapii, logopedycznymi itp. – to codzienność, która wymaga dużej sprawności logistycznej i umiejętności zarządzania czasem.

Nie pomaga fakt, że wielu lekarzy pierwszego kontaktu, a nawet specjalistów, obawiając się

takich nietypowych pacjentów, odsyła ich nawet z błahymi, codziennymi problemami zdrowotnymi do formalnych lub nieformalnych centrów eksperckich. To dodatkowe obciążenie dla chorych, którym wizyty w placówkach leczniczych i tak pożerają znaczną część czasu, utrudniając pracę zawodową, komplikując i tak już niełatwe życie rodzinne. Wymykający się schematom pacjenci otrzymują liczne skierowania na konsultacje i bywają poddawani wielu, nie zawsze potrzebnym, badaniom diagnostycznym. W Polsce brakuje bowiem rozwiązań organizacyjnych wymuszających współpracę między placówkami opiekującymi się danym chorym. Zamiast wysyłać informacje, wysyłają w podróż pacjenta.

STRACH PRZED „INNYM”

Ma to doniosłe konsekwencje dla najbliższych osoby dotkniętej chorobą rzadką. Warto przypomnieć, że nawet 80 proc. chorób rzadkich ma podłoże genetyczne, a 50 proc. nowych rozpoznai dotyczy dzieci. To zaś oznacza, że pacjent odbywa wszystkie opisane peregrynacje z rodzicem, i bez tego umęczonym codzienną opieką nad ciężko chorym dzieckiem. Wiele chorób rzadkich daje objawy dotyczące układu nerwowego, niebagatelna część wpływa na rozwój psychomotoryczny, skutkując obrazem klinicznym, w którym obecna jest niepełnosprawność ruchowa i intelektualna, zaburzenia neuropsychiatryczne, padaczka itd. Ze względu na to, że pacjenci z chorobami genetycznymi od poczęcia rozwijają się

inaczej niż większość populacji, u części z nich występuje odmienny rozwój poznawczy, trudności w nauce, a także ciężkie zaburzenia zachowania. Niepełnosprawność intelektualna nie polega na tym, że dana osoba „zatrzymuje się w rozwoju”. Stara nomenklatura opóźnienia w rozwoju przesłania fakt, że w tych przypadkach ma miejsce rozwój alternatywny, odbiegający często w zaskakujący sposób od statystycznej większości.

Jeśli chodzi o niepełnosprawność intelektualną i zaburzenia zachowania, wywołane przez rzadkie zespoły genetyczne, jesteśmy mniej więcej na tym samym etapie, co w przypadku autyzmu, gdy królowała teoria zimnych matek – rodziców wini się często za objawy schorzenia występujące u dziecka. Nauka odkrywa związki między genotypem i fenotypem behawioralnym, a szkolny psycholog doszukuje się źródeł aberracji i trudnych zachowań w „układzie rodzinnym”. To nic, że podręcznikowo łączą się z daną chorobą pewne objawy, np. wilczy apetyt w zespole Pradera i Williego. W tym samym zespole występują też zaburzenia zdrowia psychicznego – jeden z podtypów wiąże się z bardzo wysokim ryzykiem stanów psychotycznych. Ba, wiemy, że zwykle ujawniają się one w okresie nastoletnim. Mimo to konsultacje psychiatryczne nie stanowią integralnej ścieżki opieki nad takim pacjentem. Jeśli rodzic dowie się z wczesności od innych rodziców, czego się spodziewać, zaaranżuje z wyprzedzeniem wizytę w poradni i pomoc dla dziecka. Mniej obrotni skazani są na tułanie się po SOR w momencie kryzysu, gdy wszystko wymyka się spod kontroli. ▶▶

REKLAMA

 **CRÉDIT AGRICOLE**
TWÓJ BANK PEŁN 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.

- ▶ Nic dziwnego, że w skrajnych przypadkach zdesperowani pacjenci emigrują w poszukiwaniu specjalistów i terapii, jeśli np. nowoczesnemu leczeniu mogą się poddać w innym kraju Unii Europejskiej. Przeprowadzki do większych miast, a nawet emigracja, bywają też motywowane skrajnie nieprzyjaznym chorobom wrodzonym polskim systemem zabezpieczenia społecznego. Brak wsparcia socjalnego, opieki wychnieniowej, ratującej rodziców przed wypaleniem opiekuńczym, krótkoterminowość orzeczeń uprawniających do świadczeń – wszystko to skazuje rodziny na wykluczenie społeczne.

DOKSZTAŁCIĆ SZKOŁY

Niedostatek informacji na temat „dziwnej” jednostki chorobowej i lęk przed nieznanym dają bowiem o sobie znać praktycznie w każdej dziedzinie życia. Dotknięte chorobami rzadkimi dzieci mają często kłopoty z odnalezieniem się w systemie edukacji. Nawet wówczas, gdy utrzymują się w normie intelektualnej. Łatka choroby genetycznej w Polsce jest piętnem, niemalże przyzwoleniem na dyskryminację uczniów. W systemie oświaty pokutuje przekonanie, że zaburzenia genetyczne są niemal automatycznym wskazaniem do odesłania ucznia do placówki specjalnej. Szczególne cechy wyglądu, występujące w niektórych zespołach wad wrodzonych, stają się przyczyną prześladowania dziecka przez rówieśników. Lęk przed „innym” potęgowany jest zastraszająco niską wiedzą o chorobach genetycznych wśród dorosłych. Przekonanie, że „to może jakoś przejść na innych” sprawia, iż potrzebujące pomocy dziecko wywołuje wręcz poczucie zagrożenia w otoczeniu. Jak na ironię, nie przeszkadza to pedagogom w lekceważeniu i pomijaniu informacji medycznych, które mogłyby być przydatne w kształceniu ucznia. Wiemy np., że w przypadku konkretnych chorób należy się spodziewać szczególnych umiejętności lub zaskakujących na tle innych możliwości poznawczych, ale też trudności z nauką. Przykładem jest tu zespół Williamsa, w którym u pacjentów występują relatywnie wysokie kompetencje w zakresie mowy czynnej, a jednocześnie ograniczone możliwości w mowie biernej. Innymi słowy, dzieci więcej powiedzą, niż usłyszą i zrozumieją. Prowadzi to do stawiania nierealnych oczekiwań uczniowi, którego elokwencja przesłania trudności i dużą potrzebę wsparcia.

OKRUTNY OPTYMIZM

Jakby tego było mało, zespoły orzekające o niepełnosprawności i jej stopniu nie znają rzadkich niepełnosprawności i często „cudownie uzdrawiają” ciężko chorych. Zmierzenie się z nieuchronnością postępów danej choroby odbywa się ogromnym kosztem psychicznym. Tymczasem członkowie komisji orzekających o niepełnosprawności, jej stopniu, ale także o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji niejednokrotnie wprost podważają wagę dokumentacji medycznej pacjenta, bagatelizując jego stan. Zdarza się, że chłopak z postępującą dystrofią mięśniową Duchenne’a, który przeżywa dramat, przygotowując się do życia na wózku, od komisji słyszy: – *Jeszcze chodzisz, to może będzie lepiej*. I otrzymuje stopień umiarkowany, w dodatku na dwa lata, bo może medy-

cyna pójdzie do przodu. To jest okrutny optymizm opisany w socjologii niepełnosprawności jako forma przemocy wobec osób z niepełnosprawnością.

Okrutny optymizm kłóci się z wiedzą medyczną, gdy pusta obietnica poprawy zdrowia kierowana jest do kogoś, kto mierzy się z nieuchronną perspektywą utraty sprawności. Widać tu braki w systemie szkoleń lekarzy orzeczników, którzy wymagają wielokrotnego stawania przed komisją osób, u których potwierdzono molekularnie określone choroby genetyczne o dobrze opisanym, ciężkim przebiegu. Trudno ze względów kadrowych zmienić praktykę, by orzekały osoby specjalizujące się w danej dziedzinie. Niezbędne są zatem wytyczne, ale też zmiana nastawienia do ubiegających się o orzeczenia. Dziś zbyt często traktowani są jak potencjalni oszuści, czyhający na świadczenia. Nie da się jednak symulować choroby genetycznej potwierdzonej molekularnie!

ŚWIATEŁKO W TUNELU?

Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich, przyjęty w Polsce z ogromnym opóźnieniem w porównaniu z innymi państwami Unii Europejskiej, nadal pozostaje raczej mglistą obietnicą niż wdrażanym działaniem. Dziś potrzebujemy przede wszystkim wzmocnienia poradni genetycznych, ale też neurologicznych i endokrynologicznych oraz wszystkich, do których trafiają pacjenci z chorobami rzadkimi. Bez odpowiedniego finansowania konsultacji i badań pacjenci skazani są na długi czas oczekiwania na rozpoznanie. Wypracowanie metod opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi pozwoli ograniczyć niepotrzebne cierpienie chorych, którzy dziś nie korzystają ze zgromadzonej dotychczas wiedzy medycznej. Niezbędne jest zainwestowanie w rejestry, gdyż bez nich nie mamy pojęcia o rzeczywistej skali potrzeb chorych w naszym kraju. Trudno też porównywać jakość opieki w różnych ośrodkach w Polsce i Europie. Rozpoczęte przed ponad rokiem prace nad platformą informacyjną powinny zostać wznowione w trybie przyspieszonym, najlepiej w porozumieniu z resortem oświaty i opieki społecznej, by zapewnić szybki transfer wiedzy tam, gdzie ma ona praktyczne znaczenie dla życia chorych.

Na szczęście stowarzyszenia pacjentów oraz klinicyści z zacięciem do pracy społecznej pchają ten zaniedbany temat do przodu. Udało się doprowadzić do refundacji najnowszych terapii genetycznych dla pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA). Powstały ośrodki specjalizujące się w leczeniu niektórych bardzo trudnych chorób nie tylko u dzieci, ale i dorosłych, m.in. z zespołem Pradera i Williego. Pilotaż opieki koordynowanej wywalczyli pacjenci z neurofibromatozą. Nadal jednak polski system ochrony zdrowia działa reaktywnie – chorzy, wśród których nie objawi się silny lider, nie mogą liczyć na aktywne działania instytucji publicznych. To pozostaje najboleśniejszym problemem – głęboka zależność postępów w opiece medycznej od aktywności chorych i ich rodzin oraz ofiarności lekarzy klinicystów. Cieszymy się, że tyle społecznej energii pozwala na zmiany, ale najwyższy czas, by rolę lidera w organizacji opieki przejęła strona publiczna. ●

Cichy sojusznik w walce z rzadkimi chorobami

W ŚWIECIE MEDYCYNY, GDZIE INNOWACYJNE TERAPIE I ZAAWANSOWANE TECHNOLOGIE ZAJMUJĄ CENTRALNE MIEJSCE, ŁATWO PRZEOCZYĆ DODATKOWE, ALE ISTOTNE ASPEKTY LECZENIA, JAKIMI SĄ ZMIANY W STYLU ŻYCIA. W PRZYPADKU RZADKICH CHORÓB, KIEDY MOŻLIWOŚCI TERAPEUTYCZNE BYWAJĄ OGRANICZONE, ZMIANA CODZIENNYCH NAWYKÓW MOŻE NIEKTÓRYM POMÓC W WALCE Z CHOROBA.

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



Fot. M. Zyldecki

Zacznijmy od diety. W niektórych chorobach metabolicznych, np. fenylketonurii, stosowanie specjalistycznej diety jest nie tylko zaleceniem, jest koniecznością. Niskobiałkowa dieta pomaga unikać poważnych komplikacji neurologicznych przez ograniczenie gromadzenia się w organizmie nadmiaru aminokwasu fenylalaniny. Edukacja pacjentów z fenylketonurią w zakresie odpowiedniego doboru pokarmów jest niezbędna i stanowi pierwszy krok do poprawy stanu zdrowia.

Choroby są „demokratyczne” i nie omijają sławnych osobistości. Venus Williams, znana tenisistka, od lat zмага się z zespołem Sjögrena, chorobą autoimmunologiczną. Gdy poznała diagnozę, wprowadziła znaczące zmiany w swoim menu, m.in. postanowiła przejść na dietę nieobejmującą produktów pochodzenia zwierzęcego. W jej przypadku pozwoliło to zmniejszyć stany zapalne i lepiej radzić sobie z takimi objawami jak przewlekłe zmęczenie i bóle stawów. Te modyfikacje, wsparte odpowiednio dostosowanym treningiem i unikaniem stresu, pozwoliły jej kontynuować karierę na wysokim poziomie. Venus, która obecnie jest na diecie roślinnej przez większość dni w tygodniu, otwarcie dzieli się swoimi doświadczeniami, podkreślając jak istotne są zmiany w stylu życia dla jej zdrowia i formy sportowej.

Aktywność fizyczna, często unikana lub ograniczana przez pacjentów w obawie przed pogorszeniem się stanu zdrowia, może w rzeczywistości przynieść znaczne korzyści. Przykładowo, w dystrofii mięśniowej odpowiednie ćwiczenia pomogą utrzymać funkcje mięśniowe i zwiększyć ogólną sprawność pacjenta. Ruch, zależny od indywidualnych możliwości, powinien być integralną częścią planu terapeutycznego.

W rozmowie o chorobach rzadkich kluczowy jest problem bólu. W przypadku pacjentów, dla których podstawą leczenia jest farmakologia, warto pamiętać o wspomagających metodach, których stosowanie ma szansę wzmocnić działanie leków. Medytacja i uważność zyskują obecnie na znaczeniu

w leczeniu przewlekłego bólu – dowodzi przegląd systematyczny „Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis”. Obejmuje on 38 randomizowanych badań kontrolowanych, a jego autorzy sugerują, że medytacja może nieco łagodzić ból oraz objawy depresji i poprawiać jakość życia pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Choć wyniki są obiecujące, autorzy podkreślają konieczność przeprowadzenia dalszych, bardziej szczegółowych analiz.

Inspirującym przykładem, jak medycyna stylu życia może zmieniać losy pacjentów z rzadkimi chorobami, jest film „Olej Lorenza” z 1992 r., w reżyserii George’a Millera. Opowiada o głęboko wzruszającej walce rodziców, którzy z niewyobrażalną determinacją i odwagą poszukiwali sposobów leczenia genetycznej choroby syna – adrenoleukodystrofii. Film nie tylko przedstawia ich nieustające starania o odkrycie medycznych rozwiązań, ale również podkreśla, jak bardzo modyfikacje diety i inne zmiany w codziennych nawykach mogą wpływać na przebieg choroby. Ukazuje też emocjonalną i transformacyjną moc indywidualnego podejścia do leczenia.

Podsumowując, integracja medycyny stylu życia z tradycyjnymi metodami leczenia może znacząco podnieść efektywność kontrolowania chorób rzadkich, ale też tych powszechnych: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia. Edukacja zarówno pacjentów, jak i opiekunów w zakresie korzyści płynących ze zmian stylu życia jest niezbędna. Wzbogacenie opieki medycznej o te aspekty nie tylko ułatwi walkę z chorobą, ale również pozwoli na budowanie bardziej świadomej i zaangażowanej społeczności pacjentów. ●

Problemy psychiczne w chorobach rzadkich

PROBLEMY PSYCHICZNE DZIECKA, U KTÓREGO WYSTĄPIŁ RZADKI ZESPÓŁ GENETYCZNY, DOTYKAJĄ CAŁEJ RODZINY. PRZED DZIECKIEM STOI WYZWANIE ZAAKCEPTOWANIA SIEBIE, PRZED RODZICEM – POGODZENIA SIĘ Z FAKTEM, ŻE SYN CZY CÓRKA BYĆ MOŻE NIGDY NIE STANĄ SIĘ W PEŁNI SAMODZIELNI. TRZEBA PRZEJŚĆ SWEGO RODZAJU ŻAŁOBĘ – MÓWI PSYCHIATRA DZIECIĘCY **MAJA KREFFT**, ZAJMUJĄCA SIĘ PACJENTAMI Z CHOROBAMI RZADKIMI.

rozmawiała **RENATA JEZIÓŁKOWSKA**



Dla których chorób rzadkich charakterystyczne są zaburzenia w sferze psychicznej, a które pośrednio wpływają na pojawienie się problemów psychicznych, emocjonalnych?

Bardzo wielu rzadkim zespołom genetycznym towarzyszą zaburzenia psychiczne. Obarczeni nimi pacjenci trafiają do mnie, do Centrum Diagnostyczno-Terapeutycznego Chorób Rzadkich we Wrocławiu. Są również rzadkie choroby przewlekłe, które ograniczając stopniowo funkcjonowanie pacjenta, mogą przyczyniać się do wystąpienia zaburzeń psychicznych. Nierzadko zgłaszają się do mnie rodzice z dziećmi, których zaburzenie genetyczne zostało wykryte (i opisane) u kilkunastu pacjentów w Polsce albo na świecie. Wówczas musimy się opierać na wiedzy zgromadzonej w bazach medycznych oraz na obserwacji chorego. Bardzo często rzadkim zespołom genetycznym towarzyszą cechy zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przyczyniają się one do wystąpienia trudnych zachowań, ograniczających codzienne funkcjonowanie dziecka. Rodzice moich pacjentów często mówią, że zostali odesłani do lekarza psychiatry lub do terapeuty, który powiedział, że na tym zespole genetycznym się nie zna, pierwszy raz słyszy

Fot. T. Holod

nazwę i nie może pomóc. W ten sposób zostawił *de facto* rodzinę bez pomocy.

Czasem bywa, że nikt się nie zna. Naszym zadaniem jest udzielanie pomocy najlepiej jak umiemy, próba odszukania we wzorach zachowań dziecka elementów, które znamy, które możemy przyporządkować do innych przypadków, bardziej poznanych.

Trzeba działać trochę na wycucie?

W psychiatrii dziecięcej często stosowana jest metoda prób i błędów, ponieważ np. przebadanych leków stosowanych u dzieci mamy niewiele, niejednokrotnie opieramy się na badaniach przeprowadzonych na małych grupach pacjentów. A w przypadku rzadkich chorób genetycznych pacjenci ze stwierdzoną wadą genetyczną praktycznie zawsze są wyłączeni z badań klinicznych. Chyba że dotyczą one konkretnej choroby, co jest niestety marginalne. Wobec tego dobieramy leki głównie na podstawie opinii ekspertów, ich doświadczenia. W medycynie taka metoda ma mniejszą wagę naukową, ale nie jest pozbawiona wartości. Często stanowi jedyną formę pomocy choremu i jego rodzinie. Uważam, że na tym powinniśmy się skupić, a nie na dążeniu do ideału, na osiągnięcie którego nie ma szans. Musimy zrównoważyć ostrożność i odwagę, mając świadomość, że jeżeli nie pochylimy się nad tym pacjentem, jest duże prawdopodobieństwo, że nikt inny tego nie zrobi, i rodzina zostanie sama.

Z czym się mierzą pacjenci, których choroba rzadka pośrednio przyczynia się np. do stanów depresyjnych?

Na pewno choroba przewlekła jest źródłem ogromnego stresu, obciążenia psychicznego dla pacjenta, ale też jego rodziny. Oczywiście, wiele zależy od przebiegu choroby, od wieku, w którym się ujawniła, od jej wpływu na funkcjonowanie człowieka. Często trafiają do mnie pacjenci, u których rozpoznajemy zaburzenia adaptacyjne, reakcję depresyjną czy lękową, zaburzenia zachowania związane z nagłą sytuacją stresową lub taką, która się przewlekła w czasie.

Trzeba zawsze pamiętać, że rodzina jest systemem naczyń połączonych i każdy z jej członków oddziałuje na drugiego. Nie jest tak, że leczymy pacjenta i na nim się skupiamy. Staramy się pomóc wszystkim członkom rodziny. Trudnym czasem w rozwoju człowieka jest okres dojrzewania. U naszych pacjentów jeszcze bardziej sprzyja buntowi, niegodzeniu się na swoją inność lub na ograniczenia wynikające z choroby, które szczególnie mocno rzutują na zdrowie psychiczne. Pomoc psychiatryczna, psychoterapeutyczna może okazać się kluczowa. Jeżeli chodzi o psychiatrię dziecięcą, musimy pamiętać, że farmakoterapia jest zawsze tylko wspomaganie. Leki mogą poprawić nastrój, zredukować objawy lękowe, trudne zachowania, pozostają jednak jedynie wsparciem procesu terapeutycznego, który powinien obejmować pacjenta i jego rodzinę.

Oczekuje się „magicznej tabletki”, która rozwiąże wszelkie problemy?

