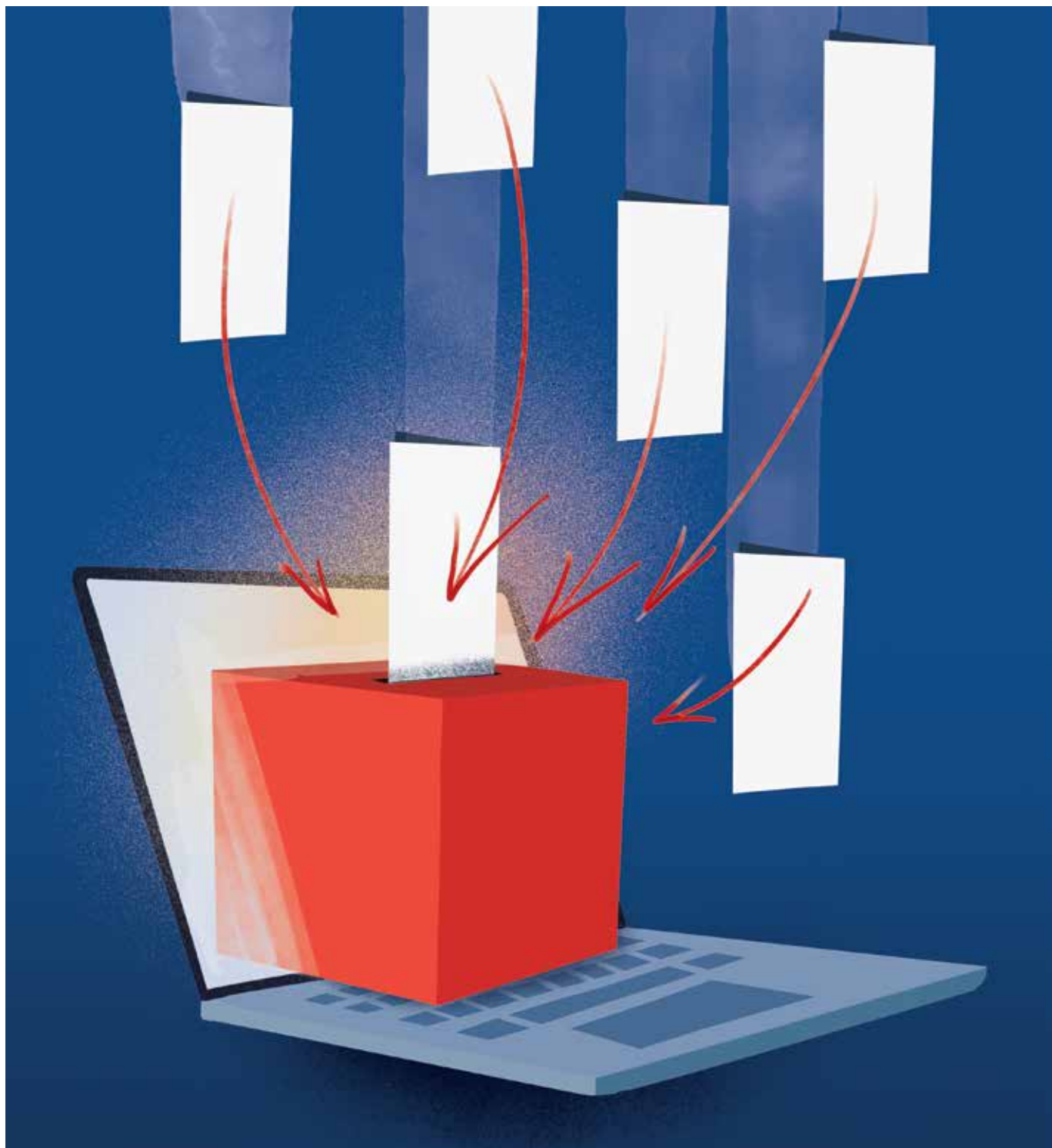






Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja dla dzieci członków Izby Lekarskiej.



Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja zapewni Twojemu dziecku ochronę na wypadek nieprzewidzianych zdarzeń, takich jak **nieszczęśliwy wypadek czy poważne zachorowanie**.

Dla kogo jest ubezpieczenie NNW PZU Edukacja

Ubezpieczamy:

- dzieci od dnia narodzin, niezależnie od tego, czy są w żłóbkach, przedszkolach czy klubach dziecięcych,
- uczniów szkół podstawowych i średnich,
- studentów i uczniów szkół policealnych do 25. roku życia.



Jak działa ubezpieczenie



Możemy wypłacić pieniądze w razie różnych sytuacji, które mogą się przydarzyć dziecku.

Nasze ubezpieczenie obejmuje złamania, zwichnięcia, a także m.in. ukąszenia, pogryzienia, oparzenia oraz wstrząśnienia mózgu.



Jeśli wypadek objęty zakresem ubezpieczenia zdarzy się podczas wycieczki szkolnej, **wypłacimy odszkodowanie wyższe niż w razie wypadku, do którego doszło w innych okolicznościach** – 1,5% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu.



Możemy zwrócić koszty zakupu sprzętu ortopedycznego i odbudowy zębów stałych uszkodzonych podczas wypadku (do wysokości limitu).



Po nieszczęśliwym wypadku dziecka **możemy zorganizować i opłacić m.in. konsultacje lekarskie czy domowe wizyty fizjoterapeuty w Polsce**.



Odpowiadamy za wypadki **podczas uprawiania sportów rekreacyjnych i wyczynowych** (także wysokiego ryzyka).



Możemy zwrócić poniesione przez ubezpieczonego koszty leczenia następstw wypadków, w tym rehabilitacji i operacji chirurgicznej.



Możemy wypłacić świadczenie, gdy Twoje dziecko **poważnie zachoruje** na jedną z chorób objętych zakresem ubezpieczenia (m.in. na cukrzycę typu 1, neuroboreliozę, sepsę – lista chorób w OWU).



Po wypadku Twojego dziecka **możemy mu zorganizować i opłacić pomoc psychologiczną** (łącznie wszystkich wizyt do kwoty 2000 zł) oraz **korepetycje** (łącznie do 1200 zł).



Jeśli dziecko było pogryzione (np. przez psa), **do wypłaty świadczenia wystarczy dokumentacja ze szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR).**



Nie jest konieczna wizyta kontrolna, aby otrzymać świadczenie (0,5% sumy ubezpieczenia) za drobne urazy (np. skaleczenia lub skręcenia), wymagające interwencji lekarza w placówce medycznej.



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 aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU) NNW PZU Edukacja oraz w postanowieniach dodatkowych i odbiegających od OWU NNW PZU Edukacja, dostępnych na stronie ins-med.pl/ubezpieczenia-dzieci.

MATERIAŁ MARKETINGOWY

Spis treści

okładka: Marta Konarzewska



TEMAT Z OKŁADKI

5 | List wyborczy prezesa ORL

Artur Drobnik

6 | Czas wybrać!

Aleksandra Sokalska

7 | Instrukcja głosowania korespondencyjnego

MEDYCyna

4 | Cena urody i zdrowia

Aleksandra Sokalska

8 | Uroda w korekcji

Rozmowa z dr n. med. Elżbietą Radzikowską, specjalistką chirurgii ogólnej i chirurgii plastycznej

11 | Uroda

Jerzy Bralczyk

12 | Turystyka medyczna: między biznesem a pielgrzymką

Maria Libura

14 | Nowe możliwości

Wywiad z dr n. med. Moniką Nagadowską, specjalistką chirurgii onkologicznej

16 | Leczyć relację, nie tylko pacjenta

Rozmowa z dr n. med. Pawłem Salą, psychiatrą i psychoterapeutą

18 | Wypadkowe w Kosmosie

Łukasz Laskus

20 | Od środka do zewnątrz. Medycyna estetyczna w dobrym stylu

Olga Rostkowska

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

21 | Nie tylko próchnica – spotkanie specjalistów w Warszawie

22 | Jesień pełna praktyki i nowości – szkolenia dla dentystów

Dorota Lebiedzińska

23 | Czas decyzji – głos dentystów musi być słyszalny

Dorota Lebiedzińska

24 | Uśmiech a autoprezentacja

Anna Prawdzik

ZDROWIE PUBLICZNE

25 | Czy będą zmiany w kontraktach?

Małgorzata Solecka

26 | Ewa, zostaw to lekarzom (czyli jak leczyć na Instagramie)

Paweł Walewski

28 | Polityka senioralna musi przestać być pomocą sezonową

Wywiad z prof. Piotrem Błędowskim – gerontologiem, ekonomistą

30 | Zdrowie 2.0?

Małgorzata Solecka

32 | Gasnące światła dyżuru lekarskiego

Hanna Odziemka

34 | Sytuacja w ochronie zdrowia w Portugalii

Dominik Héjj

PRAWO

36 | „Lex szarlatan” i inne zmiany w prawie

Filip Niemczyk

38 | Należyta staranność – regulacje prawne

Gabriela Pacek, Przemysław Rawa-Kłoczek

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

40 | To relacje są narzędziem zmiany

Rozmowa z Marią Kłosińską – lekarką, przewodniczącą Zespołu ds. Matek Lekarek ORL w Warszawie

43 | Opóźnienie w wydaniu dyplomu specjalisty z powodu błędu proceduralnego

Monika Potocka

44 | Apteczka psychiczna dla lekarza

Wywiad z Dorotą Mintą, psycholożką i psychoterapeutką

46 | Ochrona prawna dla lekarzy i lekarzy dentystów w ramach składki członkowskiej

48 | Aktualności Komisji ds. Kultury

50 | Aktualności Komisji ds. Sportu

51 | Aktualności LUTW Nestor

PO DYŻURZE

52 | Młodość, nauka i... Okęcie (wspomnienia z lat 60.)

Włodzimierz Cerański

Pobierz
PDF lub e-book!

Cena urody i zdrowia



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Każdy chciałby być piękny, młody i bogaty. I nie ma w tym pragnieniu niczego złego, pod warunkiem że droga do osiągnięcia owego celu nie zwiedzie nas na manowce. Tymczasem, jak pokazują badania, niestety zwodzi, i to nader często. W tym wydaniu „Pulsu” Maria Libura pisze: *Aż 86 proc. brytyjskich dentystów deklaruje, że musiało leczyć pacjentów po nieudanych zabiegach za granicą, a koszty naprawy błędów zagranicznych klinik przekraczają nierzadko 5 tys. funtów.* Z kolei w wywiadzie dla naszego miesięcznika dr n. med. Elżbieta Radzikowska, specjalistka chirurgii ogólnej i chirurgii plastycznej, podkreśla: *Do wielu lekarzy regularnie trafiają pacjenci z powikłaniami po zabiegach wykonanych przez osoby bez uprawnień medycznych.*

Pragnienie osiągnięcia doskonałego wyglądu lub chęć przynajmniej jego poprawy – bez zbytniego wysiłku i małym nakładem środków – niestety czasem odbiera zdrowy rozsądek. Wierzmy, że można szybko, tanio i dobrze. A tego tria zwykle połączyć się nie da. Profesjonalne zabiegi medycyny estetycznej są kosztowne. Za wiedzę i doświadczenie lekarzy, a także dobrej jakości materiały, nowoczesne technologie i sprzęt po prostu trzeba sporo zapłacić. Ten, kto nie chce tyle wydać, wybiera salon kosmetyczny, w którym dokona tańszej korekty urody. I tak, choć zabiegi inwazyjne mogą być wykonywa-

ne wyłącznie przez lekarzy, niezgodny z prawem kosmetyczny biznes nadal kwitnie – polecam wpisać w wyszukiwarkę np. hasło „mezoterapia igłowa tanio” i przejrzeć listę wyników.

