

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

LISTOPAD 2024 (nr 355)

› WIRUS,
KTÓRY JEST
W NAS

› Pomidorowa w kapsułce

› Żeby wszyscy byli bezpieczni

› Dzień świstaka



TO, CO NAS NAPĘDZA.
NOWE BMW X3 JUŻ ZA 3000 PLN NETTO/MIES.
W BMW COMFORT LEASE.

Dealer BMW Bawaria Motors

al. Roździeńskiego 204, Katowice, tel.: +48 32 259 18 00
ul. Czerniakowska 47, Warszawa, tel.: +48 22 550 03 00
al. Krakowska 5, Falenty k. Warszawy, tel.: +48 22 250 60 00
al. Grunwaldzka 195, Gdańsk, tel.: +48 58 766 65 00
ul. Okulickiego 6, Piaseczno, tel.: +48 22 550 03 60
www.bmw-bawariamotors.pl



X3 xDrive20: Zużycie paliwa w cyklu mieszanym WLTP w l/100 km: 7,6–6,9; emisja CO₂, cykl mieszaný WLTP w g/km: 172–156.

TEMAT Z OKŁADKI:

3 COVID-19 – największa pandemia naszych czasów...

Artur Drobniak

4 Wirus, który jest w nas

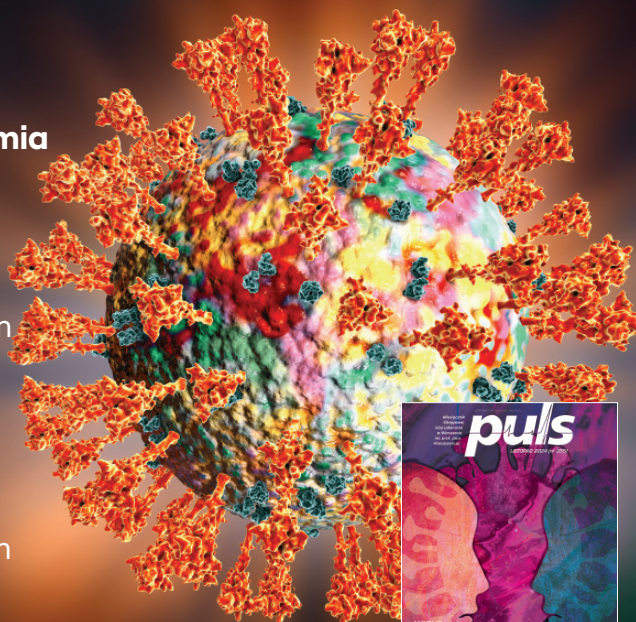
rozmowa z Pawłem Grzesiowskim

7 Wirus

Jerzy Bralczyk

8 COVID-19 już spowszedniał

rozmowa z Pawłem Doczekalskim



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

2 To tylko pozory

Aleksandra Sokalska

FELIETON WICEPREZESA

10 Odporni

Olga Rostkowska

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

11 Odsetek specjalistów w stomatologii spada

Anna Prawdzik

12 W trosce o zdrowie jamy ustnej dzieci

Małgorzata Hnat

14 Źródła wiedzy

rozmowa z Juliuszem Minakowskim

SYSTEM

16 Finanse: jest coraz gorzej

Małgorzata Solecka

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE

18 Dzień świstaka

Maria Libura

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

20 Primum non nocere

Dorota Lebedzińska

30 Kongres Matek Lekarek

Aleksandra Sokalska

34 Kick off Meeting stażystów

Karolina Stępniewska

40 Co nam daje izba?

45 Staż kierunkowy

w ogólnej poradni dermatologicznej

Monika Potocka

STANDARDY OKULISTYKI

22 Szukajmy autorytetów

rozmowa

z Małgorzatą Terlecką-Maciejewską

O TYM SIĘ MÓWI

24 Pomidorowa w kapsułce

Paweł Walewski

ZALECENIA MZ

26 Żeby wszyscy byli bezpieczni

rozmowa z Krzysztofem Hermanem

MEDYCY I ICH ZDROWIE

28 Pałący problem zdrowotny

Hanna Odziemka

PRAWO

46 Aktualności prawnomedyczne

Filip Niemczyk

To tylko pozory

ALEKSANDRA SOKALSKA, redaktor naczelna



Fot. G. Sreć

Chcemy żyć długo i w zdrowiu, ale droga, jaką podążamy do tego celu, czasami jest dość kręta, żeby nie powiedzieć pokrętna. Na początku pandemii drżeliśmy, gdy ktoś zakaszał w autobusie, wyczekiwaliśmy szczepionki, dezynfekowaliśmy ręce na potęgę, nawet nosiliśmy maseczki (pomijam grupę „niewierzących”, coraz liczniejszą niestety, bo nie o niej tutaj mowa). Z czasem zainteresowanie szczepieniami spadło, a koronawirus nam spowszedniał, bo i kto by się przejmował kilkudniową chorobą, może mało przyjemną, ale coraz mniej groźną. Tymczasem dr n. med. Paweł Grzesiowski, główny inspektor sanitarny, w rozmowie ze mną przekonuje, że choć COVID-19 rzeczywiście przebiega dużo łagodniej, „może pozostawiać w naszych organizmach wręcz bezprecedensowy ślad. Nie ma bowiem innego wirusa,

który by dawał tak szeroki wachlarz efektów ubocznych”. Gorąco polecam lekturę tego wywiadu, ponieważ uzmysławia, jak bardzo jeszcze SARS-CoV-2 może nas zaskoczyć i jak niewiele jeszcze o nim wiemy.

I choć koronawirus przestał zaprzętać nam głowy, Polacy nadal entuzjastycznie „dbają o zdrowie”, co wyraża się liczbą przyjmowanych suplementów. Paweł Walewski w swoim felietonie przytacza dane raportu „Rynek suplementów diety w Polsce 2023”, według którego „nawet trzy czwarte dorosłych Polaków zadeklarowało zakup w ubiegłym roku przynajmniej jednego tego typu produktu. W porównaniu z danymi z 2019 r. nastąpił 3,5-krotny wzrost sprzedaży”. Tymczasem „Codzienne stosowanie suplementów i witamin nie wydłuża życia. Może nawet je skrócić” – pisze Paweł Walewski.

Tylko że my, bombardowani zewsząd reklamami obiecującymi życie długie i w zdrowiu, wierzymy, iż tabletki magicznie to nam zapewnią. Nie trzeba będzie trzymać diety, codziennie się ruszać, robić kontrolnych badań, bo wystarczy zaaplikować sobie pigułkę, ewentualnie poprawić kropelkami i po sprawie.

Dbanie o zdrowie wydaje się jednak kończyć w tym momencie, w którym pojawia się w rękę papieros. Piszę przewrotnie, ale celowo: „wydaje się”, bo Hanna Odziemka w swoim artykule cytuje tłumaczenie jednego z palących lekarzy: „Trzeba jakoś rozładować stres, to pomaga”. Rzeczywiście „dym tytoniowy zawiera blokery monoaminooksydazy, powodując wzrost poziomu dopaminy i stymulację układu nagrody”. Można by zatem uznać, że palacze dbają o swoje zdrowie psychiczne. Tylko jak w to dbanie wpisać paskudne składniki rakotwórcze? A jednak... wielu Polaków wpisuje je bezbłędnie! Mimo powszechnej wiedzy, że papierosy szkodzą, zgodnie z badaniami Polskiej Akademii Nauk z 2023 r. w Polsce pali prawie co trzeci dorosły.

Z jednej strony szczepienia, z drugiej suplementy diety, z trzeciej papierosy, z czwartej... Obrona przez nas droga do długiego życia naprawdę bywa pokrętna i czasem niestety pozorona. A pozory, jak wiemy, lubią mylić. ●

e-Izba

dla lekarzy i lekarzy dentyistów

Nowoczesny dostęp
do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo

Zaloguj się i sprawdź!



COVID-19 – największa pandemia naszych czasów. Czy na pewno ostatnia?

ARTUR DROBNIAK, prezes ORL w Warszawie



Fot. J. Kamiński

Pandemia COVID-19, która wybuchła w grudniu 2019 r. w Chinach, zmieniła oblicze współczesnego świata na zawsze. Nie tylko spowodowała globalny kryzys zdrowotny, ale także wpłynęła na wszystkie aspekty naszego życia – od pracy i edukacji po sposób postrzegania zdrowia i codzienne nawyki. Ponadto dowiodła, że z uwagi na globalizację i łatwość podróżowania rozszerzenie się epidemii między krajami jest w zasadzie nieuniknione. To była (jest?) najpoważniejsza pandemia od dziesięcioleci, ale – z perspektywy nauki o epidemiologii i chorobach zakaźnych – niemal na pewno nie ostatnia. Ekspertcy prognozują, że mogą pojawić się kolejne choroby zakaźne, szczególnie wirusowe, jeszcze bardziej zabójcze. Ewolucja wirusa SARS CoV-2 pokazała nam również, że pierwsze miesiące epidemii są najbardziej śmiertelne, bo kolejnym wersjom patogenów „zależy”, by zakażać jak najwięcej osób, ale nie doprowadzać do śmierci żywiciela, a systemy opieki zdrowotnej są lepiej przygotowane na niesienie pomocy zakażonym.

My, lekarze, stojąc na pierwszej linii frontu, widzieliśmy, jak trudno pracuje się podczas kryzysu, chaosu organizacyjnego, gdy jednocześnie przychodzi toczyć walkę o zdrowie pacjentów na nieznanym w naszych specjalnościach obszarach. Naturalnie mamy obawy, że w przypadku następnej pandemii znowu zostaniemy z ogromem problemów sami. Znowu przyjdzie nam walczyć z nieznanym wrogiem, ale też ze swoim strachem, z własnymi słabościami, a zwłaszcza z dramatycznym niedoborem sprzętu i środków do bezpiecznej opieki nad chorymi. Gdy my staraliśmy się opanować sytuację i wyleczyć najtrudniejszych pacjentów, naukowcy i medycy ścigali się z czasem, opracowując szczepionki i leki,

które miały pomóc w walce z wirusem. Jak wiemy, z nowymi lekami nie bardzo się to udało, a przydatność już istniejących została udowodniona dopiero po pewnym czasie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia liczba zgonów w wyniku COVID-19 przekroczyła 6 mln, a zakażonych były setki milionów ludzi na całym świecie. Długofalowe skutki, takie jak tzw. long covid i problemy zdrowotne w efekcie zatorów w systemach opieki zdrowotnej, będą odczuwalne przez wiele lat. Nikt jednak chyba do końca nie obliczył, jak „post-covid” wpłynął na nas – lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. I, co gorsza, nikogo z decydentów to nie obchodzi...

Patrząc, jak działały w krajach rozwiniętych rządy podczas pandemii SARS CoV-2, dochodzi się do przekonania, że w rzeczywistości nikt nie jest przygotowany organizacyjnie na nadejście prawdziwie śmiertelnej choroby. Możemy różnie oceniać podejście do pandemii w naszym kraju, gdzie popełniono wiele błędów zarządczych oraz organizacyjnych i z czasem zaczęliśmy odnosić wrażenie, że w walce z pandemią coraz mniej jest medycyny i realnego zagrożenia, a coraz więcej polityki. Z mojego punktu widzenia najważniejsze jest jednak, czy wyciągnięto odpowiednie wnioski. Czy magazyny sprzętu i środków ochrony osobistej w ramach rezerw strategicznych są teraz już zawsze wypełnione oraz czy system planowania inwestycji w opiece zdrowotnej uwzględnia szybkie przekształcanie wybranych ośrodków w zajmujące się zakażonymi podczas epidemii ludźmi. Liczę też, że inwestycje w kluczowe projekty dotyczące kadr medycznych w Polsce obejmują potrzebę przygotowania ich na kryzys i odpowiednie wykształcenie zarządzających rozwiązaniem problemów epidemiologicznych. ●

Wirus, który jest w nas

KORONAWIRUS NIE DAJE ZA WYGRANĄ. NIE CHODZI TYLKO O KOLEJNĄ FAŁĘ ZAKAŻEŃ, ALE TAKŻE, A MOŻE PRZEDE WSZYSTKIM, O ODLEGŁE KONSEKWENCJE COVID-19, KTÓRE PRZERASTAJĄ NASZE WYOBRAŻENIA, CZASEM NAWET (PRZYNAJMNIEJ NA RAZIE) MOŻLIWOŚCI DIAGNOSTYKI I LECZENIA. WŁAŚNIE O NICH I O NOWYCH WARIANTACH WIRUSA SARS-COV-2 ORAZ SZCZEPIENIACH MÓWI **DR N. MED. PAWEŁ GRZESIOWSKI**, GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Jak przebiega w tym roku fala zakażeń wirusem SARS-CoV-2?

Tegoroczną falę zachorowań od zeszłorocznej różni to, że obecna zaczęła się miesiąc wcześniej – liczba przypadków narasta już od końca czerwca. Dlatego spodziewamy się, że jej szczyt przesunie się o miesiąc, czyli wystąpi w październiku. Przewidujemy też, że tegoroczna fala skończy się wcześniej niż ubiegłoroczna. To dobra wiadomość, bo jest szansa, że nie nałoży się na szczyt zachorowań na grypę, który zwykle w Polsce przypada na styczeń – luty.

Obecny przebieg choroby możemy oceniać przez pryzmat liczby hospitalizacji, których w dalszym ciągu nie jest zbyt wiele. Według aktualnych danych [stan na początek października – przyp. red.] w szpitalach przebywa tygodniowo około 1,5 tys. pacjentów z COVID-19, co oznacza, że u większości osób choroba ma łagodny przebieg i wystarcza, że lekarze rodzinni udzielają im porad ambulatoryjnych. Przebieg COVID-19 jest więc lżejszy, choroba obejmuje głównie górne drogi oddechowe albo przewód pokarmowy i trwa kilka dni. Do szpitali natomiast trafiają przede wszystkim osoby z grup ryzyka, czyli pacjenci 65 plus z chorobami towarzyszącymi. Sporadycznie zdarzają się młodszy, bez czynników obciążających.

Z jakim wariantem mamy obecnie najczęściej do czynienia?

W tej chwili w Europie dominują dwa warianty Omikron: JN.1 i linia KP, czyli grupa FLIRT. Znany nam już od jakiegoś czasu JN.1 wywołuje jeszcze częściej niż inne warianty objawy dotyczące układu pokarmowego, czyli powoduje biegunkę, wymioty. To sprawia, że wirus jest wydalany w większej ilości ze stolcem, który bywa dodatkowym źródłem zakażenia, oprócz drogi kropelkowej.

Z niepokojem natomiast obserwujemy nowy wariant wirusa SARS-CoV-2 o nazwie XEC. Niewykluczone, że wywoła kolejną falę zakażeń za 4–5 miesięcy, ale to zależy od dwóch czynników. Po pierwsze, jeśli będzie się szybciej namnażał niż poprzednik, a po drugie, jeśli będzie na tyle odmienny genetycznie, by „uciec” naszym przeciwciałom. A zwykle każdy kolejny wariant ma wyższy wskaźnik replikacji. XEC jest już w Europie, na razie w mniejszości.

W Polsce podobno go jeszcze nie ma?

Niestety, w tej chwili mamy na tyle małą liczbę szczepów sekwencjonowanych, że jego obecność mogła jeszcze nie zostać wykryta. W dobie ciągłego przemieszczania się ludzi trudno się spodziewać, że wariant XEC, który zaobserwo-

wano w Niemczech, Austrii czy we Francji, nie dotrze do Polski. W stosunku do Europy Zachodniej zwykle notujemy 3–4-tygodniowe opóźnienie występowania nowego wariantu koronawirusa, więc to tylko kwestia czasu, kiedy pojawi się u nas.

Nowy sezon to nowa szczepionka. Kiedy będzie dostępna w Polsce?

W poprzedniej transzy korzystaliśmy ze szczepionek z terminem ważności do końca sierpnia. W tej chwili [na początku października – przyp. red.] jest luka, czyli w Polsce nie ma bezpłatnych szczepionek o uaktualnionym składzie. Jako pierwsza przeszła europejską rejestrację i została dopuszczona do obrotu w całej Europie szczepionka firmy Pfizer. W Polsce pojawiła się w aptekach, można ją kupić na receptę, ale bez refundacji.

Skąd takie opóźnienia?

Brak dostępu do bezpłatnych szczepionek wynika z tego, że poprzednie władze wycofały się ze wspólnych zakupów w Unii Europejskiej. Nie mogliśmy więc uczestniczyć w zbiorczym zamówieniu na szczepionkę. Czekamy teraz na zakończenie procedur rejestracji innych szczepionek przez Europejską Agencję Leków. 9 października 2024 r. została ogłoszona decyzja dopuszczająca preparat firmy Novavax.



Główny Inspektorat Sanitarny



Warto zauważyć, że rejestracja zmodyfikowanych szczepionek przebiegała mniej sprawnie niż poprzednio. EMA wyraziła nawet krytyczną opinię, że producenci niektórych szczepionek nie przedstawili pełnej dokumentacji, dlatego procesy rejestracyjne uległy wydłużeniu. Należy też podkreślić, że po dopuszczeniu do obrotu danej szczepionki trzeba jeszcze przeprowadzić procedurę przetargową, co wymaga czasu. Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło więc ubieganie się o unijne wsparcie i być może wcześniej pojawi się szczepionka przekazana przez jeden z krajów UE z nadwyżek.

Kiedy już szczepionka stanie się w Polsce ogólnodostępna, jaki będzie sposób jej dystrybucji i czy uchroni nas ona przed nowym wariantem XEC?

Do wykorzystania mamy dwa systemy, które mogą być stosowane równolegle. Pierwszy – to system apteczny, w którym szczepionkę kupuje się na receptę, bez refundacji. Dostępna już szczepionka firmy Pfizer kosztuje około 400 zł,

co może być barierą dla seniorów. Drugi mechanizm już znamy – szczepionkę kupuje rząd, jest dystrybuowana do punktów szczepień i podawana pacjentom bezpłatnie.

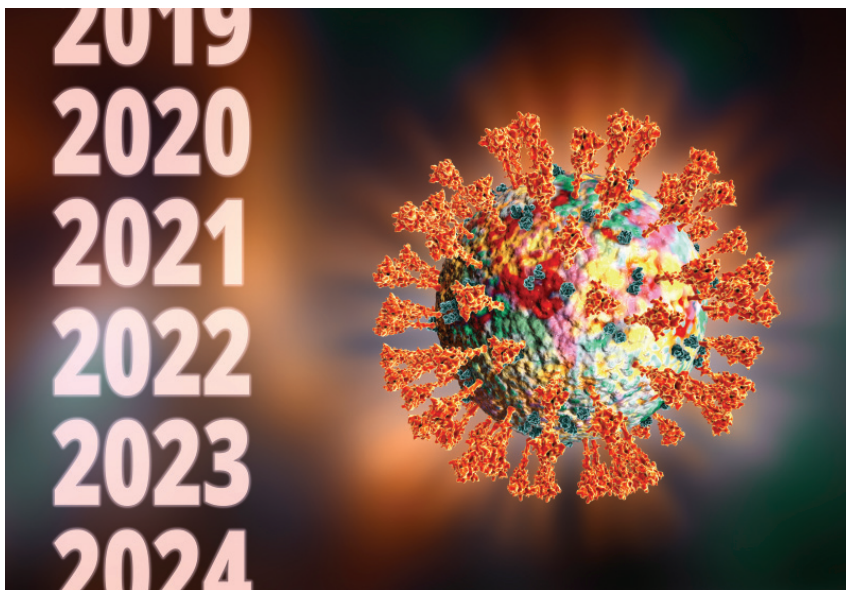
Chociaż wariant XEC różni się od wcześniejszych, to zaktualizowane szczepionki powinny być dobrze dostosowane, gdyż te warianty mają pewne cechy wspólne. Nie opublikowano jeszcze żadnego badania efektywności nowych szczepionek w ochronie przed wariantem XEC, ale warto podkreślić, że każda szczepionka, nawet jeśli nie zabezpiecza w stu procentach przed zachorowaniem, pozwala uniknąć ciężkiego przebiegu choroby i powikłań.

Czy wielu Polaków pana zdaniem zaszczepi się w tym sezonie?

Chętnych do szczepienia się na COVID-19 jest coraz mniej. W zeszłym roku podano około 1 mln dawek, czyli mniej niż w przypadku szczepień przeciw grypie. Wiele osób już nie korzysta z tej formy ochrony. Nawet lekarze, czyli grupa, która na początku pande-

mii zaszczepiła się w ponad 90 proc., obecnie szczepi się znacznie rzadziej. Nie oczekujemy też, że wszyscy Polacy się zaszczepią, bo przebieg choroby w tej chwili jest zdecydowanie łżejszy, a koncepcja sezonowego, corocznego lub nawet częstszego w przypadku koronawirusa szczepienia jest w Polsce mało popularna. Przykładowo: szczepienie przeciw grypie, które przecież zalecane jest od wielu lat, także nie cieszy się zbyt dużym zainteresowaniem, nawet wśród medyków – co roku szczepi się około 20 proc. personelu medycznego. Tok rozumowania osób rezygnujących ze szczepienia na COVID-19 jest zwykle taki: nie szczepię się, bo musiałbym robić to co sezon, a przecież koronawirus teraz przebiega dość łagodnie. Najwyżej kilka dni posiedzę w domu. Nikt jednak nie myśli, że ta w miarę łagodna choroba może mieć daleko idące konsekwencje w formie poważnych powikłań.

Coraz częściej się o nich słyszy, ale jednocześnie spotykamy się z opiniami, że kiedy trudno znaleźć przyczynę dolegliwości, zawsze można obwinąć za nie koronawirusa. ►►



Graf. licencja OIL w Warszawie

► Wiem, że część osób nie akceptuje tego, że tak szeroko mówimy o powikłaniach pocovidowych, bo negują sam COVID-19. Ale naukowcy badający koronawirusa alarmują, że może on pozostawiać w naszych organizmach wręcz bezprecedensowy ślad. Nie ma innego wirusa, który by dawał tak szeroki wachlarz efektów ubocznych. Wynika to z faktu, że receptor ACE-2 i inne receptory, wykorzystywane przez wirus do inwazji, są w bardzo wielu komórkach całego organizmu. Dla porównania, w przypadku powikłań pogrypowych sprawa jest prosta: receptor znajduje się w nabłonku oddechowym, stąd uszkodzenie dróg oddechowych, rzadko powikłania kardiologiczne, jeszcze rzadziej neurologiczne, np. encefalopatie. W przypadku koronawirusa sytuacja jest znacznie bardziej skomplikowana: wirus SARS-CoV-2 ma receptory wszędzie – od jąder przez każdą, podkreślam: każdą, tętnicę w naszym organizmie po komórki glejowe w mózgu. A to oznacza, że cały organizm jest podatny na różnego rodzaju efekty uboczne. Gdzie ten wirus dotrze, w którym organie się namnoży – to tak naprawdę loteria. U jednej osoby może wywołać zapalenie trzustki, a u innej zapalenie prostaty.

Z jakimi powikłaniami zatem się spotykamy?

Różnorodność powikłań jest ogromna. Są powikłania narządowe, które skut-

kują przewlekłym zapaleniem serca, mózgu czy nerek. Zachorowanie na COVID-19 wzbudza też różne procesy immunologiczne, w tym choroby z autoagresji – może np. wywołać chorobę Leśniowskiego-Crohna albo łuszczycę, której nowych przypadków notujemy coraz więcej. Coraz więcej diagnozujemy też pocovidowych przypadków cukrzycy typu 1, czyli ostrego uszkodzenia wysp trzustki. Bywa, że wirus SARS-CoV-2 pobudza śpiące wirusy w naszym organizmie, co często kończy się przewlekłym stanem zapalnym. Potwierdzono z całą pewnością, że krążący w organizmie koronawirus może spowodować aktywację wirusów mononukleozy lub cytomegalii, czyli tych wirusów, które potrafią trwać w uspieniu przez pół życia, a pacjent nie jest ich świadomy.

Trzeba wspomnieć także o zmianach immunologicznych, które polegają m.in. na wyczerpaniu pewnej populacji limfocytów. Może to mieć odległy skutek i oznacza, że część naszych reakcji immunologicznych przestaje istnieć lub reakcje te są zaburzone. Taka sytuacja wpływa na całe zdrowie: od wyższej podatności na infekcje po większą zachorowalność na nowotwory.

Koronawirus może również zaatakować układ nerwowy. U pacjentów po przebytym covidzie obserwuje się coraz

więcej przypadków dysautonomii, czyli uszkodzenia układu nerwowego, które objawiają się posturalną hipotensją, zawrotami głowy, zaburzeniami rytmu serca. Oczywiście, zawsze ktoś może powiedzieć, że wystąpienie tych objawów po COVID-19 to koincydencja czasowa. Ale jeśli nie ma innych czynników, a pacjent wcześniej był całkiem zdrowy i z wywiadu medycznego wynika jedynie, że przeszedł covid, jego objawy rozpoznajemy jako zespół pocovidowy.

Na razie nie mamy specjalnych testów, które z całą pewnością mogłyby odpowiedzieć na pytanie, czy wystąpiło powikłanie po COVID-19, czy jest to efekt innego procesu chorobowego. Pojawiły się pierwsze testy cytokinowe, ale na razie są wykonywane w celach naukowych. Potrzebujemy jeszcze trochę czasu, by weszły do powszechnego użycia. Tego czasu potrzeba jeszcze więcej, by rzetelnie naukowo przebadać, jakie powikłania może spowodować wirus SARS-CoV-2 i jakie zastosować leczenie.

Czy lekarze powinni być zatem na określone objawy u pacjenta pocovidowego szczególnie uczuleni?

