

•••puls

Lipiec-sierpień 2025 (363)

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



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

Pora wziąć głęboki oddech | Czy lekarz umie odpocząć | Polskie płuca bez wytchnienia

Nowość

PLANMECA

MOC
DOSKONAŁOŚCI

MOC PRECYZJI
I STERYLNEJ
CZYSTOŚCI

MOC
ERGONOMII
NA NAJWYŻSZYM
POZIOMIE

MOC
WYJĄTKOWEGO
KOMFORTU



UNIT PLANMECA
PRO50

Spis treści

okładka: Marta Konarzewska



TEMAT Z OKŁADKI

4 | Złapać oddech
Aleksandra Sokalska

5 | Zdrowie zaczyna się od nas samych
Artur Drobniak

7 | Oddech
Jerzy Bralczyk

8 | Aktualne wyzwania pulmonologii
Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Rafałem Krenkem, rektorem WUM, pulmonologiem

12 | Relaks
Magdalena Flaga-Luczkiewicz

WYBORY

6 | Zostań delegatem na OZL
Aleksandra Sokalska

21 | Nie pozostawajmy bierni
Karol Stępniewski

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

16 | IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne „Kierunek przyszłość – innowacja i tradycja w stomatologii”

18 | Jest o czym rozmawiać: trzy debaty o przyszłości stomatologii

20 | Z Polski czy w Polsce?
Anna Prawdzik

ZDROWIE PUBLICZNE

22 | Koniec tolerancji dla agresji!
Rozmowa z Krzysztofem Hermanem, wiceprezesem ORL w Warszawie, oraz mecenasem dr. n. pr. Sebastianem Stykowskim

25 | Co z tą ustawą podwyżkową
Małgorzata Solecka

26 | Przekonać wątpięcych
Rozmowa z Nino Berdzuli, dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, oraz ekspertami WHO: dr Emmą Anderson i Siff Malue Nielsen

28 | Wybór prezydenta wyjdzie nam na zdrowie?
Małgorzata Solecka

30 | Roboty medyczne. Zoperują, dotrzymają towarzystwa, poprawią nastrój
Artur Olesch

32 | Recepta na cukier
Paweł Walewski

34 | Chcemy poznać prawdę o mobbingu wśród lekarzy – rusza ankieta OZZL
Rozmowa z Joachimem Budnym, przewodniczącym OZZL – Region Mazowiecki

36 | Medycy nie płaczą
Hanna Odziemska

PRAWO

38 | Recepty, które mogą zniszczyć karierę. Czego nie wiedzą lekarze?
Rozmowa z Arkadiuszem Boguckim, przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie

40 | Odmowa leczenia przez lekarza – aspekty prawne, etyczne i praktyczne
Gabriela Pacek

42 | Wokół projektu ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji
Filip Niemczyk

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

44 | (Nie)estetyczne opłaty
Monika Potocka

46 | Aktualności Komisji ds. Kultury

48 | Aktualności Komisji ds. Sportu

50 | Aktualności LUTW Nestor

52 | Benefity

WYDARZENIA

11 | Klub Lekarza Przedsiębiorcy w Muzeum Narodowym

51 | Lekarski Dzień Dziecka w Julinku
Uwaga! Rusza konkurs dla lekarskich dzieci

Pobierz
PDF lub e-book!



Złapać oddech



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Lato i wakacje bezsprzecznie kojarzą się z odpoczynkiem, ładowaniem baterii i braniem głębokiego oddechu – w kontekście dosłownym i przenośnym. Na co dzień oddychamy zwykle bezwiednie, nie zastanawiając się zupełnie, w jaki sposób nabieramy powietrza w płuca, nie myśląc o poważnych skutkach płytkiego oddechu, a często także jego przyczynach. Stale biegniemy, popędzani kolejnymi obowiązkami, mijającymi terminami, sprawami tak bardzo pilnymi, że to one zabierają nam całą uwagę i czas. Dopiero odpoczynek pozwala zwolnić, złapać oddech, by kolejny był już naprawdę głęboki i uwalniający.

Lekarzom zrelaksowanie się przychodzi znacznie trudniej niż przedstawicielom innych grup zawodowych. O przyczynach tego stanu rzeczy pisze Magdalena Flaga-Łuczkiewicz: *Badacze z zakresu psychologii dość zgodnie donoszą, że perfekcjonizm i neurotyzm są cechami osobowościowymi występującymi w grupie lekarzy nader często i w dużym natężeniu.* Posiadanie takich cech na pewno utrudnia sprawę, ale na szczęście nie oznacza, że lekarz jest skazany na zmęczenie i wypalenie. Przepis na odpoczynek nie jest prosty, nie jest

jeden uniwersalny, ale istnieje! Autorka podaje swój własny, nazwany przez nią recepturą na roztwór relaksu. Warto się nim inspirować, zwłaszcza że nie wymaga wykupienia biletu lotniczego, wzięcia dwutygodniowego urlopu czy wyprawy na Wyspy Kanaryjskie.

Aby oddychać pełną piersią, trzeba nie tylko znajdować czas na odpoczynek, ale też, a właściwie przede wszystkim, mieć zdrowe płuca. Niestety, te polskie zbyt często chorują, i to poważnie. Jak mówi nam pulmonolog prof. Rafał Krenke, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: *W Polsce nowotwór płuc powoduje więcej zgonów niż łącznie rak prostaty, rak jelita grubego i rak piersi, które należą do najczęstszych nowotworów w naszej populacji.* Przyczyną jest oczywiście nadal zbyt popularne w naszym kraju palenie papierosów, ale profesor widzi też inne powody tego stanu rzeczy. Na pewno jednak z papierosem w ustach odetchnąć pełną piersią się nie da. Nie da się także dobrze odpocząć, bo palenie poza oczywistym zwiększeniem ryzyka wielu chorób powoduje niedotlenienie, zmęczenie i spłylenie oddechu. Oddechu, który tak bardzo nam wszystkim jest potrzebny. ●

fot. Zuzanna Sokalska



PROGRAM STYPENDIALNY



Skorzystaj z dofinansowania **staży • kursów • konferencji zagranicznych**

- nabór wniosków **do 30 września 2025 r.**
- maksymalna kwota dofinansowania **7500 zł**

Motto na drugą połowę roku: Zdrowie zaczyna się od nas samych



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Zanim na dobre wpadniemy w wir kolejnych wyzwań zawodowych, zanim znowu zanurzymy się w procedury, rozliczenia, planowania grafików i dyżurów – zatrzymajmy się. Może nawet na urlopowe dwa tygodnie. I odpowiedzmy sobie szczerze na pytanie: *czy naprawdę potrafimy odpoczywać?*

Nie piszę tego z pozycji kogoś, kto ma więcej czasu – wręcz przeciwnie. Ale coraz częściej widzę, jak wielu z nas, lekarzy, żyje w trybie „na później”: później się wyśpię, później wyjadę, później pobędę z dziećmi/wnukami, później się sobą zajmę. A to „później” przesuwają się z tygodnia na tydzień, z miesiąca na miesiąc. Aż w końcu nasz organizm sam upomina się o swoje – najczęściej wtedy, gdy najmniej mamy na to przestrzeni.

Nie muszę nikomu z was mówić, że praca lekarza to więcej niż zawód. To odpowiedzialność, misja, powołanie – wszystkie te wielkie słowa, które przecież niosą bardzo realne zmęczenie. Fizyczne, psychiczne, emocjonalne. System nie rozpieszcza – wiemy to doskonale. Problemy kadrowe, niedoszacowane procedury, finansowe ograniczenia NFZ, a do tego narastające społeczne oczekiwania. Czasem czujemy się, jakbyśmy próbowali nieść całą ochronę zdrowia na własnych barkach i jeszcze się uśmiechać.

W tym wszystkim zbyt rzadko słyszymy jedno: *masz prawo odpocząć*. I dlatego właśnie postanowiłem Wam to napisać –

jako kolega, ale też jako prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:

Zadbajcie o siebie. Zróbcie sobie wolne. Bez wyrzutów sumienia. Bez poczucia, że świat się zawali.

Bo nie zawali się. A nawet jeśli przez chwilę będzie funkcjonował trochę mniej sprawnie – to trudno. Zdrowy, wypoczęty lekarz to lepszy lekarz. Bardziej obecny, empatyczny, uważny. I – co tu dużo mówić – po prostu szczęśliwszy.

Lato to idealny czas, by żyć w innym rytmie. Spakować torbę, wyłączyć telefon służbowy, zjeść lody z dzieckiem, posiedzieć z wnukami przy ognisku, pojechać na rower z partnerką lub partnerem. To nie są dodatki do życia – to jego sedno. Praca nas kształtuje, ale bliskość z drugim człowiekiem nas odbudowuje.

Z całego serca życzę wam, byście w tym letnim czasie znaleźli przestrzeń tylko dla siebie. Nieważne, czy będzie to daleka podróż, czy po prostu tydzień na działce z książką. Liczy się intencja – by choć na chwilę zejść z zawodowego toru i przypomnieć sobie, że jesteśmy nie tylko lekarzami, ale też ludźmi, którzy mają prawo do regeneracji.

Jesień będzie wymagająca dla ochrony zdrowia – o tym też wiemy. Czekają nas niepewne finansowanie, zmiany w ustawach i regulacjach, ważne decyzje. Ale zanim to się stanie – napełnijmy swoje wewnętrzne zbiorniki energii. Inaczej po prostu nie dojedziemy. ●

fot. Jacek Kamiński



Zapraszamy na szkolenia!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie
i Światowa Organizacja Zdrowia w Polsce
zapraszają wszystkich lekarzy, członków OIL w Warszawie,
na szkolenia stacjonarne w Warszawie i Radomiu:

„Komunikacja z pacjentem na temat szczepień”
– dr Emma Anderson | Siff Malue Nielsen

Radom – 7 sierpnia 2025 | Warszawa – 9 sierpnia 2025



Zostań delegatem na OZL

Rozpoczyna się zgłaszanie kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji. A to oznacza, że wybory wkracają w kulminacyjną fazę.

ALEKSANDRA SOKALSKA

Registrowanie przez Okręgową Komisję Wyborczą kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy rusza po upływie terminu przenosin między rejonami i uchwaleniu przez OKW ostatecznej listy członków rejonów wyborczych. – *Zgłaszanie kandydatów będzie trwało trzy tygodnie, od 1 do 21 lipca* – mówi Mery Topolska-Kotulecka, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie. Po tym terminie OKW sporządzi listę kandydatów, przyjmie ją w drodze uchwały i opublikuje na stronie internetowej OIL, w BIP oraz udostępni w siedzibie izby.

KTO MOŻE STARTOWAĆ?

Regulamin wyborów jasno wskazuje, że liczba kandydatów na delegatów jest nieograniczona. A to oznacza, że w wyborach na OZL może startować każdy lekarz lub lekarz dentysta, który ma bierne prawo wyborcze, czyli nie był karany, oraz nie ma zawieszonego prawa wykonywania zawodu. Kandydat może zgłosić się sam, ale może także zostać zgłoszony przez innego lekarza, oczywiście za swoją zgodą.

JAK SIĘ ZGŁOSIĆ?

Kandydaturę można zgłosić w formie pisemnej do Okręgowej Komisji Wyborczej, wypełniając odpowiedni formularz, który jest dostępny w serwisie OIL w Warszawie. Zgłoszenia są przyjmowane przez warszawski samorząd w siedzibie izby przy ul. Puławskiej 18 w Warszawie. Można także formularz przesłać pocztą, trzeba jednak brać pod uwagę fakt, że w tym przypadku decyduje data

wpływu pisma, a nie data stempla pocztowego. A to oznacza, że wszystkie formularze dostarczone po terminie zgłaszania kandydatów (21 lipca) nie będą rozpatrywane.

Z tego powodu najbardziej optymalnym rozwiązaniem wydaje się dokonanie zgłoszenia w systemie głosowania elektronicznego. Należy jednak pamiętać, że w systemie można zgłosić tylko siebie – nie ma możliwości zgłoszenia innej osoby.

Po zalogowaniu się do systemu należy w panelu powitalnym „Zgłaszanie kandydatów” nacisnąć w lewym górnym rogu ekranu kafelek z zieloną kopertą „Wnioski i zgłoszenia”, następnie kliknąć na pomarańczowy kafelek „Zgłoś swoją kandydaturę”. W następnym oknie należy wyrazić zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz złożyć oświadczenie o niekaralności poprzez zaznaczenie obu kwadracików (checkboxów). Następnie należy potwierdzić swoją kandydaturę, wpisując własny numer PWZ.

DAĆ SIĘ POZNAĆ

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, prawdopodobnie jako jedyna w kraju, praktykuje zwyczaj wypełniania ankiety przez kandydatów na delegatów. – *To nie jest oczywiście przymusowe zadanie, ale warto je wykonać, by dać się poznać swoim wyborcom* – wyjaśnia Mery Topolska-Kotulecka. Ankieta umożliwia poznanie nie tylko samego kandydata, ale także jego programu wyborczego, co w konsekwencji oznacza większą szansę na pozyskanie odpowiedniej liczby głosów lekarzy i lekarzy dentystów. Dlatego, jak już pokazały wcześniejsze wybo-

ry, ankieta – choć dobrowolna – chętnie jest wypełniana przez kandydatów.

Ze wszystkimi ankietami będzie można zapoznać się w serwisie OIL w Warszawie. Ponadto każdy lekarz i lekarz dentysta razem z pakietem wyborczym otrzyma ankiety kandydatów na delegatów z rejonu, do którego należy, jeśli oczywiście takowe zostaną przez nich wypełnione. Wówczas oddanie głosu na konkretnego kandydata stanie się zdecydowanie prostsze. ●

DLACZEGO WARTO KANDYDOWAĆ

Delegaci na OZL mają dużą siłę:

- wybierają prezesa ORL, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców, członków: Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Komisji Wyborczej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej oraz Okręgowego Sądu Lekarskiego,
- mają realny wpływ na funkcjonowanie samorządu lekarskiego,
- reprezentują środowisko medyczne na zewnątrz,
- współtworzą regulacje, które mogą poprawiać warunki pracy lekarzy,
- biorą udział w inicjatywach, które wpływają na rozwój zawodowy całego środowiska.

ODDECH



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Praindoeuropejski rdzeń *dhou-s-* występował w wielu wariantach: *dhou-s-*, *dheu-s-*, *dhu-s-* (z długim i z krótkim *u*), co dziwić nie powinno, skoro i w polszczyźnie mamy oboczności *duch-* / *duś-* / *dych-* / *dysz-* / *dch-* – ale wszystkie pozostają w rodzinie wyrazów o zróżnicowanych znaczeniach, lecz wyraźnym, także znaczeniowym, podobieństwie. *Duch-* to ‘duch’, a blisko jest i szlachetna *dusza*, choć także zapierające *dech* słowo *duszny* i bardzo już przykre *duścić*. *Dych-* / *dysz-* dają kilka czasowników: przyjemny *oddychać*, ale i przykry *dyszeć*, i całkiem niedobry *zdychać*. A *dech-* daje rzadki *dech*, a także życiodajny *oddech* wraz z *wdechem* i *wydechem*. *Dech* w odmianie tracił półsamogłoskę, która w nim się w *e* rozwinęła, i było *dchu*, *dchem* – co, jako że do wymówienia trudne, przeszło w *tchu*, *tchem*. Potem dopiero *dech* dodał sobie jakoby regularniejsze formy zależne *dechem*, *dechu*, ale ten wysiłek chyba *pozbawił go tchu* i rzadziej go dziś używamy. *Tchu* mamy więcej (zwłaszcza w powiedzeniach: *do ostatniego tchu* czy *jednym tchem*), a brak odpowiadającego mu regularnego, ale zbyt trudnego w wymowie mianownika *tch* nam nie przeszkadza. I mamy też *tchnienie* i *tchnięcie* zamiast *dchnienia* i *dchnięcia*. Trochę podobnie było z *deszczem*, choć tu *dżdżu* mamy zdecydowanie mniej niż *deszczu*.

Dechu mniej (czasem coś nam ten *dech* *zapiera*, ale wtedy mamy do czynienia z *zapatym tchem*). U Mickiewicza było jeszcze *niewstrzymanym dechem*, ale my teraz mamy w tym znaczeniu częsty *oddech*. Według słowników *oddech* to *pobieranie tlenu przez odruchowe, rytmiczne wciąganie powietrza do płuc oraz wydalenie dwutlenku na zewnątrz*, czyli właściwie *oddychanie*, rzeczownik od czasownika *oddychać*, niedokonanego. A dokonane *odetchnąć*, znów z *t*, dało *odetchnięcie*. Właściwie o *oddechu* myślimy i w związku z *oddychaniem*, i *odetchnięciem*. Na przykład *ostatni oddech* (*tchnienie*) jest raczej dokonany...

Oddech należy do tych rzeczowników, które we frazeologii przybierają wiele przymiotników, pokazując, jak różne stany z nim kojarzymy. Może zatem *oddech* być *ciężki* i *lekki*, *płytki* i *głęboki*, *szybki* i *wolny*, *świeży* i *nieświeży*, wreszcie *krótki* i *długi* – wszystkie te opozycje, choć tak różne przecież w podstawowych znaczeniach, są tu łatwe do wyobrażenia. Może *oddech* też być *słaby*, choć *mocny* czy *silny* raczej nie bywa, i tylko *szeroki*, bo *wąskiego* sobie nie wyobrażamy. *Oddech* rzecz jasna można liczyć, ale we frazeologii mamy szczególnie *drugi oddech*, który się *łapie*. W ogóle *oddech* jest czymś, co się *bierze*, *chwytą*, *zaczepuje* lub *nabiera* (jakby był czymś płynnym lub sypkim) i oczywiście *traci* – ale wtedy to już częściej *brak tchu*, nie *oddechu*. Gdy coś robimy bardzo szybko, możemy powiedzieć, że robimy to na *jednym oddechu*, a gdy mówimy niemal naraz o różnych rzeczach – wtedy stwierdzimy, że mówimy o nich czy wymawiamy je *jednym tchem*. I *ostatni oddech*, gdy używamy tego wyrażenia w metaforze, *tchem* bywa – gdy coś robimy do końca, nie zważając na wyczerpane siły, robimy to *do ostatniego tchu*. Także ta krótsza i bezdźwięczna forma wydaje się właściwsza dla tworzenia nazw o charakterze terminologicznym, jak *tcharwki* czy *tcharwica*. Dodajmy jeszcze, że i nazwa zwierzęcia zapachem się od wrogów broniącego, a stąd też niemiła nazwa człowieka strachliwego (to już od tego kojarzonego z nim zapachu), z tej formy bierze początek.

Piszę tu, powiedzmy, *jednym tchem*, o *tchu* i *oddechu*, nie zapominając wszelako o innych bliskich i używanych w podobnym sensie wyrazach, jak choćby odleglejszy w wielu znaczeniach *duch*, który jednakże, gdy ktoś ostatni *oddech* naprawdę wydaje, pojawia się obok przykrego czasownika *wyzionąć*.

Tak to *dech*, *tchem* także zwany, kojarzy nam się z pracą, wysiłkiem, zmęczeniem i końcem wreszcie. Co rzecz jasna świadczy nieodparcie o jego ważności, w końcu i tak oczywistej. ●

Aktualne wyzwania pulmonologii

Skutki pandemii nie stanowią już głównego wyzwania w pulmonologii. Nadal jednak poważnym problemem pozostaje zbyt późne wykrywanie raka płuca, który w Polsce jest najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób nowotworowych. Pulmonolog **prof. Rafał Krenke**, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, tłumaczy, co się do tego przyczynia. Podkreśla również konieczność lepszego wsparcia specjalizacji, aby zachęcić młodych lekarzy do jej wyboru.

rozmawiała
MAŁGORZATA WÓDZ



fot. WUM

S skutki pandemii w postaci zwiększonej liczby ciężkich i powikłanych chorób układu oddechowego nadal są odczuwalne?

Nie przeceniałbym dziś wagi tego problemu. U niektórych osób rzeczywiście dokonały się w wyniku COVID-19 zmiany strukturalne w układzie oddechowym, które nigdy się nie cofną i które mogą powodować ograniczenie funkcji układu oddechowego. Ale jeśli popatrzymy na przekrój naszych pacjentów, większość stanowią osoby z innymi ostrymi lub przewlekłymi chorobami układu oddechowego, które ujawniły się już przed pandemią lub pojawiły się w okresie popandemicznym i mają umiarkowany związek z pandemią lub też nie są z nią związane wcale. Skutki pandemii nie są już teraz najważniejszym problemem pulmonologii. Należy jednak pamiętać, że ryzyko kolejnych epidemii nie jest wcale mniejsze.



fot. licencja OIL w Warszawie

Co zdaniem pana profesora jest obecnie największym wyzwaniem dla pulmonologów?

Wyzwań jest wiele i niełatwo je pozycjonować. Na pewno za jedno z najważniejszych uznalibyśmy wczesną i sprawną diagnostykę raka płuca. Musimy bowiem pamiętać, że pulmonolog jest lekarzem, do którego zwykle trafia pacjent z podejrzeniem tej choroby, a zagrożenia z nią związane są wyjątkowo poważne. W Polsce rak płuca powoduje rocznie więcej zgonów niż rak prostaty, rak jelita grubego i rak piersi łącznie, które należą do najczęstszych nowotworów w naszej populacji. To dla nas ogromne wyzwanie. Ważne jest zatem, byśmy mieli sprawnie funkcjonującą ścieżkę diagnostyczną dla pacjentów, umożliwiającą przeprowadzenie dość złożonych badań, które są wymagane do rozpoznania raka płuca, określenia jego stopnia zaawansowania i zaplanowania późniejszego leczenia. Celem jest

maksymalne skrócenie okresu do rozpoznania, co ma kluczowe znaczenie dla poprawy rokowania w tej chorobie.

Wprowadzenie nowych leków, wśród nich leków ukierunkowanych molekularnie oraz immunoterapii, które są dostępne również w Polsce, znacząco poprawiło rokowanie w raku płuca. Ale wciąż u ponad 80 proc. pacjentów choroba jest rozpoznawana w stadium rozsiewu lub na tyle dużego miejscowego zaawansowania, że nie daje możliwości zastosowania najskuteczniejszego leczenia, którym jest resekcja nowotworu.

Jakich przyczyn późnego wykrywania raka płuca pan upatruje?

Jest ich co najmniej kilka i występują na każdym etapie, począwszy od tego, że objawy kliniczne ujawniają się zwykle późno, ponieważ guz rozrastający się w mięszu płuca najczęściej nie wywołuje bólu ani innych niepokojących symptomów.

Kolejną przyczyną jest lekceważenie pojawiających się objawów, takich jak kaszel, który palacze tytoniu wiążą zwykle z samym nałogiem, w czym utwierdzają ich m.in. nieodpowiedzialne reklamy leków „na kaszel palacza”.

Czasem też – i przykro mi o tym mówić – opóźnienie wykrycia choroby ma związek z nie do końca właściwymi decyzjami lekarzy, do których trafia pacjent. Niestety, dość powszechne jest niewłaściwe podejście do chorych z kaszlem polegające na zastosowaniu antybiotyków. Nierzadko okazuje się, że przyczyną kaszlu nie jest infekcja, tylko rozrastający się nowotwór, który zostaje wykryty dopiero po badaniach radiologicznych, a próby leczenia antybiotykami nie dość, że okazują się nieskuteczne, to dodatkowo wydłużają okres do podjęcia właściwej diagnostyki.

Jeśli dalej śledzilibyśmy historię pacjenta, to kolejną przyczyną opóźnień ma związek z przekazaniem go od le-

karza POZ i opieki ambulatoryjnej do specjalistycznego ośrodka chorób płuc lub torakochirurgicznego, który dysponując odpowiednią aparaturą i umiejętnościami, może przeprowadzić wszystkie niezbędne procedury diagnostyczne.

Nie chcę powyższego obrazu generalizować, bo są miejsca w Polsce, w których ścieżki diagnostyczne są dobrze wypracowane, ale w niektórych regionach funkcjonuje to dość słabo i pacjent musi wykazać się własną aktywnością w poszukiwaniu specjalistycznego i kompetentnego ośrodka. Kolejne etapy, na których mogą pojawić się opóźnienia w diagnostyce, to oczekiwanie na wyniki niektórych badań, np. badań histopatologicznych czy molekularnych.

Jak więc widać, etapów, na których pojawiają się opóźnienia w diagnostyce raka płuca, jest sporo. Gdy je zsumujemy, otrzymujemy nierzadko okres od dwóch do nawet sześciu miesięcy, co w przypadku raka płuca jest kolosalnym opóźnieniem.

Działaniem, które jest w stanie bardzo poprawić jakość opieki nad chorym z podejrzeniem raka płuca, jest wprowadzenie koordynatorów ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej. Gdy pojawia się podejrzenie choroby, zaangażowany zostaje koordynator, który ma wytyczać i sprawować nadzór nad kolejnymi etapami postępowania – wskazać i ustalić przyjęcie do najbliższego specjalistycznego ośrodka diagnostycznego, a następnie aktywnie uczestniczyć w realizowaniu wybranej terapii.

Średnia wieku pulmonologa w Polsce wynosi ok. 58 lat. Mówi się o niedoborach kadrowych w pulmonologii. Co jest ich przyczyną?

To rzeczywiście problem. Jedną z jego przyczyn może być fakt, że to nielata specjalność. W ośrodku, w którym pracuję, ale też w szeregu innych, do szkolenia specjalizacyjnego zgłaszają się kandydaci, którzy po jego ukończeniu nie wyrażają zainteresowania pracą w trudnych warunkach oddziału szpitalnego. Odchodzą do opieki ambulatoryjnej. Poprawiają tym samym sytuację w opiece ambulatoryjnej, w której jednak możliwość diagnostyki takich chorób jak np. rak płuca czy dość zróżnicowanej grupy chorób śródmiąższowych

płuc jest ograniczona. Duża część pacjentów z opieki ambulatoryjnej i tak trafia do ośrodków klinicznych na diagnostykę i leczenie. Mamy zatem do czynienia z sytuacją, w której nie przybiera kadr w oddziałach szpitalnych, natomiast następuje ich przesunięcie do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie praca jest nieco łatwiejsza i nie powoduje takich obciążeń fizycznych i psychicznych.

W postrzeganiu społecznym, w tym również absolwentów kierunku lekarskiego, są specjalizacje zapewniające szerokie możliwości samorealizacji, dużą satysfakcję i prestiż społeczny, np. kardiologia. Pulmonologia raczej do nich nie należy.