Często w lekach pokłada się wielką nadzieję, a oddziaływania terapeutyczne bywają zaniedbywane. To wynika z braku czasu, niedostępności terapii. Jako specjaliści musimy uprzedzić rodziców i terapeutów pracujących z dzieckiem, że możemy pomóc, ale jeżeli całe środowisko nie przyczyni się do poprawy funkcjonowania pacjenta, efekt będzie mizerny. Kiedy włączam leczenie – ponieważ pacjent prezentuje bardzo nasiloną drażliwość czy agresję – robię to, żeby mu się lepiej żyło. Żeby był mniej drażliwy, by mógł uczestniczyć w terapii, żeby zredukować agresję, która sprawia, że jest np. odrzucany przez rówieśników lub sam ze sobą źle się czuje, spada jego samoocena, bo zareagował impulsywnie, nadmiarowo. Leki zawsze powinny być stosowane, żeby pomóc pacjentowi, a nie żeby łatwiej było jego otoczeniu, m.in. terapeutom, nauczycielom. Przykładowo trudne zachowania, agresja pojawiają się w przypadku opóźnionego rozwoju mowy, kiedy dziecko chce się skomunikować z otoczeniem, ale nie ma do tego narzędzi. Wtedy dobrą reakcją nie jest ordynowanie leków, tylko wspomaganie mowy alternatywnymi sposobami komunikacji.

Czy system ochrony zdrowia zapewnia pacjentowi z chorobą rzadką odpowiednie wsparcie?

A raczej: czego brakuje, co powoduje, że pacjent i jego rodzina są pozostawiani sami sobie?

Przede wszystkim nasz system orzecznictwa bardzo obciąża rodziny. Trwają prace nad stworzeniem listy chorób genetycznych, które uprawniałyby do stałego orzeczenia o niepełnosprawności. Tutaj mogę się powołać na słowa dr Marii Libury, która mówi, że określenie „lista” jest bardzo niefortunne, bo zakłada, że zrobimy zamknięte zestawienie chorób i wszystko będzie jasne. A lista chorób rzadkich może być przecież nieskończona. Dziś zdefiniowanych jest ich ponad 8 tys., więc należy skupić się na stworzeniu takiego narzędzia, które będzie ułatwiało lekarzom orzecznikom dostęp do informacji, z czym dany zespół genetyczny się wiąże i jak można pacjenta wspierać.

Zdarzają się absurdy systemowe?

Czasem pacjenci, nie uzyskawszy orzeczenia, wracają do mnie. Są to pacjenci np. z zespołem Pradera-Williego, czyli chorobą wiecznego głodu. Polega ona na uszkodzeniu ośrodka sytości w mózgu. Pacjenci potrafią, mówiąc kolokwialnie, zajeść się na śmierć. A na posiedzeniu komisji orzeczniczej słyszą pytanie: – *Czy zrobisz sobie sam kanapkę?* Dziecko odpowiada, że tak, i wychodzi na to, że pacjent jest samodzielny. Tylko umyka cały kontekst: że kuchnia jest zamknięta na zamek szyfrowy, pacjent musi być ściśle kontrolowany, bo nieograniczony dostęp do żywności po prostu doprowadziłby do ogromnych powikłań, a nawet śmierci. Trudno znać wszystkie choroby rzadkie, ale trzeba dążyć do tego, żeby wiedza o nich była jak najłatwiej dostępna.

Kolejnym elementem kulejącym w systemie jest opieka wytchnieniowa. Pojawia się coraz więcej inicjatyw, tworzone są miejsca, w których osobę z niepełnosprawnością ruchową czy intelektualną rodzina może zostawić na kilka, kilkanaście dni pod specjalistyczną opieką. Dwie placówki, które znam, to: mieszkania z pokojami wytchnień przy wrocławskiej fundacji Potrafię Pomóc oraz ►►

- Dom Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” we Wrocławiu. Są to miejsca ogromnie przyjazne dzieciom, zapewniające im bardzo specjalistyczną pomoc, a rodzicom umożliwiające złapanie oddechu. Zachęcamy rodziców, żeby wykorzystali ten czas np. na wakacje.

Rodzice sami sobie często nie pozwalają na taki oddech.

W naszym kraju pokutuje obraz cierpiącej matki Polki, która po prostu powinna poświęcać się całą sobą. W ogóle rodzice dzieci z niepełnosprawnościami często są przedstawiani jako superbohaterowie, którzy ze wszystkim dają sobie radę, są wspaniali, silni. To prawda, ale z ich perspektywy codziennie muszą dźwigać ogromne obciążenie. I nagle, kiedy mówimy: – *Pojedźcie na tydzień na wakacje, pociescie się sobą, popracujcie nad waszymi relacjami*, czują, że nie powinni, że to nie w porządku, że oddadzą dziecko i pojadą się bawić. Wtedy naszą rolą, specjalistów otaczających rodzinę opieką, jest powiedzieć: – *Macie się wzmacniać, macie o siebie dbać, bo silna rodzina, to silne dziecko*.

Wiele zależy od podejścia otoczenia, a w przypadku dzieci, szczególnie w okresie nastoletnim, od podejścia rówieśników – akceptacji lub wykluczenia.

Nie jest idealnie i nigdy nie będzie, musimy sobie to bardzo wyraźnie powiedzieć. Jestem całym sercem za integracją, ale integracją, która prowadzi do poznania siebie nawzajem, do akceptowania swoich zalet i słabości, do szacunku dla drugiej osoby. Jeśli dzieci neurotypowe nie nauczą się współpracy z osobami funkcjonującymi inaczej w przedszkolu i szkole, nie zaakceptują w przyszłości takich osób w pracy. Ale integracja nie może prowadzić do prób przyjaźnienia się na siłę, bo to się najpewniej nie uda. Bardzo podkreślam, że w wieku przedszkolnym dzieciom z chorobami rzadkimi lub z niepełnosprawnością intelektualną integracja wychodzi lepiej, bo wiek intelektualny jest bardziej zbliżony, ale wraz z dorastaniem, na etapie szkolnym, rozwój zaczyna się rozbiegać i wtedy nikogo nie zmusimy do przyjaźni. Naszym celem jest zapewnić dziecku środowiska rówieśniczego,

które będzie podobnie funkcjonowało. Dziecku ze spektrum autyzmu dobrze byłoby zapewnić taką grupę w ramach treningu umiejętności społecznych, psychoedukacyjną, a nawet grupę, którą łączy np. aktywność sportowa, ale grupę składającą się z dzieci ze spektrum autyzmu. One często dużo lepiej się rozumieją, są dla siebie dużo większym wsparciem i mogą naprawdę rozwijać relacje w sposób dostosowany do siebie. Na etapie szkolnym, młodzieżowym grupa rówieśnicza staje się najważniejszym punktem odniesienia, z niej się czerpie poczucie własnej wartości. Jeżeli grupa jest dostosowana, daje siłę dziecku, by rozwijało się dużo sprawniej. Grupa odrzucająca, niestety, przyczyni się do komplikacji związanych ze zdrowiem psychicznym. Na pewno nikogo nie zmusimy do przyjaźni, ale możemy wspomóc dziecko w tym, żeby taką grupę przyjacielską znalazło wśród osób z podobnymi ścieżkami neurorozwoju lub nawet konkretnymi zespołami genetycznymi.

Czy w różnych chorobach rzadkich są wspólne problemy, wyzwania? W aspekcie właśnie zdrowia psychicznego, w aspekcie psychologicznym.

Na pewno dzieci, jeżeli z chorobą są osvajane od początku, dość łatwo się godzą z sytuacją. Oczywiście, w okresie dojrzewania może się pojawić bunt, na zasadzie „dlaczego ja? nie chcę tej głupiej choroby”. Ale wcześniejsze wprowadzenie tematu ułatwia akceptację. Zachęcam, by w szkołach też dzieciaki informować, jakie mogą być trudności, z czego wynikają niektóre zachowania. Bo jeżeli dzieci mają taką psychoedukację wprowadzoną jak najwcześniej, przyjmują pewne reakcje chorych rówieśników naturalnie. Czasem jakies zachowanie zdenerwuje, czasem wyrażą opór, ale przynajmniej wiedzą, że tak bywa, że to nie jest na złość, przeciwko nim. Dziecku dotkniętemu zaburzeniem warto jak najwcześniej tłumaczyć, że ma pewne cechy – może mieć z czymś trudności, ale też uzdolnienia, np. pięknie rysuje, gra na instrumencie. Tłumaczyć: – *To z powodu twoich genów, ale też twoje geny sprawiają, że masz takie fajne umiejętności*.

A co z rodzicami?

Z ich pogodzeniem się z sytuacją sprawa jest trudniejsza. Mówimy tu o żałobie po zdrowym dziecku, czyli procesie, który zachodzi w związku z trudną diagnozą przewlekłej choroby lub zespołu genetycznego u dziecka. Etapy tej żałoby są tożsame z etapami w przypadku śmierci kogoś bliskiego. Rodzic musi się pogodzić z tym, że największym sukcesem dziecka, wobec którego miał wielkie plany: że zostanie astronomem, lekarzem, będzie grało na skrzypcach, może być samodzielne zrobienie zakupów, a nawet wypowiedzenie słowa



„mama”. I to będzie sukces, na który rodzic będzie bardzo czekał. Pierwszym etapem wspomnianej żałoby jest szok związany z diagnozą. Nawet u tych, którzy bardzo długo i dociekliwie jej szukali. Po usłyszeniu diagnozy, po zdefiniowaniu tych genów, które np. są uszkodzone, rodzice odczuwają ulgę, bo wreszcie znają odpowiedź. Ale później przychodzi rozgoryczenie: – *Dlaczego nas to spotyka? Dlaczego moje dziecko musi cierpieć? Wszystkie procesy związane z diagnozą trzeba przejść, do momentu akceptacji i przeorganizowania swojego życia*. Po drodze zdarza się etap pozornej akceptacji, kiedy rodzice zaczynają walczyć o dziecko, skupiają się

na oddziaływaniach terapeutycznych. A efekty są małe, niewspółmierne do włożonej pracy, co powoduje frustrację rodziców i trudności z zaakceptowaniem diagnozy, a często nawet własnego dziecka. Akceptację utrudnia też stygmatyzacja chorób genetycznych i niepełnosprawności intelektualnej przez otoczenie. To jeszcze bardziej pogłębia kryzys psychiczny rodzica.

Porównywanie siebie i swoich dzieci z innymi raczej nie pomaga?

Zwłaszcza, gdy w mediach społecznościowych jesteśmy wręcz bombardowa-

domu, więc nic nowego mi nie pokażą. A dziecko zasługuje na to, żeby jego emocje uszanować i pozostawić je w środowisku domowym. Z drugiej strony wybuchy złości i zachowania trudne zdarzają się też w szkole i miejscach publicznych, i o tym też musimy nauczyć się mówić bez obciążania psychicznego rodziców, oceniania ich czy „spisywania dziecka na straty”. Nie zmienia to faktu, że kiedy człowiek wchodzi na Instagram i ogląda kolorowe laurki, dzieci w pięknych ubrankach i z uśmiechami, to myśli: „Boże, tylko ja nie akceptuję mojego dziecka, tylko ja nie potrafię go wspierać, tylko ja mam dość tego życia”.

Do czego może prowadzić robienie sobie takich wyrzutów?

To krótka droga do wypalenia rodzicielskiego, do zaburzeń depresyjnych lub lękowych, które odbijają się na całej rodzinie. Rodzina może stracić stabilność, więc cały czas trzeba dawać wsparcie rodzicom. Wsparcie systemowe, ale też przestrzeń na te trudne emocje. Mówić im: – *To jest normalne, każdy to przeżywa. Macie prawo czasem mieć tego dość.* A przede wszystkim, by zrobili coś dla siebie. Bo prawdziwa akceptacja, czyli ostatni etap żałoby, polega na myśleniu o dziecku, ale też o sobie – żeby samemu też być silnym w tej sytuacji.

Fot. licencja OIL w Warszawie

Myśl, która spędza sen z powiek rodzicom: co będzie, jak mnie zabraknie, jak dziecko zostanie samo. Dorosłe dziecko, które będzie niesamodzielne.

To problem zgłaszany przez rodziców, który ich mocno obciąża. Działania terapeutyczne opierają się na bardzo intensywnej rehabilitacji, terapii logopedycznej, treningach z zakresu integracji sensorycznej lub biofeedbacku wspomagających niwelowanie różnych deficytów. W całym gąszczu tych działań mało uwagi poświęca się terapii zajęciowej, mającej na celu nauczenie umiejętności życiowych. Przykładowo, gdy zaburzenia powodują trudności w matematyce, myślenie abstrakcyjne jest dużym problemem dla pacjenta, serwuje mu się

dodatkowe lekcje matematyki. Działania mające pomagać polegają na dołożeniu lekcji dziecku, które jest już wystarczająco przemęczone. Ma z czymś trudności, a dostaje tego jeszcze więcej. W programie terapeutycznym nie bierze się pod uwagę, że jeżeli matematyka sprawia ogromną trudność, lepiej skupić się na jej użytkowym wykorzystaniu, np. podczas zakupów, nawet na kalkulatorze. Oczywiście, że pamięć trzeba wspomagać, rozwijać, ale może niekoniecznie tabliczką mnożenia, która już dziesiąty raz wypada z głowy. Można za to uczyć się na pamięć ulubionych piosenek, wierszyków. Żeby dziecko jednak miało motywację, ćwiczyło, ale nie było szkołą zamęczone. W programach terapeutycznych dla pacjentów z chorobami rzadkimi, z niepełnosprawnością intelektualną nacisk na samodzielność jest niestety minimalny. Dzieci często mają zajęcia od rana do wieczora, są nimi wykończone, a mimo to nie potrafią sobie przygotować jedzenia czy samodzielnie zadbać o higienę. Tymczasem to jest ich bilet na przyszłość – żeby radzić sobie bez rodziców. Inwestowanie w umiejętności życiowe dziecka pomoże kiedyś rodzicom odejść spokojnie, z przekonaniem, że dziecko jest gotowe do życia w takim zakresie, jaki umożliwiają mu jego niepełnosprawności. Chodzi o to, żeby wykonywać proste czynności samoobsługowe, pójść do prostej pracy, która będzie dawała pacjentowi poczucie własnej wartości.

Może pani podać przykład takich dobrych praktyk?

W ośrodkach pomocy społecznej realizowany jest program asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością. To powinna być osoba, która wyjdzie z dzieckiem na zakupy, np. po ulubiony błyszczak. Sprawia, że dziecko wejdzie do drogerii i samo o niego poprosi lub wybierze. Mam pacjenta, który ze swoim asystentem idzie na rynek, siadają sobie w kawiarni, zamawiają napój i „obgadują” przechodzących ludzi. Pojawia się kontakt zupełnie partnerski, świetnie spędzają razem czas. To jest milion razy cenniejsze niż np. ćwiczenie tabliczki mnożenia w nieskończoność. ●



ni obrazkami idealnego macierzyństwa, nawet w aspekcie rzadkich chorób genetycznych. Znam kilka profili rodziców, którzy fantastycznie przedstawiają życie ze swoimi dziećmi z niepełnosprawnościami, z różnymi rzadkimi zespołami genetycznymi. Ale to zawsze są takie ładne obrazki, tylko część ich życia. Bo dużo trudniej podzielić się trudnymi chwilami, wybuchami złości. Ale to akurat dobrze dla dzieci, bo one zasługują na swoją intymność, niepokazywanie ich trudnych chwil, agresji. Rodzice często przynoszą mi na wizyty filmiki z wybuchami złości dzieci. Mówię im wtedy, że takie wybuchy znam bardzo dobrze, nawet część ze swojego

Skazani na refundację

2, MOŻE 3 MLN OSÓB W POLSCE CIERPI NA CHOROBY RZADKIE. SZACUJE SIĘ, ŻE DOTYKAJĄ 6–8 PROC. POPULACJI. UJAWNIAJĄ SIĘ NAJCZĘŚCIEJ W DZIECIŃSTWIE, ICH PODŁOŻEM NIEMAL ZAWSZE JEST BOWIEM GENETYKA. MIMO TO BYNAJMNIEJ NIE SĄ PROBLEMEM WYŁĄCZNIE POPULACJI DZIECIĘCEJ, NAWET W PRZYPADKACH TYCH CHORÓB, KTÓRYCH ZDIAGNOZOWANIE JESZCZE NIEDAWNO (KILKANAŚCIE, 20 LAT TEMU) OZNACZAŁO, ŻE DOTKNIĘCI NIMI PACJENCI DOROSŁOŚCI NIE DOCZEKAJĄ.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

Uwaga opinii publicznej na chorobach rzadkich skupia się stosunkowo... rzadko. Zwykle pod koniec lutego, bo w ostatnim dniu tego miesiąca obchodzony jest Dzień Chorób Rzadkich (w tym roku, jak co cztery lata, 29 lutego), niekiedy – przy okazji nagłośnienia przez media problemów określonej grupy pacjentów. Problemów najczęściej z refundacją innowacyjnego, drogiego leku. Im cena preparatu wyższa, tym zainteresowanie dziennikarzy, ale też odbiorców, większe. A trzeba przyznać, że choć w ostatnich latach dokonało się w tym zakresie wiele zmian na lepsze, tematów ciągle nie brakuje.

Z danych, jakie pod koniec lutego przekazał Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma, wynika, że w Polsce refundowanych jest 41 kuracji ze 134 zarejestrowanych w zakresie chorób rzadkich nieonkologicznych oraz 38 z 98 terapii w onkologii (niektóre nowotwory, zwłaszcza hematologiczne, również są zaliczane do chorób rzadkich). – *Choć od 2020 r. obserwujemy pozytywny trend wzrostu liczby decyzji refundacyjnych, nadal oznacza to dostępność nowych leków sierocych jedynie na poziomie odpowiednio 31 proc. i 39 proc. spośród wszystkich cząsteczek zarejestrowanych od 2015 r. przez EMA* – podkreślają przedstawiciele innowacyjnych firm farmaceutycznych. Dobra wiadomość: praktycznie w każdym nowym obwieszczeniu refundacyjnym (od 2024 r. ukazują się co trzy miesiące) znajdują się nowe cząsteczki i postęp, choć powolny, jest widoczny, co przekłada się na poprawę dostępności leczenia. Widać dużą zmianę, bo dekadę – ba, jeszcze pięć lat temu – nie

była to reguła, a obejmowanie refundacją leków innowacyjnych stosowanych w chorobach rzadkich i ultraradkich stanowiło raczej wyjątek. To się zmieniło i dostępność wyraźnie (choć zapewne niewystarczająco) wzrosła.

Przynajmniej w teorii. Problemem bowiem nie jest tylko pozytywna decyzja refundacyjna (a raczej jej brak), ale kryteria dopuszczające i wykluczające pacjentów z udziału w programie lekowym. Kryteria w polskich warunkach określane raczej rygorystycznie. I to sprawia, że dość trudno w programie się znaleźć, natomiast bardzo łatwo z niego „wpaść”. Taką opinię można usłyszeć na konferencjach i w rozmowach nieoficjalnych. Wyjątkiem, i swego rodzaju perłą w koronie, jest program leczenia SMA, z którego Polska może być naprawdę dumna. Wszystko zaczęło się pod koniec 2018 r., gdy po wielomiesięcznych, trudnych negocjacjach Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się objąć refundacją pierwszy lek przeciw SMA (nusinersen). Program wyróżnia się na tle innych, bo jest adresowany praktycznie do wszystkich chorych. Wkrótce potem rozpoczął się pilotaż programu badań przesiewowych, który wiosną 2022 objął wszystkie rodzaje się w polskich szpitalach dzieci. Logiczną konsekwencją była decyzja o finansowaniu, w ramach Funduszu Medycznego, jednego z najdroższych leków świata, czyli terapii genowej, oraz trzeciego dopuszczonego na rynek leku przeciw SMA. Tym samym Polska refunduje wszystkie leki dostępne w UE w ramach programów z niezwykle przyjaznymi dla pacjentów kryteriami.



Nie raz i nie dwa podczas konferencji eksperckich, na których omawiana jest dostępność terapii dla pacjentów z innymi niż SMA schorzeniami, można usłyszeć tylko z pozoru żartobliwe zapewnienia, że i lekarze, i pacjenci mierzący się z tymi chorobami „zazdroszczą” zastosowanych rozwiązań. SMA stało się w Polsce, może nie z dnia na dzień i na pewno nie bez wysiłku, jeszcze jedną chorobą przewlekłą, której objawy można (u pacjentów, u których leczenie rozpoczęto wystarczająco wcześniej) zatrzymać lub wręcz do nich nie dopuścić.

Według europejskiego badania W.A.I.T. Indicator Polska mimo wszystko nadal jest na 21. miejscu wśród 27 państw UE pod względem dostępności zarejestrowanych innowacyjnych terapii. Postęp nastąpił (bo znajdowaliśmy się pod sam koniec stawki), ale sytuacja wielu grup pacjentów nadal pozostaje bardzo trudna.