W podobny zresztą sposób kwitną biznesy celebrytów, którzy od jakiegoś czasu chętnie wcielają się w rolę lekarzy, oferując magiczne suplementy diety, kompleksowe testy i łatwe terapie. Leczą wszystko – już nie tylko otyłość, na której, wiadomo, można zbić kokosy, ale także choroby tarczycy, a nawet endometriozę. Świetnie podsumowuje to zjawisko Paweł Walewski w swoim felietonie: *Celebryci próbują przekonać Polki i Polaków, że ich lajki w mediach społecznościowych to odpowiednik dyplomu z medycyny.*

W biznesie prosta zasada brzmi: jest popyt, jest podaż. Skoro istnieją ludzie, którzy są gotowi skorzystać z usługi wykonanej przez nieprofesjonalistę, byle tylko zapłacić mniej, nieprofesjoniści będą je oferować. Skoro są tacy, którzy wierzą bardziej gwiazdzie Instagrama niż lekarzowi, celebryci będą wchodzić w buty medyków. I nawet jeśli niektórych łatwowiernych ta pseudomedyczna przygoda będzie jednak naprawdę słono kosztować (bo nie tylko finansowo, ale też zdrowotnie), zawsze znajdą się tacy, którzy z ludzkiej niewiedzy i naiwności będą czerpać zyski. A *Primum non nocere? Cóż... Pecunia non olet.*

fot. Zuzanna Sokalska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów na **trening balintowski**



Terminy spotkań w 2025 r.:

19 września | 3 października | 14 listopada | 12 grudnia
godz. 18.00–20.30



Szczegółowe informacje
i zapisy na stronie

Spotkania stacjonarne w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.

Czas wyborów



**Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy, Lekarze
i Lekarze Dentyści, członkowie Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie,**

w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz własnym zwracam się do Państwa z gorącym apelem o aktywny udział w **wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji**.

Okręgowy Zjazd Lekarzy to organ naszej Izby, który decyduje o najważniejszych kierunkach jej działania. To właśnie delegaci wybrani przez Państwa są głosem środowiska lekarskiego i podejmują decyzje wpływające na przyszłość samorządu, w tym m.in. na kwestie etyki zawodowej, kształcenia ustawicznego, organizacji pracy czy relacji z instytucjami publicznymi.

Tylko liczny udział w głosowaniu gwarantuje, że decyzje te będą odzwierciedlały rzeczywiste potrzeby i oczekiwania całego naszego środowiska – zarówno młodszych, jak i bardziej doświadczonych lekarzy oraz lekarzy dentyistów, pracujących w różnych sektorach ochrony zdrowia.

Zachęcam Państwa do:

- zapoznania się z kandydaturami,
- oddania głosu na wybranych kandydatów,
- rozmowy z koleżankami i kolegami o znaczeniu tych wyborów dla kondycji naszego samorządu.

Zadbajmy wspólnie o to, by samorząd lekarski był silnym, kompetentnym i niezależnym głosem środowiska medycznego – reprezentującym nas z zaangażowaniem i odpowiedzialnością.

Z wyrazami szacunku i koleżeńskimi pozdrowieniami,

ARTUR DROBNIAK

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Czas wybrać!

Trwa wysyłanie pakietów wyborczych do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów zrzeszonych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Pora wybrać swojego delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji.



ALEKSANDRA SOKALSKA

Wszystko w rękach lekarzy i lekarzy dentystów! 21 lipca zakończyło się zgłaszanie kandydatów na delegatów, a 22 lipca Okręgowa Komisja Wyborcza przyjęła uchwałę zamykającą ich ostateczną listę. Lista ta – z podziałem na rejony – została opublikowana w serwisie OIL w Warszawie, w Biuletynie Informacji Publicznej, a także udostępniona w siedzibie izby.

WAŻNE TERMINY

28 czerwca OKW podjęła uchwałę w sprawie ustalenia terminu, miejsca i okresu głosowań w rejonach wyborczych w wyborach delegatów na OZL. Zgodnie z nią 28 lipca rozpoczęło się głosowanie w pierwszych sześciu rejonach. Tego dnia wysłano pakiety wyborcze do wszystkich członków tych rejonów i jednocześnie uruchomiono dla nich system głosowania elektronicznego. – *Informację o tym, kiedy rozpocznie się głosowanie w danym rejonie, można znaleźć w serwisie internetowym izby*, a także na stronie BIP* – mówi Mery Topolska-Kotulecka, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie.

Od 28 lipca aż do 5 września, codziennie ruszają głosowania w kolejnych sześciu-siedmiu rejonach wyborczych. OKW zadbała o to, by członkowie wszystkich rejonów mieli dokładnie tyle samo czasu na oddanie głosu. – *Czas głosowania elektronicznego oraz korespondencyjnego wynosi 50 dni. Zdecydowaliśmy się na tak długi okres ze względu na pocztę, która nie zawsze sprawnie działa, a zależy nam, by każdy miał możliwość wzię-*

cia udziału w wyborach – wyjaśnia przewodnicząca OKW.

TRYBY GŁOSOWANIA

Członkowie OIL mogą oddać swój głos na trzy sposoby. Najprostszy i najwygodniejszy z nich to skorzystanie z systemu głosowania elektronicznego. Instrukcja, jak to zrobić, znajduje się w naszym serwisie internetowym w zakładce „Wybory”.

Drugim sposobem jest głosowanie korespondencyjne. Jak prawidłowo w ten sposób zagłosować, pokazuje prosta instrukcja, która znajduje się na sąsiedniej stronie, a także jest dołączana do pakietów wyborczych. W głosowaniu korespondencyjnym decyduje data wpływu karty głosowania, a nie stempla pocztowego, czyli jeśli głos wpłynie po terminie, nie będzie liczony przez komisję wyborczą. Warto zatem podkreślić, że wypełnioną kartę głosowania można także przywieźć osobiście do siedziby OIL przy ul. Puławskiej 18 w Warszawie (wejście od ul. Rejtana). Trzeba to jednak zrobić nie później niż ostatniego dnia przeznaczonego na ten typ głosowania (można także w weekend!).

Ostatnim sposobem na oddanie głosu jest głosowanie w trybie osobistym. Dla członków każdego rejonu jest przeznaczony na to jeden konkretny dzień, który następuje po zamknięciu głosowania korespondencyjnego w danym rejonie (czyli jeśli np. ta forma kończy się 14 września, to tylko 15 września można zagłosować osobiście). W trybie osobistym głosuje się w siedzibie OIL, w godzinach 17.00–19.00. Członkowie ostatnich siedmiu rejonów będą mogli zagłosować 24 października.

WYBÓR KANDYDATA

Każdy lekarz i lekarz dentysta może zagłosować maksymalnie na tylu kandydatów, ile mandatów jest w jego rejonie. Liczba mandatów znajduje się na karcie głosowania w prawym górnym rogu, jest także widoczna w systemie głosowania elektronicznego.

Skreślenie większej liczby kandydatów na karcie do głosowania powoduje nieważność głosu. W systemie elektronicznym, jeśli ktoś będzie próbował zagłosować na większą liczbę kandydatów niż liczba mandatów, najpierw pojawi się ostrzeżenie, że oddaje głos nieważny.

Zgodnie z kalendarzem wyborczym uchwalonym przez KKW wyniki głosowania zostaną podane do wiadomości przez OKW do 5 listopada. Natomiast obwieszczenie o wynikach wyborów będzie wydane do 10 grudnia. ●



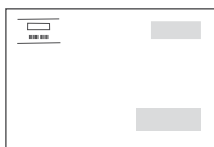
*Sprawdź, kiedy rozpoczyna się i kończy głosowanie w Twoim rejonie

POTRZEBNA FREKWENCJA

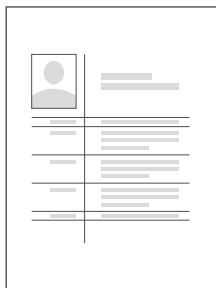
- Aby wybory w rejonie były ważne, musi wziąć w nich udział minimum 20 proc. wyborców danego rejonu.
- Aby kandydat został delegatem, musi uzyskać nie mniej niż 5 proc. głosów z całego swojego rejonu wyborczego.
- Delegatami zostaną ci, którzy uzyskają największą liczbę głosów.

Instrukcja głosowania korespondencyjnego

Pakiet wyborczy:



Opłacona koperta
zwrotna



Ankieta kandydata
na delegata



Instrukcja głosowania
(graficzna i opisowa)



Karta do głosowania
(żółta)

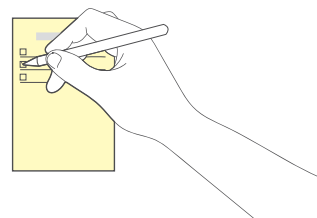


Mała koperta
na głos

1. Zapoznaj się z ankietą



2. Zagłosuj na swojego/swoich kandydata/kandydatów*



* maksymalna liczba wskazań = liczbie mandatów

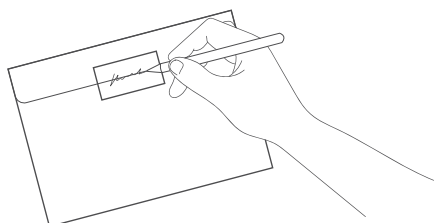
3. Włóż kartę głosowania do małej koperty i zaklej ją



4. Włóż małą kopertę do opłaconej koperty zwrotnej



5. Pamiętaj o postawieniu pieczętki lekarskiej i podpisie w ramce na odwrocie koperty zwrotnej**



** nr PWZ na pieczętce jest informacją jawną i nie należy się obawiać jej przystawiać

6. Wrzuć do skrzynki pocztowej lub dostarcz do siedziby izby lekarskiej



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Uroda w korekcje



fol. Malgorzata Plenička

Popularność zabiegów medycyny estetycznej rośnie. Wysoki popyt sprawia, że rośnie też liczba miejsc, które owe zabiegi oferują. Na nieszczęście pacjentów, niestety. O operacjach poprawiających urodę i komfort rozmawiam ze specjalistką chirurgii ogólnej i chirurgii plastycznej **dr n. med. Elżbietą Radzikowską**.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Inwazyjne zabiegi medycyny estetycznej może wykonywać tylko lekarz? Pytam, bo na stronach wielu salonów kosmetycznych w ofercie znajduje się np. mezoterapia igłowa czy wstrzykiwanie botoksu.

Zgodnie z aktualnymi przepisami prawa oraz stanowiskiem środowisk medycznych wszystkie zabiegi inwazyjne – czyli takie, które wiążą się z naruszeniem ciągłości tkanek (np. skóry, błon śluzowych) – powinny być wykonywane wyłącznie przez lekarzy. Dotyczy to m.in. mezoterapii igłowej, toksyny botulinowej (botoks), kwasu hialuronowego czy stymulatorów tkankowych. Procedury te wymagają nie tylko precyzyjnej techniki, ale także dogłębnej znajomości anatomii, farmakologii i umiejętności reagowania na powikłania – zarówno naczyniowe, jak i neurologiczne.

Niestety, brak skutecznych regulacji i nadzoru sprawia, że wiele salonów kosmetycznych wciąż oferuje te zabiegi mimo braku odpowiednich kwalifikacji. To realne zagrożenie dla zdrowia pacjentów. Uważam, że nie chodzi wyłącznie o samo wykonanie zabiegu, lecz przede wszystkim o zdolność do właściwego postępowania w przypadku powikłań.