W większości ośrodków liczba dostępnych miejsc specjalizacyjnych jest większa niż liczba zgłaszających się kandydatów. Nie bez znaczenia jest kwestia finansowania. Niektóre specjalizacje są uznawane za priorytetowe, co wiąże się z wyższym wynagrodzeniem. My również zabiegamy o to, aby pulmonologia stała się specjalizacją priorytetową, mając nadzieję, że to w niedługim czasie nastąpi. To prawdopodobnie pomogłoby przeciwdziałać niedoborom kadrowym i obniżyć średnią wieku specjalistów.

Jak zatem zachęcać młodych lekarzy do wyboru specjalizacji pulmonologicznej i podejmowania pracy w warunkach szpitalnych?

To trudne pytanie. Młode osoby kończące studia mają często dość sprecyzowane plany na dalszy rozwój kariery, które są uwarunkowane szeregiem czynników. Jednym z ważnych jest jakość życia, a dokładnie to, co nazywamy *work-life balance*. W przypadku trudnych specjalności, w tym zabiegowych, mamy niewystarczający dopływ kandydatów do szkolenia specjalistycznego. Dotyczy to np. chirurgii ogólnej, w której średnia wieku w Polsce jest bardzo wysoka. Wiele osób z młodego pokolenia nie chce podjąć decyzji o wyborze tak wymagającej i trudnej drogi rozwoju zawodowego.

W moim przekonaniu nie ma odpowiedniego systemu motywacyjnego. Jeśli decyduję się na trudniejszą pracę, to zarobki, które jestem w stanie uzyskać, powinny być adekwatnie większe w sto-

sunku do nieco łatwiejszej i mniej obciążającej fizycznie pracy wykonywanej np. w warunkach ambulatoryjnych.

Na pewno istotne jest podejście nauczycieli akademickich pokazujących studentom, jak pasjonująca może być specjalizacja z chorób płuc, jak bardzo można pacjentom pomóc, jaką satysfakcję daje choćby wyleczenie osoby z ciężkim zapaleniem płuc powikłanym ropniakiem opłucnej czy udana kwalifikacja i przeprowadzenie chorego przez trudny okres przeszczepienia płuc.

Jakie predyspozycje powinien mieć dobry pulmonolog?

Zakres poszczególnych specjalizacji bardzo nam się rozszerzył. Wynika to m.in. z postępu wiedzy i rozwoju technologii medycznych. Trudno jest być dziś lekarzem omnibusem, np. w dziedzinie chorób wewnętrznych, który zna się na chorobach tarczycy, nerek, serca i na cukrzycy. Stąd uzasadnienie dla węższych specjalizacji, w obrębie których rozwijają się dodatkowo subspecialności, które często wymagają określonych predyspozycji. Jeśli mówimy o pulmonologii, bardzo dynamicznie rozwija się pneumonologia interwencyjna, która wykorzystuje techniki endoskopowe, biopsyjne, techniki interwencji mechanicznej, fizycznej, z wykorzystaniem laseroterapii i innych urządzeń. Aby być w tym dobrym, trzeba mieć zdolności manualne, ale również wyobraźnię przestrzenną. Jeśli wyobraźmy sobie, że płuca to trójwymiarowy obiekt, w którym na podstawie tomografii komputerowej musimy odzyskać miejsca zmienione chorobowo, to konieczna jest zdolność do interpretacji obrazów przestrzennych.

Pulmonologia zahacza również o intensywną terapię, obejmując takie stany jak leczenie ostrej niewydolności oddychania, np. z zastosowaniem wysokopręciowej tlenoterapii czy niewazyjnego wspomagania wentylacji. Osoby, które mają predyspozycje do zajmowania się intensywną medycyną, mogą więc dobrze realizować się w pulmonologii. Ale nie mniej ważne są ogólne predyspozycje i cechy nieodzowne, aby być dobrym lekarzem każdej specjalności, takie jak uważność, cierpliwość, rzetelność, uczciwość, krytycyzm czy odpowiednia dawka pokory. ●

Klub Lekarza Przedsiębiorcy w Muzeum Narodowym

Sztuka, inspiracja i *networking* w wyjątkowej oprawie – tak można podsumować zorganizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie spotkanie Klubu Lekarza Przedsiębiorcy. 19 maja w prestiżowej scenerii Muzeum Narodowego w Warszawie spotkali się ludzie, których łączy świat przedsiębiorczości i medycyny.



fot. Arkadiusz Obszyński (2)

Muzeum Narodowe otworzyło swoje podwoje dla gości Klubu Lekarza Przedsiębiorcy o godz. 19.00. Spotkanie prowadził Łukasz Sosnowski, dyrektor Ośrodka Projektów i Innowacji OIL w Warszawie. Gości przywitani przez prezesa ORL w Warszawie Artura Drobniaka oraz Małgorzatę Terlecką-Maciejewską, przewodniczącą Zespołu Klubu Lekarza Przedsiębiorcy, która zaprosiła zebranych w muzealnym foyer do dołączenia do klubu przedsiębiorczych lekarzy.

Wieczór uświetnili swoją obecnością rektor SGH dr hab., dr h.c., prof. SGH Piotr Wachowiak, rektor WUM prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke, prodziekan ds. studenckich English Division Wydziału Lekarskiego WUM dr hab. n. med. Jacek Sieńko, członek zarządu w Centrum Słuchu i Mowy Medicus, ekspert WHO dr hab. n. med. i n. o zdr. Piotr Skarżyński, założyciel Human Biome Institute dr hab. n. med. Jarosław Biliński, dyrektor IMiD Tomasz Maciejewski, naczelny lekarz ZUS Piotr Winiciunas i dyrektor I Oddziału ZUS w War-

szawie Małgorzata Zdrodowska.

OIL w Warszawie, poza prezesem ORL i przewodniczącą Zespołu KLP, reprezentowali także wiceprezisi ORL: Olga Rostkowska i Jakub Zakrzewski, jak również członkowie prezydium: Jan Kowalczyk, Michał Matuszewski i Jacek Sawicki, zastępca

przewodniczącej Zespołu KLP.

Część merytoryczna spotkania rozpoczęła się wystąpieniem prof. Piotra Wachowiaka, który z pasją mówił o przedsiębiorczości i wyzwaniach stojących przed lekarzami przedsiębiorcami. – *W państwie zawodzie cały czas coś się zmienia – w przepisach prawnych, otoczeniu, diagnostyce, metodach leczenia. I trzeba tę zmianę zauważyć, polubić i wykorzystać. Człowiek przedsiębiorczy wymyśla coś nowego, coś odmiennego, przekształcającego, zmieniającego przyszłość.*

Uczestnicy spotkania mieli również okazję wysłuchać inspirującej historii dr. Jarosława Bilińskiego, który opowiedział o swojej drodze od pomysłu nauko-

wego do firmy zatrudniającej 50 osób oraz o pozyskaniu milionów złotych na rozwój nowatorskich rozwiązań w obszarze zdrowia i technologii. – *W biznesie, nauce, a pewnie także w życiu, timing, czyli zbieg pewnych okoliczności w danym czasie, ma duże znaczenie* – przekonywał założyciel Human Biome Institute. Ważne, zdaniem dr. Jarosława Bilińskiego, jest szukanie ludzi, którzy mają wiedzę z tych obszarów, w których nam jej brakuje. – *Trzeba wiedzieć, jakie mamy mocne strony, ale znać również swoje słabe punkty* – mówił. A wtedy można już zadać sobie pytanie: *Kogo potrzebujemy wokół siebie, żeby nasz pomysł zadziałał?*

Po wystąpieniach uczestnicy udali się na wieczorne oprowadzanie po wystawach Muzeum Narodowego. Poznawali tajemnice sztuki starożytnej, a także zanurzyli się w bogactwie renesansu i baroku oraz malarstwa polskiego XIX w., podziwiając muzealne kolekcje w towarzystwie przewodników.

Artystycznym uzupełnieniem wieczoru był koncert harfistki Nelly Couderq, której gra stworzyła niepowtarzalne tło dla rozmów kulturalnych i nawiązywania relacji biznesowych. Nie zabrakło także akcentu kulinarnego – o podniesienia gości zadbał Gado Catering.

Spotkanie KLP udowodniło, że połączenie kultury, wiedzy i relacji biznesowych może być nie tylko wartościowe, ale i niezwykle inspirujące. Dziękujemy wszystkim uczestnikom, a także partnerom: Credit Agricole, INS services oraz Cermed, za obecność i zapraszamy na kolejne spotkania KLP! ●



Relaks



MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ
pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy

Przeczytałam kiedyś w całkiem mądrym źródle, że zmęczenie jest nieodłącznym elementem zawodu lekarza.

Pracujemy (za) dużo, o dziwnych porach, w stresie, często męcząc się fizycznie. Spędzamy kilka godzin w pozycji siedzącej przy biurku, stoimy przy stole operacyjnym albo przemierzamy kilometry szpitalnymi korytarzami. Naszym ustawowym obowiązkiem jest stałe dokształcanie się, więc w wolnym czasie jeździmy na szkolenia i konferencje albo czytamy nowinki naukowe. Mamy też jakieś życie poza pracą – dom, rodzinę, partnerów, przyjaciół, zwierzęta domowe, hobby i pasje, musimy czasem zrobić zakupy, posprzątać, ugotować. U niektórych dochodzi praca rodzicielska

w wymiarze co najmniej pełnego etatu. W gąszczu obowiązków i zobowiązań możliwość znalezienia chwili dla siebie wydaje się luksusem, szczególnie że doba – mimo błagań – uparcie nie chce mieć więcej niż 24 godziny, a jeszcze trzeba choć chwilę pospać (ile, kiedy i jak spać, obiecuję napisać w nieodległej przyszłości).

CO JEST Z NAMI NIE TAK, CZYLI DLACZEGO TRUDNO ODPOCZYWAĆ?

Badacze z zakresu psychologii dość zgodnie donoszą, że **perfekcjonizm** i **neurotyzm** są cechami osobowości

wymi występującymi w grupie lekarzy nader często i w dużym natężeniu. Umysł osoby o cechach **perfekcjonistycznych** bezustannie podszeptuje: *Powinieneś zrobić to lepiej, nie wolno być zadowolonym i spocząć na laurach, trzeba się bezustannie starać, poprawiać, rozwijać, nie tracić czasu, każdą minutę wykorzystuj produktywnie, musisz być idealny, niezależnie od tego, co akurat robisz!* Wyobraźcie sobie perfekcjonistę, który próbuje usiąść i przez chwilę robić... nic. Prawdopodobnie szybko jego psychika fuknie: *To niewybaczalne tak tracić czas, bierz się do jakiejś roboty!*





fot. licencja Oll w Warszawie

Neurotyzm jest jedną z pięciu głównych składowych osobowości według modelu Wielkiej Piątki (ang. Big Five; pozostałe to ekstrawersja, ugodowość, sumienność i otwartość na doświadczenie) i jest uznawany za względnie stałą cechę. Osoba neurotyczna ma skłonność do bardzo intensywnego przeżywania różnych emocji, szczególnie tych nieprzyjemnych: lęku, smutku, złości. Neurotycy to „wrażliwcy”: nadmiernie się przejmują i martwią, łatwo się stresują, irytują, często są smutni, przygnębieni, niespokojni. Podszpty ich umysłów nie są wspierające, bo osoby te boją się błędu, kompromitacji, po-

rażki, złością się na siebie, czują się nadodpowiedzialne, mają tendencję do rozpamiętywania negatywnych sytuacji i obwiniania się, a ich ciała doświadczają podwyższonego wzbudzenia wegetatywnego. Osoba o takiej konstrukcji psychicznej nie będzie miała naturalnej łatwości relaksowania się, wręcz przeciwnie, dla wielu neurotyków stan fizycznego i psychicznego odprężenia jest trudno osiągalny.

IDŹ POBIEGAĆ, CZYLI RELAKS PRZEZ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ

Gdy sięgniemy do sześciu filarów medycyny stylu życia, znajdziemy wska-

zówki, jak dbać o swój dobrostan. Odpowiednia dieta, unikanie używek, odpowiednia ilość i jakość snu, regularna aktywność fizyczna, redukcja stresu oraz budowanie dobrych relacji międzyludzkich mają być receptą na zdrowie i dobre samopoczucie. Czy to znaczy, że wszyscy mamy zacząć biegać albo praktykować jogę, która zgodnie z badaniami ma doskonały wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne? Znam osoby, dla których joga jest świetna, pozwala zachować elastyczne, sprawne ciało i pogodę ducha. Kilka lat temu podjęłam próbę przetestowania dobroczynnego wpływu jogi na własne samopo-

czucie i wybrałam się na kilka zajęć (w różnych miejscach, by mieć próbki różnych stylów prowadzenia). Muszę przyznać, że wyniki eksperymentu były dość konfundujące. Wprawdzie w trakcie zajęć zapomniałam o wszystkich stresach i zmartwieniach, bo całą uwagę i energię pochłaniało mi wyginanie poszczególnych kończyn w jogiczne pozycje, a w kolejnych dniach miałam zakwasy w mięśniach, o których istnieniu nie pamiętałam, więc bez wątpienia treningi były efektywne (jogini by mnie poprawili: praktyka była efektywna), ale w gruncie rzeczy ćwiczenie było dla mnie mało satysfakcjonujące, nieciekawe, brakowało dynamiki, interakcji, rozładowania emocji. Po prostu joga do mnie nie pasowała.

CO KTO LUBI, CZYLI PODEJŚCIE SPERSONALIZOWANE

Piszę o tym, bo to dobre zobrazowanie zasady, że nie ma jednego sposobu dobrego dla wszystkich. Tak jak indywidualizujemy podejście terapeutyczne, dobierając danemu pacjentowi konkretny lek, biorąc pod uwagę profil jego objawów, obciążenia i oczekiwania, tak rzucając hasło: *proszę się więcej ruszać*, powinniśmy uwzględnić możliwości fizyczne, temperament, potrzeby i upodobania delikwenta, którego wysyłamy na trening. A jeśli tą osobą jesteśmy akurat my sami, to zastanówmy się, jaki rodzaj aktywności będzie nam pasował i sprawiał przyjemność. Jeśli potrzebuję spokojnego, pełnego uważności wyciszenia, wybiorę jogę, jeśli wsłuchiwanie się w rytm swojego oddechu i pracy mięśni – jogging lub pływanie, jeśli interakcji międzyludzkiej i poczucia wspólnoty – grę zespołową, jeśli intensywnej pracy ze swoim ciałem – siłownię, jeśli czystej rywalizacji i zmęczenia – tenis czy squash, a jeśli góruje we mnie potrzeba rozładowania napięcia poprzez kontrolowane „przywalenie”, to skończę na zajęciach boksu albo muai thai. Mogę praktykować wędrówki po górach, pływanie kajakiem, spacerować po lesie albo aerobik w domu w towarzystwie instruktorki z YouTube’a. Ostatecznie nie jest ważne, co wybiorę, tylko czy będę to robić w miarę regularnie. I czy będzie to działało korzystnie właśnie na mnie. Jeśli się uda,

zmniejszę ryzyko rezygnacji z ćwiczeń, gdy opadnie pierwszy zapal nuworysza.

Zasada dopasowywania aktywności do organizmu, temperamentu, potrzeb i upodobań dotyczy nie tylko aktywności fizycznej. Podobnie jest z dietą, sposobami na redukcję stresu (jedni medytują, drudzy biegają, jeszcze inni grają w planszówki albo chodzą na koncerty metalowe) i relacjami międzyludzkimi. Nie ma jednej miary dla wszystkich. Bo ilu przyjaciół, bliższych i dalszych znajomych należy mieć? U niektórych osób dwóch–trzech zaufanych, bliskich przyjaciół zaspokaja w pełni potrzebę interakcji, przynależności i wsparcia, ale będą i tacy, którzy muszą mieć całą wioskę, bo inaczej czują się osamotnieni. Wprawdzie psychoterapeuci podkreślają, że należy czasem pobyć w samotności i czuć się dobrze samemu ze sobą, ale to nie oznacza przecież, że mamy obowiązek np. być raz w tygodniu solo. Chodzi o to, by umieć przebywać komfortowo we własnym towarzystwie i nie wybierać bycia z innymi jako ucieczki przed sobą. Nie zmienia to faktu, że możemy Ignąć do ludzi z całkiem zdrowych pobudek – bo lubimy z nimi przebywać i spędzać czas wspólnie, spontanicznie i ciekawie; we wzmiankowanej wyżej Wielkiej Piątce oznaczałoby to wysoki poziom ekstrawersji i otwartości na doświadczenie.

Dla ciekawych finału poszukiwań dopasowanej aktywności fizycznej doko-

nam odsłonięcia się, nie z narcystycznej potrzeby opowiedzenia o sobie, lecz w zupełnie niezdrotnym celu użycia siebie jako przypadku klinicznego do zadania „jak dopasować aktywność fizyczną do pacjenta?”. Najwyżej w moim osobistym zestawieniu wypadają sporty walki, siatkówka i długie, dynamiczne spacerowanie, jakie cechy temperamentu, uwarunkowania osobowości i upodobania kierują pacjentką, która tak wybrała.

BONUS

Wynaleziona przeze mnie **receptura na roztwór relaksu** zawiera cztery składniki, stąd jego nazwa – Solutio 4K: 1 x Kawa, 1 x Książka, 1 x Kocyk, co najmniej 1 x Kot. Baza, w której rozpuszczamy składniki, jest dostępny OTC roztwór ciszy i spokoju (nazwa handlowa Chillzone). Zamiast kota można użyć innego zwierzęcia, np. psa, choć pies o żywym usposobieniu może zmienić dynamikę i proporcje roztworu. Jeśli chcemy uzyskać optymalny efekt terapeutyczny Solutio 4K, musimy używać go w warunkach sterylnych społecznie, by uniknąć skontaminowania roztworu obecnością innych osób. Można stosować zarówno profilaktycznie, jak i leczniczo, w stanach wyczerpania fizycznego i psychicznego. Dajcie koniecznie znać, jak Solutio 4K sprawdził się u was. ●



fot. archiwum prywatne



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Klub Lekarza Przedsiębiorcy

Dla lekarzy i lekarzy dentystów
prowadzących własną działalność



Szkolenia menadżerskie,
prawne i księgowe



Preferencyjne usługi
księgowe, podatkowe,
ubezpieczeniowe i bankowe



Dostęp do wiedzy na temat
zakładania i prowadzenia
własnej praktyki – od JDG
po większe firmy



Networking podczas spotkań
lekarzy przedsiębiorców
służący wymianie doświadczeń
i budowaniu kontaktów

Dołącz już dzisiaj!

Zeskanuj kod QR i wyślij swoje zgłoszenie



IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

„Kierunek przyszłość – innowacja i tradycja w stomatologii”

Hotel Narvil w Serocku 6–8 czerwca 2025 r. ponownie stał się centrum polskiej stomatologii. Wszystko za sprawą IX Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych – jednej z najważniejszych i najbardziej prestiżowych konferencji dentystycznych w kraju. Tegoroczna edycja odbyła się pod hasłem „Kierunek przyszłość – innowacja i tradycja w stomatologii”, co trafnie oddaje aktualne wyzwania i kierunki rozwoju w tej dynamicznie zmieniającej się dziedzinie medycyny.

Marcina Aluchnę, pt. „Jak naprawić nienaprawialne”, następnie zaś odbyło się uroczyste otwarcie, w czasie którego dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie i przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów, powitał znamienitych gości, wśród których znaleźli się m.in.: prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek oraz prof. dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka.

– *Zaczynaliśmy bardzo skromnie, ale WUM w osobach prof. Olczak-Kowalczyk i prof. Mielczarek zaufał nam. Dziś MSS to największa samorządowa konferencja w Polsce. Dziękuję też Wojskowej Izbie Lekarskiej, ponieważ żołnierze byli z nami od samego początku i stoją przy nas do dziś* – rozpoczął prezes Paluszek.

– *Tegoroczne MSS to nie tylko kontynuacja wieloletniej tradycji, ale też nowy krok ku integracji różnych obszarów stomatologii. Zrezygnowano ze sztywnego podziału na dziedziny, stawiając na tematy łączące różne specjalizacje* – zakończył wiceprezes.

Następnie głos zabrał prof. Rafał Krenke: – *Jestem pod ogromnym wrażeniem różnorodności tematyki tej konferencji i jej interdyscyplinarności. To podejście lepiej oddaje realia współczesnej praktyki, w której kluczowe znaczenie*



fot. B. Dąbrowski (16)

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne powstały z inicjatywy członków Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie. Od początku wiązały się z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, a funkcję kierownika naukowego nieprzerwanie pełni prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. Dzięki jej zaangażowaniu wydarzenie zyskało naukowy autorytet i zasięg ogólnopolski.

MSS rozpoczął wykład przedkonferencyjny, prowadzony przez dr. n. med.





ma holistyczne spojrzenie na pacjenta. Deklaruję, że w przyszłości również będziemy się starali wspierać konferencję.

Uroczystego otwarcia IX MSS dokonał dr n. med. Artur Drobniak. – *Gdy zostawałem prezesem, bardzo dużo rozmawiałem z dr. Paluszką o tym, jak pomóc lekarzom denty stom i jak rozwiązywać ich problemy – rozpoczął prezes ORL w Warszawie. – Poza konferencją, która jest wspaniałym miejscem wymiany doświadczeń, rozmawialiśmy także o tym, że lekarze dentyści potrzebują wsparcia w nauce i kształceniu. I właśnie MSS są takim światłem, które – jako samorząd – chcemy, aby świeciło coraz mocniej, by pomagać wam specjalizować się i zdobywać umiejętności. Życzę wspaniałych obrad*

i mam nadzieję, że na tej konferencji będziemy spotykać się jeszcze przez wiele, wiele lat – zakończył prezes Drobniak.

Następnie prof. Dorota Olczak-Kowalczyk rozpoczęła pierwszą sesję tegorocznych MSS: obrady Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej.

W ramach MSS odbyły się również inne spotkania naukowo-szkoleniowe organizowane przez towarzystwa stomatologiczne, m.in.: Sekcję Protetyki PTS, Stomatologii Geriatrycznej, Implantologii Stomatologicznej oraz Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej. Ważnym elementem tegorocznych MSS były też debaty eksperckie: „Zdrowie jamy ustnej a stan ogólny zdrowia”, „Studia, staż, specjalizacja – kształcenie w stomatologii a per-

spektywy rozwoju zawodowego” oraz „Nowe technologie w stomatologii”.

Choć na scenie pojawiali się profesrowie, konsultanci krajowi, przedstawiciele NFZ czy NIL, to najważniejszymi uczestnikami byli praktykujący lekarze dentyści. To dla nich tworzona jest przestrzeń wymiany doświadczeń, rozmów z mentorami i dyskusji o przyszłości zawodu. Panująca tu przyjazna, koleżeńska atmosfera sprzyja nawiązywaniu relacji, które trwają dłużej niż sama konferencja.

IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne to potwierdzenie, że tradycja może iść w parze z innowacją, a wspólnota zawodowa lekarzy denty stom – niezależnie od pokolenia – potrafi rozmawiać, uczyć się od siebie i razem kształtować przyszłość zawodu.

Wspaniałym uzupełnieniem MSS była wystawa prac lekarzy denty stom, twórców kultury. Znalazły się na niej przepiękne obrazy, ceramika, poezja.

Prawie 600 uczestników, ponad 40 wystawców z całej Polski. Partnerem konferencji był PZU, zaś miesięcznik „Puls” objął wydarzenie patronatem medialnym.

Za rok widzimy się na jubileuszowych X Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych. Do zobaczenia! ●



Partner
wydarzenia



Jest o czym rozmawiać: trzy debaty o przyszłości stomatologii

IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne były nie tylko okazją do integracji środowiska, ale również przestrzenią do poważnej rozmowy o kluczowych wyzwaniach, przed którymi stoi stomatologia.

fot. B. Dobrowski (4)



„Zdrowie jamy ustnej a stan ogólny zdrowia” – debata I

Ogólną relację z wydarzenia prezentujemy na sąsiednich stronach, jednak szczególną uwagę warto poświęcić trzem debatom, które wybrzmiały wyjątkowo mocno i poruszyły kwestie o fundamentalnym znaczeniu dla przyszłości polskiej stomatologii, a dotyczyły zdrowia publicznego, kształcenia lekarzy dentystów oraz roli nowych technologii.

ZDROWIE JAMY USTNEJ A STAN ZDROWIA OGÓLNEGO – CZAS NA POWAŻNE DECYZJE

Pierwsza z debat – „Zdrowie jamy ustnej a stan ogólny zdrowia – perspektywy finansowania chorób z obrazem klinicznym w jamie ustnej” – unaoczniała, jak bardzo niedoceniane są problemy zdrowia jamy ustnej w systemie ochrony zdrowia. Udział w rozmowie wzięli m.in. prof. Rafał Krenke, rektor WUM, prof. Agnieszka Mielczarek, dziekan

Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM, konsultant krajowy ds. stomatologii zachowawczej z endodoncją, Artur Drobnia, prezes ORL w Warszawie, Anna Lella, prezes ORL Warmińsko-Mazurskiej, oraz Miłosz Anczakowski – wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Prof. Krenke zwrócił uwagę na brak postępu w zakresie edukacji zdrowotnej w szkołach – przez najbliższy rok nie należy się spodziewać żadnych istotnych zmian systemowych. Mimo to apelował o podejmowanie wszelkich możliwych lokalnych działań edukacyjnych.

Prof. Mielczarek wskazała na poważne luki w dostępności opieki stomatologicznej, zwłaszcza dla osób starszych. Podkreśliła również, że brak wynagrodzenia dla dentystów za działania profilaktyczne i edukacyjne sprawia, że są one coraz rzadziej realizowane.

Anna Lella pozytywnie oceniła oddolne i stopniowe zmiany, wskazując na realny wpływ Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej na wzrost świadomości pacjentów. Podkreśliła również rosnące znaczenie interdyscyplinarności oraz wykorzystania nowoczesnych technologii w profilaktyce.

Z kolei Artur Drobnia zwrócił uwagę na konieczność promowania mody na zdrowy styl życia i dietę – jako warunku rozwoju społeczeństwa zdolnego do korzystania z postępów medycyny.

Miłosz Anczakowski z NFZ przypomniał, że praca na rzecz zdrowia publicznego to proces, który wymaga cierpliwości, konsekwencji i współpracy między wszystkimi uczestnikami systemu. Kluczowa jest profilaktyka – zarówno z punktu widzenia zdrowia pacjenta, jak i ekonomii systemu ochrony zdrowia.