Przede wszystkim dlatego, że chorób rzadkich i ultraradkich jest zdefiniowanych około 7 tys., ale tylko około 300 ma przypisane konkretne leczenie farmakologiczne. Ta proporcja utrzymywała się od lat na poziomie mniej niż 5 proc., ale ostatnio odsetek chorób, które można leczyć, zaczyna się wręcz kurczyć. Medycyna niemal codziennie wydłuża katalog chorób rzadkich, przede wszystkim dzięki zaawansowanym badaniom genetycznym, ale z pewnością nie codziennie rejestruje się nowy lek – a nawet nowe badania kliniczne leku – na chorobę rzadką.

Trzeba wziąć więc po lupę tych pacjentów, którzy mają „szczęście” mieć zdiagnozowaną chorobę, którą można leczyć farmakologicznie. Na czym polegają ich problemy w polskim systemie? Większość innowacyjnych terapii stosowanych w chorobach rzadkich nadal nie jest finansowana ze środków publicznych. Jednak przede wszystkim programy lekowe, w ramach których takie finansowanie się zapewnia, są trudno dostępne. Po pierwsze z powodu kryteriów kwalifikacji

(i wyłączenia), po drugie – w wyniku decyzji ośrodków. Wiele szpitali, ze względu na problemy finansowe i konieczność kredytowania drogiej terapii (z nadzieją, ale bez pewności na odzyskanie środków), nie podejmuje się prowadzenia programów lekowych.

Przedstawiciele organizacji pacjenckich zwracają uwagę, że również wtedy, gdy szpitale przystępują do prowadzenia programów lekowych, nic nie dzieje się automatycznie. Pojawienie się nowej cząsteczki na liście (inaczej jest w przypadku refundacji aptecznej, gdzie barierą może być z kolei fizyczna dostępność leku, ale to zupełnie inny problem) nie oznacza automatycznie, że pacjenci mają do niej dostęp w ramach programu lekowego. – *Zwykle trwa to od trzech do dziewięciu miesięcy* – mówiła w ubiegłym roku, podczas konferencji poświęconej programom lekowym i realnej dostępności po pozytywnej decyzji refundacyjnej, Magdalena Kołodziej, prezes Fundacji MY Pacjenci. Powodem opóźnień są terminy ogłaszania postępowań konkursowych na programy lekowe w wojewódzkich oddziałach NFZ oraz przedłużające się przygotowania techniczne, kontraktowanie świadczeń i procesy zakupu leku przez świadczeniodawców. Eksperti przygotowali wówczas rekomendacje, w których m.in. zaproponowali odejście od konkursów na rzecz rokowań z podmiotami leczniczymi spełniającymi kryteria udzielania świadczeń w danym programie (wymagałoby to zmiany ustawowej). Jedną z sugestii było też ujednoczenie postępowań w kraju, choćby w kwestii ogłaszania postępowań. W tej chwili każdy oddział wojewódzki podejmuje decyzję samodzielnie, co oznacza, że pacjenci w niektórych regionach mogą korzystać z leczenia wyraźnie wcześniej niż w pozostałych. To z kolei napędza, niezbyt korzystną dla systemu, pacjentów i dla efektów leczenia „turystkę programową”. Chorzy i ich rodziny – zwłaszcza w przypadkach, gdy czas włączenia do programu gra niebagatelną rolę, jak w rzadkich nowotworach – na własną rękę szukają bowiem informacji o „pionierach” oferujących program lekowy. ●

Chorzy na zebrach

GDY CHOROBY NIE DA SIĘ WYLECZYĆ, OPIEKA I TROSKA O PACJENTA POWINNY WSPIĄĆ SIĘ NA WYŻYNY.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

Odkąd istnieje przemysł farmaceutyczny spotyka go krytyka, że kieruje się zyskiem, nie zwracając uwagi na realną sytuację pacjentów. To populistyczny zarzut, bo przecież wytwarzanie leków nie jest działalnością charytatywną. Podobnie zresztą jak zbieranie ziół albo rozpuszczanie rozmaitych ingrediencji we wstrząsanej wodzie – będziecie łapać się za głowę, widząc ceny w sklepie zielarskim lub aptece z lekami homeopatycznymi. Z drugiej strony: czy lekarstwa – szczególnie ratujące życie – są takimi samymi produktami jak auta, meble albo nawet żywność? Czy na koncernach farmaceutycznych nie spoczywa etyczna odpowiedzialność za udostępnianie ich rzeszom chorych na warunkach innych niż obowiązujące w zwykłym handlu?

Bezbronni, bezradni, wymagający nierzadko nieustannej pomocy opiekunów – tacy są klienci tego biznesu. Zatem to nie ta sama kasta, która odwiedza salony samochodowe i kupuje dobra luksusowe. Przeważnie są niewidoczni, bo

przykuci do łóżek lub wózków inwalidzkich, których nie da się łatwo wprowadzić na dwór. Wielu nie staje na nogach z powodu wrodzonej niepełności, inni z wywalczonym w ciężkim boju orzeczeniem o niepełności wegetują na groszowym zasiłku. Każdy ma inne dolegliwości, inny stopień upośledzenia. Są rozrzućeni po kraju: ten z chorobą Pompego, tamci – Niemann-Picka, z chorobą Gauchera albo Maroteaux-Lamy’ego. Z mukopolisacharydozami, fakomatozami. Niewiele te nazwy mówią, z niczym się nie kojarzą. Trzeba trochę poszperać w historii medycyny lub wiedzieć, jakie enzymy rządzą pracą komórek, aby powiązać nazwiska odkrywców i przemiany metaboliczne z tymi pojedynczymi schorzeniami. Dzieci rodzą się zdrowe, ale po pewnym czasie ujawniają się u nich zaburzenia, które stopniowo odsłaniają okrutną prawdę o defekcie jakiegoś genu lub braku białka. Zaczyna się walka o postawienie diagnozy, nawiązywanie kontaktu z rodzinami naznaczonymi w podobny sposób. Wreszcie dramatyczne wyszarpywanie pieniędzy na leczenie. Trzeba się jakoś wytłumaczyć społeczeństwu z tego, że do życia potrzebny jest lek, którym miesięczna kuracja kosztuje 100 tys. zł, a bywa, że dużo, dużo więcej.

Dlatego choroby rzadkie to problem postrzegany głównie przez pryzmat ekonomii. I wywołujący trudny do rozwiązania dylemat, czy sfinansować jeden preparat w rzadkiej chorobie dla garstki dzieci, które i tak mogą nie doczekać dorosłości, czy tę samą kwotę wydać na implanty lub szczepionki dla większej liczby pacjentów? Nawet etycy nie potrafią podsunąć dobrych rozwiązań. Z tego powodu najchętniej nikt by się chorobami rzadkimi nie

zajmował (nie bez powodu nazywa się je w medycynie sierocymi). Zamknąć oczy, byle nie widzieć wokół siebie niepełnosprawnych i nie czytać listów od zebrzących rodziców.

Już 42 lata ma amerykańska ustawa o lekach sierocych (*Orphan Drug Act*), przyjęta przez Kongres USA w 1982 r. (i podpisana przez prezydenta Ronalda Reagana 4 stycznia 1983). Jej autorzy i zwolennicy walczyli o nią zaciekle, a przeciwników mieli wielu. Dla Amerykanów, przyzwyczajonych do bezwarunkowej wolności w biznesie, było bowiem nie do pojęcia wprowadzanie reguł mogących stanowić zachętę dla wąskiej grupy firm biotechnologicznych do badań klinicznych i zgoda na udogodnienia, które w gorszej sytuacji stawali innych. Krytycy ustawy nie akceptowali propozycji dofinansowywania tej działalności oraz jej ustawowej ochrony przed konkurencją przez co najmniej siedem lat. Ich zdaniem takie regulacje miały zniszczyć przejrzysty system rejestracji leków i ich badań, który istniał w USA od bardzo wielu lat.

W końcu jednak opinia publiczna zjednoczyła się. Niepoślednią w tym rolę odegrał serial „Quincy, M.E.”, nadawany w NBC w latach 1976–1983, w którym popularność zdobył Jack Klugman grający szorstkiego lekarza sądowego z Los Angeles, badającego samobójstwo chłopca z zespołem Tourette’a, którego nie było czym leczyć. Po raz pierwszy do głosu dopuszczono wtedy przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego, skarżących się, jak wiele chorób, np. Tourette’a, uważa się za na tyle rzadkie, że nie ma zachęt finansowych do opracowania leków.

Przed uchwaleniem ustawy istniało tylko 10 specyfików na choroby sieroce, dziś ich liczba zbliża się do 3 tys. Zachęty zawarte w ustawie, w połączeniu z faktem, że koncerny mogą dziś ustalać właściwie dowolną cenę swoich produktów, sprawiły, że rynek sierocych leków stał się zadziwiająco dochodowy. Spójrzmy na historię glivec, który był jednym z pierwszych „sierocych” hitów, kie-

dy wprowadzono go do obrotu w 2001 r. w bezprecedensowej cenie ponad 26 tys. dol. (za roczną terapię), dowodząc, jak lukratywny może być ten biznes. Dziś glivec ma już następców i nie znajduje się nawet wśród 10 najdroższych leków na choroby rzadkie, którymi terapia często kosztuje ponad 500 tys. dol. rocznie. Wniosek z tego, że spółki biotechnologiczne, działające w wąskich obszarach niektórych dziedzin medycyny, zarabiają znacznie więcej na tworzeniu leków „sierocych” niż na opracowywaniu lepszych metod leczenia bardziej powszechnych chorób. Do 2010 r. co trze-

piącym na choroby rzadkie jesteśmy bowiem winni dużo więcej, bo dobra opieka jest w ich przypadku może nawet ważniejsza niż każdorazowe podanie eksperymentalnych leków. Dlaczego więc Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w tak małym stopniu zainteresowane dotąd było Narodowym Planem dla Chorób Rzadkich? Bez kompleksowego podejścia do problemów tej rzeszy pacjentów nie odczują oni nigdy żadnej poprawy losu. W ocenie ekspertów, gdyby chorym zapewniano w Polsce wyższe świadczenia społeczne, wielu nie występowałoby o nieefektywne leczenie.



Fot. licencja OIL w Warszawie

ci nowy lek zatwierdzony przez FDA był lekiem na choroby rzadkie, mimo że dotyczą one łącznie około 10 proc. światowej populacji. Bo choroby ludzkie w skali globalnej nie są bynajmniej zbiorem chorób rzadkich.

Ale czy w związku z tym możemy cierpiącym na choroby sieroce oraz ich opiekunom odmawiać prawa dostępu do najnowszych (i najdroższych) osiągnięć medycyny? Na początku tego roku Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma podał, że w Polsce refundowanych jest obecnie 41 kuracji ze 134 zarejestrowanych w zakresie chorób rzadkich nieonkologicznych oraz 38 z 98 terapii w onkologii (niektóre nowotwory, zwłaszcza hematologiczne, również należą do schorzeń sierocych). – *Dostępność nowych leków „sierocych” dla polskich pacjentów jest w dwóch wymienionych grupach na poziomie odpowiednio 31 i 39 proc. wszystkich cząstek zarejestrowanych od 2015 r. w Unii Europejskiej* – mówiła Agnieszka Zalewska, prezes zarządu Infarmy.

Przeznaczenie na nowoczesne leki jak największych kwot i tak nie wystarczy, abyśmy mogli mieć czyste sumienie. Cier-

Tymczasem to sam pacjent, a najczęściej jego opiekun, stają się posłańcami, którzy muszą ponieść informacje na swój temat z placówki medycznej do ośrodka pomocy społecznej, skąd należałoby spodziewać się wsparcia w codziennym życiu. Już osiem lat temu dr Maria Libura, kiedy pracowała w Instytucie Studiów Interdyscyplinarnych Uczelni Łazarzskiego, wykazała w raporcie na temat stanu opieki w chorobach rzadkich, w którym wykorzystywała wyniki własnej ankiety przeprowadzonej wśród 500 rodzin pacjentów, że diagnoza choroby sieroczej pozostawia ich samym sobie. Doprowadza też do znacznego zubożenia, gdyż większość prywatnych środków muszą wydawać na komercyjne zabiegi pielęgnacyjne oraz dojazdy do szpitali i poradni. Ciężar opieki nad chorym zmusza aż 67 proc. opiekunów, głównie matek, do rezygnacji z pracy, gdyż w zastępstwie profesjonalnych służb stają się koordynatorkami leczenia i opieki dla własnych dzieci. Oczywiście, chorobami rzadkimi powinni się zajmować eksperci. Ale na co dzień chodzi o dużo szersze wsparcie, jakiego nie jest w stanie udzielić żaden lekarz ani wytwórca najdroższych leków, choćby w swojej misji mieli wpisaną nawet filantropię. ●

Diagnostyczna odyseja pacjentów



Fot. archiwum

NA PRZESTRZENI OSTATNICH KILKU DEKAD WIELE CHORÓB RZADKICH, I DO TEJ PORY TRUDNYCH DO ZDIAGNOZOWANIA, ZOSTAŁO ROZPOZNANYCH. ZNACZĄCO ROZWINĘŁA SIĘ BOWIEM DIAGNOSTYKA GENETYCZNA. OBECNIE MOŻLIWE JEST WYKRYCIE NP. CHORÓB RZADKICH W OKRESIE PRENATALNYM. INNA KWESTIA TO TZW. DIAGNOSTYCZNA ODYSEJA PACJENTÓW – PRZEZ WIELE LAT ŻYJĄ BEZ WŁAŚCIWEGO ROZPOZNANIA. JAK TEMU ZARADZIĆ I JAK RZECZYWIŚCIE PRZEBIEGA LECZENIE CHORÓB RZADKICH W POLSCE, MÓWI DR HAB. N. MED., MSC **MACIEJ CZERNIUK**, KIEROWNIK ZAKŁADU CHORÓB BŁONY ŚLIZOWEJ I PRZYŻĘBIA W UCS WUM, W ROZMOWIE Z DARIUSZEM PALUSZKIEM, WICEPREZESEM ORL W WARSZAWIE DS. LEKARZY DENTYSTÓW.

Choroby rzadkie są rzeczywiście takie rzadkie?

Choroby rzadkie i niezdiagnozowane należą do jednej grupy. Naukowa definicja chorób rzadkich mówi, że to schorzenie diagnozowane u nie więcej niż jednej osoby na 2 tys. Jednak paradoksalnie one wcale nie są takie rzadkie, można nawet powiedzieć, że występują dość często. W naszym kraju dotyczą od 6 do 8 proc. populacji, czyli 2,5–3 mln osób (tyle, ilu mieszkańców liczy Warszawa).

W skali roku w Centrum Doskonałości WUM ds. Chorób Rzadkich i Niezdiagnozowanych leczymy ponad 20 tys. pacjentów cierpiących na takie scho-

zenia. Liczba zdiagnozowanych z chorobami rzadkimi w Polsce jest niedoszacowana. Wielu fachowców twierdzi, że stanowią 40 proc. przyjmowanych chorych.

Jak pana zdaniem można skrócić diagnozowanie chorób rzadkich?

Nie sposób pominąć ważnego faktu, że w 2022 r. został uchwalony Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich. Rządowy dokument wprowadza pewne systemowe rozwiązania w zakresie leczenia pacjentów cierpiących na choroby rzadkie. Ma m.in. skrócić ścieżkę diagnozowania, która nie jest prosta. W tej grupie pacjentów około 80 proc. przypadków jest uwarunkowanych genetycznie, ale nie znamy ich

etiologii. Dlatego nie zawsze lekarz dentyista ma szansę rozpoznać te schorzenia. Ale zanim przejdziemy do problemów stomatologicznych, chciałbym podkreślić, że do chorób rzadkich zakwalifikowano sporą grupę schorzeń z zakresu onkologii, hematologii, nefrologii, o podłożu metabolicznym, neurologicznym, kardiologicznym, pulmonologicznym, immunologicznym lub gastrologicznym...

Współczesna medycyna musi zagwarantować holistyczne podejście do pacjenta. Jak realizowana jest ta zasada w przypadku chorób rzadkich?

Wymagają one leczenia interdyscyplinarnego, które stosuje się m.in. we wspomnianym już, powołanym 25 marca

2022 r., Centrum Doskonałości WUM ds. Chorób Rzadkich i Niezdiagnozowanych.

Mamy chorych z różnego rodzaju formami nadciśnienia płucnego, cukrzycą, incydentami zakrzepowo-zatorowymi. Dlaczego centrum? Ponieważ nie jest to podmiot leczniczy, gdzie – jak w klinice – znajdują się szpitalne łóżka. Tego typu schorzenia dotyczą zarówno bardzo wielu dzieci, jak i dorosłych, więc nie ma sensu tworzyć jeszcze jednego oddziału. Liczba potrzebnych na takim oddziale specjalistów byłaby astronomiczna.

Warszawski Uniwersytet Medyczny od wielu lat prowadzi badania naukowe dotyczące patogenezы i innowacyjnych metod terapii oraz diagnozy chorób rzadkich. Specjaliści z WUM udzielają się w eksperckich Europejskich Sieciach Chorób Rzadkich (European Reference Network), współpracują z licznymi ośrodkami krajowymi i zagranicznymi. Do prężnie działającej Kliniki Hepatologii i Chorób Wewnętrznych WUM w Warszawie, należącej do ERN, mogą zwracać się o pomoc pacjenci z chorobami rzadkimi wątroby. W ramach ERN działa też Klinika Neurologii WUM, która od kilkudziesięciu lat jest ośrodkiem referencyjnym dla dzieci i dorosłych z chorobami rzadkimi nerwowo-mięśniowymi (NMD).

Nieprawidłowości w uzębieniu są istotnym kryterium rozpoznania rzadkiej choroby. Jakie zaburzenia w jamie ustnej na to wskazują?

Najczęściej widzimy u pacjentów różnego rodzaju przerosty dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej uniemożliwiające doustne przyjmowanie pokarmów, zaburzenia w postaci rozchwiania, a na-

stępnie utraty zębów, dysfunkcje ukrwienia miążgi, które wymagają profilaktycznej terapii endodontycznej, leczenia kanałowego.

Mówi się niekiedy o lekarzach dentystach, że są lekarzami od chorób rzadkich. Jaką rolę odgrywają w diagnostyce i leczeniu?

Do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, w Uniwersyteckim Centrum Stomatologii CM WUM, zazwyczaj trafiają pacjenci już leczeni przez wysokiej klasy specjalistów, nierzadko w ośrodkach referencyjnych. Ale pewne objawy chorób rzadkich widać w jamie ustnej. U naszego sześciolatniego pacjenta w wyniku stosowania immunosupresantów doszło do takiego przerostu dziąseł, że nie był w stanie przyjmować pokarmów. Trzeba podkreślić, że często u osób leczonych immunosupresantami, np. po przeszczepach wątroby, pojawia się przerost dziąseł. Takich pacjentów operujemy, by mogli odżywiać się normalnie, a nie parenteralnie. Naszym zadaniem jest poprawić ich komfort i jakość życia.

Możemy powiedzieć, że lekarz dentyista ma wgląd w diagnostykę i wpływ na nią, ale może też śledzić sposób leczenia i skutki uboczne leków stosowanych w terapii chorób rzadkich, zasugerować jej zmianę. Dlatego mówi się czasami o nim, że jest specjalistą od chorób rzadkich.

Chciałbym odwrócić sytuację: do jednoosobowego gabinetu stomatologicznego trafia pacjent niezdiagnozowany, nieleczony w ośrodku referencyjnym, z niepokojącym obrazem w jamie ustnej. Co wtedy ma zrobić lekarz dentyista?

Oczywiście, powinien skierować pacjenta do specjalistycznego ośrodka. W Warszawie mamy naszą jednostkę: Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia w Uniwersyteckim Centrum Stomatologii CM WUM, oprócz tego Centrum Doskonałości WUM ds. Chorób Rzadkich i Niezdiagnozowanych. I my dalej prowadzimy pacjenta. Lekarz dentyista może też skierować pacjenta z podejrzeniem choroby rzadkiej do Mazowieckiego Centrum Stomatologii przy ul. Nowy Zjazd 1 lub Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek” przy ul. Koszykowej 78.

Jak widzi pan polski model terapii chorób rzadkich w porównaniu z systemem europejskim? Co wymaga poprawy, a co działa dobrze?

Nie mamy się czego wstydzić. Jesteśmy absolutnie w czołówce, jeśli chodzi o działanie naszych ośrodków w ramach europejskich systemów referencyjnych ERN. Należą do nich m.in. dwie kliniki WUM: Klinika Neurologii oraz Klinika Hepatologii i Chorób Wewnętrznych.

Rok 2022 był przełomowy dla terapii chorób rzadkich ze względu na wspomniane wcześniej uchwalenie Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich i powołanie Centrum Doskonałości WUM ds. Chorób Rzadkich i Niezdiagnozowanych. Jesteśmy jak najbardziej na czasie i we właściwym miejscu.