Zdarza się więc, że chirurg plastyczny musi niwelować negatywne efekty zabiegów wykonywanych przez osoby do tego nieuprawnione?

Tak, i to niestety często. Myślę, że do wielu lekarzy regularnie trafiają pacjenci z powikłaniami po zabiegach wykonywanych przez osoby bez uprawnień medycznych. Trzeba zaznaczyć, że powikłania mogą wystąpić nawet w przypadku procedur przeprowadzanych przez profesjonalistów – są bowiem wpisane w charakter każdego zabiegu małoinwazyjnego. Problem pojawia się jednak, gdy brak odpowiedniej wiedzy skutkuje błędami, których konsekwencje musimy potem niwelować.

Z jakim ryzykiem zatem wiążą się operacje plastyczne?

Ryzyko to nieodłączny element każdej operacji – również plastycznej. Może obejmować zarówno powikłania typowe

choirurgiczne (jak zakażenia, krwawienia, krwiaki, problemy z gojeniem), jak i związane z anestezją (np. reakcje alergiczne na leki, powikłania po znieczuleniu). W bardziej zaawansowanych procedurach, takich jak lifting twarzy, istnieje ryzyko uszkodzenia nerwów, niedokrwienia skóry czy przewlekłego obrzęku. Dodatkowym aspektem ryzyka jest rozbieżność między oczekiwaniami pacjenta a efektem zabiegu – nawet przy jego prawidłowym wykonaniu. Dlatego tak ważna jest rzetelna kwalifikacja, rozmowa o motywacjach pacjenta i jasna komunikacja co do możliwego wyniku oraz ewentualnych trudności. Zdarza się, że potrzebna jest kolejna korekta lub leczenie powikłań.

Medycyna estetyczna i chirurgia plastyczna są związane z samooceną pacjenta. Czy zdarzają się sytuacje, w których chirurg plastyczny odradza wykonanie jakiegoś zabiegu?

Zdecydowanie tak – i to jest nieodłączna część odpowiedzialnej praktyki lekarskiej. Jeżeli pacjent prezentuje nierealistyczne oczekiwania, wykazuje obsesję na punkcie drobnych niedoskonałości lub cechy dysmorfofobii (czyli zaburzenia postrzegania własnego ciała), obowiązkiem chirurga jest odmówić wykonania zabiegu.

Czasem przyczyną odmowy są przeciwwskazania medyczne, zbyt duże ryzyko powikłań lub prawdopodobieństwo pogorszenia estetyki. Innym razem – przyczyny psychologiczne, np. przekonanie pacjenta, że operacja rozwiąże jego problemy emocjonalne. Dobry chirurg musi wiedzieć, kiedy powiedzieć „nie”. Ja również często odmawiam, jeśli widzę, że nie będę w stanie porozumieć się z pacjentem lub gdy jego oczekiwania są kompletnie nierealne.

W jakim wieku zazwyczaj są pacjenci, którzy trafiają do gabinetu chirurga plastycznego? O płeć nie pytam, bo pewnie częściej są to kobiety.

Najwięcej pacjentów to osoby w wieku 30–55 lat – czyli w takim momencie życia, w którym pojawiają się pierwsze oznaki starzenia się lub zmiany w syl-

wecie, np. po ciąży, redukcji masy ciała czy zmianach hormonalnych. Trafiają się również młodsze osoby z kompleksami dotyczącymi nosa, uszu czy piersi, a także starsi pacjenci zainteresowani liftingiem twarzy lub korekcją powiek.

Kobiety rzeczywiście dominują – stanowią ok. 80–85 proc. pacjentów – ale liczba mężczyzn systematycznie rośnie. Panowie najczęściej zgłaszają się z problemem ginekomastii, wiotkości powiek, chęcią korekty nosa czy owalu twarzy. Zmieniające się oczekiwania społeczne wpływają na rosnącą akceptację takich zabiegów także wśród mężczyzn.

Chirurgia plastyczna intensywnie się rozwija. W jakim obszarze ten rozwój jest najszybszy?

Największy postęp notujemy obecnie w dziedzinie chirurgii regeneracyjnej oraz technik małoinwazyjnych. Coraz częściej korzystamy z autologicznego tłuszczu pacjenta (lipofilling), który nie tylko służy do modelowania, ale także wykazuje właściwości regeneracyjne dzięki zawartości komórek macierzystych.

Dynamicznie rozwijają się również technologie łączące medycynę estetyczną z chirurgią – takie jak lasery frakcyjne, ultradźwięki HIFU czy osocze bogatopłytkowe (PRP). W praktyce klinicznej pojawia się także obrazowanie 3D i planowanie zabiegów z wykorzystaniem sztucznej inteligencji, co zwiększa precyzję i przewidywalność efektów. Choć osobiście uważam, że mimo zastosowania tych nowoczesnych narzędzi ciało ludzkie nadal pozostaje nieprzewidywalne, więc sztuczna inteligencja nie jest w stanie w pełni zastąpić doświadczenia lekarza.

Jakie operacje plastyczne i zabiegi medycyny estetycznej są najpopularniejsze i dlaczego?

W chirurgii plastycznej od lat najczęściej wykonywane są operacje piersi (powiększanie, podniesienie, redukcja), liposukcja oraz blefaroplastyka, czyli korekcja powiek. Dają one wyraźny efekt estetyczny przy relatywnie niskim ryzyku i dość krótkim okresie rekonwalescencji.

W medycynie estetycznej najpopularniejsze są: toksyna botulinowa (na



zmarszczki mimiczne), kwas hialuronowy (do wypełnień i modelowania twarzy), a także zabiegi regeneracyjne, takie jak mezoterapia czy biostymulatory (np. kwas polimlekowy, hydroksypatyt wapnia). Ich popularność wynika z dostępności, szybkiego efektu oraz stosunkowo niewielkiej inwazyjności. Coraz więcej osób interesuje się też tzw. Deep Plane Face Lift, głównie za sprawą medialnych wizerunków znanych osób, które przeszły ten zabieg.

Co sprawia, że operacje plastyczne są tak drogie?

Koszty operacji plastycznych są wysokie, ponieważ obejmują nie tylko samą pracę chirurga, ale także cały kompleksowy proces leczenia: wynajem bloku operacyjnego, opiekę anestezjologiczną, zespół medyczny, sterylne materiały,

implanty oraz nowoczesne technologie. Dochodzą do tego konsultacje, badania kwalifikacyjne, opieka pozabiegowa oraz często bardzo zaawansowany sprzęt medyczny.

W przeciwieństwie do systemu publicznego tutaj pacjent płaci za bardzo indywidualne podejście, pełne bezpieczeństwo i przewidywalny efekt estetyczny. W swojej praktyce ogromną wagę przykładam do jakości zaplecza medycznego – dlatego operacje przeprowadzam wyłącznie w placówkach takich jak szpital MSWiA czy Carolina Medical Center.

W jakich sytuacjach pacjent może liczyć na refundację?

Refundacja operacji plastycznych przez NFZ (lub inne ubezpieczenia) jest możliwa wyłącznie w przypadku, gdy zabieg ma medyczne uzasadnienie, a nie wy-

łącznie estetyczne. Dotyczy to np. rekonstrukcji piersi po mastektomii, operacji wad wrodzonych (jak rozszczep wargi i podniebienia), korekty blizn znacznie utrudniających funkcjonowanie, opadających powiek ograniczających pole widzenia czy leczenia patologicznej ginekomastii. Refundowane są także zabiegi usunięcia nadmiaru fałdu skórno-tłuszczowego u pacjentów po operacjach bariatrycznych.

Każdy przypadek wymaga indywidualnej oceny i potwierdzenia wskazań medycznych. Zabiegi o czysto estetycznym charakterze – takie jak powiększanie piersi, lifting twarzy czy korekta nosa bez zaburzeń funkcji – nie podlegają refundacji. W naszym oddziale jednak bardzo duży odsetek stanowią zabiegi refundowane – często rozległe, wymagające zaawansowanej plastyki lub wieloetapowych rekonstrukcji. ●

URODA



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Dziś, w związku z powszechnym uznaniem wartości wizerunku, nasz estetyczny wygląd zdaje się mieć większe znaczenie. A dodać należy, że od zawsze jest on uznawany za czynnik wpływający na funkcjonowanie społeczne w różnych aspektach. I jeszcze jedno: nasze postrzeganie świata w wymiarze estetycznym zdaje się poprzedzać oceny etyczne: w końcu dziecko najpierw dowiaduje się, co *cacy*, a co *be* – i te określenia, niewątpliwie prymarnie estetyczne, odnosi zarazem do wyglądu i (niejako w konsekwencji) do uznania, co dobre, a co złe.

Uroda to cecha wyglądu – prawda, można mówić i o brzydocie jako o urodzie (*był urody niewielkiej*), ale zasadniczo to wygląd piękny. Śliczny, cudny i tak dalej. To właściwie piękno – czyli nie miara, lecz cecha. Tak jak wysokość czy głębokość – wprawdzie to określenia miary, ale częściej cechy. A uroda to cecha naturalna. Mówi się, że to *Bóg nią obdarza* i już. Coś danego, *przyrodzonego*, na co w zasadzie wpływu nie ma. Dystrybucja urody jest niesprawiedliwa. Na przykład człowiek taki właśnie się rodzi, czasem niezbyt piękny i trudno. Takim pozostaje.

I język na tę naturalność wskazuje. Wyjątkowo płodne (!) słowo *ród* daje i *rodzenie*, i *rodzinę*, i *rodzaj*, i wiele przedrostkowych wyrazów, z *przyrodą* na czele. Większość to wyrazy raczej pozytywne, ale trafiają się *wyrodki*. A przyrostek *u-*, w sumie nie zawsze poprawiający znaczenie słów, tu jest raczej pozytywny: i *urodzić się*, i *urodziny*, i *urodzaj* to słowa miłe. I *uroda* też. Choć na przykład w rosyjskim *urod* to 'potwór'...

Uroda to cecha głównie człowieka, a tu, trzeba to niestety powiedzieć, raczej kobiety niż mężczyzny. Tak jest w zwyczajach

i w najczęstszych kontekstach. Można *urodę* odnieść i do krajobrazu, i do roślinności, i do zwierząt, a nawet do tworów ludzkich, jak dom czy strój, ale to głównie człowiek jest nosicielem urody. *Taka jego uroda*. I z niej wypływają inne urody, z *urodą życia* na czele.

Urodziwy człowiek jest piękny. Dawniej odnoszono urodę do całej powierzchowności człowieka, w równej mierze do twarzy jak do budowy ciała, wzrostu, postawy, figury – dziś najczęściej do twarzy. I jakkolwiek dbając o urodę, pielęgnować należy całą sylwetkę, to jednak o twarzy w kontekście urody myślimy najczęściej. I często. Wprawdzie wielu podkreślało ważność innych cech, a dawne przysłowia mówiły „za diabła uroda, kiedy cnoty mało”, „urody dość, rozumu ni kasha”, „urody dość, serca mało”, ale przyznawały też „uroda wielki orator, wielki mocarz”.

W przyznawaniu urodzie wielkiego znaczenia mogło przeszkadzać to, że jest na pokaz. Że właściwie jest dla innych, dla świata niż dla tego, kto *urodziwy*. Ale właśnie na tym polega dzisiejsza dominacja wizerunkowości. Jesteśmy tacy, jakimi nas postrzegają. W piarze, w reklamie uroda jest jedną z najważniejszych wartości. Konkuruje ze zdrowiem. Wiele wyrzeczeń, trudu, a nawet cierpienia wiąże się z dbaniem o zdrowie i o urodę. Prawda, że w tej konkurencji wielu przyzna prymat zdrowiu. Istotnie, wiele skłonniśmy poświęcić dla zdrowia – i będzie to dla innych zrozumiałe. A dla urody? Także, choć do tego przyznać się już nieco trudniej.