Rozmówcy jednomyślnie uznali, że należy jak najszybciej przywrócić program ogólnopolskiego monitoringu zdrowia jamy ustnej, zwiększyć finansowanie działań profilaktycznych i zadbać o uwzględnienie demografii w planowaniu polityki zdrowotnej. Wybrzmiała również potrzeba traktowania zdrowia jamy ustnej jako integralnej części zdrowia ogólnego, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w krajowych strategiach zdrowotnych.

EDUKACJA LEKARZY DENTYSTÓW

Druga debata pt. „Studia, staż, specjalizacja – kształcenie w stomatologii a perspektywy rozwoju zawodowego” wywołała najwięcej emocji. Wzięli w niej udział przedstawiciele uczelni, samorządu zawodowego oraz młodego pokolenia lekarzy.

Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prorektor ds. personalnych i organizacyjnych WUM, konsultant krajowy w dziedzinie pedodoncji, prezes PTSD, wskazała na kryzys miejsc specjalizacyjnych. Praktykujący lekarze niechętnie otwierają swoje gabinety na młodych, przez co zdecydowana większość miejsc szkoleniowych skupiona jest na uczelniach. Dodatkowo system przydziału miejsc jest sztywny i nieprzystosowany do życiowych realiów, takich jak urlopy macierzyńskie czy zmiana miejsca zamieszkania.

Propozycją poprawy sytuacji było wprowadzenie wspólnego pierwszego roku specjalizacji – umożliwiającego młodym lekarzom lepsze rozeznanie i ewentualną zmianę ścieżki bez konieczności zaczynania od zera. Paweł Barucha, wiceprezes NRL, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, ostro skrytykował obecne rozwiązania administracyjne jako zupełnie oderwane od realiów. W jego ocenie system kształcenia wymaga natychmiastowego dostosowania do rzeczywistych potrzeb środowiska.

Głos zabrał również Jędrzej Karpisz, reprezentant młodych lekarzy dentyistów, członek Komisji ds. Lekarzy Dentyistów ORL w Warszawie. Choć chwalił poziom teoretyczny edukacji, to mocno podkreślał brak nauki kompetencji miękkich oraz praktycznego przygotowania do pracy z pacjentem.

Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie, pytany o zalety systemu, stwierdził szczerze, że plusów nie widzi zbyt wiele, co spotkało się z uznaniem publiczności. Jego zdaniem brakuje rzetelnych danych o realnych potrzebach kadrowych, a stomatologia została niemal całkowicie wypchnięta do sektora prywatnego, w którym młodzi lekarze muszą radzić sobie sami – bez etatów, siatki płac czy instytucjonalnego wsparcia.

Dariusz Samborski, członek prezydium NRL, wiceprezes Lubelskiej Izby Lekarskiej, zakończył debatę w nieco bardziej optymistycznym tonie – przypominając, że wiele problemów moż-



„Studia, staż, specjalizacja – kształcenie w stomatologii a perspektywy rozwoju zawodowego” – debata II

na rozwiązać prostymi decyzjami, jeśli tylko znajdzie się wola administracyjna. Apelował o elastyczność w przydzielaniu miejsc specjalizacyjnych, rozszerzenie sieci placówek szkoleniowych i przywrócenie idei relacji mistrz–uczeń jako podstawy praktycznego kształcenia.

TECHNOLOGIE W STOMATOLOGII – INNOWACJA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Trzeci panel dyskusyjny poświęcony był nowym technologiom w stomatologii. Ekspert – m.in. prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej, prezydent Europejskiego Towarzystwa Protetycznego, prof. Monika Łukomska-Sierpińska, prodziekan ds. nauki i kształcenia

Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego, UM w Łodzi, prezes Sekcji Protetyki Stomatologicznej PTS, prof. Kazimierz Szopiński, prezes Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej, Michał Gontkiewicz, członek prezydium ORL w Warszawie, oraz Tadeusz Telech z firmy Vatech – analizowali potencjał nowoczesnych rozwiązań, takich jak cyfrowa diagnostyka, sztuczna inteligencja, technologie CAD/CAM, druk 3D i robotyka.

Zgromadzeni zgodzili się, że nowe technologie rewolucjonizują sposób pracy stomatologów – przyspieszając procesy diagnostyczne, poprawiając precyzję leczenia i zwiększając komfort pacjentów. Jednocześnie podkreślono, że tempo wprowadzania innowacji niesie ze sobą ryzyko pogłębiania nierówności – zarówno geograficznych, jak i ekonomicznych.

– Technologia nie może zastąpić relacji lekarz–pacjent – przestrzegali prelegenci. Wskazali na potrzebę zachowania równowagi między cyfryzacją a humanizmem medycyny. Innowacje muszą być wdrażane z rozważą, przy jednoczesnym inwestowaniu w szkolenia, aby były dostępne i skuteczne.

Debata zakończyła się przesłaniem, że przyszłość stomatologii to mądra integracja technologii z indywidualnym podejściem do pacjenta. Tylko wtedy możliwe będzie pełne wykorzystanie potencjału innowacji – bez utraty wartości, które stanowią fundament zawodu lekarza.



„Nowe technologie w stomatologii – innowacja i tradycja – dokąd zmierzamy?” – debata III

Z Polski czy w Polsce?



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Globalizacja, zanikanie barier geograficznych i administracyjnych, nowe możliwości edukacyjne i zawodowe skłaniają do patrzenia na rynek pracy z perspektywy obywatela świata.

W sektorze ochrony zdrowia zjawisko to ma ogromne znaczenie – według raportu OECD z 2019 r. ok. 16 proc. lekarzy pracujących w krajach OECD, czyli mniej więcej jeden na ośmiu, uzyskało swój – przynajmniej pierwszy – stopień medyczny poza krajem, w którym obecnie wykonuje zawód. Jak wygląda sytuacja migracji lekarzy i lekarzy dentystów w kontekście Polski?

Badania prowadzone przez zespół z Ośrodka Badań nad Migracjami oraz Wydziału Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych UW wśród studentów ostatniego roku uczelni medycznych pokazują, że spada odsetek lekarzy deklarujących chęć wyjazdu z Polski – w 2022 r. taki zamiar zadeklarowało 20 proc. ankietowanych, a w 2025 r. już tylko 11 proc. Jednocześnie rośnie odsetek ankietowanych zdecydowanie wybierających wyjazd – w 2025 r. była to prawie jedna piąta ankietowanych.

Główne źródła motywacji do opuszczenia kraju to sytuacja społeczno-polityczna w Polsce, wysokość wynagrodzeń, warunki pracy i organizacja systemu opieki zdrowotnej. Ostatnie dwa czynniki wydają się w sposób szczególny dotyczyć lekarzy dentystów pra-

cujących w Polsce, głównie w sektorze prywatnym. Bilans zysków i strat w kontekście stylu życia i organizacji pracy może być zachętą do poszukiwania wygodnych form zatrudnienia, w tym możliwości pracy w sektorze publicznym, co pokrywa się z opcjami oferowanymi przez najczęściej wybierane kraje przez emigrujących z Polski lekarzy i lekarzy dentystów – Niemcy, Wielką Brytanię, Szwecję i Norwegię.

Momentem na przyjrzenie się pracy w sektorze publicznym jest staż podyplomowy. Rozważający wyjazd młodzi lekarze i lekarze dentyści często odkładają decyzję o wyjeździe do czasu ukończenia stażu podyplomowego lub szkolenia specjalizacyjnego. Zjawisku temu może sprzyjać wzrost wynagrodzeń zarówno dla lekarzy na stażu podyplomowym, jak i lekarzy rezydentów. Dodatkowym czynnikiem zachęcającym do pozostania w kraju po studiach jest bon patriotyczny wypłacany rezydentom, którzy decydują się na pracę w sektorze publicznym przez określony czas po zakończeniu rezydentury.

Dane NIL pokazują, że rocznie z Polski wyjeżdża ok. 900 lekarzy, z czego dwie trzecie stanowią obcokrajowcy. Polska traktowana jest przez zagranicznych studentów medycyny głównie jako miejsce edukacji – tylko 10 proc. z nich planuje zostać w Polsce po studiach. Do studiowania

w Polsce zachęca często fakt, że warunki rekrutacji na kierunki lekarskie bywają mniej restrykcyjne niż w krajach pochodzenia, a także niskie koszty życia i studiowania. Wskazywaną barierą jest nauka języka polskiego. Opcja uzyskania czasowego prawa wykonywania zawodu bez konieczności znajomości języka polskiego została wprowadzona po wybuchu konfliktu zbrojnego na Ukrainie w 2022 r. i dotyczyła głównie lekarzy z tego kraju. Przed rokiem 2022 lekarze imigranci stanowili mniej niż 1 proc. wszystkich lekarzy w Polsce.

Rosnąca chęć pozostawania lekarzy w kraju to niewątpliwie zjawisko, które w ujęciu długofalowym przyczynia się do wzrostu stabilności i jakości opieki zdrowotnej. Kluczowe pozostaje stworzenie warunków, które nie tylko zatrzymają młodych specjalistów w Polsce, lecz także pozwolą im rozwijać się zawodowo i godzić pracę z jakością życia. Bon patriotyczny, wzrost wynagrodzeń czy podejmowanie walki z mobbingiem to ważne kroki, jednak prawdziwym wyzwaniem jest kompleksowa reforma organizacji pracy i systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jednocześnie, w obliczu coraz bardziej zglobalizowanego rynku pracy medycznej, konieczne jest budowanie takiego systemu, który będzie atrakcyjny zarówno dla rodzimych specjalistów, jak i dla zagranicznych pracowników medycznych.



fol. licencja Oil w Warszawie

Nie pozostawajmy bierni



KAROL STĘPNIEWSKI
wiceprezes ORL w Warszawie,
przewodniczący Delegatury Radomskiej

Bieżąca IX kadencja w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie powoli dobiega końca. Przed nami co prawda jeszcze blisko rok pracy, ale wybory i kształt przyszłej kadencji, a tym samym działalność samorządu stają się coraz ważniejszym tematem. Jest jeszcze za wcześnie na podsumowanie, ale na rozmowę, jak może wyglądać nasze lekarskie jutro, to najlepsza pora.

Wybory powoli rozpędzają się. Jesteśmy świeżo po publikacji imiennych list wyborczych. Lekarze zostali do nich przypisani głównie według miejsca pracy czy zamieszkania. Każdy z nas bez problemu odnajdzie się na liście, gdyż zostały one opublikowane w formie elektronicznej. Przez miesiąc możemy również ją zmienić, tak aby każdy mógł reprezentować lub być reprezentowany przez osoby, z którymi najbardziej się identyfikuje. Nowością jest sam proces wyborczy, tym razem będzie on przebiegał również w formie elektronicznej. Pozwoli to nie tylko na łatwiejsze głosowanie, ale również jego upowszechnienie. Szereg informacji dotyczących wyborów zostało już opublikowanych na naszej stronie internetowej, w mediach społecznościowych czy na łamach miesięcznika „Puls”. Będzie ich z czasem jeszcze więcej.

Warto więc już dziś zainteresować się tym, kto może być reprezentantem naszych interesów. A może będziemy nimi sami? Najważniejsze nie pozostawać biernym i nie pozwolić decydować o sprawach dla nas istotnych bez naszego udziału. Ale właściwie, dlaczego bardzo często tak się dzieje? Dlaczego niejednokrotnie pozostajemy bierni i nie chcemy brać udziału w życiu samorządowym? Te pytania zadają sobie co jakiś czas. Powodów jest zapewne kilka. Może nadmiar pracy i codziennych obowiązków? Może przecucie, że nie mam doświadczenia i inni zrobią to za mnie lepiej? A może poczucie braku sprawczości w planowanych przez nas działaniach?

Myślę, że każdy z nas na te pytania odpowie inaczej. A odpowiedź pewnie będzie ponad 37 tys., bo tylu członków liczy nasza, największa w kraju, Okręgowa Izba Lekarska. Ja nie podejmę się w tym momencie odpowiedzi. Pewne jest natomiast to, że za mało z nas uczestniczy w życiu samorządowym. A właśnie w OIL na co dzień zajmujemy się interesami tak dużej grupy osób. Tylko samorząd złożony z silnie działających lekarzy, którzy licznie uczestniczą w jego życiu i kreowaniu jego teraźniejszości i przyszłości, jest gwarantem realizacji naszych potrzeb. Możliwości działania jest wiele. Przez Komisje stałe takie jak ds. Prawa Wykonywania Zawodu czy ds. Praktyk Lekarskich, przez problemowe jak ds. Lekarzy Seniorów czy ds. Kultury po Zespoły np. ds. Szczepień czy ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia. Bardzo istotnym, a jednocześnie ciekawym, jest pion odpowiedzialności zawodowej. Sąd Lekarski i Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej są wyjątkowo istotne dla naszego codziennego funkcjonowania. To tam odbywa się merytoryczna ocena pracy lekarskiej. To niesłuchanie ważne, aby był złożony z profesjonalistów. Bo tylko jedni fachowcy mogą zaopiniować pracę drugih fachowców.

Pamiętajmy, że można uczestniczyć w życiu samorządowym także lokalnie. Z pomocą przychodzą tu inicjatywy chociażby Komisji Sportu czy Delegatury Radomskiej, a także już wkrótce Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego „Izba Lokalnie”. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie jest miejsce dla każdego. Praca na rzecz samorządu lekarskiego może dać dużo satysfakcji i samorealizacji. Tym samym zachęcam do czynnego udziału w procesie wyborczym, który właśnie rusza. Pozwoli to nam wszystkim na stworzenie środowiska lekarskiego, z którego będziemy dumni i będziemy chętnie do niego wracać. Nie pozostawajmy bierni i pamiętajmy o naszym wspólnym dobru, jakim jest Izba Lekarska. ●

Koniec tolerancji

Dopiero tragiczna śmierć ortopedy Tomasza Soleckiego ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie uzmysłowiła społeczeństwu, z jaką falą agresji lekarze spotykają się na co dzień. O bezpieczeństwie medyków i działaniach izby rozmawiam z wiceprezesem ORL w Warszawie

Krzysztofem Hermanem oraz mecenasem **dr. n. pr. Sebastianem Stykowskim**, który wspiera izbę w zakresie działań prawnych.

rozmawiała
ALEKSANDRA SOKALSKA



Zwiększyła się liczba zgłoszeń do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie związanych z przemocą wobec lekarzy?

Sebastian Stykowski (SS): Nie odnotowujemy większej liczby zgłoszeń, zwłaszcza indywidualnych. Ta liczba jest w miarę stała. Obserwujemy jednak, zwłaszcza w mediach społecznościowych, że problem istnieje i dotyczy

zarówno podmiotów publicznych, jak również prywatnych.

Czego zatem dotyczą zgłoszenia do izby?

SS: Przede wszystkim naruszania praw lekarza do odpoczynku, są także związane z dyskryminacją, w tym płacową, jak również z mobbingiem pośrednim, np. wprowadzaniem aktów wewnętrznych,

które utrudniają lekarzom sprawną pracę albo oddelegowują ich do innych miejsc pracy niezwiązanych z umową. Rzecznik Praw Lekarza prowadził także sprawę wykorzystywania seksualnego, co świadczy o braku jasnych procedur w miejscu pracy lub oznacza procedury, które nie zabezpieczają lekarzy przed tego typu zachowaniami.

Czyli zgłaszane są tylko naruszenia związane ze środowiskiem pracy? Nie ma takich, które dotyczą zagrożeń werbalnych czy cielesnych ze strony pacjentów?

SS: Choć z przykrością trzeba przyznać, że tego typu sytuacje stały się dla lekarzy codziennością, to nie możemy pozwolić, by były one akceptowalne. Dopiero po ostatnich dramatycznych wydarzeniach coraz częściej można usłyszeć głos medyków o braku odpowiednich środków zabezpieczających, braku porozumienia z policją.

Nasze społeczeństwo, w tym także środowisko lekarskie, nie jest świadome, że podmiot, w obrębie którego świadczy się pracę, powinien np. mieć określone procedury postępowania w przypadku niebezpieczeństwa. Dlatego Rzecznik Praw Lekarza postanowił

dla agresji!

wystąpić do wybranych szpitali na terenie Mazowsza z pytaniem, co zrobiły w ostatnim roku dla poprawy ochrony lekarzy. A także pacjentów, bo pamiętajmy, że agresywna osoba może być niebezpieczna również dla nich.

Skąd tak dużo agresji ze strony pacjentów?

Krzysztof Herman (KH): Myślę, że ogólnie jako społeczeństwo trochę zbłądziliśmy. Mamy zbyt duże przyzwolenie na hejt w internecie, który łatwo przenosi się do świata rzeczywistego w formie zachowań niegrzecznych, aroganckich, a wręcz agresywnych. Zaczyna się od podniesionego głosu, potem są to wyzwiska, a w końcu pojawiają się nawet rękoczyny. Spirala agresji i nienawiści za mocno już się nakręciła, a co gorsze, takie zachowania są coraz bardziej powszechnie tolerowane.

Natomiast przyczyn agresji ze strony pacjentów jest przynajmniej kilka. Jedną z nich jest fakt, że system ochrony zdrowia nie jest w pełni wydolny. Jeśli pacjent czeka na przyjęcie miesiącami, a bywa, że i latami, albo podczas przyjęcia dowiaduje się, że nie ma jakiegoś wymaganego zaświadczenia czy skierowania, rodzi się u niego silna frustracja. Zrozumiała, ale często źle adresowana. Bo medyk jest na pierwszej linii frontu i to na nim skupiają się żal, złość i pretensje, choć nie jest niczemu winien.

Kolejną, bardzo ważną przyczyną agresji jest również alkohol i inne tego typu używki. Bardzo agresywni pacjenci często znajdują się pod ich wpływem. Jeśli potrzebują pomocy, lekarze muszą jej udzielić, ale często spotykają się wtedy z agresją, także fizyczną.

SS: Przy tej okazji trzeba też zwrócić uwagę, że część takich pacjentów, z uwagi na spożycie alkoholu, które może prowadzić do nietypowych, agresywnych lub nieprzewidywalnych zachowań, kierowana jest do konsultacji psychiatrycznej. A tam stanowią po-

ważne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia personelu i innych pacjentów. Rzecznik prowadził ostatnio właśnie tego typu sprawę.

Gdzie więc tacy pacjenci powinni trafić?

SS: Na izbę wytrzeźwień, bo personel tam pracujący jest wyszkolony do przyjmowania osób pod wpływem alkoholu.

Podkreślę, że nie zostają one bez pomocy medycznej, ponieważ na izbie wytrzeźwień zawsze dyżuruje lekarz.

Agresja pacjentów widoczna jest też w mediach społecznościowych i na portalach. Jak z nią walczyć?

SS: Przede wszystkim takie sprawy trzeba zgłaszać. W marcu tego roku zapadł wyrok Sądu Apelacyjnego



fot. licencja OIL w Warszawie

w Warszawie w sprawie lekarki, która przy wsparciu Rzecznika Praw Lekarzy OIL w Warszawie wytoczyła proces portalowi Znany Lekarz. Sąd II instancji podtrzymał wyrok, który zobowiązuje portal do zapłaty zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych lekarki. Takie sprawy mogą zatem mieć szczęśliwy finał.

Warto jednak podkreślić, że potrzebna jest też zmiana w polskim ustawodawstwie, która zapewni ochronę obywateli, w tym lekarzy, przed krzywdzącymi, szkalującymi czy hejterskimi komentarzami lub opiniami. W tej chwili np. dochodzenie roszczenia usunięcia tego typu komentarza w portalu czy innym medium, którego serwer znajduje się za granicą, jest bardzo utrudnione, a praktycznie niemożliwe. Jeśli bowiem portal odmówi usunięcia opinii, nie da się go co do zasady pozwać, bo nie ma swojego przedstawiciela w naszym kraju. Dlatego trzeba tak zmienić ustawodawstwo, by portale w końcu przejęły odpowiedzialność za to, co się w nich ukazuje.

Jakie działania podejmuje izba, by chronić lekarzy przed atakami werbalnymi i fizycznymi?

KH: Prowadzimy program Lex Doctor, w ramach którego lekarz może się zwrócić do nas z różnymi pytaniami natury prawnej, w tym dotyczącymi przemocy werbalnej czy fizycznej. Podpowiadamy, jak postąpić w danej sytuacji, jaki organ powiadomić. Mamy też Rzecznika Praw Lekarzy, który w tym zakresie służy pomocą.

SS: Jednym z poważnych problemów, które lekarze zgłaszają, jest fakt, że prokuratura często umarza postępowania w sprawach o naruszenie nietykalności cielesnej albo nie prowadzi postępowań z urzędu, ponieważ uznaje, że lekarz w tym momencie nie podlegał ochronie należytą funkcjonariuszowi publicznemu. To problem, bo to policja i prokuratorzy nadają bieg sprawie i to od ich decyzji w tej kwestii zależy, czy postępowanie trafi do sądu. Jeśli takiego biegu nie nadadzą, lekarz musi sam wnieść sprawę. A zwykle tego nie robi, bo jest to czasochłonne, stresogenne i związane z ponoszeniem dodatkowych kosztów. Dlatego apelowaliśmy o to, by

Ministerstwo Sprawiedliwości wystosowało do prokuratury jasne wytyczne, w jakich sytuacjach lekarz korzysta z ochrony i kiedy prokuratura musi z urzędu podejmować dalsze działania.

Z jakimi organami współpracuje izba w kwestii bezpieczeństwa lekarzy?

SS: Ponieważ ta sprawa dotyczy również pacjentów, współpracujemy z Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz Rzecznikiem Praw Obywatelskich. Ponadto RPL wysłał pismo do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z prośbą o przeprowadzenie kontroli związanej ze sprawą jednego z podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie psychiatrii.

Oprócz tego rozmawiamy z posłami i senatorami, by jak najczęściej poruszali kwestie bezpieczeństwa medyków, np. podczas obrad komisji zdrowia. Współpracujemy także z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy – Region Mazowiecki.

KH: Poza tym chcemy nawiązać współpracę z Radą Ochrony Pracy, ponieważ daje ona wytyczne do Państwowej Inspekcji Pracy, która w zakresie BHP ma obowiązek dokonywania kontroli bezpieczeństwa warunków pracy. Planujemy także podjąć rozmowy z samorządami ratowników oraz pielęgniarek i położnych, bo przemoc dotyka wszystkie zawody medyczne. Będziemy również rozmawiać z decydentami, czyli Ministerstwem Zdrowia, urzędem miasta, oraz z przedstawicielami policji, bo to ona ma dużą rolę do odegrania. Zgłoszenia przyjmowane np. z SOR muszą być podejmowane natychmiastowo. SOR powinien mieć taki sam priorytet jak np. lotnisko, które jest miejscem, gdzie musi być zapewnione bezpieczeństwo na najwyższym poziomie.

Warto przy tej okazji podkreślić, że lekarze powinni zgłaszać wszystkie sprawy związane z agresją.

Gdzie?

KH: W pierwszej kolejności na policję. I nie mówię tylko o agresji fizycznej, ale także werbalnej. Bo po pierwsze, jeśli pacjent odgraża się słownie, za kilka dni może wrócić, by użyć przemocy fizycznej. A po drugie, pozostawia-

nie agresji bez konsekwencji znieczula, dając przyzwolenie innym do jej użycia, służąc jako zły przykład. Przecież zaledwie kilka tygodni po brutalnym zabójstwie Tomasza Soleckiego nieomal doszło do kolejnej tragedii – ojciec planował zabójstwo lekarzy uczestniczących w porodzie jego córki. Na szczęście te plany udało się udaremnić.

Dlatego zgłaszamy na policję praktycznie wszystkie sprawy dotyczące ataków na medyków. Nie uznawamy tego za normę, że ktoś na rejestratorkę, pielęgniarkę czy lekarza krzyczy. Wprowadziłbym zasadę zerowej tolerancji dla wszelkich przejawów agresji.

Kiedy natomiast lekarz uzna, że jego zgłoszenie na policję zostało zignorowane lub jest nieprawidłowo procedowane, o pomoc może zwrócić się do izby. **SS:** Powinien to zrobić także wtedy, gdy np. uważa, że miejsce, w którym pracuje, nie spełnia wymogów bezpieczeństwa, bo wówczas izba może wystosować do podmiotu pracy pismo z zapytaniem o stosowanie odpowiednich procedur. Niestety, nie ma jednak szczegółowych przepisów, które nakładają na podmioty lecznicze obowiązek ochrony ze środków przymusu bezpośredniego czy posiadania przez lekarzy osobistych przyrządów alarmowych na oddziałach.

Tylko czy w sytuacji, gdy szpitale często borykają się z problemami finansowymi, będą w stanie znaleźć pieniądze na dodatkową ochronę?

KH: Muszą być w stanie. Dlatego podczas Marszu Milczenia Medyków wśród postulatów złożonych na ręce ministra zdrowia znalazło się m.in. wprowadzenie jednolitego systemu powiadamiania o zagrożeniu bezpieczeństwa personelu medycznego. Rzeczywiście w systemie ochrony zdrowia pieniędzy brakuje na wszystko, ale na bezpieczeństwo medyków i pacjentów znaleźć się muszą. Tu chodzi o zdrowie, a nawet czasem życie. Tej sprawy nie można odpuścić, dlatego już w wakacje planujemy serię spotkań z decydentami, których zwieńczeniem będzie debata na temat zatrzymania fali przemocy. Potrzebna jest duża akcja „Zero tolerancji dla agresji!”, bo bezpieczny medyk to bezpieczny pacjent. ●

Co z tą ustawą podwyżkową



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

10 czerwca miały się rozpocząć rozmowy w ramach prezydium Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia na temat ewentualnych zmian w tzw. ustawie podwyżkowej. Prezydium spotkało się w zasadzie tylko po to, żeby ustalić... termin kolejnego spotkania.

Początkowo miało to być zresztą termin spotkania całego zespołu, ale pod koniec czerwca ponownie zbierze się jedynie prezydium – i na tym spotkaniu Ministerstwo Zdrowia ma przedstawić własne propozycje zmian. Oczywiście, wstępne. Głównym „newsem”, jaki z komunikatu po spotkaniu wyciągnęły media, przede wszystkim branżowe, było potwierdzenie ze strony minister Izabeli Leszczyny, że... 1 lipca wchodzi w życie tegoroczne podwyżki. Jak miałyby nie wejść, skoro ustawa obowiązuje? Zupełnie inną sprawą jest to, w jaki sposób zostaną sfinansowane, bo 10 czerwca, czyli trzy tygodnie przed godziną „P” („p” jak „podwyżka”, „p” jak „problem”, „p” jak „pożar”), ciągle nie ujawniono, ile – według wyliczeń AOTMiT – będą one kosztować ani tym bardziej ile pieniędzy będzie mógł na nie wydać Narodowy Fundusz Zdrowia.

