

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

LIPIEC-SIERPIEŃ 2024 (nr 351-352)



Kodeks
Etyki
Lekarskiej
2024

» **ISTOTNE
ZMIANY
W KEL**

» Relacja z VIII MSS

» Na tropie afrykańskiego kleszcza

» Rozmowa z Agnieszką Kobus-Zawojską



NOWOŚĆ 2024

Ubezpieczenie PZU Dom i PZU Wojażer

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



Każdy lekarz, który w ramach programu ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przystąpił do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) obowiązkowego lub dobrowolnego, może skorzystać ze **zniżki do 20% m.in. na ubezpieczenia PZU Dom oraz PZU Wojażer.**

PZU Dom

Nawet drobne wypadki w domu lub mieszkaniu mogą wiele kosztować. Nie da się przewidzieć każdego nieszczęśliwego zdarzenia, ale przed niektórymi można się zabezpieczyć.



Dlatego oferujemy ubezpieczenie PZU Dom w wariantcie Od Wszystkich Ryzyk. Dzięki niemu możemy pomóc w razie pożaru, przepięcia czy zalania oraz w wielu innych sytuacjach, np. gdy oberwą się szafki w kuchni czy myszy pogryzą przedmioty przechowywane w piwnicy.

Pakiet PZU Dom – co możemy ubezpieczyć:

- mury wraz ze stałymi elementami,
- wyposażenie domu lub mieszkania oraz posesji,
- przedmioty od stłuczenia,
- inne niż mieszkalne budynki na terenie posesji (garaż, budynek gospodarczy).

PZU Dom to również możliwość skorzystania z pomocy fachowców, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, pomoc prawna i ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW).

PZU Wojażer

Ubezpieczenie podróżne to ważny element każdego wyjazdu. Pozwala się cieszyć wakacjami bez obaw o dodatkowe koszty leczenia w razie np. nieszczęśliwego wypadku.



Świat się zmienia, ale nadal jest zbyt piękny i ciekawy, by zatrzymać Cię w domu. Z ubezpieczeniem PZU Wojażer możesz zadbać o spokój i bezpieczeństwo podczas wyjazdów.

W razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku zorganizujemy i opłacimy m.in.:

- leczenie w przychodni, w prywatnym gabinecie i w szpitalu,
- transport medyczny do domu lub placówki medycznej w Polsce.

Dodatkowo pokryjemy koszty poszukiwania osoby zaginionej (np. w górach) i pomocy medycznej.

Ubezpieczenie może chronić osoby, które podróżują m.in. w celach turystycznych, naukowych, związanych z pracą lub uprawianiem sportów.

ins INS Services

PZU SA jest reprezentowany przez agenta ubezpieczeniowego 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. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczeń, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń PZU Dom i PZU Wojażer dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”. Zasady udzielania zniżki są dostępne w siedzibie OIL w Warszawie. Zniżka jest udzielana do 31.12.2026 r.

MATERIAŁ
MARKETINGOWY

TEMAT Z OKŁADKI:

Znowelizowany KEL – sukces całego środowiska lekarskiego

Artur Drobnik

str. 3

Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej

Małgorzata Solecka

str. 4

Istotne zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej

Hanna Odziemcka

str. 8



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 2** Kleszcz wędrowny – temat migrujący
Urszula Wolińska-Kuśaj

FELIETON WICEPREZESA

- 11** Sportowe wakacje
Krzysztof Herman

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 12** Nowy regulamin wyborów
Mery Topolska-Kotulecka

- 13** Absolutorium i budżet
Kamila Hoszcz-Komar

- 40** Bon patriotyczny
Monika Potocka

- 42** LUTW „Nestor”

- 44** Bajki muzyką pisane
Bożena Hoffman-Golańska

- 52** Biuletyn ORL

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

- 14** Za nami VIII MSS
Urszula Wolińska-Kuśaj

- 16** Pierwsza pomoc...
rozmowa z Adamem M. Pietrzakiem

- 18** Radiologia stomatologiczna
rozmowa z Kazimierzem Szopińskim

O TYM SIĘ MÓWI

- 21** Na tropie afrykańskiego kleszcza
Anetta Chęcińska

SZCZEPHENIA

- 24** Zasady czystości
Paweł Walewski

RELACJE

- 26** Cyberbezpieczeństwo
w ochronie zdrowia

- 27** Okrągły Stół Zdrowia
Kamila Hoszcz-Komar

REFLEKSJE O EUROPIE

- 30** Węgierski przewrót?
Dominik Héjj

PRAWO

- 34** Vademecum lekarza przedsiębiorcy
Kamila Hoszcz-Komar

- 38** Aktualności prawnomedyczne
Filip Niemczyk

PO DYŻURZE

- 46** Niewygodny bohater
Kamila Hoszcz-Komar

- 50** Druga strona medalu
rozmowa z Agnieszką Kobus-Zawojską

Kleszcz wędrowny – temat migrujący

URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ, redaktor naczelna



Fot. archiwum

„**N**owe kleszcze dotarły do Polski”, „Gigantyczne kleszcze z Afryki w Polsce”, „Przenoszą chorobę, na którą nie mamy lekarstwa” – te nagłówki o podejrzanym pajęczaku wywołały spore zamieszanie w sieci przed wakacjami. Z czasem artykuły ewoluowały. Ale temat jest wciąż żywy. Ba, rozpoczęło się nawet „Narodowe kleszczobranie”! W lipcowo-sierpniowym numerze „Pulsu” przyjrzelśmy się projektowi, którego pomysłodawcą jest Uniwersytet Warszawski. Przedstawiliśmy również Państwu sprawdzone i potwierdzone przez specjalistów informacje o kleszczach wędrownych. Czy jest się czego bać? Jak wygląda ów stawonóg? Czym grozi spotkanie z nim? Na te pytania znajdą Państwo odpowiedzi w dalszej części gazety.

Stali czytelnicy zapewne zauważą, że najnowszy „Puls” jest nieco inny niż poprzednie. Postanowiliśmy zrezygnować z wiodącego tematu numeru (kilku tekstów dotyczących tej samej problematyki) na rzecz tematu z okładki. W tym numerze jest nim nowy Kodeks Etyki Lekarskiej.

To niejedyna modyfikacja – ostatnie strony miesięcznika (wydzielone kolorem beżowym) stały się nieco lżejszym obszarem. Znajdą tam Państwo rubryki poświęcone kulturze, historii, nauce i sportowi. Myślę, że prezentowane ciekawostki, zapowiedzi i wywiady mogą być swego rodzaju odskocznią po dyżurze od problemów zawodowych. Jedną z aktualnych propozycji jest rozmowa z Agnieszką Kobus-Zawojską, dwukrotną medalistką Igrzysk Olimpijskich. Wioślarka niedawno wyjawiała, że walcząc o największe swoje trofeum, toczyła również bój o zdrowie. Chorowała wówczas na depresję.

Na stronach „Pulsu” nie brakuje relacji z najważniejszych izbowych wydarzeń. Za nami m.in. VIII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne. To flagowa konferencja naukowa środowiska dentystycznego, dlatego poświęciliśmy jej szczególne miejsce.

Zapraszam Państwa do lektury, mam nadzieję – ciekawej. ●

e-Izba

dla lekarzy i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo

Zaloguj się i sprawdź!



OKRĘGOWA
IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
IM. PROF. DR. HENR. NIECHLEWICZA



Znowelizowany KEL

– sukces całego środowiska lekarskiego

ARTUR DROBNIAK, prezes ORL w Warszawie



Fot. J. Kamiński

Choć XVI Krajowy Zjazd Lekarzy odbył się już miesiąc temu (16–18 maja), wciąż dla delegatów żywe pozostają obrazy i wydarzenia z Łodzi. To szczególne święto samorządności lekarskiej pokazało prawdziwe oblicze samorządu, który – mimo często napiętych relacji między jego członkami – potrafi pochylić się nad najważniejszymi dla wykonywania naszego zawodu zasadami, czyli Kodeksem Etyki Lekarskiej. W wartkiej dyskusji zmieniano i poprawiano niektóre przygotowywane przez rok zapisy, odbyły się dziesiątki głosowań nad brzmieniem poszczególnych paragrafów, ale na końcu zdecydowaną większością głosów przyjęto nowy kodeks, co spotkało się z satysfakcją uczestników zjazdu.

KEL w obecnie obowiązującej formie pozostał niezmienny od 21 lat, poprzednia nowelizacja miała miejsce we wrześniu 2003 r. Dla rozwoju medycyny i technologii medycznych to prawdziwa epoka. Internet nie był wówczas powszechnie dostępnym medium, a komputery nie były powszechnie używanym sprzętem, Polska dopiero przygotowywała się do dołączenia do Unii Europejskiej. Mimo że my, lekarze, jesteśmy dość konserwatywnym środowiskiem, po 21 latach większość z nas dostrzegła, jak nieżyłowe są niektóre zapisy.

Skupiając się nad znowelizowanym KEL, który będzie nas obowiązywał od 1.01.2025 r., warto podkreślić, że wprowadza on wiele istotnych zmian mających na celu dostosowanie przepisów do współczesnych realiów medycyny oraz oczekiwań społecznych. Przedstawię najważniejsze, w mojej opinii, zmiany i nowości wprowadzone w kodeksie.

Skupiając się nad znowelizowanym KEL, który będzie nas obowiązywał od 1.01.2025 r., warto podkreślić, że wprowadza on wiele istotnych zmian mających na celu dostosowanie przepisów do współczesnych realiów medycyny oraz oczekiwań społecznych. Przedstawię najważniejsze, w mojej opinii, zmiany i nowości wprowadzone w kodeksie.

Aspekty, które wywoływały najwięcej emocji już na etapie konsultacji środowiskowych, dotyczyły możliwości reklamowania się lekarzy oraz korzystania z telemedycyny. Telemedycyna pozostawała w poprzedniej wersji KEL niedookreślona, a pandemia COVID-19 pokazała nam, że wraz z rozwojem systemów łączności możliwe jest obiektywne i wysokojakościowe prowadzenie pacjentów zdalnie. Dotyczący telemedycyny art. 9 brzmi: „*Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera taką formę konsultacji (w szczególności wizyta stacjonarna, teleporada), która zapewnia pacjentowi dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej*”.

Zapis ten daje nam pole do decyzji o formie pracy, przy zapewnieniu, że świadczenie pozostanie merytorycznie odpowiedniej jakości, a pacjent i lekarz będą mieli możliwość wyboru formy świadczenia do kontynuacji terapii.

Nowością w KEL jest art. 12 określający ramy korzystania ze sztucznej inteligencji w medycynie. O ile algorytmy stają się coraz powszechniejsze i coraz więcej z nich uzyskuje odpowiednią certyfikację, o tyle wprowadzenie wspomnianego zapisu do kodeksu zdecydowanie pokazuje kierunek ich użycia. Nie zgadzam się z twierdzeniem, że każde zastosowanie algorytmu sztucznej inteligencji winno wymagać ŚWIADOMEJ zgody pacjenta (jak teraz będą wyglądać zgody radiologiczne?), jednakże pozostałe zapisy tego artykułu wyraźnie wskazują aspekty korzystania z AI, o których każdy lekarz wiedzieć powinien: informować o użyciu sztucznej inteligencji i to on, lekarz, podejmuje ostateczną decyzję diagnostyczno-terapeutyczną i ponosi za nią odpowiedzialność.

Z kolei art. 72 stanowi swego rodzaju złamanie paradygmatu dotyczącego zakazu reklamy. W związku z prawodawstwem unijnym, nakazującym równość wobec prawa, jako samorząd musieliśmy przeanalizować sytuację i w jak najmniej uciążliwy sposób umożliwić lekarzowi udzielanie informacji o sobie oraz rodzaju i efektach swojej pracy.

Zwracam też Państwa uwagę na podkreśloną w znowelizowanym KEL kwestię relacji zawodowych między lekarzami a innymi pracownikami ochrony zdrowia:

- współpraca między zawodami medycznymi – promuje się interdyscyplinarne podejście do opieki nad pacjentem oraz poszanowanie kompetencji i wiedzy innych specjalistów,
- etyka konkurencji – nowe przepisy precyzują zasady uczciwej konkurencji między lekarzami, zabraniając m.in. praktyk szkodzących reputacji konkurentów.

Gorąco zachęcam Państwa do poświęcenia czasu na zapoznanie się ze znowelizowanym KEL, kluczowym dla wykonywania naszej pracy dokumentem. Wierzę, że Wy, Koleżanki i Koledzy, przyjmiecie nowy KEL jako dokument, po który będziecie chętnie sięgać, pamiętając w swojej praktyce o przestrzeganiu zawartych w nim zasad wykonywania naszego pięknego zawodu. ●



Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej

Graf. K. Matsumoto

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

PODCZAS NADZWYCZAJNEGO XVI KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY (16–18 MAJA) DELEGACI PRZYJĘLI NOWY KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ. – *OSTATNIA NOWELIZACJA UCHWALONEGO W 1991 R. KODEKSU MIAŁA MIEJSCE W 2003 R. POLSKA NIE BYŁA WTEDY NAWET W UNII EUROPEJSKIEJ* – PODKREŚLAŁ WAGĘ DECYZJI PREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ ŁUKASZ JANKOWSKI.

Delegaci obradowali nad projektem, nad którym Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej, pod przewodnictwem dr. Artura de Rosier, pracowała przez ostatnie dwa lata. Dokument ostatecznie poparło około 90 proc. delegatów, choć wcześniej zostały do niego wprowadzone poprawki zgłoszone podczas dyskusji.

Pytani w trakcie zjazdu o kluczowe zmiany w KEL, delegaci najczęściej wskazywali umożliwienie reklamowania się przez lekarzy, a także uporządkowanie kwestii udzielania teleporad. Obecny Kodeks Etyki Lekarskiej (nowy będzie

obowiązywać od 1 stycznia 2025) jest w tych dwóch kwestiach niezwykle konserwatywny. Podobną ocenę wyraża prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Artur Drobnik. Jako zmianę w KEL niezwykle istotną dla całego środowiska lekarzy i lekarzy dentyków wskazuje w pierwszej kolejności zniesienie zakazu reklamy. – *Nowy kodeks pozwala lekarzom na reklamowanie swojej pracy, w znaczeniu informowania o niej. Również przez płatne ogłoszenia. W tej chwili, reklamując się, lekarz łamie obowiązujące przepisy KEL* – podkreśla prezes. – *Zmiana była konieczna ze względu na unijne przepisy, które jednoznacznie stwierdzają, że każ-*

dy ma prawo reklamować swoją pracę, swoje usługi, jeśli jest to społecznie potrzebne, użyteczne. Doświadczenia innych krajów dowodzą, że musimy dostosować przepisy KEL do standardów unijnych, bo jeśli tego nie zrobimy sami, zmiany mogą zostać nam narzucone.

W art. 71 stwierdza się, że lekarz może posługiwać się informacją o oferowanych usługach, pod warunkiem, że będzie zgodna z zasadami etyki lekarskiej. Zapisano w nim również, że lekarz jest odpowiedzialny za informację o oferowanych usługach opublikowaną przez osoby trzecie w jego imieniu (lub na jego rzecz). Informacja o oferowanych usługach, zgodnie z zapisami KEL, to każda forma przekazu mająca na celu upowszechnianie wizerunku lekarza lub usług związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Od 1 stycznia 2025 r. z dużymi problemami muszą się liczyć lekarze i lekarze dentyści, którzy wykorzystują fakt wykonywania zawodu lekarza czy tytuł specjalisty do promowania usług niezwiązanych z wykonywaniem zawodu. Nowy kodeks uznaje takie praktyki za „niedopuszczalne”.

Kolejna przełomowa w ocenie prezesa Drobnika decyzja dotyczy teleporad. – *W myśl obecnych przepisów, zwłaszcza gdyby je traktować literalnie, teleporady nie powinny być stosowane* – przyznaje Artur Drobnik. KEL stwierdza bowiem: „*Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość*”. W nowym brzmieniu art. 9 lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po ocenie jego stanu i wybiera taką formę konsultacji, która zapewnia właściwą jakość i ciągłość opieki medycznej.

Taki zapis z jednej strony dopuszcza świadczenia telemedyczne, z drugiej – co budzi wątpliwości części ekspertów – składa wyłączną decyzję o formie porady (osobista lub z użyciem narzędzi telekomunikacyjnych) w ręce lekarza. Podczas Kongresu 360, zorganizowanego przez Związek Pracodawców Polskich, który odbył się na początku czerwca w Warszawie, prof. Bolesław Samoliński, specjalista w dziedzinie alergologii, otolaryngologii i zdrowia publicznego, podkreślał, że jego zdaniem pacjent powinien być w tej sprawie współdecydującym, a w każdym razie jego głos należy brać pod uwagę. Decyzja pozostaje jednak w rękach lekarza.

Prezes samorządu warszawskich lekarzy i lekarzy dentyków podkreśla, że kwestia teleporad jest jedną z tych, które jak na dłoni pokazują, że uchwalenie nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej było już po prostu konieczne. – *Teleporady są stosowane powszechnie od czterech lat* – przypomina dr Artur Drobnik. Nie są żadnym wyjątkiem, zwłaszcza w czasie pandemii COVID-19, w latach 2020–2022, w ogromnym stopniu zastąpiły wizyty osobiste, a cyfryzacja ochrony zdrowia (e-recepta, e-ZLA) w połączeniu ze słabą dostępnością świadczeń ochrony zdrowia zaowocowały patologicznymi rozwiązaniami, tzw. receptomatami. Samorząd lekarski, stwierdza dr Drobnik, szybko zauważył problem. Jeszcze w poprzedniej kadencji powołano Zespół ds. Telemedycy-

ny, domagano się wprowadzenia standardu teleporady, a następnie – pioniersko – przygotowano, we współpracy z ekspertami, propozycję takiego standardu.

W nowym kodeksie znalazł się też artykuł dotyczący korzystania ze sztucznej inteligencji, wprowadzony z inicjatywą delegatów ze Śląskiej Izby Lekarskiej. Umożliwia on lekarzowi posiłkowanie się w postępowaniu diagnostycznym czy leczniczym algorytmami sztucznej inteligencji. Lekarz musi przy tym spełnić określone warunki, przede wszystkim poinformować pacjenta o wykorzystaniu AI. Może też korzystać wyłącznie z algorytmów, które zostały dopuszczone do użytku medycznego i mają odpowiednie certyfikaty.

Kolejna fundamentalna zmiana dotyczy terapii daremnej. Kodeks w dotychczasowym brzmieniu stanowi, że „*w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych*”, a decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. W uchwalonym w maju kodeksie czytamy: „*Lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym. Decyzja o zaprzestaniu resuscytacji należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z negatywną oceną szans leczniczych*”. Te zmiany można uznać za redakcyjne, ale pojawia się również zapis: „*Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta*”.

Trudno nie zauważyć kontekstu: gdy w Łodzi delegaci obradowali nad zmianami w Kodeksie Etyki Lekarskiej, w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim wybitni anestezjologowie zabierali głos w obronie ukraińskiego lekarza, rezydenta anestezjologii, który kilka tygodni wcześniej został aresztowany pod zarzutem zabójstwa 86-letniego pacjenta dlatego, że stwierdził zgon i odłączył mężczyznę od aparatury. Autorytety medyczne stanęły po stronie młodego adepta anestezjologii, choć – to też warto zauważyć – jego kłopoty zaczęły się od zawiadomienia złożonego do prokuratury przez kolegów z pracy. Lekarze broniący osadzonego w areszcie rezydenta podkreślają, że nawet jeśli można byłoby mu zarzucić naruszenie procedur, nic nie uprawnia do stawiania zarzutów tak ogromnego kalibru. Po zaangażowaniu w sprawę samorządu lekarskiego Prokuratura Krajowa objęła postępowanie swoim nadzorem, jednak sytuacji zatrzymanego lekarza, przynajmniej na razie, to nie poprawiło. W środowisku anestezjologów coraz częściej słychać głosy, że ta sprawa może się negatywnie odbić na ich pracy. Bliscy pacjentów, u których lekarze będą odstępować od terapii daremnej (co jest w kontekście nowego KEL ich obowiązkiem) mogą bowiem próbować zainteresować decyzjami organy ścigania.

W nowym kodeksie bez żadnych wątpliwości widać dążenie do uwzględnienia w jak największym stopniu nowych realiów. Chodzi nie tylko o AI, teleporady czy zapisy dotyczące reklamy, ale też wzięcie pod uwagę gwałtownego rozwoju mediów społecznościowych. Lekarze i lekarze dentyści są w nich coraz częściej obecni, np. jako zdrowotni ►►

- influencerzy, w najbardziej pozytywnym tego słowa znaczeniu. Dlatego w art. 78 stwierdza się, że lekarz wypowiadający się na forum publicznym z udziałem osób niebędących lekarzami (także w mediach, Internecie i w serwisach społecznościowych) na temat odkryć naukowych, technologii medycznych, diagnostyki lub terapii powinien mieć pewność, że jego słowa opierają się na aktualnej wiedzy medycznej. Powinien też – czytamy dalej – być przykładem właściwych postaw zdrowotnych i dbać o własne zdrowie oraz dobrostan.

Czytając dwie wersje KEL – obowiązującą i tę, która zacznie obowiązywać 1 stycznia 2025 – trudno oprzeć się refleksji, że zmiany powinny nastąpić znacząco wcześniej. – *O tym, że warto byłoby zaktualizować kodeks, nasi poprzednicy w Naczelnej Izbie Lekarskiej mówili już 10 lat temu. Jednak kolejne Komisje Etyki Lekarskiej sugerowały, że dotychczasowe przepisy są wystarczające* – przyznaje Artur Drobniak. Dodaje jednak, że w ostatnich latach konieczność wprowadzenia znaczących zmian narastała: – *Można powiedzieć, że tama została przerwana, prace nad nową wersją Kodeksu Etyki Lekarskiej dwa lata temu ruszyły pełną parą, a teraz dokument został uchwalony.*

Nowy kodeks od obowiązującej ciągle wersji odróżnia przesunięcie akcentów, wyrażone zastąpieniem określeń związa-

nych z powinnością bardziej jednoznacznymi słowami, takimi jak „zakaz” i „obowiązek”. Zmiana powinności na obowiązek dotyczy np. informowania pacjenta o popełnieniu pomyłki, wystąpieniu powikłań, które nie były przewidziane (art. 22), niezależnie od tego, że na lekarzu ciąży też obowiązek podjęcia działań naprawczych. Są też zauważalne zmiany w nomenklaturze, m.in. określenie „chory” zastąpiło słowo „pacjent”, a „reanimację” – „resuscytacja”.

Czy na kolejną wersję KEL przyjdzie czekać znów dwie dekady? Biorąc pod uwagę tempo zmian, przede wszystkim w medycynie, ale nie tylko, również zmian społecznych, związanych z nowymi technologiami, wydaje się to niemożliwe. Prezes ORL w Warszawie mówi jednak, że niekoniecznie musi i powinno oznaczać to wprowadzanie gruntownych zmian KEL co kilka lat. – *Uważam, że lepszym rozwiązaniem będzie aktualizowanie, w miarę potrzeb, konkretnych artykułów* – podkreśla. Czuwanie nad bieżącą aktualizacją KEL, oczywiście w miarę potrzeb, jest zadaniem Komisji Etyki Lekarskiej NRL. Niejedynym. Jeszcze podczas obrad zjazdu można było usłyszeć, że do nowego KEL konieczne będzie przygotowanie komentarzy – niejako operacyjnego uzupełnienia dokumentu. Mimo wszystkich zabiegów mających na celu jego doprecyzowanie czy ujednolicenie, pozostaje on bowiem na dość wysokim poziomie ogólności. ●



OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Janka Niełubowicza

POLUBOWNE ROZSTRZYGANIE SPORÓW Z PACJENTAMI

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

E-mail mediator@oilwaw.org.pl

Tel. 22 542 83 29



OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Janka Niełubowicza

- ◆ GDY ZMARŁ TWÓJ BLISKI, KTÓRY BYŁ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ
 - ◆ JEŚLI JESTEŚ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ I ZNALAZŁEŚ SIĘ W TRUDNEJ SYTUACJI FINANSOWEJ Z POWODU CHOROBY
- Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie nie pozostawi Cię bez pomocy. Zgłoś się do Rady Funduszu Samopomocy – możesz uzyskać pomoc finansową.

- ◆ GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO
- Rada Funduszu Samopomocy wspomże Cię w pierwszych miesiącach wychowania Twojego dziecka.

SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.

Tel. 22 542 83 33



izba-lekarska.pl

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

Etyka

ETYKA TO DLA JEDNYCH PRZED WSZYSTKIM DZIAŁ FILOZOFII TRAKTUJĄCY O SYSTEMACH, W KTÓRE UJMOWANE SĄ ZASADY MORALNE, A WIĘC COŚ W RODZAJU NAUKI. TAKĄ ETYKĄ ZAJMUJĄ SIĘ ETYCY I ETYCZKI. W TYM TEŻ ROZUMIENIU ETYKA JEST PRZEDMIOTEM SZKOLNEJ NAUKI, A WIĘC I O LEKCJI TAK MOŻNA MÓWIĆ.

– DZIŚ MAM ETYKĘ – POWIE DZIECKO. JAK CZĘSTO Z TAKIMI SŁOWAMI BYWA, DLA INNYCH ETYKA TO GŁÓWNIIE SAM ZBIÓR ZASAD (WTEDY MOWA O ETYCE NP. ZAWODU CZY NAWET KONKRETNIEGO CZŁOWIEKA).

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Zazwyczaj, mówiąc o etyce, mamy na myśli, że to coś dobrego i *etycznym* zwiemy kogoś, kto myśli i postępuje tak, że uznajemy to za właściwe. Jak ktoś myśli i postępuje inaczej, czasem naraża się na to, że usłyszy, że jest *pozbawiony etyki*. Podobnie jest z moralnością. A przymiotniki *niemoralny* i *nieetyczny* już z reguły oznaczają ludzi i postępowania, którym odmawia się akceptacji.