Lekarze przede wszystkim powinni być otwarci na to, co mówią pacjenci. Nietypowe objawy, takie jak zawroty głowy, szumy uszne, brak koncentracji, obniżona wydolność, jeśli nie łączą się z innymi chorobami, mogą być wynikiem przebytego covidu. Kiedy lekarz tę zależność pacjentowi wytłumaczy, nawet jeśli nie będzie w stanie przeciwdziałać objawom i pomóc farmakologicznie, chory ma szansę uniknąć innych, mylnych rozpoznań. Dzięki temu nie będzie szukał pomysłów na poprawę zdrowia w sieci, nie będzie próbował niekonwencjonalnych i czasem niebezpiecznych metod radzenia sobie z dolegliwościami. Pacjent wymaga także wsparcia psychologicznego, bo wiele objawów z czasem mija. Choć niestety nie wszystkie i nie zawsze. Koronawirus może nas jeszcze naprawdę zaskoczyć, musimy wsłuchiwać się w głos pacjentów i szukać skutecznych rozwiązań. ●

Wirus

GROŹNE SŁOWO, GROŹNIEJĄCE OKRESOWO, KIEDY OBOK NAS, TAKŻE W MEDIACH, ZACZYNA SIĘ CZĘŚCIEJ POJAWIAĆ, ZAZWYCZAJ Z NAZWĄ WŁASNĄ, KTÓRA DODATKOWO MOŻE ZWIĘKSZAĆ REALNOŚĆ ZAGROŻENIA.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Czasem to już jakieś istniejące imię własne jak *Ebola* (nazwa afrykańskiej rzeki) czy *Marburg* (nazwa niemieckiego miasta), czasem nowe, naukowo brzmiące (*SARS-CoV-2*). I jedno, i drugie brzmi bardzo niebezpiecznie. W każdym razie łączy się z czymś nieco tajemniczym, aktywnym, przed czym trudno się uchronić.

Tajemniczość *wirusa* potęguje i to, że przeciętny użytkownik języka (i przeciętny potencjalny nosiciel) nie bardzo wie, do jakiej kategorii można *wirusa* zaliczyć. Czy to organizm? Nasze słowniki mówią, że tak. W słowniku pod redakcją Doroszewskiego z połowy ubiegłego wieku *wirusy* to „najmniejsze drobnoustroje chorobotwórcze”, a *drobnoustroje* – „najmniejsze istoty żywe”; w „Uniwersalnym słowniku języka polskiego PWN” wyjaśniono, że *wirus* jest „organizmem żywym znacznie mniejszym od bakterii”.

w nowym internetowym „Słowniku języka polskiego PWN” napisano zaś dość enigmatycznie: „twór zbudowany z...” itd., a w innym słownikowym miejscu Internet mówi nam, że *wirusy* to „pogranicze świata istot żywych i martwej materii”.

Chociaż nowsze definicje raczej odmawiają wirusom życia, w języku polskim *wirus* jednak żyje. Świadczy o tym odmiana przez przypadki: rzeczownik *wirus* odmieniamy jak rzeczowniki męskożywotne, stąd *łapiemy wirusa* (biernik jak dopełniacz, tak jak *łapiemy psa*), nie zaś *wirus* (biernik jak mianownik, np. *łapiemy długopis*).

I pewnie sposób mówienia o nim choćby częściowo zakłada myślenie o nim jak o czymś żywym. Mówimy, że *grozi*, że *szaleje* nawet...

Moje pokolenie od dzieciństwa straszono niewidocznymi i na ogół groźnymi bytami – otaczały nas różne zarazki, mikroby i drobnoustroje, czasem konkretyzujące się w bakterie i, nieco później, w wirusy. Ten mikroświat przerażał, niósł choroby, trzeba się było tych maluchów strzec. To, że były nie do zobaczenia, przydało im mocy i tajemniczości.

Słowo *wirus* brzmi z łacińska. Niektórym może się poważnie kojarzyć z łacińskim *vir*, czyli 'mąż, wojownik'. Innym może swojsko łączyć się z czymś czy kimś, co *wiruje*, kręci się – taki *wiercipięta*... Ten rzeczownik jest istotnie z łaciny, gdzie *virus* oznaczał 'jad, truciznę'. Czyli cechą główną tego, co było nazywane słowem *wirus*, miała być jego szkodliwość, niszczyielskie działanie.

Ale nasze metafory różnymi drogami chodzą i często, do niedawna, słychać było, że ktoś *złapał wirusa* *poezji* czy *odkrywczości*, że oto nie tyle odkrył sam w sobie pasję do czegoś, ile ta pasja z zewnątrz niejako przyszła i że może nie tyle on ją złapał, ile ona jego...

W ostatnich latach jednak ta podstawowa szkodliwość wirusa zwyciężyła i pojawiła się nawet w naszym niemal równoległym świecie – w Internecie. Tu *wirus* to niechciany, działający bez naszej woli i wiedzy, przeszkadzający nam program komputerowy, któremu nie zawsze mogą zapobiec *programy antywirusowe*. I o tym programie też czasem skłonni jesteśmy myśleć jak o czymś żywym... ●

DZIEŃ SENIORA

Komisje Lekarzy Seniorów i Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zapraszają na koncert z okazji Dnia Seniora, który odbędzie się w piątek 15 listopada 2024 r. o godz. 16.00 w Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu 87/89. Wystąpią Anna i Romuald Spychalscy. Widzowie wybiorą się wraz z artystami w emocjonującą podróż po stylach i gatunkach muzycznych. Zapisy u Renaty Sobolewskiej, tel. 22 542 83 30.



Fot. G. Stec

COVID-19 już spowszedniał

Z NASTANIEM JESIENI ROŚNIE LICZBA PACJENTÓW PRZYCHODNI Z OBJAWAMI INFEKCJI GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH. SĄ WŚRÓD NICH ZAKAŻENI WIRUSEM SARS-COV-2. DO LEKARZY PRZYCHODZĄ TAKŻE PACJENCI, KTÓRZY WYZDROWIELI PO COVIDZIE, ALE INFORMUJĄ O UTRZYMUJĄCYCH SIĘ DOLEGLIWOŚCIACH, KTÓRE WIĄŻĄ Z PRZEBYTYM ZAKAŻENIEM. Z PERSPEKTYWY LEKARZA ZAJMUJĄCEGO SIĘ CHORUJĄCYMI NA CUKRZYCĘ O SKUTKACH COVIDOWEJ PANDEMII (CHOĆ NIE TYLKO) MÓWIŁ **PAWEŁ DOCZEKALSKI**, ZASTĘPCA SEKRETARZA NRL, LEKARZ W SZPZLO WARSZAWA BIAŁOŁĘKA-TARGÓWEK.

rozmawiała **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Rośnie liczba przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Tymczasem, mając katar, kaszel, objawy przeziębienia, coraz rzadziej sięgamy po testy. Czy COVID-19 spowszedniał?

Mozna tak powiedzieć, bo stał się chorobą, której przypadków w sezonie infekcyjnym jest więcej, trochę jak przeziębienia, grypy. Mamy już zupełnie inny obraz tego schorzenia niż podczas pandemii w 2020 czy 2021 r. Nauczyliśmy się z nim postępować i funkcjonować. Kolejne mutacje wirusa, kolejne szczepy są łagodniejsze, a zapewne także my, populacyjnie, jesteśmy lepiej przygotowani do radzenia sobie z zakażeniem. Po prostu uodpornieni.

Chyba jednak nie należy lekceważyć objawów zakażenia, lecz chronić się przed zachorowaniem na COVID-19. Kto przede wszystkim powinien to zrobić?

Infekcje będą nam towarzyszyć stale. Szczególnie narażone są osoby z grup podwyższonego ryzyka, czyli ludzie starsi, kobiety w ciąży, małe dzieci i pacjenci z wielochorobowością. Także osoby osłabione immunologicznie, np. chorzy po transplantacjach oraz pacjenci onkologiczni. Na osobach z tych grupy musimy się skupić, by chronić je przed zakażeniem SARS-CoV-2.

Czy pacjentów z dolegliwościami pocovidowymi jest wielu? Lekarze są wyczuleni na takie objawy?

Dość duża liczba pacjentów przyznaje, że ma tzw. smugę lub mgłę pocovidową, ale trudno stwierdzić, na ile ich stan jest faktycznie związany z przebyciem COVID-19. Ale rzeczywiście pacjenci najczęściej skarżą się na problemy z koncentracją i wiążą to z zachorowaniem na COVID-19. Ze względu na globalny zasięg pandemii chyba każdy lub prawie każdy z nas zetknął się z wirusem SARS-CoV-2 i przeszedł zakażenie, choć być może

bezobjawowo. Trzeba przyznać, że zgłaszane pocovidowe objawy w większości przypadków są powtarzalne i podobne, a my, lekarze, je znamy.

Czy po pandemii wzrosła liczba pacjentów z cukrzycą?

Sporo jest opinii wiążących wzrost liczby zachorowań na cukrzycę z niedawną pandemią. I rzeczywiście pacjentów cukrzycowych przybywa, ale czy ma to związek z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 i przechorowaniem COVID-19, trudno jednoznacznie powiedzieć. Faktem jest, że przebyta infekcja może mieć wpływ na uszkodzenie komórek trzustki i rozwinięcie się cukrzycy – mowa oczywiście o cukrzycy typu 2.

Ogólnie pacjentów z cukrzycą lub ze stanem przedcukrzycowym jest zdecydowanie więcej, także wśród dzieci. W mojej praktyce zawodowej zajmuję się osobami dorosłymi i widzę, że już nawet 18–20-latkowie zgłaszają się do poradni diabetologicznej z otyłością, nawet typu olbrzymiego. Przybywa chorych z zespołem metabolicznym. A nadmiar tkanki tłuszczowej prowa-



Fot. licencja OLL w Warszawie

dzi do stłuszczenia wątroby, uszkodzenia komórek trzustki. W następstwie cukrzycy mierzymy się z pełnym spektrum powikłań, m.in. kardiologicznych, nefrologicznych, neurologicznych, okulistycznych. Stopę cukrzycową mają już 30-latkowie. To naprawdę bardzo niepokojące. Czy jednak wiązałbym to zjawisko z COVID-19? Mimo wszystko, nie.

Może długi pobyt w domu podczas pandemii, praca zdalna, izolacja miały wpływ na pewne zaniedbania zdrowotne, chociażby ograniczoną aktywność fizyczną?

Nie wiem czy rok, a nawet dwa lata względnej izolacji spowodowałyby epidemię otyłości. Winiłbym raczej rozpowszechnienie żywności typu *fast food* i przetworzonej, słodkich napojów i wynikające z tego złe nawyki żywieniowe. Niestety, żywność lepsza jakościowo, ekologiczna, jest zdecydowanie droższa niż jedzenie „śmieciowe”. W tym przypadku czynnik ekonomiczny ma znaczenie. Wzrost zachorowań na cukrzycę, zwiększająca się liczba pacjentów z otyłością, z zespołem metabolicznym mają swoje przyczyny w dużej mierze w stylu życia i codziennych nawykach. „Epidemia” (biorąc pod uwagę skalę wzrostu liczby przypadków) cukrzycy i otyłości jest z pewnością groźniejsza społecznie i zdrowotnie niż choroby infekcyjne górnych dróg oddechowych, gdyż wiąże się z długotrwałymi skutkami w postaci groźnych dla zdrowia i życia powikłań.

Czy chorujący na cukrzycę powinni się zaszczepić przeciw COVID-19?

Tak. Przede wszystkim osoby z cukrzycą typu 1, która jest chorobą autoimmunologiczną, a pacjenci z tym schorzeniem mają upośledzony w pewien sposób układ odpornościowy. Zatem oni jak najbardziej powinni się zaszczepić przeciwko COVID-19, również przeciwko grypie i krztuścowi, którego przypadków także notujemy coraz więcej.

Nowa partia covidowych szczepionek ma pojawić się niebawem. Skoro covidowe testy poszły w odstawkę, a wielu chorujących traktuje COVID-19 jak przeziębienie, jak przebiegną szczepienia? Będzie dobra frekwencja?

Na pewno nie będą masowe, jak poprzednio, nie będą to szczepienia populacyjne. Po prostu – zalecane. ●

Odporni

JESIEŃ NADESZŁA – CHŁODNIEJSZE DNI, DŁUŻSZE WIECZORY. NIESTETY, POWRÓCIŁY TEŻ SEZONOWE INFEKCJE, NASTĄPIŁ KOLEJNY NAWRÓT COVID-19. TO MOMENT, KIEDY NALEŻY PRZYPOMNIEĆ SOBIE O TYM, CO NAJWAŻNIEJSZE – TROSCE O ZDROWIE W OPARCIU O NATURĘ, ALE I MĄDROŚĆ LEKARSKĄ. JAK CHRONIĆ SIĘ PRZED INFEKCJAMI GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH? JAK ULŻYĆ SOBIE, GDY WIRUSY WKRADNĄ SIĘ DO ORGANIZMU? OTO SPRAWDZONE, CHOĆ CZĘSTO ZAPOMNIANE METODY, KTÓRE MOGĄ OKAZAĆ SIĘ SPRZYMIERZĘNCAMI W WALCE O ZDROWIE.

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



Fot. M. Zyldecki

Każdy lekarz medycyny stylu życia powie, że fundamentem odporności jest wzmocnienie podstawowych zasobów organizmu. Codzienna dieta – pełna świeżych, kolorowych warzyw i owoców, pełnoziarnistych zbóż oraz zdrowych tłuszczów – stanowi naszą pierwszą linię obrony. Czasem zapominamy, że to, co łąduje na naszym talerzu, nie tylko daje energię, ale ma także zasilać układ odpornościowy i chronić nas w obliczu inwazji patogenów. Do tego dodajmy „banalny” spacer na świeżym powietrzu. Umiarkowana aktywność fizyczna, chociażby półgodzinny pobyt w parku, jest wskazana nawet podczas lekkich (do umiarkowanych) objawów infekcji górnych dróg oddechowych. Istotny jest też sen, który stanowi niezastąpione remedium na wiele dolegliwości, nie tylko ciała.

Jest również oczywiście miejsce na farmakologię. Według portalu mp.pl, opierającego się na „Internie Szczeklika”, udowodnione działanie skracające czas trwania choroby przeziębieniowej mają cynk (powyżej 75 mg na dzień), preparaty z jeżówki purpurowej (*Echinacea purpurea*) oraz wyciąg z pelargonii afrykańskiej (*Pelargonium sidoides*). Witaminę C określono jako nieskuteczną.*

Co z antybiotykami? Choć należą do największych osiągnięć współczesnej medycyny, niekiedy trudno je umiejscowić w leczeniu infekcji sezonowych. Presja ze strony pacjentów bywa niemała – lekarz często musi walczyć z oczekiwaniem natychmiastowego przepisanie „cudownego leku”. Tymczasem warto pamiętać, że aż 90–95 proc. infekcji górnych dróg oddechowych wywołanych jest przez wirusy. Oprócz wywiadu i badania, pomocne w ograniczaniu nadużywania antybiotyków są szybkie testy wirusowe i wykrywające poziom CRP. O zredukowaniu stosowania antybiotyków do niezbędnego minimum przypomina Światowa Organizacja Zdrowia. Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach (18–24 listopada) w 2024 r. odbędzie się pod hasłem „Edukuj. Walcz o zmiany. Działaj teraz”.

Pamiętajmy też o roli farmaceutów. To oni, mając ogromne doświadczenie i rozeznanie dotyczące leczenia objawów przeziębienia, wspierają pacjentów, pomagając im dobrać środki zaradcze. Ułatwiają chorym wybór leków bez recepty, przyczyniają się do odciążenia przeładowanych przychodni.

Wreszcie szczepienia ochronne – nasz niezrównany sojusznik w walce z infekcjami. W kontekście powracającego COVID-19, ale także grypy czy krztuśca, są jednym z najskuteczniejszych sposobów na zapobieganie powikłaniom. Zróbmy sobie prezent w listopadzie i zaszczepmy się. Poza tym nośmy maseczki, dezynfekujmy dłonie i nakłaniajmy do tego pacjentów, by nie utonąć w fali jesiennych infekcji.

A jeśli mimo wszystko choroba nas dopadnie? Spróbujmy na chwilę odpuścić i „odczepić się” od siebie. Nasz organizm jest zdolny do zadziwiających rzeczy, jeśli tylko damy mu chwilę na regenerację. Medycyna oferuje wiele narzędzi, ale maszynaria naszego własnego układu odpornościowego to bez mała fenomen. Jak mawiają mądrzy ludzie: czasem potrzebujemy

nie więcej działania, ale mniej. Wrzućmy niższy bieg i obserwujmy, jak nasze ciało odzyskuje równowagę. Może czasem nawet chorowanie ma sens? ●



* A. Gładysz, P. Sawiec, *Choroba przeziębieniowa – Interna Szczeklika (mały podręcznik)*, MP.PL (data weryfikacji: 15 lipca 2024, data sprawdzenia: 3 października 2024).

Odsetek specjalistów w stomatologii spada

ZGODNIE Z DANymi GUS, LICZBA LEKARZY DENTYSTÓW ZE SPECJALIZACJĄ PODNIOŚŁA SIĘ W OSTATNIEJ DEKADZIE O MNIEJ NIŻ 0,5 PROC. ZJAWISKU TEMU TOWARZYSZY ZWIĘKSZENIE O 20 PROC. LICZBY LEKARZY DENTYSTÓW POSIADAJĄCYCH PWZ. NIEWSPÓŁMIERNY WZROST TYCH WARTOŚCI OZNACZA, ŻE LEKARZE DENTYŚCI MAJĄCY SPECJALIZACJĘ STANOWIĄ CORAZ MNIEJSZY ODSETEK OGÓŁU.

tekst ANNA PRAWDZIK



Fot. U. Wołńska-Kurdej

Rosnąca świadomość zdrowotna pacjentów wpływa na korzystanie z opieki stomatologicznej z lepszym nastawieniem i w coraz szerszym zakresie. Pacjenci decydują się na kompleksowe plany terapii, leczenie multidyscyplinarne staje się standardem. Rodzi to konieczność podążania za dynamiką zmian i nowymi potrzebami pacjentów.

Lekarze dentyści wraz z PWZ uzyskują możliwość podejmowania leczenia stomatologicznego pacjentów w pełnym zakresie. Ukończenie szkolenia specjalizacyjnego nie jest obligatoryjne. Przygotowanie merytoryczne i stałe podnoszenie kompetencji to jednak nie wszystko. Świadczenia na najwyższym poziomie wymagają inwestowania w zmieniające się technologie, których wdrożenie jest bardzo kosztowne.

Aspekty nie tylko techniczne, a także ekonomiczne, związane z utrzymaniem rentowności gabinetu, wpływają na zmiany na rynku stomatologicznym, należącym w znaczącej części do sektora prywatnego. Wysoko wyspecjalizowany zespół w wielostanowiskowej klinice to perspektywa wypierająca powoli obraz lekarza dentysty, który potrafi zaspokoić wszystkie potrzeby pacjenta w jednostanowiskowym gabinecie. Lekarze dentyści coraz częściej decydują się też na drogę doskonalenia w wąskich dziedzinach stomatologii.

Zapotrzebowanie na specjalistów jest jednym z kluczowych czynników decydujących o liczbie miejsc specjalizacyjnych. Liczba miejsc rezydencjalnych na specjalizacje lekarsko-dentystyczne od dekady pozostaje jednak niemalże stała. Alternatywne drogi zdobywania umiejętności często nie są wyborem, lecz koniecznością. Kompleksowość szkolenia specjalizacyjnego zastąpił przymus wieloletniego organizowania go we własnym zakresie.

Ostatecznie lekarze dentyści wychodzą naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom pacjentów, wydaje się jednak, że niezbędne są tu systemowe zmiany. Nerozwieszony pozostaje problem dostępności leczenia specjalistycznego w ramach NFZ. Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza ortodonta w ramach NFZ wynosił na początku tego roku około 10 miesięcy, maksymalny – nawet kilka lat. Biorąc pod uwagę wiek rozwojowy i charakterystykę leczenia ortodontycznego wymagających go pacjentów, czas oczekiwania trzeba uznać za zbyt długi.

Ograniczenia dotyczące liczby miejsc rezydencjalnych dla lekarzy dentystów są wynikiem m.in. braku chętnych do obejmowania funkcji kierowników specjalizacji ze względu na wynagrodzenie niewspółmierne do wymaganych kompetencji i odpowiedzialności. Problem ujawnił się dobitnie po podniesieniu wynagrodzeń lekarzy rezydentów, co zniwelowało różnice płacowe między nauczającymi a zdobywającymi wykształcenie. Poza tym nieuwzględnienie uwarunkowań mniejszych jednostek w procesie uzyskiwania akredytacji nie pozwala na korzystanie z potencjału tych jednostek jako miejsc szkoleniowych.

W ramach tegorocznego jesiennego postępowania kwalifikacyjnego na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne Ministerstwo Zdrowia przyznało 6651 miejsc rezydencjalnych, w tym lekarsko-dentystycznych 213. Konieczne są działania systemowe, które wpłyną na zwiększenie liczby miejsc na specjalizacje lekarsko-dentystyczne, by dostosować kształcenie specjalizacyjne do rzeczywistych potrzeb. ●



Fot. G. Stec

W trosce o zdrowie jamy ustnej dzieci

LEKARZE DENTYŚCI, SPECJALIŚCI, AKADEMICY, NAUKOWCY Z POLSKI, EUROPY I ŚWIATA SPOTKALI SIĘ NA WUM, BY DZIELIĆ SIĘ WIEDZĄ I DOŚWIADCZENIEM W ZAKRESIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ. TO WAŻNE WYDARZENIE DLA OIL W WARSZAWIE – WSPÓŁORGANIZATORA SPOTKANIA I SYGNATARIUSZA LISTU INTENCYJNEGO O WSPÓŁPRACY Z PTSD, PODPISANEGO PODCZAS IX KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ.

tekst **MAŁGORZATA HNAT**

Spotkanie rozpoczęło się 27 września warsztatami w Uniwersyteckim Centrum Stomatologii WUM. Panel dyskusyjny poprowadziła dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka (WUM). Dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentyków, omówił problemy związane z leczeniem infekcji zębopochodnych w kontekście jego refundacji przez NFZ.

Drugi dzień konferencji otworzyła prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, współzałożycielka i prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

Lekarze dentyści zgodnie podkreślali, że dzieci w Polsce mają częściej problemy ze zdrowiem jamy ustnej niż ich rówieśnicy z innych krajów UE. Poważne choroby zębów mlecznych i dziąseł obserwujemy już u niemowląt. Z wiekiem rośnie liczba schorzeń i ogrom zaniedbań.

Skala problemu jest bardzo duża, toteż OIL w Warszawie i Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej połączyły siły. Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie, i Dariusz Palu-

szek wraz z prof. Dorotą Olczak-Kowalczyk, dr hab. n. med. Anną Turską-Szybką, sekretarzem PTSD, i prof. dr hab. n. med. Marią Mielnik-Błaszczak, wiceprezes towarzystwa, podpisali list intencyjny o współpracy partnerskiej.

– To moment, który otwiera przed nami nowe możliwości, ale też stawia cele, które wspólnie będziemy mogli zrealizować. Wyzwania, którym mamy sprostać, są ogromne – od zrozumienia potrzeb najmłodszych po zapewnienie im komfortu podczas wizyt w gabinecie. Każdy z nas doskonale wie, jak istotne jest nie tylko leczenie, ale także budowanie zaufania między lekarzem dentyką a dzieckiem, aby te pierwsze doświadczenia były pozytywne i nie kojarzyły się jedynie z lękiem i bólem – powiedział prezes Artur Drobnik.

Zgodnie z treścią listu intencyjnego, współpraca warszawskiego samorządu lekarskiego i PTSD ma obejmować działalność dydaktyczną, rozwojową, naukową i badawczą. Będzie dotyczyć także prowadzenia wspólnych projektów z zakresu promocji zdrowia jamy ustnej w populacji dzieci i młodzieży oraz propagowania wiedzy o wpływie stanu zdrowia jamy ustnej na ogólny stan zdrowia. ●

nowość

HALEON



Zadbaj o zęby dziecka z pastą

**SENSODYNE
PROSZKLIWO**

Marka polecana
przez **lekarzy dentystów*****



Gama produktów stworzona wspólnie z dentystami dla ochrony cennego szkliwa u dzieci – dla **mocnych, zdrowych zębów**.

Należy dbać o zęby mleczne i o pierwsze zęby stałe, aby zęby były zdrowe i mocne

Nowe zęby stałe u dzieci, są **o 50%** bardziej podatne na uszkodzenia niż zęby dorosłego i mogą potrzebować do 3 lat, aby osiągnąć pełną wytrzymałość.



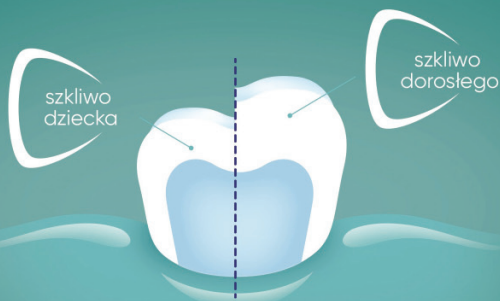
Ciągła ekspozycja na działanie kwasów, wytwarzanych przez bakterie zawarte w płytce nazębnej, może prowadzić do powstania ubytków próchnicowych.



1450 ppm
fluorku

1000 ppm
fluorku

- ▶ **24-godzinna** ochrona przed próchnicą. *
- ▶ **2x silniejsza** ochrona szkliwa. **
- ▶ W **100% naturalne** aromaty.



*Stosuj zdrową dietę i myj zęby dwa razy dziennie **Ochrona szkliwa przed kwasami cukrowymi w porównaniu z naturalnymi mechanizmami obronnymi jamy ustnej ***Na podstawie badania przeprowadzonego w październiku 2023 przez IQVIA na zlecenie Haleon. PM-PL-PRO-24-00007

Zeskanuj kod QR¹
w celu uzyskania informacji
o produktach leczniczych Haleon

¹ Uruchoom aparat w smartfonie i nakieruj obiektyw na kod QR



Źródła wiedzy



Fot. G. Stec

Z DR. N. MED. JULIUSZEM MINAKOWSKIM, SZEFEM OFICyny WYDAWNICZEJ MED TOUR PRESS INTERNATIONAL, KTÓRA PUBLIKUJE M.IN. PERIODYK „STOMATOLOGIA WSPÓŁCZESNA”, ROZMAWIA DARIUSZ PALUSZEK, WICEPREZES ORL W WARSZAWIE DS. LEKARZY DENTYSTÓW.

DR MINAKOWSKI OPOWIADA O KONDYCJI I PRZYSZŁOŚCI WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ PRASY NAUKOWEJ, „MEDIALNEJ LUCE POKOLENIOWEJ” I OCZEKIWANIACH MŁODEGO CZYTELNIKA.