Tegoroczna edycja podwyżek budzi emocje równie wielkie, jak ta w 2022 r., gdy po raz pierwszy realizowano znowelizowaną ustawę – dwa kolejne lata na tym tle przypominały oazę spokoju (choć zwłaszcza w ubiegłym roku ten spokój był już nieco markowany). Te emocje

mogą nawet być większe, bo pracownicy ochrony zdrowia od miesięcy słyszą zapowiedzi (a może tylko sugestie), że jest to już ostatnia taka podwyżka, że więcej nie będzie. Bo pensje w ochronie zdrowia stały się godne, a na to, by były jeszcze godniejsze, po prostu, jak stwierdziła w czerwcu na łamach „Menedżera zdrowia” dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, państwa polskiego nie stać.

Jest dość jasne, że żadnych daleko idących zmian w ustawie o wynagrodzeniach dla lwiej części pracowników ochrony zdrowia nie będzie. Nie będzie na pewno zamrożenia ustawy, trudno się też spodziewać zastąpienia obecnego mechanizmu podwyżkowego jakimś mechanizmem waloryzacyjnym, co proponuje część ekspertów. Choć resort zdrowia, wiele na to wskazuje, wsłuchując się w głosy ekspertów, może próbować znacząco obniżyć tempo podwyżek bez dokonywania głębszych zmian. Izabela Leszczyna podczas posiedzenia Sejmu, na którym – na wniosek posłów PiS – dyskutowano na temat sytuacji finansowej NFZ, zapowiedziała, że w ramach porządkowania finansów termin podwyżek zostanie przesunięty z lip-

ca na styczeń. Rzeczywiście, ekonomiści (ale też organizacje pracodawców) wskazywali już od dłuższego czasu, że lipcowy termin uniemożliwia racjonalne planowanie budżetów na zdrowie – zarówno na poziomie makro (plan finansowy NFZ), jak też na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych. Podwyżki powinny wchodzić w życie w styczniu.

Gdyby resort zdrowia zdołał przeprowadzić tę jedną zmianę w ustawie, oznaczałoby to, że w 2026 r. wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia nie wzrosną (obligatoryjna byłaby jedynie podwyżka płacy minimalnej), zaś od 1 stycznia 2027 r. obowiązywałaby kwota bazowa w wysokości przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce za 2025 r. (wysokość przeciętnego wynagrodzenia za rok poprzedni ogłaszana jest w lutym). To oznaczałoby redukcję tempa wzrostu wynagrodzeń z kilkunastu procent do 6–7 proc., czyli tylko nieco powyżej podpowiadanego przez dużą część ekspertów wskaźnika waloryzacji, mającego zastosowanie w sferze budżetowej czy przy wypłacie emerytur i rent.

Jednak jest oczywiste, że na zmiany w ustawie – jakiegokolwiek – musi się zgodzić strona społeczna. W praktyce: organizacje reprezentujące pracowników, bo organizacje pracodawców mają – z punktu widzenia logiki ustawodawcy – dużo mniejsze znaczenie. Niewykluczone, że strona rządowa podejmie próbę oparcia konsensusu wokół ustawy (czy też względnego konsensusu, bo jest oczywiste, że nie wszyscy się pod nim podpiszą) na zmianach dotyczących zarobków jednej grupy zawodowej, czyli (brak zaskoczenia) – lekarzy. Być może kontrakty zostaną wyłączone z mechanizmu finansowania w ramach ustawy podwyżkowej albo w całości, albo od określonej wysokości (np. czterech-pięciu średnich krajowych). Być może szpitale publiczne nie będą mogły podpisywać kontraktów przewidujących wynagrodzenie jako procent od procedury (w grę wchodziłaby jedynie stawka godzinowa). Takie postulaty wybrzmiewają nie tylko po stronie decydentów, ale też – niektórych związków zawodowych i organizacji pracodawców.

Niezależnie od pogody lato w tym roku zapowiada się bardzo gorące. ●

Przekonać wątpiących

Liczba odmów szczepień w Polsce wzrosła z około 40 tys. w 2018 r. do ponad 87 tys. w 2023 r.

To alarmujący sygnał.

O tym, jak komunikować się z pacjentami, którzy są niechętni szczepieniom, rozmawiamy z dyrektorem Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, **dr Nino Berdzuli**, oraz ekspertami WHO: **dr Emmą Anderson** i **Siff Malue Nielsen**.

Już w sierpniu poprowadzą w OIL w Warszawie i w Delegaturze Radomskiej warsztaty na ten temat.

Dlaczego ludzie wierzą w fałszywe informacje na temat szczepionek?

Nino Berdzuli, dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce: Dzieje się tak z powodu połączenia różnych czynników. Po pierwsze, część ludzi wierzy w informacje, które potwierdzają ich lęki lub wcześniej ukształtowane przekonania. Obawy dotyczące bezpieczeństwa szczepionek mogą np. sprawić, że osoba skupi się na rzadkich przypadkach działań niepożądanych, ignorując przy tym solidne dane o niskiej częstotliwości ich występowania i pomijając dowody na bezpieczeństwo szczepień.

Po drugie, nastroje antyszczepionkowe są wzmacniane przez media społecznościowe, zwłaszcza w sytuacji, gdy zaufanie do instytucji publicznych jest niskie. Po trzecie, problemem jest brak łatwo dostępnych i zrozumiałych informacji.

Wahanie czy sceptycyzm wobec szczepień nie musi oznaczać, że dana osoba całkowicie odmawia ich przyjęcia – częściej oznacza to, że ma pewne wątpliwości, które wymagają rzeczowego i rzetelnego wyjaśnienia, aby mogła się przekonać, że szczepionki są bezpieczne i skuteczne.

Co dla środowiska medycznego jest szczególną trudnością w kontakcie z pacjentami niechętnymi szczepieniom?

Emma Anderson, konsultant WHO: Wielu medyków obawia się konfrontacji z takimi pacjentami, myśląc, że nie da się zmienić ich zdania. Większość nie ma przeszkolenia w prowadzeniu tych potencjalnie trudnych rozmów. Istnieje ryzyko, że rozmowa przerodzi

się w kłótnię, co może prowadzić do frustracji zarówno u lekarza, jak i pacjenta. Ważne jest, aby rozumieć, że wielu pacjentów przychodzi z pytaniami lub obawami dotyczącymi szczepionek, nie będąc całkowitymi przeciwnikami szczepień. Zdecydowana większość ludzi – przy odpowiednich warunkach – jest gotowa przynajmniej na rozmowę na temat szczepień.

Kolejnym wyzwaniem są ograniczenia czasowe. Medycy pracują pod presją, by świadczyć usługi zdrowotne w ściśle wyznaczonym czasie. Przyczyną więc, że mogą unikać poruszania tematu szczepień z osobami niezdecydowanymi, ponieważ obawiają się, że doprowadzi to do złożonej dyskusji, na którą nie mają czasu. Presja czasu może skłaniać ich do szybkiego przekazania faktów, by „odhaczyć” to zadanie. Często sprowadza się to do udzielenia krótkiej informacji na temat szczepienia lub wręczenia ulotki i pozostawienia decyzji pacjentowi, bez wchodzenia w dialog. W efekcie osoby mające wątpliwości zostają pozbawione możliwości rozmowy, krótki czas poświęcony tematowi zostaje zmarnowany, a nawet może przynieść odwrotny skutek.

Konieczność przekonywania kolejnego niechętnego szczepieniom pacjenta może jednak wywoływać trudne emocje u lekarza. Zwłaszcza w sytuacji, gdy te rozmowy nie przynoszą pozytywnych rezultatów i spotykają się z oporem czy brakiem zaufania. Jak sobie z tym radzić?

Siff Malue Nielsen, Technical Officer, Biuro Regionalne WHO dla Europy: Pomóc może m.in. zmiana celu rozmowy z „przekonać do szczepienia”

rozmawiała
KAROLINA STĘPNIIEWSKA

na „rozpocząć pełną szacunku dyskusję”. Budowanie zaufania i otwieranie przestrzeni do rozmowy mogą zdjąć część presji z lekarza, co z kolei pomoże złagodzić niektóre towarzyszące temu negatywne emocje. Jeśli pacjent wyjdzie z poczuciem, że został wysłuchany i potraktowany z szacunkiem, oraz jest gotów ponownie porozmawiać z lekarzem – to już jest dobry rezultat.

EA: Co ciekawe, mamy dowody na to, że różne style komunikacji wiążą się z różnymi emocjami. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy opisują swoje rozmowy o szczepieniach jako empatyczne i skoncentrowane na pacjencie, zgłaszają więcej pozytywnych emocji niż ci, którzy opisują swoje podejście jako bardziej konfrontacyjne (np. „walka o wygraną”). Empatyczna, ukierunkowana na pacjenta komunikacja to cechy charakterystyczne dialogu motywującego – podejścia, którego można się nauczyć i które sprzyja prowadzeniu wspólnych rozmów na temat zdrowia.

Jak prowadzić taką empatyczną rozmowę?

SMN: W odpowiedzi na wątpliwości wobec szczepień lekarze często dostarczają rzetelnych informacji na temat szczepionek. Lepiej jest prowadzić rozmowę z podejściem pełnym szacunku i ciekawości. Często zakładamy, że rozumiemy, co ktoś ma na myśli, choć niekoniecznie tak jest. Na przykład ktoś może powiedzieć, że uważa, iż podanie wielu szczepionek nie będzie dobre dla rozwijającego się układu odpornościowego dziecka. Taka obawa może oznaczać, że opiekun wierzy, iż lepiej jest, gdy organizm buduje naturalną odporność po przechorowaniu niż po szczepieniu. Może też wierzyć, że szczepionki mogą uszkodzić i przeciążyć układ odpornościowy. Ważne jest, aby zadawać więcej pytań i upewnić się, że dobrze rozumiemy pacjenta, by w pełni pojąć jego punkt widzenia. Dopiero wtedy możemy odpowiedzieć, używając konkretnej informacji, która adekwatnie odniesie się do jego obaw.

EA: Zanim spróbujemy jakiegokolwiek błędne przekonania, ważne jest okazanie szacunku pacjentowi i znalezienie sposobu, by pochwalić jego postawę lub potwierdzić jego przekonania. Można np.

zgodzić się, że wspieranie naturalnego układu odpornościowego jest czymś dobrym, albo zapewnić, że chęć chronienia swojego dziecka jest całkowicie naturalna. Dzięki temu stajemy po stronie pacjenta, co buduje zaufanie niezbędne do dalszego przekazywania informacji.

Nawet jeśli mamy mało czasu, lepiej wykorzystać go na zrozumienie punktu widzenia pacjenta, niż przekazywać informacje, które i tak nie zostaną przyjęte. Pomocna może być analogia: próba przekazania informacji zbyt wcześnie jest jak próba wiania wody do naczynia z pokrywką. Jeśli ktoś nie jest gotowy, by słuchać faktów o szczepieniach, to nasz wysiłek pójdzie na marne – informacje (czyli woda) nie zostaną przyjęte. Najpierw trzeba wykonać pracę, by zdjąć tę pokrywkę! Oznacza to budowanie zaufania, słuchanie pacjenta, poznanie jego perspektywy i zrozumienie, co stanowi barierę (czyli „pokrywkę”). Celem jest bycie po stronie pacjenta lub opiekuna, a nie przeciwko niemu.

W sierpniu eksperci WHO poprowadzą w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie warsztaty na temat komunikacji dotyczącej szczepień. Dlaczego właśnie w Polsce?

NB: Rola Biura WHO w Polsce polega na strategicznym wspieraniu Polski w rozwijaniu krajowej polityki zdrowotnej na rzecz zrównoważonego rozwoju zdrowia, przyjmując całościowe podejście systemowe. Polska poczyniła godny uznania postęp w zakresie stanu zaszczepienia. Może on jednak zostać zagrożony przez odmowy szczepień oraz niepokojące różnice na poziomie regionalnym – w kilku województwach stan zaszczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR) wynosi jedynie 70–80 proc., co znacznie odbiega od progu 95 proc. wymaganego do uzyskania odporności populacyjnej. To otwiera drogę do potencjalnej epidemii odry.

W 2024 r. odnotowano bezprecedensowy wzrost zachorowań na krztusiec – do połowy sierpnia zgłoszono w Polsce ponad 10 tys. przypadków, co stanowi dwudziestokrotny wzrost w porównaniu z analogicznym okresem w 2023 r. Te niepokojące tendencje podkreślają konsekwencje spadającej odporności

populacyjnej, wahań wobec szczepień oraz luk w wykonawstwie dawek przypominających szczepień.

Przypadek z marca 2025 r., kiedy to u niezaszczepionego dziecka, które niedawno wróciło z zagranicy, zdiagnozowano rzadki przypadek błonicy, uwypukla, jak kluczowe znaczenie ma utrzymanie wysokich wskaźników szczepień oraz sprawnego systemu nadzoru epidemiologicznego, by zapobiec nawrotowi chorób, które uważano za wyeliminowane.

W obliczu nawrotu chorób, którym można zapobiegać dzięki szczepieniom, oraz narastającego problemu nieufności wobec szczepień w Polsce rozwijanie umiejętności komunikacyjnych wśród pracowników ochrony zdrowia jest dziś ważniejsze niż kiedykolwiek wcześniej. Zidentyfikowano pilną potrzebę praktycznych, opartych na dowodach narzędzi komunikacyjnych dotyczących bezpieczeństwa szczepień.

Czego lekarze nauczą się podczas warsztatów?

NB: Szkolenie oferowane przez Biuro WHO w Polsce wyposaży lekarzy w umiejętności pozwalające na prowadzenie rozmów o szczepieniach w sposób pewny siebie, a jednocześnie budujący zaufanie pacjenta. Koncentruje się na jak najlepszym wykorzystaniu ograniczonego czasu lekarza, tak aby rozmowy o szczepieniach były zarówno skuteczne, jak i efektywne.

EA: Warsztaty mają charakter wysoce praktyczny i opierają się na technikach popartych dowodami naukowymi oraz zakorzenionych w rzeczywistych doświadczeniach klinicznych. Skupiamy się na umiejętnościach, które pracownicy ochrony zdrowia mogą zastosować od razu – nawet w sytuacjach, gdy czas na konsultację jest ograniczony.

W przypadku oznak wątpliwości dotyczących szczepień potrzebne są bardziej złożone umiejętności komunikacyjne. Szkolenie uczy, jak na podstawie reakcji pacjenta „zdiagnozować” poziom oporu i dobrać odpowiednie kolejne kroki w rozmowie. Warsztat pokaże również, jak przekazywać informacje na temat szczepionek i szczepień w sposób dostosowany do indywidualnego poziomu wiedzy oraz przekonań. ●

Wybór prezydenta wyjdzie nam na zdrowie?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Polacy 1 czerwca zdecydowali: do Pałacu Prezydenckiego w sierpniu wprowadzi się Karol Nawrocki. Co werdykt wyborców oznacza dla ochrony zdrowia?

Minimalna różnica głosów i sygnalizowane w wielu miejscach kraju nieprawidłowości w protokołach wyborczych stawiają znak zapytania przy werdykcie Sądu Najwyższego, w którym już rejestrowane są pierwsze protesty wyborcze, ale prawdopodobieństwo, że po raz pierwszy w historii wynik wyborów zostanie podważony, jest więcej niż znikome.

Dla rządu Donalda Tuska zmiana Andrzeja Dudy na Karola Nawrockiego to, oczywiście, hiobowe wieści. Wszechobecna w ostatnim roku strategia odkładania ustaw na „po wyborach prezydenckich”, oparta na pewności, że wygra je Rafał Trzaskowski, runęła. Premier Donald Tusk w telewizyjnym przemówieniu zapewnił co prawda, że istnieje „plan B” i jego rząd będzie wprowadzać zapowiadane zmiany, ale siłą rzeczy szczegółów nie ujawnił. A w komentarzach pojawiło się zasadnicze pytanie: jeśli teraz jest możliwość wprowadzania przepisów bez zwracania uwagi na weto prezydenta, dlaczego nie zaczę-

to jej wykorzystywać zaraz po objęciu władzy, gdy Andrzej Duda zaczął, trzeba przyznać, wybiórczo, ale dotkliwie, blokować rządowe decyzje? No i drugie: czy ów „plan B” nie jest tylko atrapą?

Jednym z obszarów, w których odkładano zmiany na bardziej sprzyjający politycznie czas, jest ochrona zdrowia. Reforma szpitali, ustawa o wynagrodzeniu minimalnym, oczywiście przepisy antyaborcyjne, ale też choćby powrót do nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne, umożliwiające realizację obietnicy dostępu do antykoncepcji awaryjnej bez recepty – to wszystko miało zostać odblokowane, podobnie jak (na przykład) domknięcie sprawy obniżenia składki zdrowotnej dla przedsiębiorców. Miało, ale przynajmniej na drodze ustawowej się nie wydarzy.

Premier, deklarując wolę współpracy z przyszłym prezydentem, nie miał złudzeń – zdradzała go mowa ciała, mimika i spojrzenie – że współpracy nie będzie. Karol Nawrocki jest, i to trzeba powiedzieć jasno, taranem dla kolej-

nej koalicji PiS–Konfederacja i będzie robić wszystko, by po pierwsze, kolejne wybory ta koalicja wyraźnie wygrała, po drugie, by ta wygrana nastąpiła szybciej niż za dwa lata. Choć tu akurat mogą pojawić się wątpliwości, czy nie lepiej poczekać, by obecny rząd do końca „się wykrwawił”.

Karol Nawrocki, który na początku kampanii w sprawach związanych ze zdrowiem wypowiadał się raczej oszczędnie, w miarę upływu czasu tematowi zaczął poświęcać więcej uwagi, choć trudno przesądzić, co było uwarunkowane po prostu strategią wyborczą, a co – ugruntowanym poglądem kandydata.

Najmniej wątpliwości budzi blok światopoglądowy. Nawrocki od początku deklarował się jako przeciwnik liberalizacji aborcji, opowiadał się wielokrotnie „za życiem” i choć w przeciwieństwie do kandydatów Konfederacji wykluczył usunięcie przesłanki do legalnego przerwania ciąży będącej wynikiem przestępstwa, jest raczej pewne, że nie podpisze nawet powrotu do tzw. kompromisu aborcyjnego (czyli legalizacji przesłanki związanej z ciężkim uszkodzeniem płodu). Wyraźny sygnał Nawrocki dał również w sprawie in vitro podczas ostatniej debaty z Rafałem Trzaskowskim, w trakcie której zapowiedział, że jego światopogląd nie pozwala mu na popieranie tego rozwiązania.

W obszarze zdrowia publicznego również nie ma wątpliwości. Z jednej strony Karol Nawrocki promował się jako zwolennik ciężkiej fizycznej, miłośnik różnego rodzaju sportów (podobnie jak Andrzej Duda, który jednak kojarzy się wyłącznie z elegancką dyscypliną, czyli narciarstwem zjazdowym), z drugiej – trudno nie dostrzec negatywów. Nawrocki zadeklarował się jako przeciwnik obowiązkowych szczepień ochronnych, przy okazji obnażając swój całkowity brak wiedzy. – *Jestem przeciwny przymusowym szczepieniom, szczególnie ludzi dorosłych. Ale także jestem przeciwny przymusowym szczepieniom dzieci, z wyłączeniem tych chorób, które są zagrożeniem generalnym dla populacji, jak polio czy choroba Heinego-Medina* – mówił pod koniec lutego na jednym ze spotkań (media wytykały Nawrockiemu błędy, ale nie-

przesadnie energicznie, nic nie wskazywało wówczas, by mógł realnie zagrozić kandydatowi Koalicji Obywatelskiej). Nawrocki wyraźnie jednak zabiegał o wyborców nastawionych „wakcynosceptycznie”. – *Ci, którzy byli zmuszani do tego, żeby się zaszczepić, powinni zostać przeproszeni i mogą liczyć na moje wsparcie* – mówił.

Prezydent elekt dał się też poznać – już na początku kampanii – jako zdecydowany przeciwnik edukacji zdrowotnej, przynajmniej w kształcie proponowanym przez MEN. Wziął udział w demonstracji przeciwników nowego przedmiotu, której głównym hasłem było „Nie dla deprawacji!”. Choć edukacja zdrowotna jest wprowadzana do szkół nie na podstawie ustawy, ale rozporządzenia, można się zastanawiać, w jaki sposób prezydentura Karola Nawrockiego wpłynie na deklarowane przez obecne ministerstwo plany, by po roku (czyli od września 2026 r.) był to jednak przedmiot obowiązkowy, czego zresztą jednoznacznie domagają się eksperci, w tym przede wszystkim autorytety medyczne.

Jeśli chodzi o sprawy związane z organizacją i funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia, sytuacja jest bardziej złożona. W trakcie kampanii przez długi czas przebiegał się jeden postulat Nawrockiego – pierwszeństwo w dostępie do świadczeń medycznych dla obywateli polskich (domyślnie – przed uchodźcami z Ukrainy). Wpisuje się ono w dużo mniej przyjazne Ukrainie nastawienie prezydenta elekta choćby w porównaniu z Andrzejem Dudą. Jako remedium na kolejki czy sposób

na skrócenie czasu oczekiwania – kompletny „kapiszon”, bo obywatele Ukrainy, zwłaszcza ci, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych na podstawie specjalnych przepisów (czyli nie płacą składek zdrowotnych), stanowią niewielki odsetek pacjentów. Tu zresztą eksperci nie mają wątpliwości: o kolejności udzielania świadczeń decydować może, w systemie publicznym, jedynie stan zdrowia pacjenta, zaś na pewno nie jego narodowość.

Pod koniec kampanii Karol Nawrocki o sytuacji w systemie ochrony zdrowia mówił już znacznie więcej i śmieiej. Przestrzegał pracowników medycznych przed prezydenturą Rafała Trzaskowskiego, który miał, w razie wyboru, podpisać zmianę ustawy o wynagrodzeniach minimalnych i zabrać medikom podwyżki. Można się spodziewać, że Nawrocki takiej ustawy nie podpisze, chyba że... podpiszą się pod nią związki zawodowe, wtedy głowa państwa znalazłaby się w trudnej sytuacji.

Karol Nawrocki opowiedział się też jako przeciwnik obniżania składki zdrowotnej dla przedsiębiorców, a jednocześnie obiecał, że nie podpisze żadnej ustawy zwiększającej obciążenia podatkowe (czyli również – składkowe). A jeśli chodzi o wiedzę prezydenta elekta o finansach ochrony zdrowia, podczas ostatniej „debaty” w Końskich (przed drugą turą, gdzie nie było Rafała Trzaskowskiego) obiecał przywrócenie Funduszu Medycznego. Odpowiadając na pytanie dotyczące możliwości finansowania terapii genowej DMD (najdroższego w tej chwili leku na świecie) ze środków publicznych, Nawrocki uznał,

że konieczność organizowania zbiórek na ten cel jest wyrazem dysfunkcyjności państwa polskiego, bo pieniądze powinny się znaleźć w funduszach służby zdrowia. – *Pewnym rozwiązaniem tego miał być Fundusz Medyczny, który funkcjonował za sprawą prezydenta Andrzeja Dudy i Ministerstwa Zdrowia za czasów Zjednoczonej Prawicy. To dawało prezydentowi realną szansę na reagowanie właśnie w tego typu sytuacjach. Ze względów politycznych fundusz ten został zlikwidowany. Ja doprowadzę do przywrócenia Funduszu Medycznego* – stwierdził. Problem w tym, że w tej krótkiej wypowiedzi są aż dwie nieprawdziwe informacje.

Po pierwsze, i najważniejsze, Fundusz Medyczny nie został zlikwidowany (nawet jeśli obecna koalicja miała na to ochotę, co więcej, miała być może takie plany „po wyborach”).

Po drugie, Fundusz Medyczny nie dawał prezydentowi żadnych realnych szans na reagowanie w takich sytuacjach, bo nie prezydent nim zawiaduje i nie on podejmuje decyzje dotyczące sposobu wydatkowania środków. Fundusz Medyczny nie jest skarbonką, do której głowa państwa może w sposób uznaniowy sięgać, by regulować rachunki za drogie terapie, choć niektóre z nich – w sposób systemowy – są rzeczywiście finansowane z FM.

Po trzecie, prezydent musi, a w każdym razie powinien, wiedzieć, że żadnego państwa na świecie nie stać na finansowanie „wszystkim wszystkim”. Polski, z jej poziomem wydatków na zdrowie, tym bardziej. Choć... cóż szkodzi obiecać?

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



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.

Roboty medyczne. Zoperują, dotrzymają towarzystwa, poprawią nastrój



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Roboty w ochronie zdrowia to nie tylko chirurgiczny da Vinci, ale także robotyczne pielęgniarki, roboty dla pacjentów z demencją albo roboty masażysty. Czy są odpowiedzią na kryzys kadrowy w ochronie zdrowia i zaopiekują się starzejącym się społeczeństwem?

Przypominający sympatyczną pandę Robear to pierwszy robot, który miał wyręczyć pielęgniarki w obciążających fizycznie czynnościach, takich jak przenoszenie pacjenta z łóżka na wózek albo podczas zmiany pościeli.

POWSZECHNE JAK PRALKI

W opublikowanym przez jego twórców nagraniu widzimy, jak robot delikatnie, powoli i bez trudu dźwiga pacjenta za pomocą dwóch ramion. Nie przypadkiem Robear powstał w Japonii, gdzie szybko starzejące się społeczeństwo jest tykającą bombą demograficzną. Według prognoz do 2040 r. do opieki nad osobami starszymi zabraknie tam 570 000 pracowników ochrony

zdrowia. Tę lukę mają wypełnić roboty. Ale nie Robear – opracowany w 2015 r. prototyp robota nigdy nie doczekał się masowej produkcji, bo był zbyt powolny i mocno ograniczony w swoich ruchach. Dlatego bardziej przeszkadzał, niż pomagał.

Od tego czasu minęło 10 lat i dużo zmieniło się w robotyce. Postęp rozwoju sztucznej inteligencji spowodował, że roboty już pracują w magazynach, a pierwsze firmy zapowiadają wielofunkcyjne roboty do domowego użytku – takie jak Rosie z popularnej kreskówki „Jetsonowie”. W wyścigu o ten rynek biorą udział najwięksi potentaci technologiczni na świecie – Tesla albo Nvidia. Elon Musk zapowiada, że choć

od robotów takich jak Rosie dzieli nas jeszcze dekada albo dwie, to do 2030 r. powstanie milion rozwijanych przez Teslę Optimusów. Już dziś filmy z Optimusem, który tańczy jak człowiek, albo Digitem, który przenosi paczki w magazynie, zachwycają.