O ile *moralność* łączy się jakoś w naszej świadomości z czymś, co nie wymaga racjonalnych uzasadnień i układania w systemy, o tyle *etyka* kojarzy się z czymś bardziej uporządkowanym, może trudniej naruszalnym, ale mniej nacechowanym humanistyczną spontanicznością i naturalnością, które dla wielu są sympatyczne. Z drugiej jednak strony różni stróże (i stróżki) moralności potrafią do niej zniechęcać, a gdzieś tam za *moralnością* kryje się jej wredna siostra obłudza. W przypadku *etyki* jest może sztywniej, ale przejrzysiej. Nie wiem, co wolę – etykę czy moralność. Może nieco przyjemniej być *niemoralnym* niż *nieetycznym* i może różne niemoralności łatwiej bywają wybaczone niż nieetyczności. Zauważmy, że *etyka* i *moralność* łączą się z podobnie rozumianą *przypoitością*, a *niemoralność* i *nieetyczność* do nieco różnych rozumień *nieprzypoitości* się odnoszą.

Etyka łączy się z *etosem*, jak *moralność* z *moresem*. *Etos* to słowo z greki, w której nazywano tak zwyczaj, obyczaj, a wcześniej jeszcze miejsce zamieszkania. *Mores* zresztą to też 'zwyczaj, obyczaje', tyle że w łacinie (potem to też 'rygor', narzucający zwyczaj niechciane). Zwyczaj mają wiele wspólnego z wartościami, stąd dziś *etos* to pewien system (a może

zbiór zaledwie) wartości, którymi się ktoś – człowiek lub grupa – kieruje. Nadużywanie tego słowa, często patetyczne, może czasem budzić odruchy językowej przekory, która daje takie określenia jak *etosowy* i *etosowiec*, najczęściej, łagodnie mówiąc, żartobliwe. Odnosi się to zwykle do ideologii i bliskiej jej polityki.

Etyka to wygodne pojęcie w odniesieniu do funkcji i ról społecznych, więc i do zawodów, zwłaszcza zawodów zaufania społecznego. Od prawników, lekarzy, uczonych, nauczycieli oczekujemy, że będą uprawiali swoje profesje zgodnie ze społecznie wyznaczonymi zasadami. Wtedy mówimy o etyce, by tak rzec, przymiotnikowej, jak gdyby szczególnej – *lekarzkiej*, *prawniczej*. O takich etykach mówi się, że wymagają określonego postępowania, a raczej, że nie dopuszczają postępowania niewłaściwego. Trochę rzadziej chyba słyszymy ostatnio, przynajmniej w dyskursie publicznym, o *etyce handlowej*, która powinna nie dopuszczać do oszustwa (zapewne i w reklamie). Jeszcze rzadziej lub wcale natomiast słysząc dziś o *etyce politycznej*. Choć przecież słowo *polityczny* właśnie z zachowaniem etycznym niegdyś się łączyło.

Czasem można mieć wrażenie, że opatrywanie jakimś przymiotnikiem słowa *etyka* może ją relatywizować. I że są ogólne zasady *przypoitości*, które można stosować i do zdunów, i do lekarzy, i do prawników, i do polityków. Wiadomo jednak, jak bardzo funkcjonalne jest wiązanie etyczności z konkretnym zawodem, zwłaszcza z takim, co i służbą może być nazywane. I że brak *etyki zawodowej* sprawia wyraźny zawód wszystkim. ●

Istotne zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej

STAŁO SIĘ. MAMY NOWY KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ. JAKIŚ CZAS TEMU SŁUCHAŁAM WYKŁADU PEWNEGO PROFESORA PRAWA, KTÓRY OKREŚLIŁ KEL JAKO PRZESTARZAŁY I NIEADEKWATNY DO RZECZYWISTOŚCI. FAKTYCZNIE, PIERWSZA WERSJA MIŁOŚCIWIE NAM USTĘPUJĄCEGO KEL POWSTAŁA PONAD 30 LAT TEMU, W EPOCE PRZED CYFRYZACJĄ, SZTUCZNĄ INTELIGENCJĄ I *COMING OUTEM* OSÓB NIEHETERONORMATYWNYCH. CZY NOWELIZACJA KODEKSU WYSTARCZAJĄCO PRZYSTOSOWUJE GO DO AKTUALNYCH POTRZEB I WARUNKÓW? WARTO MU SIĘ PRZYJRZEĆ I DOCENIĆ ZMIANĘ, ALE TEŻ WYPUNKTOWAĆ WĄTPLIWOŚCI DOTYCZĄCE NIEKTÓRYCH.

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. archiwum

Nowy KEL ma 83 artykuły, podczas gdy poprzednia wersja zawierała 78. W preambule, jak poprzednio, zamieszczono Przyrzeczenie Lekarskie, w części ogólnej są niewielkie zmiany: w art. 3 zapis, że lekarz wypełnia swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka, także bez względu na orientację seksualną pacjenta. To duża zaleta aktualizacji, szczególnie że wskazanie w tym samym artykule: „*bez względu na płeć*”, choć jednoznacznie ze starą wersją, obecnie ma znacznie szerszy kontekst niż mizoginia czy mizandria. Żyjemy przecież w czasach definiowania na nowo płci i seksualności człowieka. W art. 3 i 4 oraz w niektórych dalszych zastąpiono wyrażenie „lekarz powinien” wyrażeniami: „lekarz wypełnia” i „lekarz zachowuje”, co oznacza zapewne wzmocnienie imperatywu oczekiwanych od lekarza działań. Zasadniczo jednak w części ogólnej rewolucji nie ma.

Znacznie bardziej nowatorska jest część szczegółowa. Zawarty w art. 57 starego KEL temat został przeniesiony do pkt 2 w art. 6, który mówi: „*lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami niezwyfikowanymi naukowo oraz uznawanymi przez naukę za szkodliwe lub bezwartościowe*”. Twórcom poprzedniej wersji KEL zapewne nie śniło się, że lekarz może być np. antyszczepionkowcem lub leczyć boreliozę antybiotykami przez ponad rok. Jednak rzeczywistość brutalnie dowodzi, że w naszych szeregach są osoby zamknięte na wiedzę naukową i wyniki badań klinicznych, a przy tym wykorzystujące swój status lekarza, aby promować „niekonwencjonalne metody leczenia” i zarabiać na tym. Zmodyfikowano art. 9: „leczenie pacjenta” zastąpiono „opieką

nad pacjentem”, a wymóg „uprzedniego zbadania” – wymogiem „uprzedniej oceny jego stanu”. Warto zauważyć, że nie ma tu określonej przewagi konsultacji stacjonarnej nad teleporadą (która jest przecież formą udzielania świadczeń medycznych uprawioną na podstawie art. 3 ust. 1 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej). Jednak żeby nie było tak różowo, chwalebna aktualizacja ciągnie za sobą ogon paternalizmu. W tym samym bowiem zdaniu czytamy, że to „*lekarz wybiera formę konsultacji, która zapewni pacjentowi dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej*”. Lekarz wybiera... Lekarz ma wiedzę profesjonalną, ale stwierdzenie, że wie lepiej, co jest dobre dla pacjenta, mocno zalatuje stęchlizną. Obecnie promuje się inny standard relacji lekarz – pacjent, standard oparty na partnerstwie i poszanowaniu autonomii oraz podmiotowości pacjenta. Lekarz przedstawia pacjentowi możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, optymalne w jego opinii dla pacjenta, ale przecież to pacjent podejmuje decyzję, na jakie działania lekarza wyraża zgodę, bo to jego ciało i jego życie. Zresztą, w art. 14 nowego KEL jest zapis o respektowaniu przez lekarza prawa pacjenta do „*świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego stanu zdrowia*”.

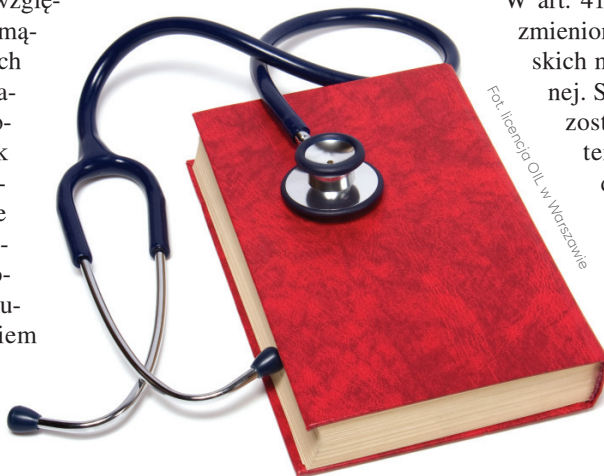
Prawdziwa rewolucja to art. 12 – korzystanie przez lekarza z algorytmów sztucznej inteligencji w postępowaniu diagnostycznym, leczni-

czym lub zapobiegawczym. Znowu jednak nie jest różowo, bo na krok w przód, czyli dopuszczenie AI, przypadają dwa kroki w tył, czyli obwarowania. Lekarz, który ma zastosować algorytmy AI, musi poinformować o tym pacjenta i uzyskać jego świadomą zgodę. Oczywiście, jest to zgodne z art. 31, 32 i 34 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lecz AI może w tej sytuacji szybko wylądować na bezrobociu. Ze względu na powszechną eksplorację „mądrości” internetowych, karmiących się teoriami spiskowymi i trollowaniem, AI w medycynie może szybko zająć miejsce szczepionek mRNA, których stosowanie wiązano z podejrzeniem o czipowanie ludzkości albo ingerencję w materiał genetyczny człowieka i wywoływanie raka. Swoją drogą, w formularzach ankiet przed szczepieniem i zgody na szczepienie przeciw COVID-19 nie było klauzuli, że pacjent zgadza się na użycie technologii produkcji konkretnego preparatu szczepionki.

Art. 17 przynosi naprawdę dobrą zmianę zarówno w kontekście poszanowania podmiotowości pacjenta, jak i zgodności z obowiązującym prawem powszechnym. W poprzedniej wersji KEL artykuł ten mówił o możliwości nieinformowania pacjenta o niepomyślnym rokowaniu na podstawie przekonania lekarza. Oceniano wówczas, że będzie to lepsze dla pacjenta. Nowa wersja KEL pozbawia ten artykuł wszelkich przejawów paternalizmu. A przede wszystkim jest on zgodny z art. 31 ust. 4 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, dotyczącym tzw. przywileju terapeutycznego, gdzie jest jasno powiedziane, że ograniczenie udzielania informacji o stanie zdrowia ze względu na dobro pacjenta jest limitowane jego prawem do owych informacji i wolą, w jakim zakresie chce z tego prawa skorzystać. Dobry efekt przynosi również sformułowanie art. 19 (w starym KEL art. 18), w którym także przytarto rogi paternalistycznym standardom starej wersji. Artykuł ten mówi o konsultowaniu pacjenta przez innych lekarzy. W poprzedniej wersji lekarz miał się jedynie nie sprzeciwiać takiej możliwości, a na życzenie chorego ją ułatwiać, obecnie ma tę konsultację umożliwiać, zachowując jednak pozycję osoby odpowiedzialnej za pacjenta. Stawia to lekarza i pacjenta na pozycjach obopólnej podmiotowości oraz wzajemnego poszanowania uprawnień i ról w relacji terapeutycznej.

Kolejną dobrą zmianą jest art. 33 dotyczący terapii daremnej. Temat, poruszony w art. 32 poprzedniej wersji KEL, teraz został uzupełniony i ma zaznaczone odniesienie do opracowanych przez Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii wytycznych postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania

oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. W artykule tym, wskazującym na rekomendowane podjęcie decyzji o odstąpieniu od terapii daremnej przez zespół leczący, można by pójść jeszcze krok dalej i nałożyć obowiązek sporządzania protokołów terapii daremnej, zgodnie z wytycznymi, do których załącznikiem jest wzór protokołu.



W art. 41 i 42 (art. 40 i 41 starego KEL) zmieniono zapis o zaświadczeniach lekarskich na zapis o dokumentacji medycznej. Sprawa wystawiania zaświadczeń została uszczegółowiona, mówi się teraz o „innym dokumencie medycznym”. To słuszne, ponieważ zaświadczenie lekarskie, choć nie da się przecenić jego wagi, jest tylko etapem tworzenia większej całości dokumentacji medycznej.

Duże zmiany zawiera rozdział II nowego KEL dotyczący badań naukowych i eksperymentów biomedycznych. W starych zapisach nie było tak konkretnych odniesień do obowiązujących w tym zakresie aktów prawnych, w nowej wersji podkreśla się wagę celu eksperymentu oraz autonomii i świadomej zgody uczestniczącego w eksperymencie pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem dbałości o jego bezpieczeństwo. Zniknął też wewnętrznie sprzeczny zapis z art. 45 starego KEL: „lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym”, podczas gdy następny punkt artykułu dopuszczał takie eksperymenty pod pewnymi warunkami (ten zapis został zachowany w pkt 2 art. 47 nowego KEL).

Bardziej restrykcyjnie określono warunki i zasady związków lekarza z przemysłem farmaceutycznym w rozdziale III nowego KEL. O ile w starym KEL lekarz „nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego”, jeżeli może to ograniczyć jego obiektywizm w wyborze metody leczenia, o tyle w nowym KEL lekarzowi „nie wolno” tego robić. Radykalizm rozdziału III nowego KEL porządkuje bardziej zrozumiale i konkretnie kwestię udziału lekarzy w badaniach naukowych sponsorowanych przez producentów leków, z najwyższą dbałością o przejrzystość i etykę tych działań. Uproszczony i bardziej klarowny jest też rozdział IV dotyczący ludzkiego genomu.

Rozdział VI nowego KEL, regulujący zasady postępowania w praktyce lekarskiej, wnosi powiew świeżości w art. 65. Zawiera on jak najbardziej aktualny zakaz współdziałania lekarza z osobami zajmującymi się leczeniem, a nieposiadającymi do tego uprawnień. To ważny artykuł w kontekście motywowanego zwykle chęcią lepszego zarobku wikłania się lekarzy w pracę dla portali internetowych, niemających żadnych umocowań merytorycznych, a posługujących się nazwą instytutu lub kliniki.

- Art. 67 bezspornie wskazuje obowiązek wspierania samorządu przez lekarza, a zatem rozwiewa wątpliwości odnośnie do delikatnej kwestii płacenia składek członkowskich. Dostrzeżenie w art. 66 potrzeby odnoszenia się lekarzy z szacunkiem do innych pracowników medycznych wreszcie kruszy podstawy zbutwiałej hierarchii, drugiego – obok paternalizmu – filaru starego ładu. Art. 71 przynosi rewolucję w zakresie dbałości lekarza o rzetelność swojego wizerunku. W pkt 3 tego artykułu KEL obarcza lekarza odpowiedzialnością za informacje publikowane o nim przez osoby trzecie. Czy to słuszne? Czy lekarz może nad tym mieć kontrolę? W każdym razie nie powinien pozostać obojętny, kiedy do przestrzeni publicznej dostaje się nierzetelna informacja o nim.

Art. 74 pkt 3 brzmi zabawnie: „*Lekarz może leczyć bezpłatnie*”. Może warto by na ten temat zasięgnąć opinii Krajowej Administracji Skarbowej, bo w razie kontroli nie jest łatwo udowodnić, że wystawiło się komuś prywatnie przez gabinet.gov receptę i nie zainkasowało należności za wizytę. *Lege artis* wystawienie recepty jest częścią procesu diagnostyczno-leczniczego. Żeby wystawić receptę, trzeba pacjenta zbadać i wydać mu zalecenia, a zatem lekarz prowadzący indywidualną praktykę powinien posiadać cennik zawierający taką usługę i wystawić za nią fakturę lub paragon. Musi więc mieć kasę fiskalną, zrobić raport i odprowadzić zaliczkę na poczet podatku. W każdym razie może

być trudno udowodnić, że leczy się kogoś gratis, ta kwestia powinna doczekać się osobnych regulacji.

W rozdziale VII mamy wyliczankę, co lekarz jest winny społeczeństwu, a co społeczeństwo lekarzowi, z przewagą tych pierwszych powinności. Dobrze, że w ust. 2 art. 78 mowa o zakazie propagowania postaw antyzdrowotnych. Wszak ruch antyszczepionkowy wciąż ma się dobrze i werbuje zwolenników również z naszych szeregów. W pkt 3 tego artykułu kładzie się nacisk na rzetelność naukową treści rozpowszechnianych przez lekarza w szeroko pojętych mediach. Na osłodę mamy ciepłe słowa o dbaniu lekarza o swoje zdrowie i prawie do oczekiwania wsparcia ze strony społeczeństwa i władz publicznych. To słowa naprawdę krzepiące po doznanych podczas pandemii falach hejtu i wobec nieustannego mierzenia się na wyczerpujących dyżurach z nieubłaganą neurobiologią, nieczułą na próby pokonania deprywacji snu i skutków diety przeczącej wszelkim zasadom zdrowego odżywiania.

Mamy zatem nowy Kodeks Etyki Lekarskiej. Może nie idealny, może dałoby się jeszcze coś dopracować, poprawić, uzupełnić. Ale jest nowy, a to, co nowe, zawsze niesie nadzieję. Miejmy więc nadzieję, że nowy kodeks będzie nam lepiej pomagał poruszać się w meandrach etyki lekarskiej, kroczyć bezpieczną ścieżką, unikać pułapek i że będzie nam się chciało częściej po niego sięgać. ●

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.



Sportowe wakacje

LATO 2024 R. TO WYJĄTKOWY CZAS DLA KIBICÓW SPORTU NA CAŁYM ŚWIECIE. WSZYSCY BĘDĄ MOGLI ZANURZYĆ SIĘ W ATMOSFERZE WIELKICH WYDARZEŃ SPORTOWYCH – MISTRZOSTW EUROPY W PIŁCE NOŻNEJ ORAZ IGRZYSK OLIMPIJSKICH W PARYŻU.

tekst **KRZYSZTOF HERMAN**, wiceprezes ORL w Warszawie, przewodniczący Komisji Sportu



Fot. archiwum

Zawody sportowe nie tylko dostarczają niezapomnianych emocji, ale także przypominają nam, jak ważna jest aktywność fizyczna i zdrowy styl życia. Te czynniki mają największy wpływ na zdrowie, dopiero w dalszej kolejności czynniki genetyczne, środowiskowe i opieka zdrowotna.

Szczegółowa analiza wyników kilku dużych, długoterminowych badań, opublikowana niedawno na łamach „BMJ Evidence Based Medicine”, wykazała, że ryzyko skrócenia życia uwarunkowane genetycznie może zostać zmniejszone przez zdrowy tryb życia (m.in. aktywność fizyczną, odpowiedni sen i dietę) o około 62 proc.

W naszym lekarskim świecie również mamy dwa ważne wydarzenia sportowe. Dobiegła końca runda wiosenna piłkarskiej Ligi Mistrzów

OIL – największych tego typu rozgrywek w kraju, zorganizowanych wspólnie z Ligą Bemowską po raz trzeci. W każdą niedzielę na boisko wybiegało blisko 150 członków naszej izby. Do rozgrywek wrócimy we wrześniu.

Również we wrześniu (4–7.09) odbędą się 21. Igrzyska Lekarskie. W programie rywalizacja m.in. w: lekkoatletyce, koszykówce, siatkówce, pływaniu, kolarstwie, tenisie, triathlonie. Gorąco Państwa zachęcam do wzięcia udziału! Rejestracja na stronie internetowej NIL już się rozpoczęła. To okazja nie tylko do integracji i dobrej zabawy, ale także spotkania wielu inspirujących osób z naszego środowiska. W tym roku nastąpiła zmiana

miejsca imprezy – z Podhala przenosimy się nad morze, do Cetniewa we Władysławowie.

My, lekarze, odgrywamy zasadniczą rolę w promowaniu zdrowego stylu życia. Ze względu na problemy w systemie ochrony zdrowia często jednak o tym zapominamy i jeśli już gdzieś biegamy, to zazwyczaj między jedną placówką medyczną a drugą. OIL stara się tę sytuację poprawić, dzięki wielorakim inicjatywom Komisji Sportu, m.in. programom:

OIL SPORT START – umożliwia finansowanie opłat startowych w zawodach, również w Igrzyskach Lekarskich, EVENT – wspiera działalność sekcji i organizację imprez sportowych, MISTRZ – służy nagradzaniu najlepszych lekarzy-sportowców (w przyszłości wyróżnienia przyznawane będą także lekarskim dzieciom).

Ponadto w ostatnim czasie zawiązały się nowe sekcje: żeglarska, kitesurfingowa i szachowa. Jesienią rozpocznie działalność sekcja strzelecka. Jesteśmy otwarci na tworzenie kolejnych!

Życzę Państwu wielu sportowych atrakcji w wakacje, dobrego wypoczynku na boiskach, basenach, bieżniach i wszędzie tam, gdzie tylko możemy zmniejszyć genetyczne ryzyko skrócenia życia! ●

4-7 WRZEŚNIA 2024

**WŁADYSŁAWOWO
CETNIEWO**

WWW.NIL.ORG.PL



21

IGRZYSKA
LEKARSKIE



ORGANIZATOR  **NIL**
Naczelna Izba Lekarska

PATRONAT HONOROWY  **Ministerstwo
Sportu i Turystyki**

PATRONAT MEDIALNY  **GAZETA**

Nowy regulamin wyborów

PODCZAS NADZWYCZAJNEGO XVI KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY, KTÓRY ODBYŁ SIĘ 16–18 MAJA 2024 R., PRZYJĘTO OPRACOWANY PRZEZ KRAJOWĄ KOMISJĘ WYBORCZĄ NOWY „REGULAMIN WYBORÓW DO ORGANÓW I W ORGANACH IZB LEKARSKICH ORAZ TRYB ODWOŁANIA CZŁONKÓW TYCH ORGANÓW”.

tekst **MERY TOPOLSKA-KOTULECKA**, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie



Fot. U. Wolińska-Kulaj

Nad zmianami pracowało wraz z grupą prawników 20 członków Krajowej Komisji Wyborczej przez prawie dwa lata. Opracowanie zmian było reakcją na zmieniającą się rzeczywistość, w której obecnie żyją i pracują lekarze oraz lekarze dentyści w Polsce. Czytając nowy regulamin, już na samym wstępie zauważymy znaczne rozszerzenie słownika użytych w dokumencie określeń. Jest to o tyle ważne, że doprecyzowuje i doregulowuje pojęcia, które mogły być i często były różnie interpretowane. Nowy, rozszerzony słownik określeń ułatwi pracę w strukturach samorządu lekarskiego nie tylko komisjom wyborczym.

Znowelizowany regulamin, podobnie jak jego poprzednia wersja, powołuje się na zapisy określone w Ustawie o izbach lekarskich, jednak rozszerzone paragrafy dokładniej opisują mechanizm postępowania w różnych sytuacjach.

Niewątpliwie prawdziwą rewolucją w nowym regulaminie jest możliwość głosowania elektronicznego w wyborach w rejonach wyborczych, w których są wybierani delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy. Tryb głosowania elektronicznego jest trzecim sposobem oddania głosu na delegata w rejonie wyborczym.

Oddanie głosu w systemie głosowania elektronicznego będzie polegało na zaznaczeniu na urządzeniach elektronicznych (komputerze, telefonie, tablecie) wyznaczonych obszarów pól dotyczących wybranych kandydatów w liczbie nie większej niż liczba dostępnych mandatów w danym głosowaniu. Momen-

tem rozpoczęcia głosowania w tym trybie będzie dzień rozpoczęcia przekazywania głosów w trybie korespondencyjnym, a za zakończenie głosowania uznaje się zamknięcie urny w trybie głosowania osobistego.

Zachowany został tryb głosowania osobistego w lokalu, w którym odbywa się zgromadzenie wyborcze, przez wrzucanie do urny kart do głosowania, na których umieszcza się w wyznaczonych obszarach znak „X” przy wybranych kandydatach w liczbie nie większej niż liczba dostępnych mandatów w danym głosowaniu. Aktualny jest także tryb głosowania korespondencyjnego, polegający na oddaniu głosu przez odesłanie pakietu głosowania korespondencyjnego, w którym na karcie do głosowania, podobnie jak w trybie głosowania osobistego, umieszcza się znak „X” przy wybranych kandydatach w liczbie nie większej niż liczba dostępnych mandatów.

Oddanie przez członka rejonu wyborczego głosu w dowolnym trybie (osobistym, korespondencyjnym lub elektronicznym) jest równoznaczne z odstąpieniem od głosowania w pozostałych trybach.

Tryb głosowania korespondencyjnego cieszył się największą popularnością w ostatnich wyborach, jednak w związku z postępem cyfryzacji zakłada się, że to właśnie tryb elektroniczny zdominuje najbliższe wybory.

Tryb głosowania elektronicznego będzie znacznie bardziej bezpiecznym sposobem głosowania niż korespondencyjny. Będzie administrowany na serwerach

Naczelnej Izby Lekarskiej. Tożsamość głosującego będzie uwierzytniana za pomocą aplikacji m-obywatel, ewentualnie przez osobiste potwierdzenie przez pracownika izby lekarskiej lub członka komisji skrutacyjnej po okazaniu dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Kolejne *novum* dotyczy przypadku, w którym w wyniku przeprowadzonych wyborów nie zostaną wybrani delegaci na okręgowy zjazd lekarzy w liczbie stanowiącej co najmniej połowę liczby mandatów. Okręgowa komisja wyborcza przeprowadzi kolejne wybory na wakujące mandaty w rejonach wyborczych, w których nie wybrano delegatów lub w których nie wszystkie mandaty zostały przydzielone. Wybory w drugiej i kolejnej turze do czasu wybrania właściwej liczby delegatów będą odbywać się wyłącznie w trybie głosowania elektronicznego.