Dla mnie, lekarza dentysty z 30-letnim stażem, słowo pisane jest najważniejszym źródłem wiedzy. Jednak młode pokolenie do książek i prasy podchodzi sceptycznie. Następuje zmierzchno słowa drukowanego?

Lata 90. ubiegłego wieku i początek wieku XXI charakteryzował rozwój działalności edytorskiej, powstawały nowe oficyny wydawnicze, nowe tytuły czasopism. Jednak lata następne wyraźnie zmieniły zainteresowania czytelników, szczególnie młodych. Popularność tradycyjnego przekazu informacji zmniejszyła się.

Czy zmiany zachodzące we współczesnym świecie, kulturowe, ekonomiczne, stylu życia, postęp i rozwój nowych dziedzin w nauce i technice spowodują upadek słowa drukowanego? Otóż zdaniem wielu badaczy i ekspertów raczej nie, nastąpi jedynie ograniczenie liczby wydawanych tytułów, zmniejszenie nakładów. Rosnące koszty wydawnicze i sprzedaży wpływają negatywnie na stabilność rynku drukowanych gazet i czasopism. Zdaniem części analityków i badaczy problemu o przetrwaniu periodyków będzie decydować głównie zawartość – przekazywane treści i atrakcyjność. Można więc mówić o pewnej koegzystencji z nowoczesnymi technologiami przekazu informacji.

Jak zatem zmieniły się zainteresowania czytelników, szczególnie młodych? Czego oczekują od mediów?

W Reuters Institute Digital News Report 2024 podano, że badania przeprowadzone w 47 krajach wykazały, iż 65 proc. ankietowanych wysoko ocenia przekaz wiadomości zaspokajających potrzeby w zakresie „wiedzy”. Informacje angażujące emocjonalnie uznano za nieco mniej istotne – wskazało je 50 proc. badanych, „rozrywkę” zaś – jeszcze mniej, bo 47 proc., co zdaniem ekspertów „może wynikać z szerokiej dostępności treści rozrywkowych poza mediami informacyjnymi”. Analitycy komentujący wyniki przytoczonych badań zwracają uwagę na „medialną lukę pokoleniową” w kwe-

stii inspirowania i emocjonalnego angażowania, zwłaszcza młodych odbiorców, a rozrywka jest ważna dla młodych czytelników, którzy oczekują bardziej interaktywnej i atrakcyjnej formy przedstawiania informacji. Zgodnie z raportem, czytelnicy pragną lepiej zrozumieć świat, poznać kontekst aktualnych wydarzeń oraz zdobyć nową wiedzę. Należy to brać pod uwagę jako ważne uwarunkowania dostosowania do wymogów konkurencyjnego rynku.

W naszym kraju istnieje wyraźny podział na literaturę naukową wysokospecjalistyczną (czasopisma, książki, podręczniki dla lekarzy i lekarzy dentystów) oraz periodyki, w których przekazywana jest bardzo ogólna wiedza medyczna, stomatologiczna. Pokrywa się ona z reguły z tekstami na licznych portalach stomatologicznych. Czy widzi pan jeszcze miejsce na tego typu periodyki?

Wydaje się, że tego miejsca jest coraz mniej. Moje obserwacje rynku edytorskiego dotyczą długiego przedziału czasu, ponieważ wydawnictwo, którym mam zaszczyt kierować, powstało na początku lat 90. ubiegłego wieku. Z pomocą wybitnych polskich stomatologów – prof. Zbigniewa Jańczuka i prof. Marii Wierzbickiej – utworzyliśmy dwa periodyki naukowe „Magazyn Stomatologiczny” i „Stomatologię Współczesną”. Są one (wprawdzie przez różne przedsiębiorstwa) nieprzerwanie wydawane do dziś. Powstały również czasopisma medyczne popularne, o różnej częstotliwości ukazywania się, ale żadne z nich nie przetrwało, zniknęły z rynku. Powyższy przykład może potwierdzać prognozy, prezentowane w opracowaniach związanych z analizą i badaniami rynku gazet i czasopism, że redakcje i wydawnictwa czekają rosnące problemy i trudności dotyczące edycji owych periodyków, coraz częściej nie do pokonania.

Jakie wymogi powinno spełniać czasopismo naukowe?

O wartości każdego czasopisma, a naukowego przede wszystkim, decyduje

jego zawartość, przekaz nowości naukowych, współczesnej wiedzy w danej dziedzinie medycyny, stomatologii. Szczególnie cenione są oryginalne prace naukowo-badawcze. Wszystkie publikacje powinny być recenzowane oraz uwzględniać aktualne piśmiennictwo. Dowodem wysokiego poziomu merytorycznego specjalistycznych medycznych czasopism naukowych jest spełnianie kryteriów tworzących ich wartość, także w układzie międzynarodowym. Uzasadnia to fakt, że wydawnictwa takie znajdują się w Web of Science Core Collection, w Scopus, w grupie czasopism z Impact Factor (indeksem cytowań) lub/i mają odpowiednią ocenę Komisji Ewaluacji Nauki. Istotne jest również stosowanie w przekazie treści języka międzynarodowego, czyli angielskiego.

W ostatnich latach towarzystwa naukowe nie wydają biuletynów, przynajmniej takich, które byłyby szeroko rozpowszechniane. Oczywiście, każde dąży do posiadania własnej gazety, kończy się jednak przeważnie na tym, że informacje są zamieszczane na stronie internetowej. Jak skomentować tę tendencję?

Zgadzam się z tym, że towarzystwa naukowe lekarskie są zainteresowane dysponowaniem własnymi periodykami naukowymi. Duże liczebnie organizacje lekarzy i lekarzy dentystów posiadają własne tytuły, ale ich przygotowanie i wydawanie wiąże się z rosnącymi trudnościami. Dotyczy to również pozyskiwania do publikacji prac naukowych na wysokim poziomie, co z kolei niestety wpływa na opóźnienie edycji numerów. W celu ograniczenia kosztów część czasopism przechodzi na wydanie elektroniczne i rezygnuje (lub ogranicza) edycję wersji papierowej. Redakcje starają się także o reklamy od wytwórców lub dystrybutorów produktów medycznych, stomatologicznych. Gdy wziąć pod uwagę całokształt zmian na rynku wydawniczym, nie jest zaskoczeniem, że część edytorów wybiera cyfrową transformację, zamykając drukowane periodyki lub przenosząc je do Internetu. ●

Finanse: jest coraz gorzej

W PLANIE FINANSOWYM NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA NA TEN ROK NIE MA WYSTARCZAJĄCYCH ŚRODKÓW, BY ZAPŁACIĆ ZA WSZYSTKIE WYKONANE USŁUGI ZDROWOTNE – PRZYZNAŁ 9 PAŹDZIERNIKA, PODCZAS DEBATY W SEJMIE NA TEMAT SYTUACJI FINANSOWEJ NFZ, WICEMINISTER ZDROWIA MAREK KOS.

tekst MAŁGORZATA SOLECKA



Fot. K. Bartyzel

Kwestia finansów ochrony zdrowia praktycznie od połowy roku jest wyjątkowo nabrzmiała. Nie chodzi tylko o abstrakcyjną – przede wszystkim dla polityków – lukę w finansach NFZ, którą w czerwcu eksperci oszacowali, w perspektywie trzech najbliższych lat, na ponad 90 mld zł. Kryzys jest widoczny już teraz, choć jego skala to „tylko” około 10 mld zł. Tyle w tym roku brakuje, w stosunku do planu finansowego, na wypłatę świadczeń nielimitowanych i choćby części nadwykonań zrealizowanych przez szpitale. Takiego zastrzyku jednorazowo nie było i nie będzie, więc minister zdrowia od II kwartału szuka w swoim budżecie oszczędności, które przekazuje NFZ, by fundusz zapłacił za to, za co zapłacić musi – czyli za świadczenia nielimitowane. Pod koniec września Izabela Leszczyna po raz drugi sięgnęła do „własnej” kiesy i przekazała płatnikowi 1,6 mld zł. Szpitale nie ukrywają jednak, że bez pieniędzy za nadwykonania będzie im niezwykle ciężko funkcjonować. W szczególności trudnej sytuacji są szpitale powiatowe, których budżet opiera się w ogromnej mierze na ryczałcie.

Opozycja korzysta z niełatwej sytuacji w ochronie zdrowia, by atakować rząd. Na pierwszym październikowym posiedzeniu Sejmu posełowie PiS zwrócili się o udzielenie informacji w tej sprawie. – *Szpitale przekładają planowe operacje, ograniczają przyjęcia, a kolejki do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej się wydłużają* – mówił poseł Czesław Hoc i dopytywał się, jaką rząd ma strategię w sytuacji, gdy w NFZ brakuje środków na zapłatę za świadczenia. – *Gdzie podziały się pieniądze na ochronę zdrowia, skoro według GUS zarobki wzrosły o 11 proc., więc wpływy ze składki były wyższe?* – pytał, sugerując, że zamiast „bzdurowych komisji śledczych” Sejm powinien powołać komisję śledczą, która zbadalaby „kto przywłaszcza sobie pieniądze przeznaczone na ochronę zdro-

wia”. Posłowie PiS, którzy zabierali głos w dyskusji, nie stronili od supozycji, że być może gwałtowne pogorszenie się sytuacji w ochronie zdrowia jest pierwszym krokiem w kierunku „komercjalizacji i prywatyzacji szpitali”.

Wiceszef resortu Marek Kos przypomniał, że 4 marca 2024 r. budżet NFZ został zwiększony o 2,237 mld zł. – *Były to środki, którymi zapłacono za świadczenia limitowane, a także z zakresu ryczałtu szpitalnego za rok 2023* – wyjaśniał wiceminister. Dodał, że minister finansów przekazał NFZ także obligacje skarbowe o wartości 3 mld zł z przeznaczeniem na konkretne obszary świadczeń – diagnostykę i leczenie onkologiczne, psychiatrię dziecięcą oraz diagnostykę i leczenie chorób rzadkich. Ze środków MZ zaś do funduszu w czerwcu trafiło ponad 1,2 mld zł (na świadczenia nielimitowane w I kwartale) i ponad 1,6 mld zł (na świadczenia nielimitowane w II kwartale). Podkreślił, że problemem nie jest żadne przywłaszczanie pieniędzy, po prostu w planie finansowym NFZ, przyjętym latem ubiegłego roku, a więc przez poprzedni rząd, było ich o wiele za mało w stosunku do potrzeb. Kierownictwo MZ od dłuższego już czasu przypomina o wykorzystaniu rezerw finansowych NFZ w 2023 r., a także wskazuje, że podjęte w latach 2022–2023 decyzje (w sprawie nowelizacji ustawy o wynagrodzeniach minimalnych i przesunięciu katalogu wydatków z budżetu państwa do NFZ bez dotacji przedmiotowej) radykalnie zwiększyły koszty płatnika, jego przychody zaś nie wzrosły. O skutkach nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, dotyczącej finansowania świadczeń, mówił podczas październikowej konferencji „Wizja zdrowia” wiceprezes NFZ Jakub Szulc. – *W momencie uchwalenia ustawy wartość katalogu świadczeń wynosiła około 5–6 mld zł. W tej chwili sięga już 10 mld zł. Nastąpiło zerwanie między organizatorem świadczeń a płatnikiem* – zazaczył, podając

przykład ratownictwa medycznego. – *Gdy wojewoda odpowiadał za organizację systemu i finanse, przed podjęciem decyzji np. o zwiększeniu liczby zespołów PRM sprawdzał, czy ma możliwości budżetowe. W tej chwili wojewodowie przekazują do funduszu informacje, jaką liczbę zespołów należy sfinansować.*

Nie ma żadnej wątpliwości, że koalicja rządząca ponosi teraz konsekwencje dość beztronskiego podejścia do finansowania ochrony zdrowia z początków tworzenia rządu, gdy panowało przekonanie, że pieniędzy w systemie przybyło w ostatnim czasie znacząco i ten wzrost będzie trwał. Tymczasem, jak podkreślali eksperci, ów wzrost był dość problematyczny, bo w ogromnym stopniu napędziły go pieniądze inflacyjne, czyli puste (w analogicznym stopniu wzrosły nominalnie koszty). Poza tym właśnie na poczet owego wzrostu podejmowano decyzje zwiększające sztywne wydatki, bez zapewnienia ich pokrycia w przyszłych przychodach. Jeśli dodamy do tego wykorzystanie całego funduszu zapasowego w jednym roku, co dało fałszywe poczucie „eldorado” w ochronie zdrowia – otrzymamy przepis na katastrofę, która właśnie następuje.

Dlatego punktem zapalnym stają się wynagrodzenia pracowników medycznych. Coraz głośniej i coraz częściej podnoszona jest kwestia uregulowania maksymalnych stawek, jakie lekarze (przede wszystkim lekarze) mogą zarabiać na umowach cywilnoprawnych. W kularowych rozmowach wymieniane są stawki miesięczne sięgające już nie tylko

100 tys. zł, ale wręcz 300 tys. (tyle miał zapłacić lekarzowi w jednym miesiącu pewien warszawski szpital, znajdujący się zresztą w opłakanej sytuacji finansowej). Pojawiły się nawet pytania dotyczące ustawy o wynagrodzeniach minimalnych. Izabela Leszczyna pozwoliła sobie na sugestię, że ustawa miała obowiązywać trzy lata, więc w związku z uchwaleniem jej dużej nowelizacji w 2022 r. wygaśłaby w przyszłym roku. Po kilku dniach Ministerstwo Zdrowia musiało oficjalnie przyznać, że żadnego przepisu w tej sprawie w ustawie nie ma, podwyżki są gwarantowane bezterminowo (w pierwszej wersji ustawy z 2017 r. rzeczywiście był opisany czasowo obowiązujący mechanizm powiązania wynagrodzenia pracowników medycznych z rosnącą kwotą bazową, ale zniknął podczas kolejnych zmian w dokumencie). Niewykluczone jednak, że ministerstwo będzie musiało zaprosić partnerów społecznych oraz przedstawicieli środowisk pracowniczych (nie wszystkie są reprezentowane w Zespole Trójstronnym ds. Ochrony Zdrowia) i podjąć negocjacje na temat nowych rozwiązań płacowych.

Powód jest prosty i wiceprezes NFZ Jakub Szulc mówi o nim bez ogródek: – *Ciągle wydajemy realnie na ochronę zdrowia około 5 proc. PKB lub minimalnie więcej.*

Pole finansowych manewrów jest więc niezwykle ograniczone, a ścieżka wzrostu, opisana w ustawie 7 proc. PKB na zdrowie – jak wielokrotnie podnosił samorząd lekarski – okazała się wielką fikcją. ●

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

PREMIUM BIAŁKA SKI
BY SUN & SNOW

BIAŁKA SKI APARTMENTS
BY SUN & SNOW

KUP LUKSUSOWY APARTAMENT
w Białce Tatrzańskiej

WIDOK NA GÓRY

NA STOKU PRZY PLANOWANYM WYCIĄGU NARCIARSKIM

KURORT ATRAKCYJNY PRZEZ CAŁY ROK

OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY:
OPŁATY NOTARIALNE GRATIS

TEL. 539 071 230
WWW.INWESTYCJE.SUNANDSNOW.PL

REKLAMA

Dzień świstaka

CZY TRAGICZNA POWÓDŹ Z WRZEŚNIA TEGO ROKU NAUCZY CZEGOŚ SYSTEM OCHRONY ZDROWIA? MOŻNA ŚMIAŁO OBSTAWIAĆ, ŻE... NIEWIELE. „ZANIEDBAJ, SPANIKUJ, POWTÓRZ” – TA IRONICZNA FRAZA, OPISUJĄCA CYKLE ZAINTERESOWANIA ZDROWIEM PUBLICZNYM I BEZPIECZEŃSTWEM ZDROWOTNYM, DOBRZE ODDAJE PRZYJĘTĄ OBECNIE LOGIKĘ, KTÓRA STAWIA NA PIEDESTALE KRÓTKOTERMINOWE KALKULACJE EKONOMICZNE. TA WŁAŚNIE LOGIKA SPRAWIŁA, ŻE MAMY DZIŚ PLACÓWKI MEDYCZNE, KTÓRE UCIERPIAŁY W POWODZI STULECIA Z 1997 R., A W 2024 ICH LOS SIĘ POWTÓRZYŁ. TRZEBA TO ZMIENIĆ.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szafrański

Budowanie bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga nie lubianej przez menedżerów po bieda-MBA nadmiarowości, przygotowania nie tylko na rutynowe, codzienne działania, ale i na mniej prawdopodobne lub rzadsze wydarzenia. W ochronie zdrowia potrzebujemy odpowiedników zbiorników retencyjnych, tam i wałów, by sprostać poważnym zagrożeniom, kiedy nadejdą.

Dotyczy to zresztą nie tylko przygotowania na katastrofy naturalne. Programy szczepień ochronnych zyskują na zainteresowaniu, gdy wybucha epidemia albo przynajmniej pojawia się ognisko groźnej w skutkach choroby. Zgon półtorarocznej uczestniczki ośpa party w okolicach Warszawy przyczynił się do nagłego wzrostu zainteresowania szczepionką przeciwko ospie wietrznej. Straszna śmierć w pożarze uczestników zabawy w escape roomie w Koszalinie wywołała gorące dyskusje o poziomie przestrzegania przepisów przeciwpożarowych w naszym kraju. Pandemia COVID-19 skierowała naszą uwagę na stan szpitali i konieczność koordynacji ich działania. Potrzeba naprawdę spektakularnych katastrof, by bezpieczeństwo zdrowotne populacji przyciągnęło zainteresowanie mediów i skłoniło polityków do działania. Pojawia się wówczas „okno możliwości” na wprowadzenie zmian. Niestety na krótko, dopóki inne, bieżące tematy nie zepchną w niepamięć wspomnień tragicznych wydarzeń.

W przypadku ostatniej powodzi to „okno” ledwie się uchyliło. Przez chwilę media zajęły się

problemem remontowania najważniejszych dla zdrowia ludzi placówek, takich jak szpitale, zamiast przeniesienia ich w inne, bezpieczniejsze miejsce. Przecież szpital na terenie zalewowym to nie tylko bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia przebywających w nim pacjentów i personelu medycznego, ale także odcięcie w razie powodzi miejscowej ludności od szybkiej pomocy medycznej, której podczas katastrofy potrzebuje wielu poszkodowanych. Dotknięte falą powodziową oddziały nie tylko nie są w stanie jej udzielić, ale same stają się „problemem do rozwiązania” dla służb organizujących ewakuację z danego terenu.

Szczęściem w nieszczęściu, pamięć o pandemii była na tyle świeża, by np. w Nysie wojsko zorganizowało w ciągu doby szpital polowy po ewakuacji podtopionej placówki. W połowie października tamtejsza prasa podała zaś informację, że starosta uzyskał zielone światło od minister zdrowia na postawienie nowego budynku w innym miejscu, niezagrożonym powodzią, na górze za miastem. Lektura tych doniesień nie pozostawia jednak złudzeń co do ulotności pamięci o dramatycznych wydarzeniach – dziennikarze odnotowują wysoki koszt wzniesienia nowego budynku, a także spory wokół zakresu świadczeń (!), jakich w przyszłości miałby ten szpital udzielać. Tymczasem placówka w Nysie ucierpiała w powodzi już dwa razy (w lipcu 1997 r. i we wrześniu 2024), ponosząc ogromne straty. We wrześniu tego roku woda zdewastowała m.in.: oddział ratunkowy, laboratorium analityczne, pracownię tomogra-

fii komputerowej, rezonansu magnetycznego i diagnostyki obrazowej. Dyrektor szpitala oszacował wstępnie skalę zniszczeń na 50 mln zł. A przecież wyrządzone powodzią szkody nie ograniczają się do zniszczonego sprzętu i infrastruktury placówek medycznych. Dotyczą też zdrowia pacjentów, tych, których trzeba było w trybie pilnym przetransportować do sąsiednich szpitali, oraz innych, którym w zaistniałych warunkach trudno było udzielić pomocy w odpowiednim czasie. Pozostaje mieć nadzieję, że tym razem władzom samorządowym uda się przerwać mantrę o „krótkoterminowej optymalizacji kosztów” nie tylko argumentami ekonomicznymi, ale przede wszystkim odwołaniem do podstawowego celu istnienia szpitala, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. Tym bardziej że zmiany klimatu każą nam już zrewidować przekonanie o katastrofach naturalnych jako rzadkich anomaliami.

Znamienne jest, jak bardzo polskie dyskusje o skutkach powodzi skupiają się na „tu i teraz”. Słyszymy wiele o szkodach majątkowych. Przez chwilę tematem politycznych porytek w mediach społecznościowych były szacunkowe liczby nagłych zgonów bezpośrednio związanych z powodzią. Tymczasem wiemy z badań przeprowadzonych na świecie, że powódź ciągnie za sobą długi „ogon” negatywnych skutków dla zdrowia. Nie chodzi jedynie o utonięcia, upadki, zagrożenie tężcem, zakażeniami pokarmowymi i innymi chorobami zakaźnymi kojarzonymi z tą klęską żywiołową.

Przykładowo dr Kai Chen z zespołem wykazał w badaniu opublikowanym na łamach „Nature Water” (*Association of flooding exposure with cause-specific mortality in North Carolina, United States*, J. Ban, C. Sutton, Y. Ma, et al., „Nature Water” 1/2023, 1027–1034), że powódź wpływa na wzrost ryzyka wielu chorób niezakaźnych. Powrót do wilgotnych mieszkań może np. wywołać choroby układu oddechowego, w tym alergię spowodowane kontaktem z pleśnią. Stres silnie wpływa na osoby młodsze, u których wzrasta ryzyko zaburzeń psychicznych. Osoby starsze i przewlekle chore muszą się mierzyć ze skutkami przerw w stosowaniu leków oraz przejściowym brakiem dostępu do opieki medycznej. Zarówno powodziom, jak i niosącym pomoc pracownikom różnych służb grozi rozwój PTSD (*Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review*, Y. Neria, A. Nandi, S. Galea, „Psychological Medicine” 4(38)/2008, 467–480).

Obszary objęte powodzią wymagają wieloletniej strategii wsparcia, która obejmie pomoc materialną i specjalne programy zdrowotne pomyślane tak, by ograniczyć bliższe i dalsze następstwa kataklizmu dla mieszkańców. Nade wszystko jednak potrzebujemy przestawić się z trybu „jakoś to będzie” na myślenie o ochronie zdrowia jako krytycznej infrastrukturze państwa, gotowej do działania i na co dzień, i w trybie awaryjnym. W innym przypadku będziemy powtarzać stare błędy podczas kolejnych katastrof. ●



Kup luksusowy apartament z widokiem na Karkonosze

Najwyższy standard w sercu Szklarskiej Poręby



BASEN ZEWNETRZNY



SPA



MOŻLIWOŚĆ INSTALACJI PRYWATNEJ SAUNY

OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY:
OPŁATY NOTARIALNE GRATIS



REKLAMA

TEL. 539 071 230
WWW.INWESTYCJE.SUNANDSNOW.PL

Primum non nocere

JUŻ PO RAZ PIĄTY ODBYŁA SIĘ KONFERENCJA „EMPATIA A UMIERANIE I ŚMIERĆ. ABY GODNIE UMRZEĆ, POTRZEBNA JEST CAŁA WIOSKA”, ORGANIZOWANA PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ W WARSZAWIE WE WSPÓŁPRACY Z INSTYTUTEM DOBREJ ŚMIERCI.

tekst **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Spotkania te są reakcją na potrzebę edukacji. Lekarze chcą uczyć się profesjonalnego i czułego mówienia o umieraniu, śmierci oraz żałobie. Celem konferencji jest przede wszystkim zmiana podejścia z przemilczania i niedopowiedzeń na pełen szacunek, otwarty dialog. Chodzi o to, aby ludzie byli świadomi swojego życia, ale także, a może przede wszystkim, perspektywy końca, aby w obliczu śmierci potrafili o siebie zadbać i wzajemnie się wspierać.

Dr Agata Malenda, specjalistka chorób wewnętrznych, hematolożka, która zajmuje się opieką paliatywną, rozpoczynając konferencję, powiedziała: – *Tak samo, jak opiekujemy się*

pacjentem za życia, powinniśmy zaopiekować się nim także w procesie umierania, dlatego, że śmierć jest częścią życia, jest naturalna i nie możemy jej uniknąć. Musimy o niej rozmawiać, tak samo jak o dobrym życiu. Niech mottem tej konferencji będą słowa ks. Jana Kaczkowskiego: „Własnej śmierci nie da się schrzanić. Nie zdarzyło się, żeby ktoś umarł nieskutecznie. Ale da się schrzanić wszystko to, co jest wokół śmierci”.

Pod tym właśnie kątem przygotowano program konferencji, który był podzielony na cztery panele. Pierwszy dotyczył żałoby i zegnania się z osobą umierającą. Wystąpiły Kata-



Fot. M. Frnat

rzyna Jackowska-Enemuo, antropolożka kultury, Izabela Jachnicka, celebrantka humanistycznych ceremonii pogrzebowych, Joanna Piaskowska, przedstawicielka rodziny pacjenta chorego onkologicznie, i dr Maria Wysocka, psycholożka na oddziale hospicjów stacjonarnych. Panie mówiły o własnych doświadczeniach w opiece nad chorym onko-logicznie, o tym, co to znaczy dobrze się żegnać z osobą umierającą. Jak ważna jest wspólnotowość w śmierci i w żałobie, o zobiektywizowanej trosce, przede wszystkim zaś o relacji człowiek – człowiek oraz o tym, że pogrzeb powinien być rytuałem uzdrawiającym.

Druga część konferencji poświęcona była zagadnieniu, jak lekarz powinien rozmawiać z pacjentem i jego rodziną oraz jak ma zadbać o własne zdrowie psychiczne. Prelegentem w tej części spotkania był prof. Zbigniew Żylicz, który podkreślił wagę komunikacji: – *W moim pojęciu relacja z pacjentami to spotkanie dwóch specjalistów. Jeden jest specjalistą od choroby, czyli lekarzem, a drugi – to pacjent, czyli specjalista od odczuwania tej choroby.* Profesor mówił też o dostosowaniu języka do możliwości percepcji zarówno pacjenta, jak i jego rodziny, oraz o tym, jak ważny jest uśmiech, a nawet żart w tym trudnym czasie. Wskazał również, że pora uczyć studentów medycyny tzw. kompetencji społecznych.