Wydaje się, że system edukacji studentów od czwartego do szóstego roku wydziałów lekarskich i kierunków stomatologicznych powinien uwzględnić zagadnienie chorób rzadkich, znaczenie leczenia interdyscyplinarnego, w tym przypadku i w ogóle w medycynie. Lekarze muszą wiedzieć, że mogą z niego korzystać, i wiedzieć, jak korzystać. ●

Rozmowę spisała Małgorzata Hnat.



POLUBOWNE ROZSTRZYGANIE SPORÓW Z PACJENTAMI
Spotkanie z mediatorem możliwe w każdy piątek
po wcześniejszym umówieniu się telefonicznym.

E-mail mediator@oilwaw.org.pl

Tel. 22 542 83 29



VIII MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE



14–16 CZERWCA 2024 | HOTEL NARVIL CONFERENCE & SPA

Piątek, 14 czerwca 2024, Sala A

9.00–9.45 Sesja przedkonferencyjna:
„Zasady doboru długości fali w diagnostyce i terapii stomatologicznej” – dr n. med. Marcin Aluchna

10.00–10.15 Otwarcie:
kierownik naukowy konferencji
prof. Dorota Olczak-Kowalczyk,
wiceprezes ds. lekarzy dentystów ORL w Warszawie
dr n. med. Dariusz Paluszek

Sesja prof. Doroty Olczak-Kowalczyk

10.15–11.00 „Zmiany białe i czerwone w jamie ustnej dziecka” – prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

11.00–11.15 Przerwa kawowa

11.15–12.00 „Jak ochronić miazgę, czyli pokrycia pośrednie i bezpośrednie” – dr n. med. Piotr Sobiech

12.00–12.15 Przerwa kawowa

12.15–13.00 „Plastyka wędzidełka języka u dzieci” – dr n. med. Michał Szałwiński

13.00–14.00 „Pierwsza pomoc w gabinecie pedodontycznym” – dr n. med. Adam M. Pietrzak

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

Sesja periodontologiczna dr. hab. n. med. Macieja Czerniuka

15.00–16.00 „Niechirurgiczne leczenie zapaleń przyzębia w praktyce każdego stomatologa” – dr hab. n. med. Ewa Dolińska

16.00–17.00 „Sterowana regeneracja tkanek GBR i GTR – czy można próbować uniknąć niepowodzeń?” – dr hab. n. med. Maciej Czerniuk

Piątek, 14 czerwca 2024, Sala B

Sesja Wojskowej Izby Lekarskiej

10.15–11.00 „Mikrochirurgia endodontyczna, od apikotomii po techniki cyfrowe” – lek. dent. Wojciech Popowicz

11.00–11.15 Przerwa kawowa

11.15–12.00 „Odbudowy pełnołukowe na implantach. Funkcja i estetyka – lek. dent. Mariusz Cięciara

12.00–13.00 Wykład PZU

13.00–14.00 „Jama ustna – Termopile organizmu” – dr n. med. Marcin Aluchna

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Agnieszki Mielczarek

15.00–15.15 Wprowadzenie – prof. Agnieszka Mielczarek

15.15–16.00 „Pacjent senioralny z zapaleniem przyzębia w leczeniu ortodontycznym” – dr hab. n. med. Ewa Czochońska

16.00–16.45 „Planowanie leczenia protetycznego u pacjenta w wieku senioralnym” – prof. Teresa Sierpińska

16.45–17.30 „Martwica polekowa kości szczękowych – narastający problem u pacjentów w wieku podeszłym” – prof. Mariusz Szuta

17.30–18.15 „Leczenie przeciwkrzepliwe i przeciw-płytkowe w aspekcie zabiegów stomatologicznych. Czy odstawić..., a jeśli tak, to kiedy?” – prof. Michał Ciurzyński

Sobota, 15 czerwca 2024, Sala A

Sesja prof. Jolanty Kostrzewy-Janickiej

10.00–10.20 „Kiedy CR, a kiedy RP?” – prof. dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka

10.20–10.30 Przerwa kawowa

10.30–11.15 „Blaski i cienie wirtualnego artykulatora” – dr n. med. Marcin Szerszeń

11.15–12.00 „Współczesne trendy w preparacji zębów pod stałe uzupełnienia protetyczne” – dr n. med. Bohdan Bączkowski

12.00–12.15 Przerwa kawowa

12.15–13.00 „Korony cyrkonowe na Ti-bazach w leczeniu implantoprotetycznym – wybór mniej czy bardziej oczywisty?” – dr n. med. Anna Kochanek-Leśniewska

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

Sesja ortodontyczna
„Kontrowersje w ortodontycji”
dr hab. n. med. Ewy Czochrowskiej

15.00–15.45 „Agenezja zębów: protokoły terapeutyczne”
– dr hab. n. med. Agnieszka Lasota

15.45–16.00 Przerwa kawowa

16.00–16.45 „Mikrośruby ortodontyczne: rewolucja czy ewolucja?” – lek. dent. Rafał Brandt

16.45–17.15 „Blaski i cienie chirurgii ortognatycznej”
– dr n. med. Krzysztof Dowgierd

Sobota, 15 czerwca 2024, Sala B

Sesja OSIS

10.00–10.40 „Zmienne wpływające na decyzje terapeutyczne i ich konsekwencje” – specjalista chirurg stomatolog prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz

10.40–11.20 „Endodoncja – naturalna przeszkoda implantologii” – lek. dent. Grzegorz Witkowski, specjalista stomatologii zachowawczej z endodoncją

11.20–11.35 Przerwa kawowa

11.35–12.15 „Implant? Nie, lepiej most protetyczny lub proteza ruchoma – uwarunkowania chirurgiczne, radiologiczne i prawne” – dr hab. n. med. Kornel Krasny, specjalista chirurg stomatolog

12.15–12.55 „Wystąpienia periodontologiczne za i przeciw implantom? Ząb z chorobą przyzębia czy implant?”
– dr n. med. Witold Jurczyński, specjalista periodontologii

12.55–13.10 Przerwa kawowa

13.10–13.30 „Ortodoncja zamiast implantologii?”
– dr hab. n. med. Marta Krasny, specjalista ortodontcji

13.30–14.10 „Protetyczne aspekty związane z podejmowaniem decyzji na kolejnych etapach leczenia z zastosowaniem różnych typów uzupełnień”
– dr n. med. Piotr Stendera, specjalista protetyki stomatologicznej

14.10–15.00 Przerwa obiadowa

Sesja radiologiczna
„Nowe rozwiązania w radiologii stomatologicznej”
pod kierunkiem
prof. dr. hab. n. med. Kazimierza Szopińskiego

15.00–15.30 „Moja ulubiona choroba – okołowierzchołkowa dysplazja kostna”
– prof. dr hab. n. med. Kazimierz Szopiński

15.30–16.10 „CBCT i pantomografia – klucz do dokładnej diagnostyki stomatologicznej”
– dr n. med. Anna Pantelewicz

16.10–16.25 Przerwa kawowa

16.25–17.05 „Nowinki technologiczne w radiologicznym obrazowaniu stomatologicznym”
– lek. dent. Stanisław Jalowski

17.05–17.45 „Zastosowanie CBCT w endodoncji: nowe możliwości diagnostyczne”
– dr n. med. Anna Pogorzelska

17.45–18.00 Przerwa kawowa

18.00–18.40 „Sztuczna inteligencja w radiologii stomatologicznej. Przyszłość już dziś”
– dr hab. n. med. Piotr Regulski

Sobota, 15 czerwca 2024,
Sala wystawiennicza

(wykład przy stoisku Soft Tissue Institute)

10.40–11.10 „Techniki zabiegowe w pokrywaniu recesji dziąsłowych. Wskazania – ograniczenia – ryzyko”
– lek. dent. Paweł Porczyk

**VIII MAZOWIECKIE
SPOTKANIA
STOMATOLOGICZNE**



PATRON HONOROWY:



Marszałek
Województwa
Mazowieckiego

ORGANIZATORZY:



Serock



OKRĘGOWA
IZBA LĘKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza



Komisja ds. Lekarzy Dentystów
ORL w Warszawie



CER
MED
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYN



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY



UNIVERSITAS MEDICA VARSOVIENSIS
FACULTAS MEDICINALIS DENTARIA
2012

SPONSORZY:



WARSZAWA-PULAWSKA

**OBWIESZCZENIE NR 20/OKW-IX/24
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 16 MAJA 2024 R.**

**w sprawie ogłoszenia wyników
wyborów uzupełniających
na stanowiska funkcyjne oraz inne stanowiska
w Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
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.), §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.), oraz na podstawie protokołów Komisji Wyborczej zgromadzenia wyborczego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie obwieszcza się, co następuje:

§1

8 maja 2024 r. w wyborach uzupełniających na stanowiska funkcyjne oraz inne stanowiska w Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zostali wybrani:

1) na stanowisko funkcyjne wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:

- Krzysztof Herman, lekarz
- Dariusz Paluszek, lekarz dentysta
- Jakub Zakrzewski, lekarz

2) na stanowisko funkcyjne wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie reprezentującego Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:

- Karol Stępniewski, lekarz

3) na stanowisko funkcyjne sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:

- Jacek Sowiński, lekarz

4) na stanowisko zastępcy sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:

- Zuzanna Wojdyńska, lekarz

5) na stanowisko członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:

- Michał Gontkiewicz, lekarz
- Łukasz Jankowski, lekarz
- Piotr Kuchta, lekarz dentysta
- Michał Matuszewski, lekarz

§2

Obwieszczenie podlega niezwłocznej 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**





Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy

NOWY REGULAMIN WYBORCZY SAMORZĄDU LEKARSKIEGO, A TAKŻE ZMIANY W KODEKSIE ETYKI LEKARSKIEJ – ZA NAMI NADZWYCAJNY XVI KRAJOWY ZJAZD LEKARZY, KTÓRY ODBYŁ SIĘ W ŁODZI I TRWAŁ OD 16 DO 18 MAJA.

Jedną z pierwszych decyzji Naczelnej Rady Lekarskiej tej kadencji było zwołanie Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, żebyśmy pochylili się nad Kodeksem Etyki Lekarskiej i regulaminem wyborczym. Myślę, że nikt z nas nie ma wątpliwości, że Kodeks Etyki Lekarskiej to podstawowy dokument, który reguluje naszą pracę, pracę lekarzy, a jednocześnie daje pacjentom rękojmię tego, że lekarz będzie wykonywał swój zawód etycznie. Jest to gwarancja wspólnego bezpieczeństwa – naszego, lekarzy, i naszych pacjentów – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

Poprzednio prace nad Kodeksem Etyki Lekarskiej prowadzono ponad 20 lat temu. W poprawionym KEL nie zabrakło m.in. wytycznych dotyczących wykorzystywania nowoczesnych technologii w praktyce lekarskiej. Zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej są niezwykle ważne dla środowiska lekarskiego. W kolejnym numerze „Pulsu” omówimy je i skomentujemy.

Delegaci zdecydowali również o wprowadzeniu poprawek do regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich. Jedną z nowości jest dodanie trybu głosowania elektronicznego. Również i te zmiany przedstawimy na łamach naszego biuletynu.

Podczas zjazdu wystąpiła minister zdrowia Izabela Leszczyńska, która mówiła m.in. o wydaniu rozporządzenia o mobilnym Prawie Wykonywania Zawodu. Ma być ono dostępne od wakacji, w aplikacji mObywatel.

Wśród kilkuset delegatów z całego kraju obecni byli także członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, m.in.: Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie, Dariusz Paluszek i Krzysztof Herman, wiceprezesi ORL w Warszawie, Michał Gontkiewicz, członek Prezydium ORL, i Jan Kowalczyk, skarbnik. ●

Międzynarodowa Konferencja „Zachód – Wschód” po raz 17.



Fotografie: M. Taperek

W TYM ROKU W KWIETNIU, TAK JAK W LATACH POPRZEDNICH, KOMISJA DS. LEKARZY DENTYSTÓW OIL W WARSZAWIE WRAZ Z WUM I PTS ZORGANIZOWAŁY KONFERENCJĘ, W KTÓREJ WZIĘLI UDZIAŁ LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI Z POLSKI, ALE RÓWNIEŻ AUTORYTETY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII M.IN. Z WIELKIEJ BRYTANII, WŁOCH, STANÓW ZJEDNOCZONYCH.

tekst **MAŁGORZATA HNAT**

Podczas sesji wykładowych: plakatowej i referatowej, prelegenci opowiedzieli o najważniejszych zagadnieniach diagnostyki i leczenia stomatologicznego w oparciu o najnowsze technologie, interdyscyplinarnym postępowaniu w leczeniu stomatologicznym, znaczeniu umiejętności komunikacji w praktyce medycznej oraz odpowiedzialności cywilnej w wykonywaniu zawodu medycznego.

– Międzynarodowa Konferencja „Zachód – Wschód” miała pierwotnie łączyć i zrównać osiągnięcia naukowe w dziedzinie stomatologii w krajach Unii Europejskiej i Europy Wschodniej. Mimo że w Polsce poziom wiedzy naukowej i praktyki w tej dziedzinie dorównuje już stomatologii zachodniej, zagadnienia poruszane podczas konferencji nadal służą wymianę wiedzy i są okazją do spotkania naukowców, wykładawców z całej Europy i świata. To inicjatywa bezcenna – podsumował Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów.

W gronie polskich wykładawców w dziedzinie stomatologii znaleźli się: wiceprezes Dariusz Paluszek, prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka, prof. dr hab. n. med. Krzysztof Szopiński, dr hab. n. med. Ewa Czochrowska, prof. dr hab. n. med. Michał Ciurzyński, dr hab. n. med. Maciej Czerniuk. Przypomnijmy, że wszyscy są również prelegentami cyklicznych Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych, konferencji organizowanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

Udział w Konferencji „Zachód – Wschód” wzięli również goście z zagranicy: prof. Uri Hangorsky z Uniwersytetu w Pensylwanii, dr Matteo Basso z Uniwersytetu w Mediolanie, dr Zehra Yonel z Uniwersytetu w Birmingham.

Za uczestnictwo w konferencji lekarze i lekarze dentyści zdobyli 8 pkt. edukacyjnych. ●

Sprawdzam

Kto się utrzyma?

DOBRE SIĘ STAŁO, ŻE POWSTAŁY NOWE UCZELNIE, NAWET JEŚLI KILKA MIAŁOBY SIĘ NIE UTRZYMAĆ. ODWROTU OD KSZTAŁCENIA WIĘKSZEJ LICZBY LEKARZY NIE MA. CI, KTÓRZY TWIERDZĄ, ŻE LEKARZY MAMY WYSTARCZAJĄCĄ LICZBĘ, NIECH PODADZĄ NUMERY TELEFONÓW, ŻEBY DYREKTORZY MOGLI ZADZWONIĆ I ICH ZATRUDNIĆ.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Oczywiście, to cytat. Konkretnie – wypowiedź wiceministra zdrowia Wojciecha Konicznego z posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej (9 maja) poświęconego dostępności opieki geriatrycznej.

To nie jest sensacja. Politycy Lewicy, konsekwentnie podtrzymując twierdzenie o wielkiej wadze utrzymania jakości kształcenia lekarzy, w ostatniej kadencji, przy kolejnych nowelizacjach ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, głosowali za obniżeniem kryteriów, jakie muszą spełniać uczelnie, by kształcić lekarzy. Być może dlatego, że – idąc do wyborów w 2019 r. – jako jeden z postulatów w obszarze ochrony zdrowia wymieniali zwiększenie przynajmniej o 50 proc. liczby miejsc na studiach lekarskich. Czyli w sumie – nic nowego pod słońcem.

Jednak słowa wiceszefa resortu padają w konkretnym momencie. Najpóźniej w czerwcu Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Nauki muszą wydać decyzję w sprawie limitu miejsc na kierunkach lekarskich. Decyzja ta, zgodnie z zapowiedziami z pierwszych tygodni roku, miała zapaść wtedy, gdy znane będą wyniki audytu prowadzonego przez Polską Komisję Akredytacyjną w uczelniach, które uruchomiły kierunki lekarskie bez jej pozytywnej opinii. Nic jednak nie wskazuje, by PKA miała w tej sprawie jakieś konkrety. Przeciwnie, z jej strony napływają informacje, że kontrole w zasadzie dopiero się rozpoczynają, a wnioski będą gotowe... we wrześniu.

Co to w praktyce oznacza? Nie będzie w tym roku decyzji o zamykaniu kierunków lekarskich. Studenci, którzy w tej chwili zmierzają ku sesji letniej kończącej pierwszy rok, będą więc prawdopodobnie kontynuować naukę w kolejnym roku akademickim. Uczelnie (które już prowadzą kształcenie przyszłych lekarzy, ale również te, które nabór będą przeprowadzać po raz pierwszy) przygotowują się do rekrutacji lub już ją rozpoczęły. Dlaczego miałyby tego nie robić, skoro instytucje państwa odpowiedzialne za jakość kształcenia zachowują daleko idącą powściągliwość?

Powściągliwość uzasadniona politycznie. Liczba lekarzy w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest gorącym tematem sporu.

Lekarzy ciągle jest dramatycznie mało, w najlepszym razie niemal wystarczająco (nikt nie mówi, że lekarzy mamy za dużo, choć na horyzoncie mający zapowiadana oficjalnie przez przedstawicieli MZ na jednym z posiedzeń Podkomisji Stałej ds. Organizacji Ochrony Zdrowia „nadpodaż pracy lekarzy”). Tymczasem w cieniu tego sporu pozostaje temat absolutnie fundamentalny, czyli liczba pracowników medycznych i niemedycznych w systemie ochrony zdrowia, która – o wiele bardziej niż sama liczba lekarzy – jest miernikiem jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Polski system ochrony zdrowia, również przez niski poziom finansowania, nie jest atrakcyjnym pracodawcą w zasadzie dla przedstawicieli żadnego zawodu medycznego. Może poza lekarzami, ale to (jeśli rzeczywiście pojawi się wieszczona „nadpodaż”) może być stan przejściowy. A nawet jeśli nie, już dziś widać, że pieniądze to nie wszystko i zwłaszcza młodsze pokolenie lekarzy nie jest chętne pracować w takim wymiarze, jakiego niewydolny i źle zorganizowany system wymaga.

Dlatego politycy obecnej koalicji otwarcie wolą mówić o wspieraniu uczelni, które w tej chwili nie gwarantują jakości kształcenia, niż zastanawiać się nad rozwiązaniami alternatywnymi, bezpieczniejszymi również dla studentów, którzy podjęli naukę w nowych szkołach. Elżbieta Polak, posłanka KO z województwa lubuskiego, podając za przykład Uniwersytet Zielonogórski, na który również patrzono z dużą podejrzliwością, gdy w 2015 r. uruchamiał kierunek lekarski, argumentuje, że będą miliardy złotych z KPO, które trzeba wydać szybko. I można ten strumień pieniędzy skierować do szkół, którym brakuje np. prosektoriiów.

Jednak, czy pieniądze wystarczą? Prof. Marcin Gruchała, ustępujący rektor GUMed i przewodniczący KRAUM, przypomniał posłance, że różnica między uczelnią z Zielonej Góry (i nie tylko) a obecnymi „nowymi” uczelniami, kształcącymi na kierunkach lekarskich bez pozytywnej opinii PKA, jest fundamentalna. Dekadę temu wszystkie uczelnie, które otrzymywały zezwolenia na prowadzenie kierunków lekarskich, musiały spełnić wyśrubowane, ale jednakowe dla wszystkich kryteria. W latach 2021–2022 kilka razy te kryteria liberalizowano, doprowadzając do sytuacji, w której kierunek lekarski może otworzyć praktycznie każda szkoła wyższa. Dosłownie każda. ●

„Czy jest na pokładzie lekarz?”

ZBLIŻA SIĘ CZAS ZASŁUŻONYCH URLOPÓW I WSPANIAŁYCH PODRÓŻY DO NAJPIĘKNIEJSZYCH MIEJSC ŚWIATA, CZYLI PERSPEKTYWA SŁODKIEJ NAGRODY ZA TRUD NIERÓWNEJ WALKI LEKARZY Z WCIAŻ WADLIWYM SYSTEMEM I PUŁAPKAMI PRAWNYMI ZAWODU. CZAS WYTCHEPIENIA OD PRACY, CZAS DLA SIEBIE I BLISKICH, CZAS, KTÓREGO NIE POWINNO NAM NIC ZAKŁÓCAĆ. TYLKO, CZY W ZAWODZIE LEKARZA ISTNIEJE JAKAKOLWIEK NIENARUSZALNA PRZESTRZEŃ OSOBISTA?

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. archiwum

Czy lekarz jadący na wycieczny urlop może spokojnie wsiąść do samolotu i delektować się podróżą, bez obawy, że coś mu ją zaburzy? Podobno samolot to najbezpieczniejszy środek transportu. Dla lekarza, niestety, w samolocie jest miło tylko do momentu, kiedy z głośnika odezwie się głos kapitana z komunikatem: „Czy jest lekarz na pokładzie?”