W nowym regulaminie dokonano jeszcze innych zmian. Uniemożliwia on obecnie łączenie mandatu prezesa z mandatem przewodniczącego komisji wyborczej. Wprowadzono również zmianę, jeśli chodzi o odwoływanie organów izb lekarskich, członków organów, osób ze stanowisk w organie, stanowisk funkcyjnych lub innych stanowisk. Uprawnienie do złożenia wniosku o odwołanie przysługuje aktualnie członkom zgromadzenia wyborczego, które dokonało wyboru w liczbie co najmniej 1/3 ogólnej liczby członków tego zgromadzenia, w stosunku do wybranego przez nie członka tego zgromadzenia, a nie jak do tej pory pojedynczemu członkowi.

Wobec rozrastających się w szybkim tempie niektórych izb lekarskich została zniesiona górna granica liczby mandatów dla delegatów na okręgowy zjazd lekarzy. Wcześniej wynosiła 400. Z tej samej przyczyny zmieniono proporcję wyboru delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy w taki sposób, że jeden delegat przypada na 450 członków okręgowej izby lekarskiej.

Wprowadzone zmiany usprawnią procedurę wyborczą, czyniąc ją bardziej przejrzystą dla wyborców, członków OIL w Warszawie, i jednocześnie ułatwią im sam akt oddania głosu. ●

Absolutorium i budżet

8 CZERWCA ODBYŁ SIĘ XLVII NADZWYCZAJNY OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE IM. PROF. JANA NIELUBOWICZA. OKRĘGOWA RADA LEKARSKA UZYSKAŁA ABSOLUTORIUM, PRZYJĘTO BUDŻET OIL NA 2024 R.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Zgodnie z decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie przeprowadzono zaplanowany na 8 czerwca Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Lekarzy w formie hybrydowej, która pozwala na dyskusję w czasie rzeczywistym. Pierwszy raz takie rozwiązanie zostało zastosowane w 2021 r., podczas pandemii COVID-19. Do przeprowadzenia XLVII Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy wykorzystana została specjalna platforma internetowa, dzięki której możliwe było podjęcie interakcji oraz udział w głosowaniu. Każdy delegat otrzymał e-mail z indywidualnym dostępem do platformy. W zjeździe wzięło udział 102 delegatów ze 188 uprawnionych.

Na przewodniczącego zjazdu został wybrany Łukasz Jankowski.

Obrady otworzył prezes ORL w Warszawie Artur Drobnik. Po formalnym wyborze instytucji zjazdowych – przewodniczącego, prezydium i komisji zjazdu, przyjęciu regulaminu i porządku obrad, zostały przedstawione sprawozdania z działalności w 2023 r.: Okręgowej Rady Lekarskiej (sprawozdawał wiceprezes Karol Stępniewski), okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (Krzysztof Jankowski), Okręgowego Sądu Lekarskiego (Arkadiusz Bogucki), Okręgowej Komisji Rewizyjnej (Elżbieta Latoszek-Banasiak) i Okręgowej Komisji Wyborczej (Mery Topolska-Kotulecka). Po dyskusji nad czterema dokumentami niemal jednogłośnie podjęto uchwały o ich przyjęciu.

Dalszy ciąg zjazdu poświęcony został kwestiom finansów OIL w Warszawie. Sprawozdanie finansowe z wykonania budżetu OIL w roku 2023 z projektem budżetu na rok bieżący przedstawił Jan Kowalczyk, skarbnik ORL. Opinię Okręgowej Komisji Rewizyjnej na temat wykonania budżetu OIL zaprezentowała jej przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak. Następnie uczestnicy zjazdu przyjęli uchwałę w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z wykonania budżetu. Przegłosowane zostało udzielenie absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej za miniony rok. I tym razem delegaci byli prawie jednogłośnie. Następnie przyjęli budżet na rok 2024.

W ostatniej części delegaci podjęli uchwałę w sprawie przyznania tytułu Honorowego Delegata oraz przywilejów z nim związanych Aleksandrze Słabik-Ledóchowskiej, zważywszy na całokształt jej działalności i szczególne zasługi dla samorządu. ●

Za nami VIII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

tekst **URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ**

Lekarze dentyści już ósmy raz zjechali na wyjątkową konferencję naukową – Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne – organizowaną w hotelu Narvil w Serocku przez OIL w Warszawie, Komisję ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny WUM i Cermed.

Konferencja rozpoczęła się w piątek 14 czerwca. Uroczyste otworzyli ją: Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentyistów, Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie, a także prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowa w dziedzinie stomatologii dziecięcej, która była kierownikiem naukowym konferencji. Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne mają to do siebie, że tu każdy może zdobywać wiedzę (nawet prelegent).

– *To jest dla mnie bardzo ważne, żeby wysłuchać niektórych wykładów, nie tylko ze stomatologii dziecięcej, ale i z innych dziedzin. Nie zajmuję się np. leczeniem protetycznym, nie wykonuję pewnych zabiegów, a chciałabym wiedzieć, jakie są procedury, bo przecież moich pacjentów (w różnym wieku) muszę skierować do określonego specjalisty, poinformować o możliwościach leczenia* – wyznała prof. Dorota Olczak-Kowalczyk.

MSS to również wspaniała okazja do integracji środowiska.

– *Trwa nasz festiwal radości, nauki i spotkań koleżeńskich, bo taka jest specyfika Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych. Przed chwilą rozmawiałem z koleżanką, której nie widziałem okrągły rok, od poprzednich MSS. Fenomenalna atmosfera i jak zawsze doskonała organizacja* – podkreślił dr n. med. Marcin Aluchna, członek Komisji ds. Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie, który wygłosił podczas konferencji dwa wykłady.

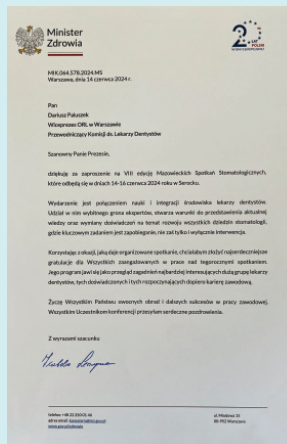
W piątek odbyło się 15 wykładów. Dzień zwieńczył bankiet. Na sobotę 15 czerwca zaplanowano 19 wykładów, m.in. sesję ortodontyczną i radiologiczną. Program MSS wzbogacił w tym roku debaty eksperckie.

– *W jednym miejscu są szefowie towarzystw naukowych, konsultanci krajowi, akademicy z całej Polski. To nie jest już konferencja warszawska, tu są lekarze z Krakowa, ze Szczecina, z Białegostoku, Wrocławia. Zaproponowaliśmy im nową formułę, rozpoczęcie debaty. Na razie są to rozmowy ogólne o pewnych problemach, ale w niedalekiej przyszłości chcemy podjąć już specjalistyczne tematy* – powiedział Dariusz Paluszek.

Dentyści mieli również okazję zapoznać się z ofertą kilkudziesięciu wystawców prezentujących branżowe produkty. W VIII Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych wzięło udział ponad pół tysiąca osób.

– *Mamy rekordową frekwencję. Chętnych było znacznie więcej niż miejsc, więc niewątpliwie nasza konferencja cieszy się coraz większą popularnością i można ją uważać za samorządowy sukces* – podsumował dr n. med. Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie.

Podczas MSS odbyło się także wspólne posiedzenie prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.



MSS dostrzegło Ministerstwo Zdrowia. „Wydarzenie jest połączeniem nauki i integracji środowiska lekarzy dentyistów. Udział w nim wybitnego grona ekspertów stwarza warunki do przedstawienia aktualnej wiedzy oraz wymiany doświadczeń na temat rozwoju wszystkich dziedzin stomatologii” – napisała w liście do wiceprezesa ORL w Warszawie minister zdrowia Izabela Leszczyna. ●



Pierwsza pomoc w gabinecie pedodontycznym

OPÓŹNIONE DZIAŁANIE ZNIECZULENIA, BRAK WSPÓŁPRACY PRZY PODANIU LEKU, AGRESYWNE ZACHOWANIE PACJENTA, PRZEMILCZANE CHOROBY I PRZYJMOWANE LEKI – TO TYLKO NIEKTÓRE, WCALE NIE NAJCZĘSTSZE TRUDNE SYTUACJE W STOMATOLOGII PEDIATRYCZNEJ. STANY NAGŁE RÓWNIEŻ SIĘ ZDARZAJĄ I TRZEBA BYĆ NA NIE PRZYGOTOWANYM. W CZASIE VIII MAZOWIECKICH SPOTKAŃ STOMATOLOGICZNYCH PRZYPOMINAŁ O TYM **ADAM MACIEJ PIETRZAK**, SPECJALISTA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII, A TAKŻE MEDYCYNY RATUNKOWEJ.

rozmawiała **URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ**

Czy gabinety stomatologiczne są przygotowane na udzielanie pierwszej pomocy?

Praktyka z pogotowia, czyli z czasów, gdy pracowałem jako koordynator wojewódzki ratownictwa, dowodzi, że wiedzę i przygotowanie do resuscytacji dentyści mają niestety minimalne. Wyposażenie wymagane przez sanepid w gabinetach jest, tyle że to „martwa półka” w szafie, z której zawartości nikt nie korzysta. Znajdujące się tam leki podaje się dożylnie, a dentyści zazwyczaj nie zakładają wkłuc dożylnych. Środowisko może kształcić się w tym kierunku, ale z jednej strony brakuje czasu, z drugiej – łatwiej założyć, że ta wiedza nigdy się nie przyda.

Dentyści są lekarzami wyjątkowo sprawnymi manualnie.

Tak, mają ponadprzeciętną sprawność manualną. Zarówno intubacja dotchawicy – zabezpieczenie dróg oddechowych, jak wkłucie jest w zakresie ich możliwości. W związku z tym wystar-

czy wyuczenie jakiejś standardowej czynności, nazwijmy ją pielęgniarskiej, i mogliby w ciemno, bez zastanawiania się, zakładać wkłucia. Tylko nikt nigdy na studiach nie pomyślał, że to jest czynność istotna dla nich zawodowo.

Wiedza w zakresie pierwszej pomocy i w ogóle reakcji na niespodziewane wypadki często się przydaje w gabinecie stomatologicznym?

Dosyć często. Bywa, że lekarze zwracają się o pomoc do pogotowia, czyli zespołów systemowych wyjazdowych (które powinny służyć do innych celów) w przypadkach prostych powikłań, np. zasłabnięcia czy bólu głowy. Takie przypadki nadają się do spokojnego zbadania w przychodni albo opinii internistycznej. Zespół pogotowia jest pod przymusem, jeżeli dostaje zlecenie od dyspozytora, że coś trzeba sprawdzić, bo lekarz wzywa i powiedział, że to sytuacja nagła. Ratownicy nie dyskutują. Jadą.

Jakie jest zatem ABC postępowania w nagłym wypadku?

Przewidując katastrofę, należy się do niej przygotować, czyli spodziewać się katastrofy. Trzeba być aż przesadnie dokładnym, zbierać ankiety od pacjentów. Mało tego, kilkakrotnie przeprowadzać te same ankiety dotyczące tych samych pacjentów, ponieważ stan zdrowia może się zmieniać dynamicznie. Osoby, które coś pominęły w jedynej ankiecie, potrafią to ujawnić w drugiej i znów pominąć w trzeciej. Bardzo często w pracy z małymi pacjentami, dysponując kilkunastoma ankietaami dotyczącymi tego samego pacjenta, poznawałem wiele szczegółów, o których nikt nie wiedział. Zdarza się, że przedstawiciel rodziny, który przychodzi z maluchem, nie wie wszystkiego. Czasem dziecko jest lepiej zorientowane. Kolejna ważna uwaga: trzeba mieć przygotowany sprzęt. Jeżeli ktoś nie najlepiej radzi sobie z wkłuciami, powinien posiadać chociaż tlen do tlenoterapii. Nawet członkowie zespołów Państwowej i Ochotniczej Straży Pożarnej potrafią prowadzić tlenoterapię w sposób bierny, czyli workiem samorozprężalnym. Tlen to też lek.



Fot. J. Kamiński

A najczęstsze błędy?

Błędem zawsze jest przekonanie, że wszystkim dookoła zdarzają się niespodziewane sytuacje, a mnie nie. Wcześniej czy później coś się wydarzy. Nie zawsze jesteśmy w dobrej kondycji fizycznej, nie zawsze w dobrej kondycji psychicznej, nie zawsze dobrze współpracujemy z pracownikami. Może również zdarzyć się coś nie z naszej winy. Działanie jednak trzeba podjąć, profesjonalnie. Dlatego, tak jak wcześniej wspominałem, warto wyposażyć się w tlen, to niewiele kosztuje. Trzeba zadbać o dobrą łączność, nie wszędzie i nie zawsze taka jest. Zdarza się, że w zachodniej części Warszawy i we wschodnich województwach Polski podczas ćwiczeń lub działań wojskowych całkowicie zanika łączność w pasmach GSM i WiFi. Poza tym suport w postaci innego specjalisty bywa bardzo cenny, choćby po to, by można się kogoś poradzić. Nie-

złym rozwiązaniem byłyby telefoniczne dyżury specjalistów (w ramach działów izby lekarskiej), z którymi można porozmawiać o najważniejszych problemach. Każdemu anestezjologowi, interniście czy chirurgowi parę razy w życiu jest potrzebny farmakolog kliniczny. Ponieważ w dzisiejszych czasach on jeden potrafi ustalić, co się dzieje z tyloma substancjami, których używamy. Żeby nie popadać w polipragmazję, nie popełniać błędów, potrzebny jest zdrowy rozsądek farmakologa klinicznego. Tak samo przydałoby się, żebyśmy mieli się do kogo odwołać.

Z pana doświadczenia – najtrudniejsze, najbardziej niespodziewane przypadki?

Największym „wrogiem” stomatologa jest jednak rodzic pacjenta, nie sam pacjent. Bardzo często pacjent pediatryczny jest racjonalny, rozsądny. Z dziećmi uda-

je się dogadać. Dobrostan zazwyczaj niszczy opiekun, który jest niestabilny emocjonalnie, tj. wprowadza panikę, nie potrafi się zachować. Dlatego wielu stomatologów nie chce, żeby rodzic był z dzieckiem w gabinecie, bo to tylko eskaluje przerażenie. Z drugiej strony – dziecko często woli, gdy rodzic jest obok. Może przydałyby się szkolenia, tak jak w szkole rodzenia, na zasadzie profilaktyki, żeby rodzice zwracali uwagę na zęby. Najpierw są zepsute zęby, później zainfekowane migdałki, interwencja laryngologa, a potem problem z zastawkami serca. Zdarzyło mi się spotkać kilka razy pacjenta, który przeszedł całą tę triadę. Zaczęło się od zaniedbanych zębów mlecznych, następnie były podcinane migdałki, zajęte zatoki, problemy okulistyczne, a na koniec uszkodzone zastawki i kardiologzy musieli zastanawiać się, co dalej, bo wystąpiła niewydolność krążenia. Profilaktyka powinna być zatem na pierwszym miejscu. ●



Fot. M. Hnat

Radiologia stomatologiczna

DLA STUDENTÓW STOMATOLOGII RADIOLOGIA JEST DUŻO WAŻNIEJSZYM PRZEDMIOTEM NIŻ DLA STUDENTÓW KIERUNKÓW OGÓLNOMEDYCZNYCH. OBEJMUJE OGROMNY ZAKRES WIEDZY, POWINNA STAĆ SIĘ ODRĘBNĄ SPECJALIZACJĄ DLA LEKARZY DENTYSTÓW – ZAPEWNIŁ PROF. DR HAB. N. MED. KAZIMIERZ SZOPIŃSKI, KIEROWNIK ZAKŁADU RADIOLOGII STOMATOLOGICZNEJ I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ, W ROZMOWIE Z DARIUSZEM PALUSZKIEM, WICEPREZESEM ORL W WARSZAWIE DS. LEKARZY DENTYSTÓW.

Czeka nas wielka rewolucja w gabinetach stomatologicznych dzięki wykorzystaniu AI w radiologii?

Obecnie jeszcze nie, to raczej kwestia przyszłości liczonej w dekadach. Sztuczna inteligencja w radiologii ma dziś zastosowanie

głównie w zaawansowanej analizie obrazów, tam, gdzie ocena radiologiczna jest bardzo trudna i pracochłonna. Przeznaczone do tego programy (AI jest przecież programem) są wykorzystywane już od kilku lat. Przykładowo, w przypadku tomografii płuc pomagają ocenić, jaki obszar zajęła choroba śródmiąższowa płuc,

a w mammografii wskazują podejrzaną obszary zaburzenia architektury sutka.

W dziedzinie stomatologii są prowadzone intensywne prace np. nad automatycznym wykrywaniem zmian próchnicowych i zapalenia przyzębia okołowierchołkowego.

Według pana w przyszłości AI przejmie zadania wykonania opisu oraz analizy badania obrazowego i zastąpi lekarza?

Zanim sztuczna inteligencja wyręczy lekarza dentyście, radiologa czy jakiegokolwiek innego specjalistę w jego pracy, minie jeszcze sporo czasu. *Artificial Intelligence* obecnie wspiera lekarzy głównie w procesie diagnostyki.

Zawsze wymagane jest zatwierdzenie przez lekarza opisu i analizy badania wykonanych przez AI, ponieważ żadna z firm, które sprzedają sprzęt medyczny, nie bierze pełnej odpowiedzialności prawnej za wynik działania sztucznej inteligencji.

Nie zapominajmy, że sztuczna inteligencja to program, który przyswaja wiedzę. Najpierw naukowcy, lekarze muszą przeprowadzić tysiące badań i wykonać wzorcowe opisy, żeby program się ich nauczył. Wszystkie testy są niesłychanie pracochłonne i kosztowne. Dysponujemy kolejną generacją rozbudowanych programów, ale to może być pułapka. W przypadku większości z nich nie wiemy, na jakiej zasadzie analizują dane. A rozwój wiedzy nie polega na gromadzeniu kolejnych tysięcy faktów, tylko na odkrywaniu stosunkowo prostych reguł.

Trzeba pamiętać, że nie ma bezbłędnych metod diagnostycznych. To, że jakaś metoda wykrywa jakąś patologię z wysoką czułością i swoistością rzędu 90 proc., oznacza, że nie potrafimy odkryć jednej patologii na dziesięć, a chorobę błędnie wykrywamy u jednego zdrowego pacjenta na dziesięcioro, narażając go na dalszą, nierzadko inwazyjną diagnostykę [czułość i swoistość testu są ważnymi wskaźnikami dokładności testu w badaniach naukowych oraz diagnostyce medycznej – przyp. red.].

W jakich obszarach sztuczna inteligencja może wesprzeć lekarza dentyście?

Na pewno można oczekiwać przyspieszenia oceny badań obrazowych – oprogramowanie wskazuje podejrzane obszary, radiolog je sprawdza.

Są dwie dziedziny, które intensywnie się rozwijają: analiza obrazu i automatyczne opracowanie tekstów. Prowadzimy badania nad automatycznym tworzeniem epikryzy przy analizie wywiadu z pacjentem. Wyniki są bardzo obiecujące, ponieważ program wylawia z zarejestrowanej rozmowy istotne informacje, a następnie je porządkuje.

Jak ocenia pan rolę programów informatycznych w nauczaniu studentów stomatologii?

Na tym polu nastąpił ogromny przełom. Obecnie mamy studentów z tzw. pokolenia Z, które się urodziło ze smartfonem w ręku. Jeżeli studentom z trudem przychodzi uczenie się metodami tradycyjnymi, musimy dostosować system dydaktyczny do ich możliwości przyswajania wiedzy, np. przygotowując aplikacje z pytaniami testowymi dla samooceny przed i w czasie ćwiczeń. Bardzo dobrze też zostały przyjęte przez studentów zajęcia z zastosowaniem rzeczywistości wirtualnej. Na Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dysponujemy odpowiednim sprzętem i oprogramowaniem, które pozwalają studentom stomatologii na wirtualne wykonywanie procedur stomatologicznych i badań radiologicznych czy też naukę anatomii na wirtualnych preparatach.

Leczenie to dzisiaj nie tylko czynności i obowiązki lekarskie, lecz także administracyjne, związane z gromadzeniem danych medycznych, ułatwane przez systemy informatyczne wykorzystywane w szpitalach i przychodniach. Od tego nie ma odwrotu.

My, jako nauczyciele akademicy, musimy wykonać ogromną pracę, żeby w odpowiedni sposób przekazać wiedzę i zwracać uwagę na to, co ważne.

Co zatem wydaje się najważniejsze w nauczaniu przyszłych lekarzy dentyście?

Jak wspomniałem, dla studentów stomatologii radiologia jest dużo ważniejszym przedmiotem niż dla studentów

kierunków lekarskich. Lekarze dentyści bowiem pracują samotnie i muszą dobrze znać wskazania do poszczególnych badań obrazowych, sprawnie te badania wykonywać i oceniać. Niestety, w obecnym systemie kompetentne konsultacje są trudno dostępne. W Polsce istnieją tylko cztery ośrodki referencyjne, które mogą szkolić lekarzy dentyście i ewentualnie wydawać opinie w zakresie radiologii stomatologicznej: w Warszawie, Lublinie, Poznaniu i Szczecinie. My ze swojej strony zachęcamy lekarzy dentyście do konsultowania trudnych przypadków w naszym zakładzie [Zakładzie Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM – przyp. red.]. Natomiast nie opisujemy badań wykonanych w innych ośrodkach. Warto tu przypomnieć, że badanie radiologiczne jest konsultacją lekarską na podstawie obrazów radiologicznych, a nie tylko wykonaniem zdjęcia.

Dla integracji środowiska, wychodząc naprzeciw wyzwaniom, stworzyliśmy w tym roku Polskie Towarzystwo Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej.

Jaką misję ma towarzystwo?

Podstawową misją Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej jest kształcenie lekarzy dentyście (kursy, szkolenia) w dziedzinie radiologii oraz promocja rozwoju radiologii stomatologicznej i badań naukowych w tej dziedzinie.

Jest też dla mnie oczywiste, że istnieje paląca potrzeba stworzenia specjalizacji w dziedzinie radiologii stomatologicznej dla zapewnienia właściwego poziomu opieki medycznej i poprawy bezpieczeństwa pracy lekarzy dentyście. Specjalizacji z konsultantem krajowym i konsultantami wojewódzkimi, z przejrzystym, jednolitym programem kształcenia, zgodnym ze standardami europejskimi. Chodzi o to, żeby każdy lekarz dentysta, jeśli ma wątpliwości dotyczące interpretacji badania obrazowego, miał się do kogo zwrócić o opinię. By pierwszą opinią nie była ekspertyza sądowa... ●

Macierzyństwo w gabinecie stomatologicznym

ROLE SPOŁECZNE PEŁNIONE PRZEZ KOBIETY NAJCZĘŚCIEJ WIĄŻĄ SIĘ Z OPIEKĄ NAD INNYMI. FEMINIZACJA ZAWODU LEKARZA DENTYSTY ORAZ WYSOKI ODSETEK MATEK WŚRÓD KOBIET, TAKŻE WŚRÓD LEKAREK, SĄ DOWODAMI TEGO ZJAWISKA. ROLE PEŁNIONE W ŻYCIU PRYWATNYM I ZAWODOWYM KONKURUJĄ O CZYNNIK NIEZBĘDNY DO ROZWOJU – CZAS.

tekst **ANNA PRAWDZIK**



Fot. U. Wołńska-Kuraj

Według opracowania GUS „Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2022 r.” kobiety stanowią 76,3 proc. lekarzy dentyków posiadających prawo wykonywania zawodu. Najwięcej kobiet pracujących bezpośrednio z pacjentem (20,6 proc. lekarek dentytek) należy do grupy wiekowej 30–39 lat.

Macierzyństwo poza skutkami biologicznymi i psychologicznymi ma także skutki socjologiczne oraz ekonomiczne. Wpisanie własnego rozwoju na różnych polach w rzeczywistość, której ważnym elementem staje się zapewnienie także dziecku warunków do rozwoju oraz stałej opieki, to wyzwanie, przed którym staje każdy rodzic, również lekarki dentytki. W medycynie jest to tym istotniejsze, że rozwój zawodowy jest nie tylko prawem, ale i obowiązkiem.

Charakterystyka branży stomatologicznej, należącej w większości do sektora prywatnego, w połączeniu z odpowiedzialnością zawodową za przeprowadzane zabiegi wpływa na dominację form zatrudnienia innych niż umowa o pracę. Skutkuje to niemożnością korzystania przez matki z wynikających z kodeksu pracy uprawnień lub ograniczonym zakresem tych uprawnień. Powoduje to, że szybki powrót do pracy bywa podyktowany względami finanso-

wymi, nie tylko chęcią kontynuowania współpracy z danym gabinetem czy utrzymania bazy pacjentów.

Dane Eurostatu pokazują, że odsetek kobiet mających możliwość korzystania z elastycznego czasu pracy przez wzgląd na obowiązki rodzicielskie w Polsce należy do najniższych w UE. Specyfika form zatrudnienia w stomatologii z pewnością częściowo łagodzi ten problem, pozostaje jednak kwestia warunków pracy. Umożliwienie karmienia piersią lub użycia laktatora w miejscu pracy, zapewnienie odpowiedniej do tego przestrzeni i czasu powinno być powszechne. Trudności w tym zakresie napotykanne są przez lekarki, choć lekarze podkreślają walory karmienia mlekiem matki.

Lekarki dentytki pracujące w małych czy większych gabinetach, robiące karierę naukową, nauczycielki akademickie lub przedsiębiorczynie to różne obrazy opisujące role zawodowe. W życiu prywatnym kobiety pełnią również fundamentalną rolę – rolę matki, która jest niezwykle istotna dla rozwoju dzieci.