Z niezwykle trudnym problemem zmierzyła się Katarzyna Żak-Jasińska, pediatra, specjalistka onkologii i hematologii dziecięcej. Rozpoczęła swój wykład od bajki o ważce, która jest symbolem śmierci, odchodzenia i umierania, ale jednocześnie przechodzenia na drugą stronę (larwy tego owada żyją w wodzie, a następnie wydostają się na powierzchnię). Wyjaśniała, jak zaopiekować się sobą po śmierci pacjenta, zadbać o własne zdrowie psychiczne. Jakie są drogi powrotu lekarza do normalnego życia, do własnej rodziny, gdy umiera dziecięcy pacjent, i jak skonfrontować się z własnym lękiem przed śmiercią. – *Chodzi o to, żeby ta studnia nie była nigdy pusta* – podsumowała.

Trzecia z kolei część konferencji dotyczyła terapii daremnej. Dr Paweł Witt zajął się tym problemem na oddziałach intensywnej terapii, m.in. tłumaczył, że intensywnie, nie znaczy uporczywie.

Z kolei dr Tomasz Imiela, współorganizator spotkania, wprowadził zebranych w tematy prawne. Wyjaśniał, kim będzie pełnomocnik zdrowia pacjenta po zmianach prawnych, jakie będą jego kompetencje i kiedy owe zmiany mogą wejść w życie. – *Terapia daremna i terapia uporczywa mogą być różnie rozumiane w zależności od punktu widzenia. Co innego może być daremne dla lekarza prowadzącego, dla konsultanta, co innego dla rodziny, a jeszcze co innego dla pacjenta. Zawsze trzeba zadać sobie pytanie, kto jest na pierwszym miejscu, czyje dobro jest dla nas najważniejsze? Dla mnie najważniejsze jest dobro pacjenta. To jego pojęcie daremności lub niedaremności powinno być na pierwszym*

miejsku. Dr Imiela uświadomił również zebranych, że nie wolno mylić pojęć, bo zaprzestanie terapii daremnej nigdy nie było i nie jest eutanazją.

Prof. Małgorzata Krajnik w tej części konferencji odpowiadała na pytanie, czy w innych specjalizacjach jest miejsce na opiekę paliatywną, a prof. Urszula Tokarczyk-Bar mówiła, jak rozmawiać z dziećmi, gdy umiera ktoś bliski. Przekonywała, że stwierdzenie „*śmierć nie jest tematem dla dziecka*” kompletnie mija się z prawdą, ponieważ śmierć jest częścią życia i dziecko również trzeba z nią oswajać. Poleciła także kilkanaście książek, które podejmują ten ważny i trudny temat.

Panel czwarty miał wymiar holistyczny, dotyczył roli wolontariuszy, duchowości i umierania w kontekście różnic kulturowych i religijnych również w Kazachstanie i na Ukrainie. W tej części Krzysztof Sędacki, koordynator wolontariatu w Hospicjum Sióstr Felicjanek w Warszawie, opowiedział o swojej drodze oraz o tym, jak wolontariat wpływa na życie osób, które go się podejmują, jak uczy się ochotników, a także jak wspierają oni personel hospicjów i szpitali.

Ks. Władysław Duda swoje wystąpienie poświęcił duchowości w opiece nad umierającym pacjentem. Przedstawił rolę duchownego, jako swoistego pomocnika w tej ostatniej, najważniejszej drodze, i wyjaśnił, jak wyglądają meandry opieki duchowej.

Katarzyna Kałduńska, założycielka i prezeska Fundacji Dom Hospicyjny w Pruszczu Gdańskim, przypomniała zebranych, że to pacjent dowodzi, a cała reszta powinna być krok za nim, że najważniejsza jest empatia, bo nieistotne, czy na łóżku leży katolik, muzułmanin, czy buddysta, bo zawsze leży tam człowiek. Potwierdziła słowa prof. Żylicza, mówiąc: – *Uśmiech pozwala nam rozwiązać zatęchłą atmosferę śmierci.* Namawiała także, aby iść z tematem śmierci do mediów, ponieważ ludzie się nim interesują.

Ostatnią prelegentką była Eugenia Szuszkiewicz, która opowiedziała, przed jakimi wyzwaniem stoi opieka paliatywna w Kazachstanie i na Ukrainie.

Konferencję zakończyła dyskusja, z której wynikało, że personel medyczny jest gotowy na edukację i zmiany, ale przeszkodą w ich wprowadzeniu jest jak zwykle brak pieniędzy. Okazało się też, że paliatywna opieka nad dziećmi jest dużo lepsza niż nad dorosłymi oraz że powinny powstać (a nawet już powstają) całe zespoły takiej opieki. Zwrócono również uwagę na edukację młodych lekarzy skierowaną nie tylko na kompetencje, ale również, a może przede wszystkim, na umiejętności.

Zamykając konferencję, w której uczestniczyło około 200 osób, dr Agata Molenda zaprosiła wszystkich na spotkanie, które odbędzie się wiosną. ●

Szukajmy autorytetów



Fot. D. Lebiedzińska

Z MAŁGORZATĄ TERLECKĄ-MACIEJEWSKĄ, LEKARZEM OKULISTĄ, ZASTĘPCĄ DYREKTORA DS. LECZNICTWA W SZPZLO WARSZAWA-WAWER I ORDYNATOREM ODDZIAŁU OKULISTYCZNEGO CHIRURGII JEDNEGO DNIA SPZOZ SZPITALA ŚW. DUCHA W RAWIE MAZOWIECKIEJ, ROZMAWIA DOROTA LEBIEDZIŃSKA.

Wiele lat zarządza pani placówkami medycznymi. Podczas uroczystości wręczenia skierowań na staże, zwracając się do młodych lekarzy, mówiła pani o wzorcach, dlatego chciałabym porozmawiać o przygotowaniu do pracy z pacjentem i o standardach, jakie należy stosować w tym zakresie.

Tak, mówiłam, że trzeba mieć autorytety, mieć za kim podążać. To niezwykle ważne w medycynie. Czy owym autorytetem będzie kierownik specjalizacji, czy inna osoba, jest kwestią drugorzędą. Ważne jest zaufanie, ponieważ mentor prowadzi nas tą medyczną ścieżką.

A jeśli chodzi o standardy opieki nad pacjentem?

Standardy musi wprowadzać kadra zarządzająca, np. na poziomie ordynatorów oddziałów. Uważam, że potrzebne są szkolenia, bo mało o tym mówimy, a przepisy obligują nas do stosowania standardów opieki. Dobrym kierunkowskazem jest opieka koordynowana w POZ. Z kolei na oddziale szpitalnym wypracowaliśmy standardy opieki nad pacjentem, począwszy od standardów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej po standardy postępowania na oddziale okulistycznym i na bloku operacyjnym. Dzięki standaryzacji procedur wiemy, jak postępować z pacjentem podczas pierwszej wizyty i następnych, a także w przypadku zabiegów (np. laseroterapii) – jak je przeprowadzać, co zaordynować pacjentowi. Funkcjonują też standardy okołoperacyjne. W zasadzie na wszystkich oddziałach okuli-

stycznych w Polsce te standardy zostały wdrożone. Jestem pełna uznania dla konsultanta krajowego okulistyki prof. Marka Rękasa, który twardą ręką zarządza okulistyką, z bardzo dobrymi wynikami. Na przestrzeni ostatnich lat okulistyka bardzo się zmieniła. Mamy nielimitowane operacje zaćmy, politykę jakościową, czego dotychczas brakowało. Pamiętajmy, że oko jest malutkim, ale niezwykle ważnym wycinkiem ciała człowieka.

To dzięki standaryzacji potrafimy oszacować ryzyko powikłań. Przed zabiegiem wykonujemy odpowiednie do stanu oczu pacjenta badania, by ustalić, na co musimy zwrócić uwagę podczas zabiegu, wyszczególniamy jednostki chorobowe, które mogą mieć wpływ na przebieg operacji. Operator, który ana-

lizuje kartę kwalifikacyjną, wypełnioną według standardu postępowania z pacjentem, i widzi w niej np. zespół pseudoeksfoliacji (PEX), już wie, że podczas zabiegu musi być bardzo ostrożny. Kształcenie lekarzy to jedno, a drugie – to standardy. Jeśli je wprowadzimy, uwrażliwimy operatora, ale i nas wszystkich (lekarzy), a to pozwoli chronić pacjenta, czyli zwiększy bezpieczeństwo m.in. zabiegów.

Wspominała pani o konieczności wydłużania niektórych zabiegów medycznych.

Czas operacji powinien się mieścić w określonych granicach, choć wiadomo, że trudno to narzucić, bo jeden lekarz pracuje szybciej, drugi wolniej. Dlatego potrzebny jest schemat, standard postępowania. Przecież należy pamiętać, że im dłuższy zabieg, tym większe ryzyko powikłań. Mówimy tutaj o standardowym przebiegu operacji, który jest powtarzalny. Ale „w medycynie jak w kinie” – niełatwo wiele rzeczy przewidzieć. Wiemy, że znalezienie złotego środka będzie bardzo trudne.

Jak pogodzić wydłużanie zabiegów z faktem, że lekarze biegają z gabinetu do gabinetu?

Czemuś trzeba się poświęcić. Ja również jestem zabiegana, ale dobrze zorganizowana. Nie przenoszę się z gabinetu do gabinetu, tylko w danym dniu udzielam świadczeń w jednym miejscu. Nigdy nie badam pacjenta w pośpiechu. Trzeba każdemu dać się wypowiedzieć, bo wywiad lekarski jest niezwykle ważny. Jeśli dokładnie wypytamy pacjenta, zwiększa to szanse na uniknięcie wielu powikłań. Będziemy wiedzieć, jak diagnozować i czego szukać. Musimy pamiętać, że widzenie jest niezwykle subiektywne i to w każdym znaczeniu.

Zawód zabiegowy wiąże się z ogromną odpowiedzialnością. Jeśli dobrze kogoś zoperujemy, to po pierwsze, mam satysfakcję, po drugie, pomogłam pacjentowi, który wraca do pełnej sprawności. Oczywiście, bywa, że coś się nie uda i trzeba być tego świadomym. Ale trzeba też umieć to udźwignąć, umieć wyjaśnić problem pacjentowi, zadbać o niego

i poprowadzić go przez proces leczenia w przypadku powikłań.

Czyli wracamy do punktu wyjścia – do stażysty i mentora. Wszystko, czego się młody lekarz nauczy od swego mistrza, zaprocentuje w przyszłości.

Mentor moim zdaniem to „rodzic naukowy”. Uczono mnie, że postawa świadczy o człowieku, postawa świadczy o lekarzu. Musisz być porządny i empatyczny, ponieważ masz kontakt z człowiekiem, co ważniejsze – z chorym człowiekiem, który potrzebuje pomocy.

Ja jestem w niezwykle komfortowej sytuacji, ponieważ znalazłam mentora. Długo szukałam, ale odnalazłam swój autorytet. Każdemu polecam posłuchać i poczytać o prof. Ryszardzie Gellercie, wieloletnim dyrektorze Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Lekarzy, kierowniku Kliniki Nefrologii, Chorób Wewnętrznych i Medycyny Rodzinnej Szpitala Bielańskiego w Warszawie. Profesor łączy w sobie absolutnie wszystko. Jest moim autorytetem życiowym i naukowym, a przede wszystkim bardzo dobrym człowiekiem. Niezwykle wymagający, ale i motywujący. Zawsze mogą na nim polegać. Oczywiście, nie tylko ja, ale także cały jego zespół w klinice. Zatrzyma się nad pacjentem, nigdy nie pozostawi czegoś niedopowiedzianego, zawsze szuka rozwiązań, dużo widzi. Proszę zwrócić uwagę, że profesor i ja zajmujemy się kompletnie różnymi dziedzinami – nefrologią i okulistyką, ale udało się połączyć obie specjalności. Prowadzimy ciekawe badania naukowe. Ktoś pomyśli: co badanie oka może wnieść do diagnostyki ogólnoustrojowej, nacelowanej nefrologicznie lub diabetologicznie? Mamy jednak bardzo duży wpływ na przebieg leczenia, diagnostykę, ale także kontrolę pacjenta. Dodam, że prof. Gellert to mój kandydat na ministra zdrowia. On wiedziałby, jak zreformować system.

Jakie ma pani marzenia zawodowe?

Najpierw powiem, co leży mi na sercu. Otóż to, że lekarze nie chcą się leczyć. Musimy swoją postawą dawać przykład pacjentom, rozmawiamy o standardach

pracy, o tym, że medycyna w ciągu ostatnich lat rozwija się niezwykle szybko, a sami często nie dbamy o siebie. Jako grupa zawodowa pod względem zdrowotnym wypadamy blado. Z mojego ogródka – obserwuję, że lekarze przede wszystkim skarżą się na zespół suchego oka, a wtórnie do tego – liczne dolegliwości i schorzenia. Dlatego tak ważne jest, abyśmy dbali o siebie, żebyśmy potem mogli zadbać o innych.

Moim marzeniem jest utworzenie na styku dwóch województw, mazowieckiego i łódzkiego, centrum okulistycznego, z podziałem na centrum dla dzieci i dla dorosłych, i szkolenie lekarzy w trakcie specjalizacji. Każdy z tych ośrodków grupowałby jednostki organizacyjne zajmujące się kolejno chorobami przedniego odcinka (np. poradnię rogówkową, poradnię zaćmy, poradnię chorób aparatu ochronnego oka), poradnię okulistyczną ogólną, siatkówkową, retinopatii *stricte* cukrzycowej, z możliwością leczenia pacjentów w programach lekowych, poradnię chorób rzadkich, poradnię laserową lub ultrasonograficzną i wiele innych. Chciałabym stworzyć na bloku operacyjnym sekcje grupujące różne rodzaje zabiegów, np. sekcję jaskrową – a w niej zabiegi przeciwjaskrowe. I żeby wszystko mieściło się w jednym budynku, z możliwością akredytacji oraz z wprowadzonym systemem zarządzania jakością i certyfikacją.

Wzorem dla mnie jest otwocki Szpital im. prof. Adama Grucy. Świetny rotacyjny system kształcenia lekarzy rezydentów wprowadził prof. Jarosław Czubak, konsultant krajowy ds. ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Tam lekarze w trakcie specjalizacji co kilka miesięcy przenoszą się do innego oddziału. Mają dzięki temu czas, żeby poznać każdy i zdecydować, który wybrać. Czy zostać multioperatorem, czy zając się wąską specjalizacją, np. operacjami barków. Ja również chcę stworzyć taki szpital okulistyczny-centrum, aby lekarze okuliści nauczyli się różnych procedur, poczynawszy od pracy w ambulatorium po blok operacyjny (by mieli pełną samodzielność w tym zakresie, możliwość sprawdzenia się w wielu obszarach i wyboru tego, który najbardziej im odpowiada). ●

Pomidorowa w kapsułce

TO MEDYCyna ZA DUŻO NAOBIECYWAŁA, CZY SPECOM OD MARKETINGU UDAŁO SIĘ WYWOŁAĆ WRAŻENIE, ŻE MOŻNA SZYBKo I SKUTE CZNIE USUNĄĆ KAŻDY OBJAW CHOROBY, SCHUDNĄĆ I JESZCZE ODMŁODNIEĆ?

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/„Polityka”

Autor jest publicystą „Polityki”.

Codziennie stosowanie suplementów i witamin nie wydłuża życia. Może nawet je skrócić. W połowie 2024 r. ukazała się na ten temat duża praca w „Jama Network”, podsumowująca wnioski z badań dr Erikki Loftfield i jej współpracowników z National Cancer Institute w Maryland, ale nie zauważyłem, aby wpłynęło to na zmniejszenie liczby reklam takich specyfików w telewizji i kolorowej prasie albo by pojawiły się przy nich dodatkowe ostrzeżenia. Według raportu „Rynek suplementów diety w Polsce 2023” nawet trzy czwarte dorosłych Polaków zadeklarowało zakup w ubiegłym roku przynajmniej jednego tego typu produktu. W porównaniu z danymi z 2019 r. nastąpił 3,5-krotny wzrost ich sprzedaży, a w 2022 r. wartość polskiego rynku suplementów diety wyniosła 7,7 mld zł.

Popyt napędzają wyłącznie reklamy. – *Równocześnie urosła prężnie działająca gałąź branży, dla której równie ważna jak sprzedaż jest edukacja konsumentów w zakresie holistycznego podejścia do zdrowia i czytania etykiet* – z uznaniem należałoby odnotować wypowiedź pewnej właścicielki sklepu ze zdrową żywnością i współwłaścicielki jednej z marek sprzedawanych na polskim rynku (mamy w tej branży aż 30 tys. podmiotów). Jest ona jednak zbyt dużą optymistką. Nie sądzę też, by w tę edukację byli szczególnie zaangażowani wytwórcy suplementów. A lekarze? Też niekoniecznie, bo podczas konsultacji, zalecając „swoje” leki, nawet nie pytają pacjentów, co oni przyjmują na własną rękę. Choć powinno się to robić, gdyż interakcje najróżniejszych specyfików roślinnych mają przecież wpływ na metabolizm leków i zmieniają ich wchłanianie.

Opublikowana 26 czerwca w „Jama Network” praca była podsumowaniem trzech dużych amerykańskich badań, obejmujących blisko 400 tys. osób dorosłych, bez poważnych chorób przewlekłych. Autorzy chcieli sprawdzić, czy przyjmowanie multiwitaminy – jak często sugerują reklamy, w których obiecuje się wolną od jakichkolwiek chorób długowieczność – faktycznie przyczynia się do obniżenia ryzyka zgonu w ciągu następnych dwóch dekad (tyle trwała obserwacja we wszystkich trzech kohortach, rozpoczęta w latach 90. XX w.). Okazało się, że takiego związku nie ma, a wręcz przeciwnie – ryzyko śmierci było o 4 proc. wyższe wśród stosujących codzienną suplementację niż w grupie, która z niej nie korzystała w pierwszych latach obserwacji.

Nie były to pierwsze takie wnioski. Już dziewięć lat temu naukowcy z University of Colorado Cancer Center wykazali, że jeśli nawet naturalne źródła beta-karotenu mogą chronić przed rozwojem nowotworów, to suplementy beta-karotenu zwiększają ryzyko raka płuc, co sugeruje, że w warzywach i owocach musi być o wiele więcej istotnych składników i mikroelementów, których pozbawione są tabletki. Z kolei żelazo, dodawane do wielu multiwitamin, aby poprawiać parametry krwi i leczyć anemię, po przedawkowaniu zwiększa niebezpieczeństwo chorób układu krążenia, cukrzycy oraz demencji (co wiadomo z badań opublikowanych w 2017 r. w internetowym wydaniu czasopisma „Case Reports in Hematology”). A zatem lata mijają, rozmaite instytucje naukowe przyznają milionowe granty na badania naukowe, a biznes suplementacyjny nadal kwitnie, niewzruszony niepomyślnymi dla siebie ustaleniami uczonych.

W ostatnim czasie i tak zaostrzono prawo w celu poskromienia marketingowych zapędów przedsiębiorstw, które lubiły przekonywać w reklamach, że ich produkty leczą. Aby udowodnić ich wartość leczniczą, zatrudniały nawet za niewielką gażę lekarzy, którzy ochoczo wspierali ten szkodliwy przekaz. 10 lat temu występujący w takich reklamach dr Jacek Caba wyjaśnił mi swój udział w lansowaniu lizaków NaturSept (ważne rozróżnienie: produkt ten nie należał do kategorii suplementów diety, lecz tzw. wyrobów medycznych, a w takich reklamach mogli w 2014 r. brać udział lekarze). Medycyny już wtedy nie praktykował. Był za to kompozytorem, wokalistą, blogerem, autorem książki „Doktor Śmierć” i, jak przyznał z dumą, należał do agencji aktorskiej, z której dostał angaż właśnie do reklamy lizaków. Dla jej sponsora liczył się bowiem fakt, że jest z wykształcenia laryngologiem, co w kontekście produktu rzekomo leczącego podrażnienia gardła miało istotne znaczenie. – *Musiąłem udokumentować swoją specjalizację, bo twórcom zależało na*

tym, aby w filmie wystąpił zawodowy lekarz, a nie odgrywający tę rolę aktor – zdradził mi kulisy castingu. Firma produkująca NaturSept zrobiła więc wszystko, by uwiarygodnić skuteczność swojego produktu, choć nie przeszkadzało jej to, że nabijała widzów w butelkę, bo dr Caba poza ekranem nie leczył dzieci w żadnym gabinecie. – *Przecież to jest show-biznes, a nie porady zdrowotne* – mówił o swoim występie. – *Ja tu żadnego nadużycia nie widzę, bo odkąd WHO nazywa zdrowiem nie tylko brak choroby, lecz także stan fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, leczeniem jest też przepis na smaczną zupę, po której będzie miał pan dobre samopoczucie.*

źródeł już nieraz okazały się niebezpieczne), ale przecenianie ich właściwości i znaczenia nie wychodzi nikomu na zdrowie.

W sytuacji dość dziurawego nadzoru inspekcji sanitarnej wytwórcy najrozmaitszych mikstur, sprzedający je pod postacią tabletek, drażetek, syropów na prawdziwe i urojone schorzenia (mających robić wrażenie, że są prawdziwymi lekami), prześcigają się w pomysłach na najbardziej sugestywne metody terapii. Tamą dla nich powinni być lekarze, ale i oni zawodzą, skoro słyszę od aptekarza taką oto relację ze spotkań, jakie przebiegają w jego aptece, z przedstawicielami firm chcących sprzedać nowe suplementy: – *Próbuję roztoczyć przede*



Fot. licencja OIL w Warszawie

Pomidorowa w roli suplementu diety? Właściwie, dlaczego nie? Skoro rozarte pomidory zmniejszają ryzyko zachorowania na raka prostaty, gdyż organizm najłatwiej wchłania likopen z przecierów, właśnie takie produkty powinny być zalecane w zdrowosterczowym jadłospisie, a nie suplementy w tabletkach.

Zgodnie z definicją, suplement diety to preparat, który ma uzupełniać niedobór składnika nieobecnego (lub znajdującego się w niewystarczającej ilości) w pożywieniu. I oczywiście jest sporo sytuacji, w których to uzupełnianie ma sens, bo niektórym przynosi korzyść (niezbędna jest wszak suplementacja kwasu foliowego u kobiet w ciąży albo przyjmowanie zestawów witamin spowalniających u osób starszych postępującej choroby zwyrodnienia plamki żółtej lub w profilaktyce osteoporozy). Nie mam wątpliwości, że tego rodzaju specyfiki nie są trucizną (choć sprowadzane przez Internet z pokątnych

mną świetlaną przyszłość, obiecują: „Będzie reklama w TV i kobiecych gazetach, lekarze będą zalecać, bo do nich też chodzimy”! I to działa, pacjenci dopytują się o reklamowane na okrągło produkty, ale ja naprawdę nie mam potrzeby posiadania 15. wersji tego samego suplementu.

W wyniku agresywnego marketingu i naginania prawa mamy dziś na mętym rynku paraleków i suplementów diety niebywały bałagan, a w głowach mętlik. Bo jeśli zgodnie z unijną nomenklaturą ta szczególna kategoria ni to farmaceutyków, ni to żywności, do której należą skoncentrowane źródła witamin, składników mineralnych lub innych substancji, ma wykazywać nie tylko efekt odżywczy, ale też „inny fizjologiczny”, to konia z rzędem temu, kto wie, co autor miał na myśli, wprowadzając takie sformułowanie. Efekt fizjologiczny może mieć wszystko! Dr Jacek Caba miał rację: pomidorowa również. ●

Żeby wszyscy byli bezpieczni



Fot. A. Solańska

Z KRZYSZTOFEM HERMANEM, WICEPREZESEM ORL W WARSZAWIE, O WYTYCZNYCH MINISTERSTWA ZDROWIA DLA LEKARZY I PODMIOTÓW LECZNICZYCH, DOTYCZĄCYCH STOSOWANIA ZABIEGU PRZERWANIA CIĄŻY, ROZMAWIA KAROLINA STĘPNIEWSKA.

Wytyczne MZ wywołały zamieszanie w środowisku lekarskim. Czy nikt się ich nie spodziewał?

Oczekiwaliśmy ustawy albo przynajmniej rozporządzenia, tymczasem mamy dokument o niejasnym statusie – wytyczne, opublikowane w formie PDF na stronie ministerstwa, bez jakiegokolwiek podpisu. To budzi niepokój, ponieważ kiedyś ten dokument może być wykorzy-

stany w sądzie i zostać podważony jako niemający żadnej rangi prawnej.

Prezes ORL w Warszawie Artur Drobnik też podkreślał w rozmowie z Termedią, że lekarzy nie obowiązują wytyczne ministra zdrowia, tylko ustawy i rozporządzenia.

Albo wytyczne, ale towarzystw naukowych, czyli Polskiego Towarzystwa

Ginekologów i Położników oraz podobnych gremiów. Minister zdrowia nie wydaje medycznych wytycznych dla lekarzy.

Czy to oznacza, że zalecenia MZ nie są wiążące?

Można powiedzieć, że mają pewną moc prawną, dopóki nie zmieni się rząd. Jeżeli obecny rząd za trzy lata znowu zostanie wybrany, zapewne

będą dalej obowiązywać. Trzeba jednak pamiętać o tym, że dokumentacja medyczna jest przechowywana przez przynajmniej 20 lat. I to stanowi ogromny problem, bo za jakiś czas przyjdzie nowy premier, minister zdrowia lub sprawiedliwości i interpretacja się zmieni.

Co wtedy?

Można się spodziewać, że podczas sprawy w sądzie ktoś powie, iż nadal pozostaje w mocy ustawa z 1991 r. o planowaniu rodziny, która po wyroku Trybunału Konstytucyjnego dopuszcza dwie przesłanki przeprowadzenia aborcji: w przypadku ciąży, która jest wynikiem gwałtu, kiedy obowiązuje limit czasowy, oraz zagrożenia życia lub zdrowia matki. Nie ma jednak wyjaśnienia, co należy uznać za to zagrożenie.