W ochronie zdrowia roboty to na razie domena małych firm, bo do pokonania jest wiele barier regulacyjnych, a wymogi bezpieczeństwa są ogromne. Można jednak znaleźć kilka obiecujących prototypów, a także zaawansowane technologie.

ROBOTY CHIRURGICZNE

Roboty medyczne najczęściej kojarzone są z robotami chirurgicznymi, bo te wprowadzono na rynek prawie 25 lat temu. Najbardziej znaną marką jest da Vinci Surgical System firmy Intuitive, który asystuje chirurgom podczas operacji urologicznych, ginekologicznych, onkologicznych i zabiegów chirurgii ogólnej.

W Polsce robota wykorzystują już 43 ośrodki, a od kilku lat NFZ refunduje trzy zabiegi ze wsparciem da Vinci.

fot. licencja OIL w Warszawie



fot. Lotte Ostermann



Jak podaje producent, na całym świecie pracuje ich 9000 i łącznie wykonały już ponad 15 mln operacji. Na jubileusz 25-lecia firma wypuściła na rynek najnowszą wersję robota o nazwie da Vinci 5 z udoskonalonymi narzędziami, obrazowaniem 3D i systemem AI, który symuluje opór tkanki, aby chirurg czuł miejsce operowane jak podczas używania skalpela. Da Vinci 5 ma jeszcze jedną nową funkcję, która zwiastuje, co czeka nas w robotyce chirurgicznej. Chodzi o opcję rejestrowania danych na temat przebiegu operacji, aby doskonalić umiejętności robota, a w przyszłości – rozwijać kolejne autonomiczne ruchy wspierane przez AI.

ROBOTY WSPIERAJĄCE PERSONEL MEDYCZNY

Sympatyczny robot Moxi potrafi przynieść z magazynu materiały opatrunkowe i leki oraz zawieźć do laboratorium próbki do badania krwi. Jest dostępny 24 godziny na dobę, wyręczając pielęgniarki w rutynowych czynnościach. Dotychczas w amerykańskich szpitalach funkcjonuje 100 takich ma-

szyn, które do lutego 2025 r. zrealizowały ponad milion dostaw materiałów, pokonując 1,5 mld kroków. To 1,5 mld kroków, których nie musiały wykonywać pielęgniarki.

Na podobnej zasadzie działa Hospi – robot dostawczy firmy Panasonic do autonomicznego transportu leków i próbek laboratoryjnych w szpitalach. Robotów pomagających personelowi medycznemu jest jednak nadal niewiele.

Pierwszym robotem, który znalazł pracę w szpitalu, był Pepper. Witając pacjentów w recepcji, podawał podstawowe informa-

cje o tym, jak znaleźć wybrany oddział. Programowalny do wielu zadań znalazł pracę w domach opieki czy hotelach w recepcjach firm. Niestety, jego producent SoftBank zawiesił produkcję w 2021 r. ze względu na niskie zainteresowanie. Ale firm, które pracują nad nowymi pomocnikami w szpitalach, nie brakuje. Mirokai, który porusza się, balansując na piłce, jakby jeździł na Segwayu, ma pomagać w roznoszeniu posiłków i zabawianiu pacjentów. Ale nie trzeba od razu robotów, aby znacznie pomóc personelowi medycznemu, dla którego praca z pacjentem to nie tylko wysiłek psychiczny, lecz także fizyczny. Tak więc przykładowo nowy, lekki egzoskielet dla pielęgniarki Apogee Ultra ma aktywne wspomaganie podnoszenia o sile 36 kg, co znacznie ułatwia np. zmianę pozycji pacjentów.

Jednak roboty mają swoje ograniczenia, a niektóre proste czynności okazują się dla najbardziej zaawansowanych maszyn niewykonalne. Przykładem jest założenie pacjentowi fartucha szpitalnego. Eksperyment przeprowadzony w Imperial College London potwier-

dził, że ramiona robota nie mają takiej wprawy i wyczucia jak ręce człowieka. Maszyna wykonała wprawdzie zadanie w 90,2 proc. przypadków, ale zajęło jej to znacznie więcej czasu niż człowiekowi. Ciekawostką jest fakt, że naukowcy – ze względów bezpieczeństwa – nie odważyli się przeprowadzić badania na żywym człowieku. Jednak roboty wchodzą też do dziedzin, które były domeną człowieka. Przykładem jest rehabilitacja. Aescape dokładnie skanuje ciało i dopasowuje masaż do indywidualnych preferencji. Można nawet wybrać temperaturę „rąk”.

ROBOTY OPIEKUŃCZE

Robotyczna foka Paro szybko zdobyła popularność w domach opieki nad chorymi z demencją i alzheimerem. Do złudzenia przypomina prawdziwe zwierzę, reagując na dotyk i pomruki-
jąc z zadowolenia. Jej terapeutyczny wpływ potwierdzają badania naukowe:

- Paro poprawia nastrój pacjentów, stymuluje interakcje społeczne, wywołuje uśmiech na twarzy chorych. I nie ma znaczenia, że to tylko robot – liczy się efekt. Także Jenny, pluszowy robotyczny pies, została zaprojektowana z myślą o pacjentach z chorobami degeneratywnymi mózgu. Jenny i Paro zastępują żywe zwierzęta, które ze względów higienicznych nie mogą przebywać w domach opieki.

Starzejące się społeczeństwo, a w konsekwencji rosnąca liczba osób z chorobami neurodegeneracyjnymi, a także epidemia samotności wśród seniorów napędzają popyt na roboty, takie jak Paro i Jenny. Pełnią one rolę niezastąpionych towarzyszy dla osób niepełnosprawnych, które nie mogą – ze względu na ograniczenia ruchowe albo kognitywne – wziąć na siebie odpowiedzialności za opiekę nad żywym zwierzęciem. Dzięki AI to już nie tylko mechaniczne zabawki, ale wielofunkcyjni pomocnicy oferujący interaktywne rozmowy i emocjonalne wsparcie. I choć dla niektórych roboty medyczne to oznaka kryzysu społecznego i etycznego, bo nie ma kto się zająć pacjentami albo samotnymi seniorami, wyznacznikiem powinno być dobro pacjentów. A ci zdają się kochać roboty wnoszące dużo radości do ich życia. ●

Recepta na cukier



PAWEŁ WALEWSKI

autor jest publicystą „Polityki”

Cukier ma świetny PR, bo latte z syropem karmelowym smakuje wybornie. Jeśli lekarz nie powie prawdy – przemówi za niego reklama.

Pacjent wchodzi do gabinetu i z ręką na sercu przysięga, że tylko raz w tygodniu je ciastko, a z torby wystaje baton energetyczny, który w składzie ma więcej cukru niż fabryka czekolady. Brzmi znajomo? Cukier, ten cichy sabotażysta, jest wszędzie – w jogurtach „fit”, w sokach „100-proc. naturalnych”, w chrupkim pieczywie, które miało być zdrowe. Na wakacyjnych szlakach i podczas podróży trudno się będzie bez niego obejść. I choć każdy lekarz wie, że to nie tylko puste kalorie, ale bilet do całej litanii problemów, pacjentów wciąż trzeba prowadzić za rękę, jakby byli dziećmi w cukierkowym sklepie. Problem w tym, że ten sklep to cały współczesny świat.

W książce „Cukier na języku”, wydanej niedawno przez PWN i PZWL, znani warszawscy specjaliści – prof. Artur Mamcarz (kardiolog) i prof. Leszek Czupryniak (diabetolog) – rozkładają na części pierwsze fenomen cukru wspólnie z prof. Jerzym Bralczykiem

(językoznawcą). Od jego wszechobecności w diecie po kulturową gloryfikację. To nie jest sucha akademicka rozprawa, tylko żywa rozmowa, która pokazuje, jak cukier stał się zarówno medycznym wrogiem numer jeden, jak i symbolem współczesnego hedonizmu. Jeśli myślicie, że wystarczy powiedzieć pacjentowi: *Jedz mniej słodczy*, to szykujcie się na kubek zimnej wody. Cukier to nie tylko problem dietetyczny – to epidemia, która zmienia społeczeństwa, napędza kryzysy zdrowotne i, co gorsza, świetnie wszystkim smakuje.

Zacznijmy od podstaw. Sacharoza, glukoza, fruktoza i ich przemysłowi kuzyni (syrop glukozowo-fruktozowy) są nie tylko dodatkami do kawy. W ostatnich latach stały się chemicznym *ninja*, skradającym się w jedzeniu, o którym wasi pacjenci nawet nie pomyślą, że jest słodkie. Ketchup? Cukier. Chleb tostowy? Cukier. Zdrowa granola i płatki śniadaniowe dla dzieci? Cukier na sterydach. Najnowsze dostępne dane

wskazują, że statystyczny Polak spożywa ok. 43 kg cukru rocznie. I nikt go nie je łyżeczkami prosto z cukiernicy! Jak trafnie zauważają autorzy, w ostatnich latach obserwuje się spadek konsumpcji cukru w czystej postaci – za to coraz więcej jest go na stołach przetworzonego, obecnego w napojach, przekąskach, sosach i gotowych daniach, które reklamy sprzedają jako „szybkie i zdrowe”.

Medycznie rzecz ujmując, ten nadmiar to prosta droga do katastrofy. Cukrzyca typu 2, której epidemia rozlewa się po świecie, to dopiero wierzchołek góry lodowej (i jak trafnie przypomina prof. Czupryniak, wbrew nazwie nie bierze się wcale z jedzenia cukru!). To raczej paliwo dla otyłości i chorób sercowo-naczyniowych: podnosi trójglicerydy, zwiększa ryzyko miażdżycy, a do tego sieje spustoszenie w układzie hormonalnym. Fruktoza, ta niewinna cząsteczka z owoców, w dużych ilościach (czytaj: z napojów gazowanych) odkłada się w wątrobie jak niechciany gość, prowadząc do stłuszczenia i insulinooporności. A ta ostatnia to nie tylko wstęp do cukrzycy, ale i nadciśnienia, otyłości i, jakżeby inaczej, większego apetytu na... więcej cukru. Błędne koło? Raczej błędny rollercoaster, z którego nikt nie chce wysiąść.

Cukrzyca typu 2 nie jest już tylko chorobą, lecz globalnym fenomenem jaskrawo symbolizującym styl życia. Według danych WHO w 2022 r. na świecie żyło z nią ponad 530 mln ludzi, a liczba ta ma wzrosnąć do 643 mln w 2030 r. W Polsce, jak szacuje prof. Czupryniak, z cukrzycą zmagają się ok. 3 mln osób, a kolejne miliony są na najlepszej drodze, by dołączyć do tego klubu. I to nie jest problem tylko starszych pań z nadwagą. Co-



raz młodszy ludzie, w tym nastolatki, do-
stają taką diagnozę, bo ich dieta to fe-
stiwali cukru i przetworzonej żywności.

Dlaczego to takie groźne? Bo cukrzy-
ca to nie tylko „trochę za wysoki cukier
we krwi”. To przewlekłe uszkodzenie
naczyn krwionośnych, które prowadzi
do zawałów, udarów, niewydolności ne-
rek, amputacji kończyn i utraty wzroku.
Prof. Mamcarz podkreśla, że serce cu-
kryzaka to tykająca bomba – każdy do-
datkowy łyk coli czy pączek jest kolej-
nym krokiem w stronę zawału.

Ale spójrzmy na to z szerszej perspek-
tywy. Epidemia cukrzycy nie jest tylko
problemem medycznym, to społeczna
porażka. Żyjemy w świecie, gdzie fast
food stał się tańszy niż warzywa, a re-
klamy napojów gazowanych są bardziej
kolorowe niż kampanie prozdrowotne.
Prof. Bralczyk w „Cukrze na języku” za-
uważa, że cukier ma świetny PR. Sło-
wa takie jak „słodki”, „cukierkowy” czy
„miodowy” kojarzą się z przyjemnością,
nagrodą, nawet miłością. Kto nie sły-
szał o *dolce vita*? Tymczasem słodkie
życie to często skrócona droga do dializ.

Ale ilu z pacjentów słucha, gdy lekarz
mówi: *Proszę ograniczyć cukier*? Pew-
nie tyłu, ilu czyta ulotki leków do końca.
Problem w tym, że samo mówienie nie
wystarczy. Jak radzi prof. Czupryniak,

trzeba podejść do pacjenta jak do czło-
wieka, który może mieć nie tylko różny
zasób wiedzy, ale też swoje emocje – na
pewno nie jak do chodzącego wyniku
glikemii. Ludzie nie jedzą cukru, bo są
głupi – jedzą go, bo jest tani, dostępny
i uzależniający. Aktywuje w mózgu te
same szlaki nagrody co nikotyna i al-
kohol. Więc kiedy wasz pacjent mówi,
że nie może żyć bez coli, to nie jest tyl-
ko metafora.

Jak zatem rozmawiać z takimi pacjen-
tami? Przede wszystkim nie chodzi o to,
by brzmieć jak podręcznik do biologii.
Zamiast straszyć hiperglikemią lub reti-
nopatią, trzeba uczyć, ale z głową. Prof.
Mamcarz sugeruje, by pokazywać pa-
cjentom alternatywy – zamiast nektaru
jabłkowego, który ma tyle cukru co na-
pój gazowany, lepiej zjeść jabłko. Zdro-
we jedzenie nie musi być nudne. Nie-
raz trzeba być jak megafon w świecie,
który zagłusza zdrowy rozsądek rekla-
mami pączków. Na marginesie przypo-
mnę, że niedoścignionym wzorem uda-
nej kampanii związanej ze zmianą die-
ty była – cóż za paradoks! – narodowa
kampania propagandy konsumpcji cu-
kru sprzed 100 lat, z wymyślonym przez
Melchiora Wańkowicza hasłem „Cukier
krzepi”. Miała bezprecedensowy zasięg,
którego mogą do dzisiaj pozazdrościć

firmy reklamowe: ponad milion plaka-
tów, 4 tys. artykułów i reklam w prasie,
1400 prelekcji o tym, że warto jeść... cu-
kier. Przed wojną udało się skutecznie
namówić Polaków do słodczy – teraz
nikt nie potrafi ich tego oduczyć.

Bądźmy realistami. Nie da się odsta-
wić słodczy z dnia na dzień, ale można
zamienić mleczną czekoladę na gorzką
albo colę na wodę z cytryną. Małe kroki,
wielkie efekty. I jeszcze jedno: spójrz-
my w lustro. Lekarze też są ludźmi,
a kawa z syropem waniliowym w dy-
żurce nie jest niewinną przyjemnością.
Jeśli pacjent nie dostanie dobrego przy-
kładu od swojego przewodnika po me-
andrach zdrowia, to dlaczego miałby
się słuchać?

W pewnym sensie cukier to również
fenomen kulturowy. Jak zauważa prof.
Jerzy Bralczyk, język zdradza, jak bar-
dzo go kochamy: „cukierekczek”, „sło-
dziak”, „miodzio” – to nie są określenia
na coś złego. Cukier to nagroda, pocie-
szenie, symbol celebracji. Tort na uro-
dziny, lody na randce, czekoladki na wa-
lentynki. Spróbujcie powiedzieć komuś,
że cukier to trucizna, a usłyszycie: *To co,
mam żyć bez przyjemności*? A przemysł
spożywczy robi wszystko, byśmy myśle-
li, że cukier to niewinna przyjemność.
Reklamy jogurtów „dla zdrowia” lub ba-
tonów dodających energii można uznać
za majstersztyk manipulacji. Prof. Le-
szek Czupryniak zauważa, że cukier
jest tani w produkcji, więc producenci
pakują go wszędzie, gdzie się da. A my,
konsumenci, jesteśmy jak muchy w sło-
iku miodu – im więcej jemy, tym bar-
dziej chcemy. Służba zdrowia ugina się
pod ciężarem leczenia chorób, którym
można by zapobiec, gdyby tylko eduka-
cja i polityka żywnościowa działały sku-
teczniej. Ale kto zabroni sprzedaży na-
pojów gazowanych w szkołach, skoro to
przynosi zyski?

Dlatego cukier to nie tylko problem
pacjentów z cukrzycą. Oni sami cukrzy-
kami nazywać się nie chcą, ale do słody-
czy ciągnie ich jak wszystkich. Nastę-
pnym razem, gdy ktoś będzie tłumaczył,
że jeden cukierek nie zaszkodzi, ode-
ślijcie go do książki „Cukier na języku”
i przypomnijcie, że ten jeden cukierek
to kropla w morzu cukru, w którym
wszyscy pływamy. Może w ten sposób
uda się wydobyć go na brzeg? ●



Chcemy poznać prawdę o mobbingu wśród lekarzy – rusza ankieta OZZL



foto: Anna Rek

W regionie mazowieckim ruszyła ankieta, która zbada skalę i charakter mobbingu w środowisku lekarskim. To pierwsze tak szeroko zakrojone badanie, przygotowane wspólnie przez mazowiecki OZZL oraz Okręgowe Izby Lekarskie w Warszawie i Płocku. O celach ankiety i planowanych działaniach rozmawiamy z **lek. Joachimem Budnym**, przewodniczącym mazowieckiego oddziału OZZL.

rozmawiała
AGATA LUDWIKOWSKA

Dlaczego OZZL zdecydował się podjąć temat mobbingu w środowisku lekarskim?

Mobbing, nierówne traktowanie i inne nieprawidłowości w relacjach zawodowych to kwestie, które zawsze były dla OZZL kluczowe. Obserwujemy jednak, że w ostatnich latach problem mobbingu zaczął narastać. W 2022 r. podjęliśmy decyzję o stworzeniu specjalnych komórek zajmujących się wyłącznie tematyką mobbingu. To była nasza odpowiedź na coraz liczniejsze sygnały od lekarzy o trudnych sytuacjach w miejscu pracy. Wtedy zauważyliśmy też, że zgłoszenia te dotyczą w mniejszym niż kiedyś stopniu kwestii finansowych, a w większym – jakości relacji w pracy i poczucia bezpieczeństwa. To pokazuje także pokoleniową zmianę spojrzenia.

Jaką specyfikę w pana ocenie ma mobbing w środowisku lekarskim?

Lekarze pracują w silnie zhierarchizowanym środowisku. Hierarchizacja ta czasami ulega wypaczeniu, paramilitaryzacji – młodzi lekarze bywają trakto-

wani bardziej jak rekruci przygotowywani do walki niż koledzy, którzy powinni poszerzać swoją wiedzę i zdobywać doświadczenie. Są mocno uzależnieni od przełożonych, od których zależy dostęp do sal operacyjnych, możliwość zdobycia specjalizacji czy rozwoju kariery. To stwarza grunt do wypaczeń. W innych branżach zależności są często mniej formalne i nie mają tak dużego wpływu na ścieżkę kariery. W środowisku lekarskim osoby doświadczające mobbingu – od przełożonych czy kolegów – obawiają się daleko idących konsekwencji zawodowych. Spotykamy się z przypadkami, w których lekarze godzą się na trudne warunki, licząc, że przetrwają i mimo dużego obciążenia zdobędą potrzebne kwalifikacje. Świadomość problemu rośnie, ale nadal wiele osób obawia się mówić o swoich doświadczeniach.

Kiedy w OZZL pojawiła się inicjatywa stworzenia i przeprowadzenia ankiety na temat mobbingu wśród lekarzy?

Pomysł pojawił się już w 2022 r. – brakowało nam rzetelnych danych o skali i specyfice mobbingu wśród lekarzy w Polsce. Opracowań i relacji nadal jest niewiele. Dotąd opieraliśmy się na danych zagranicznych, które nie oddają naszych realiów. Dlatego postanowiliśmy przygotować własne badanie, by lepiej poznać i zrozumieć sytuację u nas, w województwie mazowieckim, bo zdajemy sobie sprawę z tego, że skala zjawiska jest niedoszacowana. Ankieta była przygotowywana od zeszłego roku w odpowiedzi na nasze wewnętrzne potrzeby, ale przede wszystkim dlatego, że chcemy na podstawie danych mierzyć siły na zamiary i przygotować zasoby, które pozwolą nam skuteczniej przeciwdziałać zjawisku mobbingu. Już

w tej chwili nasze komórki antymobbingowe oraz rzecznika praw lekarza zalewa mnóstwo zgłoszeń.

Kto wzięł udział w opracowaniu ankiety?

Za przygotowanie ankiety odpowiadał zespół trójstronny z mazowieckiego OZZL, Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Nad merytoryką czuwali dr Marcin Piotrowski i Karolina Pietrzykowska, a za kwestie statystyczne odpowiadał zespół pod kierownictwem Artura Białoszewskiego. W prace aktywnie zaangażowali się również Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie, oraz prezes ORL w Płocku Ryszard Mońdział. To ważne, bo warunki pracy lekarzy w Warszawie, Płocku czy mniejszych ośrodkach różnią się i chcieliśmy to uwzględnić. Dzięki takiej współpracy ankieta może być rzeczywiście reprezentatywna i przydatna.

Jakie cele przyświecały państwu przy tworzeniu ankiety?

Naszym głównym celem było przede wszystkim zdobycie wiarygodnych danych i wyciągnięcie wniosków. Chcieliśmy się dowiedzieć, jak często lekarze doświadczają mobbingu, jakie są jego przyczyny, jakie sytuacje mu sprzyjają. Zamierzaliśmy też sprawdzić, czy rośnie świadomość, czym tak naprawdę jest mobbing, i czy lekarze są gotowi o nim mówić, czy wygrywają obawy przed konsekwencjami. Wyniki ankiety będą punktem wyjścia do przygotowania konkretnych działań, rekomendacji i inicjatyw, które pozwolą skutecznie przeciwdziałać mobbingowi z wykorzystaniem naszych struktur. Chcemy, między innymi, żeby wspólnie wypracowane przez izby i OZZL rekomendacje oraz dobre praktyki dotyczące postępowania w przypadku mobbingu stały się podstawą do stworzenia oficjalnych wytycznych dla instruktorów Państwowej Inspekcji Pracy. W rezultacie planujemy doprowadzić do standaryzacji postępowania antymobbingowego, tak żeby zachowywał on zawsze określony poziom sprawiedliwości i skuteczności.

Czy badanie już się rozpoczęło? Jak można wziąć w nim udział?

Ankieta ruszyła w czerwcu i będzie otwarta do końca sierpnia. Do jej promocji wykorzystujemy media społecznościowe, listy mailingowe oraz prasę. Dane zbieramy głównie online, ale przewidzieliśmy też dotarcie do osób wykluczonych cyfrowo za pomocą prasy tradycyjnej branżowej. Chcemy, żeby każdy lekarz miał możliwość wzięcia udziału i podzielenia się swoim doświadczeniem – niezależnie od miejsca pracy i dostępu do technologii.

Ile osób, według pana przewidywań, weźmie udział w ankiecie?

Liczymy na kilka tysięcy odpowiedzi. Ale oczywiście im więcej lekarzy wypełni ankietę, tym lepiej poznamy rzeczywistą skalę problemu. Szczególnie liczymy na głosy lekarzy z mniejszych miejscowości, których doświadczenia często są pomijane w ogólnych statystykach. Każda opinia jest ważna, bo pozwala nam zbudować pełny obraz sytuacji.

Kiedy poznamy wyniki ankiety?

Planujemy, że ankieta będzie otwarta do końca sierpnia. We wrześniu zorganizujemy konferencję prasową, na której przedstawimy dane liczbowe, wnioski i rekomendacje. Nie chcemy po przestać na statystykach – zamierzamy wskazać konkretne działania, które należy podjąć, by skutecznie przeciwdziałać mobbingowi.

Jakiego rodzaju będą to działania?

Chcemy działać kompleksowo – od wsparcia indywidualnego po zmiany

systemowe. Dlatego planujemy wprowadzenie w szpitalach jednolitych procedur antymobbingowych, które będą wymagane przy certyfikacji jakości, współpracujemy z Państwową Inspekcją Pracy, by przygotować oficjalne instrukcje postępowania w takich przypadkach. Oczywiście ważnym elementem ochrony przed mobbingiem są też działania Biura Rzecznika Praw Lekarza i Komisji Etyki Zawodowej w izbach lekarskich.

Oprócz tego OZZL wzmacnia struktury związkowe, które mogą skutecznie reprezentować interesy lekarzy w konfliktach z pracodawcami. Dlatego zachęcam wszystkich lekarzy do zapisywania się do związku, zwłaszcza tych, którzy już zmagają się z problemami w miejscu pracy.

A jakie inne działania prowadzi mazowiecki OZZL?

Aktywnie uczestniczymy w kształtowaniu polityki zdrowotnej, wspieramy prawa lekarzy, współpracujemy z izbami lekarskimi przy projektach podnoszących standardy pracy. Prowadzimy działania edukacyjne, informujemy lekarzy o ich prawach i możliwościach obrony przed nieprawidłowościami w pracy. Naszą misją jest nie tylko reagowanie na problemy, ale też zapobieganie im w przyszłości. Chcemy, żeby każdy lekarz czuł, że nie jest sam w trudnych sytuacjach i że może liczyć na wsparcie. ●



Weź udział w ankiecie:



fot. licencja OIL w Warszawie

Medycy nie

Fałszywy mit medyka o nadludzkich atrybutach, odpornego na choroby i deprawację wciąż jest zdomowiony w społecznej świadomości.

Od lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego oczekuje się, że zawsze będzie dostępny, nie będzie chorować, urlopy ma mieć krótkie, a świeżość i energia mają go nigdy nie opuszczać.



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Taka wizja specjalisty daje pacjentom poczucie bezpieczeństwa, ale jest ono złudne, bo w prawdziwym życiu medyk jest człowiekiem, odczuwa głód i zmęczenie, choruje, potrzebuje snu. Mit niezniszczalnego supermedyka jest jednak na tyle silny, że samo środowisko dokarmia go własnym lękiem o utratę etosu, a może nawet pracy, i wstydem niepozwalającym na przyznanie się do słabości.

Moi rozmówcy, a wśród nich lekarze, ratownicy medyczni i pielęgniarki, prosili, by opisać ich w sposób uniemożliwiający identyfikację, nawet pod wzglę-

dem płci, więc będę ich nazywać osobami A, B, C i D.

HISTORIA OSOBY A

Ponad 20 lat praktyki w zawodzie.

Osoba A leczy się z powodu zaburzeń depresyjnych.