Kobiety pracujące jako lekarki dentytki, znajdują się na styku dwóch wymagających ról społecznych: profesjonalnej i rodzicielskiej. Pogodzenie tych ról stanowi wyzwanie zarówno dla nich samych, jak i dla systemu, w którym funkcjonują. ●

Na tropie afrykańskiego kleszcza

MA DUŻE, „SZKLANE” OCZY I DŁUGIE, PRAŻKOWANE NOGI. NAWET GŁODNY MIERZY OKOŁO 1 CM. SZYBKO BIEGA, BARDZIEJ PRZYPOMINA PAJĄKA NIŻ KLESZCZA. WAŻNYM POWODEM ŚLEDZENIA JEGO OBECNOŚCI W ŚRODOWISKU JEST FAKT, ŻE PRZENOSI WIRUSA KRYMSKO-KONGIJSKIEJ GORĄCZKI KRWOTOCZNEJ, A TAKŻE MOŻE BYĆ PRZYCZYNĄ INNYCH CHOROÓB ODKLESZCZOWYCH.

JEST JUŻ W EUROPIE, BYŁ WIDZIANY W POLSCE. NAUKOWCY Z UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO PROWADZĄ AKCJĘ POSZUKIWANIA PRZEDSTAWICIELI AFRYKAŃSKIEGO KLESZCZA WĘDROWNEGO (*HYALOMMA MARGINATUM*) NA OBSZARZE NASZEGO KRAJU.

tekst **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Afrykański kleszcz wędrowny jest jednym z wielu gatunków kleszczy *Hyalomma* występujących w Afryce i Azji. Ostatnio mówi się o nim dość sporo. Zagościł w mediach za sprawą doniesień o pojawieniu się go w Polsce, a wzbudza emocje z racji przenoszenia groźnych patogenów. Naukowcy poszukujący przedstawicieli *Hyalomma marginatum* chcą nie tyle dowieść jego obecności nad Wisłą, ile odpowiedzieć na pytanie, czy ów przybysz potrafi zadomowić się w naszym środowisku.

OD POJEDYNCZEGO OSOBNIKA
DO POPULACJI

– Nasz zespół jest pierwszą grupą, która zajęła się tym problemem – mówi **prof. dr hab. Anna Bajer**, kierownik Zakładu Eko-epidemiologii Chorób Pasożytniczych w Instytucie Biologii Rozwoju i Nauk Biomedycznych Uniwersytetu Warszawskiego. – Badania w regionie Morza Śródziemnego dowodzą, że jeśli migrujące ptaki mają kleszcze, ►



Fot. M. Ogrzewalska

► są to zwykle młodociane postaci kleszczy *Hyalomma marginatum*. Zatem wiemy, że co roku kleszcze afrykańskie trafiają z ptakami również do Polski, w różne miejsca kraju. Nie wiemy natomiast, czy potrafią w naszym środowisku przetrwać, co w dużej mierze zależy od temperatury. Mamy doniesienia z ostatnich czterech lat z Niemiec, Czech i Szwecji, że młode osobniki były w stanie zmienić się w dorosłe, głodne kleszcze, które poszukują żywicieli. Skoro przetrwały u sąsiadów, podejrzewamy, że są też u nas, więc szukamy ich. My (zespół Zakładu Eko-epidemiologii) dotąd ich nie znaleźliśmy, ale w ramach akcji „Narodowego kleszczobrania”^{*} zachęcamy do poszukiwań. Otrzymaliśmy już około 300 doniesień, ale tylko jedno to potwierdzony kleszcz *Hyalomma*. Niemcy, którzy ten gatunek mają u siebie już od czterech lat (udokumentowane przypadki), na razie nie potrafią odpowiedzieć na pytanie o populację kleszcza afrykańskiego na swoim terenie. Natomiast Francuzi twierdzą, że u nich występuje stabilna populacja tego gatunku. Dowodem bardzo duża liczba zwierząt gospodarskich w kilku regionach zarażonych wirusem krymsko-kongijskiej gorączki krwotocznej.

NIE TYLKO GORĄCZKA KRWOTOCZNA

– *Hyalomma marginatum* jest uważany za najważniejszy wektor krymsko-kongijskiego wirusa gorączki krwotocznej (CCHFV) w Eurazji – wyjaśnia dr hab. n. med. Tomasz Chmielewski, prof. NIZP PZH-PIB, p.o. kierownik Zakładu Parazytologii i Chorób Przenoszonych przez Wektory NIZP PZH-PIB. – Jego występowanie jest narastającym problemem krajów byłej Jugosławii oraz Francji, Grecji, Włoch, Portugalii, Rumunii, Rosji, Hiszpanii, Węgier i Ukrainy, ale także państw północnej części kontynentu: Niemiec, Finlandii, Holandii i Wielkiej Brytanii. Zakażenia wirusem u zwierząt są zwykle bezobjawowe, podczas gdy u ludzi CCHFV może wywołać ciężki zespół wieloukładowy z gorączką, wstrząsem i krwotokami. Pierwsze przypadki kliniczne gorączki krymsko-kongijskiej pojawiły się już w I dekadzie XXI w. w Turcji, Grecji, Albanii, Gruzji, Kosowie, Hiszpanii. Badania seroprevalencji w kierunku

wirusa na Węgrzech, w Portugalii i w Rumunii wskazały również możliwość jego krążenia w innych krajach.

Kleszcze afrykańskie mogą być również sprawcami chorób wywołanych przez riketsje oraz porażenia kleszczowego.

KLIMAT MU SPRZYJA

Naukowcy twierdzą, że rozprzestrzenianiu się *Hyalomma* sprzyjają zmiany klimatu. Na podstawie modelowania komputerowego, analizy temperatury, wilgotności i innych parametrów środowiska stwierdzono, że warunki prawie w całej Polsce są optymalne dla tego kleszcza. – Wydaje się, że jego stała obecność w naszym kraju jest kwestią czasu – uważa prof. Anna Bajer.

Ze względu na ryzyko zakażeń i chorób będących następstwem kontaktu z kleszczem ważne jest monitorowanie jego występowania, wielkości populacji oraz podejmowanie działań edukacyjnych i profilaktycznych.

– Problem pojawienia się nowych chorób odkleszczowych w Polsce powinien być traktowany z należytą uwagą przez ekspertów z dziedziny ochrony zdrowia, ale także biologów, genetyków i innych naukowców – zaznacza dr hab. Tomasz Chmielewski. – Aby maksymalnie ograniczyć możliwość zakażeń przenoszonych przez nowo pojawiające się patogeny, należy nadać wysoki priorytet profilaktyce oraz edukacji społeczeństwa. Obecnie brak szczepionek zapobiegających większości chorób odkleszczowych. Na terenach endemicznych i obszarach zagrożonych należy więc koncentrować się na polepszaniu nadzoru i poszerzaniu możliwości laboratoriów. Wczesne ujawnienie istnienia i zakresu aktywności choroby ma kluczowe znaczenie dla podjęcia skutecznych środków ograniczających rozprzestrzenianie się wirusa. Służyć temu powinny zespoły nadzoru składające się z lokalnie rekrutowanych pracowników przeszkolonych na miejscu.

UWAŻAJMY NA GATUNKI RODZIME

I bez egzotycznych przybyszów w Polsce żyje kilkanaście gatunków kleszczy. Zatem, choć afrykański kleszcz wędrowny jest już w Europie i należy spodziewać się, że z czasem zadomowi się i u nas, na razie nie przed nim należy się szczególnie chronić.

– Obecnie głównym zagrożeniem są nasze rodzime gatunki kleszczy i choroby przez nie przenoszone, głównie: borelioza (25 293 przypadki w 2023 r.), kleszczowe zapalenie mózgu (663 – 2023 r.), gorączki plamiste wywoływane przez riketsje, ludzka granulocytarna anaplazmoza, tularemia – wylicza dr hab. Tomasz Chmielewski. Podkreśla, że nie należy zapominać o możliwości zawlekania do Polski chorób przenoszonych przez inne gatunki kleszczy, występujących poza naszymi granicami. – *Dotychczas pojawiały się doniesienia o przypadkach gorączki afrykańskiej zawlekannej przez turystów polskich wracających z safari.*

PROFILAKTYKA PRZEDE WSZYSTKIM

Warto przypomnieć, że osobami szczególnie narażonymi na kontakt z kleszczem ze względu na wykonywany zawód są: pracownicy leśni, rolnicy i mieszkańcy terenów wiejskich, żołnierze, biolodzy pracujący w środowisku naturalnym, pracownicy wykonujący melioracje, nadzorujący linie energetyczne itp. Ryzyko związane jest także z aktywnością fizyczną i uprawianiem hobby na świeżym powietrzu.

Zawsze należy pamiętać o odpowiedniej odzieży, unikaniu zalesionych i trawiastych obszarów, stosowaniu repelentów, a po spacerze kontroli całego ciała i jak najszybszym usuwaniu kleszczy ze skóry. Nie wolno zapominać o skontrolowaniu ciała dzieci po zabawach na dworze, a także sprawdzaniu skóry i sierści zwierząt domowych, szczególnie towarzyszących nam w spacerach. Kleszcze afrykańskie przyniesione do domu przez psa mogą spadać na podłogę, łatwo je wówczas odnaleźć, ale mogą też przechodzić na inne zwierzęta lub ludzi.

W przypadku kontaktu z kleszczem nie należy dotykać go gołymi rękami ani zgniatać.

– *Prosimy, aby osoby, które chcą złapać kleszcza i przesać go do naszego zakładu, zamroziły go, bo to jest bezpieczna metoda* – apeluje prof. Anna Bajer. – *I zawsze w kontakcie z kleszczem używajmy rękawiczek. W kwestii ochrony: nie wszystkie preparaty antykleszczowe dostępne na rynku mogą nas chronić przed kleszczem afrykańskim. Musimy dać przemysłowi farmaceutycznemu czas na przygotowanie specyfików, które posłużą odstraszaniu kleszcza afrykańskiego.*

MONSTER GONIĄCY OFIARY

Kleszcze *Hyalomma* łatwo odróżnić od naszych rodzimych gatunków. Nie bez przyczyny nazywa się je Monster Ticks (potworne kleszcze).

– *W rejonach półpustynnych i pustynnych, gdzie występuje kleszcz wędrowny, zdolność szybkiego biegania pozwala mu złapać ofiarę. Nasze kleszcze siedzą cierpliwie na trawach i czekają, afrykański swoją zdobycz goni. Byłam świadkiem takiej szarży* – mówi prof. Anna Bajer. – *Nazwa *Hyalomma* pochodzi od dobrze rozwiniętych oczu, takich „szklanych oczek”, bardzo ładnych. Nasze kleszcze, te leśne, w ogóle oczu nie posiadają, kleszcze łąkowe mają „plamki” rejestrujące światło dzienne.*

Eksperti podkreślają, że pojedyncze osobniki, które docierają do Polski z innymi zwierzętami, nie stanowią zagrożenia dla naszego środowiska. Dopiero wytworzenie populacji kleszcza afrykańskiego i wzrost jej liczebności z czasem będzie skutkował ogniskami zakażeń. Dlatego tak ważny jest monitoring zmian zachodzących w środowisku, profilaktyka zakażeń i edukacja społeczeństwa. ●



* Więcej na:
<https://narodowekleszczobranie.pl>

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

Zasady czystości

SKRYTYKOWANA POWSZECHNIE NIEWIELKA SKUTECZNOŚĆ PROGRAMU SZCZEPIEŃ PRZECIWKO HPV MA ŹRÓDŁA W NIEDAWNEJ PRZESZŁOŚCI, GDY SZCZEPIONKĘ TĘ UWAŻANO ZA MORALNIE PODEJRZANĄ. BRAKUJE ZACHĘT I DLA RODZICÓW, I DLA LEKARZY. SZKODA, ŻE SAME DZIECI ZDANIA MIEĆ NIE MOGĄ.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/"Polityka"

Autor jest publicystą „Polityki”.

Zyjemy w kraju, w którym nazwy anatomicznych części ciała między pępkiem a udami wzbudzają zażenowanie. Tymczasem, kiedy w 2006 r. pojawiła się szczepionka przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, trzeba było zacząć mówić o: szyjce macicy, infekcjach przenoszonych drogą płciową, kłykcinach, odbycie, seksie oralnym. Jak to w Polsce – od razu uznano ją za moralnie podejrzaną, a ignorantów nie brakowało nawet w Ministerstwie Zdrowia. Wbrew pierwszym rekomendacjom Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV, które zachęcało, by rutynowo szczepić dziewczęta już w wieku 11–12 lat, rzecznik ówczesnego ministra zdrowia twierdził, że „to kolejna odłona kampanii nakręcanej przez firmę farmaceutyczną”. Skuteczność szczepionki była zdaniem naszych decydentów niepotwierdzona, koszt – zbyt wysoki.

Rzeczywiście cena była spora, bo około 500 zł za jedną dawkę (dla pełnego uodpornienia potrzeba dwóch lub trzech, a mówimy o 2006/

2007 r.!). Ale nie oszukujmy się, nie o ten wydatek chodzi, bo z wielu krajów już wtedy napływały precyzyjne obliczenia, ile będzie można zaoszczędzić, rozpoczynając akcję szczepień u nastolatków, na kosztach późniejszego leczenia raka. Warto dodać, że nowotwory szyjki macicy kładły się cieniem na skuteczności programów profilaktycznych – przodowaliśmy w światowych statystykach pod względem zapadalności i umieralności (w 300-milionowych Stanach Zjednoczonych zapada na nie 10 tys. kobiet rocznie, w 38-milionowej Polsce zaś 4 tys. i aż połowa umiera). Do dziś mamy jeden z najwyższych wskaźników hańby – 11 zachorowań na 100 tys. osób.

Gdy naukowiec z Heidelbergu, były szef tamtejszego Centrum Badań nad Rakiem, prof. Harald zur Hausen jako pierwszy powiązał ten nowotwór z zakażeniem wirusem HPV, sam przez długie lata musiał przekonywać lekarzy. Swoją hipotezą nie był w stanie zainteresować nawet koncernów farmaceutycznych. Mimo uhonorowania go Nagrodą Nobla w 2008 r. – gdy już było wiadomo, jakie korzyści przynosi szczepienie – pozostaliśmy nadal przez kolejne prawie dwie dekady skansenem na tle tzw. starej Unii i np. Australii.

Niestety, nie zmienił tego program, na który w końcu przystał rząd PiS w połowie ubiegłego roku. Decyzja miała pewnie zmiękczyć tę część elek-

toratu, której nie odpowiadała światopoglądowa krucjata wymierzona w ukłucie, bądź co bądź zapobiegające dramatycznym konsekwencjom zakażenia, ale na niewiele się zdała. Uruchomienie programu bez żadnych zachęt nie wystarczy, by ściągnąć do niego potencjalnych beneficjentów. Zwłaszcza jeśli refundowane szczepienia przeciwko HPV należą się nastolatkom (i to w młodszej grupie wiekowej, 12–13 lat), w sprawie których ostateczną decyzję podejmują rodzice.

W opublikowanym w mediach społecznościowych w 2023 r. pierwszym rządowym spocie kampanii edukacyjnej nie zawarto żadnych merytorycznych informacji na temat szkodliwości wirusa brodawczaka ludzkiego ani możliwości ochrony przed nim, jaką daje szczepionka. Cały przekaz oparto na lapidarnym hasle: „Twoje dziecko bezpieczne teraz, bezpieczne w przyszłości”. Trochę to za mało, by przeciwdziałać machinie dezinformacji, jaką rozkręcili już wcześniej przedstawiciele ruchów antyszczepionkowych, straszący rzekomą lawiną skutków ubocznych. Za przykład kraju, w którym wycofano się ze szczepień, podawana była Japonia. To jednak błędna informacja, gdyż zawieszono tam tylko rekomendacje na czas histerii związanej z możliwymi odczynami poszczepiennymi, po czym preparaty jeszcze raz przebadano. Uznane za bezpieczne szczepionki ponownie zaczęto refundować oraz zalecać. Przykładem żenujących komentarzy z przeszłości były też te, które pojawiły się po decyzji władz Warszawy w 2019 r. w sprawie dofinansowania z kasy samorządu zakupu szczepionek dla nastolatków obu płci. Krytycy oczywiście nie mieli pojęcia o wzroście liczby przypadków raka krtani i gardła na tle HPV u mężczyzn. Jedni donosili, że „prezerwatywy rozdawane w Afryce miały zapobiec epidemii HIV, a tylko ją pogłębiły” (ze szczepionkami na HPV ma być rzekomo podobnie),

inni, że „nawet w Wielkiej Brytanii na HPV chłopców się nie szczepi” (co akurat też było nieprawdą).

Są jakieś granice absurdu, jednak na froncie wojny zabobonnych ruchów antyszczepionkowych z nowoczesną medycyną już wszystkie zostały przekroczone.

Znanych jest obecnie blisko 200 różnych typów wirusa HPV, przenoszą się głównie przez kontakty seksualne. Około 40 wywołuje infekcje w obrębie narządów płciowych zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Większość z nas nawet o tym nie wie, bowiem silny układ odporności jest w stanie zniszczyć wirusa. Jednak bywa, że powtarzające się infekcje, szczególnie kilkoma typami zarazka, doprowadzają do powstania stanów przedrakowych, z których następnie w ciągu kilku, a czasem kilkunastu lat mogą rozwinąć się nowotwory. Dlatego

rozliczeniach z NFZ karkołomnych sztuczek biurokratycznych. Często nie otrzymują zapłaty za swoją pracę z powodu technicznych niedociągnięć, które zresztą nie są przez fundusz wskazywane (ale pieniądze się lekarzom z tego powodu odbiera).

Trudno zrozumieć te administracyjne perturbacje, zwłaszcza że po usunięciu przeszkód światopoglądowych już nic nie powinno stać na drodze upowszechnienia szczepień przynoszących dzieciom tyle korzyści. Pamiętam rozmowę z warszawską ginekolog dr Grażyną Mazur, która wyznała, że nie rozumie pediatrów, którzy powstrzymywali rodziców przed decyzją o zaszczepieniu własnych dzieci, mnożąc wątpliwości: – *Gdy widzę, jak wiele młodych kobiet przychodzi z infekcjami HPV i początkiem raka, od razu myślę, ile dzięki szczepieniu mogłoby być zdrowych.*

Fot. licencja OLL w Warszawie



ważne i logiczne, by dziewczęta oraz chłopcy otrzymali pierwszą dawkę przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej.

W przypadku raka szyjki macicy szczepienie, które zabezpiecza przed występującymi w podawanym preparacie konkretnymi typami HPV, nie chroni rzecz jasna w 100 proc. przed tą chorobą. Jak każda szczepionka, daje dużą szansę na jej uniknięcie, ale regularne badania cytologiczne (wykonywane rzadziej, nowszymi metodami) w dalszym ciągu będą zapewniać kobietom większe bezpieczeństwo. Będą się one również czuły bezpieczniej, kiedy ich partnerzy seksualni nie staną się nosicielami wirusa, więc decyzja o szczepieniu chłopców jest całkowicie rozsądna.

Obecne władze Ministerstwa Zdrowia próbują rozpropagować szczepienia dla wskazanych roczników młodzieży w szkołach. Jest nad czym pracować, bo z programu szczepień przeciwko HPV skorzystało do tej pory zaledwie 20 proc. 12- i 13-latków (ostatnio pojawił się plan, by rozszerzyć tę grupę o dzieci od 9. roku życia). Ale z wypowiedzi lekarzy POZ wynika, że sami nie mają wystarczającej motywacji do zajmowania się programem, ponieważ wymaga on przy

Mamy masę krytyczną użytecznej wiedzy, która może pozwolić w następnych dekadach znacznie ograniczyć zapadalność na jeden ze śmiertelnych nowotworów. Od czasu wprowadzenia szczepionki w 2006 r. liczba infekcji typami HPV, które powodują większość nowotworów związanych z tym wirusem i brodawki narządów płciowych, spadła o 88 proc. wśród nastolatek i o 81 proc. wśród młodych kobiet. Być może trudno niektórym zrozumieć, że decydując się na szczepienie, robimy coś, co może zapobiec zachorowaniu na raka dopiero za 30 lat. Ta odroczone korzyść rzadko bywa akcentowana w mediach oraz tam, skąd rodzice czerpią obecnie najwięcej informacji przydatnych w opiece nad swoimi pociechami – na forach dyskusyjnych. Pozytywne informacje o szczepionkach w ogóle znaleźć tam trudno, a błędne opinie są za to powszechne. Ciekawe, czy gdyby w drodze eksperymentu zapytać same dorastające dzieci o decyzję w kwestii przyjęcia szczepienia, które może: a) uchronić je przed rakiem, b) zabezpieczyć przed szkodliwymi dla zdrowia konsekwencjami niektórych praktyk seksualnych, również stawiałyby taki opór jak ich prawni opiekunowie? Wątpię. Nieraz jednak lepiej samemu zdecydować we własnej sprawie. ●

Cyberbezpieczeństwo w ochronie zdrowia



Fot. M. Hnat

STOIMY PRZED REWOLUCJĄ TECHNICZNĄ. LICZBA INFORMACJI, KTÓRE GROMADZIMY, ROŚNIE LOGARYTMICZNIE, CO Z KOLEI WIAŻE SIĘ ZE WZROSTEM ZAGROŻENIA WYCIEKIEM POZYSKANYCH DANYCH. KOALICJA DO SPRAW CYBERBEZPIECZEŃSTWA W ZDROWIU, KTÓRĄ DZISIAJ POWOŁALIŚMY, TO W MOJEJ OPINII KROK W STRONĘ BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW ORAZ NAS, LEKARZY, I INNYCH PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH – PODKREŚLA ARTUR DROBNIAK, PREZES ORL W WARSZAWIE I DYREKTOR CENTRALNEGO OŚRODKA BADAŃ, INNOWACJI I KSZTAŁCENIA NIL.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Dania i Estonia to liderzy bezpieczeństwa danych w ochronie zdrowia, ale – co może niektórych zaskoczyć – Polska ze swoim wyjątkowym systemem RODO w Zdrowiu znajduje się w tym zakresie niemal w czołówce, zdecydowanie wyprzedzając chociażby Republikę Federalną Niemiec. Unia Europejska dąży do zwiększenia poziomu cyberbezpieczeństwa w placówkach ochrony zdrowia. W Polsce temu celowi służą działania podjęte przez Ministerstwo Zdrowia oraz NFZ. Wydaje się to konieczne ze względu na rosnącą ilość gromadzonych i przetwarzanych wrażliwych danych pacjentów przez podmioty takie jak szpitale, domy opieki, zakłady rehabilitacyjne *etc.*

W tym duchu opracowano projekt Koalicji na rzecz Cyberbezpieczeństwa w Ochronie Zdrowia. Koalicja została zawarta przez Fundację Healthcare Poland, Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej, Polską Federację Szpitali oraz Krajową Izbę Domów Opieki. Inauguracja projektu odbyła się 29 maja w siedzibie Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL. W imieniu sygnatariuszy podpisy złożyli: Michał Dybowski, prezes Fundacji Healthcare Poland, dr n. med. Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie oraz dyrektor COBIK NIL, prof. dr hab. n. med. Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali, oraz Tomasz

Majczyk, lekarz anestezjolog, założyciel St. Vincent Medical Center reprezentujący Krajową Izbę Domów Opieki.

Oto główne cele koalicji:

- edukacja personelu medycznego w zakresie cyberbezpieczeństwa,
- ustanowienie standardów cyberbezpieczeństwa dla szpitali,
- prowadzenie audytów cyberbezpieczeństwa dla szpitali,
- rozszerzenie tematu cyberbezpieczeństwa o zagadnienia infrastrukturalne i telemedyczne.

Na pytanie, jakie korzyści z działań podejmowanych przez koalicję odniosą lekarze i pacjenci, prof. Fedorowski odpowiada: – *Jako manager szpitalnik i lekarz klinicysta mogę*

powiedzieć, że z pewnością będzie to podniesienie świadomości dzięki zwiększeniu wiedzy. Chcemy, aby edukacja w zakresie cyberbezpieczeństwa była wprowadzona jako przedmiot na uczelniach medycznych. Z bezpośrednią działalnością lekarską będzie się bowiem wiązała większa dostępność nowoczesnych technologii, stanowiących ogromne ułatwienie pracy, takich jak chociażby logowanie biometryczne i systemy elektronicznego zbierania zgód pacjentów na tabletach. Dla szpitali jako instytucji korzystne będzie zmniejszenie ryzyka prawnego i finansowego, a w rezultacie poprawa efektywności działania. Tej efektywności, która ma skutkować podniesieniem jakości opieki nad pacjentami.

O udziale w projekcie Krajowej Izby Domów Opieki mówi Tomasz Majszyk: – Domy opieki przetwarzają i gromadzą ogromną ilość danych, m.in. dotyczących rozpoznań medycznych. To wymaga niezwyklej ostrożności na wszystkich szczeblach, począwszy od pracowników rejestracji po dyrektorów placówek. Temat cyberbezpieczeństwa jest nam niezmiernie bliski, bo nie tylko sprawujemy nad pensjonariuszami opiekę zdrowotną, ale także zapewniamy im bezpieczeństwo. Jeśli czują się bezpieczni, nie dopada ich lęk, nie pojawiają się stany depresyjne. Jakość życia jest zupełnie inna. Nie chodzi tylko o zabezpieczenie konta bankowego, ale o ochronę „konta zdrowotnego”. Myślę, że to będzie najważniejsza korzyść dla naszych podopiecznych płynąca z udziału w koalicji Krajowej Izby Domów Opieki.