To nie są jedyne obawy lekarzy ginekologów związane z zaleceniami MZ.

Problemem jest też brak określenia, do kiedy przerwanie ciąży jest dopuszczalne. Trzeba liczyć się z tym, że w wyniku postępowania medycznego po 22. tygodniu ciąży dojdzie nie do poronienia, ale do przedwczesnego porodu. Urodzi się skrajny wcześniak. Co dalej z takim dzieckiem? Ono wymaga ogromnie kosztownego leczenia i opieki na oddziale neonatologicznym. A i tak może mieć przez całe życie powikłania charakterystyczne dla wcześniactwa.

Lekarze innych specjalizacji, którzy będą wydawać zaświadczenia stwierdzające istnienie wskazań

do przerwania ciąży, wezmą to pod uwagę?

Liczymy na zaufanie między lekarzami i ich odpowiedzialność. Kwalifikację do zabiegu, jego przeprowadzenie, a co za tym idzie – odpowiedzialność, bierze na siebie lekarz ginekolog, a nie specjalista, który zaświadczenie wystawił. I to jest kolejny problem. Najpopularniejsze są obecnie zaświadczenia psychiatryczne.

To źle?

Przyjęło się już określenie „furtka psychiatryczna”. Musimy jednak pamiętać, że większość schorzeń psychiatrycznych można leczyć, np. farmakologicznie lub psychoterapeutycznie. My, ginekolodzy, na tym się nie znamy, często nie wiemy, czy podjęto próbę leczenia. Trudno ustosunkować się do zaświadczenia psychiatrycznego, nie znając pacjentki. Potrzebne byłoby szersze spojrzenie, powołanie konsylium, w którym będzie uczestniczył psychiatra.

Zapis dotyczący możliwości zwoływania konsylium lekarskiego też wzbudził kontrowersje.

To duże zagrożenie. Kiedy mamy trudny przypadek, zebranie konsylium umożliwi szersze spojrzenie na problem i podjęcie decyzji gremialnej. W rekomendacjach pojawiła się groźba, że za rutynowe zwoływanie konsylium może zostać nałożona na szpital wysoka kara. To rodzi milionowe koszty, które mogłyby finalnie spaść na lekarzy, bo większość z nich pracuje na umowach cywilnoprawnych. Szpital zaś mógłby wstecznie dochodzić kosztów bezpośrednio od lekarzy.

Jakie rozwiązanie rozwiałoby obawy lekarzy?

Oczekiwaliśmy ustawy, a jeżeli nie, to przynajmniej rozporządzenia. Chcielibyśmy też szerszej dyskusji w łonie towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, Polskiego Towarzystwa Psychiatrii.

Wytyczne ukazały się 30 sierpnia. Czy już widać zmiany?

Tak. Z rozmów z kolegami wynika, że zabiegów przerywania ciąży jest więcej. To zjawisko generuje pewne problemy logistyczne, ponieważ nie każdy oddział szpitalny jest gotowy na wykonywanie tego typu procedur.

Istnieją też oczywiście silne uwarunkowania światopoglądowe. Na pewno znajdą się w kraju takie szpitale, które będą przeprowadzać więcej zabiegów aborcyjnych niż inne, a pacjentki, by się owym zabiegom poddać, zostaną zmuszone do wyjazdów do innego miasta lub województwa.

Można powiedzieć, że mamy teraz w Polsce najbardziej liberalne prawo aborcyjne w Europie?

Można pokusić się o taką interpretację. Najbardziej kuriozalny jest właśnie fakt, że w okresie obowiązywania tej samej ustawy przeszliśmy od jednego z najbardziej restrykcyjnych praw do jednego z najbardziej liberalnych. Musimy jako społeczeństwo zawrzeć jakiś kompromis, żeby prawo nie zmieniło się co cztery lata, żeby pacjentki czuły się bezpiecznie, a lekarze spokojnie wykonywali swój zawód. ●

SĄDY OKRĘGOWE W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM POSZUKUJĄ KANDYDATÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI LEKARZA SĄDOWEGO LUB BIEGŁEGO SĄDOWEGO.

Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego lub biegłego sądowego proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

Pałący problem zdrowotny

NA POCZĄTKU BYŁA KAWA. KAWA I PAPIEROS – NAJBARDZIEJ DEMOKRATYCZNA NA ŚWIECIE NAMIASTKA LUKSUSU. KAWA BYŁA ZWYCIĘSKĄ BOHATERKĄ PRZYJĘTEGO OWACJAMI NA STOJĄCO WYKŁADU NA JEDNEJ Z KONFERENCJI KARDIOLOGICZNYCH, W KTÓRYCH MIAŁAM PRZYJEMNOŚĆ UCZESTNICZYĆ.

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. U. Wolińska-Kulaj

Wykład był wspianą metaanalizą badań na temat różnych używek, a kawa uplasowała się zdecydowanie na pierwszym miejscu i zdobyła puchar zwyczajcy za korzystne działanie na śródbłonek naczyń i protekcję wobec niektórych nowotworów. Alkohol też osiągnął całkiem niezłe noty, może dlatego, że autorzy badań nad jego kardioprotekcyjnymi działaniami nie zagłębiali się w temat jego neurotoksyczności. Zresztą sama narracja dotycząca tej niebezpiecznej substancji jest podstępna: przecież „alkohol” brzmi dumnie, tak hardcorowo. „Etanol” brzmi już gorzej, bardziej jak płyn do czyszczenia maszyn. Wracając jednak do wykładu o używkach, prowadzący zakończył go słowami: „I tylko o papierosach nie mogę państwu powiedzieć nic naukowo pozytywnego”.

– *Serio, chcesz gadać o jaraniu? To chodź ze mną na fajkę* – Robert, chirurg po czterdziestce, prowadzi mnie na dobrze zakamuflowany skwerek na tyłach szpitala.

– *Dawniej, to się normalnie paliło w pokoju lekarskim* – zaciąga się dymem i poprawia okulary. – *Teraz nie da rady, wszędzie są czujniki dymu, zakazy. Lipa. Palenie zeszło do podziemia.*

– *Dlaczego palisz?*

– *Trzeba jakoś rozładować stres, to pomaga. Zresztą, wciągnąłem się jeszcze w szkole. Potem były studia, na fajce poznawano się ludzi, można było pogadać na osobności, nawiązać relacje. Na imprezach, oczywiście, też zawsze były fajki i alkohol. A teraz to po prostu codzienny rytuał, taki mały przyjaciół od serca.*

– *Przyjaciół? Chyba cichy zabójca?*

– *Jak mówiła moja świętej pamięci teściowa, na coś trzeba umrzeć. Była dobrym pediatrą, pracowała jeszcze na emeryturze, aż zachorowała i umarła. Nomen omen na raka płuc. Paliła tyle, że ja jestem przy niej abstynentem.*

– *Masz pacjentów z rakiem płuca?*

– *Zdarzają się, ale odsyła się ich na onkologię. Ja głównie pracuję w naczyniówce, mam sporo pacjentów z miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych. Dlatego wolę nie wyciągać fajek, kiedy idę do samochodu na szpitalny parking* – Robert strzepuje popiół z papierosa i uśmiecha się z lekkim zakłó-

potaniem. – *Trochę głupio, jakby mnie zobaczyli z papierosem chwilę po tym, jak im wręczyłem wypis po amputacji palców z zakazem palenia.*

– *Nie próbowałaś rzucić palenia?*

– *Próbowałem, ale jak przytyłem dziesięć kilo, przestałem próbować. Żeby nie palić i nie przytyć, musiałbym zmienić tryb życia, mieć ustaloną dietę, ruszać się... Kiedy? W pracy nie ma czasu na regularne posiłki, właściwie w ogóle nie ma kiedy zjeść. Kawa i szybki papieros rozwiązują sprawę głodu. Z ruchem też jest słabo – z pracy i do pracy samochodem, w pracy stres i raczej na stojąco. Miałem karnet na siłownię, ale przez dyżury chodziłem tam w kratkę i w końcu zrezygnowałem. Zresztą po pracy wolę się położyć, wiek robi swoje.*

Agacie, neurolożce, udało się zerwać z nałogiem.

– *Jak to zrobiłaś?*

– *Zaczęłam palić na studiach, dla towarzystwa. Nigdy nie uważałam się za nałogowego palacza, ale w pewnym momencie zorientowałam się, że palę sama w domu. To już był niepokojący sygnał. W przychodni mamy patio, gdzie palacze z personelu wychodzą na fajkę. Nie ma tam przejścia dla pacjentów i rośnie dużo zieleni, więc jest dyskretnie. Przed pandemią nikt nie używał masek, więc łatwo było wyczuć, jak ktoś zapalił. Raz po takiej przerwie spędzonej na patio pacjentka zwróciła mi uwagę. Poczulałam się niekomfortowo, choć zrobiła to sympatycznie, tak nieoceniająco i z troską o mnie.*

– *Wtedy postanowiłaś przestać palić?*

– *Nie. Znacznie później. Kolega kardiolog powiedział mi, że mam ziemistą cerę i że to od papierosów. Spotkałam go kilka lat później na jakiejś konferencji. Od razu wiedział, że przestałam palić. Po cerze.*



Fot. licencja OIL w Warszawie

Brytyjski psychiatra i psychofarmakolog David Nutt opublikował bardzo obszerne i wnikliwe opracowanie na temat substancji psychoaktywnych. Tytoń i zawarta w nim nikotyna są w tym opracowaniu zaklasyfikowane jako groźny narkotyk, szósty na liście dwudziestu najniebezpieczniejszych. Tę budzącą groźę topliwą otwiera alkohol etylowy, następnymi miejscami zajmują heroina, crack, metamfetamina, kokaina i właśnie tytoń.

Ciekawa jest historia papierosa. David Nutt w książce „Narkotyki bez paniki” pisze, że tytoń trafił do Europy z Nowego Świata wraz z odkrywcami i kolonizatorami w XVI w. Będąc początkowo drogim towarem, stał się przywilejem królów. W Sewilli zaczęto produkować cygara, na które stać było tylko najbogatszych, a papierosy wynaleźli żebracy, którzy zbierali wyrzucone niedopałki i zawiązali resztki tytoniu w cienkie kawałki papieru. Po wynalezieniu maszynek do skręcania pod koniec XIX w. cena papierosów znacznie spadła i włączono

Pan Marek ma 67 lat i cierpi na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Opieka pulmonologa, leki wziewne, mała tolerancja wysiłku po dwukrotnie przebytej infekcji COVID-19. Pytam go o papierosy. Bez cienia zażenowania przyznaje się do 45 paczkolet.

– *Palę i będę palił, bo to moja ostatnia w życiu przyjemność na „p”* – śmieje się. – *Próbowałem rzucić, ale jak mnie zaczyna dusić i zapalę, to jakby mnie mniej dusiło. Medycyna pewnie nie zna takich przypadków?*

– *A pulmonolog rozmawia z panem o paleniu?*

– *Pewnie, że rozmawia, za każdym razem. Ale przecież lekarze też palą, więc po co to gadanie. Leki biorę, a dusi mnie przez ten covid, bo zawsze paliłem i było dobrze, dopiero jak mnie ta zaraza dopadła, to się pogorszyło. Zresztą, teraz palę tylko te cienkie.*

Iluzja „slimów”, podobnie jak e-papierosów i innych wyrafinowanych form wyrobów tytoniowych, wciąż usypia czujność palących. Miażdżycy i nowotwory niestety nie znają wersji *light*, niszczą i zabijają tak samo skutecznie w wersji klasycznej, jak i w wersji nowoczesnej. Zgodnie z przeprowadzonym jakiś czas temu badaniem ankietowym, do palenia papierosów przyznało się 10 proc. lekarzy zajmujących się chorobami płuc. Wśród chirurgów odsetek jest znacznie większy. To szokuje w kontekście ich codziennej pracy z ofiarami palenia, bo jak palący lekarz ma przekonać pacjenta, że źródłem jego problemów zdrowotnych jest palenie? Autorytet łąduje na bruku.

no je do żołnierskich przydziałów podczas obu wojen światowych, co przyczyniło się do lawinowego wzrostu liczby uzależnionych. Szacuje się, że w XXI w. miliard ludzi umrze z powodu chorób związanych z paleniem wyrobów tytoniowych.

Dlaczego palenie tytoniu uzależnia? Ponieważ dym tytoniowy zawiera blokery monoamino oksydazy, powodując wzrost poziomu dopaminy i stymulację układu nagrody. Każdy papieros to dodatkowa porcja dopaminy, a dopamina to przyjemność, więc mózg palącego wpada w błędne koło niedającego się ugasić pragnienia kolejnej porcji pysznej dopaminy. Zabójcze *perpetuum mobile*.

Skoro jednak tytoń i nikotyna są zdefiniowane jako narkotyk, palenie papierosów przez lekarza staje się niepokojącym moralnie zjawiskiem. Art. 72 nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi, że lekarz w czasie pracy nie może podlegać działaniu środków odurzających. Zatem papieros w przerwie pracy jest wątpliwą moralnie czynnością, choć wywołuje względnie łagodny stan odurzenia i zazwyczaj nie skutkuje zachowaniami antyspołecznymi.

Co można zrobić, żeby lekarze i pacjenci nie palili tytoniu? Jak skuteczne są zakazy, pokazała dobitnie amerykańska prohibicja z początku ubiegłego wieku. Jediną nadzieję stanowi edukacja, kampanie społeczne i powszechna świadomość, że tytoń jest śmiertelnie groźnym narkotykiem. Zostańmy zatem przy kawie. Czystej, pachnącej kawie, białej lub czarnej, bez wersji Irish i rytualnego papierosa. Kawy i kofeiny nie ma na liście profesora Nutta. ●



Fotografie: K. Bartyzel

Kongres Matek Lekarek

ZA NAMI III OGÓLNOPOLSKI KONGRES MATEK LEKAREK, KTÓRY ODBYŁ SIĘ 12 PAŹDZIERNIKA W SIEDZIBIE NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ. UCZESTNICZKI NIE TYLKO POSZERZAŁY SVOJĄ WIEDZĘ, ALE TAKŻE DYSKUTOWAŁY O BARIERACH W KARIERZE I ZACHOWANIU *WORK-LIFE BALANCE*.

tekst **ALEKSANDRA SOKALSKA**



Organizacja tak dużych spotkań o zasięgu ogólnopolskim jak Kongres Matek Lekarek jest możliwa dzięki dobrej współpracy NIL i OIL w Warszawie. Dlatego kongres wpisnął się już na stałe w grafik cyklicznych wydarzeń obu izb i ciągle cieszy się ogromnym zainteresowaniem. A to oznacza, że jest niezwykle potrzebny i porusza tematy bliskie wielu lekarkom łączącym karierę z wychowaniem dziecka.

W wystąpieniu inauguracyjnym Maria Kłosińska, przewodnicząca Zespołu ds. Matek Lekarek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, podkreśliła interdyscyplinarność kongresu i fakt, że zapewnia zdobycie aktualnej wiedzy. – *Na poprzednim kongresie zdiagnozowałyśmy wiele problemów, które są przeszkodą w łączeniu pracy zawodowej z życiem rodzinnym, teraz wypracowujemy ich rozwiązania. Jesteśmy doskonale zorganizowane, ambitne, nowoczesne i gotowe na dialog z przedstawicielami rządu oraz na stosowanie nowych metod, które pomogą nam lepiej leczyć* – stwierdziła.



Prezes NRL Łukasz Jankowski zapewnił, że NIL zawsze będzie wspierać matki lekarki, bo ich środowisko jest środowiskiem wyjątkowym. – *A najlepszym dowodem – wizyta pani minister, która odpowiedziała na wasze wezwanie i jest tu obecna, żeby poznać wasze problemy* – zaznaczył prezes.

Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie, zwrócił się do wszystkich matek lekarek: – *Gratuluję wam zbudowania takiej społeczności, bo jest wyjątkowa w środowisku lekarskim. Takiej właśnie integracji potrzebujemy.*

Minister zdrowia Izabela Leszczyna wyraziła podziw dla matek lekarek za niegodzenie się na rzeczywistość, której nie akceptują. – *Założyłyście swą społeczność, bo chciałyście, by kongresy dawały wam odwagę do podjęcia batalii o zmiany. Dziś jesteście już spełnionymi wojowniczkami, ale sądzę, że potrafcie jeszcze sporo wywalczyć* – podkreśliła i zaprosiła matki lekarki na rozmowy do Ministerstwa Zdrowia.

W tym roku program kongresu był niezwykle bogaty. Na początek dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, profesor UMW, konsultantka krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, która znalazła się na prestiżowej liście najbardziej wpływowych „100 Kobiet Roku 2023” opracowanej przez magazyn „Forbes”, wygłosiła wykład specjalny. Mówiła m.in. o tym, jak z jej perspektywy wygląda godzenie ról matki i lekarki, szczególnie na początku drogi zawodowej. Niezwykle ważny dla kobiet temat laktacji przybliżyła uczestniczkom lek. Sylwia Jeż.

Następnie rozpoczęła się seria ciekawych i inspirujących wykładów obejmujących różnorodną tematykę. Psychiatra i psychoterapeuta Magdalena Flaga-Łuczkiwicz wprowadziła uczestniczki kongresu w zagadnienia snu i rytmów okołodobowych (zdradziła np., dlaczego nie powinno się latać do

Nowego Jorku w sobotę). Lek. Michalina Bou-Matar poruszyła ważną kwestię farmakoterapii w wyjątkowych momentach życia kobiety, czyli w ciąży, połogu i podczas laktacji, a lek. Katarzyna Rak przybliżyła problem wad postawy.

Nie zabrakło także tematów stomatologicznych. Problematykę urazów zębów, próchnicy i profilaktyki przedstawił dr n. med. Piotr Sobiech, a dr n. med. Lidia Jamróz-Wilkowska – kwestię współpracy z periodontologiem.

Poruszono również zagadnienia niezwykle aktualne – mgr Paweł Węclawiak mówił o e-zależnościach, a dr n. med. Marta Kulpa o pacjentach neurotypowych. Lek. Anna Szarla w swoim wykładzie podkreśliła rolę szczepień, natomiast lek. Agnieszka Dziewięcka-Stanisławska przedstawiła zagadnienia dotyczące wyjazdów rodziców i dzieci w tropiki.

Na zakończenie odbyły się warsztaty z USG płuc w praktyce lekarza prowadzone przez lek. Eugenię Szuszkiewicz.

Spotkanie zostało zaplanowane z myślą o wszystkich mamach lekarkach, czyli także tych, które przyjechały z dziećmi – przez cały czas spotkania było czynne kongresowe przedszkole. Odbyła się też akcja profilaktyczna #KochamWięcSzczepię #Szczepimychronimy, podczas której przeprowadzono szczepienia przeciwko grypie. Można było również zrobić sobie indywidualne zdjęcia biznesowe.

Tegoroczny kongres stanowił unikalną szansę na zaktualizowanie wiedzy medycznej z różnych dyscyplin, więc jego uczestniczki chętnie słuchały wszystkich wykładów i korzystały z atrakcji. Spotkanie jak zwykle było też okazją do wymiany doświadczeń i rozmów o sztuce *work-life balance*, która w pracy matek lekarek jest szczególnie istotna. ●

Medycyna pola walki – co nowego wniosła wojna w Ukrainie?

WOJNA W UKRAINIE, OD CZASU ESKALACJI W LUTYM 2022 R., SPRAWIŁA, ŻE POJAWIŁY SIĘ NOWE WYZWANIA W ZAKRESIE OPIEKI MEDYCZNEJ NAD LUDNOŚCIĄ CYWILNĄ I PERSONELEM WOJSKOWYM PRZEBYWAJĄCYM ZARÓWNO NA OBSZARACH OBJĘTYCH WALKAMI, JAK I SĄSIADUJĄCYCH. WSZELKIE KONFLIKTY ZBROJNE, MIMO DRAMATYCZNYCH SKUTKÓW, POSZERZAJĄ MOŻLIWOŚCI ZDOBYWANIA DOŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE MEDYCZYNY POLA WALKI.

tekst **JUSTYNA LESZCZUK, AGATA LESZCZUK, KONRAD KORZENIOWSKI**

Starcia toczą się w zmiennych warunkach terenowych i pogodowych, dominuje ostrzał artylerii wielkokalibrowej i ataki dronów. Czynniki te sprawiają, że wojna stała się swoistym poligonem doświadczalnym dla usprawnienia dotychczas stosowanych technik ratowania życia, które trzeba było zaadaptować do realiów aktualnego konfliktu.

PIERWSZA POMOC I EWAKUACJA

Dla skuteczności udzielanej pomocy medycznej niezwykle istotna jest szybkość reakcji – wdrożenie postępowania leczniczego w pierwszej godzinie od urazu znacząco zwiększa szanse rannego na przeżycie. W warunkach konfliktu zbrojnego olbrzymią rolę odgrywa również jakość szkolenia żołnierzy z zakresu podstaw medycyny pola walki oraz dostępność środków medycznych, które pozwalają udzielać skutecznej pomocy poszkodowanym bezpośrednio na polu bitwy. Każdy, nie tylko walczący żołnierz, powinien mieć przy sobie tzw. indywidualny zestaw pierwszej pomocy (ang. IFAK – *individual first aid kit*). Znajdujące się w nim wyposażenie umożliwia natychmiastowe działanie zarówno w zakresie samopomocy medycznej, jak i udzielania pomocy innym poszkodowanym. Zestaw zawiera m.in. stazy taktyczne, opatrunki hemostatyczne, opatrunki wentylowe oraz, niekiedy, przyrządy do udrażniania dróg oddechowych lub odbarczania odmy płucnej. Wymienione środki medyczne nie są zarezerwowane do stosowania jedynie podczas działań militarnych. Powinniśmy rozważyć ich posiadanie w domowej apteczce albo w samochodzie ze względu na ryzyko wypadków w miejscu zamieszkania, w pracy czy też podczas podróży. Opanowanie technik posługiwania się opaską uciskową lub opatrunkiem wentylowym podczas kursów poświęconych medycynie pola walki może zatem uratować komuś życie także w warunkach pokoju.

Szanse przeżycia rannych żołnierzy zwiększa znacząco szybkość ich ewakuacji do punktu medycznego lub szpitala.

W porównaniu z doświadczeniami armii amerykańskiej, zdobytymi w czasie konfliktu w Afganistanie, podczas wojny w Ukrainie czas transportu poszkodowanych jest znacząco dłuższy.

Wszyscy widzieliśmy karetki pogotowia ratunkowego przebijające się przez miejskie korki, zatłoczoną autostradę. Jako lekarze, ratownicy czy pielęgniarki często jesteśmy świadkami wypadków oraz oczekiwania na pomoc medyczną i jednocześnie osobami, które jako pierwsze mogą udzielić pomocy medycznej poszkodowanym lub samym sobie, jeżeli staliśmy się uczestnikami zdarzenia. Umiejętność zatamowania masywnego krwawienia z kończyn czy np. zaopatrzenia ran klatki piersiowej nie powinna być zarezerwowana jedynie dla koleżanek i kolegów pracujących w pogotowiu ratunkowym oraz oddziałach chirurgii urazowej. Medycyna wojskowa może więc przyczynić się do zwiększenia przeżywalności chorych nie tylko w czasie wojny.

REALIA PRACY MEDYKÓW W WARUNKACH WOJENNYCH

– Zgłosiłem się do armii w marcu 2024 r. po kilkunastu latach pracy jako felczer i pielęgniarz w urazowym OIT – opowiada 34-letni Pavlo, ukraiński medyk. – Nikt nie zakładał, że osoby z medycznym wykształceniem będą pracować poza punktami medycznymi i szpitalami. Dwa miesiące później z kolegą, który skończył weterynarię, kopaliśmy okop, żeby mieć gdzie się schronić przed ostrzałem. Dyżurowaliśmy wtedy po 24 godziny w terenie – biegaliśmy w pobliżu pola walki i wstępnie zaopatrywaliśmy rannych, a w ramach dobowej przerwy odpoczywaliśmy w opuszczonym budynku, pozostając w kontakcie radiowym, gotowi do pomocy w ewakuacji.

Z perspektywy medyków pracujących w systemie ochrony zdrowia w warunkach pokoju praca podczas wojny wymaga zmiany sposobu myślenia i dużej zdolności dostosowywania

się do warunków skrajnie odbiegających od tych, w których działają na co dzień. Priorytetem jest czas – szybkie zaopatrzenie rannego i przekazanie go dalej. W warunkach wojennych podczas zabiegów chirurgicznych w początkowych etapach leczenia nie ma możliwości zachowania zasad sterylności, znanych lekarzom i pielęgniarcom zarówno ze studiów, szkół, jak i cywilnych szpitali. Wstępnie zaopatrzony pacjent dociera do placówki medycznej brudny i najczęściej zakrwawiony. Wymaga wkłucia dożylnego, podania antybiotyku, leków przeciwbólowych, sedujących, preparatów krwi oraz wdrożenia czynności ratujących życie, takich jak drenaż klatki piersiowej czy zatamowanie krwawień z ewentualną oceną i modyfikacją dotychczas zastosowanych metod.

Praca medyka pola walki często wymaga działania w skrajnych warunkach – bez dostępu do bieżącej wody, bez regularnych przerw na odpoczynek. Czynności medyczne z zakresu szeroko pojętej traumatologii wykonywane są często przez osoby nieposiadające formalnego wykształcenia medycznego we wspomnianym zakresie. Rolę chirurgów lub ortopedów z konieczności muszą przejmować np. lekarze dentyści lub weterynarze.

Ze względu na ogromne zapotrzebowanie na opiekę medyczną oraz niedające się uzupełnić braki kadrowe medycy muszą wymieniać się wiedzą i doświadczeniami. Edukacji nie ułatwiają nieustające odgłosy ostrzału artyleryjskiego, zagrożenie dla życia i zdrowia.

W codziennym życiu często nie doceniamy komfortu, w jakim możemy zdobywać i poszerzać nasze zawodowe umiejętności. W warunkach cywilnych nasze wyobrażenie o opiece medycznej kształtowane jest przez obraz pracy w placówkach z nią związanych – prywatnych praktykach, przychodniach, szpitalach. Koncentrujemy się zwykle na problemach dostępności personelu, specjalistycznego sprzętu,



Fot. licencja OIL w Warszawie

liczbie wykonanych procedur medycznych i długości oczekiwania na leczenie.