Oczywiście, w pracy nikt nic nie wie, bo to od razu etykiетка, a rozwiązanie umowy stanie się kwestią czasu. Nie może wiedzieć szef, współpracownicy i przede wszystkim pacjenci. Mam za sobą ponad 20 lat nienagannej pracy i dobry kontakt z chorymi. Dokształcam się nieustannie, jestem na bieżąco

z aktualną wiedzą medyczną, wytycznymi i procedurami. Praca zresztą trochę pomaga. Kiedy angażuję się w problemy innych, to nie myślę o swoich. Biorę leki, które nie zaburzają świadomości. Leczenie u psychiatry zaczęło się kilka lat temu, po stracie bardzo bliskiej osoby. Były ciężkie chwile, do dziś miałam momenty zwątpienia w sens życia i myśli rezygnacyjne. Przeciążenie obowiązkami służbowymi i permanentne zmęczenie też nie pomagają. Jestem oddana/oddany pacjentom, ale bycie medykiem nie chroni przed traumą ani przed chorobą. Nie jestem jedyna/jedyny w moim zawodzie, czasem po cichu przyznajemy się z kolegami i koleżankami, kto bierze leki przeciwdepresyjne, jednak zwykle niechętnie i z pewną dozą nieufności. Dzięki lekom możemy żyć i pracować, ale zawsze jest strach przed stereotypem, że medyk leczony z powodu depresji jest gorszy, więc boimy się stygmatyzacji i utraty pracy. Brak pracy to brak środków do życia i pogłębienie depresji. Praca z wrogo nastawionymi przełożonymi i współpracownikami to tortura. Uwierzysz, że w poprzedniej pracy szef, który nie wiadomo skąd dowiedział się o moich problemach, zaczął mnie tak prześladować, że kontrolował nawet moje wyjścia do toalety i przyjmowanie posiłków? A przecież pacjenci byli dobrze leczeni, nie było żadnych skarg ani zdarzeń niepożądanych.

HISTORIA OSOBY B

12 lat praktyki w zawodzie. Osoba ma zespół uzależnienia od alkoholu. Teraz w abstynencji, pod opieką psychiatry, chodzi na terapię, ale długo wysoko funkcjonowała w uzależnieniu.

płaczą

Wiesz, co jest najgorsze? Bardzo długo nie potrafisz przyznać, że masz problem. Wmawiasz sobie, że kontrolujesz picie, a jednocześnie już podświadomie odczuwasz wstyd, gdy ktoś z rodziny widzi, jak codziennie wieczorem robisz sobie drinka albo wypijasz kieliszek wina, „na odstresowanie po pracy”. Wstydzisz się, więc chowasz butelkę nawet do szafki z bielizną i pijesz, kiedy domownicy oglądają film, są w łazience albo już śpią. I wciąż jeszcze wierzysz, że to kontrolujesz. Wściekasz się i obrażasz, kiedy na spotkaniach towarzyskich z innymi medykami ktoś zauważy, że wypijasz za dużo alkoholu. Czujesz wtedy strach, że cię przylapią, osądzą i ukarzą, a najgorsza jest oczywiście wizja utraty pracy.

Ale częściej nikt nic nie mówi, bo w środowisku medycznym problem uzależnienia od alkoholu nie jest rzadki, a społeczeństwo daje nawet na to pewne przyzwolenie. Nie znam medyka, któremu wdzięczny pacjent przynajmniej nie próbowałby wręczyć upominku w postaci alkoholu – to taki beznadziejny, bezrefleksyjny zwyczaj z dawnych czasów. Drugi bezrefleksyjny zwyczaj to nagradzanie się alkoholem po stresach, których na co dzień jest pod dostatkiem w naszej pracy. Niestety, uzależniony od alkoholu medyk może długi czas wysoko funkcjonować, bo pod groźbą utraty pracy jest w stanie długodystansowo przekraczać siebie i dobrze leczyć pacjentów, a bezpiecznego komunikatu: *masz problem alkoholowy* i wsparcia nie dostanie od nikogo. Upadłam/upadłem tak nisko, że moje metody „oszukiwania problemu” po prostu zawiodły. Kiedy z powodu po-

wtwarzającego się nagłego odwoływania dyżurów zajażdżało mi w oczy niebezpieczeństwo utraty pracy, dotarło do mnie, że mam problem i muszę się leczyć. Nie docierałam/nie docierałem do szpitala, bo rano były promile na alkomacie po wieczornych drinkach. Szkoda, że nikt wcześniej nie dał sygnału, że widzi, co się ze mną dzieje.

HISTORIA OSOBY C

Około 10 lat praktyki w zawodzie.

Osoba uzależniona od pornografii.

Nie dziwię się, że moje małżeństwo się rozpadło, przecież większość dni i nocy w miesiącu to były dyżury. Potem nie było łatwo wejść w kolejny związek – praca, praca i jeszcze raz praca, brak czasu na życie prywatne. Pornografia zdawała się rozwiązywać problem, minimalizowała wysiłek z mojej strony i w naiwnej ocenie była bardziej bezpieczną nagrodą za stresy i zmęczenie w pracy niż alkohol.

Wydawało mi się, że nikogo nie krzywdzę. Okazało się, że ta ocena była całkowicie błędna. Jak w każdym uzależnieniu, nieuchronna eskalacja dawek zaczęła mnie paraliżować, zajmować myśli, dezorganizować życie. Stworzenie nowego związku okazało się niewykonalne, bo wygenerowana przez pornografię potrzeba silnych bodźców w realnym życiu była nie do udźwignięcia dla kolejnych potencjalnych partnerów/partnerek.

Przez cały czas dobrze i bezpiecznie dla pacjentów funkcjonowałam/funkcjonowałem w pracy. Kiedy zaczęło się coraz częstsze opuszczanie dyżurów i zagrożenie utratą pracy, dotarła do mnie konieczność terapii.

HISTORIA OSOBY D

Osiem lat praktyki w zawodzie.

Osoba uzależniona od substancji psychoaktywnych: benzodiazepin i fentanylu. Ma do nich dostęp w pracy i możliwość niekontrolowanego korzystania z leków. Po pobycie w ośrodku leczenia uzależnień jest w abstynencji i w trakcie terapii. W pracy zawsze nienaganna, profesjonalna, opiekuńcza i bezpieczna dla pacjentów.

Nawet nie zauważyłem/nie zauważyłam, kiedy w to wpadłem/wpadłam. Były intensywne dyżury, a po nich swoisty *jet lag*, duże problemy ze snem. Potem był wypadek na nartach i bóle kolana, po prostu nie do opisanego. Leki były w zasięgu ręki, dostępne praktycznie bez żadnego wysiłku. Nikt w pracy ani w domu nie zwrócił uwagi na niewyraźną czasami mowę czy nieco niepewny chód. Nie piłem/nie piłam przecież drinka, żeby zasnąć, stosowałem/stosowałam leki. A potem było coraz gorzej, ekstremalny wysiłek, żeby skupić uwagę, czasem urlop na żądanie. Nie było żadnego niepokojącego sygnału czy błędu w pracy, pacjenci byli dobrze i bezpiecznie leczeni. Dopiero kiedy dawki eskalowały ponad maksimum, dotarło do mnie, co się dzieje. Był strach przed utratą pracy, wstyd, poczucie winy, że coś zawałęm/zawałęłam. Początek leczenia był bardzo ciężki, ale teraz jest lepiej. Pozostał strach, czy dam radę i czy się nie wyda, bo to skończyłoby się utratą pracy, może nawet na zawsze. Ta myśl jest dla mnie nie do zniesienia, więc walczę. Mit supermedyka to ostatni bastion stygmatyzacji ludzkich słabości, od których przecież nikt nie jest wolny. Oczekiwać od kogoś doskonałości to ślepa uliczka. Medycy chorują, popadają w uzależnienia, wypalają się, nie radzą sobie ze stresem i presją w wykonywaniu swojego zawodu. Cierpiąc, wciąż zaciskają zęby i ukrywają ból. I chociaż coraz mocniej przebijają się do społecznej świadomości przesłanie, że ważniejsze od problemów, jakie masz w życiu, jest to, co z nimi robisz, kolejne pokolenia medyków wciąż wyrastają w okrucieństwie tresury pod hasłem: *Nie możesz mieć problemów. Nie możesz okazać słabości. Masz wytrzymać, jesteś medykiem. Medycy nie płaczą.* ●



Wystawianie recept online miało być ułatwieniem zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Dziś staje się jednym z najbardziej kontrowersyjnych zjawisk w polskiej ochronie zdrowia. O rosnącej liczbie postępowań dyscyplinarnych, pułapkach „szybkiego zarobku” i cienkiej granicy między telemedycyną a łamaniem prawa – opowiada **lek. Arkadiusz Bogucki**, przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Recepty, które mogą zniszczyć karierę.

Czego nie wiedzą lekarze?

Coraz częściej słyszymy o postępowaniach wobec lekarzy wystawiających recepty online. Co się za tym kryje?

Rzeczywiście, tych spraw jest bardzo dużo. Ministerstwo Zdrowia monitoruje system e-zdrowie, analizując m.in. liczbę wystawianych recept. Jeśli wykryta zostanie nietypowa aktywność – np. lekarz wystawia setki recept w krótkim czasie – kierowane jest automatyczne zawiadomienie do rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Co dzieje się po takim zawiadomieniu?

Rzecznik sprawdza, czy recepty były wystawiane zgodnie z obowiązującymi zasadami. Niestety, w wielu przypad-

kach okazuje się, że doszło do poważnych uchybień. Wszczynane są postępowania wyjaśniające. Często jest ich kilka jednocześnie, bo dane z różnych okresów trafiają do rzecznika w pakietach. Jeśli kilka postępowań dotyczy tej samej osoby, są łączone na etapie sądowym w jedno – zgodnie z zasadą, że mamy do czynienia z jednym czynem rozciągniętym w czasie. To oznacza, że nie nakłada się kilku kar za to samo przewinienie.

Kim są lekarze pracujący w „receptomatach”?

Można wyróżnić dwie grupy lekarzy. Pierwsza to ci, którzy nieświadomie zostali wciągnięci w system. Ktoś im mówi, że tak się pracuje, że to le-

galne. Ale nawet jeśli coś jest uregulowane w przepisach prawa, może być sprzeczne z Kodeksem Etyki Lekarskiej lub przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej. Druga grupa to osoby działające czysto komercyjnie – czasem wręcz w ramach zorganizowanych grup przestępczych, jak tzw. mafia lekowa.

A co z lekarzami z warunkowym PWZ?

To już odrębna kwestia. Warunkowe PWZ jasno określa, gdzie i w jakim zakresie lekarz może wykonywać zawód. Jeśli działa poza tym zakresem, np. zatrudnia się w „receptomacie” bez zgody Ministerstwa Zdrowia, popełnia przewinienie zawodowe. Mamy też do czynienia z sytuacjami, gdzie w systemie

e-zdrowie widać np. 5000 recept wystawionych w jeden dzień. Tego nie mógł zrobić człowiek. Tak działa bot, a PWZ zostało po prostu „wynajęte”.

Czy lekarze mają świadomość, że mogą odpowiadać za coś, co faktycznie zadziało się automatycznie?

Wielu z nich nie zdaje sobie sprawy z konsekwencji. Myślą, że pracują w modelu telemedycznym. Ale jeżeli nie ma kontaktu z pacjentem, nie ma wywiadu, nie ma dokumentacji – to nie jest telemedycyna. To „receptomat”, często zautomatyzowany. A działanie automatu nie zwalnia lekarza z odpowiedzialności – to on udostępnił swój numer PWZ i to on ponosi skutki.

Czyli problemem jest też brak wiedzy?

Zdecydowanie. Dlatego informujemy lekarzy, że recepta nie jest dokumentacją medyczną. Sam skan starej recepty nie wystarcza do potwierdzenia rozpoznania czy dawkowania. A bywa, że recepta z jednego „receptomatu” służy do wystawienia kolejnej w innym. To błędne koło.

Czy działanie „w dobrej wierze” chroni przed odpowiedzialnością?

Nie. Nieznajomość prawa nie chroni przed konsekwencjami. Jeśli lekarz naruszy zasady, może zostać ukarany – od upomnienia po zawieszenie prawa wykonywania zawodu. W szczególnych przypadkach dopuszczalna jest publikacja orzeczenia w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej, do której lekarz należy – jako dodatkowa, obok kary głównej, forma napiętnowania przewinienia.

Jakie przypadki budzą największe wątpliwości sądów lekarskich?

Najwięcej zastrzeżeń budzi wystawianie recept na leki psychotropowe, opioidy czy inne środki uzależniające – bez weryfikacji stanu zdrowia pacjenta, bez dokumentacji, wywiadu czy badania. Tego typu działania są całkowicie sprzeczne ze standardami etycznymi i zawodowymi.

Co z medyczną marihuaną?

To też problem, szczególnie w przypadku młodych pacjentów z historią uza-

leżnień. Rodzice często składają skargi, wskazując, że recepta niweczy lata terapii. To także są przypadki rozpatrywane przez sądy lekarskie.

Pacjenci również bywają ofiarami tego procederu?

Tak, coraz częściej. Zdarza się, że recepty wystawiane są na „słupa” – czyli osobę, która nie miała pojęcia, że została wykorzystana, np. starszego człowieka albo więźnia. Te recepty trafiają potem na czarny rynek lub do osób uzależnionych.

Czy w takim razie rozwój telemedycyny to rewolucja, czy źródło problemów?

Telemedycyna to przyszłość – poprawia dostępność świadczeń. Problemem nie jest technologia, lecz sposób jej wykorzystania. „Receptomaty”, zwłaszcza automatyczne, to zupełnie inna sprawa. Często nie spełniają one wymogów bezpieczeństwa pacjenta.

Jakie zasady powinny obowiązywać lekarzy działających online?

Przede wszystkim odpowiedzialność – lekarz ponosi pełną odpowiedzialność za każdą decyzję. Niezależnie od miejsca pracy – szpitala, gabinetu czy platformy – obowiązują go Kodeks Etyki Lekarskiej, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także obowiązek należytej staranności. Nie ma taryfy ulgowej. To nie jest zwykła usługa rynkowa – to świadczenie medyczne. Oczywiście prawo przewiduje możliwość świadczenia usług zdrowotnych na odległość. Ale kluczowe jest, by lekarz miał możliwość rzetelnej oceny stanu zdrowia pacjenta. Jeśli nie może jej przeprowadzić – np. z powodu braku dokumentacji, objawów wymagających badania, niespójnych informacji – powinien odmówić wystawienia recepty i skierować pacjenta na wizytę stacjonarną. To również obowiązek wynikający z przepisów. Pamiętamy też o zakazie automatyzacji – systemy wystawiające recepty bez udziału lekarza są niezgodne z prawem.

Czy środowisko lekarskie powinno się bardziej samoorganizować, by ograniczać takie zjawiska?

Zdecydowanie tak. Samorząd lekarski ma nie tylko kompetencje, ale i moral-

ny obowiązek reagowania na patologię. Organy odpowiedzialności zawodowej mają instrumenty, ale potrzebujemy też świadomości i odwagi koleżanek i kolegów – by nie odwracać wzroku, gdy ktoś z naszego środowiska deprecjonuje nasz zawód.

I co wtedy? Jak lekarz powinien się zachować, jeśli zostanie postawiony przed sądem?

To zależy od jego postawy i wewnętrzного przekonania. Jeśli lekarz uważa, że działał zgodnie z prawem i etyką, może bronić swojej decyzji, przedstawiając argumenty i dowody. Jeśli jednak po zapoznaniu się z materiałem dowodowym uzna, że popełnił błąd, może dobrowolnie poddać się karze – to forma przyznania się i skruchy.

Czy taka dobrowolna kara jest łagodniejsza?

Tak, jeśli lekarz przyznaje się do winy i propozycja kary zostanie zaakceptowana przez rzecznika oraz nie ma sprzeciwu pokrzywdzonych, sąd może ją zatwierdzić. Jeśli z okoliczności wynika, że szkoda była niewielka i lekarz zrozumiał swój błąd, sąd może nawet odstąpić od wymierzenia kary, ale tylko przy niskiej szkodliwości społecznej czynu.

A co, jeśli lekarz ma inne zdanie niż rzecznik lub sąd?

Wtedy toczy się proces. Lekarz ma prawo do obrony, może korzystać z pomocy prawnika. Ale trzeba też pamiętać, że nie każda interpretacja przepisów przedstawiona przez obronę zostanie przez sąd przyjęta.

Często spotykamy się z błędnym rozumieniem przepisów dotyczących kontynuacji leczenia – jak w art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

I na zakończenie – jakie ma pan przesłanie dla lekarzy?

Przede wszystkim – znać minimum prawne i etyczne. Kodeks Etyki Lekarskiej jasno mówi: lekarz ma działać bezpiecznie dla pacjenta i siebie. To minimum to nie jest ideał – to „trójka” z prawa medycznego. Trzeba je znać. W razie wątpliwości zawsze warto sięgnąć po pomoc – choćby do działu prawnego izby lekarskiej. ●

Odmowa leczenia przez lekarza

– aspekty prawne, etyczne i praktyczne



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

W ramach działania programu pomocy prawnej Lex Doctor coraz częściej zgłaszają się do nas lekarze z pytaniem dotyczącym odmowy lub niepodjęcia leczenia pacjenta.

Odmowa leczenia przez lekarza to jedno z bardziej kontrowersyjnych zagadnień w relacji między lekarzem a pacjentem. Choć obowiązkiem lekarza jest udzielanie pomocy medycznej, istnieją sytuacje, w których może on legalnie i etycznie odmówić świadczenia usług zdrowotnych. Ten artykuł analizuje ramy prawne i etyczne umożliwiające odmowę leczenia, wskazuje na granice autonomii lekarza oraz przedstawia przypadki praktyczne i dylematy, z którymi mogą się oni mierzyć w codziennej pracy.

Odstąpienie od leczenia pacjenta to złożona kwestia, która łączy zagadnienia etyczne, prawne i praktyczne. W polskim systemie prawnym lekarz ma prawo do odmowy leczenia, jednak musi to być uzasadnione poważnymi powodami, zarówno po stronie lekarza, jak i pacjenta.

Zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa lekarz może odmówić leczenia w następujących sytuacjach:

- brak kompetencji lub specjalizacji;
- lekarz nie może podejmować się leczenia, które wykracza poza jego kwalifikacje. Odmowa w takim przypadku

chroni pacjenta przed ryzykiem wynikającym z niekompetentnego postępowania;

- klauzula sumienia – lekarz, zgodnie z art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, z wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia. Lekarz musi jednak poinformować pacjenta o przyczynach odmowy i odnotować to w dokumentacji medycznej, a także wskazać możliwość uzyskania świadczenia u innego lekarza;

- brak zgody pacjenta – jeśli pacjent nie wyraża zgody na leczenie, lekarz nie ma prawa rozpocząć terapii, nawet jeśli jej odmowa grozi pogorszeniem zdrowia;

- zachowanie pacjenta uniemożliwiające leczenie – w wyjątkowych przypadkach agresji, gróźb lub innych zachowań pacjenta lekarz może odmówić leczenia, o ile nie występuje stan zagrożenia życia.

Zgodnie z art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz może odmówić leczenia, jeśli istnieją ku temu poważne powody. Podobnie art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej stano-

wi, że lekarz może odstąpić od leczenia w szczególnie uzasadnionych przypadkach. Przyczyny odmowy muszą być racjonalne i nie mogą mieć charakteru dyskryminacyjnego.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a także Kodeks Etyki Lekarskiej umożliwiają odmowę leczenia przez lekarza. W większości warunków, jakie należy spełnić, są takie same dla wszystkich medyków. W przytoczonych przepisach znajdują się też regulacje, które wskazują na pewną odmienność względem formy zatrudnienia, np. umowa o pracę, służba, umowa cywilnoprawna. Zróżnicowanie to dotyczy obowiązku lub jego braku poinformowania przełożonego o odstąpieniu od leczenia pacjenta.

Odmowa leczenia jest niedopuszczalna zgodnie z regulacjami, gdy zachodzi przypadek, iż zwłoka przy udzieleniu pomocy spowodowałaby niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała, utraty życia czy też rozstroju zdrowia pacjenta. Obowiązek leczenia w takich przypadkach dotyczy wszystkich lekarzy, niezależnie od tego, w jakiej formie wykonują zawód, oraz odnosi się zarówno do jego podjęcia, jak i kontynuacji. Warto zaznaczyć, że zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry konsekwencje o charakterze prawnym niedopełnienia tego obowiązku mogą być znacząco zróżnicowane, jest to zależne od relacji lekarza z pacjentem. Stwierdzenie, że nie występuje przypadek niecierpiący zwłoki, w sposób klarowny oznacza, że lekarz, zanim podejmie decyzję o odmowie podjęcia się czy też kontynuacji leczenia, powinien co najmniej przeprowadzić takie czynności, jak np. wywiad czy też zbadanie pacjenta, aby wykluczyć przypadek, który wymaga niezwłocznej interwencji.

Jeżeli nie wystąpi przesłanka, o której mowa powyżej, to ustawa wskazuje w sposób wyraźny dopuszczalność odstąpienia przez lekarza od leczenia, uzależnioną od spełnienia trzech przesłanek w postaci:

- odpowiednio wczesnego uprzedzenia pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego;
- wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym;

– odnotowania faktu odstąpienia od leczenia w dokumentacji medycznej wraz z uzasadnieniem swej decyzji w tym przedmiocie.

Warunki wskazane powyżej dotyczą wszystkich lekarzy bez względu na formę wykonywania przez nich zawodu. Nie dotyczą one odmowy podjęcia się leczenia pacjenta przez lekarza.

Kwestię odmowy lub niepodjęcia leczenia pacjenta regulują również przepisy deontologiczne. Lekarz może, zgodnie z art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej, nie podjąć się leczenia chorego lub od niego odstąpić w szczególnie uzasadnionych wypadkach, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Lekarz, który nie podejmuje się leczenia albo od niego odstępuje, powinien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Z wyżej powołanej normy o charakterze deontologicznym w sposób klarowny wynika, że ograniczenie lekarzom możliwości odmowy leczenia do szczególnie uzasadnionych przypadków dotyczy wszystkich lekarzy bez wyjątków, niezależnie od rodzaju umowy, na podstawie której wykonują swoje czynności, i odnosi się w sposób tożsamy do odmowy podjęcia leczenia, jak i do odmowy jego kontynuacji.

Wymóg, zgodnie z którym odmowa lekarza, który wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy czy też inaczej mówiąc, umowy o pracę, lub w ramach służby, miała miejsce tylko w szczególnie uzasadnionych wypadkach, ma charakter zarówno deontologiczny, jak i ustawowy. Zgoda wyrażona przez przełożonego jest niezbędnym warunkiem dopuszczalności odmowy leczenia. Musi zostać udzielona przed poinformowaniem pacjenta, na co wskazuje zastrzeżenie wynikające z ustawy: po uzyskaniu zgody. Odpowiedzialność za nieudziela-

nie pomocy w sytuacji, kiedy zaistnieją przesłanki określone w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ponosi lekarz, który nie podjął się wykonania świadczenia o charakterze zdrowotnym, do którego był zobowiązany.

Obowiązku odnośnie do uzasadnienia oraz odnotowania w dokumentacji medycznej niepodjęcia się leczenia ustawodawca nie nakłada. Warto podkreślić, że w razie udzielania świadczeń, które finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia, należy rozważyć, aby decyzję o niepodjęciu się leczenia uzasadnić oraz odnotować w dokumentacji. Trzeba pamiętać, że pacjent ma możliwość poinformowania o takiej sytuacji NFZ, a co za tym idzie – NFZ może przeprowadzić postępowanie o charakterze kontrolnym, mające na celu sprawdzenie m.in., czy ograniczenie pacjentowi dostępu do świadczeń było słuszne, czy też nie.

Warto przyjrzeć się kwestii dotyczącej poinformowania pacjenta oraz wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia. Zgodnie z doktryną lekarz powinien poinformować pacjenta o odstąpieniu od leczenia na tyle wcześniej, by pacjent mógł znaleźć innego lekarza lub podmiot leczniczy. Jednakże zachowanie obowiązku wskazania pacjentowi realnych możliwości uzyskania świadczenia może być utrudnione w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, bo lekarz musiałby wiedzieć nie tylko, że świadczenie jest udzielane przez określonego świadczeniodawcę, ale także jaki jest czas oczekiwania, a ustalenie tego w odniesieniu do lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umowy z NFZ może być utrudnione lub wręcz niemożliwe.

Jest to więc okoliczność, na którą lekarz mógłby powołać się w razie ewen-

tualnego postępowania prowadzonego przeciwko niemu.

Co więcej, jak wskazuje Ł. Caban [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, red. M. Kopeć, Warszawa 2016, art. 38: Kwestia ważnych powodów została poruszona w wyroku SN z dnia 11 grudnia 2002 r., I KKN 1386/00, LEX nr 75348, zgodnie z którym odmowa lekarza wykonania w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej zabiegu operacyjnego, którego celowość stwierdzono, nie może być dowolną decyzją tego lekarza, lecz wymaga istnienia poważnych powodów stwierdzonych stosownymi konsultacjami oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej.

Możliwości wynikające z art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej w sprawie odmowy leczenia i odstąpienia od leczenia pacjenta są ściśle uregulowane. Lekarz w przypadku odstąpienia od leczenia ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.

Bardzo istotnym punktem w kwestii odstąpienia jest odnotowanie w dokumentacji medycznej o zaistniałej sytuacji oraz uzasadnienie, czemu lekarz podjął taką decyzję, jakie były przyczyny takiego postępowania wobec pacjenta. Istotnym jest, iż powody odstąpienia od leczenia mogą podlegać kontroli m.in. okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, Narodowego Funduszu Zdrowia lub sądu, np. w przypadku domagania się przez pacjenta odszkodowania za szkodę spowodowaną odstąpieniem od leczenia. ●



Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor

Bezpłatne wsparcie prawne w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty



poniedziałek–piątek: 9.00–17.00
lexdoctor@oilwaw.org.pl | 728 988 518



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Wokół projektu ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji



FILIP NIEMCZYK
adwokat

Ministerstwo Sprawiedliwości od kilku miesięcy pracuje nad ustawą*, która w miejsce instytucji ubezwłasnowolnienia wprowadzi do polskiego porządku prawnego nowe, bardziej elastyczne formy wspierania osób dorosłych w podejmowaniu istotnych decyzji dotyczących ich osoby i majątku. Naczelna Rada Lekarska krytykuje projekt za rezygnację z instytucji pełnomocnika medycznego.