Ponad połowa cyfrowych danych przechowywanych w krajach UE pochodzi z systemów ochrony zdrowia. Stąd konieczność zmiany priorytetyzacji działań dotyczących ochrony informacji medycznych, o której mówił jeden z zaproszonych gości – Roman Łożyński, dyrektor Centrum Informatyki resortu finansów: – Ostatnie dwa lata działania na rzecz edukacji w zakresie cyberbezpieczeństwa przyczyniły się do 15-proc. wzrostu poziomu bezpieczeństwa i zarządzania ryzykiem. Musimy dbać o to, aby nasze szpitale nie były łatwym kąskiem dla próbujących wykraść dane bądź zatrzymać polską ochronę zdrowia. Ważne jest to, gdzie dane medyczne są gromadzone, kto je przetwarza i w jakim celu. Koalicja będzie mogła uporządkować te sfery albo przynajmniej wpłynąć na to uporządkowanie. Nie zatrzymamy wzrostu ilości danych, które gromadzone są w chmurze, ale możemy badać cel tego gromadzenia oraz metody przechowywania i udostępniania informacji. ●

Okrągły Stół Zdrowia

PREZES ORL W WARSZAWIE 22 MAJA WZIĄŁ UDZIAŁ
W DYSKUSJI EKSPERTÓW, INTERESARIUSZY,
PRZEDSTAWICIELI SEKTORA ZDROWIA ORAZ WICE-
MINISTER ZDROWIA KATARZYNY KACPERCZYK.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Głównym tematem rozmów było wydatkowanie środków z KPO na ochronę zdrowia oraz priorytety polskiej prezydencji w Unii Europejskiej w zakresie zdrowia. Wskazano obszary takie jak: cyfryzacja systemu, innowacje w ochronie zdrowia, rola danych medycznych, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, promocja profilaktyki oraz nowe elementy systemu edukacji i rozwoju kadr medycznych. Nie zapomniano o pakiecie zmian w prawie farmaceutycznym i działaniach zapewniających bezpieczeństwo lekowe.

W gronie zaproszonych gości znaleźli się m.in.: dr n. ekon. Małgorzata Gałzka-Sobotka – dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, członek rady nadzorczej Polfy-Tarchomin, Tomasz Maciejewski – dyrektor Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, Andrzej Ryś – lekarz, urzędnik państwowy i dyrektor Komisji Europejskiej, Krzysztof Kopeć z PZPPF, a także przedstawiciele sektora farmaceutycznego i prawnicy – eksperci w zakresie systemu opieki zdrowotnej.

– Jestem zdania, że jako Europa przegrywamy z kretesem rywalizację ze Stanami Zjednoczonymi i Chinami, jeśli chodzi o rozwój sztucznej inteligencji i innowacji w ochronie zdrowia. Uważam, że nasza prezydencja mogłaby zainauguować utworzenie Europejskiego Instytutu Innowacji w Medycynie – powiedział Artur Drobniak, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i dyrektor COBIK NIL, podczas Okrągłego Stołu Zdrowia.

– Powinniśmy zwrócić uwagę Unii Europejskiej na ważne zagadnienie, jakim jest profilaktyka. Ministerstwo Zdrowia moim zdaniem obrało dobry kierunek, mianowicie działanie profilaktycznie u podstaw. Świadczy o tym wola wprowadzenia do szkół podstawowych i średnich nowego przedmiotu – wiedza o zdrowiu. Na pewno osiągniemy w ten sposób dużo więcej w dalszej perspektywie czasu, niż wprowadzając wybiórcze programy dotyczące zdrowia psychicznego, kardiologii, onkologii itp. Z tego typu programów profilaktycznych za najważniejszy uznaję program zapobiegania otyłości. Otyłość bowiem wpływa niekorzystnie na długość i jakość życia, przyczyniając się do chorób m.in. kardiologicznych i onkologicznych – podsumował dyskusję prezes Artur Drobniak.

Dyskusję moderował ThinkTank, ośrodek badawczy i opiniotwórczy monitorujący trendy z zakresu zarządzania, przywództwa i polityki państwowej. ●

Wakacyjna wyprawka stomatologiczna

OD MYCIA ZĘBÓW NIE MA WYTCHEMIENIA, NAWET W WAKACJE. TYM BARDZIEJ ŻE PROBLEM Z PRÓCHNICĄ U DZIECI I MŁODZIEŻY JEST DUŻY. „WAKACYJNA WYPRAWKA STOMATOLOGICZNA” TO AKCJA EDUKACYJNO-PROFILAKTYCZNA OIL W WARSZAWIE, KTÓRĄ PRZEPROWADZONO W DWÓCH PLACÓWKACH OŚWIATOWYCH W SEROCKU.

tekst **URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ**

B były lekcje zdrowia jamy ustnej, quizy, świetna zabawa i prezenty, czyli plecaki pełne gadżetów promujących higienę jamy ustnej. 6 czerwca wiedzę zdobywali uczniowie szkoły podstawowej, następnego dnia – przedszkolaki.

O tym, że o zęby mleczne należy dbać tak samo jak o zęby stałe, przekonywał Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów i jednocześnie pomysłodawca „Wakacyjnej wyprawki stomatologicznej”: – *Blisko 98 proc. dzieci ma próchnicę. Bywa efektem zaniedbania, ale częściej – braku wiedzy. Zęby mleczne nie są zębami na chwilę. One warunkują prawidłowy rozwój szczęki, żuchwy w określonych płaszczyznach. To, czy mamy twarz płaską, okrągłą, ładniejszą, uwarunkowane jest rozwojem zębów mlecznych. Wyprawkę przygotowaliśmy we współpracy z firmą Colgate.*

Zajęcia z dziećmi prowadziły studentki Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – *Przedszkolaki z tej placówki są bardzo zaangażowane, dzięki temu udaje się pokazać, że dbanie o zęby jest dziecinne proste. To nie ma być przykry obowiązek, lecz dobra zabawa – podkreślała Aleksandra Janik, studentka IV roku.*

W akcji wzięła również udział prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowa w dziedzinie stomatologii dziecięcej. – *Choroba próchnicowa jest chorobą wieloczynnikową, ale zasadnicze znaczenie ma obecność bakterii, które tworzą kwasy i lubią żyć w środowisku kwaśnym. Już u niemowląt bezzębnych powinny być oczyszczane wały dziąsłowe, podobnie język. Od pierwszego zęba konieczne jest szczotkowanie i to pastą do zębów z fluorem – wyjaśniała prof. Olczak-Kowalczyk.*

Organizację „Wakacyjnej wyprawki stomatologicznej” wspierał również Artur Borkowski, burmistrz miasta i gminy Serock.

– *Niemal 900 dzieci i ciekawa forma współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie! Oby więcej takich inicjatyw – podsumował. ●*



Fotografie: U. Wolińska-Kułaj

Rodzinnie z OIL w WARSZAWIE



Zabawa, relaks i czas spędzony z najbliższymi – za nami kolejna impreza „Rodzinnie z OIL w Warszawie” organizowana przez naszą izbę z okazji Dnia Dziecka. Nieszablone atrakcje zaoferował członkom OIL w Warszawie i ich bliskim Julinek Park, położony 30 km od stolicy, w otulinie Kampinoskiego Parku Narodowego. Najmłodszy świetnie bawili się w kąciaku dla maluchów, nieco starsi w wesołym miasteczku, na ścianie wspinaczkowej, w parku linowym i biorąc udział w specjalnych zajęciach z animatorami. Wielką popularnością cieszył się Park Wodny. Wspomnień na pewno nie zabraknie, tym bardziej że rodzinne spędzane chwile można było uwiecznić w fotobudce. ●



Węgierski przewrót?

W POPRZEDNIM FELIETONIE PISAŁEM O ISTOCIE WYBORÓW DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO. FREKWENCJA WYBORCZA NA POZIOMIE EUROPEJSKIM (OKOŁO 51 PROC.) I KRAJOWYM (40,65 PROC.) JASNO WSKAZUJE, ŻE WYBORY EUROPEJSKIE NIE SĄ DLA EUROPEJCZYKÓW PRIORYTETEM. CIEKAWIE, ŻE NA WĘGRZECH JEST JEDNĄ Z NAJWYŻSZYCH (OKOŁO 59 PROC.). I WŁAŚNIE NAD DUNAJ CHCIAŁBYM PAŃSTWA ZABRAĆ.

tekst **DOMINIK HÉJJ**



Fot. M. Starzyński

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

WYBORCZA INŻYNIERIA

Jeszcze *ad vocem* eurowyborów warto wskazać, że nie spełnił się czarny scenariusz, według którego miało wzrosnąć znaczenie sił antyeuropejskich na arenie parlamentarnej. Tak, bez wątplenia istotnie zwiększył swój stan posiadania, np. w Niemczech, Austrii, a ich rezultat osiągnięty we Francji doprowadził do politycznego trzęsienia ziemi, w wyniku którego prezydent Macron rozwiązał parlament. Jednak większość w Parlamencie Europejskim wciąż stanowią będą środowiska polityczne, które podzielają polskie postrzeganie rzeczywistości i bezpieczeństwa. To kluczowe także w momencie, gdy ważyć się będą losy nowej Komisji Europejskiej, w której i Polska będzie miała swojego przedstawiciela. Bardzo prawdopodobne, że nie będzie konieczne negocjowanie poparcia dla przewodniczącej bądź przewodniczącego nowej Komisji Europejskiej z siłami antyeuropejskimi.

Na tle unijnych państw, przede wszystkim przyjętych po 2004 r., pod względem notowanej frekwencji wyróżniają się Węgry. Prawie 59 proc., to o 15 punktów procentowych więcej niż przed pięciu laty. Nie można jednak zakładać, że Węgrzy nagle poczuli takie przywiązanie do unijnej polityki. Wyższy rezultat osiągnięto dzięki połączeniu wyborów europejskich z samorządowymi. Działanie to było w pełni przemyślane. W ten sposób rządząca na Węgrzech nieprzerwanie od 2010 r. koalicja Fidesz-KDNP (Chrześcijańsko-Demokratyczna Partia Ludowa) uniknęła sytuacji, w której mobilizacja opozycji mogłaby istotnie uszczuplić liczbę mandatów, jaką Fidesz-KDNP zdobyłaby w europejskiej rywalizacji.

Węgrom przypadało 21 mandatów. W latach 2019–2024 największą ich liczbę – 13 – zgarnęła właśnie Fidesz-KDNP. W kadencji 2024–2029

zmaleje ona o dwa. Podejmując decyzję o przełożeniu wyborów, premier Orbán nie zdawał sobie jeszcze sprawy, w jak innej rzeczywistości politycznej przyjdzie mu funkcjonować w czerwcu 2024 r. Zimą na scenę polityczną przebojem wdarł się jego dawny stronnik – Péter Magyar, którego ugrupowanie TISZA zanotowało drugi wynik wyborczy – 29,60 proc. Przełożyło się to na siedem mandatów. Kolejne dwa uzyskała lewicowo-liberalna koalicja (Węgierskiej Partii Socjalistycznej, Koalicji Demokratycznej oraz Dialogu-Zieloni) – 8,08 proc. Stawkę zamyka skrajna prawica z Mi Hazánk (Nasza Ojczyzna) – 6,74 proc., co dało temu stronnictwu jeden mandat.

Obserwatorzy wyborów na Węgrzech mogą odnieść wrażenie, że opozycja zanotowała świetny wynik. To jednak nieprawda, co więcej spróbuję pokazać, że głosujący Węgrzy pozostają w blisko trzech czwartych zwolennikami albo Orbána, albo jego młodszej wersji.

KTO TO TEN MAGYAR?

Bynajmniej nie chodzi tu o „Węgra”, jak wprost przetłumaczyć można nazwisko tego polityka. Péter Magyar to człowiek, który przez lata pozostawał beneficjentem systemu stworzonego przez Viktora Orbána. Dorobił się na nim.

Magyar wypłynął w lutym 2024 r., w tym samym dniu, w którym do dymisji podała się prezydent Węgier Katalin Novák, a z życia politycznego wycofała się Judit Varga, niegdyś minister sprawiedliwości. Miejsce Vargi w tej opowieści nie jest przypadkowe. To była małżonka Pétera Magyara. Osoba, dzięki której pozostawał częścią wielkiego systemu.

Zimowe przesilenie polityczne przyniosło ujawnienie przez opozycyjne media, że w kwietniu

2023 r. prezydent ułaskawiła byłego wicedyrektora domu dziecka w miejscowości Bicske. Został on skazany w związku z tuszowaniem afery pedofilskiej, do jakiej doszło w owym domu dziecka. Niezadowolenie społeczne, narastające w związku z ujawnieniem informacji o ułaskawieniu, doprowadziło do ustąpienia jednej z najważniejszych osób w otoczeniu Fideszu. Jednak od początku najciekawszy był przypadek Magyara. W chwili, w której rezygnował z różnych zajmowanych stanowisk, nie był powszechnie znany. Zmianę tego stanu rzeczy zawdzięcza rewelacjom, które zaczął ujawniać na temat rządów Fidesz-KDNP. Udzielił m.in. opozycjonemu blogerowi wywiadu, w którym stwierdził, że w rękach kilku rodzinnych firm powiązanych z władzą jest połowa kraju. Późniejszy lider TISZA wprost zasugerował nadużycia związane z wykorzystywaniem informacji pozyskiwanych w drodze podsłuchów do walki politycznej. Od początku kreował się na kogoś, kto ma istotne dane o systemie Orbána, a zatem wie, jak go pokonać. Miał być „ostatnim sprawiedliwym”. We wpisach w mediach społecznościowych używał zwrotu „nie bójcie się”, który miał być wstępem do politycznej rewolucji, jaką zaproponował.

Na jego wiec, który zorganizował 15 marca, w dniu święta narodowego Węgier, przyszły tłumy. Podobnie dobry rezultat frekwencyjny osiągnął w kwietniu i maju na kolejnych zgromadzeniach. W połowie marca ogłosił 12-punktowy manifest, w którym domagał się zmian. Nieprzypadkowo pierwszy punkt dotyczył ochrony zdrowia. Magyar zaoferował „*odbudowę systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienie na nią dodatkowych środków*”. Od lat kondycja ochrony zdrowia spędzała sen z powiek Węgrów. W każdym kolejnym badaniu sondażowym podawana była jako najważniejszy problem. Chroniczne niedofinansowanie, próba rozprawienia się z samorządem lekarskim (problem opisywałem w „Pulsie” w maju 2023) nie służyły poprawie sytuacji. I chociaż państwo deklarowało, że zmiany przyniosą systemowe podwyżki wynagrodzeń, w żadnej mierze nie przełożyły się one na poziom usług.

Magyar zapowiedział start w wyborach, ale okazało się, że nie zdąży od podstaw zbudować nowej partii politycznej. Przejął więc istniejące już struktury nikomu nieznaną partii, a na nich oparł swój projekt polityczny.

MŁODSZY ORBÁN

Péter Magyar został przez mainstreamowe media europejskie okrzyknięty liderem nowej opozycji. Bez wątplenia pomogło mu to w kreowaniu politycznego PR, jednak nie miało i wciąż nie ma wiele wspólnego z rzeczywistością. Poglądy Magyara pozostają bardzo bliskie Fideszowi. To prawda, że zamierza walczyć z korupcją, o której szereg oskarża Orbána, ale sam w wielu wywiadach wskazywał, iż chciałby się odwołać do dawnej tradycji lidera Fideszu. Pragnie przystąpienia do Prokuratury Europejskiej, ale jest za utrzymaniem narzuconej przez Fidesz polityki wobec Ukrainy, tzn. „nie” dla pomocy innej niż humanitarna. W kwestiach integracji europejskiej także pozostaje bliski Orbánowi. To samo tyczy się kwestii obyczajowych. Jednakże przyjęło się uważać, że jeżeli ktoś wprost premiera nie popiera, to znaczy, że stanowi wobec niego

opozycję. Tymczasem środowisko progresywne, jednoznacznie proeuropejskie, osiągnęło wynik 8 proc., co przełożyło się na dwa mandaty. O pięć mniej niż pięć lat temu. Fidesz-KDNP i Magyar wspólnie uzyskali 18 z 21 mandatów.

Uznanie Magyara za klasycznego opozycjonistę otwiera mu drogę do największej polityki. Chęć przyjęcia TISZA do Europejskiej Partii Ludowej wyraził jeszcze przed wyborami Manfred Weber, szef EPL. Komentując wynik wyborów, Magyar mówił o przebudzeniu, o początku zmian. Nie będzie jednak tak łatwo ich przeprowadzić. Ordynacja wyborcza do Parlamentu Europejskiego jest na Węgrzech dużo bardziej demokratyczna aniżeli system, w którym wyłaniany są posłowie Zgromadzenia Krajowego. W tym drugim przypadku rządząca większość wielokrotnie nowelizowała ustawę w taki sposób, by niemalże automatycznie zapewniać sobie reelekcję. I to skutecznie. Spróbuję to krótko zobrazować.

Mamy na Węgrzech 199 mandatów do rozdysponowania. 106 posłów wybiera się w jednomandatowych okręgach wyborczych, których mapa pokrywa się z poparciem Fidesz-KDNP (to tzw. *gerrymandering*). Pozostałe 93 mandaty pochodzą z listy krajowej (jak w Polsce do Sejmu). Przeliczone są systemem D’Hondta, który faworyzuje duże ugrupowania. Pozycję Fidesz-KDNP wzmacnia wprowadzenie głosowania korespondencyjnego, które tylko w 2022 r. zapewniło dodatkowych 250 tys. głosów, bo ponad 90 proc. głosujący tym sposobem wybiera Fidesz. Jest wreszcie system kompensacji. W wyniku skomplikowanych zabiegów matematycznych w podziale tzw. głosów resztkowych uwzględniono 3,2 mln głosów. To głosy, podkreślam, matematyczne, niebędące wynikiem poparcia konkretnych osób. 41 proc. z tej puli trafiło do Fideszu. Wszystko razem dało koalicji dowodzonej przez Viktora Orbána większość konstytucyjną czwarty raz z rzędu.

Czy na Węgrzech zaczął się polityczny przewrót? To zależy, jak go definiować. Jeżeli myślimy o prodemokratycznym przewrocie – to jeszcze nie ten etap. Ja sam wciąż postrzegam Magyara nie tyle jako lidera prawdziwej opozycji (bowiem nie łączą go z nią poglądy, raczej doprowadził do jej zrujnowania), ile jako człowieka, który głośno wyraził chęć przejęcia schedy po Viktorze Orbanie, gdy ten wycofa się kiedyś z polityki, a wraz z nim całego poparcia Fideszu. Wyczyszczenie opozycyjnego przedpola, którego już Magyar dokonał, zdecydowanie służy premierowi. Trudno jednoznacznie ferować wyroki, tym bardziej że TISZA była dotychczas stronnictwem jednego lidera. Tymczasem poza nim do Parlamentu Europejskiego wejdzie jeszcze sześciu nieznanych (także programowo) europarlamentarzystów. Ich aktywność medialna stanie się pierwszym z testów weryfikacji programowej TISZA. Sam Magyar wielokrotnie mówił, że program partii powstanie po ukształtowaniu struktur, a to, co prezentował podczas kampanii wyborczej, jest zbiorem osobistych poglądów na różne kwestie. Temu projektowi politycznemu zaufało do tej pory 1,3 mln wyborców. Dwuipółkrotnie więcej niż partiom opozycyjnym, które dostały się do parlamentu w 2019 r. Wybory do Zgromadzenia Krajowego na Węgrzech odbędą się na wiosnę 2026. Bez wątplenia warto będzie na bieżąco śledzić to, co dzieć się będzie wokół tego polityka. ●

Co właściwie robią psychiatrzy – podsumowanie rozważań

UWAGA – TO NADAL JEST TEKST PISANY Z PUNKTU WIDZENIA LEKARZA, KTÓRY NIE JEST PSYCHIATRĄ (PRZEZ LEKARZA, KTÓRY JEST PSYCHIATRĄ, ALE STARA SIĘ SOBIE WYOBRAZIĆ, ŻE NIE JEST).

tekst **ŁUKASZ ŚWIĘCICKI**



Fot. K. Hossz-Kornar

**ROZUMIEM PACJENTA,
ALE NIE WIEM, CO ZROBIĆ Z TYM,
CO MÓWI**

Pacjent mówi o chęci popełnienia samobójstwa. Nie wiemy, co z tym zrobić. Nie jesteśmy pewni oceny sytuacji. Oczywiście, wezwanie psychiatry (wysłanie do niego chorego) nie stanowi cudownego remedium, jednak psychiatrzy są szkoleni w ocenie tego typu sytuacji i jest znacznie większe prawdopodobieństwo, że trafnie orzekną, czy np. trzeba przymusowo umieścić chorego w szpitalu.

Nawiasem mówiąc, psychiatrzy są oswojeni ze stosowaniem przymusu (wiem, że to niezbyt dobrze brzmi, ale nie chodzi o to, że są agresywni, to znaczy może i niektórzy są, ale na ogół raczej łagodni jak baranki!) i mają znacznie mniej oporów przed wdrożeniem odpowiedniej procedury.

Dla porównania: psycholog w takiej sytuacji mógłby „zrozumieć” pacjenta, a tu nie ma co rozumieć, tylko trzeba zadbać o jego bezpieczeństwo. Bo zrozumienie należy wszystko, ale często trzeba po prostu działać w imię priorytetów, a rozumienie zostawić na później.

Inna sytuacja: pacjent mówi o chęci zrobienia krzywdy komuś, o narastającej agresji w stosunku do innych osób, choć zachowuje się spokojnie (jeśli zachowuje się agresywnie, to po prostu wzywamy policję, psychiatra nie będzie na razie potrzebny). Jeśli to, co mówi, budzi strach, wezwanie psychiatry nie gwarantuje szczęśliwego zakończenia, ale zwiększa prawdopodobieństwo adekwatnej oceny sytuacji. Tu też wchodzi w grę umieszczenie pacjenta w szpitalu bez jego zgody. Rzecz jasna, każdy lekarz może to zainicjować, ale w praktyce postępują tak niemal wyłącznie psychiatrzy, ponieważ inni lekarze „nie mają śmiałości”.

I jeszcze jeden przykład: pacjent opowiada o swoim niezwykle dobrym samopoczuciu i wyjątkowym zdrowiu (chodzi przy tym o osobę ewidentnie chorą somatycznie!). Może to budzić zdziwienie, ponieważ wyniki badań są

na tyle złe, że chory powinien odczuwać jakieś dolegliwości. Tymczasem nie tylko nie odczuwa, ale wręcz zapewnia, że jeszcze nigdy tak dobrze się nie czuł. Warto zainteresować sprawą psychiatrę, zanim niezwykle zdrowy pacjent nie dostanie rozległego zawału podczas wbiegania (bez wysiłku!) na 10. piętro. Trzeba zawsze pamiętać o tym, że człowiek to duch, który ma ciało. Innymi słowy – to duch rządzi i jeśli duch jest wielki, ma absolutnie w poważaniu to, że ciało jest mdłe. I zajeżdża je jak nic. A lekarze duchów nie leczą...

Podsumowując: wiele (większość?) sytuacji, w których wypowiedzi pacjenta podczas wizyty lekarskiej budzą w lekarzu emocje inne od tych, które zwykle towarzyszą leczeniu ludzi (czyli np. od empatii, ale także zmęczenia albo nawet znudzenia – nie ma się co oszukiwać), to sytuacje, którymi mógłby się zainteresować psychiatra.

WARIANT TYPU DRUGIEGO

Wypowiedzi pacjenta nie zawierają żadnych niepokojących treści, ale rodzina mówi o działaniach lub słowach chorego, które takie emocje mogłyby budzić. Czyli tak jak w sytuacji pierwszej – pacjent ujawnia dziwne treści, ale nie byle komu, tylko osobom znajomym. Innym ludziom, w tym lekarzom, mówi to, co chcą usłyszeć. A to jest takie proste – zgadnąć, co ludzie chcą od nas usłyszeć!

TRZECI TYP SYTUACJI – „PACJENT NIC NIE MÓWI”

Zdarza się, choć raczej rzadko, że pacjent przychodzi sam na wizytę i mimo znaczących wysiłków lekarza nie mówi nic. Przyszedł na wizytę, więc wiadomo, że jest przytomny, prawdopodobnie nie ma zaburzeń świadomości i zakładamy,

że nie jest niemową, ponieważ nie próbuje się skomunikować niewerbalnie. Można więc śmiało zapytać, o co chodzi? Jednak na to pytanie nie dostaniemy odpowiedzi.

Czy psychiatrzy rozumieją milczenie? Czasem jest to możliwe. Zdarza się, że ludzie milczą wystarczająco wymownie. Doświadczony psychiatra miał szansę widzieć więcej takich osób niż doświadczony internista czy chirurg. Zdarza się też, że milczenie można przerwać odpowiednim pytaniem, ale nie jest to pytanie „co pana boli?”, tylko np. „co mówią głosy?”.

Osoby niebędące psychiatrami mają bardzo poważne problemy związane z zadawaniem dziwnych pytań, ponieważ czują się w takich sytuacjach głupio i niestosownie. Większość psychiatrów bardzo lubi zadawać głupie pytania, ponieważ taki mają rodzaj formacji. Może być to nieco kłopotliwe podczas wspólnych posiłków w towarzystwie psychiatrów (są niezłe jazdy, zapewniam!), ale w sytuacjach diagnostycznych bywa pożyteczne. Jeśli więc pacjent nie mówi nic, wypadaloby zawałać psychiatrę jako tłumacza.

PODSUMOWANIE

W poszczególnych częściach mojego felietonu wymieniałem trzy sytuacje komunikacyjne, które mogą wskazywać potrzebę skierowania pacjenta do psychiatry:

1. Pacjent mówi rzeczy, których lekarz nie rozumie.
2. Pacjent mówi rzeczy, które lekarz rozumie, ale które budzą znaczne i nietypowe dla medycznych sytuacji emocje u lekarza.
3. Pacjent nic nie mówi.