Sytuacje nagłe, w których uznamy, że naszą misją, jako przedstawicieli zawodów medycznych, jest ratowanie życia i zdrowia, jeśli się wydarzą, mogą zaskoczyć nas w miejscach, gdzie się tego nie spodziewamy – podczas rodzinnej uroczystości albo na wakacjach. Trudno też pomijać rosnące zagrożenie konfliktem zbrojnym na terenie naszego kraju.

Nadzieja, że wiedza i umiejętności dotyczące postępowania w warunkach skrajnych nigdy nam się nie przydadzą, jest zrozumiała, ale wydaje się rozsądne i odpowiedzialne, zwłaszcza z perspektywy medyka, te umiejętności i wiedzę posiadać. ●

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO ZAPRASZA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NA DRUGĄ EDYCJĘ SZKOLENIA PT.: „MEDYCYNA POŁA WALKI”

Oferujemy Państwu dwa szkolenia
– oba dofinansowane przez OIL w Warszawie.

Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Szkolenia poprowadzą doświadczeni
na wojnie w Ukrainie ratownicy i anesteziolog.

Liczba miejsc jest ograniczona.

Kurs podstawowy: **17.11.2024**, godz. 10.00–17.30

Kurs rozszerzony: **24.11.2024**, godz. 10.00–18.00

Szczegółowy
program:



Kick off Meeting stażystów

tekst **KAROLINA STĘPNIEWSKA**

Piąty Kick off Meeting, coroczny zjazd szkoleniowo-integracyjny lekarzy stażystów, odbył się 5–6 października w Otwocku. Prelekcje wygłosili m.in. przedstawiciele samorządu lekarskiego, młodzi lekarze, wykładowcy z WUM i innych uczelni medycznych, prawnicy. Nie zabrakło niespodzianek i nowości.

– *To wyjątkowe spotkanie dla naszych młodych kolegów, którzy wchodzi w zawód, poznają meandry i trudności stażu pojawiające się na poszczególnych jego etapach* – mówił prezes ORL w Warszawie Artur Drobnik. Uczestników konferencji przywitali również przewodnicząca Komisji ds. Młodych Lekarzy ORL w Warszawie Klaudia Gutowska i wiceprzewodniczący Wiktor Możarowski.

Prof. Łukasz Paluch, flebolog, zachęcał młodych lekarzy do obrania niestandardowej ścieżki kariery. Zaprosił też na scenę Agnieszkę Wis, specjalistkę ds. marketingu i employer branding, by opowiedziała o kreowaniu wizerunku w social mediach.

– *Znajdujecie się w arcyważnym momencie życia* – podkreślał prof. Paluch. – *Wybór specjalizacji jest bardzo istotny – albo odnajdziecie się w niej i będziecie szczęśliwymi, spełnionymi ludźmi, albo popadniecie w zwątpienie. Dlatego prosiłbym was, abyście bardzo dokładnie przemyśleli plan tego etapu życia.*

– *Wy, młodzi ludzie, możecie coś zmienić* – przekonywał kolejny prelegent, Piotr Sobiech, przewodniczący Komisji ds. Stażu Podyplomowego, który przybliżył zgromadzonym spe-

cyfikę stażu. Z kolei przewodnicząca Komisji ds. Młodych Lekarzy Klaudia Gutowska wyjaśniła różnice między szkołą doktorską a doktoratem eksternistycznym.

Nowością na Kick off Meeting był udział przedstawicieli Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, którym lekarze stażyści zadawali pytania dotyczące rekrutacji na specjalizację. O tym procesie mówiła Anna Tokarska, starszy inspektor wojewódzki ds. kształcenia lekarzy.

Po raz pierwszy na Kick off Meeting lekarze stażyści mogli wypełnić przygotowaną przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie ankietę potrzeb szkoleniowych. Mieli też okazję zaszczyścić się bezpłatnie przeciw grypie w ramach akcji „Szczepimy – chronimy” zorganizowanej przez OIL w Warszawie.

Ważnym punktem otwockiego spotkania było przybliżenie lekarzom stażystom istoty funkcjonowania OIL w Warszawie, jej struktury i oferty dla członków. Prezes ORL w Warszawie Artur Drobnik zachęcał uczestników spotkania do aktywności w ramach samorządu: – *Okręgową Izbę Lekarską tworzymy my wszyscy. Pamiętajcie, że izba jest dla was otwarta, jest miejscem, do którego możecie przyjść z każdą sprawą.*

– *Gratuluję wam wejścia na tę drogę zawodową, ukończyliście trudne studia. Naprawdę bądźcie dumni z wykonywania zawodu lekarza, nawet jeśli pierwsze tygodnie czy miesiące w pracy nie będą łatwe. Wiele się zmieniło na lepsze, ale wciąż jest dużo do poprawy i sami tę poprawę osiągniemy* – mówił prezes ORL w Warszawie.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski opowiedział uczestnikom konferencji o działaniach i planach NIL, a także o tym, jak będzie wyglądała praca lekarza w przyszłości.

Kick off Meeting to nie tylko okazja do integracji ze środowiskiem lekarskim, ale i do zdobycia praktycznej wiedzy. Zuzanna Wojdyńska mówiła o pracy w POZ po zakończeniu stażu podyplomowego, Radosław Tymiński o tym, jak prawidłowo prowadzić dokumentację medyczną, a Adrian Perdyan tłumaczył, jak napisać publikację naukową.

Mec. Przemysław Rawa-Klocek, dyrektor Działu Prawnego OIL w Warszawie, mówił o ochronie prawnej lekarza w postępowaniach przedsądowych i sądowych w sporach z pacjentami, natomiast adwokat Zuzanna Pierścińska – o mediacji jako pozasądowym sposobie rozwiązywania tych sporów.



Fotografie: A. Janowski

Część szkoleniową Kick off Meeting 2024 zakończyło wystąpienie gościa specjalnego, Łukasza Kadziewicza, jednego z najpopularniejszych polskich siatkarzy, komentatora sportowego. Opowiadał on młodym lekarzom o pokonywaniu barier w sporcie i biznesie.

– Dla mnie najważniejszą rzeczą jest etos pracy, którego wam życzę. Wychodzenia ze strefy komfortu, czyli podejmowania ryzyka, pewnej beczelności – tego też wam życzę. I jeszcze „pielęgnacji”, o którą zawsze prosili nas trenerzy: „Pielęgnuj w sobie marzenia” – zakończył swą wypowiedź sportowiec. A czego życzą sobie sami lekarze stażysty? – Dla mnie sukcesem zawodowym stanie się to, że będę naprawdę lubiła to, co robię – podsumowała spotkanie z siatkarzem Patrycja, jedna z około 200 uczestników Kick off Meeting 2024. ●



Pikniki „Kochane zdrowie”

Za nami dwa pikniki organizowane przez SPZOZ Warszawa-Ursynów oraz Urząd Dzielnicy Praga Północ m.st. Warszawy, którym partnerowała OIL w Warszawie. Lejtmotywnym imprez było zapobieganie chorobom cywilizacyjnym, poza konsultacjami lekarzy specjalistów, badaniami stomatologicznymi zapewniono dzieciom i dorosłym mnóstwo atrakcji oraz niespodzianek.

Pierwszy piknik na warszawskim Ursynowie, przy Urzędzie Dzielnicy Ursynów m.st. Warszawy, który odbył się 21 września, promował profilaktykę cukrzycy, nadwagi i otyłości oraz chorób nowotworowych. Warszawiacy chętnie korzystali z darmowej konsultacji specjalistów: dietetyka, psychologa i fizjoterapeuty. Mogli też wykonać analizę składu ciała,



z badać poziom cukru, ciśnienia, tkanki tłuszczowej, kwasu moczowego. Chętnie odwiedzali mobilne gabinety diagnostyczne oferujące m.in. densytometrię, spirometrię, dermatoskopię, badanie słuchu oraz wzroku, USG, EKG. Dwa stanowiska OIL w Warszawie – do przeglądów stomatologicznych i fotobudka – także cieszyły się dużym powodzeniem.

Hasłem przewodnim drugiego pikniku, zorganizowanego 28 września na warszawskiej Pradze, była profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. W pakiecie, poza bezpłatnymi konsultacjami dermatologa, badaniami diagnostycznymi i porządną dawką wiedzy, znalazła się dobra zabawa oraz ćwiczenia relaksacyjne i ruchowe. ●



Fotografie: G. Stec

V Lekarski Rajd Rowerowy

Po d koniec września Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie po raz piąty zorganizowała dla lekarzy i lekarzy dentystów rodzinny rajd rowerowy po Kampinoskim Parku Narodowym. Frekwencja dopisała: cztery różne trasy (od 5 do 40 km) przejechało łącznie 85 osób.

Nie zabrakło atrakcji dla najmłodszych. Mieli m.in. szansę poznać mieszkańców puszczy pod czujnym okiem leśniczego, który wtajemniczał dzieci w świat zwierząt i roślin.

– Wyprawa na polanę rekreacyjną „Jakubów” w Kampinoskim Parku Narodowym już na stałe wpisała się w kalendarz naszych samorządowych imprez. W tym właśnie miejscu spotkaliśmy się po raz piąty na Lekarskim Rajdzie Rowerowym. To była doskonała okazja do aktywności fizycznej zarówno naszych członków, jak i ich rodzin, a zróżnicowana długość tras umożliwiła zaspokojenie kolarskich ambicji – powiedział obecny na rajdzie rowerowym Krzysztof Herman, wiceprezes ORL w Warszawie. ●



Fot. D. Jareosz

Brydż jako forma terapii

W weekend 11–12 października był emocjonujący dla lekarzy brydżystów. W tym terminie bowiem w warszawskim Centrum Alzheimerza zostały rozegrane XXV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym.

Jubileuszowe rozgrywki współorganizowały OIL w Warszawie, NIL i Kujawsko-Pomorska OIL. Patronat nad turniejem objął prezes Polskiego Związku Brydża Sportowego Marek Michałowski, a rolę gospodarza pełnił Krzysztof Makuch z Warszawy, wspierany przez Aleksandra Skopa z Torunia.

– *Przyjechali lekarze, którzy od wielu lat grają w brydża, ale pojawiły się też młode twarze. Wspaniale, że chcą dzielić pasję ze starszymi kolegami. Jestem pełen podziwu dla dyrektora Centrum Alzheimerza Jarosława Gnioski za wkład w organizację mistrzostw, a także dla prezesa Polskiego Związku Brydża Sportowego. Ogromne podziękowania dla Krzysztofa Makucha, od lat zaangażowanego w organizację rozgrywek* – powiedział Jacek Sowiński, sekretarz ORL w Warszawie.

Małgorzata Maruszkin, członek rady Bridge to the People Foundation, przed wręczeniem medali zwycięzcom podkreśliła, że brydż korzystnie wpływa na zdrowie mózgu seniorów: – *W brydżu nie ma ograniczeń, mogą grać osoby w różnym wieku, niewi-*

domi, niesłyszący, osoby z innymi niepełnosprawnościami. Jest on rodzajem terapii dla pacjentów cierpiących na alzheimera.

Wyróżnienia za całokształt działalności na rzecz lekarskiego brydża sportowego otrzymali m.in.: prof. dr hab. n. med. Ewa Skopińska-Różewska, Irena i Jan Chodorowscy, Jan Rogowski, Jerzy Kotowski, Jolanta Krogulska, Małgorzata Maruszkin oraz Krzysztof Siwek. Medalistami w klasyfikacji generalnej zostali: Maria Boczar, Paweł Cichoś i Krzysztof Makuch. W klasyfikacji generalnej pań: Maria Boczar, Alicja Jaszczak i Zofia Zaręba. ●



Fot. M. Hincat

Tego nie nauczysz się z YouTube'a

tekst **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Samorząd zawodowy – relikwitu przeszłości czy podstawa przyszłości? – pod takim tytułem 15 października odbyła się konferencja poświęcona samorządom zawodów zaufania publicznego.

Otwierając spotkanie, Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, powiedział m.in.: – *To nie był łatwy czas dla samorządów zawodów zaufania publicznego, (...) a bez tych zawodów nie ma społeczeństwa obywatelskiego. Dobrze, że istnieją rady czy izby, które potrafią ponad podziałami i wewnątrz środowisk mówić jednym głosem, o tym, czego środowisko naprawę potrzebuje.* Prezes NRL wspomniał też o wyzwaniach, jakie stoją przed osobami wykonującymi zawody zaufania publicznego, przede wszystkim o potrzebie odporności na wpływy polityczne oraz o budowaniu dobrych struktur, które pozwolą reprezentować nie tylko poszczególnych członków, ale także całe środowiska.

Pierwszy panel konferencji dotyczył roli samorządu zawodowego w ochronie zdrowia publicznego. Przedstawiciele zawodów medycznych i pokrewnych, a także reprezentant Ministerstwa Zdrowia, dyskutowali o bezpieczeństwie, zaufaniu, wsparciu pacjenta na wielu poziomach, jakości usług medycznych i roli poszczególnych grup zawodowych w systemie opieki zdrowotnej. Przedstawiciel MZ zapewnił, że ministerstwo szanuje niezależność samorządów zawodów medycznych i zależy mu na partnerstwie. – *Aby ochrona zdrowia była skuteczna, potrzeba multidyscyplinarnej współpracy* – przekonywała Alina Górecka, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej. Z kolei Mateusz Kowalczyk, wiceprezes NRL, mówił, podobnie jak przedstawicielka Naczelnej Rady

Pielęgniarek i Położnych, o jakości kształcenia i wymaganiach, jakie trzeba spełnić, aby szkolić medyka. Dodał, także: – *Młody lekarz powinien mieć dwa przymioty: odwagę i odpowiedzialność. Trzeba być odważnym, żeby zdecydować się na wybór tego zawodu przy obecnych regulacjach i nie zgadzać się na pewne zastawy w miejscu pracy schematy. Z kolei trzeba być odpowiedzialnym, aby poczuwać się do współtworzenia miejsca, w którym się pracuje.*

Kolejny panel dotyczył zawodów prawniczych, znaczenia samorządu zawodowego dla zapewnienia sprawiedliwości i równości w systemie prawnym. Adwokaci, radcy prawni, notariusze, komornicy, kuratorzy sądowi i doradcy podatkowi starali się odpowiedzieć na pytanie, czy w związku z tym, co dzieje się obecnie w wymiarze sprawiedliwości, samorządy są nadal potrzebne i czy spełniają swoją rolę.

Trzeci panel poświęcono zawodom technicznym i kwestiom innowacji oraz rozwoju. Rozmówcy wyjaśniali, czy samorządy architektów, inżynierów budownictwa i urbanistów są ukierunkowane na zmiany i nowości oraz jak je należy wprowadzać.

Konferencję zakończyło podpisanie przez przedstawicieli wszystkich 15 samorządów Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, w którym „zaapelowano do władz państwowych o przestrzeganie norm wyrażonych w art. 17 Ustawy Zasadniczej”.

– *Silne i autonomiczne samorządy zawodowe są fundamentem silnego, sprawnie działającego państwa prawa* – podkreślili paneliści. ●



Fot. J. Kamiński

Ringo dla zdrowia

tekst **KRYSTYNA ANIOŁ-STRZYŻEWSKA**

W Warszawie 14 września 2024 r. odbyły się XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo sponsorowane przez OIL w Warszawie, NIL oraz Polskie Towarzystwo Ringo.

Podobnie jak w roku ubiegłym mecze braci lekarskiej rozgrywano równoległe z 23 Memoriałem Włodzimierza Strzyżewskiego, na tym samym boisku.

Tegoroczne zawody zostały poprzedzone uroczystym otwarciem alei Włodzimierza Strzyżewskiego, twórcy ringo, w parku Górczewska na Jelonkach. Symbolicznego przecięcia wstęgi dokonali przedstawiciele władz Bemowa oraz prezes Polskiego Towarzystwa Ringo dr n. med. Krystyna Anioł-Strzyżewska.

Druga tablica z nazwą al. W. Strzyżewskiego znajduje się na skrzyżowaniu z al. Henryka Jordana i nazwiska tych dwóch postaci, których daty urodzenia dzieli przeszło 100 lat, znalazły się na jednym słupie informacyjnym, jak na specyficznym pomniku. Dr Henryk Jordan, profesor medycyny, położnik, ginekolog, pediatra, społecznik, wykładowca medycyny we Włoszech, Stanach Zjednoczonych, we Francji, był założycielem (w 1889 r.) pierwszego w Europie publicznego ogrodu zabaw i gier ruchowych dla dzieci do lat 15, na krakowskich Błoniach, gdzie wszystkie zajęcia poprawiające rozwój psychomotoryczny dla określonych grup wiekowych prowadzili lekarze. Był też autorem i realizatorem pomysłu wprowadzenia do szkół podstawowych wychowania fizycznego. Doczekał się upamiętnienia w Warszawie dopiero 117 lat po swojej śmierci.



Zawody ringo rozgrywano przy prawdziwie letniej pogodzie, jednocześnie na czterech boiskach. Zwycięzcom kategorii wręczono puchary, medale i dyplomy. Otrzymali także pamiątkowe drobiazgi z logo Okręgowej Izby Lekarskiej.

- W grze pojedynczej kobiet zwyciężyły: Joanna Tchorzewska z Warszawy (w klasie otwartej) oraz Krystyna Anioł-Strzyżewska z Warszawy (w kategorii senierek).
- W grze pojedynczej mężczyzn zwyciężyli: Jakub Strzyżewski z Warszawy (w klasie otwartej), Krzysztof Makuch z Warszawy (w kategorii seniorów) oraz Marek Warecki z Warszawy (w kategorii super-seniorów).
- W grze drużynowej zwyciężyli: Marek Warecki z Warszawy i Andrzej Osak ze Słupska, zaś w mikście – Joanna Tchorzewska i Leszek Krakowiak, oboje z Warszawy.

Zawodnicy reprezentowali cztery okręgowe izby lekarskie. W punktacji łącznej, ustalonej w trybie rankingowym, wygrali reprezentanci OIL w Warszawie (108 pkt) przed zawodnikami z izb: Białostockiej (18 pkt), Śląskiej (15 pkt) i Pomorskiej (14 pkt). •

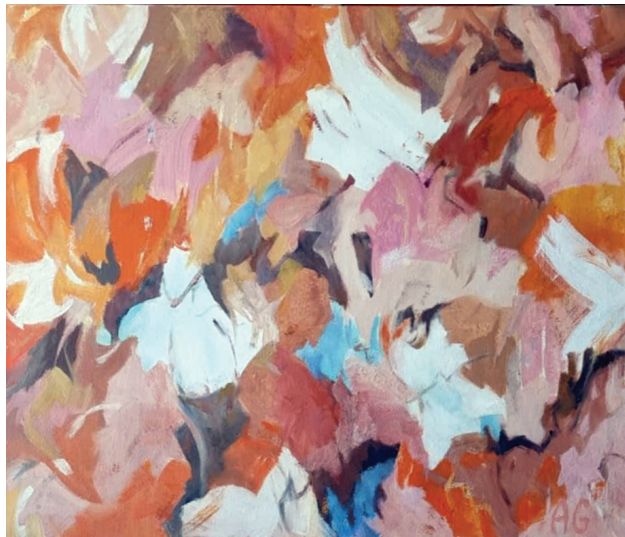


Finisaż wystawy

tekst **WŁODZIMIERZ CERAŃSKI**

W Centrum Kultury Łowicka odbył się finisaż wystawy malarskiej zorganizowanej przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie. Zaprezentowano 34 obrazy lekarzy i lekarzy dentyków uczestniczących w zajęciach pracowni. Otwarcia wystawy dokonali: Łukasz Wawrynkiewicz, dyrektor Centrum Łowicka, Krzysztof Herman, wiceprezes ORL w Warszawie, Bożena Hoffman-Golańska, przewodnicząca Komisji Kultury, oraz Włodzimierz Cerański, kierownik pracowni. Po raz pierwszy przyznano Nagrodę Publiczności 2024 – statuetkę z metalu symbolizującą malarstwo, którą otrzymała Anna Grzybowska za obraz „Letni poranek”.

Swoje prace zaprezentowali: Anna Boszko, Anna Grzybowska, Anna Staszewska, Wiktoria Mikulska, Zofia Bachowska-Musiał, Krystyna Dowgier-Malinowska, Krystyna Rusiniak-Kubik, Katarzyna Chojnacka-Pniewska, Ewelina Mackiewicz, Stefan Welbel, Marek Obersztyn, Waldemar Rogala i Włodzimierz Cerański. ●



Artystyczne pasje nagrodzone

tekst **MARIA ŚWIĄDER**

Od 11 do 13 października w Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu trwała kolejna Warszawska Jesień Poezji pod patronatem Związku Literatów Polskich. Odbyły się liczne spotkania literackie i środowiskowe, m.in. zostały ogłoszone wyniki XV Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego Lekarzy i Lekarzy Dentyków „Puls słowa”.

W kategorii poezja pierwsze miejsce jury przyznało Bolesławowi Sawickiemu, drugie – Witoldowi Kopciowi, trzecie – Ewie Gluzie. Wyróżnienie otrzymała Joanna Czajkowska-Ślasko, a wyróżnienie drukiem w kwartalniku „Własnym Głosem” – Anna Pituch-Noworolska. W kategorii proza pierwsze miejsce przypadło Katarzynie Wierzbickiej, drugie – Agnieszce Kani, trzecie – Monice Szymczakowskiej.

Po wręczeniu nagród laureatom odbył się koncert poetycko-muzyczny „Molekuły wrażliwości 7”, podczas którego aktorki Iwona Rulewicz i Maciej Zuchowicz czytali nagrodzone prace. O oprawę muzyczną zadbał Sławomir Korsan. Uczestnicy spotkania mieli okazję wysłuchać także koncertu zespołu Kisieliński Trio.

Jesieni Poezji towarzyszyły wystawy – fotograficzna „Fotodiagnoza Warszawy” i malarska „Wzajemne inspiracje” lekarzy i lekarzy dentyków, członków OIL w Warszawie.

Tegoroczne spotkanie należy zaliczyć do bardzo udanych, co jest nie małą zasługą organizatorów, m.in. Waldemara Hładkiego i Majki Żywickiej-Luckner z Unii Polskich Pisarzy Lekarzy oraz Bożeny Hoffman-Golańskiej z OIL w Warszawie. ●



Fot. D. Jarosz

Co nam daje izba?

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE W RAMACH OPŁACANEJ SKŁADKI GWARANTUJE SWOIM CZŁONKOM WIELE ŚWIADCZEŃ. WARTO WIEDZIEĆ, JAKIE I JAK Z NICH KORZYSTAĆ, BO ZAPEWNIAJĄ NIE TYLKO PODNOSZENIE KWALIFIKACJI, ALE TAKŻE OSZCZĘDZANIE CZASU I PIENIĘDZY, A NAWET POMAGAJĄ DBAĆ O ZDROWIE.

Benefity, jakie oferuje OIL w Warszawie, można podzielić na kilka kategorii. A ponieważ świadczeń jest naprawdę bardzo dużo, w kolejnych numerach „Pulsu” będziemy przybliżać ich poszczególne rodzaje. W tym numerze piszemy o pomocy prawnej dla lekarzy, ochronie zawodu, interwencjach rzecznika praw lekarza oraz wsparciu psychologicznym.

PRAWNIK DLA LEKARZA

W ramach tego świadczenia każdy medyk może liczyć na obsługę prawną w zakresie: porady, spotkania z prawnikiem, przygotowania opinii prawnej oraz innych dokumentów. Obsługa prawna ze strony izby lekarskiej obejmuje sprawy dotyczące: ochrony dóbr osobistych, roszczeń deliktowych i dochodzenia tych roszczeń, prawa pracy, prawa medycznego, ubezpieczeń społecznych, prawa cywilnego i innych postępowań związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry, z wyłączeniem prawa podatkowego, nie dotyczy natomiast spraw kierowanych na drogę sądową i niezwiązanych z wykonywaniem zawodu lekarza oraz lekarza dentystry. Wsparcie otrzymują członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie po podaniu numeru Prawa Wykonywania Zawodu.

Pomoc prawną można uzyskać bezpośrednio w siedzibie OIL w Warszawie w poniedziałki w godz. 10–18.00, a od wtorku do piątku w godz. 9–17.00, oraz pod adresem e-mailowym: prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl i telefonicznie, pod numerem: 728 988 518.

OCHRONA ZAWODU

Członkowie samorządu, zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści, mogą także korzystać z porad i interwencji lek. dent. Moniki Potockiej, rzecznika praw lekarza. Biuro Rzecznika Praw Lekarza podejmuje działania w sprawach, które mają istotne znaczenie dla lekarzy i ich bezpieczeństwa zawodowego, szczególnie w zakresie:

- ochrony dobrego imienia lekarzy,
- przeciwdziałania mobbingowi oraz dyskryminacji,
- problemów z refundacją oraz karami nakładanymi na lekarzy przez NFZ lub inne organy administracji publicznej,
- umów kontraktowych,
- spraw precedensowych (rzecznik może interweniować w sprawach sądowych, które dotyczą zagadnień istotnych dla szerokiej grupy lekarzy),
- spraw dotyczących polityki zdrowotnej oraz legislacji,
- spraw dotyczących interesów zbiorowych lekarzy.

Aby uzyskać wsparcie rzecznika praw lekarza, należy skontaktować się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza telefonicznie pod numerem: 22 542 83 28 lub e-mailowo: rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl.