Ale w końcu – czy nie jesteśmy piękniejsi, a zwłaszcza piękniejsze, dla świata? Dla bliźnich?

Inni powinni to docenić...



Turystyka medyczna: między biznesem a pielgrzymką

Kuszeni niższymi cenami, szybszym dostępem do lekarza czy możliwością skorzystania z terapii niedostępnych w kraju, pacjenci na całym świecie coraz częściej decydują się na podróż po zdrowie. Jednak za wizją leczenia w egzotycznych lokalizacjach kryją się także poważne wyzwania – etyczne, prawne i medyczne.



MARIA LIBURA
przewodnicząca Zespołu
Studiów Strategicznych OIL

Pamiętam doskonale z lat dziecięcych w Szczecinie ogromną liczbę gabinetów dentystycznych i protetycznych, reklamujących się w języku niemieckim i wybranych językach skandynawskich. W latach 90. ubiegłego wieku miasto to było mekką dla pragnących lepszego uzębienia goście z sąsiadujących z nami, jednak nieporównywalnie bogatszych od nas wówczas, państw. Dzięki ogromnej różnicy w cenie jedni goście z Zachodu mogli szybko i tanio uzyskać szeroki uśmiech, a inni – nie mniej ważną zdolność rozdrabniania pokarmu.

Turystyka medyczna do dziś ma takie dwa oblicza – estetyczne i pragmatyczne. Choć w popularnej opinii kojarzy się głównie z próbami oszczędzania na poprawianiu urody, jej istotny segment służy zaspokajaniu zupełnie podstawowych, realnych potrzeb medycznych, a nie – tak czy inaczej rozumianej próżności. Innymi słowy, wielu

ludzi przekracza granice w celu otrzymania planowanego leczenia, które z różnych powodów jest nieosiągalne w ojczyźnie. Według szacunków Medical Tourism Association każdego roku ok. 14 mln osób podróżuje za granicę w celach leczniczych. Statystyki globalne mówią nam, że szeroko pojęta turystyka medyczna dotyczy przede wszystkim obszarów: chirurgii (plastycznej i rekonstrukcyjnej), stomatologii, leczenia niepłodności (zarówno zapłodnienia in vitro, jak i surogacji), ale także mniej oczywistych – kardiochirurgii, onkologicznych, ortopedycznych czy nawet psychiatrii. Motywowani głównie niższymi kosztami, krótszymi terminami lub dostępem do innowacyjnych terapii, pacjenci decydują się na te dość szczególne wycieczki do często egzotycznych lokalizacji.

Taką też niewątpliwie była dla mieszkańców Europy Zachodniej postko-

munistyczna Polska. Jednak ani siermiężność warunków pobytu w ówczesnych polskich hotelach, ani bariery językowe i kulturowe, ani nawet trudności w przypadku ewentualnych komplikacji nie powstrzymywały mieszkańców Sztokholmu i Hamburga przed wykorzystaniem szansy na poprawę stanu uzębienia za ułamek kwoty, jaką musieliby uiścić w ojczyźnie. Dla lokalnych mieszkańców miało to różnorodne konsekwencje. Z jednej bowiem strony przyczyniało się do transferu wiedzy oraz niezwykle szybkiej adaptacji gabinetów prywatnych do wysokich standardów, jakich oczekiwali zagraniczni goście. Z drugiej zaś – windowało ceny usług w komercjalizującej się gwałtownie stomatologii. Mieszkańcy blokowisk często skazani byli na borowanie zębów niemal zabytkowym sprzętem w publicznej poradni, gdzie podanie znieczulenia pozostawało swego rodzaju loterią, podczas gdy ulicę obok pacjenci cieszyć się mogli światowej klasy obsługą, pod warunkiem że płacili w tzw. dewizach.

Turystyka medyczna wiąże się bowiem ze specyficznymi wyzwaniami, nie tylko logistycznymi, ale także etycznymi i prawnymi, które dotyczą zarówno korzystających z niej pacjentów, jak i personelu medycznego i placówki zaangażowane w ich obsługę. Nie pozostaje też bez wpływu na szersze procesy, które kształtują stan zdrowia populacji i możliwości leczenia zarówno w kraju pochodzenia, jak i poza nim. W Wielkiej Brytanii, której obywatela często korzystają z modelu podróży po zdrowie, niemal co tydzień media rozpisują się o kolejnych tragicznych przypadkach śmierci lub okaleczenia pechowych podróżników. „Tureckie zęby” zakończyły się koniecznością ich ekstrakcji, kulminacją transplantacji włosów okazał się pobyt na oddziale

intensywnej terapii, za który nieszczęśliwie musiał ostatecznie jeszcze dopłacić zawrotne sumy, a operacja bariatryczna, która miała zmienić życie pulchnej dziewczyny, doprowadziła do jej zgonu.

Popyt na tanie usługi medyczne kusi bowiem nie tylko renomowane szpitale, ale też kliniki o wątpliwym standardzie w państwach biedniejszych. British Association of Aesthetic Plastic Surgeons odnotowała, że liczba pacjentów wymagających leczenia w brytyjskich szpitalach spowodowanego komplikacjami po operacjach za granicą wzrosła o 94 proc. w ciągu trzech lat. Od 2019 r. co najmniej 28 obywateli Wielkiej Brytanii zmarło po zabiegach planowych przeprowadzonych w Turcji. W przypadku stomatologii trend na wspomniane tureckie zęby sprawił, że tysiące młodych osób decydują się na agresywne szlifowanie zębów pod korony, których trwałość nawet przy perfekcyjnym wykonaniu to zaledwie 10–15 lat; w rzeczywistości powszechne są szybkie powikłania, które obejmują infekcje i w optymistycznym scenariuszu oznaczają konieczność le-

czenia kanałowego. Aż 86 proc. brytyjskich dentystów deklaruje, że musiało leczyć pacjentów po nieudanych zabiegach za granicą, a koszty naprawy błędów zagranicznych klinik przekraczają nierzadko 5 tys. funtów. Różnice w kształceniu medycznym, podejściu do bezpieczeństwa pacjenta, a czasem po prostu drapieżne modele biznesowe, stawiające szybki zysk nad trwałą renomę – to zjawiska, z którymi wraz ze wzrostem wartości globalnego rynku turystyki medycznej należy się coraz częściej mierzyć. Nie tylko przepisy dotyczące jakości świadczeń i praw pacjentów różnią się między krajami. W wielu jurysdykcjach nie ma szczegółowych regulacji dotyczących turystyki medycznej i standardów obsługi pacjentów zagranicznych, którzy mogą być traktowani inaczej niż obywatele. Poszkodowani często mają trudności z dochodzeniem roszczeń, co dodatkowo komplikuje fakt, że muszą prowadzić spór prawny w obcym kraju. Taki proces jest czasochłonny i wymaga zatrudnienia lokalnych prawników.

Poszukiwanie szybkiej ścieżki leczenia poza krajowym systemem ochrony zdrowia, jakkolwiek kuszące, wiąże się z poważnymi wyzwaniami. Brak standaryzacji, trudności prawne, ryzyko powikłań i nieetyczne praktyki medyczne wymagają szczególnej ostrożności. Istotna jest rzetelna weryfikacja kliniki, konsultacja z lekarzem w kraju pochodzenia oraz wykupienie ubezpieczenia obejmującego ewentualne powikłania. Dla ustawodawców i organizacji międzynarodowych priorytetem powinny być regulacje zwiększające bezpieczeństwo pacjentów, ochronę obywateli krajów rozwijających się przed różnymi nadużyciami oraz współpraca transgraniczna w zakresie ochrony zdrowia.

Warto dodać, że nie tylko oszczędności finansowe i omijanie kolejek skłaniają pacjentów do podróży medycznych. Niektórych kusi połączenie leczenia z wakacjami – łączą więc różnego rodzaju interwencje z luksusowymi warunkami pobytu w pakiecie, co ma niejako przesłonić psychologicznie trudną decyzję, np. o operacji, zamieniając ją w umyśle pacjenta w „sprawianie sobie przyjemności”. Inni z kolei szukają za granicą eksperymentalnych terapii, gdy możliwości leczenia oferowane przez lokalny system uległy wyczerpaniu, a czasem wręcz wyjeżdżają, by poddać się niedozwolonym w ich ojczyźnie procedurom. Tak jest choćby w przypadku surogacji, która stanowi klasyczny wręcz przykład spiętrzenia różnego rodzaju ryzyka – od czysto medycznego, przez spory wokół prawa do opieki nad dzieckiem, jeśli surogatka się rozmyśli, porzucanie chorych noworodków przez „zamawiających”, po niewolnicze wykorzystanie kobiet przymuszanych do roli „inkubatora” w krajach, które prawa człowieka traktują jako fanaberię. Surogacja, a także przeszczepy narządów pokazują, że turystyka medyczna to nie tylko rynek, ale wyzwanie z perspektywy globalnej sprawiedliwości.

Na koniec dodajmy, że turystyka medyczna to wbrew pozorom zjawisko stare jak świat. Można zaryzykować tezę, że podróże po zdrowie są starsze niż medycyna. W każdym panteonie starożytności znajdziemy bóstwa, którym przypisywano moc przywracania sił vitalnych. Dotknięci bólami nieszczęśliwcy przemierzali kilometry dzielące ich od odległych miejsc kultu z nadzieją na ulgę w cierpieniu. Pierwsze „centra zdrowia” przypisuje się Sumerom, którzy wokół gorących źródeł utworzyli miejsca kultu o rzekomo uzdrawiającej mocy. Świątynie Asklepiosa w Grecji oferowały opiekę łączącą rytuały religijne i proste zabiegi medyczne. Choć współczesna turystyka medyczna wygląda inaczej, istota podróży po zdrowie pozostaje podobna – jest nią przekonanie, że skuteczne leczenie można otrzymać gdzieś dalej od domu. Może w tym kluczu łatwiej jest zrozumieć wcale nierzadkie w Polsce zbiórki na zagraniczne leczenie, choć jest ono bezpłatnie dostępne w Polsce na NFZ. ●



fot. licencja OIL w Warszawie

Nowe możliwości

Choć leczenie oszczędzające piersi stało się w wielu krajach standardem, w Polsce nadal dominują mastektomie. O tym, dlaczego tak się dzieje, jak zmieniały się wskazania do zabiegu oraz jak rozwija się chirurgia rekonstrukcyjna i diagnostyka genetyczna w raku piersi, opowiada **dr n. med. Monika Nagadowska**, specjalistka chirurgii onkologicznej.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**

Mastektomia w Polsce wciąż pozostaje najczęściej stosowaną metodą leczenia nowotworu piersi, podczas gdy w wielu krajach pacjentki częściej kwalifikuje się do leczenia oszczędzającego. Skąd ta różnica?

Był taki okres – około 10 lat temu – gdy zbliżyliśmy się do bardzo dobrych statystyk. Wówczas połowa kobiet ze świeżo rozpoznany rakiem piersi była leczona oszczędzająco, a tylko u pozostałych przeprowadzano mastektomię.

Jednak wraz z popularyzacją badań genetycznych i rozszerzeniem wskazań do mastektomii zmniejszającej ryzyko zaczął rosnąć odsetek mastektomii, w tym także tych obustronnych.