Zapewne ta uproszczona typologia nie wyczerpuje istoty zagadnienia, chciałem raczej stworzyć pewną płaszczyznę do dalszej dyskusji. Moim zdaniem to właśnie komunikacja między lekarzem a pacjentem stanowi jedną z najbardziej istotnych cech odróżniających psychiatrów od innych lekarzy.

Nie chcę wcale sugerować, że lekarze innych specjalności nie rozmawiają z chorymi lub ich nie rozumieją. Oczywiście, też tak bywa, ale na ogół tak nie jest. Jednak lekarze niepsychiatrzy są nastawieni na pewien „techniczny” aspekt rozmowy, ich szkolenie nie obejmuje skutecznego postępowania w sytuacjach nietypowych. Dotyczy to w takim samym stopniu psychiatrów, ale dla nich sytuacje nietypowe są właśnie typowe.

Dlaczego po prostu nie wymieniałem nazw chorób, które wymagają skierowania do psychiatry? Uważam, że nie byłoby to w żadnym stopniu pomocne. Jeśli lekarz wie, że u danej osoby rozpoznano czy rozpoznawano w przeszłości chorobę psychiczną, pewnie i tak poprosi o konsultację i to nie będzie specjalnie trudne zadanie. Niestety, czasem zdarza się, że nawet gdy w karcie informacyjnej wpisane jest rozpoznanie poważnej choroby psychicznej (np. schizofrenii) i dziwnych zachowań pacjenta, lekarz nie prosi o pomoc psychiatry. Przykładowo dlatego, że „nie chce stygmatyzować pacjenta” – wspominałem już o takiej sytuacji. Wydarzyła się naprawdę i skończyła się śmiercią pacjentki. Niestety, naprawdę.

Wydaje mi się jednak, że lekarzom, którzy postępują w ten sposób, nie pomoże nawet taki ładny felieton jak mój. „Nawet gdyby umarli wstawali z grobów”, i tak niektórych ludzi nie przekona i tyle. Taka cecha rzeczywistości, czyli innymi słowy „takie prawo natury, pani kierowniczo”.

Pominałem także sprawę zachowań, tak jakby wszystko, co istotne, ograniczało się do wypowiedzi. Otóż wcale nie uważam, aby tak było. Rzecz w tym, że dziwne, nieoczekiwane lub zdeorganizowane działania są znacznie łatwiejsze do zauważenia i zazwyczaj szybko prowadzą do skierowania do psychiatry lub są na tyle zagrażające, że powodują interwencję o charakterze policyjnym. W każdym razie osoby zachowujące się w ten (chory czy dziwaczny) sposób raczej nie przychodzą z wizytą do kardiologa i nie zmuszają go do rozważenia celowości konsultacji psychiatrycznej.

Mam nadzieję, że nawet nieuważny czytelnik dobrze zrozumiał, że w żadnym wypadku nie chciałbym wywołać choćby wrażenia, że psychiatrzy są lepsi czy mądrzejsi od lekarzy innych specjalności (zwłaszcza od neurologów) lub od psychologów. Wręcz przeciwnie, psychiatrzy są zapewne gorsi – nie dysponują prawdziwymi naukowymi metodami badania (lub dysponują nimi jedynie dzięki grzeczności lekarzy innych specjalności, głównie neurologów), nie potrafią dobrze weryfikować swoich rozpoznań i w ogóle sami nie wiedzą, czym się zajmują. Mimo wszystkich swoich słabości, psychiatrzy pełnią jednak istotną rolę i są w tej roli trudni do zastąpienia.

W jednym z najładniejszych znanych mi opowiadań *science fiction*: „Specjalista” autorstwa Roberta Sheckleya, zbiorowym bohaterem jest żywy statek kosmiczny składający się z wyspecjalizowanych istot z różnych planet – jedno z nich to Ściany, inne Silniki, Gadacze lub Mózgi. Przeznaczenie jednej części jest nieznanne do końca opowiadania. Tą częścią jest Pchacz, który nie wie, co robi. Inne żywe części mówią mu, żeby po prostu Pchał, ale on nie ma pojęcia, jak to się robi. Rozumie, po co jest ściana i co robi silnik, ale Pchanie wydaje się czystą abstrakcją! Potem jednak statek kosmiczny musi wejść w hiperprzestrzeń – Pchacz skupia się i wszyscy odlatują z niezwykłą prędkością.

Droży Koledzy Lekarze, z pewnością nie codziennie latacie w hiperprzestrzeni, może nawet nigdy nie będziecie się tam wybierać, ale jeśli kiedyś zechcecie pokonać bardzo szybko bardzo dużą odległość, dzwońcie do psychiatry. Tylko poprosicie, żeby się skupił.

Znałem kilka osób, które świetnie wlatywały w hiperprzestrzeń. Mam nadzieję, że nie będą mi miały za złe, jeśli je tu wskażę z nazwiska. Wymienię w kolejności, w jakiej sobie przypomniałem: prof. Puzyński, dr Iwona Koszewska, dr Antoni Kalinowski, dr Maria Beręsewicz, dr Dorota Bzinkowska, dr Magda Chojnacka. Z pewnością także wiele innych osób, które mi w tym wylczeniu umknęły, a którym wiele zawdzięczam. Dziękuję wszystkim – super się z Wami leciało! ●

Vademecum lekarza przedsiębiorcy

Niebezpieczne, inne niż zakaźne **cz. 1**

PROWADZĄC GABINET STOMATOLOGICZNY, NIE UNIKNIEMY WYTWARZANIA ODPADÓW MEDYCZNYCH. ZE WZGLĘDU NA RYZYKO PRZENOSZENIA CHOROBTWÓRCZYCH DROBNOUSTROJÓW ODPADY MEDYCZNE WYMAGAJĄ ODPOWIEDNIEJ SEGREGACJI, PRZECHOWYWANIA I UTYLIZACJI. JEDNAK NIKT NIE UWIERZY NAM NA SŁOWO, ŻE O TO DBAMY, DLATEGO GOSPODARKĘ ODPADAMI REGULUJĄ STOSOWNE ROZPORZĄDZENIA.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**



Fot. K. Bartyzel

PODZIAŁ OGÓLNY

Odpady w gabinecie stomatologicznym dzielimy na:

➤ **odpady ostre** (ostrza, wiertła, igły, pilniki, miazgociągi itp.), które należy przechowywać w pojemniku jednorazowego użycia o twardych ściankach, co zapobiegnie jego przekłuciu lub przecięciu, odpornym na działanie wilgoci. Pojemniki napełnia się maksymalnie do dwóch trzecich pojemności, by możliwe było szczelne ich zamknięcie. Mogą być wstępnie magazynowane tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 30 dni;

➤ **materiał zakaźny** (czyli taki, który może stanowić zagrożenie, ale **jeśli jest jednocześnie odpadem ostrym, przechowujemy go w pojemniku na odpady ostre**), który należy umieścić w czerwonym worku w miejscu powstania. Worek może być umiejscowiony na stole, w koszu pedałowym lub bezdotykowym. Szczelnie zamykane worki muszą być usuwane po każdym dniu pracy i przechowywane

w pomieszczeniach specjalnie do tego przeznaczonych oraz w odpowiednich warunkach. Długość przechowywania zależy od temperatury w pomieszczeniu;

➤ **odpady niebezpieczne**, ale nie zakaźne (leki, pozostałości materiałów do wypełnień, cementy i podkłady dentystyczne, inne materiały chemiczne stosowane w gabinetach stomatologicznych), powinny być przechowywane w workach żółtych, a następnie przekazywane specjalistycznej firmie odpowiedzialnej za utylizację odpadów;

➤ **odpady gospodarczo-bytowe** (opakowania po wysterylizowanych narzędziach, odpady po sprzątaniu, które nie kwalifikują się do żadnej z wymienionych wcześniej grup).

KODY, CZYLI ZACZYNAJĄ SIĘ SCHODY

Żeby nie było za łatwo, Ustawa z 14 grudnia 2012 r. o odpadach w art. 4 ust. 3 wprowadza (Rozporządzeniem ministra klimatu z 2 stycznia 2020 r.) katalog odpadów. Kody dotyczące odpadów w stomatologii zaczynają się liczbą 18 i ogólnie tę grupę w katalogu charakteryzuje opis: odpady medyczne oraz weterynaryjne (z wyłączeniem odpadów kuchennych i restauracyjnych, niezwiązanych z opieką zdrowotną lub weterynaryjną).

Interesujące nas kody podzielono na następujące grupy (**na czerwono zaznaczyliśmy te kody, które najczęściej spotykamy w praktyce dentystycznej**):

ODPADY ZAKAŻNE

18 01 02 – Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty, służące do jej przechowywania.

18 01 03 – Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt.

Zbiera się je w miejscu powstawania, do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej koloru czerwonego, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednorazowego zamknięcia.

18 01 80 – Zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej, o właściwościach zakaźnych.

18 01 82 – Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych.

ODPADY NIEBEZPIECZNE, INNE NIŻ ZAKAŻNE

18 01 06 – Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne.

18 01 08 – Leki cytotoksyczne i cytostatyczne.

18 01 10 – Odpady amalgamatu dentystycznego.

Zbiera się je w miejscu powstawania, do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej koloru żółtego, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednorazowego zamknięcia.

ODPADY INNE NIŻ NIEBEZPIECZNE

18 01 01 – Narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki.

18 01 04 – Inne odpady niż z grupy 18 01 03 (np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy).

18 01 07 – Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż z grupy 18 01 06.

18 01 09 – Leki inne niż z grupy 18 01 08.

Odpady zbiera się w miejscu powstawania, do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej albo do pojemników wielokrotnego użycia, w kolorze innym niż czerwony albo żółty, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych.

18 01 81 – Zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej, inne niż wymienione w grupie 18 01 80.

Regulacje odnoszące się do kolorystyki oznaczeń poszczególnych rodzajów odpadów medycznych stosuje się odpowiednio, w sposób pozwalający na jednoznaczne zidentyfikowanie przeznaczenia pojemnika.

NIEANONIMOWY ODPAD

Każdy worek i pojemnik z odpadami należy odpowiednio oznaczyć. Oto informacje, jakie musimy na nim umieścić:

1. kod odpadów medycznych w nim przechowywanych,
2. nazwa wytwórcy odpadów medycznych,
3. numer REGON wytwórcy odpadów medycznych,
4. numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w Ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2016 r., poz. 1638, 1948 i 2260), wraz z nazwą organu rejestrowego,
5. data i godzina otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),
6. data i godzina zamknięcia.

WYSOCE ZAKAŻNE

Odpady medyczne zakażne (np. o kodach 18 01 02*, 18 01 03*), w których zidentyfikowano lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że zawierają biologiczne czynniki chorobotwórcze, zwane dalej wysoko zakaźnymi odpadami medycznymi, zbiera się w miejscu powstawania do:

1. opakowania wewnętrznego złożonego z:
 - a) worka jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru czerwonego, wytrzymałego, odpornego na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednorazowego zamknięcia, który po wypełnieniu i zamknięciu jest umieszczany w drugim worku spełniającym te same wymagania, lub
 - b) sztywnego, odpornego na działanie wilgoci, mechanicznie odpornego na przekłucie lub przecięcie pojemnika koloru czerwonego – w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach;
2. opakowania zewnętrznego, które stanowi pojemnik koloru czerwonego, wytrzymały, odporny na działanie wilgoci i środków chemicznych, wykonany w sposób umożliwiający dezynfekcję, z możliwością szczelnego zamknięcia.

W miejscu powstania odpady mogą być przetrzymywane nie dłużej niż 24 godziny, a oznakowanie identyfikujące umieszcza się na opakowaniu zewnętrznym. Pojemnik oznacza się dodatkowo znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym oraz umieszczonym poniżej napisem „Materiał zakaźny dla ludzi”. ●

Analiza przypadku

JAK SĄD MOŻE OCENIĆ ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA SOR ZA NIEWDROŻENIE WŁAŚCIWEGO LECZENIA KARDIOLOGICZNEGO POKAZUJE PRZYTOCZONA HISTORIA. PACJENTKA A.K. OD 11. ROKU ŻYCIA POZOSTAWAŁA POD OPIEKĄ KARDIOLOGICZNĄ Z POWODU WYPADANIA ZASTAWKI MITRALNEJ. W 18. ROKU ŻYCIA STWIERDZONO U NIEJ KOMOROWE ZABURZENIA RYTMU SERCA ORAZ ZAKWALIFIKOWANO JĄ DO IMPLANTACJI KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA W RAMACH PREWENCJI PIERWOTNEJ NAGŁEJ ŚMIERCI SERCOWEJ, NA KTÓRE TO LECZENIE PACJENTKA NIE WYRAZIŁA ZGODY. ORZECZONO U NIEJ LEKKI STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

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



Fotografie: archiwum

27 lutego 2011 r. pacjentka zgłosiła się na szpitalny oddział ratunkowy z powodu kaszlu, wymiotów, drętwienia kończyn. Lekarz SOR ustalił w wywiadzie, że była w trakcie leczenia zapalenia oskrzeli oraz od pięciu dni wymiotowała i odczuwała znaczne osłabienie. Lekarz znał pacjentkę i wiedział, że leczy się na serce. Zlecił podstawowe badania krwi, na ich podstawie oraz na podstawie badań dodatkowych przepisał leki i zdecydował o dalszym leczeniu w domu.

3 marca 2011 r. pani A.K. ponownie zgłosiła się na SOR z powodu przewlekłej infekcji dróg oddechowych, obrzęków kończyn dolnych, wzrostu masy ciała o około 20 kg oraz silnego osłabienia. Na oddział została przywieziona przez rodzinę, ponieważ ambulans był niedostępny. W związku z odmową przyjęcia chorej na oddział, rodzina zgłosiła się do lekarza rodzinnego, by uzyskać skierowanie do szpitala. W szpitalu pacjentką zajął się lekarz A.B. Podczas jej pobytu na oddziale nie wykonano badania EKG serca, nie monitorowano też pacjentki kardiologicznie.

4 marca 2011 r. lekarz prowadzący skierował panią A.K. do szpitala wojewódzkiego z podejrzeniem ostrego zapalenia wątroby. Szpital nie zapewnił transportu, dlatego rodzina przewiozła chorą samochodem. Tego samego dnia, czyli 4 marca 2011 r., pacjentka została przetransportowana ze szpitala wojewódzkiego (...) do katedry i kliniki. Trafiała tam w bardzo ciężkim stanie, z rozpoznaniem niewydolności wielonarządowej, i przebywała do 8 kwietnia 2011 r. Wskutek zastosowanego leczenia nastąpiła częściowa kompensacja krążenia z redukcją wagi o około 25 kg. Wykluczono również istotne choroby towarzyszące. Następnie pacjentkę przewieziono do kliniki (...) w celu ostatecznej kwalifikacji do przeszczepu serca. W 2016 r. takiej operacji dokonano.

Pacjentka wystąpiła z pozwem wobec szpitala, żądając wypłaty 500 tys. zł tytułem odszkodowania za doznaną krzywdę. Ponadto żądała zasądzenia na jej rzecz od pozwanego szpitala renty, z tytułu całkowitej utraty zdolności do pracy, w wysokości 1,8 tys. zł, a także ustalenia odpowiedzialności pozwanego szpitala na przyszłość.

Chora zarzuciła pozwanemu szpitalowi szereg zaniedbań podczas jej leczenia, m.in.: zlekceważenie występujących objawów, niezbranie dostatecznego wywiadu, złe przeprowadzenie badania przedmiotowego, nieprzeprowadzenie żadnej diagnostyki układu krążenia, niezasięgnięcie konsultacji internistycznych i kardiologicznych, niepodjęcie decyzji o hospitalizacji na oddziale internistycznym/kardiologicznym, zbyt długie i bezzasadne przetrzymywanie jej na SOR do czasu podjęcia decyzji o hospitalizacji w szpitalu zakaźnym oraz niewłaściwe podjęcie decyzji o transporcie własnym zamiast sanitarnym. Wymienione nieprawidłowości doprowadziły do znacznego pogorszenia się stanu zdrowia pacjentki, wobec czego konieczne było zakwalifikowanie jej do przeszczepienia serca oraz uznanie za całkowicie niezdolną do pracy. Jako podstawę odpowiedzialności pani A.K. wskazała odpowiedzialność cywilną oraz naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, prawa

do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością.

Fundamentalnym dowodem w sprawie były opinie biegłych – lekarza kardiologa i lekarza specjalisty medycyny ratunkowej. Biegli ocenili, że lekarze dyżurni SOR podczas wizyty pacjentki 27 lutego i 3–4 marca 2011 r. nie zachowali należytej staranności w zakresie diagnostyki i leczenia. Niewłaściwa analiza zgłaszanych przez panią A.K. objawów oraz prezentowanych odchyień w badaniu przedmiotowym doprowadziła do nierozpoznanienia ciężkiej niewydolności prawo- i lewokomorowej serca jako przyczyny dolegliwości. W postępowaniu lekarskim nie uwzględniono także dotychczasowego wywiadu chorobowego, w tym podejrzenia zespołu niescalenia mięśnia sercowego. Zabrakło również wymaganego badania EKG i konsultacji kardiologicznej. Postępowanie takie skutkowało niewdrożeniem właściwego leczenia kardiologicznego, polegającego na odciążeniu serca, zastosowaniu leków moczopędnych i intensywnym odwadnianiu. W ocenie biegłego zwołka w leczeniu i infuzja płynów spowodowały pogorszenie stanu zdrowia i zwiększenie dolegliwości. Jako błąd biegły medycyny ratunkowej wskazał również niezapewnienie pacjentce transportu medycznego. Jednocześnie, w ocenie biegłego lekarza kardiologa, zaniechanie leczenia przyczyniło się do pogorszenia stanu ogólnego, a konsekwencje błędnego postępowania utrzymywały się przez tydzień i wiązały z wydłużoną hospitalizacją oraz zwiększonym stresem, obawą przed śmiercią, cierpieniem fizycznym z powodu duszności. Działanie lekarzy nie wpłynęło jednak bezpośrednio na uszkodzenie serca pacjentki, gdyż już wcześniej było poważnie uszkodzone. Biegły wprost wskazał, że niezastosowanie prawidłowego leczenia nie pozostaje w związku z koniecznością przeszczepienia serca. Sąd ustalił, że ciąg zdarzeń spowodował u pacjentki utratę zaufania do lekarzy. Chora deklarowała, że czuje duży żal, a każda wizyta u lekarza powoduje u niej lęk. Biegły kardiolog stwierdził, że włączenie leczenia niewydolności serca 27 lutego 2011 r. zapobiegłoby incydentowi ciężkiej zrekompensowanej niewydolności serca 2 marca. Jakość i komfort życia w kolejnych dniach choroby byłyby lepsze.

Na podstawie opinii biegłych sąd ustalił, że zachowanie lekarzy było zawinione i niezgodne ze standardami wiedzy medycznej. Jednak również z tych opinii wynikał zakres szkody i krzywdy, którą poniosła pacjentka. Lekarze byli odpowiedzialni za wydłużenie okresu leczenia i cierpienie psychiczne oraz fizyczne pani A.K., ale nie spowodowali rozstroju zdrowia w postaci uszkodzenia jej serca. Rozmiar szeroko rozumianej szkody wpływał na zakres należnego pacjentce zadośćuczynienia.

Sąd I instancji orzekł łączną kwotę 50 tys. zł zadośćuczynienia za wywołanie rozstroju zdrowia pacjentki, a także za naruszenie praw pacjenta. Oddalił jednak powództwo w zakresie renty i odpowiedzialności na przyszłość. W ramach apelacji szpital zaskarżył wyrok, zarzucając ocenę materiału dowodowego w sposób dowolny, rażąco wysokie i nieadekwatne

zadośćuczynienie oraz niewskazanie, jaką kwotę przyznano tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, a jaką z tytułu naruszenia dóbr osobistych powódki związanych z naruszeniem praw pacjenta.

Sąd apelacyjny przyjął ustalenia sądu okręgowego za własne, jednak zmienił wyrok: zasądził 10 tys. zł tytułem zadośćuczynienia za rozstrój zdrowia oraz 30 tys. zł za naruszenie dóbr osobistych powódki związanych z naruszeniem praw pacjenta. Sąd II instancji uzasadniał, że rozstrój zdrowia pani A.K. miał charakter krótkotrwały, nie przekroczył siedmiu dni, a pacjentka ostatecznie została wyleczona i nie odczuwa żadnych negatywnych konsekwencji zdarzenia. Sąd uznał, że kwota niższa niż 30 tys. zł nie spełni funkcji kompensacyjnej wobec pacjentki, to jest nie wynagrodzi cierpienie, których doznała z powodu naruszenia praw jej przysługujących.

Pytanie redakcji: Na jakiej podstawie pani A.K. kierowała roszczenie wobec szpitala?

Odpowiedź prawnika lekarza: Odpowiedzialność za lekarzy pracujących na SOR pozwany szpital ponosi na podstawie art. 430 kodeksu cywilnego. Przepis ten określa, że ten, kto powierza wykonanie czynności osobie, która podczas jej wykonywania podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Szpital ponosi odpowiedzialność za lekarzy, których zatrudnił i którzy na jego rzecz udzielali świadczeń zdrowotnych. W kontekście tego przepisu należy podkreślić, że aby szpital ponosił odpowiedzialność cywilną, pacjent musi wykazać szkodę majątkową lub krzywdę, która będzie pozostawała w związku z bezprawnym i zawinionym działaniem lekarza. Szpital nie może zwolnić się z tej odpowiedzialności, a jedynie dochodzić regresowo od lekarzy odszkodowania za ich nienależyte wykonywanie obowiązków.

Pytanie redakcji: Dlaczego konieczne było rozdzielanie kwot zasądzonych w wyroku?

Odpowiedź prawnika lekarza: Pacjentka dochodziła zasądzenia świadczenia z dwóch tytułów. Po pierwsze – w związku z odpowiedzialnością spowodowaną wywołaniem rozstroju zdrowia, po drugie – z tytułu naruszenia praw pacjenta. Sąd, uzasadniając przyznane kwoty, powinien zawsze wskazać, na jakiej podstawie przyznał świadczenie oraz czym kierował się przy ustalaniu jego wysokości. Kryteria wskazane przez sąd powinny być jak najbardziej zobiektywizowane i uzasadniać przyznaną kwotę w kontekście rozmiaru naruszenia praw pacjenta, skutków odczuwalnych dla pacjenta oraz stopnia winy pozwanego. ●

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

PRAWNIK  LEKARZA

www.prawniklekarza.pl



Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat

NOWE REGULACJE DOTYCZĄCE BIEGŁYCH SĄDOWYCH

Brak odpowiedniej liczby biegłych sądowych jest jednym z głównych powodów, dla których postępowania sądowe cechuje przelekłość. Wiedza specjalistyczna z zakresu medycyny jest niezbędna do rozstrzygnięcia większości spraw, również tak powszechnych, jak karne, rodzinne czy spadkowe. Ustawodawca wymaga przy tym, żeby nawet kwestie formalne, takie jak usprawiedliwienie nieobecności na rozprawie, były potwierdzane przez lekarzy z odpowiednimi uprawnieniami, tzw. lekarzy sądowych. Tymczasem przepisy dotyczące statusu biegłego od wielu lat nie zostały znowelizowane w taki sposób, aby zachęcić lekarzy do wykonywania funkcji biegłego. W szczególności decydują o tym niskie stawki wynagrodzenia, które w żaden sposób nie przystają do realiów obecnego poziomu cen i płac.

Z pisma skierowanego do rzecznika praw obywatelskich* wynika, że Ministerstwo Sprawiedliwości podjęło prace dotyczące zmiany aktualnego stanu prawnego w zakresie sytuacji biegłych. Powołano m.in. zespół roboczy do spraw przygotowania założeń nowej ustawy o biegłych sądowych. Przygotowanie założeń ustawy o biegłych sądowych ma trwać do jesieni 2024 r., a w kolejnych miesiącach planowane są prace legislacyjne nad kompleksową regulacją. Wskazano również, że 17 kwietnia 2024 r. wydane zostały dwa nowe rozporządzenia ministra sprawiedliwości w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu karnym* i cywilnym,* które przewidują wzrost stawki godzinowej wynagrodzenia biegłego o 30,49 proc.

24 maja 2024 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zajęło stanowisko* w sprawie projektów rozporządzeń dotyczących określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych do wydania opinii w postępowaniu cywilnym oraz karnym. Poparto w nim zmianę polegającą na wprowadzeniu możliwości rozliczania wydatków poniesionych przez biegłego w związku z wydaniem opinii (np. kosztów materiałowych, amortyzacji aparatury, kosztów dojazdu na miejsce wykonania czynności biegłego) nie tylko przez zło-

żenie faktur lub rachunków, ale także oświadczenia o ich poniesieniu. Dodano, że wysokość wynagrodzenia biegłych sądowych w sprawach cywilnych i karnych powinna być odnoszona do wysokości przeciętnego wynagrodzenia, a nie do kwoty bazowej dla osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, określonej w ustawie budżetowej, która nie uległa zmianie od 2017 r. W tym czasie przeciętne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw wzrosło niemal dwukrotnie. Prezydium NRL podkreśliło, że brak realnej waloryzacji wynagrodzeń biegłych nieuchronnie doprowadzi do spadku zainteresowania wykonywaniem tej funkcji.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH O BEZPIECZEŃSTWIE LEKOWYM

Rzecznik zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rozwoju i Technologii w sprawie wykazu leków krytycznych oraz konieczności budowania bezpieczeństwa lekowego w kraju.* Wskazał na wstępie, że wykaz produktów leczniczych o krytycznym znaczeniu został opublikowany przez Komisję Europejską wraz z Europejską Agencją Leków i szefami agencji leków państw członkowskich.* Zawiera on 200 substancji czynnych wykorzystywanych w lekach, uznawanych za krytyczne dla systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej, w przypadku których w celu uniknięcia niedoborów należy zagwarantować ciągłość dostaw. Rzecznik zwrócił się o wyrażenie stanowiska w sprawie działań podejmowanych przez oba resorty, w szczególności planu budowania bezpieczeństwa lekowego (przede wszystkim wsparcia produkcji leków w kraju), oraz opublikowania wykazu leków krytycznych, mających na celu określenie najważniejszych potrzeb i luk produkcyjnych oraz zwiększenie dostępności leków dla pacjentów.