System wspieranego podejmowania decyzji ma być przeznaczony dla osób pełnoletnich, które z różnych powodów, takich jak niepełnosprawność intelektualna, choroby neurodegeneracyjne, zaburzenia psychiczne, nie są w stanie samodzielnie podejmować świadomych decyzji prawnych. Jedną z form wsparcia będzie instytucja pełnomocnika rejestrowanego. Osoba pełnoletnia będzie mogła udzielić pełnomocnictwa, na wypadek gdyby w przyszłości ze względu na stan zdrowia nie była w stanie samodzielnie kierować swoim postępowaniem. Pełnomocnictwo rejestrowane ma obejmować umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym do wyrażania w imieniu

mocodawcy zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne. Instytucja ta nie jest przewidziana dla osób, które nie są zdolne do podejmowania świadomych decyzji, a jedynie dla tych, które obawiają się, że w przyszłości mogą tę zdolność utracić. Ministerstwo Sprawiedliwości wskazało*, że w toku prac nad projektem zrezygnowano z uregulowania w niej węższego pełnomocnictwa wyłącznie do spraw medycznych.

Krytycznie do projektu, w szczególności ze względu na rezygnację z instytucji pełnomocnika medycznego, odniosła się NRL*. W jej ocenie zaniechanie rozpoczętych prac nad uregulowaniem instytucji pełnomocnika medycznego jest błędem, który odsunie wprowadze-

nie do polskiego porządku prawnego instrumentu wspierania pacjenta przy podejmowaniu decyzji co do czynności z zakresu ochrony zdrowia. Samorząd uważa, że pacjent powinien mieć prawo upoważnienia wskazanej przez siebie zaufanej osoby do podejmowania w przyszłości w jego imieniu skutecznych prawnie decyzji co do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, na wypadek gdyby znalazł się w stanie wyłączającym możliwość wyrażenia świadomej zgody. Omawiany projekt ustawy przewiduje wyłącznie instytucję pełnomocnika rejestrowanego, który będzie miał umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo braku zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne, a pełnomocnictwa rejestrowanego nie będzie można ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich. To oznacza, że w przypadku udzielenia pełnomocnictwa rejestrowanego wykluczono z góry możliwość udzielenia odrębnego pełnomocnictwa medycznego. Należy tymczasem zakładać, że pacjent może chcieć ustanowić inną osobę do reprezentowania jego przyszłych interesów majątkowych (pełnomocnik rejestrowany), a inną osobę upoważnić do reprezentowania jego interesów w sferze ochrony zdrowia (pełnomocnik medyczny). Projekt zakłada też, że pełnomocnictwo rejestrowane może być udzielone wyłącznie przed notariuszem, podczas gdy pełnomocnictwo medyczne mogłoby być udzielane także podczas pobytu w placówce medycznej, np. poprzez oświadczenie pacjenta poświadczane przez osobę wykonującą zawód medyczny i wpisane do dokumentacji medycznej.

ROZPORZĄDZENIE W SPRAWIE WYKAZU CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE

Minister zdrowia wydał 14 maja 2025 r. rozporządzenie w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne*. Akt wydany został na podstawie ustawy o niektórych zawodach medycznych* i określa szczegółowy wykaz czyn-



ności m.in. asystentki stomatologicznej, elektroradiologa, higienistki stomatologicznej, instruktora terapii uzależnień, opiekuna medycznego, optometrysty, ortoptystki, podiatry, protetyka słuchu, technika farmaceutycznego.

Zastrzeżenia do rozporządzenia zgłosiło prezydium NRL*. W stanowisku z 23 maja 2025 r. wskazano, że ministerstwo nie uwzględniło wcześniej zgłaszanych przez samorząd uwag, aby z wykazu czynności zawodowych higienistki stomatologicznej wykreślić takie czynności, jak prowadzenie badań przesiewowych w różnych grupach populacyjnych, sporządzanie wycisków i modeli orientacyjnych uzębienia dla celów diagnostycznych, organizowanie ciągłości leczenia pacjentów w trakcie użytkowania aparatów ortodontycznych, rehabilitowanie jamy ustnej przy pomocy podstawowych ćwiczeń or-

todontycznych oraz wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych z zastosowaniem metod fizykalnych. Podkreślono, że higienistki stomatologiczne stanowią ważny element zespołu terapeutycznego, jednak za pracę tego zespołu i za efekty wprowadzonego leczenia odpowiada lekarz dentysta. Obecnie, aby na- być uprawnienia higienistki stomatologicznej, wystarczy skończyć dwuletnią szkołę policealną. Wiedza tak zdobyta nie pozwala na podejmowanie decyzji terapeutycznych na podstawie samodzielnego badania jamy ustnej.

MINISTERSTWO ZDROWIA PONOWNIE PODEJMUJE PRACĘ NAD WPROWADZENIEM INSTYTUCJI KORONERA

MZ poinformowało* o kolejnym, na przestrzeni ostatnich lat, projekcie ustawodawczym, którego celem jest

wprowadzenie kompleksowych regulacji dotyczących procedury stwierdzania zgonu i jego dokumentowania. Zagadnienia te znajdują obecnie uregulowanie w ustawie o działalności leczniczej* wyłącznie w odniesieniu do pacjentów, których zgon nastąpił w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych świadczeń zdrowotnych. Natomiast do osób zmarłych w innych miejscach zastosowanie mają archaiczne przepisy ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych*, które stwarzają liczne problemy wykonawcze.

Opracowywany w ministerstwie projekt zakłada m.in. wprowadzenie elektronicznej karty zgonu, karty urodzenia, karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu oraz określenie odpowiedzialności i zakresu czynności związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów. Regulować ma też zagadnienia związane z funkcjonowaniem lekarza koronera właściwego w przypadku konieczności stwierdzania zgonu osoby w sytuacji trudności we wskazaniu lekarza leczącego, który byłby zobowiązany do stwierdzenia zgonu, lub konieczności dokonania czynności i ustaleń związanych ze zgonem, wymagających specjalistycznej wiedzy. Efektem projektu ma być ujednolicenie podstawy prawnej, wskazanie właściwych procedur postępowania, co spowodować ma odciążenie lekarzy z obowiązku podejmowania działań innych niż pozostające w ich zakresie. Planowany termin wejścia w życie regulacji określony został na koniec 2025 r.



* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



Polubowne rozstrzyganie sporów z pacjentami



Biuro Mediatora

Spotkania stacjonarne z mediatorem odbywają się **w środy i piątki** w godzinach **10.00-16.00** – wyłącznie po wcześniejszym umówieniu telefonicznym.



Tel.: **22 542 53 29/25**
Tel.: **500 127 405**



E-mail: **mediator@oilwaw.org.pl**

(Nie)estetyczne opłaty



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

Do Biura Rzecznika Praw Lekarza wpłynęło zgłoszenie dotyczące opłat za certyfikację umiejętności lekarskich w zakresie zabiegów medycyny estetycznej. Lekarka pytała o podstawy prawne ich pobierania.

Zgłoszenie dotyczyło opłat w wysokości 500 zł + 23 proc. VAT (opłata administracyjna) oraz 2000 zł + 23 proc. VAT (opłata egzaminacyjna), pobieranych przez jednego z organizatorów prowadzących certyfikację umiejętności w dziedzinie medycyny estetyczno-naprawczej. Autorka zapytania prosiła o wskazanie podstaw prawnych umożliwiających pobieranie takich należności.

Po zleceniu analizy prawnej pojawiły się wątpliwości, czy zapisy regulaminu organizatora dotyczące pobierania

opłat nie wykraczają poza regulacje zawarte w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zaniepokojenie wzbudziła również sama wysokość należności oraz brak zapisów w statucie stowarzyszenia, które uprawniałby do pobierania opłat lub uzyskiwania dochodów z certyfikacji potwierdzającej posiadanie umiejętności zawodowych.

W związku z tym zwróciłam się do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, dr. hab. n. med. Piotra Krysta – jako przedstawiciela ustawowego organu kontrolne-

go dla towarzystw naukowych i instytutów badawczych – z prośbą o zajęcie stanowiska w tej sprawie.

W odpowiedzi otrzymałam opinię CMKP, zgodnie z którą opłaty za certyfikację umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów powinny odpowiadać rzeczywistym kosztom poniesionym przy jej organizacji. Proces certyfikacji nie powinien mieć charakteru działalności komercyjnej.

Stanowisko to zostało potwierdzone również przez Ministerstwo Zdrowia. Resort nie wykluczył możliwości pobierania opłat za organizację certyfikacji, jednak podkreślił konieczność ich rzetelnego i przejrzystego wyliczania. Należność powinna odzwierciedlać sumę kosztów organizacyjnych podzieloną przez prognozowaną minimalną liczbę uczestników. Ministerstwo zwróciło uwagę, że nadmiernie wysokie opłaty egzaminacyjne mogą zniechęcać lekarzy do udziału w procesie certyfikacji, a znaczne różnice w wysokości opłat pomiędzy organizatorami prowadzącymi certyfikację tej samej umiejętności zawodowej tworzą nieuzasadnioną konkurencję rynkową. Ministerstwo wskazało także na konieczność aktualizacji statutu stowarzyszenia.

Ponieważ obowiązujące przepisy nie dają CMKP kompetencji do kontrolowania towarzystw naukowych w tym zakresie, zwróciłam się do prezydenta m.st. Warszawy – jako ustawowego organu nadzoru nad stowarzyszeniami innymi niż jednostki samorządu terytorialnego – z prośbą o przeprowadzenie kontroli w zakresie prawidłowości, rzetelności i transparentności wyliczania wysokości opłat za certyfikację. Czekam na informację na temat podjętych w tej sprawie działań.

• fot. Karolina Bartyzel



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?

Skontaktuj się z **Biurem Rzecznika Praw Lekarza**

Dyżury rzecznika praw lekarza
Moniki Potockiej



środy: 12.00–16.00 | czwartki: 10.00–16.00



rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl



512 331 230 | 691 224 246



PZU Wojażer na szkolenia i odpoczynek

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków
Okręgowej Izby Lekarskiej



PZU Wojażer to ubezpieczenie podróże, które pozwala spokojnie wyjechać – służbowo lub na wakacje – bez obaw o dodatkowe koszty. W razie jakichkolwiek nieprzewidzianych zdarzeń podczas wyjazdu, takich jak problemy zdrowotne czy kradzież, **organizujemy fachowe wsparcie i pokrywamy związane z tym obciążenia finansowe.**

Wygodne rozwiązanie

Raz wykupione ubezpieczenie PZU Wojażer dla lekarzy zapewnia ochronę przez cały rok. Nie trzeba pamiętać przy każdym wyjeździe o zakupie ubezpieczenia podróжного.

Maksymalny okres ochrony ubezpieczeniowej podczas jednorazowego pobytu może jednak trwać **nie dłużej niż 21 dni**, a długość wszystkich pobytów **w ciągu jednego roku nie może przekroczyć 45 dni**.

Dla siebie lub dla całej rodziny

Każdy lekarz może wykupić ubezpieczenie dla siebie (ubezpieczenie indywidualne) albo dla całej rodziny (ubezpieczenie rodzinne).



Nasza ochrona obejmuje **cały świat**.
Działa także **podczas wyjazdów szkoleniowych oraz naukowych**.

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Koszty leczenia	250 000 zł
Od następstw nieszczęśliwych wypadków	50 000 zł
Odpowiedzialność cywilna	250 000 zł
Bagaż podróży	1000 zł (indywidualne) 2000 zł (rodzinne)

W ramach przygotowanego pakietu oferujemy również ochronę ubezpieczeniową w zakresie:



kontynuacji leczenia po podróży,



uprawiania **sportów wysokiego ryzyka**,



szkód związanych **ze sprzętem sportowym**
(w ramach ubezpieczenia bagażu).

ins INS Services

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

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

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. 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”.

MATERIAŁ MARKETINGOWY

Chór Medicantus nagrodzony w międzynarodowym konkursie

W 21. edycji Międzynarodowego Festiwalu Chóralnego „Mundus Cantat”, który odbył się w Sopocie 23–24 maja, chór Medicantus Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie został wyróżniony przez jury konkursowe srebrnym dyplomem w dwóch kategoriach: gospel jazz i muzyka sakralna. Nasi rozśpiewani lekarze otrzymali także nagrodę specjalną od firmy Ziaja Polska, sponsora konkursu. Serdecznie gratulujemy sukcesu!



fot. Jan Kołtun

IV OGÓLNOPOLSKI PLENER FOTOGRAFICZNY za nami

W Radomiu – królewskim mieście z bogatą historią – między 15 a 18 maja odbył się IV Ogólnopolski Plener Fotograficzny dla lekarzy i lekarzy dentystów, organizowany przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie.

Położenie Radomia, na szlaku królewskim pomiędzy Krakowem a Wilnem, miało decydujący wpływ na rozwój albo upadek miasta. Przetaczające się wojny: plemienne, piastowskie, potop szwedzki, powstania oraz I i II wojna światowa, odcisnęły piętno na tym

pięknym mieście, które – jak feniks z popiołów – po każdym upadku dumnie podnosiło się na nowo do życia. To właśnie fragmenty dawnych murów miejskich z zamkiem królewskim, kościoły, ulice i bogate kamienice zbudowane w stylu modernistycznym, detale architektoniczne: żeliwne balkony, posadzki ze znanej w całej Europie ceramiki Marywil, i wiele innych elementów historycznie związanych z Radomiem stały się inspiracjami do zdjęć.

Opiekunem i mentorem uczestników pleneru był wybitny fotografik Zbigniew Furman, który życzliwie, ale surowo oceniał wykonywane przez lekarzy zdjęcia. Gośćmi wydarzenia byli Wojciech Stan oraz Arkadiusz Kubisiak, którzy od wielu lat fotografują Radom. Zaprezentowali swoje albumy „Radom” oraz „Ukarane Miasto – radomski czerwiec 1976”. Uczestników pleneru odwiedził Karol Stępniewski, wiceprezes ORL Delegatury Radomskiej. W sobotni wieczór uczestnicy nie tylko wykonywali nocne zdjęcia, lecz także brali udział w wydarzeniach organizowanych w ramach Nocy Muzeów. Wybrane fotografie z IV Pleneru Fotograficznego zostaną zaprezentowane na wystawie, która odbędzie się w grudniu w Galerii Centrum Łowicka w Warszawie.



fot. Mirosław Żydecki

Smartfon zamiast terminala: **jak SoftPOS ułatwia pracę lekarzy**



Nowe technologie coraz śmielej wkraczają do świata medycyny. Cyfrowe narzędzia, które do niedawna były domeną dużych placówek, dziś są dostępne również dla indywidualnych praktyk lekarskich. Aplikacja SoftPOS od partnera banku Credit Agricole wraz z Kontem Biznes upraszcza kwestie płatności w gabinetach i prywatnych praktykach – bez kompromisów w zakresie bezpieczeństwa.

PŁATNOŚCI TAM, GDZIE TY

Dla lekarzy, którzy przyjmują pacjentów nie tylko w gabinecie, ale także podczas wizyt domowych czy konsultacji w różnych lokalizacjach, SoftPOS staje się naturalnym wyborem. Aplikacja działa na urządzeniach z systemem Android (wersja 8.1 lub wyższa) i pozwala przyjmować płatności zbliżeniowo – kartą, telefonem czy zegarkiem – bez konieczności inwestowania w dodatkowy sprzęt. Do przyjęcia płatności wystarczy smartfon lub tablet, a instalacja aplikacji zajmuje zaledwie kilka minut i sprowadza się do trzech prostych kroków.

we – kartą, telefonem czy zegarkiem – bez konieczności inwestowania w dodatkowy sprzęt. Do przyjęcia płatności wystarczy smartfon lub tablet, a instalacja aplikacji zajmuje zaledwie kilka minut i sprowadza się do trzech prostych kroków.

WIĘCEJ CZASU DLA PACJENTA, MNIEJ NA ADMINISTRACJĘ

Dzięki SoftPOS lekarz może skoncentrować się na tym, co najważniejsze – na pacjencie. Obsługa nie wymaga specjalistycznej wiedzy, rozliczenia odbywają się natychmiastowo, a elektroniczne potwierdzenie płatności trafia do pacjenta e-mailem, o ile sobie tego życzy. To eliminuje konieczność drukowania paragonów i upraszcza obieg dokumentów. Informacje o transakcji są przechowywane cyfrowo, co ułatwia współpracę z biurem rachunkowym i pozwala wygodnie zarządzać finansami praktyki.

NOWOCZESNOŚĆ, KTÓRA BUDUJE ZAUFANIE

Coraz więcej pacjentów nie nosi przy sobie gotówki i oczekuje możliwości bezpiecznej płatności elektronicznej. Transakcja realizowana bezgotówkowo za pomocą SoftPOS jest szyfrowana i zgodna z międzynarodowymi standardami PCI DSS. Co więcej, aplikacja wyklucza ryzyko przełania środków na błędny numer – każda operacja jest autoryzowana i przypisana do konkretnej usługi. Informacje o płatności pojawiają się już następnego dnia roboczego na powiązanym Koncie Biznes w banku Credit Agricole. To dodatkowo zwiększa transparentność i kontrolę nad przepływem środków.

SYSTEM DOPASOWANY DO REALIÓW PRACY LEKARZA

Konto Biznes w Credit Agricole z płatnościami SoftPOS zapewnia wygodę w zarządzaniu finansami od pierwszego dnia działalności gospodarczej. Takie rozwiązanie odpowiednie jest także dla nowych praktyk lekarzy czy lekarzy dentyistów – już od początku działalności historia przepływu płatności znajduje się w jednym miejscu.

OFERTA PRZYGOTOWANA Z MYŚLĄ O MEDYKACH

Z myślą o lekarzach zrzeszonych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie powstała również specjalna oferta partnera banku Credit Agricole. Korzystanie z aplikacji jest bezpłatne, a dla 100 pierwszych użytkowników, którzy osiągną minimalny miesięczny obrót 3000 zł przez trzy kolejne miesiące, przewidziano upominkowy voucher o wartości 300 zł. Niskie prowizje od transakcji i brak opłat za użytkowanie aplikacji oznaczają realne oszczędności w codziennym prowadzeniu praktyki.

W świecie, w którym każda minuta ma znaczenie, SoftPOS staje się sprzymierzeńcem lekarzy i lekarzy dentyistów. Umożliwia przyjmowanie płatności tam, gdzie są pacjenci, zmniejsza obciążenia administracyjne i pozwala budować nowoczesną, zaufaną markę praktyki lekarskiej. To wygodne narzędzie i wsparcie w codziennej pracy, która toczy się nie tylko przy biurku, ale wszędzie tam, gdzie potrzebna jest pomoc. ●

Chłopcy Do Bicia zwycięzcami! Koniec sezonu Ligi Mistrzów OIL Warszawa



fot. Mikołaj Stakowski

W niedzielę 15 czerwca rozegrano ostatnią, 9. kolejkę wiosennej edycji Ligi Mistrzów OIL. Emocji nie brakowało – padło wiele bramek, ale też poznaliśmy ostateczny układ tabeli. Zwycięzcą sezonu zostali Chłopcy Do Bicia, którzy w niedoścignionym stylu po raz kolejny zapewnili sobie tytuł mistrza!

W ostatniej serii spotkań Chłopcy Do Bicia rozgromili zespół Medicine United aż 13:1, udowadniając, że nieprzypadkowo przewodzą stawce. Na finiszu zdobyli 19 punktów, wygrywając sześć meczów i strzelając imponujące 60 bramek w ośmiu spotkaniach. Na drugim miejscu uplasowali się Najlepsi, którzy również zakończyli sezon mocnym akcentem, wygrywając 7:0 z Sorentiną. Trzeci stopień podium przypadł w udziale Healers United, którym udało się pokonać Dynamo Wołoska 5:4 w zaciętym pojedynku.

Przed nami Gala Zakończenia, która odbędzie się 4 lipca w pubie Spin City na Bemowie. Tam oficjalnie nagrodzimy najlepsze zespoły. Do rywalizacji wracamy we wrześniu!

Gratulacje dla mistrzów – Chłopców Do Bicia – oraz wszystkich drużyn, które zapewniły nam emocjonujący sezon! Zapraszamy do zapisów do ligi na sezon jesienny. Szczegóły wkrótce na stronie izby i w mediach społecznościowych. ●



fot. Unsplash

VI Lekarski Obóz Kitesurfingowy – Surf & Kite 2025

OIL w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów na VI Lekarski Obóz Kitesurfingowy. O aktywny wypoczynek w gronie lekarskim zadba po raz kolejny Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie, która organizuje już szóstą edycję tego cyklicznego wydarzenia sportowego. Zapraszamy!

Jak co roku, także w tym sezonie obóz zorganizowany jest w bazie Kite Crew w Chałupach na Półwyspie Helskim. Dla uczestników organizatorzy przewidzieli dwa terminy tygodniowych obozów: 24–31 sierpnia i 31 sierpnia – 7 września. ●



Szczegóły i zapisy na stronie





Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



TEMATY WYKŁADÓW W I SEMESTRZE IV ROKU AKADEMICKIEGO (2025/2026)

- 2025/26 r.
godz. 11.00
7.10.2025 r. **Inauguracja roku akademickiego**
 „Perły długowieczności: 10 najlepszych praktyk opartych na dowodach naukowych, służących
 długiemu i zdrowemu życiu lekarza” – **dr hab. n. med. Daniel Śliż**
- 21.10.2025 r.** „Podróż przez Syberię i Mongolię” – **mgr Marta Maszkiewicz**
- 4.11.2025 r.** „Po co lekarzom standardy ochrony małoletnich” – **dr Anna Krawczak**
- 18.11.2025 r.** „Rozpracowanie operacyjne kryptonim »Kozak«” – **płk Marek Purzycki**
- 2.12.2025 r.** „Starość też po mnie odziedziczysz” – **mgr Małgorzata Kalicińska**
- 16.12.2025 r.** **Spotkanie przedświąteczne**
- 13.01.2026 r.** „Religijno-kulturowe zasady i obyczaje obchodów świąt w Kościele prawosławnym” – **abp Abel, ordynariusz prawosławnej diecezji lubelsko-chełmskiej**
- 27.01.2026 r.** „Motocyklem przez Syrię i Jordanię” – **mgr Anna Jackowska-Pluta**
- 3.02.2026 r.** „Zabezpieczenie społeczne w Polsce” – **dr Piotr Wincianas**

Wstęp wolny. Wykłady rozpoczynają się o godz. 11.00. 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.
 Zapraszamy nowych członków!

e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



zaloguj się i sprawdź



Twórczo i wspólnie – Nestor w Reymontówce i na szlaku Podlasia

ELŻBIETA MAŁKIEWICZ

Dom Pracy Twórczej „Reymontówka” położony jest 20 km na zachód od Siedlec, 6 km od międzynarodowej trasy nr 2, w gminie Kotuń, wśród lasów i łąk w Chlewiskach.

Mieści się w zabytkowym dworze wybudowanym w połowie XIX w. dla rodziny Różańskich. W 1926 r. dworek wraz z 300 ha gruntów nabyła wdowa po Władysławie Reymontcie – Aurelia, przeznaczysz na ten cel część pieniędzy z Nagrody Nobla, jaką otrzymał Reymont za powieść „Chłopi”.

Zespół dworsko-parkowy kupił w 1981 r. Wydział Kultury i Sztuki Urzędu Wojewódzkiego w Siedlcach. Powołano w nim Dom Pracy Twórczej „Reymontówka”. Od 1 stycznia 1999 r. właścicielem jest Starostwo Powiatowe w Siedlcach.

W wejściu do dworu gości wita wyrzeźbiona w drewnie duża figura Władysława Reymonta. Pisarz nigdy tu nie był, ale jego postać przyciąga do Chlewisk wielu turystów. W dworze zachowało się sporo elementów z dawnego wystroju. Autentyczne są piece, kominki, niektóre sprzęty. Dodano meble i bibeloty pasujące do epoki.

Jak co roku Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor” udał się na wyjazd edukacyjno-integracyjny, wybierając w tym roku właśnie Reymontówkę. Byliśmy tam między 2 a 4 czerwca. Zaraz po przybyciu wysłuchaliśmy wykładów, by wieczorem uczestniczyć w koncercie słowno-muzycznym. Przygotowali go nasi koledzy, prof. dr hab. n. med. Bogumiła Milewska-Bobula i lek. stom. Bartłomiej Matuszak, przy akompaniamencie dr. sztuki Andrzeja Mikulskiego.



fol. Daniel Jarosz

Następnego dnia zwiedzaliśmy Białą Podlaską. W dokumentach historycznych po raz pierwszy nazwa pojawiła się w 1345 r. Jej pierwszymi właścicielami byli Iliniczowie, za założyciela zaś uchodzi Piotr Janowicz przydomek „Biały” – wojewoda trocki, hetman Wielkiego Księstwa Litewskiego. W drugiej połowie XVI w. miasto przeszło we władanie rodu Radziwiłłów. Okres ten, trwający dwa i pół wieku, przyniósł rozkwit i przyczynił się do szybkiego rozwoju miasta, przez długi czas zwanego Białą Książką lub Białą Radziwiłłowską. W 1622 r. książę Aleksander Ludwik Radziwiłł rozpoczął budowę dużego zespołu zamkowego. Swoją ostateczną architektoniczny wygląd zespół zamkowy w Białej uzyskał na początku XVIII w. W obiektach należących do zespołu pałacowo-parkowego Radziwiłłów znajduje się Muzeum Południowego Podlasia w Białej Podlaskiej. W budynku głównym muzeum, XVIII-wiecznej wieży i bramie wjazdowej, znajdują się stałe wystawy poświęcone historii miasta i regionu zorganizowane ze zbiorów muzeum. Na szczególną uwagę zasługuje największa w Polsce kolekcja ikon prawosławnych, która liczy ponad 1600 obiektów, oraz ksiąg i parametrów liturgicznych.

Następnie odbyliśmy krótki spacer po mieście, by po obiedzie udać się w drogę powrotną. W jej trakcie zwiedziliśmy sanktuarium Matki Bożej Leśniańskiej w Leśnej Podlaskiej. Sanktuarium mieści się w zabytkowym kościele znajdują-

cym się w obrębie barokowego zespołu klasztoru paulinów. Od 1984 r. nosi on tytuł bazyliki mniejszej pod wezwaniem św. Piotra i św. Pawła. Jest to jeden z ważniejszych ośrodków kultury maryjnej na Podlasiu, zwany „podlaską Częstochową”.

Zmęczeni, ale jednocześnie pełni wrażeń wróciliśmy do Reymontówki, gdzie czekali już na nas artyści z amatorskiego teatru „Dlaczego nie” działającego pod kierunkiem dr. Mirosława Łukasiewicza przy Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach. Widowisko słowno-muzyczne cofnęło nas w lata 20. i 30. ubiegłego wieku. Wraz z aktorami (również seniorami) bawiliśmy się przy muzyce i piosenkach z epoki. Zabawie pewnie nie byłoby końca, ale czekała na nas kolacja przy ognisku. Wieczór spędziliśmy na długich rozmowach we wspólnym towarzystwie.