Jakie to wskazania?

Początkowo podstawowym wskazaniem do mastektomii zmniejszającej ryzyko było rozpoznanie mutacji w genach BRCA1, BRCA2. Obecnie do tej listy dołączyły także niektóre mutacje w genach CHEK2, PALB2, a także pewne złożone zespoły, np. zespół Lyncha.

Oczywiście decyzja o obustronnej mastektomii zawsze należy do kobiety – zupełnie zdrowej lub chorej na raka jednej piersi. Niemniej, ze względu na te wskazania i fakt, że chorują coraz młodsze kobiety, pacjentki decydują się na mastektomię częściej niż dawniej.



Czy mastektomia prewencyjna jest pewnym sposobem na uniknięcie nowotworu piersi?

Pacjentki często mówią o „mastektomii profilaktycznej”, ale właściwy termin to mastektomia zmniejszająca ryzyko, ponieważ ok. 10 proc. kobiet, które ją przeszły, i tak może zachorować na raka piersi. Nie ma techniki operacyjnej, która pozwala usunąć każdą pojedynczą komórkę gruczołową – zawsze pozostaje ich niewielka ilość w tkance tłuszczowej czy podskórnej. Przy silnej determinancie genetycznej ryzyko mimo wszystko pozostaje.

Czy to prawda, że wciąż stosunkowo niewiele Polek decyduje się na rekonstrukcję piersi po mastektomii?

Już coraz więcej kobiet podejmuje taką decyzję. Przeprowadzamy dwa rodzaje rekonstrukcji: jednoczasową – wykonywaną równocześnie z mastektomią – oraz odroczoną, kiedy pacjentki decydują się na odtworzenie piersi po pewnym czasie od zabiegu. W przypadku rekonstrukcji jednoczasowej najczęściej stosuje się ekspander lub protezę definitywną.

Od czego zależy wybór techniki rekonstrukcyjnej?

W przypadku mastektomii jednoczasowej decyzja zależy od tego, czy pacjentka będzie wymagała radioterapii. Jeśli tak – zazwyczaj stosuje się ekspander, jeśli nie – możliwa jest od razu implantacja protezy definitywnej. W przypadku rekonstrukcji odroczonej – jeśli pacjentka nie miała wcześniej radioterapii – można zastosować ekspander, aby wytworzyć miejsce na protezę, którą później się wszczepia.

Dostępne są również rekonstrukcje z wykorzystaniem tkanek własnych, np. fragmentu mięśnia najszerzego grzbietu (wtedy konieczne jest użycie protezy) albo tkanek z mięśnia prostego brzucha, gdzie często proteza nie jest już potrzebna. Zabiegi z użyciem własnych tkanek są bardziej czasochłonne niż jednoczasowa rekonstrukcja wykonywana podczas leczenia nowotworu.

A który rodzaj rekonstrukcji jest lepszy dla pacjentki – jednoczasowy czy odroczony?

Jeśli są ku temu wskazania, zawsze staramy się zaproponować pacjentce rekonstrukcję jednoczasową. Efekty są naprawdę bardzo dobre. Pacjentki często są pozytywnie zaskoczone – spodziewały się gorszego efektu, a po operacji cieszą się, że pierś wygląda estetycznie. Udaje się nam uzyskać

bardzo naturalny kształt, choć należy podkreślić, że tego typu operacje są bardziej czasochłonne.

Warto też pamiętać, że 20–30 lat temu większość przypadków dotyczyła klinicznie jawnego raka, czyli dużych guzów. Dziś, dzięki programom badań przesiewowych, nowotwory wykrywane są na wcześniejszym etapie, więc zakres operacji jest mniejszy, a efekt estetyczny – lepszy.

Czy zdarza się, że pacjentki oczekują także estetycznej poprawy drugiej, zdrowej piersi?

Tak, zdarzają się tego typu sytuacje. Prawdopodobnie są ośrodki, które wykonują takie zabiegi częściej. My natomiast, jeśli nie ma wskazań medycznych do ingerencji w drugą pierś, zazwyczaj jej nie operujemy. Współpracujemy jednak z chirurgiem plastycznym, który czasem wykonuje tzw. symetryzację – najczęściej w sytuacji, gdy odtworzona pierś (np. duża) jest nieco uniesiona, a naturalna opadnięta. Wtedy wykonuje się zabieg symetryzujący – bez usuwania zdrowej piersi.

Jak wygląda sytuacja z leczeniem oszczędzającym?

To znakomita metoda leczenia. Byłam jedną z prekursorów jej wprowadzania wśród lekarzy mojego pokolenia. Starsi koledzy podejmowali takie próby, ale nie były one zbyt skuteczne, ponieważ ówczesna radioterapia była bardzo obciążająca, dawała słabe efekty estetyczne.



fot. licencja OIL w Warszawie

Jestem gorącą zwolenniczką leczenia oszczędzającego we wszystkich przypadkach, w których można je bezpiecznie zastosować. Dzięki niemu kobieta może zachować gruczoł piersiowy i uzyskać dobry efekt estetyczny – bez konieczności wstawiania sztucznych elementów. Oczywiście w przypadku pacjentek z mutacjami decyzja należy do nich.

Wiele zmieniło się także w diagnostyce genetycznej. Czy warto powtarzać badania wykonane wiele lat temu?

Zdecydowanie. Powtarzamy dziś badania, które kiedyś dawały wynik negatywny. Pacjentki, które miały wykonywane testy genetyczne kilkanaście czy kilkadziesiąt lat temu, są ponownie zapraszane do diagnostyki – bo mamy nowe metody wykrywania mutacji.

Zdarza się, że 20 lat temu nie znaleźliśmy mutacji, a dziś – przy rozszerzonych testach – jesteśmy w stanie je

wykryć. Do ponownego badania kierowane są przede wszystkim kobiety z rodzinną historią raka piersi lub pacjentki, u których stwierdzono określony podtyp nowotworu.

A jak rysuje się przyszłość, jeśli chodzi o leczenie raka piersi? Co pani wydaje się szczególnie obiecujące?

Radioterapia. Staje się coraz mniej inwazyjna – zwłaszcza w leczeniu oszczędzającym. Kiedyś była dostępna tylko jedna forma radioterapii. Dziś mamy ich kilka: od radioterapii pól zewnętrznych po terapię śródtkankową. Wybór zależy od wielu czynników – rodzaju nowotworu, jego zaawansowania, momentu wykrycia itd.

Radioterapia, która jest kluczowa po leczeniu oszczędzającym, bardzo się zmieniła w ciągu ostatnich 20 lat – i nadal się rozwija. Myślę, że będzie coraz bardziej precyzyjna i skuteczna, co przełoży się na jeszcze lepsze efekty leczenia.

„Szczepimy – chronimy”



Zapraszamy wszystkich członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na tegoroczną edycję akcji „Szczepimy – chronimy”.

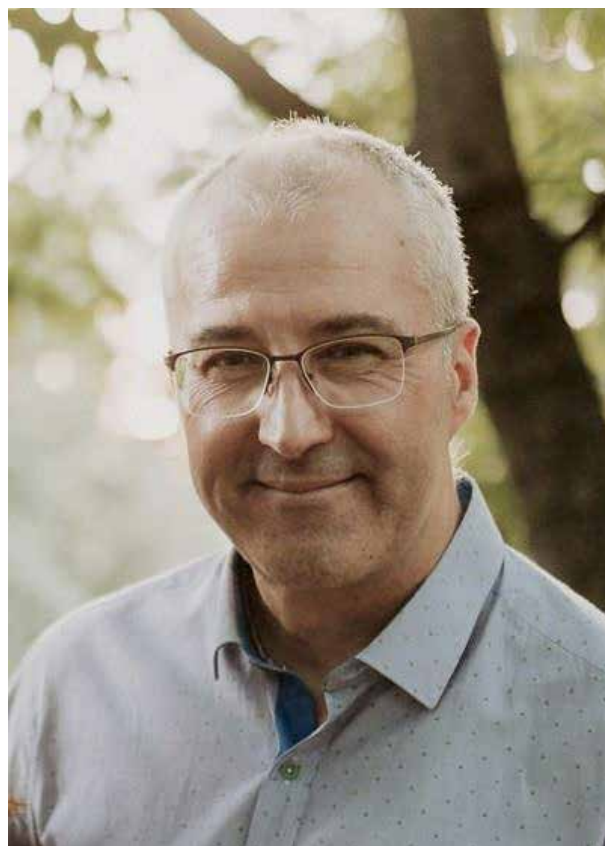


1–30 października w wybranych punktach będzie można zaszczepić się bezpłatnie przeciwko grypie. Lista przychodni i zapisy wkrótce na stronie OIL w Warszawie.

Leczyć relację, nie tylko pacjenta

Dlaczego relacja lekarz–pacjent może wpływać na skuteczność leczenia? Na czym polega trening balintowski i dlaczego nie jest ani terapią, ani superwizją? Czy lekarzy można nauczyć rozumienia emocji – i jak może to wpłynąć na ich pracę? O grupach Balinta rozmawiam z **dr. n. med. Pawłem Salą**, psychiatrą i psychoterapeutą z Ośrodka IN-MED, certyfikowanym liderem grup Balinta.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**



fot. Justyna Dzwonkowska-Majchrzak

Dlaczego dziś relacja lekarz–pacjent bywa tak trudna? Kiedyś wyglądało to inaczej?

W moim odczuciu – tak. Dawniej lekarz cieszył się dużym autorytetem, co sprawiało, że pacjent czuł się bardziej zależny w tej relacji. Nawet jeśli coś mu nie odpowiadało, nie reagował – raczej starał się podporządkować. Dziś obserwujemy upadek autorytetów. Dodatkowo system opieki zdrowotnej często zawodzi, co rodzi frustrację. Poza tym rośnie społeczne przyzwolenie na wyrażanie agresji.

Czy lekarze otrzymują wystarczające wsparcie w radzeniu sobie z tymi trudnościami?

Zdecydowanie nie. Uważam, że lekarze to grupa zawodowa systemowo

pozostawiona samym sobie w obliczu ogromnych, narastających problemów. W nauczaniu przeddyplomowym ulega to powolnej, bardzo pozytywnej zmianie. Na WUM dla studentów kierunków medycznych prowadzone są zajęcia z kształcenia kompetencji komunikacyjnych. Za sprawą wspaniałej pracy dr Antoniny Doroszewskiej i jej pracowników ze Studium Komunikacji Medycznej opracowany został świetny program kształcenia tych umiejętności. W ćwiczeniu praktycznych umiejętności studentom pomagają aktorzy pełniący rolę pacjentów symulowanych.

Nadal jednak w kształceniu poddyplomowym w ramach nauki do specjalizacji lekarze nie zdobywają praktycznie żadnych kompetencji związanych z ra-

dzeniem sobie z emocjami w kontakcie z pacjentem. Efektem jest brak świadomości emocjonalnej w tej relacji – zarówno po stronie pacjenta, jak i lekarza.

Pacjent może nie dostrzegać swoich emocji – przychodzi z konkretnym problemem, działa według utartych schematów. Ale jeśli lekarz, chcąc działać profesjonalnie, całkowicie odcina się od swych emocji, traci kontakt z własnym stanem psychicznym, prowadzi to do narastającego napięcia i chronicznego zmęczenia.

To prosta droga do wypalenia zawodowego?