Ministerstwo Rozwoju i Technologii udzieliło odpowiedzi,* w której wskazało, że planowane

jest przyjęcie listy aktywnych substancji farmaceutycznych kluczowych dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Minister zdrowia* stwierdził, że w ramach posiadanych narzędzi podejmuje wszelkie niezbędne działania i interwencje w celu monitorowania dostępności produktów leczniczych oraz jej poprawy, jednak nie zawsze można przewidzieć powstawanie lokalnych niedoborów rynkowych poszczególnych leków. W związku z tym obecnie nie ma planów przygotowania listy leków krytycznych.

RPO O SYTUACJI KRWIODAWCÓW

Rzecznik w wystąpieniu do ministra zdrowia* poruszył kwestię nierównej sytuacji prawnej kobiet i mężczyzn oddających krew – mężczyźni w ciągu roku mogą oddać 2700 ml krwi, a kobiety – 1800 ml. Efektem jest gorsza sytuacja kobiet, skoro ilość krwi jest kryterium przyznawania ulg, uprawnień i odznaczeń, w tym odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”. Ministerstwo Zdrowia udzieliło odpowiedzi,* z której wynika, że kwestie wyrównania sytuacji prawnej kobiet i mężczyzn oddających krew, szczególnie w zakresie nabywania uprawnień do ulg, przywilejów i odznaczeń, zostaną poddane analizie i uwzględnione w toku podejmowanych prac legislacyjnych.

WYROK W SPRAWIE DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Rzecznik praw pacjenta poinformował* o ważnym wyroku wydanym przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie,* dotyczącym udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom. Sąd oddalił skargę podmiotu leczniczego i przyznał rację rzecznikowi praw pacjenta, który potwierdził, że pacjent ma prawo żądać od placówki medycznej wysłania kopii jego dokumentacji medycznej pocztą pod adresem zamieszkania. Placówka odmawiała swoim pacjentom wysyłki dokumentacji medycznej pocztą, nawet jeśli z przyczyn obiektywnych nie mogli osobiście jej odebrać.

Rzecznik uznał, że brak realizacji prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej, czyli wysyłki tej dokumentacji drogą pocztową, stanowi praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów. Sąd w pełni podzielił pogląd rzecznika i wskazał, że udostępnianie dokumentacji medycznej powinno być wygodne przede wszystkim dla pacjentów, a nie dla podmiotów leczniczych.

SPRAWA LEKARZA Z GORZOWA

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wystąpiło z apelem* do prokuratora generalnego oraz prokuratora krajowego o niezwłoczne objęcie nadzorem postępowania przygotowawczego w sprawie karnej lekarza szpitala w Gorzowie Wielkopolskim, który został tymczasowo aresztowany pod zarzutem zabójstwa pacjenta odłączonego od aparatury medycznej. Sytuacja ta wzbudziła zdecydowany sprzeciw samorządu lekarskiego, a jej istotą jest ocena, czy lekarz zachował standardy należytej staranności i działał zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Podkreślono, że nie można dopuszczać do zacierania granicy między ewentualnym błędem medycznym fachowego pracownika medycznego a zabójstwem.

W opisanej sprawie czynności podjął również rzecznik praw obywatelskich,* który wystąpił do prokuratury z pytaniem o obecny stan postępowania przeciw lekarzowi, w szczególności, czy powołano biegłego do oceny prawidłowości działań lekarza oraz jakie przesłanki zdecydowały o zastosowaniu tymczasowego aresztowania. Rzecznik wskazał jednocześnie, że nie ma uprawnień do ingerowania w czynności procesowe w toku postępowania karnego. Byłoby to sprzeczne z zasadami

* Źródła:



niezależności prokuratorskiej i niezawisłości sędziowskiej. Rzecznik może dokonywać oceny prawidłowości postępowania karnego dopiero po jego prawomocnym zakończeniu. Może wtedy rozważyć wykorzystanie przysługujących mu instrumentów prawnych w postaci kasacji lub skargi nadzwyczajnej. ●

BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

dla lekarzy i lekarzy dentyków członków OIL w Warszawie

Dyżury prawników odbywają się:

w poniedziałek w godz. 10.00–18.00

od wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00

Adres

Warszawa, ul. Puławska 18 (wejście C)

Kontakt

prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl

728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



Bon patriotyczny

W 2018 R. ZOSTAŁ ON WPROWADZONY JAKO DODATEK DO ZASADNICZEGO WYNAGRODZENIA LEKARZY REZYDENTÓW, ABY ZACHĘCIĆ ICH DO PRACY W PUBLICZNYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA PO ZAKOŃCZENIU PROGRAMU SPECJALIZACJI.

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



Fot. K. Bortyzel

Dodatek do pensji zasadniczej wynosi 700 zł dla osób pracujących w priorytetowych dziedzinach medycyny, a 600 zł dla pozostałych. Deklarację dotyczącą zobowiązania pracy w państwowej ochronie zdrowia lekarz składa na piśmie w podmiocie, w którym odbywa szkolenie specjalizacyjne.

Wielu lekarzy zwraca się do Biura Rzecznika Praw Lekarza w OIL w Warszawie o wyjaśnienie zasad przyznawania bonu oraz jego spłacania. Zwróciłam się zatem do dyrektora Departamentu Budżetu i Finansów w Ministerstwie Zdrowia z następującymi pytaniami:

- ▶ jeśli lekarzowi przyznano bon patriotyczny, ale on zdecydował się jednak na pracę poza placówkami NFZ lub poza granicami Polski, jaki ma czas na spłatę i czy musi dokonać jej jednorazowo w pełnej kwocie, czy może rozłożyć na raty?
- ▶ czy lekarz ma obowiązek spłacić całą kwotę uzyskanego świadczenia? Jeśli nie, jaki musi spłacić procent świadczenia?
- ▶ w jakiej formie dokonuje się spłaty bonu – przelewem bankowym czy innej?

W odpowiedzi Biuro Rzecznika Praw Lekarza otrzymało następujące wyjaśnienia:

Lekarz i lekarz dentysta, pobierając bon patriotyczny, zobowiązuje się do wykonywania swojego zawodu na terytorium RP, w podmiocie leczniczym obejmującym państwową ochronę zdrowia. Zobowiązanie można wypełnić w ciągu pięciu kolejnych lat, przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, tak by odpracować dwa lata w wymiarze godzin równym co najmniej równoważnikowi jednego etatu.

W przypadku niewypełnienia zobowiązania lekarz lub lekarz dentysta musi zapłacić karę w wysokości 75 proc. pobranego wynagrodzenia zasadniczego powiększonego o wartość bonu patriotycznego za każdy miesiąc bezpodstawnego jego pobierania. Kara ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do okresu, w jakim lekarz wykonywał zawód zgodnie ze zobowiązaniem.

Karę pieniężną należy wpłacić na rachunek urzędu obsługującego właściwego wojewodę w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji o nałożeniu kary.

W przypadku pytań i wątpliwości zapraszamy do kontaktu z rzecznikiem praw lekarza. ●



**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

XXX Lekarski Rajd Rodzinny BARANIA GÓRA 2024



tekst **DARIUSZ BOBOLA**

„TO BYŁ MAJ, PACHNIAŁA GÓRSKA MIĘTA”...

Tak, tak, to ten czas, kiedy przyroda w pełnym rozkwicie, wszystko dookoła pachnie, a członkowie Lekarskiego Klubu Turystycznego z Kozienc w wyruszają na szlak. W tym roku nie lada jubileusz. Po raz 30. liczne grono lekarzy z naszej izby zmierzyło się z trudami górskiej wędrówki. Celem był najwyższy szczyt Beskidu Śląskiego – Barania Góra. To była dla nas wielka przyjemność i odskocznia od trudów codziennej pracy. Okazja do spotkania w szerszym gronie, rozmów na tematy niekoniecznie zawodowe. A wszystko to na fali endorfin i przyjemnego wysiłku fizycznego.

Rajd miał swój początek i koniec w miejscowości Wisła. Pierwszego dnia wyruszyliśmy niebieskim szlakiem Doliną Białej Wiselki. Twórca Głównego Szlaku Beskidzkiego Kazimierz Sosnkowski pisał: „Wszystko, co tu widzimy, porusza serce i umysł, uczy kochać piękno przyrody i kraj ojczysty”. I rzeczywiście, jest tam wyjątkowo urokliwie: pełno miejsc, gdzie woda pieni się obficie, spływając z kamiennych progów (stąd właśnie Biała Wiselka). W godzinach wczesnopołudniowych dotarliśmy na szczyt Baraniej Góry. W sprzyjających warunkach pogodowych mogliśmy podziwiać cały Beskid Śląski,



Tatry Polskie i Słowackie. Po dłuższym wypoczynku niespiesznie zeszliśmy w stronę polany Przysłop, do schroniska, które było miejscem naszego noclegu. Wieczorem, przy ognisku, między śpiewaniem piosenek turystycznych a wręczeniem pamiątkowych koszulek, wspominaliśmy 30 lat wspólnych wędrówek szlakami polskich parków narodowych. Drugiego dnia grupa turystów zeszła najpierw czerwonym, a następnie czarnym szlakiem wzdłuż Czarnej Wiselki do punktu końcowego naszej wyprawy – Jeziora Czarniańskiego, gdzie łączą się dwie Wiselki i ma początek królowa naszych rzek Wisła.

Pogoda była dla nas łaskawa, a humory i zdrowie dopisało. Rajd uważamy za wielce udany. Do zobaczenia za rok.

Na koniec słowa podziękowania za pomoc w organizacji rajdu kieruję do panów dr. Krzysztofa Hermana i Daniela Jarosza z OIL w Warszawie. ●



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

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

9.07.2024 r., godz. 11.00 „Życie seksualne pajaków” – 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

22.10.2024 r., godz. 11.00 „Sztuczna inteligencja w medycynie”
– dr Jakub Chwiećko

5.11.2024 r., godz. 11.00 „Zmiany w jamie ustnej w przebiegu niektórych chorób ogólnoustrojowych”
– dr Emilia Klein-Dembek

19.11.2024 r., godz. 11.00 „Po co są wybory w samorządzie”
– dr Mery Topolska-Kotulecka

3.12.2024 r., godz. 11.00 „Kultura w nauczaniu kardynała Stefana Wyszyńskiego”
– prof. dr hab. Edward Jarmoch

17.12.2024 r., godz. 11.00 Spotkanie przedświąteczne

7.01.2025 r., godz. 11.00 „ABC wirusowych zapaleń wątroby”
– dr n. med. Barbara Kowalik-Mikołajewska

21.01.2025 r., godz. 11.00 „Aspekty prawne i kryminalistyczne sprawy Bielaja vel Ślezki”
– płk dr Marek Pużycki

4.02.2025 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.

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.

„Nestor” w Broku

tekst **ELŻBIETA MAŁKIEWICZ**

Od 10 do 12 czerwca 2024 r. słuchacze LUTW „Nestor” przebywali w Broku nad Bugiem.

Brok to małe miasteczko w województwie mazowieckim, liczące około 2 tys. mieszkańców. Położone jest w Dolinie Dolnego Bugu. Pierwsza wzmianka o Broku pochodzi z 1203 r.

Wyjazd miał charakter szkoleniowy, ale również integracyjny. Pierwszego dnia pobytu uczestnicy wysłuchali kilku wykładów. Duże zainteresowanie wzbudziły warsztaty z komunikacji międzyludzkiej, a wykład pt. „Po co są wybory samorządowe” wywołał ożywioną dyskusję.

Następnego dnia słuchacze pojechali do muzeum w Treblince, które znajduje się na terenie istniejącego w latach 1941–1944 niemieckiego obozu koncentracyjnego. Obóz w Treblince I był karnym obozem pracy dla ludności polskiej i żydowskiej. Nieopodal, w tzw. Treblince II, Niemcy prowadzili eksterminację ludności żydowskiej (zginęło tu około 790 tys. osób).

Na terenie obozu znajduje się mauzoleum, którego zwieńczeniem jest zbudowany na wzgórzu z granitowych bloków i przypominający ścianę płaczu pomnik ofiar zagłady. Pod nim słuchacze LUTW złożyli wieńiec i zapalili znicze, a następnie chwilą ciszy uczcili pomordowanych.

Kolejnym punktem wycieczki było zlokalizowane w Ostrowi Mazowieckiej muzeum rotmistrza Pileckiego. Obiekt mieści się w odrestaurowanym domu rodzinnym Marii Pileckiej. ●



Fot. archiwum OIL w Warszawie

Wycieczka seniorów do Sulejówka

tekst **WŁODZIMIERZ CERAŃSKI**

W maju seniorzy z Radomia i Warszawy wspólnie zwiedzili muzeum Józefa Piłsudskiego oraz dworek w Sulejówku, w którym mieszkał z rodziną.

W muzeum przedstawiono postać Marszałka i jego losy, od urodzenia po dojrzałe życie, oraz zaprezentowano ewolucję poglądów politycznych bohatera. Ekspozycja uwzględnia wątki osobiste i rodzinne. Wiele uwagi poświęcono zmianom politycznym i społecznym, które były podwaliną II Rzeczypospolitej.

Dworek Józefa Piłsudskiego jest niezwykle skromny, po Marszałku pozostało bardzo niewiele oryginalnych pamiątek. Przed muzeum odnajdujemy rodzinny pomnik-ciek-ławeczkę przedstawiający Józefa Piłsudskiego z córkami. ●



Fot. archiwum OIL w Warszawie

Bajki muzyką pisane



15 CZERWCA W SALI KONCERTOWEJ DOMU LITERATURY W WARSZAWIE ODBYŁO SIĘ PIERWSZE SPOTKANIE Z MUZYKĄ KLASYCZNĄ ZORGANIZOWANE PRZEZ KOMISJĘ DS. KULTURY OIL W WARSZAWIE, PRZEZNACZONE DLA DZIECI. KONCERT POPROWADZIŁA WANDA BARGIEŁŁO-BARGIEŁOWSKA, LEKARZ I BYŁA SOLISTKA OPERY NARODOWEJ.

tekst **BOŻENA HOFFMAN-GOLAŃSKA**, przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie

Wybrany repertuar wprowadził dzieci w świat muzyki i uzmysłowił im, jak można wyrazić w niej emocje i uczucia. Muzyka może relaksować albo pobudzać. Potrafi też łączyć różne nastroje i sprawiać, że je głęboko przeżywamy. Młodzi słuchacze mieli okazję wysłuchać m.in.: arii Jontka z opery „Halka” Stanisława Moniuszki w wykonaniu tenora Mateusza Zajdela, arii ze „Strasznego Dworu” – „Ten zegar stary” w wykonaniu basy Ryszarda Morki, arii „Złotej rybki” w wykonaniu sopranistki koloraturowej Anny Kutkowskiej-Kass. Dzieci entuzjastycznie zareagowały na „Duet kotów” Gioacchina Rossiniego w wykonaniu mezzosopranistki Wandy Bargiełło-Bargiełowkiej i Anny Kutkowskiej-Kass.

Stare porzekadło mówi „*czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci*”, mamy więc nadzieję, że tym i kolejnymi spotkaniami wzbudzimy w dzieciach zainteresowanie muzyką klasyczną.

Do programu wprowadzono także muzykę popularną. Zespół w składzie: Adam Manijak (fortepian), Jan Niedźwiedzki (gitarra basowa), Tomasz Wrocławski (perkusja) i Jakub Manijak (saksofon altowy), wykonał muzykę z filmów „Smerfy”, „Gumisie”, „Akademia pana Kleksa”, „Król Lew” i „Koziołek Matołek”. Była to również okazja do zaprezentowania dzieciom brzmienia poszczególnych instrumentów. ●



Fotografie: D. Jarosz

Na ISS przeprowadzony będzie polski eksperyment z glonami

Na Międzynarodowej Stacji Kosmicznej przeprowadzony zostanie eksperyment z glonami, które w naturze żyją w okolicach wulkanów - opracowany przez start-up, założony przez doktorantkę z Uniwersytetu Warszawskiego. Glony to uniwersalne organizmy, które mogłyby w przyszłości produkować tlen dla astronautów i wykonywać inne, ważne zadania – twierdzą naukowcy.

Europejska Agencja Kosmiczna podpisała już siedem kontraktów na przeprowadzenie na Międzynarodowej Stacji Kosmicznej polskich projektów badawczych. Jak podał właśnie Uniwersytet Warszawski, na Stację polecą eksperyment kierowany przez Ewę Borowską, doktorantkę Kolegium Międzywydziałowych Indywidualnych Studiów Matematyczno-Przyrodniczych.

Projekt o nazwie „**Space Volcanic Algae**” dotyczy tzw. ekstremofilnych (żyjących w ekstremalnych warunkach) mikroglonów, które na Ziemi żyją w pobliżu wulkanów.

Badaczka, która ukończyła m.in. oceanografię, zajmuje się glonami od 2017 r. Planowane doświadczenia będą kontynuacją prac prowadzonych przez założony przez nią start-up Extremo Technologies, w którym testowana jest zdolność wspomnianych glonów do produkcji tlenu. Celem eksperymentów prowadzonych na orbicie będzie sprawdzenie możliwości ich adaptacji do życia w przestrzeni – w mikrograwitacji i pod działaniem kosmicznego promieniowania. Jak wyjaśniają naukowcy, glony mogłyby w przyszłości wytwarzać tlen dla astronautów.

„Celem naszego eksperymentu jest wysłanie takich mikroorganizmów – w naszym wypadku są to mikroglony z terenów wulkanicznych posiadające unikatowe cechy adaptacyjne – i zbadanie ich pod kątem odporności w warunkach mikrograwitacji i promieniowania kosmicznego. Pozwoli to na lepsze zrozumienie ich funkcjonowania w wielu czynnikach stresowych jednocześnie” – mówi Ewa Borowska. – „Ponadto nadrzędnym celem naszego projektu jest zbadanie produkcji tlenu, gdyż proponowane glony wykazują intensywną fotosyntezę, a tym samym produkcję tlenu i pochłanianie dwutlenku węgla”. Organizmy te będą testowane na ISS po raz pierwszy.

Czujnik sprawdzający poziom produkcji tlenu zaprojektowany został przez specjalistów z Uniwersytetu w Tartu (Estonia). Za projekt odpowiada natomiast międzynarodowy zespół, w którego główny skład wchodzi m.in.:

prezes firmy Extremo Technologies Wiktoria Dziaduła – manager misji oraz dr inż. Weronika Urbańska – główny oficer naukowy w firmie, a zarazem starszy inżynier misji.

Za implementację eksperymentu w misji Axiom-4 na Międzynarodowej Stacji Kosmicznej odpowiadać będzie z kolei firma ICE Cubes Service – podaje Uniwersytet Warszawski.

Do tej pory naukowcy wstępnie sprawdzili zdolności adaptacyjne glonów. Jak podkreślają, wybrane przez nich gatunki to organizmy wielozadaniowe (tzw. all-in-one), które można wykorzystać w wielu aspektach – oprócz wytwarzania tlenu i innych substancji (odżywczych czy leczniczych), także np. do odzysku metali z regolitu księżycowego czy marsjańskiego, czy oczyszczania ścieków.

„Glony będą stanowić w przyszłości jeden z kluczowych elementów systemów obiegu zamkniętego na stacjach kosmicznych i w przyszłych bazach kosmicznych. Są to organizmy szybko się rozwijające przy niewielkim nakładzie energetyczno-żywnościowym. Stanowią one nie tylko podstawę produkcji tlenu i przetwarzania dwutlenku węgla, ale ich biomasa może być także potencjalnym nawozem dla roślin, pożywieniem dla prostych form bezkręgowców i w końcu dodatkowym uzupełnieniem diety astronautów” – wyjaśnia Ewa Borowska.

„Ponadto badanie nowych gatunków glonów, takich jak zaproponowane przez nas, może wykazać produkcję zupełnie nowych metabolitów i składników odżywczych, które można zastosować w różnych dziedzinach, w tym medycynie kosmicznej czy biotechnologii” – dodaje.

Tymczasem ESA podpisała już siedem kontraktów z polskimi instytucjami i firmami na realizację eksperymentów na Międzynarodowej Stacji Kosmicznej. Projekty te są zróżnicowane tematycznie. Będą m.in. obejmowały badania wpływu długotrwałego pobytu w kosmosie na zdrowie psychiczne człowieka, działanie zaawansowanych systemów SI w warunkach niskiej grawitacji, monitorowanie poziomu hałasu na ISS. Będą realizowane w ramach Polskiej Misji na ISS, która, jak podkreślają eksperci z UW, oznacza nowe szanse dla rozwoju polskiej nauki i polskich technologii kosmicznych. □

Nauka w Polsce, Marek Matacz

Źródło: Serwis Nauka w Polsce – naukawpolsce.pl

Niewygodny bohater



59 MIESIĘCY ŻYCIA W OKUPOWANYM KRAJU. PERMANENTNY STRACH O ŻYCIE SWOJE I BLISKICH. UMIESZ SOBIE WYOBRAZIĆ, JAK BYŚ SIĘ ZACHOWAŁ? CZY MASZ PRAWO OCENIAĆ Z PERSPEKTYWY WYGODNEGO FOTEŁA W WOLNYM KRAJU DECYZJĘ, KTÓRĄ PODJĘLI POWSTAŃCY?

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Dziś prowadzi się dysputy na temat zasadności Powstania Warszawskiego, wskazuje się koszty, jakie poniosło miasto i jego mieszkańcy. Mówi się, że było z góry skazane na klęskę. Może i tak. Po tylu latach, mając znacznie więcej danych, łatwo ferować wyroki. Tylko czy powinniśmy? W tym przypadku nie da się prowadzić zimnej kalkulacji, bo nie da się zrozumieć powstańców warszawskich i motywów, którymi się kierowali, bez próby objęcia wyobraźnią niemal pięcioletniej (do wybuchu powstania) okupacji.

NIEMCY PRZEKROCZYLI GRANICĘ

– *Pamiętam, że wyskoczyłam (obok był sklepik spożywczy) po pieczywo czy po coś i słyszę, że alarm niemiecki. A radia nie włączyliśmy, nie słuchaliśmy radia, jakoś się zaspalo. To była siódma rano. Twierdziłam, że to na pewno alarm próbny. „Nie, no przecież radio podało. Niemcy przekroczyli granicę!”* – wspomina 1 września 1939 r. Halszka Żuromska, sanita-

riuszka w Powstaniu Warszawskim. – *Myśmy byli tak przekonani, że pokonamy Niemców, w głowie się nie mieściło nikomu to, co później nastąpiło. 3 września ogłoszono przystąpienie do wojny Anglii i Francji. Naturalnie radość była wielka, utworzyły się pochody dziękczynne, wędrowało się pod ambasadę Wielkiej Brytanii, pod ambasadę francuską.*

Szybko okazało się, że słowa oburzenia płynące z zagranicy nie robiły większego wrażenia na Hitlerze, a plan zmiecenia z mapy II Rzeczypospolitej będzie realizowany bez większych zakłóceń. 17 września Polska dostała kolejny cios, cios w plecy, kiedy Armia Czerwona wkroczyła na terytorium naszego kraju, a NKWD pozbawiło życia strzałem w tył głowy co najmniej 21 768 polskich obywateli na mocy tzw. decyzji katyńskiej. W masowych grobach zostali pochowani oficerowie, podoficerowie i szeregowi Wojska Polskiego, naukowcy, lekarze, inżynierowie, prawnicy, nauczyciele, urzędnicy państwowi, przedsiębiorcy, przedstawiciele wolnych zawodów.



Grupa powstańców na barykadzie w Śródmieściu

Fot. Marian Grabski, WYRWA/MPW

Halszka Żuromska straciła w Starobielsku wujka i stryja. Ale o ich losach dowiedziała się o wiele później. Bombardowana Warszawa ogłosiła kapitulację 28 września 1939 r.

– *To wszystko pamiętam doskonale, jak się uciekało z Mokotowa na Śródmieście, sterty trupów w rowach, to pierwsze zetknięcie z przerażającym widokiem wojny i zmarłych. Potem to już była okupacja i cośmy wszyscy przeżywali! Strach przed łapanką, przed aresztowaniem, przed rozstrzelaniami, przed wszystkimi tymi egzekucjami, aresztowania wśród najbliższych krewnych i znajomych, przyjaciół. Zresztą z mojej rodziny mężczyźni członkowie, zarówno ze strony ojca, jak i ze strony matki, zginęli wszyscy. Dwóch w Kozielecku, wuj na Pawiaku, ojciec w Oświęcimiu, brat stryjeczny, z którym byłam blisko związana, w kanałach, w powstaniu – mówi lekarz neurolog, Hanna Kumuniecka-Chełmińska, pseudonim „Hanka”, „Maryla”, sanitariuszka Pułku „Baszta”.*



Powstańcy z plutonu C7 „Orląt” Batalionu „Gozdawa” Zgrupowania „Róg” na ul. Zapiecek

POWSTANIE

Pomyśl, co czuje człowiek, kiedy każdy nowy dzień może być jego ostatnim. Którego żona, matka, ojciec, brat, syn lub córka macha mu w drzwiach, być może ostatni raz. Z czym mierzy się, słysząc łomot butów na schodach i walenie do drzwi, tym razem jeszcze nie swoich, tylko sąsiada. Jak wielką odczuwa ulgę, że tym razem to nie on. Tym razem mu się upiekło. Jednocześnie tak bardzo się boi, bo we wnęce za szafą śpi syn jego przyjaciela, którego nigdy już nie zobaczą, bo pech sprawił, że miał „nieodpowiednie” pochodzenie. Jak czuje się na wspomnienie dnia, kiedy przyjaciel stanął na jego progu i błagał o pomoc, a w nim wszystko krzyczało, żeby zamknąć drzwi. Przecież każdy chce przeżyć. On też. Ale jednocześnie nadal chce pozostać człowiekiem. Wola przetrwania walczy w nim z moralnością. Nie przez kilka dni, tylko przez lata. Każdego dnia i w każdej minucie. Nie da się o tym zapomnieć: spakować walizki i pojechać na lotnisko, wyluzować – jakbyśmy dziś powiedzieli.