Ostatniego dnia uczestniczyliśmy w zorganizowanych pokazach i prezentacji wyposażenia policji oraz straży pożarnej na terenie należącym do dworu. Mieliśmy niepowtarzalną okazję zdobyć ciekawe informacje na temat specyfiki pracy służb oraz zapoznać się z budową i wyposażeniem jednostek gaśniczych straży pożarnej, zobaczyć tressurę psa policyjnego, a także posłuchać chóru dziecięcego. Pokazy zostały przygotowane z okazji Dnia Dziecka dla najmłodszych z tutejszej gminy.

Reymontówkę opuszczaliśmy z żalem, obiecując sobie, że za rok na pewno tu wrócimy.

Lekarski Dzień Dziecka w Julinku

Partner wydarzenia



Za nami kolejna edycja rodzinnego pikniku organizowanego przez Okręgową Izbę Lekarską z okazji Dnia Dziecka. W otulinie Kampinoskiego Parku Narodowego, w podwarszawskim Julinku, lekarze wraz z rodzinami już po raz trzeci połączyli wypoczynek na łonie natury z beztroską zabawą.



specjalnie dla maluchów do trzeciego roku życia. W trakcie pikniku rodziny mogły korzystać też z pozostałych atrakcji Julinek Parku, w tym ze wspaniałego wesołego miasteczka, parku wodnego oraz linowego.

Niezapomniana atmosfera, śmiech dzieci i wspólnie spędzony czas sprawiły, że trudno było opuszczać Julinek. Na szczęście zostają z nami piękne wspomnienia i... kolorowe zdjęcia z fotobudek, na których uwieczniono radość tego wyjątkowego rodzinnego dnia. Kto wie, może spotkamy się tu ponownie w przyszłym roku?



fot. B. Plesiewicz (3)

W tym roku nasz samorząd lekarski przygotował jeszcze więcej atrakcji dla jeszcze większej liczby lekarskich dzieci i ich opiekunów – 1 czerwca w Julinek Parku bawiło się ponad 3 tysiące gości. Radości i dziecięcym śmiechom nie było końca!

Uczestnicy pikniku mieli do wyłącznej dyspozycji specjalną Strefę Atrakcji OIL, której motyw przewodni brzmiał „W krainie bajek”. Dzieci, pod czujnym okiem swoich opiekunów oraz profesjonalnych animatorów, bawiły się w różnorodnych strefach tematycznych: ruchowej, edukacyjnej, metamorfozy, kreatywnej oraz w bezpiecznej przestrzeni przygotowanej

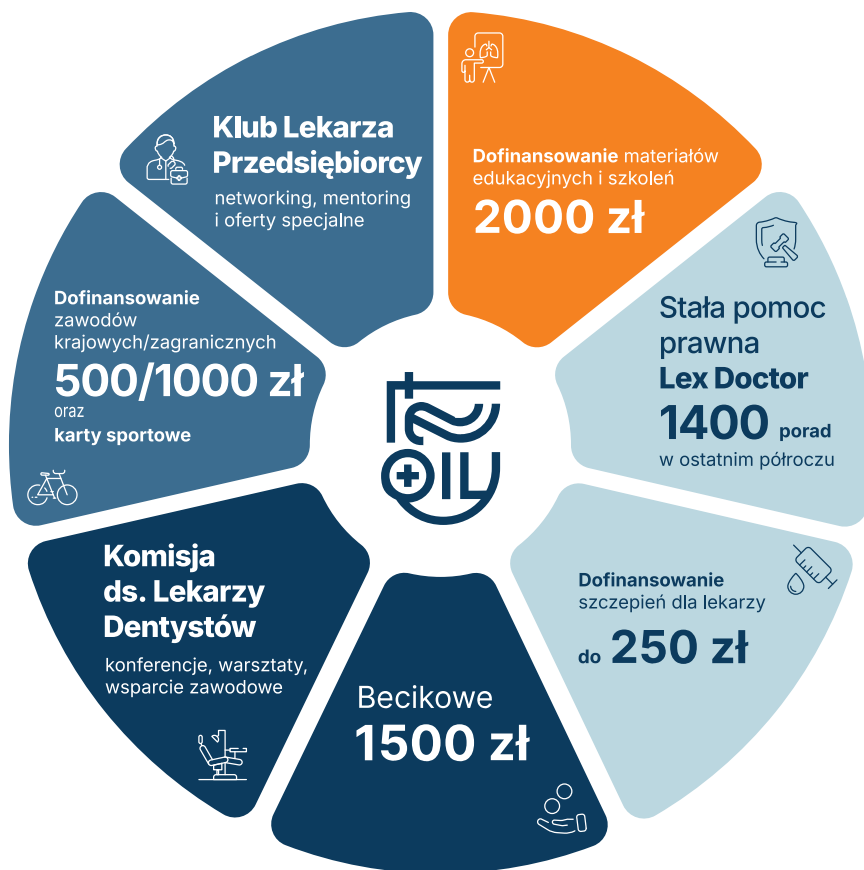


ZAPROJEKTUJ MASKOTKĘ OIL W WARSZAWIE I WEŹ UDZIAŁ W KONKURSIE!

Jeśli Twoje dziecko lubi kreatywne wyzwania i nie ukończyło jeszcze 14 lat, zachęcamy do udziału w naszym konkursie na projekt maskotki inspirowanej nowym logotypem OIL w Warszawie. Najlepszy zostanie zrealizowany jako maskotka firmowa. Na prace czekamy do 15 października 2025 r.

Szczegóły i regulamin:





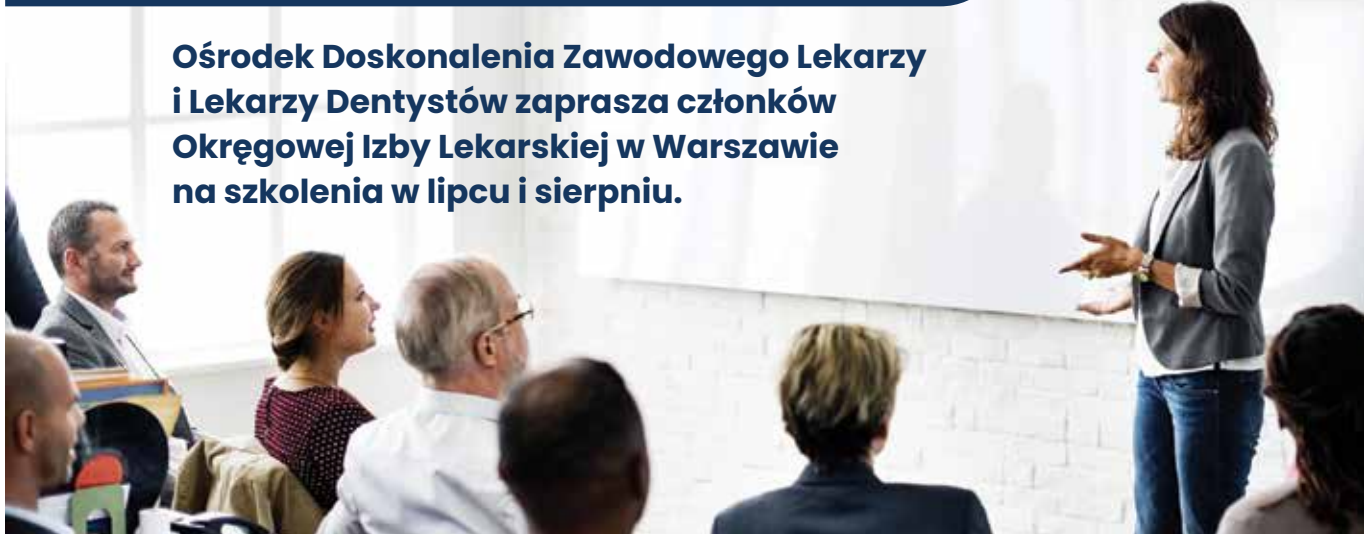
Benefity dla lekarzy i lekarzy dentystów

W ramach opłacanej składki członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie mogą skorzystać z wielu świadczeń. Różne formy pomocy obejmują szereg korzyści, w tym ubezpieczenie w ramach składki, możliwość dobrowolnego OC na preferencyjnych warunkach. Członkowie samorządu mają także zapewnioną bezpłatną pomoc prawników oraz Biura Rzecznika Praw Lekarza. Oferujemy wsparcie w mediacjach z pacjentami oraz pomoc psychologiczną. Lekarze i lekarze dentyści mogą w ramach składki korzystać także z kompleksowego doradztwa podatkowego i usług księgowych. ●



Zapraszamy na szkolenia!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na szkolenia w lipcu i sierpniu.



Szkolenia są bezpłatne lub dofinansowane, za wszystkie zdobywa się punkty edukacyjne.

Zapisy i szczegóły →



Marysia i Napoleon – podróż w czasie do Walewic

fot. Komisja ds. Lekarzy Seniorów



WŁODZIMIERZ CERAŃSKI

przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Seniorów

Z inicjatywy Komisji ds. Lekarzy Seniorów zorganizowano wycieczkę do pałacu i stadniny koni w Walewicach. Wzięły w niej udział grupy lekarzy z Radomia i Warszawy. Po urokliwym pałacu oprowadzała nas pani Ola – znakomita przewodniczka, która z pasją przybliżyła nam historię rezydencji, jej dawnych mieszkańców oraz słynnego romansu Marii Walewskiej z cesarzem Napoleonem.

Pałac w Walewicach – po latach użytkowania przez PGR – dziś zachwyca prawdziwym blaskiem. Dla zwiedzających udostępniono parter budynku, a w tzw. apartamencie napoleońskim można podziwiać unikatowe, oryginalne tapety z początku XIX w. – jedyne takie w Europie.

Nie mniej interesująca była wizyta w przyległej stadninie – największym w Polsce ośrodku hodowli koni małopolskich. Zobaczyliśmy żrebne klacze, ogiery, konie pod siodło oraz tzw. salę poporodową. Zwieńczeniem wycieczki był wykwintny obiad w pałacowej restauracji – prawdziwa uczta godna szambelańskiego stołu. Nie zabrakło też drobnych przyjemności – dużym zainteresowaniem cieszyły się dostępne na miejscu perfumy Pani Walewska, będące subtelnym przypomnieniem niezwyklej historii, którą na chwilę można było poczuć całym sobą. ●



fot. Tomasz Januszewski

Karmienie piersią – między naturą, kulturą a medycyną

W ramach XVIII Zjazdu Centrum Nauki o Laktacji 6–7 czerwca 2025 r. w Ożarowie Mazowieckim odbyła się konferencja szkoleniowo-naukowa „Karmienie piersią – natura, kultura, medycyna”. Jednym z patronów medialnych konferencji był miesięcznik „Puls”.

Gość specjalny, prof. Diane L. Spatz, uznana pielęgniarka ze szpitala dziecięcego w Filadelfii, pokazywała, jak realizować kontakt skóra do skóry po porodach zabiegowych, a także karmienie piersią noworodków urodzonych z niską i skrajnie niską masą ciała. Wśród polskich prelegentów byli specjaliści w dziedzinie pediatrii, ginekologii, psychiatrii, gastroenterologii, farmakologii, neonatologii, a nawet stomatologii. Głównymi uczestnikami i prelegentkami były położne, pielęgniarki i lekarki – doradcy laktacyjni. Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik zaprezentowała nowe wytyczne CNoL i Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran dotyczące leczenia ran brodawek. 15 wykładów, 6 warsztatów do wyboru, wręczenie certyfikatów doradcy laktacyjnego oraz czas na integrację sprawiły, że było to niezapomniane i zarazem największe wydarzenie w Polsce poświęcone laktacji, w którym uczestniczyło prawie 750 osób.

Konferencję zorganizowano we współpracy z Warszawskim Uniwersytem Medycznym, Zakładem Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM oraz Centrum Medycznym WUM. Patronatem objęła ją Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. ●

Procedury na czas W

Szkolenie „Procedury na czas W”, organizowane przez Komisję ds. Sportu w ramach programu OIL Sport Event, odbyło się 8 czerwca w OIL w Warszawie. Spotkanie prowadził ekspert ds. kryzysoodporności Borys Czyhin, który poruszył temat wojny w kontekście jednostki oraz globalnym i przybliżył skuteczne sposoby postępowania w sytuacjach zagrożenia. Uczestnicy ośmiodziesiętnego szkolenia dowiedzieli się m.in., jak przygotować się na wybuch wojny od strony formalnoprawnej, finansowej i osobistej. ●

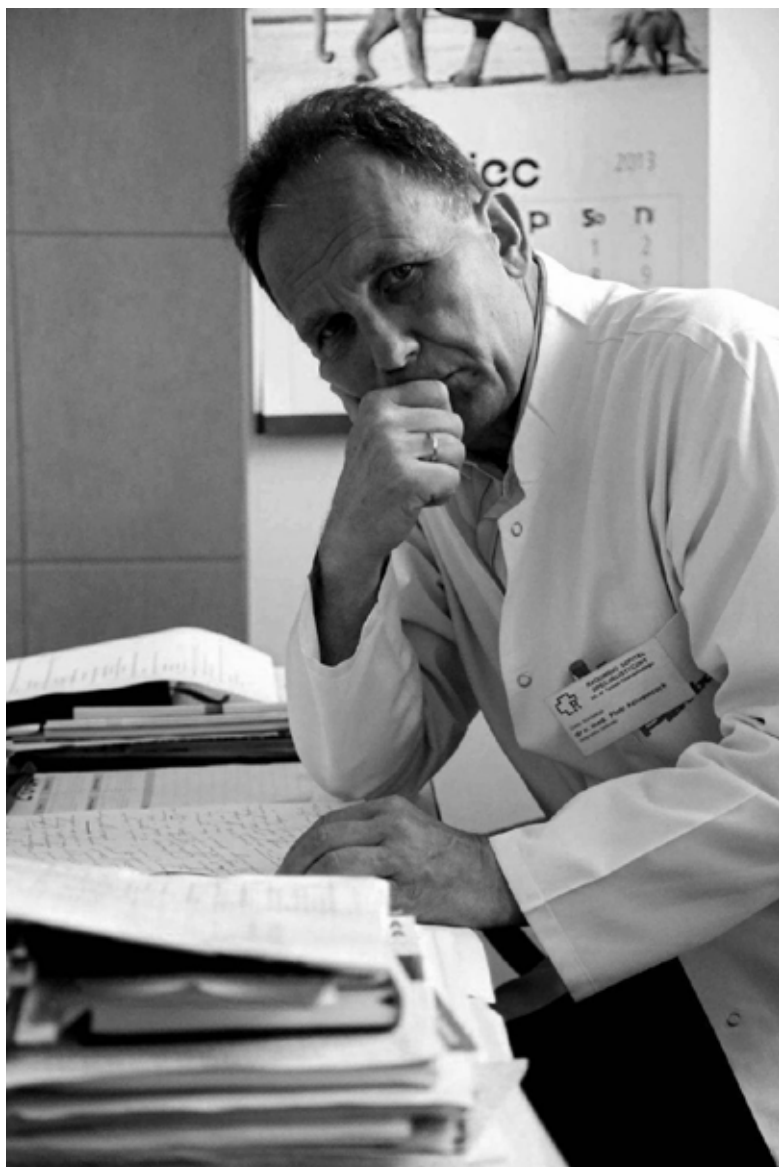
fot. licencja OIL w Warszawie



Dziesięć lat

WOJCIECH PIOTR ACHREMCZYK

Ku pamięci dr. n. med. Piotra Achremczyka, założyciela i ordynatora oddziału kardiologii z pracownią hemodynamiki i wszczepiania stymulatorów w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym.



fot. archiwum prywatne

Dziesięć lat minęło, prawie jak w piosence Andrzeja Rosiewicza, choć tu wydaje się, że to cała wieczność. 10 lat, czyli 120 miesięcy temu, 30 maja 2015 r. właśnie kończyłem dyżur w szpitalnym oddziale ratunkowym Radomskiego Szpitala Specjalistycznego przy ulicy Tochtermana, do końca zostało ok. 30 min. W duchu przygotowywałem się już do wyjścia.

W tym samym czasie na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii tego samego szpitala umierał mój ukochany tata, mój nauczyciel sztuki lekarskiej, mój wzór człowieka – Piotr Achremczyk.

Pamiętam dokładnie ten dzień, pamiętam poprzednią noc, kiedy biegałem między SOR a OIOM, by choć na chwilkę być z nim, by choć na chwilkę poudawać – w myślach – że wszystko jest jak dawniej, a tata po prostu śpi.

Myśli moje chaotycznie serwowały obrazy z przeszłości, odtwarzałem jego głos, powtarzałem jego powiedzenia, zastanawiając się jednocześnie, co by teraz powiedział, co doradził.

MIAŁ CZAS DLA INNYCH

Pamiętam, jak jego głos działał kojąco na pacjentów, dla których zawsze miał czas, jak potrafił niesamowicie skutecznie i umiejętnie rozmawiać z kolegami z oddziału. Pamiętam, jak często bez ołowianego fartucha wchodził do pracowni hemodynamiki podczas zabiegu, by dać cenne rady operatorowi. Pamiętam jego niesamowite koleżeństwo zarówno w stosunku do „starych kolegów”, jak i nas, młodych, wtedy jeszcze bez specjalizacji.

Pamiętam, jak jedliśmy wspólnie kolację w domu rodziców, gdy nagle zadzwonił telefon. Pilna sytuacja, kolega podczas swojego nomen omen pierwszego samodzielnego dyżuru hemodynamicznego potrzebuje pomocy, doszło do jednego z najpoważniejszych powikłań zabiegów hemodynamicz-

minęło...

nych – rozwarstwienia tętnicy wieńcowej, krew wynaczyniała się do osierdzia, pacjent „ginął w oczach”.

Tata szybko zakończył rozmowę i rzucił do mnie krótko: *Ubieraj się, jedźmy. Po drodze ci opowiem.* Po czym po kilkunastu minutach był już przy stole operacyjnym, by ze spokojem wpływającym na cały personel opanować krytyczną sytuację.

Mógł powiedzieć, żeby młody kolega poprosił o pomoc starszego hemodynamicznie, który pełnił dyżur w oddziale, ale nie taki był Piotr Achremczyk. Na koniec pocieszał jeszcze młodego operatora, wspólnie analizowali zabieg *step by step*, dawał rady na przyszłość. Nie było tu oceny, nie było pretensji.

Pamiętam, jak po wszystkim powiedział, że kolega bardzo dzielnie walczył pomimo małego jeszcze doświadczenia, bo zabieg był bardzo trudny.

ODDANY MEDYCYNIE

Na pewno wszyscy, z którymi pracował, pamiętają wspólne obchody, kiedy sia-

dał często na krawędzi łóżka pacjenta, badał go, trzymając rękę na ramieniu. Pamiętają jego rzeczowe pytania, wspólne omawianie strategii leczenia.

Myślę, że koledzy wspominają również nasze dni szkoleniowe. Tata jakże często chadzał z „The New England Journal of Medicine”, który czytał codziennie, i zaznaczał niebieskim długopisem artykuły z dopisanym imieniem szczęśliwego prelegenta.

Nie zawsze byliśmy z tego powodu zadowoleni: artykuł po angielsku, tłumaczenie, zrozumienie, dyskusja, ale patrząc na to z dzisiejszej perspektywy, była to też chwila oddechu i okazja do rozmowy, a dla młodych do „łapania” nowości kardiologicznych.

NON OMNIS MORIAR

Pamiętam, jakim był wizjonerem, tworząc oddział kardiologii, który przekształcił z wewnętrznego. Jak wiele lat uczestniczył w sesjach rady miasta, tłumacząc, dlaczego w Radomiu musi powstać pracownia hemodynamiki. Dla-

czego w tym mieście warto implantować stymulatory. Udało się, powstał i oddział, i obie te pracownie, które do dziś bardzo dobrze funkcjonują w szpitalu przy ulicy Tochtermana w Radomiu.

10 LAT TEMU

Tak wiele pamiętam i tak bardzo mi żal, że tego dnia, 30 maja 2015 r., nie tylko zakończyłem dyżur, ale pożegnałem ukochanego tatę, lekarza, nauczyciela i wizjonera.

Tata zmarł spokojnie ok. godz. 8 rano. Stałem pod kardiomonitorem, trzymając go za rękę, była tam też moja mama, babcia, która żegnała swojego syna, ciocia żegnająca swojego brata i wujek żegnający swojego szwagra.

Patrzyliśmy na ukochanego człowieka zmęczonego straszną chorobą (80/min), rozumiejącego jako lekarz, co się z nim dzieje (60/min), spokojnego dla nas (40/min), bez lęku, bez pretensji do nikogo (20/min), zacerpującego swój ostatni oddech (0/min).

A potem cisza...



Głęboko poruszeni informacją o nagłej śmierci
naszej Koleżanki

dr Anny Zaremby,

chirurga,

rodzinie i bliskim
składamy najszczerze wyrazy współczucia

Karol Stępniewski,
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
przewodniczący Delegatury Radomskiej,
wraz z całym środowiskiem lekarzy
z regionu radomskiego



Dr. Jackowi Burskiemu

najszczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci Żony

dr Elizy Burskiej

składa Karol Stępniewski,

wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
przewodniczący Delegatury Radomskiej,
wraz z całym środowiskiem lekarzy
z regionu radomskiego

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 mija
30 września 2025 r.**

REHABILITACJA

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 i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
30 września 2025 r.**



OBIADY W KLUBIE LEKARZA

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza seniorów lekarzy/lekarzy dentystów **w poniedziałki i czwartki w godz. 12.00–14.00 do Klubu Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie** na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady.

DRUK RECEPT

Recepty *pro auctore* i *pro familia* dla lekarzy seniorów drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej **w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, WYŁĄCZNIE**

w środy w godz. 12.00–15.00.

Trzeba mieć PIN i hasło do druku recept z NFZ.



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

UCHWAŁA NR 78/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 21 MAJA 2025 R.
w sprawie przyjęcia regulaminu przyznawania
odznaczeń im. dr. Jerzego Moskwy,
im. prof. Jana Nielubowicza oraz Laudabilis
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana
Nielubowicza

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) – uchwała się, co następuje:

§ 1

1. Przyjmuje się regulamin przyznawania odznaczeń im. dr. Jerzego Moskwy, im. prof. Jana Nielubowicza oraz Laudabilis Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Tracą moc:

- 1) uchwała nr 606/R-V/07 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 sierpnia 2007 r. w sprawie realizacji uchwały XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dotyczącej ustanowienia Medalu im. dr. Jerzego Moskwy (ze zm.),
- 2) uchwała nr 43/R-IV/02 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w sprawie ustanowienia odznaczenia Laudabilis – tekst jednolity ogłoszony obwieszczeniem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 10 grudnia 2004 r. (ze zm.),
- 3) uchwała nr 48/R-VI/12 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 19 października 2012 r. w sprawie realizacji uchwały nr 10/Z/VI/12 XXXI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza z 31 marca 2012 r. dotyczącej ustanowienia Medalu im. prof. Jana Nielubowicza (ze zm.).

§ 3

Środki finansowe przeznaczone na realizację przyznawania odznaczeń w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza wyasygnowane zostaną z bieżących środków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 10/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 28 MAJA 2025 R.

w sprawie ustalenia list członków rejonów wyborczych
utworzonych na obszarze działania Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie na okres X kadencji 2026–2030

Na podstawie § 13 ust. 4 oraz ust. 9 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, oraz w zw. z uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie nr 30/R IX/25 z 19 lutego 2025 r., zmienioną uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie nr 45/R IX/25 z 19 marca 2025 r. – uchwała się, co następuje:

§ 1

1. Ustala się listy członków rejonów wyborczych utworzonych na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres X kadencji 2026–2030 uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie nr 30/R-IX/25 z 19 lutego 2025 r., zmienioną uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie nr 45/R IX/25 z 19 marca 2025 r.
2. Listy, o których mowa w ust. 1, podlegają publikacji w systemie głosowania elektronicznego, o którym mowa w § 2 ust. 38 regulaminu wyborów, jak również udostępnieniu w siedzibie okręgowej izby lekarskiej.

§ 2

1. Uchwała podlega publikacji na stronie internetowej i w Biuletynie Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls”.
2. Publikacja list, o których mowa w § 1 ust. 1, nastąpi w systemie głosowania elektronicznego dnia 28 maja 2025 r.
3. Wykonanie uchwały powierza się przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

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

WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22 542 83 59, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Aleksandra Sokalska, **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebedzińska
SEKRETARZ REDAKCJI: Karolina Stępniewska – k.stępniewska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Dominik Héjj, Maria Libura, Filip Niemczyk, Hanna Odziemka, Artur Olesch, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski, Małgorzata Wódz

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22 542 83 14, rejestr@oilwaw.org.pl

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

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Marta Konarzewska

KOREKTA: Grażyna Nawrocka, Magdalena Jabłonowska

DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

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

••puls

zawsze przy Tobie

**czytaj wygodnie
tam, gdzie chcesz**

**w domu
w pracy
i w podróży**

Pobierz PDF lub e-book





Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

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-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Wincianas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Michał Gontkiewicz 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
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22 542 83 31
BIURO OROZ tel. 22 542 83 22 | 22 542 83 23 | 22 542 83 24 | 22 542 83 27
KASA 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
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22 542 83 20 | 22 542 83 21
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22 542 83 25

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22 542 83 16
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22 542 83 84 | 22 542 83 19
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 55
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22 542 83 74
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22 542 83 30
BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22 542 83 12
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
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 zok@oilwaw.org.pl

POZOSTAŁE

OŚRODEK DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 76
| odz@oilwaw.org.pl
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22 542 83 33
DZIAŁ KOMUNIKACJI tel. 22 542 83 83 | media@oilwaw.org.pl
DZIAŁ MARKETINGU I WYDARZEŃ tel. 668 397 993 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48 331 36 62
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

izba-lekarska.pl



APARTAMENTY
INWESTYCYJNE
OFERTA
DLA
LEKARZY

RABAT
-10%

DLA PRACOWNIKÓW
PLACÓWEK
MEDYCZNYCH

Nano Apart to wysokiej klasy apartamentowiec zlokalizowany przy ulicy Grochowskiej w Warszawie. Apartamenty zostaną wyposażone i wykończone pod klucz w standardzie odpowiadającym czterogwiazdkowym hotelom.

Korzystaj samemu lub wynajmij i zarabiaj*

WAŻNE: pełny zwrot VAT przysługuje,
nawet jeśli zakupu dokonuje osoba prywatna, np. lekarz.

Doradcy: Krystyna +48 696 646 660 / Tomasz +48 888 549 007 / www.nanoapart.pl

Apartament 21 m² / **cena dla lekarzy – 336 tys. zł netto**

* gwarancja pełnej obsługi najmu