Tak. Niedostrzeganie warstwy emocjonalnej skutkuje wycofaniem, a rosnące obciążenie prowadzi do realnego zagro-

żenia dla lekarza – nie tylko jeśli chodzi o ryzyko wypalenia zawodowego, ale też wszystkie skutki przewlekłego stresu: nadciśnienie tętnicze i choroby serca, zaburzenia metaboliczne, obniżenie odporności, problemy układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia snu, problemy gastroenterologiczne, zaburzenia regulacji emocjonalnej – skłonność do drażliwości, gniewu, lęk, stany przygnębienia. W takich warunkach lekarze często szukają ulgi w destrukcyjny sposób – rośnie ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne.

Chociaż dane z badań mówią, że wśród lekarzy jest nieco mniej osób uzależnionych od alkoholu niż w populacji ogólnej, to ryzyko nadużywania innych substancji, np. leków uspokajających, jest większe. Trzeba podkreślić, że to nie jest wina tych ludzi. Upatrywałbym przyczyny w systemowym opuszczeniu lekarzy, niewyposażeniu ich w narzędzia samoregulacji.

Wracamy więc do braków w systemie kształcenia. Jest pan liderem grupy Balinta, która może dostarczyć lekarzom tych narzędzi. Brzmi tajemniczo.

Niestety, pojęcie „grupy Balinta” w Polsce wciąż jest bardzo mało znane. Dużo lepiej jest w innych krajach. W Niemczech są one obowiązkowym elementem kształcenia specjalizacyjnego w psychiatrii dorosłych i w psychiatrii dzieci i młodzieży, medycynie psychosomatycznej i psychoterapii. W Wielkiej Brytanii uczestnictwo w grupach Balinta – jako narzędzie rozwijające inteligencję emocjonalną i zapobiegające wypaleniu zawodowemu – jest zalecane dla lekarzy rodzinnych i obowiązkowe dla rezydentów psychiatrii. W Polsce temat praktycznie nie istnieje – a to ogromna strata.

Czym właściwie jest grupa Balinta?

To forma pracy skierowana przede wszystkim do lekarzy, ale też wszystkich zawodów pomocowych: pielęgniarzek, psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych czy ratowników medycznych. Jej celem jest refleksja nad relacją pomiędzy lekarzem (lub osobą pomagającą) a pacjentem – przyglądanie się emocjom, jakie pojawiają się

w tym kontakcie, temu, jak się manifestują, napiętrzają w tej relacji oraz jakie problemy powodują z perspektywy lekarza i z perspektywy pacjenta.

Czy to forma terapii lub superwizji?

Nie – to coś zupełnie innego. W grupie Balinta koncentrujemy się wyłącznie na relacji lekarz–pacjent. Uczestnik przedstawia przypadek, który wywołał u niego emocjonalny dyskomfort. Pozostali słuchają, zadają pytania, ale nie oceniają. Próbuje spojrzeć na opisaną sytuację z różnych perspektyw: lekarza, pacjenta, ewentualnie innych osób uczestniczących w opowiadającym przypadku. Dzięki refleksjom ze strony uczestników grupy Balinta, dzieleniu się swoimi odczuciami wzrasta zrozumienie i empatia, pojawia się ulga, zanika poczucie osamotnienia czy bezradności, a lekarz zyskuje szerszy ogląd sytuacji, większą przestrzeń na inny sposób reagowania. Pojawia się nowe wyjście z sytuacji, konstruktywne dla obydwu stron.

Będzie to przydatne również poza daną sytuacją?

Zdecydowanie tak. Grupa Balinta pozwala lepiej rozumieć mechanizmy relacji z pacjentem, poprawia umiejętności komunikacyjne, rozwija empatię i zapewnia emocjonalne wsparcie. Dzięki temu maleje ryzyko sytuacji konfliktowych – pacjent, który czuje się rozumiany, znacznie rzadziej reaguje agresją.

Uczestnictwo w treningu pozwala też lekarzowi zrozumieć własne emocje, uprzedzenia, nauczyć się je dostrzegać i rozmawiać o nich. To ogromnie istotne, bo lekarze często są bardzo sfrustrowani tym, że dają z siebie wszystko, żeby pomóc, a cały ten aparat diagnostyczno-terapeutyczny, nad którym pracowali dziesiątki lat – i w trakcie studiów, i potem w specjalizacji – nie działa. Warstwa emocjonalna relacji lekarz–pacjent nie jest spożytkowana. A to jest ogromne narzędzie! Jeśli lekarz robi z tego umiędzynarodowiony użytek, działa to niemal jak efekt placebo – sprawia, że pacjent wierzy w to, że postępowanie lekarza będzie skuteczne, ma do niego zaufanie i pozytywne nastawienie, a co za tym idzie – chce przestrzegać jego zaleceń i wskazań leczniczych. To przekłada się na efekty leczenia. Maleje ry-

zyko pomyłek lub niedopatrzeń wynikających z braku nawiązania dobrego kontaktu z pacjentem.

Czyli trening balintowski wpływa też na skuteczność leczenia?

Zdaję sobie sprawę, że to, co powiem, może wywołać lekceważącą reakcję, ale jestem głęboko przekonany, że relacja oparta na zaufaniu i zrozumieniu przekłada się na lepsze wyniki leczenia. Co więcej, lekarz dzięki temu doświadcza też większej satysfakcji z pracy, ma poczucie sensu i sprawczości.

Słuchając pana, trudno nie pomyśleć, że udział w grupach Balinta powinien być obowiązkowy.

W moim odczuciu to bardzo duże niedopatrzenie systemu kształcenia, że tak nie jest. Uważam, że w przypadku specjalizacji takich jak psychiatria dorosłych, psychiatria dzieci i młodzieży, anestezjologia, onkologia czy medycyna paliatywna, czyli w tych dziedzinach medycyny, gdzie obciążenie emocjonalne bywa naprawdę ogromne, trening balintowski powinien być obowiązkową częścią szkolenia.

Jakaś szansa, że tak będzie?

Wierzę, że to będzie się zmieniało. Od wielu lat do tych zmian przygotowuje się Polskie Stowarzyszenie Balintowskie, kształcąc nowe kadry wykwalifikowanych liderów grup Balinta, więc potrzeby kształceniowe mogłyby być spełnione tak samo jak w Niemczech i Wielkiej Brytanii.

OIL w Warszawie regularnie prowadzi grupy Balinta. Dla członków izby są nieodpłatne.

Spotkania prowadzi dr hab. n. med. Joanna Pazik i mgr Anna Rudecka. Są liderkami i superwizorami grup Balinta. To osoby z ogromną wiedzą i doświadczeniem, mamy szczęście, że możemy je gościć u siebie w Okręgowej Izbie Lekarskiej na Puławskiej i że co miesiąc, z przerwą wakacyjną, prowadzą tę grupę. To są wspaniałe spotkania, uczestniczyłem w nich i są naprawdę godne polecenia. Warto też śledzić stronę Polskiego Stowarzyszenia Balintowskiego. Na bieżąco pojawiają się tam informacje o nowych grupach. ●

Wypadkowe



ŁUKASZ LASKUS
lekarz

Podczas gdy organizmy na Ziemi zdają się funkcjonować w harmonii biologii, w przestrzeni kosmicznej mamy do czynienia z chaosem fizyki. Kosmos to połączenie bezlitosnego środowiska fizycznego, sztucznie utworzonego „naturalnego” habitatu i – paradoksalnie – ciasnoty bezmiaru przestworzy.

Jednym z fundamentalnych aspektów środowiska kosmicznego jest sama przestrzeń, w której funkcjonują astronauty. Pierwotny brak grawitacji oraz szeroki zakres promieniowania to nie tyle wyzwania, z którymi ludzie muszą się mierzyć, ile konsekwencje przebywania w tym miejscu.

(NIE)FIZJOLOGIA

Brak siły ciężenia zmienia podstawowe warunki funkcjonowania organizmu. Układ biologiczny, który przez miliardy lat ewoluował w warunkach ziemskiej grawitacji, nagle traci odniesienie do kierunku „góra-dół”. Znikają zjawiska takie jak konwekcja, wyporność czy sedymentacja – siły, które działają nie tylko na poziomie fizycznym, ale i biochemicznym.

Na poziomie komórkowym i subkomórkowym konsekwencje mogą wydawać się niewielkie, ale w rzeczywistości wpływają na funkcjonowanie całego organizmu. Przykładowo: brak grawitacji powoduje zmiany ciśnień hydrostatycz-

nych, co z kolei wpływa na redystrybucję płynów ustrojowych. Zwiększa się wypełnienie żylnie, co uruchamia reakcje endokrynne – z udziałem przysiadka serca, nadnerczy czy nerek. W konsekwencji następują dalsze zmiany, m.in. w objętości i składzie krwi.

PROMIENIOWANIE KOSMICZNE

Na Międzynarodowej Stacji Kosmicznej (ISS) astronauty stają przed dwoma poważnymi problemami związanymi z promieniowaniem.

Po pierwsze – intensywność promieniowania w przestrzeni kosmicznej. Na Ziemi chroni nas atmosfera i warstwa ozonowa, dzięki czemu zwykle możemy spokojnie przechadzać się ulicami bez większych zmartwień o efekty napromieniowania. Skuteczność atmosfery można przyrównać do ściany ochronnej w postaci 10-metrowego słupa wody. Tymczasem na ISS – znajdującej się 400 km nad powierzchnią Ziemi – ochrona ta jest zredukowana do zaledwie 20-centymetrowej warstwy

wody. Tego rodzaju zabezpieczenia nie są w stanie skutecznie zneutralizować wpływu promieniowania kosmicznego, dlatego astronauty narażeni są na krytycznie większe dawki promieniowania.

Po drugie – trajektoria lotu stacji kosmicznej. ISS przelatuje nad tzw. *South Atlantic Anomaly* – obszarem ziemskim o podwyższonym poziomie promieniowania, rozciągającym się w rejonie wschodniej Brazylii. Międzynarodowa Stacja Kosmiczna (ISS) okrąża Ziemię co ok. 90 min. Każde z 16 pełnych okrążeń dziennie równa się kilkunastominutowym przelotom przez obszar, gdzie poziom ochrony jest marginalny. To oznacza, że astronauty codziennie są narażeni na liczne, powtarzające się dawki promieniowania, nieporównywalnie większe niż te, które otrzymujemy na powierzchni naszej planety.

ŻYCIE PODTRZYMYWANE PRZEZ MASZYNY

Jednym z wyzwań życia na międzynarodowej stacji kosmicznej jest też... pod-



foto. nasa.gov

w Kosmosie



czyszczenia powietrza na pokładzie ISS nie można po prostu wyjść na zewnątrz lub otworzyć okna...

DUŻO LUDZI, MAŁO PRZESTRZENI

Poza wyzwaniami biologicznymi i technicznymi pozostaje jeszcze... codzienność. Mała, kosmiczna przestrzeń, w której żyje kilka osób. Permanentna bliskość. Brak prywatności. Łatwo tu o konflikt. Problemy przebywania w Kosmosie polegają mniej więcej na tym, aby się po prostu... nie pozabijać. O ile w przypadku opisanych wcześniej kłopotów z pomocą przychodzi technologia i inżynieria, o tyle tutaj mamy do czynienia z tym, co najtrudniejsze – z człowiekiem. A dokładniej: z kilkorgiem ludzi zamkniętych na bardzo ograniczonej przestrzeni, którzy muszą współistnieć w niemal idealnej harmonii, z precyzją w ruchach i minimalną ilością konfliktów. Bez możliwości ucieczki.