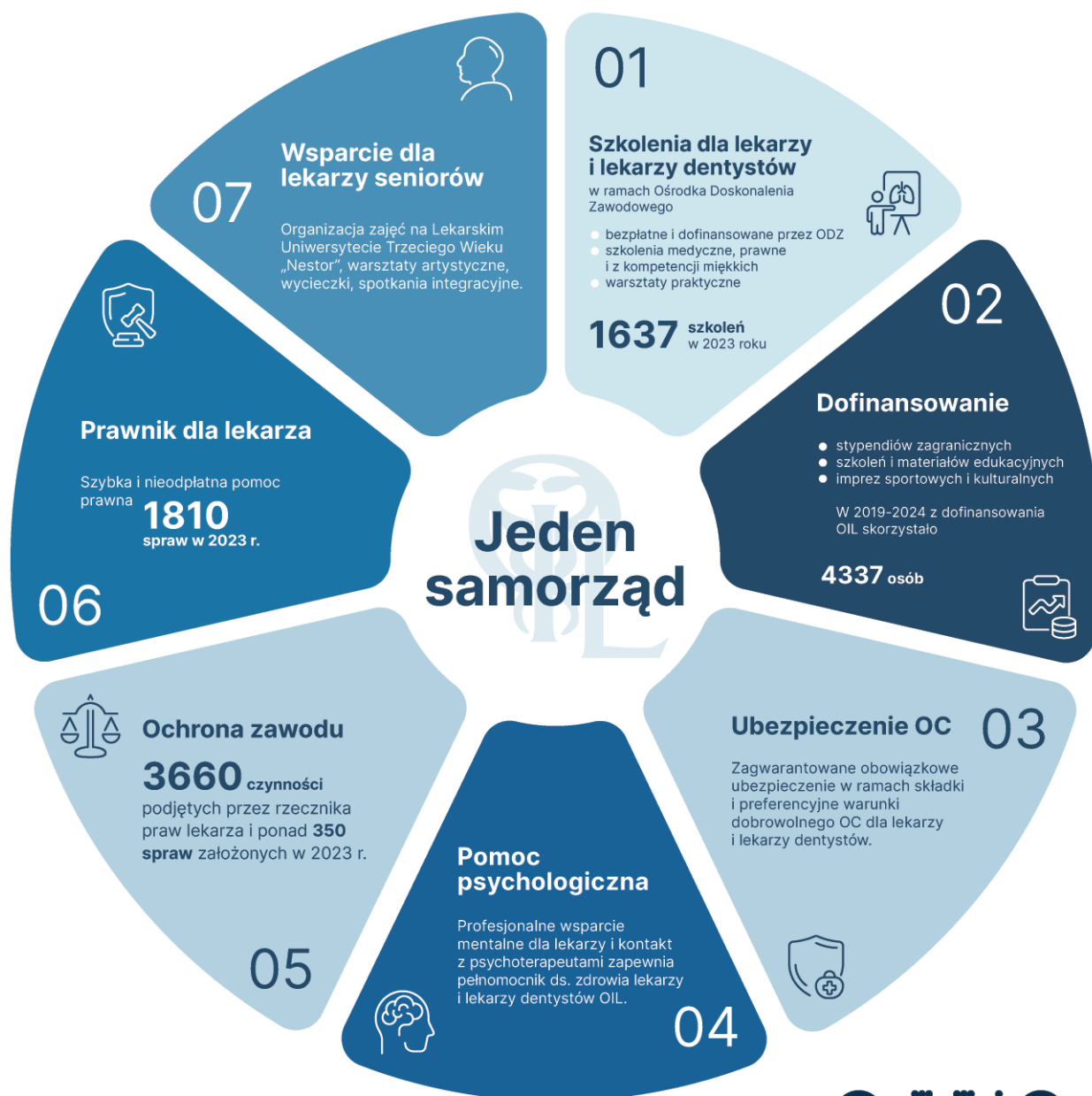
POMOC PSYCHOLOGICZNA

Praca lekarzy jest ogromnie obciążająca i wymaga poświęcenia, dlatego OIL w Warszawie zapewnia swoim członkom wsparcie psychologiczne. Każdy lekarz i lekarz dentysta, który zmaga się z wypaleniem zawodowym oraz z problemami natury psychicznej lub uzależnieniami, może zwrócić się do pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów, by uzyskać pomoc w powrocie do równowagi emocjonalnej. Pełnomocnik ułatwi określenie problemu oraz wybór najlepszej pomocy psychologicznej, terapeutycznej czy psychiatrycznej.

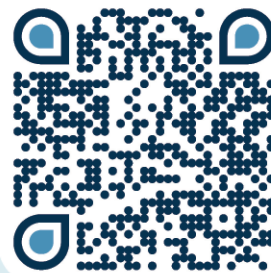
Pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów OIL w Warszawie od września 2019 r. jest Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, lekarka psychiatra, psychoterapeutka, certyfikowana liderka grup Balinta. Można się z nią kontaktować telefonicznie: 660 672 133 lub e-mailowo: pełnomocnik-zdrowia@oilwaw.org.pl. ●



BENEFITY DLA LEKARZY



Chcesz poznać pełną listę benefitów oferowanych lekarzom i lekarzom dentyistom w ramach składki, odwiedź naszą stronę



Sprawdzam

MINISTERSTWO ZDROWIA WKRÓTCE PRZEDSTAWI PROJEKT KRAJOWEJ SIECI KARDIOLOGICZNEJ – ZAPOWIADAŁ PODCZAS XXVIII MIĘDZYNARODOWEGO KONGRESU PTK W KATOWICACH (19–21 WRZEŚNIA 2024 R.) DYREKTOR DEPARTAMENTU OPIEKI KOORDYNOWANEJ KONRAD KORBIŃSKI. DO 10 PAŹDZIERNIKA PROJEKT USTAWY CIĄGLE NIE ZOSTAŁ NAWET UPUBLICZNIONY.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Podobnie zresztą jak projekt nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym Korbiński na początku sierpnia mówił, że zostanie przedstawiony na przełomie sierpnia i września.

W przypadku KSK sytuację komplikuje fakt, że pilotaż, prowadzony w siedmiu województwach, w których ośrodki kardiologiczne są najprężniejsze, kończy się 31 grudnia i z zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia wynika, że nie zostanie przedłużony. Najlepiej, gdyby ustawa weszła w życie przed końcem roku, choć każdy tydzień zwłoki w publikacji projektu zwiększa niepewność, czy cel uda się osiągnąć. Jest jeszcze jeden powód do niepokoju. Krajowa Sieć Kardiologiczna (podobnie jak KSO) jest wpisana do Krajowego Planu Odbudowy jako kamień milowy – dopóki ustawa nie wejdzie w życie, dopóty nie można sięgnąć po środki z KPO, z których trzeba się rozliczyć do końca czerwca 2026 r. W przypadku KSO pieniądze już mogą być wydawane – resort zdrowia w październiku ogłosił konkurs na wielomiliardowe inwestycje. Pojawiają się jednak obawy, czy środki te zostaną wydane sensownie, tymczasem w przypadku kardiologii czasu będzie jeszcze mniej.

Nadrzędnym celem jest jednak optymalizacja modelu opieki nad pacjentem. Krajowa Sieć Kardiologiczna ma zapewnić koordynację i kompleksowość opieki nad pacjentem kardiologicznym i zapobiegać sytuacjom, w których chory po zakończeniu określonego etapu diagnostyki czy leczenia jest pozostawiony sam sobie i musi na własną rękę (jeśli ma świadomość, że jest to konieczne) zapewnić sobie kontynuację procesu terapeutycznego. – *Ustawa to nie system. Ustawa to fundament, na którym państwo, jako kardiolog, eksperci, będą razem z nami ten system budować* – przypomniał Korbiński. W jego ocenie sieć kardiologiczna może mieć wręcz lepszy start niż sieć onkologiczna, która była opracowywana jako pierwsza. Choćby dlatego, że przy pisaniu ustawy i projektowaniu rozwiązań dla całego kraju brano pod uwagę zarówno wnioski płynące z pilotażu, jak i z programu KOS-Zawał oraz programu KONS.

Krajowa Sieć Kardiologiczna ma być dwupoziomowa. Pierwsza kwalifikacja do KSK, jeśli oczywiście ustawę uda się uchwalić w terminie (w końcu tego roku lub na początku przyszłego), powinna się odbyć „w lutym lub marcu”.

Każdy podmiot, zakwalifikowany do sieci, będzie musiał zapewnić:

- diagnostykę i leczenie ambulatoryjne,
- leczenie w ramach hospitalizacji,
- rehabilitację kardiologiczną,
- udzielanie świadczeń w trybie nagłym (IP/SOR).

Ośrodki zakwalifikowane do pierwszego poziomu będą zobowiązane udzielać świadczeń w zakresie:

- poradni kardiologicznej,
- oddziałów o profilu kardiologia oraz oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego,
- sali hemodynamicznej,
- izby przyjęć lub SOR.

Ośrodki drugiego poziomu dodatkowo będą musiały w ramach umowy z NFZ udzielać świadczeń w zakresie:

- oddziału o profilu: kardiochirurgia, oddział intensywnej terapii i anestezjologii,
- oddziału o profilu chirurgia naczyniowa lub choroby wewnętrzne, lub neurologia,
- sali hybrydowej,
- sali do elektrostymulacji/elektrofizjologii.

W ramach KSK mają też powstać kardiologiczne centra doskonałości, specjalizujące się w leczeniu określonych jednostek chorobowych lub leczeniu z zastosowaniem określonej technologii.

Ośrodki dostaną czas na przygotowanie się do spełnienia wymogów, więc przy pierwszej kwalifikacji będzie można liczyć na częściowo ulgowe traktowanie.

Podobnie jak w przypadku sieci onkologicznej, MZ chce maksymalnego „rozciągnięcia” sieci kardiologicznej na podmioty współpracujące, przede wszystkim poradnie POZ. Chodzi zarówno o etap diagnostyki problemów zdrowotnych pacjenta, jak i kontynuację jego monitorowania po zakończeniu leczenia w ośrodku KSK. Ze strony środowiska lekarzy POZ pojawiają się jednak pytania, czy KSK będzie uwzględniała funkcjonujący już od dwóch lat model opieki koordynowanej, w którym ścieżka kardiologiczna jest najczęściej oferowana pacjentom. ●



NOWOŚĆ 2024

Ubezpieczenie PZU Dom i PZU Auto

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 Auto.**

PZU Dom

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



Dlatego oferujemy ubezpieczenie PZU Dom w wariancie 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 statymi 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 Auto

Z naszym ubezpieczeniem możesz czuć się bezpiecznie i liczyć na naszą pomoc w razie wielu nieprzewidzianych sytuacji na drodze.



PZU Auto to m.in.:

- **PZU Auto OC** – obowiązkowe ubezpieczenie, które pokryje ewentualne skutki kolizji lub wypadku,
- **PZU Auto AC** – wypłata odszkodowania w razie kradzieży, uszkodzenia lub zniszczenia pojazdu. Nasze autocasco chroni Cię od wielu ryzyk – także tych, których teraz nie potrafisz przewidzieć ani nazwać,
- **PZU Pomoc w Drodze** (usługi assistance) – w zależności od wariantu zorganizujemy np. naprawę na miejscu, holowanie, samochód zastępczy, dowóz paliwa, wymianę koła, nocleg, opiekę nad dziećmi, zmiennika kierowcy i wiele innych usług.

Proponujemy również ubezpieczenia dodatkowe, m.in. szyb, opon, NNW, pomoc prawną, auto zastępcze.

Wybierz pakiet ubezpieczeń PZU Auto i ze spokojem ruszaj do celu.

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. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń komunikacyjnych PZU Auto i PZU Dom 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

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

31 grudnia 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

31 grudnia 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.

Staż kierunkowy w ogólnej poradni dermatologicznej

LEKARZE ODBYWAJĄCY DRUGI ROK REZYDENTURY W DZIEDZINIE DERMATOLOGII I WENEROLOGII ZWRÓCILI SIĘ DO BIURA RZECZNIKA PRAW LEKARZA OIL W WARSZAWIE Z PROŚBĄ O WYJAŚNIENIE KONTROWERSJI DOTYCZĄCYCH REALIZACJI PROGRAMU SPECJALIZACJI OSÓB ODBYWAJĄCYCH STAŻ W PORADNI DERMATOLOGICZNEJ I ZAJĘCIE STANOWISKA WOBEC TRYBU WYKONYWANIA PRZEZ NICH PRACY.

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



Fot. K. Bartyzel

Chodzi o rozstrzygnięcie, czy lekarze muszą udzielać świadczeń zdrowotnych pacjentom w poradni specjalistycznej pod nadzorem bezpośrednim, czy mogą pod nadzorem zwykłym. Czy nadzór ma być prowadzony przez kierowników specjalizacji wyznaczonych w ramach stażu kierunkowego, czy przez jakiegokolwiek specjalistę, który pracuje w poradni, a nie posiada statusu kierownika specjalizacji nadzorowanego lekarza.

Z analizy obowiązujących przepisów dotyczących specjalizacji wynika, że lekarz, który ukończył drugi rok specjalizacji, posiada udokumentowane potwierdzenie nabycia wiedzy oraz umiejętności umożliwiające samodzielną pracę w poradni specjalistycznej, spełnia warunki udzielania świadczeń gwarantowanych. Jeśli zaś nie ma udokumentowanego potwierdzenia posiadanych wiedzy oraz umiejętności w omawianym zakresie, owo świadczeń udzielać nie może.

Zwróciłam się do dyrekcji Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, aby rozwiązać wątpliwości związane z tym zagadnieniem. W przesłanej do mnie odpowiedzi podkreślono, że staż po drugim roku szkolenia specjalizacyjnego trwa 64 tygodnie. Kierownik specjalizacji jest odpowiedzialny za ustalenie i przekazanie lekarzowi za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego, w tym informacji o miejscu odbywania kursów i staży kierunkowych, które zapewnią realizację programu specjalizacji na poszczególnych etapach (modułach) szkolenia. Jeśli zajdzie taka potrzeba, kierownik specjalizacji powinien niezwłocznie aktualizować szczegółowy plan szkolenia. Jest też zobowiązany do zaplanowania stażu kierunkowego w ogólnej poradni dermatologicznej po ukończeniu przez specjalizującego się lekarza drugiego roku szkolenia. Medyk może odbywać staż wyłącznie pod kierunkiem lekarza posiadającego II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny. ●



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?



Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

Dyżury rzecznik praw lekarza
Moniki Potockiej

🕒 **środy i czwartki 12.00–16.00**
✉️ **rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl**
☎️ **512 331 230 | 691 224 246**



Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat

NIK PUBLIKUJE WYNIKI KONTROLI PRZESTRZEGANIA PRAW PACJENTA

Najwyższa Izba Kontroli opublikowała obszerny raport* dotyczący przestrzegania praw pacjenta oraz realizacji zadań, jakie nakładają przepisy prawa w tym zakresie na podmioty lecznicze oraz rzecznika praw pacjenta. Na podstawie kontroli przeprowadzonej w 17 szpitalach oraz w biurze rzecznika oceniono, że naruszenie praw pacjenta występuje we wszystkich badanych obszarach oraz we wszystkich placówkach.

W ocenie kontrolerów NIK rzecznik praw pacjenta nie realizował w pełni swych ustawowych zadań dotyczących ochrony praw pacjenta, mimo że posiadał szeroką wiedzę o problemach oraz występujących nieprawidłowościach. Co roku zgłaszał ministrowi zdrowia propozycje zmian systemowych, a także projekty zmian w przepisach, ale szef resortu nie zawsze je akceptował. NIK zarzuca rzecznikowi przede wszystkim, że nie wystąpił z wnioskiem do ministra zdrowia o podjęcie inicjatywy ustawodawczej dotyczącej badań genetycznych niezbędnych w ochronie zdrowia. Tymczasem w Polsce brakuje regulacji prawnych, które kompleksowo określałyby zasady poradnictwa genetycznego, bankowania materiału oraz bezpieczeństwa danych genetycznych. W rezultacie państwo nie ma nadzoru nad wykonywaniem badań genetycznych, w szczególności przez podmioty działające poza systemem ochrony zdrowia, co stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i poszanowania ich praw.

Kontrola NIK wykazała również, że rzecznik nie zapewnił warunków organizacyjnych, które pozwalałyby na rzetelne i zgodne z prawem prowadzenie postępowań wyjaśniających. W niemal wszystkich analizowanych postępowaniach przekroczono terminy określone w kodeksie postępowania administracyjnego, zarówno w sprawach indywidualnych, jak i zbiorowego naruszenia praw pacjenta. Wskazano również, że na skutek braku powołania odpowiedniej liczby rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego osoby sprawujące tę funkcję były nadmiernie obciążone zadaniami i nie mogły zapewnić ochrony wszystkim pacjentom psychiatrycznym w Polsce.

Według ustaleń NIK najczęściej naruszaniem prawem pacjenta było prawo do informacji. Pacjenci większości kontrolowanych szpitali nie mieli pełnego dostępu do wszystkich wymaganych prawem informacji, m.in. dotyczących możliwości zapisania się na listę

oczekujących na udzielenie świadczenia, zasad zapisów na porady i wizyty, zasad potwierdzania prawa do świadczeń, udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami.

Powtarzającym się problemem jest także niezapewnienie chorym odpowiednich warunków pobytu w placówkach ochrony zdrowia, co nie sprzyja zachowaniu prawa do intymności i godności. Zdarza się, że sprzęty są zdewastowane, łazienki nieprzystosowane dla osób z niepełnosprawnościami, a w salach wieloosobowych brakuje parawanów oddzielających poszczególnych pacjentów podczas badania. Na oddziale ginekologiczno-położniczym jednego z warszawskich szpitali sala do porodów martwych znajdowała się w bezpośrednim sąsiedztwie sali, w której odbywały się porody żywych dzieci. Obie sale były tak ulokowane, że pacjentki w nich rodzące mogły mieć ze sobą bezpośredni kontakt i słyszeć siebie nawzajem.

W przeszło 1/3 szpitali pacjenci nie uzyskiwali pełnej informacji o zabiegach podwyższonego ryzyka, którym mieli zostać poddani. Wypełniane przez nich formularze zawierające informacje i zgodę na operację nie były dostosowane do danego zabiegu. W części brakowało informacji o spodziewanych korzyściach i najczęstszym ryzyku związanym z zabiegiem.

W trzech kontrolowanych szpitalach prywatność chorych była naruszana przez nieuzasadnione, nadmierne stosowanie monitoringu wizyjnego, w pomieszczeniach, w których udzielane były świadczenia zdrowotne, m.in. w sali opatrunkowej, izolatkach, salach obserwacyjnych.

Część podmiotów leczniczych nieprawidłowo rejestrowała, analizowała lub zgłaszała zdarzenia niepożądane. W ocenie izby prawidłowe rejestrowanie zdarzeń niepożądanych jest istotne ze względu na bezpieczeństwo pacjentów.

W niemal połowie szpitali kontrola NIK wykazała nieprawidłowości dotyczące prowadzenia

i zabezpieczania dokumentacji medycznej oraz jej udostępniania. Żaden ze szpitali nie prowadził dokumentacji medycznej w 100 proc. w formie elektronicznej. W wielu dokumenty były tworzone częściowo w formie papierowej, częściowo w elektronicznej. W ocenie izby taka praktyka nie usprawniała pracy personelu medycznego, nie sprzyjała respektowaniu prawa pacjenta do dokumentacji medycznej i stwarzała ryzyko wytworzenia dwóch dokumentów medycznych dotyczących tego samego przypadku, ale o różnej treści. Ponadto w części podmiotów dokumentacja medyczna nie była odpowiednio zabezpieczona przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą.

Raport NIK zawiera wnioski dotyczące zmian w prawie, a także kierowane do kontrolowanych podmiotów. Podkreślono konieczność zmian przepisów dotyczących pozycji rzecznika praw pacjenta w systemie organów państwa, które zapewniałyby niezależnienie rzecznika od wpływu władzy wykonawczej, umożliwiając skuteczniejsze niż do tej pory wykonywanie jego misji, oraz regulacji prawnych gwarantujących ochronę praw pacjenta w zakresie badań genetycznych. Rzecznik praw pacjenta został ponadto zobligowany do podjęcia działań organizacyjnych zapewniających prawidłowe prowadzenie postępowań wyjaśniających w sprawach o indywidualne naruszenie praw pacjenta, a także o naruszenie zbiorowych praw pacjentów, oraz do podjęcia skutecznych działań przez rzeczników zapewniających zachowanie praw pacjenta szpitala psychiatrycznego.

NACZELNA RADA LEKARSKA O WYTYCZNYCH W ZAKRESIE PRZERYWANIA CIĄŻY

6 września 2024 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przyjęło stanowisko* w sprawie wytycznych ministra zdrowia* dotyczących obowiązujących przepisów prawnych w odniesieniu do procedury przerwania ciąży oraz wytycznych prokuratora generalnego* w kwestii zasad postępowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie prowadzenia postępowań przygotowawczych dotyczących odmowy dokonania przerwania ciąży oraz tzw. aborcji farmako-

kologicznej. W stanowisku podkreślono, że wydanie przez ministra zdrowia i prokuratora generalnego wspomnianych dokumentów nie może być uznane za wystarczające i docelowe rozwiązanie problemu przerywania ciąży. Wytyczne wydawane są jednoosobowo przez sprawujących aktualnie dany urząd i nie wiążą sądów w zakresie wykładni prawa oraz jego stosowania.

W wytycznych wskazano na wyjaśnienia dotyczące art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny,* który stanowi, że przerwanie ciąży może być dokonane przez lekarza w przypadku, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. W ocenie ministra zdrowia przepis ten nie określa zamkniętego katalogu wskazań do przerwania ciąży w przypadku, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, wskazania mogą więc dotyczyć każdego obszaru zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Ustawa nie precyzuje także pojęcia „zagrożenie”, pozostawiając je do oceny lekarza działającego na podstawie aktualnej wiedzy medycznej. Prokurator generalny zwrócił jednocześnie uwagę, że problemu przerywania ciąży z naruszeniem przepisów ustawodawca nie musi rozwiązywać wyłącznie za pomocą prawa karnego.

W podsumowaniu stanowiska Prezydium NRL wyrażono oczekiwania, że w obszarze problematyki prawnej przerywania ciąży powstanie w najbliższym czasie regulacja rangi ustawowej, na podstawie której lekarz będzie miał zapewnione warunki wykonywania zawodu na zasadach określonych w art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,* tj. zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami, zgodnie z zasadami etyki

zawodowej, z należytą starannością i – co w tym kontekście kluczowe – bez zagrożenia poniesieniem odpowiedzialności karnej wynikającej wyłącznie z rozbieżności interpretacyjnych przepisów ustawy o planowaniu rodziny. Pacjentki będą miały natomiast realny dostęp do świadczeń, które w świetle ustawy są legalne. ●

* Źródła:



KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ



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



Umów się na konsultację

W oczekiwaniu na ważne rozporządzenie

WE WTOREK, 17 WRZEŚNIA, PRZEWODNICZĄCA KOMISJI EUROPEJSKIEJ URSULA VON DER LEYEN PRZEDSTAWIŁA KONFERENCJI PRZEWODNICZĄCYCH GRUP POLITYCZNYCH (FRAKCJI), KTÓRE FUNKCJONUJĄ W PARLAMENCIE EUROPEJSKIM, PROPOZYCJE OBSADY STANOWISK W KOMISJI EUROPEJSKIEJ NOWEJ KADENCJI (2024–2029). WŚRÓD ZAPROPONOWANYCH KANDYDATÓW NA KOMISARZY ZNALAZŁO SIĘ 11 KOBIET, CO STANOWI 40 PROC. WSZYSTKICH URZĘDNIKÓW. DLA POLSKICH LEKARZY KLUCZOWE JEST OBSADZENIE STANOWISKA ZWIĄZANEGO Z ZAGADNIENIAMI OCHRONY ZDROWIA. W NOWEJ KADENCJI BĘDZIE TO NAJPRAWDOPODOBNIJ WĘGIER OLIVÉR VÁRHELYI.

tekst **DOMINIK HÉJJ**



Fot. M. Starzyński

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

W ostatnich pięciu latach węgierski komisarz zajmował się polityką rozszerzenia Unii Europejskiej oraz sąsiedztwa. W nowej Komisji Europejskiej kwestie zdrowia połączono z dobrostanem zwierząt. Pomysł wydaje się co najmniej awangardowy. W zakończonej kadencji zdrowie połączono było z bezpieczeństwem żywności, a teka komisarza przypadła Cypryjce Stelli Kyriakides, a wcześniej (2014–2019) Litwinowi Vytenisowi Andriukaitisowi. W aktualnej kadencji kwestie żywności zostały przeniesione do kompetencji komisarza ds. rolnictwa (którym miałby być Luksemburezyk Christophe Hansen). Przyznanie Várhelyiemu teki komisarza ds. zdrowia i dobrostanu zwierząt uważane jest za istotną degradację jego pozycji (a także pozycji Węgier), interpretowaną jako sprzeciw wobec polityki prowadzonej przez Budapeszt (w sprawach związanych z Unią Europejską, a także Ukrainą). W konsekwencji pojawiły się głosy, że i teka została w związku z tym zdezuuowana, tymczasem jest ona kluczowa.

Publiczna ocena kandydatury Várhelyiego nastąpi między 4 a 12 listopada, na kiedy zaplanowano przesłuchania kandydatów na komisarzy w parlamentarnych komisjach. Po zakończeniu tego etapu na posiedzeniu plenarnym Parlamentu Europejskiego (25–28 listopada) przeprowadzona zostanie debata oraz głosowanie końcowe (większością kwalifikowaną) nad całym składem Komisji Europejskiej. Właściwą pracę na stanowisku komisarza ds. zdrowia i dobrostanu zwierząt Olivér Várhelyi rozpocznie 1 grudnia 2024 r. Zatem na przełomie listopada i grudnia powinniśmy poznać szczegółowe plany komisji na lata 2024–2029, m.in. związane z kwestiami zdrowia.

Nie oznacza to, że teraz nic się nie dzieje. Na jesień zaplanowane jest bowiem kontynuowanie prac nad European Health Data Space – Europejską Przestrzenią Danych Dotyczących Zdrowia (koncepcją zarządzania danymi, która koncentruje się na rozwiązywaniu problemów integracji i wymiany danych). Po przegłosowaniu 24 kwietnia przez Parlament Europejski utworzenia przestrzeni danych (za głosowało 445 parlamentarzystów, 142 było przeciw, a 39 wstrzymało się od głosu) Rada UE musi je jeszcze zatwierdzić. Następnie, po opublikowaniu dokumentu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, wejdzie on w życie w ciągu 20 dni. Proces implementacji tego aktu prawnego trwać będzie od dwóch do sześciu lat (w zależności od części, której dotyczy).