Kilka lat temu wracałam z południa Europy, lot trzy i pół godziny, polska załoga. Osiągnięcie pułapu 10 tys. m poszło bez problemów, zamówiłam pierogi i marzyła mi się drzemka po posiłku aż do Warszawy. Pierogi wkrótce pojawiły się na blacie przede mną, dymiące, okraszone smażoną cebulką, wprawiające w błogostan wyglądem i zapachem. Zanim jednak zdążyłam wziąć do ust pierwszy kęs, kapitan zapytał, czy na pokładzie jest lekarz.

Wstałam z miejsca, starając się zignorować burzliwą komunikację między moim mózgiem i żołądkiem, i zapytałam najbliższej stojącej stewardesy, w czym mogę pomóc. Okazało się, że jeden z pasażerów słabo się poczuł, młody chłopak, bez chorób przewlekłych, za to – jak twierdził – „wczoraj trochę przeholował z alkoholem”. Stewardesa pomogła mi przeprowadzić chłopaka do zaimprovizowanego ambulatorium przy kokpicie załogi, w miejscu, gdzie zwykle stewardesy siedzą podczas startu i lądowania. Druga stewardesa wyjęła ze schowka dwie pokaźne srebrzyste walizki ze sprzętem ratunkowym.

Walizki full wypas – glukometr, pulsoksymetr, stetoskop, ciśnieniomierz, staza, wenflony, leki w ampułkach i w tabletkach, defibrylator AED, płyny infuzyjne. Wszystko nówki sztuki nieśmigane. Stetoskop luzem, więc wstępne badanie fizykalne poszło gładko. Ciśnieniomierz to już wyższy *lewel* – pudełko tekturowe i części w zamkniętych foliowych torebkach, ale poradziłam sobie w miarę

sprawnie z rozpakowaniem i montażem. Ciśnienie krwi 85/50 mm Hg, saturacja prawidłowa. Jesteśmy chwilowo sami, ja i pacjent, stewardesy poszły do swych zajęć na pokładzie.

– *Było coś oprócz alkoholu? Chcę panu pomóc, proszę powiedzieć.*

– *Nie, tylko alkohol. Dużo alkoholu – przestraszone oczy chłopaka przekonują mnie, że coś było, ale się nie dowiem.*

Postanawiam skorzystać z innych walizkowych dobrodziejstw. Glukometr, podobnie jak ciśnieniomierz, jest dziewczczo ofoliowany, tyle że otwarcie jego „pasa enoty” w porównaniu z rozpakowaniem ciśnieniomierza to zadanie ponad moje wątłe siły. Nożyczek w zestawie brak, przecież to pokład samolotu. Na szczęście standard paznokci stewardesy jest przystosowany do takich *mission impossible*. Glike-mia w normie. Pacjent był trochę odwodniony, ale na infuzję płynu nie zgadza się. Pozostaje nawodnienie doustne, które powoli daje skutek, bo stewardesa obficie dostarcza nam wodę, a nawet naturalny izotonik – słodką herbatę z cytryną, zaprawioną szczyptą soli. I tak sobie gawędzimy z pacjentem o urlopie, nawadniamy się, ciśnienie powoli wraca do normy, bladeść pacjenta ustępuje miejsca lekkim rumieńcom. W zasadzie mogę się już zacząć cieszyć, że nie będę musiała się przekonywać, czy AED ma naładowaną baterię, i szukać stewardesy z paznokciami odpowiednimi do otwarcia foliowych opakowań elektrod. Stewardesa podsuwa mi do wypełnienia formularz udzielenia

pomocy na pokładzie i miłosiernie proponuje herbatę na koszt przewoźnika oraz podgrzanie moich pierogów.

Kończę wypełniać dokumentację, chwytając od czasu do czasu po łyżeczce gorącej herbaty, kiedy tuż obok mojego stanowiska dzwoni pokładowy telefon, a moja przyboczna stewardesa odbiera i mówi: – *Nieeee... No, nie wierzę...*

A ja już wiem, że moje pierogi są skazane na powtórne wystygnięcie.

– *Pani doktor, bo jest taka sprawa... że jeszcze jedna pani zasłała.*

Idę z walizkami na drugi koniec samolotu, a tam młoda kobieta, też bez chorób przewlekłych, najwyraźniej z napadem tężyczką, bo cała drży, skarży się na parestezje, kołatanie serca i ucisk w gardle. Badanie idzie już sprawniej, bo ciśnieniomierz i glukometr są zdeflorowane, a ja cały czas trzymam kciuki za zachowanie dziewictwa przez AED. Ciśnienie jest lekko powyżej normy, glikemia i saturacja prawidłowa, pani najwyraźniej się zhiperwentylowała. Na szczęście papierowych torebek na pokładzie nie brakuje, więc używamy najbliższej.

Mój żołądek zaczyna agresywnie domagać się pierogów, próbuję mu wytłumaczyć, że i tak są już zimne i może lepiej zjemy w domu. Idę do pierwszego „ambulatorium” i, patrząc po drodze z tęsknotą w błękitne niebo i słońce za oknami samolotu, myślę: „*Wypuście mnie stąd, ja chcę już stąd wyjść!*”.

Na szczęście okazuje się, że pierwszy pacjent tylko spanikował. Właściwie powtórne badanie go uzdrowiło, bez farmakologii. No cóż – „*ręce, które leczą*” – najtańsza terapia, bez kosztów i interakcji. Kończę wypełniać dokumentację, moi podniebni pacjenci wracają na swoje miejsca, trzecią herbatę wypijam już do dna. Stewardesa podaje mi podgrzane ponownie pierogi. Są nieco twarde, ale i tak smakują wybornie, żołądek wreszcie jest zadowolony i nie nudzi irytującymi efektami akustycznymi. Na drzemkę już za późno, bo za kwadrans lądujemy w Warszawie.

Po lądowaniu wychodzi do mnie kapitan, dziękuje za pomoc.

– *Gdyby nie było na pokładzie lekarza, musiałbym lądować awaryjnie.*

– *Mogę wystawić fakturę przewoźnikowi? Właściwie to pracowałam tu przez trzy godziny.*



Fot. licencja OIL w Warszawie

W walizce jest preparat musującego wapnia i magnezu, a co najważniejsze – królowa pomocy doraźnej, pani Hydroksyzyna. Trochę to wszystko trwa, ale oddychanie do torebki i przyjęcie koktajlu z wapnia, magnezu i hydroksyzyny sprawiają, że pacjentka przestaje drżeć, zaczyna się uśmiechać i prosi o herbatę z cytryną. Ja też proszę o herbatę, bo poprzednia, ledwie zaczęta, została koło kokpitu załogi. Znów łąpię kilka łyków i wypełniam drugi formularz udzielenia pomocy.

Prawie kończę, kiedy stewardesa z pierwszego „ambulatorium”, pod opieką której zostawiłam pechowego imprezowicza, przychodzi z niewróżącą nic dobrego miną:

– *Pani doktor... ten pan znowu mówi, że źle się czuje...*

Kapitan jest zmieszany, nie wie, co powiedzieć, żegnamy się jednak serdecznie.

Faktura, którą wystawiłam liniom lotniczym następnego dnia, pozostała bez zapłaty. Usłyszałam, że nie ma regulacji w tej sprawie, a na całym świecie jest taka praktyka, że lekarz na pokładzie udziela pomocy bez gratyfikacji. Na pismo do Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych IATA też nie doczekałam się odpowiedzi.

Cóż, pozostaje jak zwykle przyjąć swój los i życzyć wszystkim lekarzom spokojnych, nudnych lotów, ze zdrowymi, nie-nadużywającymi żadnych substancji urlopowiczami na pokładzie. Ciepłych posiłków i niezakłóconej poobiedniej drzemki. Udanych wakacji. ●

Medycyna kosmiczna.

Mały krok w technice, duży krok dla ochrony zdrowia

PRZYGOTOWANIOM DO MISJI KOSMICZNYCH TOWARZYSZĄ PRACE NAUKOWO-BADAWCZE, W WYNIKU KTÓRYCH POWSTAJĄ TEŻ NOWE ROZWIĄZANIA DLA MEDYCyny. PRZYKŁADEM SĄ: TELEMEDYCyna, DIAGNOSTYKA OBRAZOWA, A NAWET SYSTEMY MONITOROWANIA PANDEMII. JAKIE WYNALAZKI CHRONIĄ ZDROWIE, GDY SZPITAL ODDALONY JEST O TYSIĄCE KILOMETRÓW I JAK PACJENCI NA ZIEMI KORZYSTAJĄ Z INNOWACJI OPRACOWANYCH Z MYŚLĄ O ODKRYWANIU NOWYCH PLANET?

tekst **ARTUR OLESCH**



Fot. L. Ostermann

OPERACJE W KOSMOSIE

Astronaucci przebywający w kosmosie chorują tak samo jak ludzie na Ziemi, a do tego narażeni są na wiele dodatkowych problemów wynikających z braku grawitacji: zanik mięśni, osłabienie kości, choroby układu sercowego. Wprawdzie w każdej misji kosmicznej bierze udział lekarz, ale jego możliwości są ograniczone. Pierwszym wyzwaniem jest przestrzeń. Na Międzynarodowej Stacji Kosmicznej (ISS), oddalonej o 400–500 km od Ziemi, liczy się każdy wolny centymetr i nie ma mowy o zabranii ze sobą rozbudowanego sprzętu medycznego. Z kolei zorganizowanie nieplanowanego powrotu na Ziemię, aby hospitalizować astronautę, może zająć kilka miesięcy, dlatego osoby kwalifikowane do misji pozaziemskich muszą cieszyć się idealnym zdrowiem.

Naukowcy od dawna pracują nad rozwiązaniami pozwalającymi świadczyć usługi medyczne na odległość. Telemedycyna na ISS jest standardem i lekarz internista może skonsultować się ze specjalistami na Ziemi. W lutym 2024 r. nastąpił kolejny przełom w medycynie kosmicznej – na ISS wykonano pierwszą symulację operacji z wykorzystaniem miniaturowego robota chirurgicznego. Projekt jest częścią badań medycznych programu Artemis. Amerykańska Agencja Kosmiczna NASA planuje w 2026 r. ponowne lądowanie na Księżycu w celu zbudowania bazy do ewentualnej dalszej eksploracji Marsa.

Dwuramienny robot operacyjny SpaceMIRA waży zaledwie 0,9 kg. Zespół medyków może kontrolować jego ruchy mimo opóźnienia w przesyłaniu sygnału, które między Księżycem a Ziemią wynosi 2 sekundy. Na razie chirurdzy przeprowadzili prosty test polegający na precyzyjnym przecięciu gumki, ale to ogromny krok na drodze do operacji w kosmosie sterowanych z Ziemi. Naukowcy mają nadzieję, że w ten sposób będzie można zoperować np. wyrostek robaczkowy astronauty, znacznie podnosząc bezpieczeństwo misji.

POZA POLEM GRAWITACJI

W kosmosie nie można zamówić brakującego narzędzia chirurgicznego albo protezy. Od tego są biodrukarki 3D potrafiące tworzyć struktury kostne. Naukowcy pracują też nad biodrukiem np. skóry.

Ludzie przebywający w kosmosie narażeni są nie tylko na choroby występujące na Ziemi i wymagające operacji, lecz także na ryzyko zdrowotne związane ze stanem nieważkości. Nieobciążone własnym ciężarem kości tracą gęstość, a mięśnie zanikają. Dlatego kosmonauci muszą systematycznie wykonywać ćwiczenia na specjalnych urządzeniach. Niektóre zainspirowały twórców urządzeń rehabilitacyjnych, takich jak bieżnie antygravitacyjne.

Pobyty w kosmosie wykorzystywany jest też do badań nad zanikiem tkanki kostnej i opracowywania nowych metod terapii osteoporoz. Poza



brakiem grawitacji w kosmosie występuje promieniowanie mające zdolność do uszkodzania DNA, czego efektem jest zwiększone niebezpieczeństwo zachorowania na nowotwory. Naukowcy pracują m.in. nad lekami, które mogłyby zmniejszyć negatywny wpływ promieniowania. Jednym z sukcesów jest technologia świetlna, która redukuje skutki uboczne chemioterapii u pacjentów z nowotworami.

W kosmosie nie ma Internetu, dlatego usługi telemedyczne świadczone są z wykorzystaniem komunikacji satelitarnej. Niektóre urządzenia opracowane dla ISS do monitorowania parametrów zdrowia, takie jak Tempus Pro, są dziś stosowane w samolotach albo nawet podczas wojen. Europejska Agencja Kosmiczna (ESA) pracuje nad innowacjami w zakresie medycyny, jak chociażby kompaktowe systemy diagnostyczne do analizy parametrów zdrowia na podstawie małej próbki krwi albo urządzenia teleradiologiczne do samodzielnej obsługi przez astronautę. Wynalazki w tej dziedzinie mogą przyczynić się do dalszego rozwoju telemedycyny.

Warto też wspomnieć, że obrazowanie medyczne, wykorzystywane powszechnie w szpitalach, ma swoje początki w opracowanej przez NASA technice przetwarzania obrazu, która miała poprawić jakość zdjęć Księżyca. Także LVAD, czyli urządzenie wspomagające pracę lewej komory serca, wynalezione w 1995 r., zainspirowane zostało pompą paliwową promu kosmicznego. Na liście publikowanej przez NASA jest więcej takich innowacji, np.:

- 🌐 cyfrowy system obrazowania biopsji piersi opracowany w oparciu o technologię teleskopu Hubble'a,
- 🌐 laserowa angioplastyka z wykorzystaniem cewników światłowodowych,
- 🌐 kombinezon obniżający temperaturę ciała w leczeniu różnych schorzeń,

- 🌐 diody elektroluminescencyjne (LED) stosowane w operacjach raka mózgu,
- 🌐 programowalne rozruszniki serca,
- 🌐 narzędzia do operacji zaćmy,
- 🌐 implanty ślimakowe.

WIELKI BRAT DLA ZDROWIA

Kolejną grupę innowacji w medycynie zawdzięczamy danym gromadzonym z kosmosu przez Globalny System Nawigacji Satelitarnej (GNSS) oraz precyzyjnym zdjęciom Ziemi. Pomagają one nie tylko lepiej zrozumieć zmiany klimatyczne, ale także monitorować choroby zakaźne i tworzyć mapy epidemiologiczne.

Zdjęcia z kosmosu pozwalały zobrazować efekty lockdownów podczas pandemii COVID-19, a system nawigacji Galileo – obecnie zastosowany już w ponad 2 mld smartfonów – wspomagał precyzyjne działanie aplikacji covidowych do trackingu łańcucha zakażeń i ostrzegania przed kontaktem z osobami zarażonymi. Zagregowane dane stały się cennym źródłem informacji, ułatwiając organizacjom zdrowia publicznego tworzenie mapy zakażeń i planowanie działań ograniczających rozprzestrzenianie się wirusa. W przeszłości były już wykorzystywane m.in. podczas epidemii wirusa Ebola w Afryce.

Agencje kosmiczne prowadzą wiele ciekawych inicjatyw badawczych na pograniczu medycyny i nowych technologii. Leży to w ich interesie, bo plany eksploracji kosmosu są ambitne, a misje załogowe – coraz dłuższe. NASA i jej europejski odpowiednik ESA chcą m.in. zbudować statki kosmiczne gotowe do podróży trwających nawet kilka dekad. A to wymaga miniaturyzacji całego ekosystemu życia, w tym szpitala. Już w 2021 r. ESA, Brytyjska Agencja Kosmiczna i system zdrowia NHS zainicjowały projekt szpitala przyszłości w ramach (na razie teoretycznych) przygotowań do takich misji. ●

Co właściwie robią psychiatrzy,

czyli kiedy wysłać pacjenta do „takiego” lekarza

NIE JESTEM WCALE PEWIEN, CZY MÓJ POPRZEDNI TEKST ZOSTAŁ DOBRZE ZROZUMIANY. NIE CHCIAŁEM W ŻADNYM WYPADKU PRZEKONYWAĆ, ŻE PSYCHIATRY SĄ BIEDNI I NIEZROZUMIANI, ŻE PSYCHIATROM JEST GORZEJ, A JUŻ NA PEWNO NIE CHCIAŁEM SUGEROWAĆ, ŻE INNI LEKARZE SIĘ Z PSYCHIATRÓW NAŚMIEWAJĄ. NIE CHCIAŁEM TEŻ POWIEDZIEĆ, ŻE TAK NAPRAWDĘ TO CI „INNI” LEKARZE SĄ GORSI.

tekst **ŁUKASZ ŚWIĘCICKI**



Fot. K. Hosszej-Komar

Być może to ważne tematy i tak w ogóle jest, ale ja się tym nie zajmowałem wcale! Jedynym moim celem była próba odpowiedzi na pytanie, do czego są potrzebni psychiatrzy. I, ważna uwaga, wcale nie zakładam, że psychiatrzy w ogóle są do czegoś potrzebni!

Odpowiemy sobie na pytanie, a będziemy wiedzieli! Nie ma co jojczyć, że niedobrzy chirurdzy nie wysyłają do psychiatry. Trzeba się zastanowić, czy mają po co wysłać i czy wiedzą, kiedy to robić.

Nie dokużajmy zatem sobie, nie ścigajmy się ze sobą, szanujmy się (my, lekarze).

W tej sytuacji mam potrzebę podjęcia próby wyjaśnienia, w jakich sytuacjach wysłałbym pacjenta do psychiatry. (Oczywiście, sam nie będąc psychiatrą! Nie chodzi mi w żadnym wypadku o leniwych psychiatrów, którzy odsyłają do kolegi.)

Z pozycji lekarza dowolnej specjalności, poza psychiatrią, do którego przychodzi pacjent, omówię trzy przypadki – dziś pierwszy (następnie w kolejnych numerach „Pulsu”):

1. Pacjent mówi coś, czego lekarz nie rozumie.
2. Pacjent mówi coś, co lekarz rozumie, ale co budzi nietypowe emocje u lekarza.
3. Pacjent nic nie mówi.

NIE ROZUMIEM, CO DO MNIE MÓWISZ, CZYLI SKIEROWANIE DO PSYCHIATRY

Rzecz jasna, nie chodzi mi o to, że pacjent mówi w języku, którego nie znam, albo niewyraźnie. Zasadniczo nie chodzi, ale czasem i tak może się zdarzyć. Mieliśmy kiedyś pacjentkę Afgankę, którą wysłano do psychiatry, ponieważ lekarz nie rozumiał jej języka. Leżała na oddziale ze dwa tygodnie, zanim okazało się, że ona też nie rozumie, co do niej mówimy.

Mam na myśli sytuacje, kiedy osoba przytomna i z jasną świadomością mówi rzeczy na tyle dziwne, że lekarz nie jest w stanie pojąć, czego właściwie od niego chce. A czasem w ogóle nie rozumie pacjenta, mimo że mówi on poprawnie w języku polskim!

Podczas terapii mogą to być np. skargi, które nie znajdują żadnego uzasadnienia w wynikach badań. Nawet wręcz przeciwnie – wyniki badań wyraźnie wskazują, że np. narząd, który pacjent uważa za bardzo chory, jest w rzeczywistości w idealnym stanie.

Nie chodzi ma się rozumieć o pomylenie przez chorego przykładowo wątroby ze śledzioną. Pacjent nie daje sobie wytłumaczyć, że problem, o którym mówi, nie istnieje. Pewna pacjentka (z zawodu lekarka) przekonywała mnie, że przyczyną wszystkich dolegliwości jest wszczępie-

nie jej moczowodów do jelita grubego. W rzeczywistości jej moczowody były tam, gdzie powinny się znajdować, ale...

Rację ma naturalnie pacjent, ponieważ problem istnieje wtedy, kiedy go odczuwamy, a nie wtedy, kiedy można go wykryć urządzeniem badawczym. Ale najwidoczniej trzeba być psychiatrą, żeby w takiej sytuacji przyznać rację pacjentowi i zrozumieć, o co mu chodzi, więc wzywamy psychiatrę.

Inna niezrozumiała sytuacja: pacjent opisuje objawy, które były przyczyną zgłoszenia się na wizytę, ale jego rodzina stanowczo zaprzecza, aby miały miejsce. Oczywiście, że miały, skoro pacjent tak sądzi, ale taki punkt widzenia podziela jedynie psychiatra – wezwijmy go.