Ludzie przebywający w przestrzeni kosmicznej mierzą się z ogromem zmiennych, między którymi muszą sprawnie nawigować – dla bezpieczeństwa własnego i samej misji. To nie tylko wyzwanie medyczne czy technologiczne – to także głęboko ludzkie doświadczenie wymagające ogromnej siły psychicznej, precyzji, dyscypliny i zaangażowania. Osobom już funkcjonującym w tym rygorze – jak dr Sławosz Uznański-Wiśniewski – życzę dużo zdrowia i dalszych sukcesów. ●

trzymywanie życia jako takiego. Odpowiadają za to liczne, wysoce wyspecjalizowane maszyny, z których każda pełni ściśle określoną rolę. Problem polega jednak na tym, że urządzenia trzeba gdzieś ulokować. Biorąc pod uwagę ograniczoną przestrzeń ISS, maszyny te najczęściej znajdują się w ścianach stacji, a dźwięk pracujących urządzeń przypomina nieustannie działającą lodówkę – tyle że słyszy się go wszędzie. Do tego dochodzą włączone przez większość czasu światła. Astronaucci

konfrontowani są więc z przestrzenią życiową, która sama w sobie staje się wyzwaniem.

Technologia niewątpliwie zapewnia przeżycie na stacji kosmicznej, ale jest równocześnie źródłem potencjalnych zagrożeń, bo choć maszyny kontrolujące skład powietrza na ISS utrzymują odpowiednie parametry powietrza, to pojawiają się zagrożenia eksploatacji takich urządzeń czy ich potencjalnych usterek. Przebywając w Kosmosie, w razie wypadku czy toksycznego zanie-



PROGRAM STYPENDIALNY



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

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

Od środka do zewnątrz.

Medycyna estetyczna w dobrym stylu



OLGA ROSTKOWSKA
wiceprezes ORL w Warszawie

Patrzysz na siebie w lustrze po dyżurze i widzisz kogoś, kogo raczej nie chciałbyś spotkać w windzie bez ostrzeżenia. Twarz w odcieniu szarobeżowym, oczy jak dwa zagnieżdżone siniaki, zmarszczki od maseczki odbite jak kod kreskowy. Myślisz: *Może już czas na botoks?* Ale potem pijesz szklankę wody, idziesz na spacer, robisz drzemkę i wraca człowiek. Zmarszczki może nadal są, ale jakby mniej dramatyczne. Bo może w takim przypadku najlepszym „zabiegiem estetycznym” jest sen.

Czy uroda to naprawdę tylko kwestia kosmetyków, zastrzyku tu czy tam, kwasu lub nici? A może jest jak lustro – odbija to, co dzieje się w środku?

W filmie „Substancja” (reż. Coralie Fargeat, 2024) dojrzała aktorka, zepchnięta przez show-biznes na margines, poddaje się eksperymentalnej terapii przywracającej młodość. Zamiast skalpela: tajemniczy preparat. Nie zdradzając zbyt wiele, kończy się to źle. Bardzo źle. Bo uroda, gdy się ją odkleja od życia, od ciała, od codziennych nawyków i emocji, przestaje być wartością, a staje się obsesją.

Podobny wątek podejmuje książka „Beauty Sick” Renee Engeln, psycholożki z Northwestern University. Autorka pokazuje, jak nieustanna pogoń za wyglądem rujnuje psychikę, zwłaszcza kobiet. *Nie jesteś dla patrzenia* – pisze – *jesteś do życia*. Tyle że nasze społeczeństwo coraz częściej zapomina, że skóra, włosy, ciało to nie billboard, tylko żywa tkanka, która mówi: hej, źle jesz, za dużo stresu, za mało się ruszasz.

Jako lekarka medycyny stylu życia wiem, że największe zabiegi upiększające mamy na wyciągnięcie ręki. Dobrze przespana noc wygładza więcej zmarszczek niż niejeden botoks. Zbilansowana dieta rozświetla cerę lepiej niż najlepszy rozświetlacz. Regularny ruch napina skórę bardziej niż lifting. A kontakt z naturą, ten absolutnie najtańszy eliksir młodości, sprzyja aktywności fizycznej i obniża kortyzol.

Uroda to coś więcej niż linia zuchwy. To sposób, w jaki się poruszamy, jak patrzymy na innych i na siebie. To energia. Albo jej brak. Zmęczone, przepracowane, niedożywione ciało nie są brzydkie. Są po prostu w potrzebie.

Nie jestem przeciwna medycynie estetycznej. Przeciwnie, cieszę się, że mamy narzędzia, które pomagają ludziom lepiej czuć się ze swoim wyglądem. Ale jeśli traktujemy igłę jako plaster na styl życia, który nas niszczy, to prędzej czy później pod tą gładką powierzchnią coś pęknie.

W świecie, w którym uroda staje się religią, a zmarszczka grzechem, warto postawić pytanie: czy bardziej potrzebujemy zabiegu, czy może drzemki, spaceru, rozmowy? Może zanim zarejestrujemy się do gabinetu, warto zajrzeć do własnej lodówki, kalendarza i... serca.

Bo być może najpiękniejsze jest nie to, co widać po zabiegu, ale to, co widać, gdy jesteśmy sobą. Wypoczęci, zaopiekowani, odżywieni. I może, zamiast pytać pacjentkę: *Czy chce pani wygładzić zmarszczki?*, warto najpierw zapytać: *Czy pani dziś dobrze spała?*

Nie tylko próchnica – spotkanie specjalistów w Warszawie

Jesienią, 26–27 września, w Warszawie odbędzie się X Krajowa i III Międzynarodowa Konferencja Naukowo–Szkoleniowa Stomatologii Dziecięcej organizowana przez Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej we współpracy z Warszawskim Uniwersytem Medycznym, Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie i Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie. Partnerem wydarzenia jest sekcja Stomatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

DOROTA LEBIEDZIŃSKA

Patronem honorowym konferencji jest rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr hab. Rafał Krenke. Wydarzenie jest organizowane z myślą o wszystkich lekarzach dentystach zajmujących się leczeniem najmłodszych pacjentów. Tegoroczna edycja, oprócz wykładów, obejmie również praktyczne warsztaty kliniczne. Wśród zaproszonych gości znaleźli się przedstawiciele Szwecji, Chorwacji, Hiszpanii, Niemiec i Australii.

Program konferencji został przygotowany przez zespół specjalistów z dziedziny stomatologii dziecięcej oraz dydaktyków z WUM i zaprzyjaźnionych ośrodków akademickich. Uczestnicy

będą mieli okazję wysłuchać wykładów m.in. na temat nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia próchnicy u dzieci oraz opieki stomatologicznej nad dziećmi z chorobami ogólnoustrojowymi.

W piątek w Uniwersyteckim Centrum Stomatologii WUM odbędą się warsztaty praktyczne – okazja do ćwiczeń technik „hands-on”, takich jak izolacja pola operacyjnego czy estetyczna odbudowa zębów mlecznych.

– *Zapraszam państwa nie tylko na warsztaty* – mówi prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, pomysłodawczyni konferencji. – *Zachęcam również do udziału w spotkaniu ze mną podczas wykładu inauguracyjnego oraz*

panelu dyskusyjnego. (...) Zorganizowaliśmy również spotkanie z bardzo cenioną panią mecenas, specjalistką w zakresie prawa medycznego. Będziecie mogli państwo wysłuchać jej wykładu oraz zadawać pytania. Dlatego już teraz serdecznie proszę o przesyłanie pytań, zarówno z zakresu klinicznego, skierowanych do mnie, jak i prawnych, do pani mecenas – kończy prof. Olczak-Kowalczyk.

W sobotę odbędą się wykłady poświęcone m.in. endodoncji dziecięcej, leczeniu urazów zębów, powikłaniom stomatologicznym.

– *Nie mogło nas tutaj nie być* – mówi dr Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie. – *Jednym z zadań izby jest integracja naszego stomatologicznego środowiska, które na co dzień w większości prowadzi indywidualne praktyki i nie ma zwyczajnie czasu na spotkania.*

Szczegółowy program oraz informacje o zapisach zostały opublikowane na stronie internetowej WUM oraz OIL w Warszawie.

Za udział w tegorocznej konferencji szkoleniowo-naukowej stomatologii dziecięcej można uzyskać osiem punktów edukacyjnych. ●

III Międzynarodowa Konferencja Naukowo–Szkoleniowa Stomatologii Dziecięcej

Warszawa, 26–27 września 2025 r.

- wykłady
- debaty
- spotkania
- warsztaty
- panele dyskusyjne
- sesja plakatowa
- punkty edukacyjne

Zapisy



Patronat honorowy

Jego Magnificencja Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke



Pełna praktyki i nowości jesień – szkolenia dla dentystów

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego oraz Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie zapraszają lekarzy dentystów do udziału w cyklu szkoleń i warsztatów przygotowanych na nadchodzące miesiące.

DOROTA LEBIEDZIŃSKA



fot. licencja OIL w Warszawie

Jesienna oferta szkoleń dla lekarzy dentystów to szeroki wybór tematów – od nowoczesnej endodencji i implantoprotetyki po zastosowanie włókien syntetycznych i diagnostykę obrazową. Wiele wydarzeń odbywa się we współpracy z renomowanymi firmami branżowymi i towarzystwami naukowymi. Trwają zapisy, a miejsce warto zarezerwować już dziś.

21 września – Endo wypełnienie 3D – współczesna obturacja systemów kanałów korzeniowych

Warsztat praktyczny poświęcony nowoczesnym metodom obturacji systemów kanałów korzeniowych. Pokaz wypełnienia kanałów 3D technikami na ciepło i zimno. Ćwiczenia różnych technik obturacji na usuniętych zębach, bloczkach treningowych.

Szkolenie prowadzone przez ekspertów z firmy Poldent pozwoli uczestnikom poznać i przećwiczyć techniki wypełniania 3D, zgodne z aktualnymi standardami leczenia endodontycznego. Zapisy trwają.

11 października – Akademia włókna (kurs III)

Wspólnie z firmą Arkona izba kontynuuje cykl praktycznych kursów dotyczących zastosowania włókien syntetycznych. Temat III kursu: „Zastosowanie włókien syntetycznych do odtwarzania braków ilościowych w odcinku bocz-

nym”. To szkolenie skierowane jest do lekarzy dentystów, którzy szukają nowoczesnych i oszczędnych rozwiązań w odbudowie zębów. Zapisy trwają.

25 października – Implantoproteyka online z Alpha Bio

Cykl wykładów online poświęconych wyzwaniom współczesnej implantoprotetyki, organizowany z firmą Alpha Bio. Szczegóły programu zostaną opublikowane wkrótce. Warto śledzić stronę internetową izby i media społecznościowe – zapisy ruszą niebawem.

15 listopada – Nowoczesna endodencja z Dentsply Sirona

Warsztaty praktyczne poświęcone pracy z instrumentarium maszynowym i nowymi urządzeniami endodontycznymi. Szkolenie poprowadzą instruktorzy jednej z wiodących firm na rynku stomatologicznym. Uczestnicy będą mogli pracować na sprzęcie najnowszej generacji i poznać praktyczne aspekty jego zastosowania.

22 listopada – Akademia włókna (kurs IV)

Kontynuacja cyklu szkoleń z firmą Arkona. Temat IV kursu: Zastosowanie włókien syntetycznych do odtwarzania braków ilościowych w odcinku przednim. Szkolenie praktyczne z dużym naciskiem na estetykę i biomechanikę odbudowy. Trwają zapisy.

29 listopada – Kominek radiologiczny PTRSiST

Wydarzenie organizowane wspólnie z Polskim Towarzystwem Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej. Temat: „Czytanie obrazów CBCT i pantomogramów”. Spotkanie w formie kominka naukowego będzie okazją do wymiany doświadczeń i pogłębienia wiedzy diagnostycznej – zarówno dla początkujących, jak i zaawansowanych klinicystów.