EHDS jest jednym z najważniejszych elementów Europejskiej Unii Zdrowotnej, którego założenia ukazały się jeszcze przed wyborami do Parlamentu Europejskiego. Plany Unii Zdrowotnej przedstawiono w październiku 2020 r., w reakcji na pandemię COVID-19. Globalna choroba wpłynęła także na przyspieszenie prac nad EHDS. W formie projektu rozporządzenia została upubliczniona w maju 2022 r. Przy czym warto pamiętać, że pomysł stworzenia systemu, który pozwalałby Europejczykom na dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej, nie jest nowy. Wstępne założenia zostały opublikowane w Komunikacie Przedstawiciel-

stwa Komisji Europejskiej w Polsce 6 lutego 2019 r. Już wtedy KE przedstawiła listę zaleceń dotyczących utworzenia bezpiecznego systemu, który umożliwi obywatelom dostęp do ich elektronicznej dokumentacji zdrowotnej we wszystkich państwach członkowskich.

Europejską Przechyżnię Danych Dotyczących Zdrowia traktować można jak egzemplifikację czterech swobód wspólnego rynku w Unii Europejskiej: swobodnego przepływu osób, towarów, usług i kapitału. EHDS umożliwi lekarzowi w innym państwie członkowskim dostęp do niezbędnych danych medycznych, dzięki którym będzie mógł lepiej planować bądź kontynuować leczenie. W tym systemie lekarz w innym państwie UE uzyska dostęp do elektronicznych recept, sprawdzi wyniki badań laboratoryjnych oraz zweryfikuje rezultaty diagnostyki obrazowej. To wymaga ustandaryzowania sposobu zapisu wrażliwych informacji medycznych w całej UE (musi zapewnić również tłumaczenie informacji medycznych), a także harmonizację systemów e-zdrowia, obowiązujących w państwach UE. Systemy e-zdrowia funkcjonujące w poszczególnych państwach UE będą ze sobą kooperowały przez jedną, centralną unijną platformę w ramach systemu europejskiej infrastruktury usług cyfrowych w dziedzinie e-zdrowia (eHDSI) – MyHealth@EU. W Polsce główna rola przypadnie Centrum e-Zdrowia, które podlega Ministerstwu Zdrowia. Uruchomienie EHDS zaplanowano na 2025 r., a pełny dostęp do danych dla wszystkich obywateli UE powinien zostać zrealizowany do końca 2030 r.

Przechyżnię danych umożliwia również wykorzystanie pewnego ich zakresu w celach naukowych i biznesowych (uczyć będą się m.in. algorytmy AI, jednak danych nie będzie można używać w celach marketingowych), co powinno wpłynąć na podnoszenie konkurencyjności europejskiej gospodarki. W Polsce wyzwaniem stanowiącym będzie przygotowanie prawnego zaplecza regulującego gromadzenie i wykorzystywanie

danych medycznych. Środowiska medyczne oczekują uchwalenia ustawy o danych medycznych. Jej powstanie ujęte zostało w opublikowanym jeszcze przed rokiem „Programie rozwoju e-Zdrowia na lata 2022–2027”. Konieczne jest także dostosowanie elektronicznej dokumentacji medycznej i Indywidualnego Konta Pacjenta do zasad Europejskiej Przechyżni Danych Dotyczących Zdrowia. Wyrażano obawy o bezpieczeństwo przetwarzania danych tak wrażliwych, jakimi są dane medyczne, które będą kontrolowane na poziomie państw członkowskich. Na poziomie unijnym powołana zostanie Rada ds. Europejskiej Przechyżni Danych Dotyczących Zdrowia, a jej zadaniem będzie ułatwienie współpracy i wymiany informacji między państwami członkowskimi i komisją. W skład rady wejdzie po dwóch przedstawicieli z każdego państwa członkowskiego, jeden przedstawiciel do celów pierwotnego wykorzystania danych medycznych i jeden do celów wtórnego ich wykorzystania. Przedstawiciele zostaną wyznaczeni przez poszczególne państwa członkowskie. Każde państwo członkowskie dysponować będzie w radzie jednym głosem.

Działania związane z utworzeniem Europejskiej Przechyżni Danych Dotyczących Zdrowia mają służyć podniesieniu konkurencyjności europejskiej gospodarki – elementu, który nowa Komisja Europejska uczyni priorytetem. Ma to związek z szeroko komentowanym raportem Mario Draghiego (byłego prezesa Europejskiego Banku Centralnego, a także premiera Włoch, uważanego przed wyborami do Parlamentu Europejskiego za jednego z pretendentów do funkcji szefa Komisji Europejskiej, gdyby von der Leyen nie uzyskała wystarczającego poparcia). Raport został opublikowany w pierwszej połowie września. Według Draghiego, by europejska gospodarka przestała tracić w stosunku do gospodarek amerykańskiej czy chińskiej, UE musi zdecydowanie podnieść wydatki na inwestycje, m.in. wszelkiego typu innowacje. Badania naukowe, w tym medyczne, w pełni wpisują się w te działania. ●



USŁUGI KSIĘGOWE



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



Prowadź księgowość z OIL.

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



Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.



1 WRZEŚNIA 2024 R. SŁUCHACZE LUTW
„NESTOR” WYRUSZYLI DO MIEJSCOWOŚCI
STEGNA NA TURNUS REHABILITACYJNY.

tekst **ELŻBIETA MAŁKIEWICZ**



Fotografie: E. Małkiewicz

Stegna jest wsią w województwie pomorskim (powiat nowodworski, gmina Stegna), na Żuławach Wiślanych, niedaleko Zatoki Gdańskiej. Zostaliśmy zakwaterowani w ośrodku rehabilitacyjnym Bałtyk położonym w sosnowym lesie, około 500 m od morza.

Dzień rozpoczynaliśmy gimnastyką. Przed południem każdy z nas uczył się na zabiegi rehabilitacyjne zleczone przez lekarza ośrodka. Czas wolny między zabiegami spędzaliśmy dowolnie – na spacerach plażą lub po lesie, wycieczkach do pobliskiego miasta. Po obiedzie wyruszyliśmy leśnym traktem nad morze. W ramach spaceru chętni doskonalili technikę nordic walking. Przez pierwsze dwa dni pobytu uczestniczyliśmy w prowadzonych przez instruktorkę lekcjach prawidłowego chodzenia z kijkami. Na plaży spędzaliśmy czas według własnych upodobań. Kto miał ochotę, mógł pływać, ponieważ pogoda nam sprzyjała (temperatura wahała się między 28 a 30°C) i woda w morzu była ciepła. Z naszej grupy na szczególne wyróżnienie zasługuje dr Krystyna Mazurek, która w wieku 91 lat pływała (oczywiście asekurowana przez instruktorkę).

Po kolacji poświęciliśmy czas lekturze książek, spotkaniom towarzyskim w ośrodku lub pobliskiej kawiarence, spacerom. Brydzyści mieli okazję oddać się swej pasji, inni uczestnicy wyjazdu, siedząc na ławeczkach, dzielili się historiami ze swego życia. Zawiaływały się bliższe znajomości, a może nawet przyjaźnie.

Trzykrotnie gospodarze ośrodka zorganizowali zabawy taneczne. Brali w nich udział również najstarsi seniorzy.

Piękna pogoda i miła atmosfera spowodowały, że czas mijał zbyt szybko. W przeddzień powrotu do Warszawy spotkał się wszyscy w salce przy kawiarence, aby podsumować nasz pobyt nad morzem. Zachwytem nie było końca! Długo rozmawialiśmy i śpiewaliśmy – od najnowszych przebojów przez piosenki harcerskie i wojskowe po wojenne, mówiące o odbudowie Warszawy. Dr Alicja Gliwińska z dr Hanną Grodzicką-Kurdziel wystąpiły w minirecitalu, prezentując swój niewątpliwie talent wokalny.

12 września po obiedzie wyruszyliśmy do Warszawy. Tego dnia po raz pierwszy padał deszcz. Może dobrze się złożyło, ponieważ wyjeżdżaliśmy z nieco mniejszym żalem.

– Wyjazd był udany dzięki nam wszystkim, dzięki pracy studentów Uniwersytetu „Nestor”. Każde z nas starało się pomóc koleżance czy koledze w takim zakresie, w jakim mogło. Nawiązywały się bliższe kontakty, mam nadzieję, że i przyjaźnie. Było dużo dobrej energii i pozytywna atmosfera. To było znacznie więcej niż spotkanie z morzem, rehabilitacja i gimnastyka. Według mnie wyjazd dał nam zastrzyk energii na następne dni i miesiące oraz poczucie wspólnoty, dzięki któremu nikt nie czuje się samotny. Dziękuję raz jeszcze wszystkim i do zobaczenia – podsumowała wyjazd dr Hania Chorębowska-Sobierajska. ●



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



Fot. G. Stec

INAUGURACJA III ROKU AKADEMICKIEGO

8 października 2024 r. odbyła się uroczysta inauguracja III roku akademickiego. Zebranych przywitał prezes ORL w Warszawie Artur Drobniak, który podkreślił wielki potencjał uniwersytetu, stwierdzając: – *Ogromne zainteresowanie studentów jest powodem do dumy i inspiracją, by rozwijać tę inicjatywę.*

Po oficjalnej inauguracji prof. dr hab. Paweł Łuków wygłosił wykład pt. „Etyka ryzyka w eksperymencie medycznym z udziałem człowieka”, który na dobre rozpoczął nowy rok akademicki.

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

- 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** „Polskie drogi do niepodległości” – płk Leszek Laszczak
- 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 i czwartek, o godz. 11.00, zapraszamy na zajęcia gimnastyczne „Zdrowy kręgosłup metodą FMS” (sala 2.79 na I piętrze) do Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM, przy ul. Księcia Trojdena 2c. Konieczne jest obuwie na zmianę, dla komfortu warto też zabrać strój sportowy, wodę i ręcznik do położenia na matę.

Co za jubileusz!

17 WRZEŚNIA SWOJE 100. URODZINY OBCHODZIŁA **PROF. BRONISŁAWA ROSS**, WSPÓŁTWÓRCZYNI I PIERWSZA SZEFOWA KLINIKI CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU. ŻYCZENIA ZDROWIA I POMYŚLNOŚCI OD OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ ZŁOŻYŁ WICEPREZES ORL W WARSZAWIE JAKUB ZAKRZEWSKI. KILKA PYTAŃ W IMIENIU REDAKCJI „PULSU” ZADAŁA GRAŻYNA STEC.

Dlaczego wybrała pani profesor tę dziedzinę medycyny? Czy były ku temu jakieś szczególne powody?

Mój tata zmarł, kiedy miałam cztery lata. Mama dawała z siebie wszystko, żeby utrzymać dom, a nauka przed wojną była płatna. Gdy zaczynałam studia, medycyna trwała pięć lat, a stomatologia cztery. Rachunek był prosty – wybrałam studia trwające krócej.

Stomatologia trochę mnie nudziła, a z całego kierunku chirurgia wydawała mi się najbardziej atrakcyjna. Wybrałam więc chirurgię i jako asystent miałam możliwość pracy pod okiem prof. Jankowskiego w Gliwicach. Każdy asystent co miesiąc pracował na innym odcinku: raz w ambulatorium, innym razem na tzw. małej chirurgii. Najtrudniejsze jednak były konsultacje na oddziałach, zwłaszcza na dziecięcym, gdzie było dużo maluchów bardzo cierpiących, porażo-

nych, z uszkodzeniami kręgosłupa. Trzeba pamiętać, że leczylimy ludzi, którzy przecież przeżyli wojnę, przeszli przez mękę, mieli traumy.

Pracowałam też w ambulansie dentystrycznym. To była ciężka praca i w trudnych warunkach, ale rok wytrzymałam. Choć płace wtedy były niskie, jednak pracę w ambulansie zaliczano do delegacji i płacono nam nieźle. Poza tym w miejscowościach, do których docieraliśmy, mieszkańcy byli niezwykle szczęśliwi, że ktoś przyjechał i bezpłatnie leczył zęby. Dlatego wszystko dawali nam za darmo: i mieszkanie, i wyżywienie. Dla biednego studenta to wiele znaczyło.

Współtworzyła pani Klinikę Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i 30 czerwca 1971 r. została pierwszym jej kierownikiem. Jak wspomina pani tamten czas?

Habilitacja w śląskiej akademii mi nie szła. Mieli tam swojego partyjnego kandydata na miejsce prof. Jankowskiego, który szykował się już na emeryturę, więc po co im była jakaś kobieta, która do partii nie należała. Nawet chodziły trójki partyjne do poszczególnych profesorów i wywierały presję, mówiąc, że podczas głosowania na przyznanie kolokwium habilitacyjnego koniecznie muszą przy mojej kandydaturze głosować „nie”. Wszyscy się dostosowali do tych zaleceń, bo bali się, że jeśli zagłosują na mnie, nie dostaną pieniędzy dla swojego zakładu. Ale ja, kobieta twarda z Krasnegostawu, nie dałam sobie w kaszę dmuchać i zwróciłam się do prawnika. Poradził, żebym napisała podanie o dopuszczenie



Fot. G. Stec

do następnego egzaminu. Ministerstwo początkowo je odrzuciło, ale w końcu dostałam skierowanie na inną akademię i kolokwium zdałam.

Kiedy miałam już habilitację, nie mogli mnie zwolnić. Ale nie pozwolili mi pracować nawet w ambulatorium. Opowiadali w Komitecie Centralnym, że mają dla mnie jakąś pracę, twierdzili, że jest w budowie szpital w Chorzowie i tam będzie 30-lóżkowy oddział chirurgii stomatologicznej, na którym mnie zatrudnią, ale to nie była prawda – tam nikt nic nie wiedział o moim zatrudnieniu.

W tym czasie przychodziły pisma z Białegostoku z informacją, że są plany utworzenia oddziału stomatologicznego przy oddziale lekarskim i proponują mi pracę. Powiedziałam mężowi, że nie będę ze Śląska jeździć do Białegostoku. W tym czasie jednak męża przenieśli do Warszawy, przeprowadziliśmy się do stolicy i zaczęłam szukać pracy na miejscu.

Nie było łatwo, podawano nawet argumenty, że takich starszych pań nie ma co zatrudniać. A ja nie miałam jeszcze czterdziestu lat! Wobec takiego stanu rzeczy postanowiłam podjąć pracę w Białymstoku. Nie miałam planu, jak sobie zorganizować wyjazdy, nie wiedziałam, jakie tam będą warunki. Okazało się, że rektorat jest w dawnym

pałacu Branickich, a od dwóch lat pracuje tam kolega ze stomatologii zachowawczej z Krakowa. Zaczął bardzo energicznie organizować oddział, ale ja nie czułam się tam najlepiej i podczas urlopu postanowiłam, że kiedy z niego wrócę, złożę wypowiedzenie. Nie zdążyłam, bo zanim wróciłam, dowiedziałam się, że ów kolega zginął w wypadku samochodowym. Zostałam więc. Przepracowałam tam dziewięć lat, przeprowadziłam sześć prac doktorskich, ale nikt mnie nawet nie zapytał, czy potrzebuję profesury, i odeszłam stamtąd z takim samym stopniem, z jakim przyszłam.

Przez lata była pani także wiceprzewodniczącą, a następnie przewodniczącą Białostockiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Co zapadło pani w pamięć z tamtego okresu?

Byłam lekarzem wojewódzkim, specjalistą od spraw stomatologii, dlatego musiałam od czasu do czasu jeździć w teren, by sprawdzić, jak leczą nasi absolwenci. Zwykle miejscowa lekarka była kierowniczką oddziału, więc na mój przyjazd przygotowywała gabinet, żeby było jak trzeba. Ja jednak i tak sprawdzałam wszystko dokładnie, m.in. jak pracują nasi absolwenci, szczególnie ci, którym nauka szła gorzej. Kierowniczka pytała, dlaczego sprawdzam swoich

absolwentów skoro są najlepsi, bo z białostockiej uczelni. A ja po prostu chciałam mieć pewność.

Te dziewięć lat pracy kosztowało mnie dużo zdrowia, zaczęłam chorować, wprowadzono gierkowską emeryturę [jednym z pierwszych posunięć Edwarda Gierka, mających na celu m.in. wyciszenie złych nastrojów społecznych, było podwyższenie 30 grudnia 1970 r. najniższych pensji, emerytur i zasiłków rodzinnych], więc skorzystałam z tej możliwości. Zaczął się stan wojenny, braki w zaopatrzeniu, kolejki po żywność. Po czterech latach podjęłam pracę w CMKP, tam jeszcze pracowałam siedem lat. I naprawdę nie wiem, jak to się robi, żeby dożyć 100 lat, bo zawsze ciężko pracowałam, również w domu.

Co powiedziałyby pani profesor młodym stażystom, którzy obrali podobny kierunek rozwoju?

Wszystkim lekarzom powiem: – *Nie traćcie czasu, uczcie się wszystkiego! Trzeba chwycić każdą chwilę i każdą informację, bo to zostanie w głowie i kiedyś się przyda. Jak się chodzi z butelką wina dookoła stołu albo patrzy przez okno, to z tego nic nie wychodzi. A wiedza zapada w głowę. I to jest moje podstawowe zalecenie: – Student nie ma prawa tracić czasu!* ●



Rada Funduszu Samopomocy

- 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!

 **22 542 83 33**

 **izba-lekarska.pl**

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.

Uwagi do artykułu „Istotne zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej” autorstwa Hanny Odziemskiej

Pani Hanna Odziemska w tekście o zmianach art. 45 Kodeksu Etyki Lekarskiej popełniła pomyłkę, stwierdzając, że cytowany artykuł był w starym kodeksie „wewnętrznie sprzeczny”, ponieważ w pkt 2. zakazywał prowadzenia eksperymentów z udziałem człowieka w stadium embrionalnym, a w pkt 3. „dopuszczał takie eksperymenty pod pewnymi warunkami”. Ten fragment starego KEL wcale nie był wewnętrznie sprzeczny. Całkowicie zabraniał prowadzenia eksperymentów **badawczych** na ludzkich zarodkach i ograniczał możliwość prowadzenia eksperymentów **lecniczych**. W znowelizowanym KEL ten artykuł ma nr 47 i w zakresie eksperymentów medycznych, prowadzonych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym, reguluje jedynie zasady prowadzenia eksperymentów **lecniczych**. Zmiana polega na usunięciu zakazu prowadzenia eksperymentów **badawczych**. Celem eksperymentów **badawczych** jest przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej, a **lecniczych** – osiągnięcie bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej.¹ A zatem w znowelizowanym KEL nie usunięto żadnych sprzeczności, tylko postanowiono pominąć kwestię dopuszczalności eksperymentowania na ludzkich zarodkach w celu rozszerzenia wiedzy medycznej.

W wielu krajach UE prowadzenie eksperymentów badawczych na zarodkach jest dozwolone, ale nie bezwarunkowo. Eksperymentowanie może bowiem doprowadzać do śmierci zarodków lub budzącej etyczne zastrzeżenia hodowli przekraczającej wiek 14 dni.² W myśl polskich przepisów prawa prowadzenie eksperymentów badawczych jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nich nie jest związane z ryzykiem albo ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.³ Czy po nowelizacji KEL badacze i członkowie komisji

bioetycznych poradzą sobie z oceną etyczną dopuszczalności eksperymentów badawczych na ludzkich zarodkach? Na pewno wymagany będzie znacznie większy zasób wiedzy, nie tylko etycznej.

Ta poprawka w KEL przypomina wcześniejsze postępowanie samorządowców w kwestii dopuszczalności zabiegów przerywania ciąży. Oba tematy należą do spornych światopoglądowo. Wśród koleżanek i kolegów mamy zarówno zwolenników, jak i przeciwników aborcji oraz eksperymentowania na ludzkich zarodkach. Polityka nienarzucania w KEL jedynie słusznych rozwiązań w kwestiach spornych światopoglądowo jest w mojej opinii słuszna. Nie zgadzam się natomiast na nieprofesjonalne komentowanie wprowadzanych zmian.

Na marginesie: chciałbym, aby ktoś wreszcie usunął z KEL (i podręczników!) wstrętne językowe zapożyczenie, jakim jest słowo embrion. Mamy przecież polski termin „zarodek”, oznaczający dokładnie to samo. A co na to prof. Bralczyk? ●

Dr hab. n. med. M. Czarkowski,
założyciel i wielokadencyjny przewodniczący
Ośrodka Bioetyki NRL

¹ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, art. 21.

² M.A.F. Sivaraman, *Ethical Guiding Principles of „Do No Harm” and the „Intention to Save Lives” in relation to Human Embryonic Stem Cell Research: Finding Common Ground between Religious Views and Principles of Medical Ethics*. *ABR* 11, 409–435 (2019)., <https://doi.org/10.1007/s41649-019-00103-4>; M.F. Pera, *Human embryo research and the 14-day rule*, <https://journals.biologists.com/dev/article/144/11/1923/47944/Human-embryo-research-and-the-14-day-rule>

³ Ustawa... op.cit.



Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami



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



22 542 83 29



mediator@oilwaw.org.pl



Joanna Kielska-Bolek (1979–2023)

Joanna Kielska-Bolek urodziła się 13.10.1979 r. w Warszawie. W 1998 zdała maturę w Liceum Ogólnokształcącym im. Jana Kochanowskiego w Radomiu w klasie matematyczno-fizycznej. Ukończyła studia na Wy-

dziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku i w roku 2004 uzyskała tytuł lekarza.

Swoją drogę zawodową rozpoczęła w 2005 r. w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. Po odbyciu stażu podyplomowego w 2006 r. otworzyła specjalizację z pediatrii, pracując na oddziale pediatrii. W 2012 otrzymała dyplom specjalisty w tej dziedzinie. Od czerwca 2012 r. dołączyła do zespołu lekarskiego oddziału neonatologii. Otworzyła specjalizację z neonatologii w 2014 r., a w 2020 zdobyła dyplom specjalisty w tym zakresie. W 2019 r. obroniła rozprawę doktorską na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie i uzyskała stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Te sukcesy zawodowe dr Joanna odnosiła, pracując na oddziale neonatologii, w zespole wyjazdowym wysokospecjalistycznej karetki neonatologicznej w Radomskiej Stacji PR oraz jako pediatra w Ośrodku Zdrowia we Wsoli.

Należała do Oddziału Radomskiego Polskiego Towarzystwa Pediatricznego, przez kilka lat była aktywnym członkiem zarządu oddziału, brała czynny udział w organizacji spotkań szkoleniowo-naukowych dla pediatrów regionu radomskiego.

Dr Joanna Kielska-Bolek przez 19 lat realizowała lekarskie powołanie, opierając się na rozległej, ugruntowanej wiedzy

medycznej i ogromnym doświadczeniu w dziedzinie pediatrii i neonatologii, która była Jej olbrzymią pasją.

Pomagała potrzebującym i potrafiła mobilizować do działania innych. Tak było po wybuchu wojny na Ukrainie, gdy bardzo zaangażowała się w pomoc uchodźcom. Przez wiele lat uczestniczyła w akcjach Szlachetnej Paczki i wielokrotnie osobiście zawoziła dary potrzebującym rodzinom.

Dr Joanna była człowiekiem o szlachetnym sercu i umyśle, osobą wielkiej wrażliwości i skromności, kobietą delikatną, a zarazem silną i dynamiczną, którą pacjenci oraz ich rodzice darzyli ogromnym zaufaniem i szacunkiem.

W 2004 r. poślubiła Marcina Bolka, miłość z tej samej klasy liceum, z którym później studiowała medycynę. Przez blisko 20 lat byli pięknym przykładem kochających się małżonków, spełnionych i troskliwych rodziców trzech synów: Stasia, Adasia i Antosia. Z wzajemnym zrozumieniem i wsparciem godnym naśladowania godzili życie lekarskie, pasję i życie rodzinne.

Dr Joanna była kochaną i kochającą żoną, matką, córką i siostrą. Uwielbiała odpoczywać z najbliższymi w ogrodzie, który był Jej pasją – kochała kwiaty, które sadziła każdej wiosny.

Była pięknym człowiekiem i otaczała się pięknem. Jej życie było jak kolorowy bukiet, w którym znalazło się miejsce dla rodziny, pracy i zwykłego smakowania życia: wspólnego biesiadowania, zwiedzania świata, zabawy, radości. Umiała czerpać z życia pełnymi garściami.

Asiu... w naszej pamięci i sercu pozostaniesz wzorem harmonijnego i wytrwałego godzenia życia rodzinnego i zawodowego. Pozostawiłaś po sobie wiele wspaniałych, ciepłych wspomnień.

Lekarze z oddziału



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCZA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Aleksandra Sokalska **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebiedzińska

SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Biezańska – tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl

PUBLICYSTYKA: Małgorzata Hnat, Karolina Stępniewska

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Dominik Héjj, 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:** Prodax Sp. z o.o.

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

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

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



NOWOŚĆ 2024

Ubezpieczenie OC w składce


Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie


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


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

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy

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

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

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

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

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

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



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

Korzyści z ubezpieczenia

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

ins INS Services

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

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

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

MATERIAŁ
MARKETINGOWY



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

Artur 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 OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Agnieszka Skoczyła PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
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
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





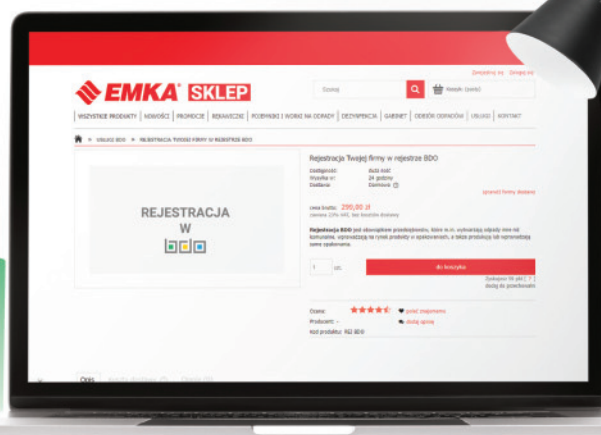
CLARA

PROTECTING HANDS
CARING HEARTS

NOWOŚĆ Jednorazowe rękawiczki nitrylowe

www.emka.com.pl/sklep/clara

REJESTRACJA BDO



Z nami sprawnie zarejestrujesz swoją firmę w BDO

emka-sklep.com.pl/uslugi-bdo