Jeszcze inny typ sytuacji niezrozumiałej: pacjent mówi coś, czego w ogóle nie można pojąć. Struktura zdań w wypowiedzi jest prawidłowa (lub niemal prawidłowa), ale pojedyncze zdania nie mają sensu lub nie wiążą się ze sobą. Chory wcale nie musi być zdeorganizowany, mamy do czynienia z osobą, która zachowuje się zupełnie spokojnie, wykonuje różne codzienne czynności, ale mówi w sposób niekomunikatywny. Zdarza się, że najbliższe otoczenie zupełnie dobrze taką

Poniżej przykład takiego komunikatu zaczerpnięty z podręcznika Maurycego Borsztajna:

„Lekceważąco napiętnuję wszystkie szkalowane szubrawstwa, które pan w ciągu całego roku nadużywał. Tylko potępić takie bez moralnego hamulca warcholcze gaudium skolportowane przez permanentnego kauzyperdę – »persona grata«, formującą intrygancką maską na kastrowaną śmierć.

Wytrzebię z kretesem takową domorostłą rozpasłą profesję, nie licującą się z żadną etyczną maksymą, by przechernie bez panewce wybatożyć samowładne atrybucje. Definitywnie unieważniam ów skorbut, szmirazujący majestat autorytatywnych privilegii, przez inkwizytorski asumpt demolujące formalny pakt samorządnej egzekucji. Bez gwarantujących szans ciemiężył mnie pan li tylko z dwulicową maską obrachowaną, by wstrząsnąć umysłem, zdruzgotać wycieńczony kuglarstwem organizm i co główna par force zgładzić ze świata. Spekulował pan, aby szykanerskim rajfurstwem zamydlić mi oczy i haniebnie brutalizować moją samowładzę.

A więc cóż więcej zdziałał pasożytny szlififubruk, boksujący się z Bogu ducha winną jasnovidzącą osobą, jeśli roz-zuchwalił się zniestawić cześć, godność, honor majorytetu sankcji hieroglifów obligacyjnych, jak śmiał zdeprawować abstrakcyjną kobietę wszechbytu?”.

Pszczególne słowa są zrozumiałe. Całość też była zrozumiała dla dr. Borsztajna, bo to do niego pacjentka napisała list, ale dla lekarza innej specjalności? Nie wy-daje mi się...

WARIANT SZCZEGÓLNY

Rozumiem wprawdzie, co mówi pacjent, ale nie rozumiem, co mówi rodzina. Przykładowo, pacjent opisuje dolegliwości, które

układają się w sensowną medyczną całość i są co najmniej niesprzeczne z wynikami badań, ale zdaniem osób z rodziny w domu mówi lub robi dziwne rzeczy, których bliscy nie są w stanie wytłumaczyć tak, żebyśmy mogli to zrozumieć. Nie robi jednak tych rzeczy w obecności innych, nieznanych sobie osób.

W tej sytuacji członkom rodziny należy zadać dobre pytania naprowadzające, a powinien je znać psychiatra. Jeśli się wie, o co pytać, znacznie wzrasta prawdopodobieństwo otrzymania sensownej odpowiedzi. ●



Fot. licencja OIL w Warszawie

osobę rozumie i potrafi tłumaczyć jej komunikaty. Jednak tu potrzebny będzie profesjonalny tłumacz – psychiatra, bo członkowie rodziny mogą być uznani za niewiarygodnych (może tylko im się wydaje, że rozumieją?).

A dlaczego nie psycholog? Mógłby być także psycholog, ale wówczas zachodzi ryzyko, że psycholog zrozumie pacjenta, ale lekarz (niepsychiatra) nie zrozumie psychologa (nie jego bezpośredniego komunikatu, ale zawartości medycznej tego komunikatu, ponieważ będzie to komunikat psychologiczny, a nie medyczny).



Fot. licencja OLL w Warszawie

tekst **DOMINIK HÉJJ**

Fot. M. Starzyński

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

WYBORY (PONOWNIE) DECYDUJĄCE

Europejskie instytucje oraz państwa członkowskie zachodzą w głowę, jak przekonać Europejczyków, by tłumnie ruszyli do wyborów. Kampanie profrekwencyjne trwają w najlepsze. Ten tekst także w jakiejś mierze wpisuje się w ów trend. Oto mija 50 lat, odkąd w Paryżu politycy zdecydowali o tym, że posłów do Parlamentu Europejskiego wybierać będziemy (wtedy jeszcze nie my) bezpośrednio. Plan ten udało się zrealizować 45 lat temu. Polacy po raz pierwszy wysłali swoich przedstawicieli do Brukseli i Strasburga w 2004 r., nieco ponad miesiąc po akcesji (właśnie minęło 20 lat od tego wydarzenia) do UE. Warto zauważyć, że to już trzecia okrągła rocznica przywołana tylko w pierwszych kilku zdaniach (będzie jeszcze jedna).

Politycy zazwyczaj mówią, że każde głosowanie jest decydujące. Najczęściej zdecydowanie przesadzają. Oto najlepiej znany mi przykład – Węgry. Termin „*sorsdöntő*” – dosłownie: „decydujące o losie”, przewija się przy każdym możliwych wyborach. Tym razem jednak jego użycie wydaje się nader uzasadnione. Kampania wyborcza w 2019 r. koncentrowała się wokół nielegalnej migracji. Kryzys migracyjny, jaki przetoczył się przez Europę w 2015 r., zatrząsł nią w posadach. Opracowany mechanizm relokacji migrantów został potępiony przez państwa naszego regionu, a tym samym wprowadził rysę, wzdłuż której pękać zaczęła proeuropejskość. Pojawiły się hasła o konieczności zachowania suwerenności, o zagrożeniu dla stylu życia lub wręcz – co miało miejsce na Węgrzech – o zagrożeniu egzystencjalnym (przybysze wyprzeć mieli mieszkańców i stworzyć równoległe społeczeństwo). Część Europejczyków zawiodła się na Brukseli przegrywającej walkę z migracją. Były słowa, słowa, słowa. Natomiast jeśli chodzi o działania, aż nadto widoczna była niemoc.

Nikt nie mógł przewidzieć, że na okres kadencji 2019–2024 przypadnie dramatyczny zwrot wydarzeń. Pandemia COVID-19, a następnie wybuch

wojny na Ukrainie 24 lutego 2022 r., postawiły przed Unią Europejską, a zatem i Parlamentem Europejskim problemy, z którymi dotychczas nie musiały się mierzyć. Powstał, uchwalony przez Parlament Europejski, Fundusz Next Generation EU, z którego w ramach krajowych planów odbudowy do państw członkowskich płyną miliardy euro z bezzwrotnych grantów i pożyczek (nie mogą korzystać z tego instrumentu tylko Węgry, otrzymały jedynie niespełna miliard euro na uniezależnienie się od dostaw rosyjskich surowców. To w tej kadencji powstały fundamenty nowej polityki klimatycznej UE – Europejski Zielony Ład, o którym – z uwagi na protesty rolników – słychać ostatnio bardzo wiele. To wreszcie w tej kadencji powstał Europejski Instrument na Rzecz Pokoju, dzisiaj jedno z głównych rozwiązań służących udzielaniu pomocy walczącej Ukrainie. Unia wyszła z marazmu i rzuciła na pomoc Ukrainie wszelkie możliwe środki, nawet (ujmując rzecz żartobliwie) jeśli wymagało to zapewnienia Viktorowi Orbánowi kawy, by na szczycie Rady Europejskiej w grudniu 2023 nie zawetował miliardów dla Kijowa. Orbán w kulminacyjnym momencie „wyszedł na kawę”.

JEST DUŻO DO ZROBIENIA

Wyzwań stojących przed UE w kolejnych latach jest mnóstwo. Ustalenie Wieloletnich Ram Finansowych na kolejną kadencję, w których należy przewidzieć ewentualne rozszerzenie UE o kolejne 30, a nawet większą liczbę państw. W jakiś sposób zapewne prowadzone będą prace nad nowelizacją Europejskiego Zielonego Ładu, nie tyle celów klimatycznych, ile sposobu osiągnięcia tychże. Kontynuacja pomocy Ukrainie i ułożenie relacji z Chinami.

Obecny trend związany jest z ograniczeniem roli chińskiej gospodarki w Europie, z uwagi na zalew chińskimi autami elektrycznymi, a także rozwiązaniami technologicznymi potrzebnymi do produkowania zielonej energii. Być może Unia Europejska będzie musiała też ułożyć sobie relacje z USA pod rządami Donalda Trumpa.

Przed nami również dyskusja na temat zmian w traktatach europejskich. W listopadzie 2023 Parlament Europejski przyjął niewielką większością rezolucję, w której poparł zmiany w traktatach (Traktacie o Unii Europejskiej oraz Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej), dotyczące m.in. odejścia od głosowania większością kwalifikowaną oraz powrotu do wizji „Europy wielu prędkości”. Rezolucja nie przesądza o tym, czy reforma zostanie przeprowadzona, ale wyraża wolę kontynuowania nad nią debaty, która powinna odbyć się na możliwie szerokim forum. Oczywiście, część państw już wyraziła niechęć. W poprzednim numerze „Pulsu” pisałem o Grupie Wyszehradzkiej. Paradoksalnie nowego ducha w to zreszczenie może tchnąć właśnie reforma traktatowa. Stanowiska poszczególnych państw są dość zbieżne, a europosłowie (bez względu na barwy polityczne) w większości głosowali przeciwko postulowanym zmianom. Wśród propozycji reform znalazły się inicjatywy związane głównie z rozszerzeniem mechanizmu głosowania większością kwalifikowaną w Radzie UE na wszystkie obszary polityk wspólnotowych, a także na trzeci filar UE, tj. politykę zagraniczną i bezpieczeństwa. Oznacza to zmniejszenie liczby przypadków, w których stosuje się jednomyslność.

Propozycja zmian przywraca idee dotyczące prowadzenia dalszej polityki europejskiej wśród państw silnie zintegrowanych („jądra”) oraz „obwarzanka”, w którym znajdują się państwa mniej do takiej integracji skłonne. Jedną z wariacji utworzonej w połowie lat 90. koncepcji (jej pierwotnym autorem był szef niemieckiej dyplomacji Joschka Fischer) byłoby zastosowanie kryterium przynależności do unii walutowej. Przewidywane są cztery kręgi integracyjne. Krąg wewnętrzny stanowiliby członkowie strefy euro i Schengen (realizujący również dodatkowe projekty na zasadzie koalicji chętnych), którzy mogliby dysponować nawet własnym budżetem, następnie obecne państwa członkowskie UE (a także przyszłe kraje członkowskie), państwa stowarzyszone i, jako całość – Europejska Wspólnota Polityczna. O tym, do którego kręgu integracyjnego należałoby państwo, decydowałoby (poza walutą euro) kryterium praworządności, którego znaczenie istotnie wzrasta, stając się warunkiem *sine qua non* funkcjonowania w UE, a także dostępu do jednolitego rynku. Na zmiany w traktatach naciskają Niemcy, które od tego uzależniają zgodę na rozszerzenie UE o Mołdawię i Ukrainę. Uzasadniają swoje stanowisko tym, że w UE procedowanie fundamentalnych zmian w oparciu o jednomyslność doprowadzi do niedolności decyzyjnej.

Z punktu widzenia czytelników „Pulsu” bardzo istotna będzie kwestia zmian w polityce zdrowotnej. Pandemia COVID-19

Parafrazując hasło, które także w tym roku obchodzi urodziny, ale 35.: „Nie śpijcie, bo Was przegłosują!”.

doprowadziła w październiku 2020 do zapowiedzi utworzenia Europejskiej Unii Zdrowotnej. Jej głównym celem ma być podniesienie gotowości państw, a także europejskich systemów opieki zdrowotnej do ewentualnych pandemii.

Państwo, jako czytelnicy, najlepiej wiecie, czego potrzebowaliby nowy europejski wymiar integracji w ochronie zdrowia. Jak przekuć w praktykę art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, który mówi: „*przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego*”. Pewien pozytywny ogląd niesie ze sobą podsumowanie dotyczące Europejskiej Unii Zdrowotnej pióra Martina McKee i Anniek de Ruijter, zawarte w periodyku naukowym „The Lancet” (vol. 36/January 2024). Napisano w nim, że jeśli Europejska Unia Zdrowotna ma być nie tylko sumą swoich części, musi opierać się na jasnej wizji korzyści, jakie UE może przynieść zdrowiu mieszkańców Europy: „*Jeśli mamy stawić czoła wyzwaniom stojącym przed ochroną zdrowia w Europie i na świecie, musimy zastosować metody, które zapewnią, że nasza polityka zdrowotna i procesy kształtowania polityki wykraczać będą poza sektor zdrowia i granice krajowe*”.

Problem w tym, że wybory europejskie w większości państw wciąż postrzegane są przez pryzmat polityki krajowej. Dlatego w programach partii przed eurowyborami próżno szukać stanowisk dotyczących pilnych kwestii europejskich. Czynnikiem warunkującym późniejsze głosowanie jest przynależność do którejś z rodzin politycznych (frakcji) w Parlamencie Europejskim. Co jakiś czas pojawia się pomysł reformy ordynacji wyborczej w wyborach do PE w taki sposób, by Europejczycy głosowali bezpośrednio na europartie, które wystawiają w poszczególnych państwach swoich kandydatów. Bez wątplenia zaletą takiego rozwiązania jest większa przejrzystość programowa.

A jakie będą wyniki wyborów? To pokaże przyszłość, jednak partie głównego nurtu prawdopodobnie utrzymają większość, chociaż stracą na rzecz partii eurosceptycznych i skrajnych (często antyunijnych). Według opracowań sondaży realizowanych przez portal „Politico” – Poll of Polls (z 10 maja 2024) wygra Europejska Partia Ludowa, uzyskując 173 mandaty. 27 mniej (146) zanotuje Frakcja Socjalistów i Demokratów. Na podium ma szansę znaleźć się skrajna prawica z frakcji Tożsamość i Demokracja, która może liczyć na 84 mandaty. O trzy mniej zdobędą prawdopodobnie liberałowie z frakcji Odnówić Europę (Renew Europe), którzy dotychczas byli trzecią siłą w Parlamencie Europejskim. Miejsce piąte zajmie Frakcja Europejskich Konserwatystów i Reformatorów – 74 mandaty, a kolejne: Zieloni – 43 mandaty i Lewica – 31. Część mandatów (około 46) uzyskają europosłowie, którzy pozostaną poza głównymi rodzinami politycznymi.

W której grupie znajdą się Państwa kandydaci? O rozwiązanie jakich spraw będą w Państwa imieniu zabiegać? Zdecydujcie sami. Parafrazując hasło, które także w tym roku obchodzi urodziny, ale 35.: „Nie śpijcie, bo Was przegłosują!”.

Potencjalne nowe zawody w podstawowej opiece zdrowotnej

ZASADY ORGANIZACJI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ SĄ RÓŻNE W POSZCZEGÓLNYCH KRAJACH, M.IN. W ZALEŻNOŚCI OD ICH WIELKOŚCI, I MOGĄ BYĆ UKIERUNKOWANE NA LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU/LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ LUB BARDZIEJ NA PRACĘ ZESPOŁOWĄ. ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA NA TYM TLE PREZENTUJE SZEROKIE UJĘCIE I DO ZESPOŁU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ZALICZA TAKŻE „GRUPĘ INNYCH PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA, KTÓRZY MAJĄ DODATKOWY WKŁAD W OPIEKĘ NAD PACJENTEM”.* PODSTAWOWY ZESPÓŁ NAJCZĘŚCIEJ SKŁADA SIĘ Z LEKARZA I PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, ALE MOŻE TAKŻE BYĆ WIELODYSCIPLINARNYM ZESPOŁEM OBEJMUJĄCYM NAWET KILKUDZIESIĘCIU SPECJALISTÓW.

tekst **SEBASTIAN SIKORSKI**, adwokat



Fot. archiwum

Sebastian Sikorski – adwokat, profesor uczelni, dr hab. n. praw. w Katedrze Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego, Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Proces starzenia się społeczeństwa oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe spowodują zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, a w konsekwencji na personel wykwalifikowany w opiece nad osobami starszymi.* Istnieje więc potrzeba kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku. W kształceniu kadr medycznych widać wręcz tendencję do tworzenia nowych zawodów medycznych, nastawionych na świadczenie usług pielęgnacyjnych, w szczególności usług dla osób starszych i niesprawnych, np. pielęgniarzy opieki długoterminowej.* Także w tym obszarze widoczny jest potencjał rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej.

POZ powinna mieć również szczególne znaczenie w systemie opieki zdrowotnej ze względu na potencjał, jaki posiada w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Poprawę stanu zdrowia Polaków i dłuższe życie w zdrowiu można osiągnąć, kładąc odpowiedni akcent właśnie na podtrzymywanie zdrowia i profilaktykę chorób, przede wszystkim chorób cywilizacyjnych o charakterze przewlekłym, oraz tych, którym można zapobiegać. Bardzo istotne jest także zwalczanie czynników ryzyka, takich jak: nikotynizm, niezdrowe nawyki żywieniowe,

brak aktywności fizycznej, alkohol,* oraz – szczególnie w ostatnich latach – substancje psychoaktywne oraz uzależnienia behawioralne. Są to obszary, w których zespoły medycyny rodzinnej powinny również odgrywać większą rolę.* W tak ujętej podstawowej opiece zdrowotnej kluczowe są więc wykwalifikowane kadry.

Należy też wspomnieć obserwowane w ostatnich latach zmiany w zakresie sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Wyjątkowe znaczenie ma wprowadzanie rozwiązań informatycznych, których zakres i skuteczność działania są w sposób szczególny uwarunkowane odpowiednimi kompetencjami personelu. Od kilku już lat wskazuje się, że wdrażanie rozwiązań informatycznych w podstawowej opiece zdrowotnej jest ważnym i pilnym zadaniem. Mając na uwadze tak określone cele i zadania podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia, należałoby rozważyć rozszerzenie listy osób pracujących i współpracujących z zespołem POZ. Analiza zawodów istniejących w sektorze ochrony zdrowia pozwala dokonać ogólnego podziału na: osoby wykonujące zawód medyczny – jak unormowano w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej (u.d.l.) – jako upraw-

nione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, a także inne osoby, takie jak: kadra administracyjna, osoby zajmujące się obsługą, pracownicy techniczni i gospodarczy.

Szczególnie zasadne wydaje się poszerzenie podstawowej opieki zdrowotnej o świadczenia pomocy psychologicznej, a zwłaszcza psychoterapeutycznej. Skoordynowana opieka psychologiczna (psychoterapeutyczna) lub psychiatryczna nad danym pacjentem wraz z lekarzem POZ pozwoliłaby uniknąć swoistego obciążania systemu opieki zdrowotnej, nie mówiąc już o pozytywnych, lecz trudno mierzalnych rezultatach dla rodziny pacjenta i jego otoczenia. Podczas prac legislacyjnych nad ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej rozważano, aby do zespołu POZ został włączony także dietetyk.* Ostatecznie jednak dietetycy nie weszli w skład zespołów POZ. Nie oznacza to jednak, że dietetyk – analogicznie jak psycholog – nie może znaleźć się w zespole na zasadzie fakultatywnej. Należy bowiem przypomnieć, że zgodnie z art. 12 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (u.p.o.z.) w zakresie obowiązków lekarza mieszczą się działania z zakresu profilaktyki chorób, podobnie jak w przypadku pielęgniarki i położnej, tj. działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Świadczenia dietetyka mogłyby być więc uzupełnieniem w tym zakresie. Jego szczególną rolą jest edukacja i promocja zdrowego żywienia we wszystkich grupach społecznych. To bardzo ważne wobec wielu chorób noszących miano „cywilizacyjnych”. Jednostki chorobowe, w których dietoterapia może być istotnym elementem procesu terapeutycznego, to przede wszystkim: otyłość, choroby nowotworowe, metaboliczne, choroby układu oddechowego, alergie, choroby nerek, układu sercowo-naczyniowego, żołądka, trzustki, wątroby, układu kostno-stawowego.*

Kolejnym zawodem, którego przedstawiciele mogliby znaleźć miejsce w zespole POZ, jest fizjoterapeuta. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że dolegliwości bólowe w obrębie kręgosłupa i kończyn – w szczególności przewlekłe – stanowią bardzo poważny problem zarówno medyczny, jak i społeczno-ekonomiczny. Autorzy rekomendacji w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej podkreślają potrzebę zmian w tym zakresie, głównie przez wspomaganie procesu usprawniania realizowanego przez fizjoterapeutę w ramach POZ. Dzięki szybkiej diagnostyce i dostępowi do leczenia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w znacznym stopniu może się skrócić czas oczekiwania na wizytę w specjalistycznej przychodni rehabilitacyjnej. Ograniczy to także liczbę zwolnień lekarskich z pracy oraz absencję chorobową, obniży koszty medyczne pośrednie i bezpośrednie.* Autorzy rekomendacji, wydanej wspólnie przez Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej oraz Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce, postulują skierowanie do leczenia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej „prostych strategii (kinezyterapii, masażu, fizykote-

rapii, pomocy technicznych, autoterapii, edukacji), które oprócz działań lekarza i fizjoterapeuty włączą aktywnie pacjenta do terapii”.*

Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej to nie tylko zawody medyczne związane z bezpośrednim udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ale także zawody mające charakter pomocniczy. Pośród nich należy wskazać: sekretarki medyczne/ sekretarzy medycznych (w tym asystentów medycznych), rejestratorki i rejestratorów oraz inżynierów i techników ze specjalizacją w ochronie zdrowia. Dobrze wykwalifikowana sekretarka medyczna może wnieść istotny wkład w efektywne działanie podmiotów leczniczych. Charakteryzując zakres obowiązków na tym stanowisku, najczęściej wskazuje się prace biurowe związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej. Zakres działania sekretarek medycznych może być jednak znacznie szerszy. Na gruncie obowiązujących przepisów mamy Rejestr Asystentów Medycznych, a jednocześnie nie unormowano pojęcia asystenta medycznego. Jako powód takiego stanu rzeczy w doktrynie wskazuje się okoliczność, że asystent medyczny nie został określony jako nowy zawód, ale jako pewnego rodzaju funkcja pełniona w procesie wystawiania e-zwolnień.