Szukając odpowiedzi na pytanie, dlaczego warszawiacy ruszyli do powstania, nie należy dopatrywać się wzniosłych ideologii. Wystarczy spróbować zrozumieć, że każdy człowiek ma granicę wytrzymałości. Kiedy coś pęka, wiesz, że impas trzeba przełamać bez względu na cenę. Bo dłużej nie dasz rady tak żyć. W niewoli, w strachu, często w pogardzie dla samego siebie, bo odwróciłeś głowę, gdy katowano jakąś kobietę na ulicy. Bez powodu.

To nie tak, że nagle wszyscy warszawiacy chwycili za broń. Powstanie było bardzo długo przygotowywane zarówno w aspekcie militarnym, jak i zaplecza medycznego. Decyzje zapadały na wysokich szczeblach. Ale nie będę pisać o aspektach politycznych. Moimi bohaterami nie są decydenci, tylko zwykli ludzie, którzy – choć pod ostrzałem i w koszmarnych warunkach – poczuli się wolni, mogli wreszcie o sobie decydować i o utrzymanie tej wolności walczyli do końca. Czara goryczy się przełamała i nie było już zgody na deptanie, mordowanie, wywózki do obozów koncentracyjnych. O to warto się bić.

– *Najlepsze wspomnienie z powstania? Przede wszystkim atmosfera jakiegoś uniesienia, jakiejś radości, że jesteśmy u siebie, w wolnym kraju, że zwyciężymy, że będziemy. To było to, czym żeśmy ciągle żyli, do końca. Jedna rzecz, której się bałam (to wtedy, gdy byłam ranna), że jak rzucą bomby, zawali się ten dom. A jak mnie przysypie, to się nie będę mogła wygrzebać z tych gruzów. A uniesienie było cały czas, cały czas w euforii chyba żeśmy żyli. Mimo tej strasznej masakry, tylu rannych, ciężko rannych, umierających, żyliśmy nadzieją, że ci, co przeżyją, będą wolni. Że będziemy mieli wolną Polskę, że na coś się przyda ten nasz trud, wysiłek, te ofiary wszystkie. Byliśmy cały czas pozytywnie nastawieni* – opowiada Hanna Kumuniecka-Chelmińska.

CZAS (ANTY)BOHATERÓW

Po 63 dniach, 2 października 1944 r., powstanie upadło. Warszawa była pełna martwych bohaterów: pod gruzami, w piwnicach, w kanałach. Ci, którzy przeżyli, trafili w ręce okupanta. ►►



Drużyna Zawiszków z Harcerskiej Poczty Polowej przy grobie piętnastoletniego listonosza Zbigniewa Banasia „Banana” poległego 17 sierpnia 1944 r.

Fot. Tadeusz Bukowski „Bohater”/MPiW

NIEWYGODNY BOHATER

„Kiedy usłyszałem o tragedii Polski, do płaczu doprowadzały mnie opowieści o tym, jak pułki polskiej kawalerii szarżowały na niemieckie czołgi. Wszyscy ci polegli Polacy walczący konno przeciw czołgom byli dla mnie objawieniem, antycznym mitem, jak ten grecki hoplita, który aby uniemożliwić ucieczkę wrogiej perskiej łodzi, sam jeden trzymał łódź rękoma, a kiedy ucięli mu ręce wgrzył się zębami w linę i dopiero kiedy perscy żołnierze odcięli mu głowę, łódź odplynęła. Właśnie tak walczyli Polacy” – pisze Czech, Bohumil Hrabal w „Grozach wojennych”. To doskonałe podsumowanie naszej historii. Polacy uwielbiają bohaterów. Bohaterów romantycznych, strzelców rzucających swe życie na stos. Stawiamy im pomniki, kładziemy wieńce, nadajemy odznaczenia, uczymy o nich w szkołach. Czy ich postawy są dla nas, współczesnych zrozumiałe? To już pytanie na inny dzień. Ale aż kusi, by rzec, że Polska bohaterami stoi. Problem pojawia się jednak, gdy bohaterowie – wbrew logice i naszym wyobrażeniom bohaterstwa – pozostają przy życiu. Nie oszukujmy się,

- ▶ Kiedy skończyła się wojna i wielcy tego świata rozdawali karty, Polska stała się jedną z nich. Kolejny raz okazało się, że nigdy nie byliśmy stroną w tej grze. Zmienili nam jedynie okupanta. W niby-wolnej Polsce sytuacja powstańców nie poprawiła się. Powiązania z AK, udział w Powstaniu Warszawskim – to informacje, które należało ukrywać.

– Na pierwszym roku studiów, zaraz na początku, ponieważ utrzymywałam moje kontakty akowskie, wlałam w kocioł. Co dalej? Na Mokotowską do UB na trzy tygodnie, a potem na Rakowiecką, do tego słynnego pawilonu X, gdzie przesiedziałam pół roku – wspomina pani Hanna. – Było świecenie światłem w oczy, siedzenie na bardzo niewygodnym stołku. Janka oberwała niezłe. Kiedyś przyszła posiniaczona po śledztwie, sadzano ją na nodze od stołku. Mnie to ominęło. Oni mieli różne sposoby. Zawołali mnie na śledztwo na najwyższe piętro, zamykali mnie w pokoju, siedziałam sama od świtu do nocy, nikt się mną nie interesował. Tak jak to odczytałam, była to próba prowokacji, że nie wytrzymam nerwowo, np. wyskoczę przez okno, bo były takie wypadki, że nie wytrzymywali i popełniali samobójstwo. Jakoś nie zrobiłam tego, ale to okno korciło, muszę powiedzieć.

Przetrzymani w nieludzkich warunkach, bez możliwości załatwienia potrzeb fizjologicznych w cywilizowany sposób. Bici i poniżani. Karmieni breją o bliżej nieokreślonym pochodzeniu. Upodleni do granic możliwości. Bohaterowie traktowani jak kryminaliści. Antybohaterowie dla systemu Polski Ludowej.

– Wypuszczono mnie w ramach amnestii. Czułam się skrzywdzona na pewno, ale nie widziałam powodu do zmiany swojego światopoglądu. Niemniej jednak to mi życia nie ułatwiło w przyszłości. Byłam bardzo wiele lat dyskryminowana – mówi Kumuniecka-Chelmińska.

może jedną z nich jest denerwująca sąsiadka, która uparcie zamyka okno na klatce schodowej, albo pacjent, który pojawia się u lekarza dwa razy w tygodniu, choć najbardziej dolega mu brak towarzystwa. Ilu takich ludzi jest wokół nas... Powstańców, byłych więźniów obozów koncentracyjnych, ludzi, którzy przeżyli piekło okupacji, pomagali przyjaciom, a często obcym ludziom pochodzenia żydowskiego, byli prześladowani w Polsce Ludowej. Z każdym rokiem jest ich coraz mniej. Ale są. Żyją, oprócz wolontariuszy i członków różnych stowarzyszeń nikt ich nie zauważa. Wielu z nich nie jest już samodzielnych, a opiekują się nimi osoby niewiele młodsze. W Warszawie 1 sierpnia ubieramy ich w odkurzone mundury, śpiewamy i krzyczymy „Cześć i chwała bohaterom!”. A przez kolejny rok, który może też być ich ostatnim, kraj, obywatele i system mają im do zaoferowania pierwszeństwo w kolejce do rejestracji w POZ oraz kartkę do powstańca. ●

Wspomnienia powstańców pochodzą z Archiwum Historii Mówionej Muzeum Powstania Warszawskiego.



Fot. Archiwum FotoPolska.eu

#KULTURA

„CZUŁE SŁÓWKA” W OCH-TEATRZE

Pięć Oscarów (w tym statuetka dla najlepszego filmu), do tego cztery Złote Globy. „Czułe słówka” w reżyserii Jamesa L. Brooksa były hitem początku lat 80. XX w. Sceniczną wersję dzieła prezentuje warszawski Och-Teatr.

Spektakl jest opowieścią o trudnej relacji matki i córki. Toksyczność miesza się tu z miłością i potrzebą bliskości. Historia wielowarstwowa i wielowątkowa. Opowiedziana wzruszająco, ale nie ckliwie. Momentami refleksyjna, momentami komiczna.

Na scenie przy ul. Grójeckiej 65 m.in.: Aleksandra Popławska, Eliza Rycembel i Krzysztof Dracz. Reżyseruje Paweł Paszta.

„SURREALIZM. INNE MITY”

Ostatni moment, by odwiedzić Muzeum Narodowe w Warszawie i zobaczyć wystawę czasową „Surrealizm. Inne mity”. Prace ponad sześćdziesięciorga polskich i zagranicznych twórców, m.in.: Marka Włodarskiego (Henryka Strenga), Aleksandra Krzywobłockiego, Marka Piaseckiego, Fortunaty Obrąpalskiej, Jerzego Kujawskiego, Erny Rosenstein, Władysława Hasióra, Zbigniewa Makowskiego, Jerzego Skarżyńskiego, Urszuli Broll i Maksa Ernsta, można oglądać do 11 sierpnia. W salach MNW zebrano ponad 300 dzieł



stworzonych w różnych technikach, takich jak m.in. dekalomania i frotaż. Wystawa wpisuje się w światowe obchody powstania surrealizmu i stulecie opublikowania przez André Bretona słynnego „Manifestu surrealizmu”. ●



Jerzy Kujawski
(1921–1998),
Bez tytułu,
1948,
kreda,
czarny papier.
Kolekcja
Lytfy Kujawski
© Adagp,
Paris, 2024

Druga strona medalu



Fot. Eliana Photography

MEDAL IGRZYSK OLIMPIJSKICH TO DLA SPORTOWCA WSPIĘCIE SIĘ NA MOUNT EVEREST. ONA ZDOBYŁA DWA WYMARZONE KRAŻKI. WSPINACZKA PO DRUGI, NA IGRZYSKACH W TOKIO W 2021 R., BYŁA WYJĄTKOWO BOLESNA I WYKAŃCZAJĄCA. **AGNIESZKA KOBUS-ZAWOJSKA** WALCZYŁA WÓWCZAS NIE TYLKO O MIEJSCE NA PODIUM, ALE I Z DEPRESJĄ, O CZYM OPOWIEDZIAŁA NIEDAWNO W SWOJEJ KSIĄŻCE.

rozmawia **URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ**

Kto zaszczylił w pani miłość do wioślarstwa? O ile to miłość.

Gdyby to nie była miłość, nie wytrzymałabym w sporcie tyle lat. Niedawno zakończyłam karierę reprezentacyjną, ale nie umiem rozstać się ze sportem. Musi być obecny w moim życiu. To rodzice przyczynili się do tego, że jestem wioślarką, wspierali mnie w wyborze. Trenowali wioślarstwo, a ja startowałam w biegach – najpierw dzielnicowych, później warszaw-

skich. Na zawodach był trener ze szkoły sportowej (do której zresztą kiedyś chodzili moi rodzice). Zapytał, czy nie chciałabym się przenieść do ich placówki, skoro mi tak dobrze idzie. Miałam do wyboru profil żeglarski albo wioślarski. Wybrałam ten drugi – ze względu na rodziców właśnie. A oni cały czas mnie motywowali, dopingowali, jeździli na zawody. W pewnym momencie miałam poczucie, że jak nie pojawią się na zawodach, to źle mi pójdzie. Byli swego rodzaju amuletem.

Pani kariera rozwijała się dość długo, nie od razu była pani „na topie”. Późniejsze sukcesy wynikają z lepszego przygotowania?

Myszę, że na początku nie byłam jakimś hiperutalentowanym sportowcem, choć teraz – patrząc na całą swoją karierę – uważam, że miałam talent do oddawania całej siebie. Nie bałam się bólu, nie bałam się przekraczania granic. Obawy były jedynie przed startem, ale jak

już płynęłam, nie zastanawiałam się, jak bardzo mnie boli. A nie oszukujmy się, wyścig sam sobie nie jest przyjemnością. Niektórzy od początku mają doskonałe wyniki, jednak to nie zawsze oznacza równie dobre w wieku seniorskim. Dzieciaki potrafią zachłysnąć się sukcesami, ale z czasem się nimi nudzą. A bywa i tak, że presja spala zawodnika i uniemożliwia mu dalszą karierę. Tak jak w biznesie: trzeba w odpowiednim momencie trafić na odpowiednich ludzi. Mnie to się udało. Może rozwój był długofalowy, ale tak właśnie zaplanowany.

Z książki „Mój wyścig z depresją” można wyczytać, że nie zawsze zgadzała się pani z ocenami trenerów...

Uważam, że w sporcie są rzeczy policzalne i niepoliczalne. Te drugie wbrew pozorom są bardzo ważne. Policzalna jest moc, prędkość itd., tyle że wykres, to tylko... wykres. Gdy jesteśmy na starcie, najbardziej liczy się nasza wola walki, zaangażowanie, myślenie. W wiosłarstwie żaden chwyt nie jest idealny. Wygrywają ci, którzy są pierwsi są mecie. Może moja książka wbija kij w mrowisko, ale uważam, że środowisko powinno zrozumieć, że nie ma czegoś takiego jak idealne płynięcie. Jest płynięcie efektywne, które daje odpowiedni rezultat.

Marzyła pani o igrzyskach olimpijskich?

Wyjazd do Rio, na moje pierwsze igrzyska, rzeczywiście był spełnieniem marzeń. Do Londynu nie pojechałam i to był wielki cios. Dziś sądzę, że dobrze się stało. Nie byłam gotowa. A Tokio to inna sprawa. Przed wyjazdem wiedziałam, że udział w tych zmaganiach to moje marzenie z dzieciństwa, ale jakoś nie chciałam go spełniać. To było dziwne. Nie umiałam sobie z tym poradzić ani nawet zrozumieć, co się dzieje.

Tak objawiała się depresja?

Zdecydowanie tak. Wszystko było mi obojętne. Już przed startem w pucharze świata zastanawiałam się, jaki sens ma to, co robię. Mózg jest dość kluczową

„osobą” w łódce. Pogorszenie nastroju spowodowało, że nie chciałam brać udziału w igrzyskach. Napisałam nawet do rodziców, że nie chcę jechać. Odpowiedzieli: „Jeszcze trzy miesiące, dasz radę”. A ja czułam, że nie daję rady i nie dam. Bezpiecznie czułam się jedynie w domu.

Depresja jest złożoną chorobą. Pani w pewnym sensie sama się zdiagnozowała.

Zawodnikami opiekuje się psycholog, pracujący nie tyle dla drużyny, ile dla reprezentacji liczącej czasem 50 osób. Pani psycholog bardzo nam pomogła. Ale rzeczywiście, w pewnym sensie zdiagnozowałam się sama. W Internecie znalazłam test Becka, zrobiłam go i przeraziłam się wynikiem. Wysłałam zdjęcie ekranu mężowi, po czym umówiłam się na wizytę u psychiatry, początkowo nie mówiąc o tym psycholożce. Rozpoczęło się leczenie.

Promocja książki, spotkania autorskie – temat choroby wciąż krąży wokół pani. Nie jest to ciężar?

Papierowej wersji książki nie przeczytałam do dziś, jedynie elektroniczną. To dla mnie trudne. W książce są zapiski z mojego notesu, który prowadziłam podczas choroby – bardzo surowe, niepokładane, żywe. Wspomnienia wracają. Pisanie było zresztą jakąś formą terapii, ale sama książka – bardziej misją. Po igrzyskach w Tokio poczułam, że zrobiłam coś ważnego, zdobyłam srebro i to w takich okolicznościach, chyba pierwszy raz naprawdę doceniłam siebie. Dostałam też sygnały od młodych wiosłarek, że książka im pomogła, że nie czują się osamotnione. Oto fragment jednej wiadomości: „*Jak mówiłaś w książce, że budziłaś się w nocy – mam dokładnie to samo. Dziś spałam dwie godziny, bo nie umiałam dłużej. (...) Moi rodzice się martwią, bo trenuję bardzo dużo, mniej więcej trzy, cztery razy dziennie. Wiem, że to nieodpowiedzialne, ale nie umiem przestać, bo gdy czuję się jakbym miała zemdleć ze zmęczenia, to przynajmniej coś czuję i to jest jedyna rzecz, która*



Fot. archiwum

sprawia mi radość”. Czuję dreszcze, czytając to. Ta wiadomość wiele dla mnie znaczy.

Dziś pani życie wygląda zupełnie inaczej. Na świecie pojawiła się córka Ula. Ma pani jeszcze jakieś marzenia?

Marzę, że jak Ula podrośnie, będzie chciała iść ze mną, nie tylko z koleżankami, na kawę, na zakupy, do kina. Pragnę, by czuła, że oboje z mężem jesteśmy jej przyjaciółmi. ●



**UCHWAŁA NR 61/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 24 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie zmiany Uchwały nr 20/R-IX/23
Okręgowej Rady Lekarskiej
z 25 stycznia 2023 r.
w sprawie powołania
Komisji ds. Zwolnień Lekarzy
z Obowiązku Opłacania Składki Członkowskiej**

Na podstawie art. 25 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 26 ust. 3 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.), w zw. z §4 pkt 18 i §29 pkt 9 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do Uchwały nr 13/Z-IX/23 XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 1 kwietnia 2023 r., oraz §1 ust. 3 Uchwały nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej (zmienionej Uchwałą nr 38/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z 21 października 2022 r. oraz Uchwałą nr 60/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z 16 grudnia 2022 r.) uchwała się, co następuje:

§1

1. Zmienia się w Uchwałę nr 20/R-IX/23 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 stycznia 2023 r. w sprawie powołania Komisji ds. Zwolnień Lekarzy z Obowiązku Opłacania Składki Członkowskiej w ten sposób, że:

1) w §2 w lit. c *in fine* kropkę zastępuje się średnikiem, a następnie dodaje się lit. d o następującym brzmieniu:

„d) rozpoznawanie i weryfikowanie wniosków w przedmiocie zwolnienia lekarzy i lekarzy dentyistów w związku z urodzeniem lub przysposobieniem dziecka”;

2) po §2 dodaje się §2¹ o następującym brzmieniu:

„1. Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej zgodnie z §2 lit. d przysługuje lekarzowi, lekarzowi dentyście z tytułu urodzenia lub przysposobienia dziecka z całości podstawowego wymiaru składki i następuje na okres 12 miesięcy, począwszy od miesiąca następującego po dacie urodzenia lub przysposobienia dziecka, gdzie datą urodzenia dziecka jest data wskazana w odpisie aktu urodzenia dziecka, datą przysposobienia dziecka zaś – data stwierdzenia prawomocności orzeczenia sądu opiekuńczego.

2. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1, przez okres wskazany w tymże ustępie przysługuje lekarzowi, lekarzowi dentyście, który sprawuje opiekę nad dzieckiem oraz w terminie 3 miesięcy od daty urodzenia lub przysposobienia dziecka złoży kompletny wniosek o zwolnienie z obowiąz-

ku opłacania składki członkowskiej (wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały). W przypadku gdy oboje rodzice są lekarzami, lekarzami dentyistami zwolnienie przysługuje tylko jednemu z nich.

3. W przypadku złożenia kompletnego wniosku o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej po upływie okresu, o którym mowa w ust. 2, zwolnienie przysługuje przez okres od dnia złożenia wniosku do dnia upływu 12 miesięcy od daty urodzenia lub przysposobienia dziecka”;

3) załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie zgodne z załącznikiem do niniejszej uchwały.

§2

Pozostałe postanowienia Uchwały nr 20/R-IX/23 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 stycznia 2023 r. w sprawie powołania Komisji ds. Zwolnień Lekarzy z Obowiązku Opłacania Składki Członkowskiej pozostają bez zmian.

§3

Tekst jednolity stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 62/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 24 KWIETNIA 2024 R.**

**w sprawie zaliczenia części opłaty
z tytułu składki członkowskiej
uiszczonej przez lekarzy, lekarzy dentyistów
zamierzających wykonywać lub wykonujących
zawód w ramach działalności leczniczej
na poczet opłaty za wpis lub zmianę do rejestru
podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

Na podstawie art. 25 pkt 4, w zw. z art. 5 pkt 23 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) oraz art. 101 i art. 105 ust. 1 pkt 1, ust. 2 i ust. 3 pkt 2 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2023 r. poz. 991) uchwała się, co następuje:

§1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zezwala lekarzom, lekarzom dentyistom zamierzającym wykonywać lub wykonującym zawód w ramach działalności leczniczej na zaliczenie części opłaty z tytułu składki członkowskiej uiszczonej na poczet opłaty za wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalnością leczniczą, w przypadku spełnienia łącznie następujących warunków:

1) niezalegania z obowiązkiem opłaty składek członkowskich na dzień złożenia wniosku o wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wzór

oświadczenia, który należy załączyć do wniosku o wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stanowi załącznik do niniejszej uchwały),

2) złożenia wniosku o zaliczeniu uiszczonej opłaty z tytułu składki członkowskiej na rzecz wpisu lub zmiany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wzór oświadczenia, który należy załączyć do wniosku o wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stanowi załącznik do niniejszej uchwały),

3) uiszczenia na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie opłaty z tytułu składek członkowskich przewyższającej wysokość opłaty za wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2. W przypadku uiszczenia przez lekarza, lekarza dentyście opłaty za wpis lub zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zaliczenie na jej rzecz części opłaty z tytułu składki członkowskiej nie jest możliwe nawet w przypadku spełnienia warunków z ust. 1.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 181/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 8 MAJA 2024 R.**

**w sprawie zatwierdzenia
rocznego sprawozdania finansowego
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza za rok 2023**

Na podstawie art. 24 pkt 2 i 3, w zw. z art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) oraz Uchwały nr 8/21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z 16 kwietnia 2021 r. zmieniającej uchwałę w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy zmieniającą Uchwałę nr 44-03-IV Naczelnej Rady Lekarskiej z 24 lutego 2003 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy, zmienionej Uchwałą nr 61/03/IV z 24 października 2003 r., Uchwałą nr 10 Naczelnej Rady Lekarskiej z 27 czerwca 2008 r., Uchwałą nr 22/10/VI z 14 maja 2010 r. oraz Uchwałą nr 7/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z 19 czerwca 2020 r. – uchwała się, co następuje:

§1

1. Zatwierdza się sprawozdanie finansowe Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie sporządzone na 31.12.2023 r., które po stronie aktywów i pasywów wykazuje sumę 45 947 118,97 zł.

2. Rekomenduje się przedstawienie sprawozdania finansowego za rok 2023 na najbliższym Okręgowym Zjeździe Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

3. Sprawozdanie finansowe za rok 2023 stanowi załącznik nr 1 do powyższej uchwały.

§2

Zysk netto za rok 2023 w kwocie 13 905 803,29 zł przekazuje się na kapitał (fundusz) zapasowy.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
lek. **Jacek Sowiński**

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
dr n. med. **Artur Drobnia**

**OBWIESZCZENIE NR 19/OKW-IX/24
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 15 MAJA 2024 R.**

**w sprawie wygaśnięcia mandatu członka
Okręgowej Komisji Wyborczej
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 34/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 15 maja 2024 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 13 maja 2024 r. mandatu członka Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Małgorzaty Skomskiej-Pawliszak.

§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**

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

 FUNDACJA
PRO SENIORE
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie

Dofinansowanie wyrobów medycznych

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

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

30 września 2024 r.



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

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

30 września 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, przy ul. Raszyńskiej 54.

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 21 kwietnia 2024 r. w wieku 89 lat zmarł

śp.
Jan Piotrowski

lekarz otolaryngolog.
Żona Zofia wraz z rodziną



Wyrazy głębokiego współczucia
oraz szczerze słowa wsparcia i otuchy
dla naszej drogiej Koleżanki **Zofii Świdorskiej**
z powodu śmierci

Męża

składają pracownicy MWOMP Oddział w Warszawie.

KOŁO SZACHOWE

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

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

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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Niełubowicza

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 – u.wolinska@oilwaw.org.pl

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, Dominik Héj, Maria Libura, Filip Niemczyk, Artur Olesch, Sebastian Sikorski, Małgorzata Solecka, Łukasz Świącicki, Paweł Walewski

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl

REKLAMA I MARKETING: Renata Klimkowska – tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Artmedia Partners **GRAFIKI:** Keiji Matsumoto

KOREKTA: Lidia Sadowska-Szłaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

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

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




NOWOŚĆ 2024

Ubezpieczenie OC w składce

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie


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


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


Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy


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

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

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

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

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

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



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

Korzyści z ubezpieczenia

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

ins INS Services

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

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

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

MATERIAŁ
MARKETINGOWY



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

Artur 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
	SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30
POZOSTAŁE	OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-71 22-542-83-75 22-542-83-76 22-542-83-77 odz@oilwaw.org.pl
	RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22-542-83-33
	DZIAŁ MEDIÓW I STRATEGII KOMUNIKACJI tel. 22-542-83-83 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