Następnym zawodem, który może stanowić bardzo efektywne wsparcie w podmiotach POZ, jest rejestratorka medyczna/ rejestrator medyczny. Zasadniczym celem pracy zatrudnionych na tym stanowisku jest przyjmowanie zgłoszeń pacjentów, ustalanie terminów świadczeń zdrowotnych, kierowanie pacjentów do właściwych pracowników ochrony zdrowia (głównie w obrębie danego podmiotu leczniczego) oraz, co szczególnie istotne, wsparcie w prowadzeniu dokumentacji medycznej osób objętych opieką. Zatrudnieni w tym charakterze mogliby również udzielać informacji o świadczeniach i weryfikować ubezpieczenia zdrowotne pacjentów.

O ile konserwacja i naprawa wyposażenia znajdującego się w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nie nastrożają raczej trudności, istnieją bowiem serwisy gwarancyjne i pogwarancyjne oferowane przez producentów, o tyle trudności mogą wystąpić w przypadku nagłych awarii. Wówczas cenne byłoby wsparcie techniczne, a zwłaszcza informatyczne. Personel medyczny w większości nie ma wystarczających kompetencji w tej dziedzinie. Dlatego potrzebna wydaje się możliwość zatrudnienia (np. na zlecenie) nawet przez kilka czy kilkanaście podmiotów inżyniera lub technika medycznego ze znajomością informatyki medycznej. W krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych prowadzone są całodobowe dyżury inżyniera medycznego. To on odpowiada za bezpieczeństwo pacjentów, zwłaszcza na bloku operacyjnym, na którym stosuje się innowacyjną aparaturę. Potrzebę wprowadzenia zawodu inżyniera medycznego podkreślała również E. Piętka podczas konferencji naukowej „Wyzwania innowacyjności dla ekonomii i prawa w ochronie zdrowia” zorganizowanej przez Wydział Prawa i Administracji UKSW.* Wprowadzenie do POZ tego zawodu łączy się także z procesami demograficznymi i starzeniem się społeczeństwa. Jak już była o tym mowa, ►

- problematyka ta wpisuje się bowiem w model opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, także teleopieki/telemonitoringu.* Jest to uwarunkowane umiejscowieniem podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia i wynikającym stąd ciągłym i kompleksowym charakterem opieki nad pacjentem. To właśnie na poziomie POZ lekarze są pierwszymi, którzy rozpoznają choroby cywilizacyjne, czyli dotyczące największego odsetka społeczeństwa. Przy czym w podstawowej opiece zdrowotnej chodzi zwłaszcza o wsparcie teleinformatyczne.

Na tle rozwiązań prawnych obowiązujących w Polsce uzasadniony jest wniosek, że intencją ustawodawcy, wskazaną już we wstępie uzasadnienia ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, było „przygotowanie i wdrożenie odpowiedniej ustawy, która zwiększy rolę POZ i zapewni skoordynowanie działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, zwiększy rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej, pozwoli na realizację kompleksowej i holistycznej POZ”. Nie powinien więc budzić wątpliwości cel regulacji, a mianowicie kompleksowe określenie następujących elementów: umiejscowienie podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia, wskazanie jej zadań i organizacji, a także zasad kontroli jakości świadczeń oraz źródeł finansowania. Z tego względu zasadne jest wzmocnienie tak rozumianej ochrony zdrowia o zawody, które usprawnią i rozszerzą zakres oraz jakość udzielanych przez nią świadczeń zdrowotnych.

Ze względu na statystycznie obserwowaną zwiększoną liczbę świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, a także podstawowy i pierwszy element systemu ochrony zdrowia, należy postulować rozbudowanie struktury podmiotów POZ tak, aby stały się – tam, gdzie to możliwe – centrum zdrowotnym, z bardzo wyraźnym jednak zastrzeżeniem, że powinna być tutaj zastosowana formuła fakultatywności. Biorąc pod uwagę organizacyjne trendy oraz istotne braki personelu medycznego (zwłaszcza pielęgniarek), należy odciążyć zawody medyczne od czynności administracyjnych. Nawiasem mówiąc, postulat ten nie jest nowy, dyskusja nad potrzebą zmian organizacyjnych w służbie zdrowia trwa już wiele lat.

W dobie rozwoju techniki i informatyki potrzebne jest wsparcie techniczne i informatyczne podstawowej opieki zdrowotnej. Wraz ze wzrostem znaczenia telemedycyny, a także postępującego wciąż trendu informatyzacji służby zdrowia, zapewnienie sprawnej i wysoko specjalistycznej obsługi techniczno-informatycznej jest niezbędne.

* Bibliografia:



Przedstawione wnioski ze względu na ramy niniejszego artykułu są bardzo syntetycznie ujęte. Zostały jednak rozwinięte w monografii: S. Sikorski, R. Mędrzycki, *Nowe zawody w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce*, Warszawa 2021. ●

USŁUGI KSIĘGOWE

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

Prowadź księgowość z OIL

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

Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.



Bezpodstawne żądanie ubezpieczenia OC i NNW

W ZWIĄZKU Z DALSZYM PRAKTYKOWANIEM W SZPITALACH ORAZ INNYCH PLACÓWKACH ZATRUDNIAJĄCYCH LEKARZY REZYDENTÓW UZALEŻNIANIA STAŻU KIERUNKOWEGO OD POSIADANIA UBEZPIECZENIA OC I NNW ZWRÓCIŁAM SIĘ DO PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI PRACY O OPINIĘ, CZY TAKIE WYMAGANIA PRACODAWCY SĄ ZGODNE Z PRZEPISAMI.

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



Fot. K. Bortyzel

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę na czas określony jest pracownikiem jak każdy inny i pracodawca ma obowiązek chronić jego życie i zdrowie, zapewniając odpowiednie warunki pracy. Warunki te są dokładnie sprecyzowane w przepisach BHP. Ponadto pracodawca jest obowiązany przekazywać pracownikom informacje o zagrożeniach dla życia i zdrowia, które mogą wystąpić na poszczególnych stanowiskach pracy. Na pracodawcy spoczywa również obowiązek informowania pracowników o zasadach postępowania w przypadku zagrożenia bezpiecznego wykonywania pracy, zaznajomienia ich z obowiązującymi przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny podczas wykonywania obowiązków.

Każda placówka lecznicza musi posiadać ubezpieczenie OC, które obejmuje również następstwa udzielania świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo podkreśliłam, że każdy lekarz zatrudniony na pod-

stawie umowy o pracę podlega ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu oraz zdrowotnemu. Nie ma zatem potrzeby żądania nieobowiązkowego ubezpieczenia OC i NNW od rezydentów.

Odpowiadając na moje zastrzeżenia, Departament Prawny Głównego Inspektoratu Pracy potwierdził, że powszechnie obowiązujące przepisy nie przewidują obowiązku nabycia ubezpieczenia przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim na podstawie umowy o pracę. Jednocześnie podkreślono, że przepisy prawa pracy ściśle limitują zakres danych osobowych, których podania może żądać pracodawca od osoby ubiegającej się o zatrudnienie, a także od już zatrudnionego pracownika. Zgoda osoby ubiegającej się o zatrudnienie może stanowić podstawę do przetwarzania danych osobowych, ale brak takiej zgody lub jej wycofanie nie może być przyczyną jakichkolwiek negatywnych konsekwencji, zwłaszcza nie może stanowić przyczyny odmowy zatrudnienia. ●



**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



Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat

URUCHOMIONO PORTAL PRAWOMOCNYCH ORZECZEŃ SĄ- DÓW LEKARSKICH

Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę* o uruchomieniu portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich, z którego od 1 maja

2024 r. będą mogli korzystać wszyscy użytkownicy Internetu.* Baza danych zawiera zanonimizowane sentencje wyroków Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz ich uzasadnienia. Celem utworzenia portalu jest zwiększenie transparentności funkcjonowania pionu dyscyplinarnego samorządu lekarskiego, a także podniesienie standardów wykonywania zawodu lekarza.

WYROK DOTYCZĄCY NIEUPRAWNIONEGO OGRANICZENIA PRAWA DO ODWIEDZIN PACJENTA

Rzecznik praw pacjenta poinformował,* że 18 kwietnia 2024 r. zapadł wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego* oddalający skargę podmiotu leczniczego na decyzję rzecznika o uznaniu stosowanej w placówce praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjenta. Jeden ze szpitali dla dzieci wprowadził nadmierne ograniczenia odwiedzin, a w zasadzie wręcz ich zakaz. Możliwe były wyłącznie w uzasadnionych przypadkach, w drodze wyjątku, po uzyskaniu zgody dyrektora szpitala, bez ogólnodostępnego i jasnego określenia, jakiego rodzaju są to przypadki, wyjątki oraz jakie są kryteria uzyskania takiej zgody. Ograniczenia zostały wprowadzone bez podstawy prawnej, a podmiot leczniczy uzasadniał je m.in. zagrożeniami terrorystycznymi. Sąd wskazał, że prawa pacjenta są chronione przez Konstytucję RP, a szpital nie znalazł się w treści rozporządzenia dotyczącego stopni alarmowych, jako podmiot, który może wprowadzać ograniczenia przebywania w nim osób postronnych. Poza tym odwiedzający nie są osobami postronnymi, gdyż to najczęściej rodzice lub dziadkowie leczonych dzieci.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ZNAKÓW IDENTYFIKACYJNYCH PACJENTÓW

6 kwietnia 2024 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 3 kwietnia 2024 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku.*

Rzecznik praw pacjenta podaje,* że dotychczas znaki identyfikacyjne, w które zaopatrywano pacjentów szpitala, i które znajdowały się na opaskach, zawierały informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, w sposób uniemożliwiający identyfikację chorego przez osoby nieuprawnione. Wymagane było zatem odkodowanie tych informacji,

np. przez zeskanowanie kodu kreskowego. Powodowało to jednak występowanie zdarzeń niepożądanych, związanych z błędną identyfikacją pacjentów. Zdarzały się wypadki podania leku nie temu pacjentowi, któremu były zaordynowane.

W celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów ustawodawca zdecydował się na zmianę ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie 6 września 2023 r.,* polegającą na obligatoryjnym umieszczeniu na opaskach wprost imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta. Zgodnie z omawianym rozporządzeniem, pacjenta zaopatruje się w znak identyfikacyjny przy przyjęciu do szpitala, po ustaleniu jego tożsamości. W przypadku pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, w znak identyfikacyjny zaopatruje się go niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia. Noworodka urodzonego w szpitalu zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu. Opaskę ze znakiem identyfikacyjnym zakłada się na nadgarstek, a jeśli jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, w okolicy kostki kończyny dolnej.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH INTERWENIUJE W KWESTII INFORMOWANIA O STANIE ZDROWIA OSADZONYCH

Rzecznik praw obywatelskich zwrócił się* do dyrektora generalnego Służby Więziennej o rozważenie wdrożenia praktyki niezwłocznego przekazywania istotnych informacji o osadzonym wskazanym przez niego najbliższym w sytuacji pogorszenia się jego stanu zdrowia. Rzecznik podniósł, że obecnie stosowana praktyka nie w pełni gwarantuje realizację prawa do uzyskania informacji o przebywającym w izolacji członku rodziny. Problem pojawia się w szczególności wówczas, gdy

administracja jednostki penitencjarnej nie może w danym czasie uzyskać od osadzonego oświadczenia zgody, ponieważ z różnych przyczyn nie może on swobodnie wyrazić swojej woli (np. uległ poważnemu wypadkowi, nastąpiło poważne pogorszenie się stanu zdrowia w przebiegu choroby przewlekłej). W Biurze RPO były podejmowane działania na wniosek członków rodzin skrajnie zaniepokojonych brakiem kontaktu ze strony osadzonego, którzy nie zdołali sami uzyskać informacji, z jakiego powodu ten kontakt został urwany. Poczynione ustalenia niejednokrotnie wskazywały, że przyczyną była właśnie niemożność samodzielnego powiadomienia rodziny przez osadzonego ze względu na poważny stan zdrowia lub przewiezienie go do placówki leczniczej oraz brak stosownej informacji ze strony administracji jednostki penitencjarnej.

Obecnie obowiązujące przepisy* nakładają na administrację jednostki penitencjarnej obowiązek powiadomienia rodziny jedynie w przypadku zgonu osadzonego podczas pobytu w izolacji penitencjarnej. Wszelkie informacje o ważnych zdarzeniach, które dotyczą skazanego, co do zasady przekazuje on rodzinie we własnym zakresie. W sytuacji poważnego pogorszenia się stanu zdrowia osadzony często nie może samodzielnie powiadomić osób bliskich o tym fakcie. Brak takiego działania ze strony administracji powoduje, że gwarantowane w art. 47 Konstytucji RP, art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i art. 7 Karty Praw Podstawowych UE prawo osadzonego i jego rodziny do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego nie jest zdaniem rzecznika w pełni respektowane.

W odpowiedzi z 11 kwietnia 2024 r. dyrektor SW wskazał,* że każda osoba pozbawiona wolności może w dowolnym czasie samodzielnie upoważnić jakąkolwiek osobę do uzyskiwania na jej temat informacji, m.in. obejmujących stan zdrowia. Niezależnie od statusu osoby pozbawionej wolności ma ona również możliwość nawiązywania kontaktu z osobami najbliższymi. Tym samym w ocenie dyrektora SW brak uzasadnienia do podejmowania w tym zakresie dodatkowych działań przez funkcjonariuszy lub pracowników Służby Więziennej.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH PODEJMUJE DZIAŁANIA W SPRAWIE DANYCH POZYSKIWANYCH PRZEZ KRAJOWĄ ADMINISTRACJĘ SKARBOWĄ

Rzecznik praw obywatelskich na wniosek prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zwrócił się do szefa Krajowej Administracji Skarbowej* o wyjaśnienie wątpliwości związanych z pozyskiwaniem danych o wystawionych receptach, by na ich podstawie można było ustalić liczbę udzielonych przez podmiot leczniczy świadczeń. W ocenie ORL w Warszawie działania Krajowej Administracji Skarbowej budzą wątpliwości, w szczególności z uwagi na ryzyko naruszenia tajemnicy lekarskiej. Zarazem nie można wiązać liczby wystawionych recept z uzyskanym przychodem, chociażby dlatego, że nie każda recepta jest wypisana w ramach odpłatnego świadczenia medycznego. Zdaniem rzecznika ze względu na charakter danych, pozyskiwanych przez KAS, praktyka zdobywania informacji o wystawionych receptach budzi wątpliwości dotyczące poszanowania prawa do prywatności i ochrony danych osobowych (art. 47 i 51 Konstytucji RP). Informacje zawarte na receptach dotyczą bowiem szczególnie chronionych danych dotyczących zdrowia, zatem ich udostępnianie powinno odbywać się na wyjątkowych zasadach, a także w niezbędnym zakresie.

Rzecznik oczekuje w związku z tym szczegółowego odniesienia się do przedstawionych wątpliwości prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej. Nadto, o wskazanie, od jakich podmiotów i na jakiej podstawie prawnej pozyskiwane są dane osobowe zawarte na receptach, a także, jaki jest zakres pozyskiwanych danych, oraz o poinformowanie, w jakich okolicznościach, jak często Krajowa Administracja Skarbowa żąda udostępnienia danych na temat wystawionych przez lekarzy recept. ●

* Źródła:



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

Analiza przypadku

ŻADEN PRZYPADEK ZWIĄZANY Z NIEPOWODZENIAMI CZY BŁĘDAMI MEDYCZNYMI NIE JEST PRZYJEMNY. ALE NAJGORSZE SĄ TE Z UDZIAŁEM DZIECI. W DZISIEJSZEJ „ANALIZIE PRZYPADKU” PRZEDSTAWIAMY WŁAŚNIE TAKĄ SYTUACJĘ.

tekst **KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA**, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



Fotografie: archiwum

Wieczorem 23 listopada 2014 r. czteromiesięczna dziewczynka O. dostała wysokiej temperatury. Jej matka myślała, że powodem było ząbkowanie, dlatego ojciec dziecka kupił w aptece leki przeciwgorączkowe, po podaniu których gorączka zmalała. Nad ranem znów wzrosła. Około godz. 10.00 matka zauważyła, że córka jest cała mokra, gorąca i ma zimne ręce. Próbowwała dodzwonić się do przychodni, ale nikt nie odbierał. Wkrótce rodzice udali się do przychodni w G. Rejestratorka poinformowała, że lekarz pediatra ich nie przyjmie, ponieważ jest zarejestrowanych wielu pacjentów. Matka zwróciła uwagę, że to czteromiesięcz-

ne dziecko i ma bardzo wysoką temperaturę. Rejestratorka skierowała ją bezpośrednio do lekarki, która przyjmowała w danym dniu, aby zapytać, czy zostaną przyjęci. Doktor G. nie zgodziła się, gdyż na korytarzu oczekiwali inni pacjenci z trójką dzieci, które były zapisane na wizytę. Matka powiedziała, jakie objawy ma dziecko – wysoką temperaturę, sine usta i jest blade. Pediatra przekazała, że mają zarejestrować córkę na godziny popołudniowe i zbijać temperaturę tymi samymi lekami, które stosowali wcześniej.

O godz. 11.23 małą pacjentkę zapisano na wizytę na godz. 15.20. Ze względu na niepokojące objawy rodzice O. uznali jednak, że musieliby zbyt długo czekać, i udali się do innej przychodni w G. Tam też nie zostali przyjęci z uwagi na rejonizację. Rodzicom poradzono jechać do szpitala. W szpitalu matka zauważyła na twarzy i klatce piersiowej dziecka wybroczyny – czerwono-sine kropki. O godz. 12.06 dziewczynką zajęli się lekarz dyżurujący na oddziale dziecięcym. Pacjentka trafiła do niego w stanie ciężkim. Po zbadaniu dziecka lekarz zdecydował o przyjęciu O. na oddział. Podejrzał wystąpienie wstrząsu septycznego, który może towarzyszyć posocznicy. Wdrożono leczenie – płynoterapię i antybiotykoterapię. Dziecko zostało zaintubowane przez anestezjologa. Stan zdrowia O. jednak się pogarszał. Anestezjolog podjął decyzję o przekazaniu pacjentki do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. W tym szpitalu O. była leczona od 24 do 25 listopada 2014 r. Mimo wielokierunkowego leczenia nie uzyskano

poprawy stanu dziecka, stwierdzono cechy rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego i głębokiej kwasicy. 25 listopada 2014 r. dziecko zmarło.

Prokuratura okręgowa oskarżyła lekarza pediatrę, wskazując, że 24 listopada 2014 r., będąc zobowiązana do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, w tym do udzielania pomocy w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy i z tego tytułu opieki nad pacjentką tej przychodni czteromiesięczną O., na skutek niezachowania ostrożności, po uzyskaniu wywiadu od matki o stanie zdrowia dziecka, dopuściła się błędu lekarskiego z zakresu etyki lekarskiej i dobrej praktyki pediatrycznej. Polegał on na tym, że bez przedmiotowego badania odmówiła niezwłocznego przyjęcia niemowlęcia w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia, czym spowodowała opóźnienie zastosowania prawidłowej intensywnej terapii, co mogło być szansą na uratowanie dziecka.

Opinia sporządzona przez troje specjalistów w dziedzinie pediatrii wskazywała, że niezależnie od liczby osób oczekujących na wizytę, lekarz pediatra powinna zbadać dziewczynkę. Po wykonaniu badania z dużym prawdopodobieństwem zostałaby podjęta decyzja o hospitalizacji dziecka. Zaniechanie wykonania badania lekarskiego O. stanowi błąd medyczny decyzyjny. Nie można jednak uznać, że błąd ten spowodował narażenie dziecka na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia, ponieważ O. w relatywnie krótkim czasie od pobytu w G. (wg wydruku rejestracji wizyty o godz. 11.23) znalazła się

w szpitalu (o godz. 12.06). Brak zatem podstaw do przyjęcia, że blisko godzinne opóźnienie w hospitalizacji i leczeniu dziecka znacząco zmniejszyło jego szansę na przeżycie. Biegli nie stwierdzili jednoznacznie związku przyczynowo-skutkowego między postępowaniem lekarza a zgonem niemowlęcia. Posocznica o tak szybkim przebiegu, z towarzyszącym zespołem wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, jest obciążona wysoką śmiertelnością, nawet przy prawidłowo i szybko udzielonej pomocy medycznej. Biegli podkreślili, że wysoka śmiertelność, zwłaszcza dzieci w wieku 3–12 miesięcy, najczęściej narażonych na posocznicę (sepsę) meningokokową, nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że zaniechanie badania było przynajmniej jedną z przyczyn zdynamizowania procesu chorobowego i w konsekwencji śmierci dziewczynki. Piorunująco szybki rozwój choroby u niemowlęcia wskazuje, że ryzyko zgonu było *a priori* bardzo wysokie, zatem nawet natychmiastowa intensywne terapia nie dawała gwarancji uratowania jego życia. Biegli przeanalizowali szczegółowo czas, jaki mogłaby zyskać dziewczynka, gdyby świadczenie zdrowotne zostało jej udzielone w pierwszej przychodni, a nie dopiero na oddziale szpitalnym. Nawet gdyby pediatra zbadła dziewczynkę i niezwłocznie przystąpiła do leczenia sepsy, ze względu na fakt, iż dziecko byłoby zdiagnozowane w przychodni ogólnej, musiałoby zostać przewiezione na oddział szpitalny. Stwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego wymaga wykazania jego prawdopodobieństwa graniczącego z pewnością. Tymczasem proces chorobowy u pacjentki przebiegał niezwykle szybko i był obciążony wysokim ryzykiem zgonu. Można przyjąć, że wcześniejsze (około 1 godz.) podanie antybiotyków i zastosowanie leczenia ogólnego dawało jakąś, bliżej nieokreśloną, szansę uratowania życia dziecka, nie sposób jednak stwierdzić jednoznacznie, jaka byłaby to szansa. W ocenie biegłych niewielka.

Wyrokiem z 11 maja 2021 r. sąd rejonowy uniewinnił lekarzkę. Sąd okręgowy wyrokiem z 10 grudnia 2021 r. decyzję sądu I instancji utrzymał w mocy. Sąd wziął pod uwagę okoliczności, jakie podnosiła obrona – mimo obowiązku zbadania dziecka, brak takiego badania nie przyczynił się bezpośrednio lub

pośrednio do jego śmierci, gdyż ze względu na skalę choroby nie można jednoznacznie stwierdzić, czy przeżyłoby, gdyby postawiono diagnozę już w pierwszej przychodni.

Pytanie redakcji: Jakie znaczenie ma w przytoczonej sprawie obowiązek lekarza udzielenia pomocy pacjentowi w stanie zagrożenia życia?

Odpowiedź prawnika: Należy pamiętać, że w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry ustawodawca przewidział obowiązek udzielenia pomocy pacjentowi, który znajduje się w stanie zagrożenia życia. Niestety, bardzo często ze względu na przeciążenie systemu opieki zdrowotnej lekarze stają przed dylematem: z jednej strony mają duże kolejki pacjentów oczekujących na przyjęcie, a z drugiej strony odesłanie pacjenta może mieć tragiczne skutki. W opisanym przypadku sąd wziął pod uwagę opinie biegłych, którzy uznali, że nawet gdyby lekarka zbadła dziecko, ze względu na stopień zaawansowania sepsy, niestety by zmarło.

Pytanie redakcji: Kiedy można postawić lekarzowi zarzut karny dotyczący odmowy przeprowadzenia badania?

Odpowiedź prawnika: Sąd badał, czy pediatra przez zaniechanie przyczyniła się do śmierci pacjentki. Został wykazany brak związku przyczynowo-skutkowego między czynem a skutkiem zdarzenia. W sprawach karnych, kiedy nie ma jednoznacznej winy oskarżonego, sądy interpretują wątpliwości niedające się usunąć na ich korzyść. Dlatego lekarz pediatra, mimo że nie zbadła pacjentki, czyli nie dopełniła obowiązku, nie przyczyniła się swoim zachowaniem do jej śmierci. ●

Podsiadły  Powierża **PRAWNIK § LEKARZA**
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

www.prawniklekarza.pl

BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

dla lekarzy i lekarzy dentystrów
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

prawnikdlekarza@oilwaw.org.pl

728-988-518 (w godzinach pracy prawników)





Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

WYKŁADY PLANOWANE W II SEMESTRZE II ROKU AKADEMICKIEGO (2023/2024)

- 18.06.2024, godz. 11.00** „Indonezja” – mgr Marta Maszkiewicz
9.07.2024, godz. 11.00 „Życie seksualne pająków” – prof. dr hab. Marek Żabka

WYKŁADY PLANOWANE W I SEMESTRZE III ROKU AKADEMICKIEGO (2024/2025)

- 8.10.2024 r., godz. 12.00** Inauguracja roku akademickiego, wykład „Etyka ryzyka w eksperymencie medycznym z udziałem człowieka” wygłosi prof. dr hab. Paweł Łuków
22.10.24 r., godz. 11.00 „Sztuczna inteligencja w medycynie” – dr Jakub Chwiećko
5.11.24 r., godz. 11.00 „Zmiany w jamie ustnej w przebiegu niektórych chorób ogólnoustrojowych” – dr Emilia Klein-Dembek
19.11.24 r., godz. 11.00 „Po co są wybory w samorządzie” – dr Mery Topolska-Kotulecka
3.12.24 r., godz. 11.00 „Kultura w nauczaniu kardynała Stefana Wyszyńskiego” – prof. dr hab. Edward Jarmoch
17.12.24 r., godz. 11.00 Spotkanie przedświąteczne
7.01.25 r., godz. 11.00 „ABC wirusowych zapaleń wątroby” – dr n. med. Barbara Kowalik-Mikołajewska
21.01.25 r., godz. 11.00 „Aspekty prawne i kryminalistyczne sprawy Bielaja vel Ślezki” – płk dr Marek Pużycki
4.02.25 r., godz. 11.00 „Motocyklowa podróż do Japonii. Kobieta na motocyklu” – mgr Anna Jackowska-Pluta

**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.**

Zarząd LUTW „NESTOR” przypomina słuchaczom o:

- wyjściu do Teatru Żydowskiego – 7.06.2024 r., godz. 19.00 – na sztukę pt. „Szabasowa dziewczyna”
 - wyjeździe szkoleniowym do miejscowości Brok – 10.06.2024 r. (zbiórka o godz. 11.00 na placu Bankowym)
 - wyjeździe do Nieborowa i Arkadii – 29.06.2024 r. (zbiórka na placu Bankowym).
- Obowiązują zapisy.

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.

Dofinansowanie wyrobów medycznych

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali dofinansowania zakupu wyrobów medycznych z NFZ ani z PFRON, do ubiegania się o dofinansowanie oferowane przez naszą izbę

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

30 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. Raszyńska 54.

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.



Plener w Żyrardowie



JUŻ TRZECI RAZ LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI RUSZYLI ULICAMI ZABYTKOWEGO ŻYRARDOWA, BY OD 18 DO 21 KWIETNIA ZGŁĘBIAĆ TAJNIKI SZTUKI FOTOGRAFICZNEJ. SEKCJA FOTOGRAFII KOMISJI DS. KULTURY ORL W WARSZAWIE ZORGANIZOWAŁA III OGÓLNOPOLSKI PLENER FOTOGRAFICZNY DLA LEKARZY.

tekst **MAŁGORZATA HNAT**



Odbyły się zajęcia m.in. z portretu studyjnego, ulicznego, w świetle zastanym, z fotografii ulicznej, z pogranicza reportażu oraz fotografii artystycznej. Uczestnicy mieli okazję spotkać się z reporterem i fotografikiem Zbigniewem Furmanem. Warsztaty z portretu studyjnego oraz ulicznego poprowadził Mirosław Stelmach.

– W trzecim dniu imprezy miał miejsce wernisaż dla mieszkańców Żyrardowa, na którym zaprezentowano zdjęcia z zeszłorocznego pleneru. Mieszkańcy byli zaskoczeni i zarazem oczarowani, jak pięknie i interesująco wygląda ich miasto na zdjęciach wykonanych przez lekarzy – mówiła Bożena Hoffman-Golańska, przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie, sprawująca pieczę nad imprezą.



Prace, które powstały podczas III Pleneru Fotograficznego w Żyrardowie, będą prezentowane na wystawie w grudniu, w galerii Centrum Łowicka. ●



Lekarska Liga Mistrzów na półmetku

NIM SIĘ OBEJRZELIŚMY, NADESZŁA POŁOWA SEZONU LEKARSKIEJ LIGI MISTRZÓW 2024. ZA NAMI PIĄTA KOLEJKA WIOSENNYCH ROZGRYWEK PIŁKARSKICH MEDYKÓW.

tekst **MAŁGORZATA HNAT**



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

EMKA

W piątym tygodniu rywalizacji, 12 maja, czołowa czwórka, czyli: Najlepsi, FC Stylus, Dynamo Wołoska i Chłopcy do Bicia, grała z niżej notowanymi rywalami: Healers United, FC Biały Kieł, FC Mazovia Szpitala Marszałkowskie oraz Iron Boyz.

Jako pierwsi mecz rozegrali Medicine United oraz Pędzące Kochery. Obie ekipy znajdowały się w dole stawki, ale ich forma rosła w ostatnich tygodniach. Medicine United zwyciężyło 2:1. Chłopcy do Bicia, którzy byli faworytami w spotkaniu z Iron Boyz, nie zawiedli, pokonali rywala 5:0. Najlepsi zasłużyli na to miano, zakończyli mecz z Healers United wynikiem 4:2. Spektakularne zwycięstwo odniosło Dynamo Wołoska, pokonując FC Mazovia Szpitala Marszałkowskie aż 13:2. Za to faworyci, FC Stylus, przegrali te rozgrywki 7:9, ustępując FC Biały Kieł. ●





IV Lekarski Obóz Kitesurfingowy

Dwa terminy turnusów:
7-9 czerwca i 6-9 czerwca 2024 r.

Opłaty:
termin 6-9 czerwca – 1040 zł/os.
termin 7-9 czerwca – 690 zł/os.

Dla uczestników spoza OIL w Warszawie
cena wzrasta o 300 zł.

Zgłoszenia prosimy przysłać do 20 maja pod adresem:
d.jarosz@oilwaw.org.pl

Więcej informacji znajduje się
na stronie Komisji ds. Sportu.



OIL SPORT MISTRZ

Program nagród dla najlepszych sportowców
– członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Organizatorem programu jest Komisja ds. Sportu
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.
Każdemu z trzech laureatów rozgrywek izba przyzna
jednorazową nagrodę w wysokości 2 tys. zł.

Wnioski prosimy przysłać pod adresem:
d.jarosz@oilwaw.org.pl

Termin składania wniosków:
31 sierpnia 2024 r.





Lekarze Dentyści, zagłosujcie i wybierzcie zdobywcę Statuetki św. Apolonii 2023 r.!

RAZ W ROKU, ABY UHONOROWAĆ OSOBY, FIRMY,
ORGANIZACJE ORAZ INSTYTUCJE, KTÓRE SZCZEGÓLNIE
ZASŁUŻYŁY SIĘ ŚRODOWISKU LEKARZY DENTYSTÓW
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE,
PRYZNAJEMY STATUETKĘ ŚW. APOLONII.

Wskażcie godnego kandydata (link do pobrania wniosku: kod QR).



Wniosek w zaklejonej kopercie, zaadresowanej bezpośrednio do kanclerza Kapituły, powinien zostać złożony w sekretariacie prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, w terminie do 15 lipca 2024 r., lub drogą elektroniczną, za pośrednictwem strony internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – www.izba-lekarska.pl – w przeznaczony do tego zakładce.

SPORTOWE NIEDZIELE

2, 9, 16, 23, 30

czerwca 2024 r., w godz. 15.00–17.00

Studium Wychowania Fizycznego WAT,
ul. Kartejusza 1



OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

**OBWIESZCZENIE
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 22 KWIETNIA 2024 R.**

**o wynikach wyborów uzupełniających
zastępców okręgowego rzecznika
odpowiedzialności zawodowej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie art. 33 ust. 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) (u.i.l.), w zw. z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt 7–8 u.i.l., oraz na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik 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.), a także protokołu Komisji Wyborczej zgromadzenia wyborczego XLVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 13 kwietnia 2024 r. obwieszcza się, co następuje:

§1

13 kwietnia 2024 r. w wyborach uzupełniających na zastępcę okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres IX kadencji (2022–2026) została wybrana Anna Szarla, lekarz.

§2

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

**OBWIESZCZENIE
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 22 KWIETNIA 2024 R.**

**o wynikach wyborów uzupełniających
do Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie art. 33 ust. 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) (u.i.l.), w zw. z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt 7–8 u.i.l., oraz na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik 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.), a także protokołu Komisji Wyborczej zgromadzenia wyborczego XLVI

Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 13 kwietnia 2024 r. obwieszcza się, co następuje:

§1

13 kwietnia 2024 r. w wyborach uzupełniających do Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres IX kadencji (2022–2026) została wybrana Maria Balcerzak, lekarz.

§2

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

**OBWIESZCZENIE
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 22 KWIETNIA 2024 R.**

**o wynikach wyborów uzupełniających
członków Okręgowego Sądu Lekarskiego
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie art. 33 ust. 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) (u.i.l.), w zw. z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt 7–8 u.i.l., na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik 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.), a także protokołu Komisji Wyborczej zgromadzenia wyborczego XLVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 13 kwietnia 2024 r. obwieszcza się, co następuje:

§1

13 kwietnia 2024 r. w wyborach uzupełniających do Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres IX kadencji (2022–2026) została wybrana Beata Włodarczyk-Mosiótek, lekarz dentysta.

§2

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

**OBWIESZCZENIE
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 22 KWIETNIA 2024 R.**

**o wynikach wyborów uzupełniających
do Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie**

Na podstawie art. 33 ust. 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) (u.i.l.), w zw. z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt 7–8 u.i.l., i na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik 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.), a także protokołu Komisji Wyborczej zgromadzenia wyborczego XLVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 13 kwietnia 2024 r. obwieszcza się, co następuje:

§1

13 kwietnia 2024 r. w wyborach uzupełniających do Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres IX kadencji (2022–2026) został wybrany Łukasz Jankowski, lekarz.

§2

Obwieszczenie podlega niezwłocznej 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.

Przewodniczący XLVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
lek. **Łukasz Jankowski**

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

**OBWIESZCZENIE NR 11/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 16 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia
stanowiska funkcyjnego
sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do or-

ganów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 22/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 16 kwietnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 16 kwietnia 2024 r. stanowiska funkcyjnego sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Marty Moczydłowskiej.

§2

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

**OBWIESZCZENIE NR 12/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 16 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia
stanowiska zastępcy sekretarza
Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 23/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 16 kwietnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska zastępcy sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 16 kwietnia 2024 r. stanowiska zastępcy sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Joanny Pokładnik.

§2

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

**OBWIESZCZENIE NR 13/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 23 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego
wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 27/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 24 kwietnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 19 kwietnia 2024 r. stanowiska funkcyjnego wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Tomasza Imieli.

§2

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

**OBWIESZCZENIE NR 14/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 23 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia stanowiska
członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 28/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 24 kwietnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 22 kwietnia 2024 r. stanowiska członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Michała Gontkiewicza.

§2

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

**OBWIESZCZENIE NR 15/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 23 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia stanowiska
członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 29/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 24 kwietnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 22 kwietnia 2024 r. stanowiska członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Pawła Doczekalskiego.

§2

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

**OBWIESZCZENIE NR 16/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 23 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia stanowiska
członka Prezydium
Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 30/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 24 kwietnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 23 kwietnia 2024 r. stanowiska członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Michała Matuszewskiego.

§2

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

**OBWIESZCZENIE NR 17/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 23 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego
wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie**

**IX kadencji 2022–2026
reprezentującego Delegaturę Radomską
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 31/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 24 kwietnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – reprezentującego Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 23 kwietnia 2024 r. stanowiska funkcyjnego wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – reprezentującego Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – lek. Karola Stępniewskiego.

§2

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

**OBWIESZCZENIE NR 18/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 23 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego
wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 32/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 23 kwietnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 23 kwietnia 2024 r. stanowiska funkcyjnego wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. dent. Dariusza Paluszka.

§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**

**UCHWAŁA NR 24/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 18 KWIETNIA 2024 ROKU**

**w sprawie
wniesionego protestu wyborczego
wobec wyboru prezesa
Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie art. 31 ust. 7 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 (Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.) [zwanego dalej „Regulaminem wyborów”] oraz § 3 ust. 1 Regulaminu okręgowej komisji wyborczej, będącego załącznikiem do Uchwały nr 15 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu okręgowej komisji wyborczej w zw. z wnioskiem z 18 kwietnia 2024 r. o cofnięcie protestu wyborczego uchwała się, co następuje:

§1

1. Stwierdza się przyjęcie wniosku z 18 kwietnia 2024 r. o cofnięcie protestu wyborczego wobec wyboru prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, złożonego 15 kwietnia 2024 r. przez delegata – lek. Janusza Pachuckiego.
2. Umarza się postępowanie w sprawie rozpatrywania protestu przeciwko ważności wyboru, o którym mowa w ust. 1, ze względu na cofnięcie protestu przez wnioskodawcę.
3. Wobec okoliczności określonych w ust. 1 i 2 stwierdza się bezprzedmiotowość postępowania przewidzianego w §31 Regulaminu wyborów.

§2

Uchwała 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.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 33/2024/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 23 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie wniesionego protestu wyborczego
wobec wyboru prezesa
Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie art. 31 ust. 7 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.) [zwanego dalej „Regulaminem wyborów”], oraz §3 ust. 1 Regulaminu okręgowej komisji wyborczej, będącego załącznikiem do Uchwały nr 15 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu okręgowej komisji wyborczej w zw. z wniesionym protestem wyborczym z 20 kwietnia 2024 r. uchwała się, co następuje:

§1

1. Stwierdza się wpłynięcie protestu wyborczego złożonego 20 kwietnia 2024 r. przez delegata lek. Janusza Pachuckiego wobec wyboru prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Przekazuje się do Naczelnego Sądu Lekarskiego protest, o którym mowa w ust. 1.

§2

Uchwała 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.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
lek. **Jacek Sowiński**

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

**OBWIESZCZENIE
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 8 MAJA 2024 R.**

**o wynikach wyborów prezesa
Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) (u.i.l.), w zw. z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt 7 u.i.l., oraz na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik 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.), a także protokołu Komisji Wyborczej zgromadzenia wyborczego XLVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 13 kwietnia 2024 r. oraz postanowienia Naczelnego Sądu Lekarskiego z 7 maja 2024 r. (NSL. Rep. I/3/PW/24) obwieszcza się, co następuje:

§1

13 kwietnia 2024 r. na stanowisko funkcyjne prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres IX kadencji (2022–2026) został wybrany:

Artur Drobniaak, lekarz.

§2

Obwieszczenie podlega niezwłocznej 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.

Przewodniczący XLVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
lek. **Łukasz Jankowski**

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



Drogi Piotrze, jesteśmy myślami z Tobą oraz Twoją Rodziną – przyjmij nasze najszczerze kondolencje i pamiętaj, że nie tylko w tych trudnych dniach, ale zawsze, możesz liczyć na naszą pomoc.
Składamy Ci płynące z serca wyrazy współczucia z powodu śmierci Twojej Mamy,

Pani Doktor Małgorzaty Wieniawskiej.

Prof. Bożena Werner oraz koleżanki i koledzy z Kliniki Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej



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-Kuśaj

ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ: 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

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-Szlaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

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



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.**

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

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

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 Drobniak PREZES ORL
Krzysztof Herman WICEPREZES ORL
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Luczkiwicz PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Winciuнас PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Jan Krzysztof Kowalczyk SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO
Elżbieta Latoszek-Banasiak PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT	RECEPCJA tel. 22-542-83-48 SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 22-542-83-42 22-542-83-82 22-542-83-55 BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22-542-83-31 BIURO OROZ tel. 22-542-83-22 22-542-83-24 22-542-83-27 KASA tel. 22-542-83-34 czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 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
	POZOSTAŁE	SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30 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 PEŁNOMOCNIK Iwona Kania 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