6 grudnia – Leczenie alignerami z Pure Dental

Nowoczesne podejście do leczenia ortodontycznego – wprowadzenie do pracy z alignerami. Szkolenie skierowane do lekarzy, którzy chcą poznać podstawy tej dynamicznie rozwijającej się metody leczenia wad zgryzu. Trwają zapisy.

Ważny certyfikat i punkty edukacyjne

Większość powyższych szkoleń ma charakter warsztatowy i odbywa się w formule stacjonarnej, w małych grupach, co gwarantuje komfort pracy i indywidualne podejście. Udział w szkoleniach jest potwierdzany certyfikatem i punktami edukacyjnymi.

Aktualna lista szkoleń oraz formularze zapisów dostępne są na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Należy pamiętać, że liczba miejsc jest ograniczona. ●

Czas decyzji – głos dentystów musi być słyszalny



DOROTA LEBIEDZIŃSKA

Wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji 2026–2030 OIL w Warszawie wkraczają w decydującą fazę. Lekarze dentyści apelują: nie zostawiajmy decyzji innym.

Rozpoczęła się pierwsza tura wyborów, które zadecydują o przyszłości samorządu lekarskiego. To właśnie wybory delegatów na X Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie określa, kto przez najbliższe cztery lata będzie reprezentował środowisko lekarskie – w tym ogromnie ważne środowisko lekarzy dentystów.

– *To jest czas decyzji. Albo weźmiemy sprawy w swoje ręce i aktywnie wybierzemy naszych przedstawicieli, albo zdamy się na przypadek. A później będzie już za późno, żeby narzekać, że samorząd nie działa tak, jak powinien* – mówi Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie, przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

CZTERY LATA AKTYWNEJ PRACY

Kadencja 2022–2026 dobiega końca. Dla Komisji ds. Lekarzy Dentystów był to czas wyťažonej pracy i budowania mostów między izbą a środowiskiem stomatologicznym. Spotkania, konferencje, wydarzenia branżowe – wszędzie tam byli przedstawiciele naszej

izby oraz Komisji, by rozmawiać z lekarzami dentystami, wsłuchiwać się w ich potrzeby i szukać konkretnych rozwiązań. – *Od początku tej kadencji wiedzieliśmy, że sam kontakt mailowy czy formalne komunikaty to za mało. Musieliśmy być wśród lekarzy, rozmawiać twarzą w twarz, wsłuchiwać się w ich codzienne doświadczenia* – podkreśla dr Paluszek.

DELEGACI DECYDUJĄ O PRZYSZŁOŚCI

Delegaci wybrani w najbliższych wyborach będą mieli realny wpływ na kształtowanie polityki samorządowej: to oni wybierają członków Okręgowej Rady Lekarskiej, jej Prezydium, Radę czy składy komisji, przedstawicieli na Krajowy Zjazd Lekarzy. To oni będą decydować o kierunku działania izby przez następne cztery lata. – *Nie wystarczy, że stomatolodzy będą obecni – musimy być obecni licznie. Nasz głos nie może być głosem mniejszości. Dlatego apeluję: kandydatów powinno być wielu, a frekwencja wysoka. Tylko wtedy nasze sprawy będą miały realną siłę przebicia*

– mówi wiceprezes ORL. – *Nie może nas być 10 czy 15. Nas musi być kilkadziesiąt osób. Wtedy nikt nie przejdzie obojętnie obok spraw lekarzy dentystów.*

MŁODZI CHCĄ DZIAŁAĆ

Z dużym uznaniem środowisko samorządowe obserwuje aktywizację młodego pokolenia lekarzy dentystów. Coraz więcej osób zgłasza gotowość do pracy w izbie, chce wprowadzać zmiany, reprezentować potrzeby swojego pokolenia. Właśnie dlatego potrzebna jest różnorodność w gronie delegatów. – *To bardzo dobry znak. Młodzi koledzy i koleżanki widzą, że samorząd to nie jest coś abstrakcyjnego. To miejsce, gdzie ich głos może mieć znaczenie. I że problemy młodych – często inne niż te, które mają lekarze z wieloletnim doświadczeniem – też wymagają systemowych rozwiązań* – zaznacza wiceprezes ORL.

CO MOŻESZ ZROBIĆ JUŻ TERAZ?

Proces wyborczy jest prosty, ale wymaga od każdego lekarza jednego: zaangażowania. To właśnie od tej aktywności zależy, kto zasiądzie w Okręgowym Zjeździe Lekarzy. Kto będzie tworzył uchwały, kierunki działania, strategię i stanowiska izby. A przede wszystkim – czy głos stomatologów będzie głosem silnym i wyraźnym, czy tylko dodatkiem do ogólnej narracji.

NIE ZOSTAWIAJ DECYZJI INNYM

– *Zawsze powtarzam: samorząd to nie jest „oni”, to jesteśmy „my”. Jeśli chcesz, by coś się zmieniło – weź udział w wyborach. Jeśli jesteś zadowolony z kierunku, w którym idziemy – zagłosuj, żeby to trwało. Jeśli masz wątpliwości – porozmawiaj z nami, sprawdzaj. Ale nie zostawiaj tej decyzji innym – apeluje Dariusz Paluszek. – Tylko wtedy możemy mówić, że samorząd rzeczywiście nas reprezentuje. Bo tylko wtedy nasz głos w sprawach stomatologii będzie naprawdę słyszalny – dodaje.*

– *Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy. Wybory do samorządu lekarskiego to nie polityka. To konkretna odpowiedzialność za zawód, za pacjentów i za siebie nawzajem. Głosując, wybierając, angażując się – tworzymy silną społeczność zawodową. To jest właśnie czas decyzji. I ten czas jest teraz.*

Uśmiech a autoprezentacja



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Podstawą rozwoju jest zmiana. Rozwój i zmiany stały się nie tylko modne i wszechobecne, ale też niezbędne, by iść naprzód, a także, by utrzymać to, co definiowane jest jako stałe.

Współczesna kultura promuje dążenie do doskonalenia i indywidualizacji, co znajduje odbicie także w estetyce uśmiechu. Uśmiech, istotny element pierwszego wrażenia i wizerunku osobistego, nabiera coraz większego znaczenia jako narzędzie komunikacji niewerbalnej zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym.

Stomatologia estetyczna to interdyscyplinarna gałąź stomatologii, której celem jest poprawa wyglądu uśmiechu przy równoczesnym zachowaniu lub poprawie funkcji narządu żucia. Harmonijna okluzja i zdrowe przyzębie są niezbędne do osiągnięcia trwałego efektu estetycznego. Istnieją pewne uniwersalne elementy estetyczne, takie jak symetria łuku zębowego i harmonia z rysami twarzy, choć estetyka uśmiechu zależy również od czynników kulturowych i społecznych.

Estetyka przestaje być domeną wyłącznie protetyki czy stomatologii zachowawczej – równie istotna staje się rola periodontologii, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej, a także szczękowo-twarzowej. Do procedur wykonywanych najczęściej, aby poprawić estetykę uśmiechu, należą: wybielanie zębów, odbudowy kompozytowe, odbudowy protetyczne z zastosowaniem licówek i koron oraz w oparciu o implanty, giniwoplastykę czy leczenie ortodontyczne z użyciem aparatów stałych lub przezroczystych alignerów.

Ważnym aspektem staje się również przeciwdziałanie skutkom starzenia. Procesy takie jak ścieranie zębów, obniżenie wysokości zwarcia czy zanik tkanek miękkich wpływają na wygląd całego dolnego piętra twarzy. Odpowiednio zaplanowane odbudowy potrafią przywrócić utracone proporcje i objętość, co przekłada się na poprawę harmonii twarzy i uśmiechu przy zachowaniu pełnej funkcjonalności narządu żucia. Efekt ten bywa dodatkowo wzmacniany zabiegami z zakresu medycyny estetycznej, które są coraz częściej dostępne w nowoczesnych gabinetach stomatologicznych.

W ostatnich latach obserwujemy istotne przesunięcia w trendach estetycznych. Przede wszystkim rośnie znaczenie personalizacji leczenia i podkreślania cech indywidualnych pacjenta. Ujednolicone, „idealne” uśmiechy ustępują miejsca uśmiechom naturalnym, dostosowanym do typu urody, wieku, a nawet osobowości. Coraz większy nacisk kładzie się na precyzyjną charakteryzację zęba, z uwzględnieniem przezierności, mikrotekstury i subtelnych różnic w kolorystyce zębów, które pozwalają zachować autentyczność efektu końcowego. Ogromną rolę odgrywa także digitalizacja – od skanowania wewnątrzustnego i cyfrowego projektowania uśmie-

chu, po planowanie zabiegów z różnych gałęzi stomatologii z wykorzystaniem technologii CAD/CAM czy druku 3D. Minimalnie inwazyjne techniki stają się standardem, a funkcjonalna estetyka istotnym celem.

Badania pokazują, że uśmiech wpływa na pierwsze wrażenie, zaufanie czy ocenę kompetencji. Znaczenie ma nie tylko sam akt uśmiechania się, lecz również jego forma – od mimiki po proporcje, kształt i kolor zębów, kondycję przyzębia, symetrię łuków czy ogólny stan zdrowia jamy ustnej.

Uśmiech stanowi wizytówkę, która jest niezwykle istotna w interakcjach społecznych. U pacjentów zauważa się korelację pomiędzy stanem uzębienia a poziomem samooceny i komfortu w relacjach zawodowych i prywatnych. Nie bez znaczenia jest tu również wpływ mediów i kultury popularnej, które wzmacniają presję estetyczną i kształtują oczekiwania – także wobec lekarzy dentystów.

Stomatologia estetyczna przestała być niszową usługą zarezerwowaną dla nielicznych. Obecnie jest ona integralnym elementem holistycznego podejścia do zdrowia jamy ustnej i jakości życia pacjenta. Jej przyszłość będzie się rozwijać w kierunku dalszej personalizacji, cyfryzacji i integracji z innymi specjalnościami stomatologicznymi. Równowaga między funkcją narządu żucia, biologią tkanek, ogólnym stanem zdrowia a oczekiwaniami pacjenta stanowi fundament kompleksowego leczenia w stomatologii estetycznej. ●



fot. licencja Oil w Warszawie

Czy będą zmiany w kontraktach?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Ministerstwo Zdrowia ma propozycje dotyczące zmian w kontraktach zawieranych przez szpitale z lekarzami i (w niektórych regionach) pielęgniarkami.

Nikt nawet nie ukrywa, że zmiany mają doprowadzić do ograniczenia „kominów”, przy czym nigdy, przynajmniej oficjalnie, nie padła (jeszcze) propozycja, jaka wysokość kwoty, zapisanej w kontrakcie, uznawana byłaby za normę, a jaka – za jej normy przekroczenie. Mówiło się jesienią ubiegłego roku, że kontrakty do pięciu średnich krajowych to „norma”, a od dziesięciu, dziesięciu można mówić zdecydowanie o stawkach kominowych, ale to były jedynie dywagacje.

W ostatnich dwóch, trzech miesiącach temat kontraktów wrócił, a w zasadzie wszedł na polityczne i robocze salony, rozgościł się na dobre w mediach, nie tylko i nawet nie przede wszystkim branżowych. Nad kontraktami obraduje m.in. Zespół Trójstronny ds. Ochrony Zdrowia, gdzie do konsensusu, zarówno w omawianej równolegle ustawie o wynagrodzeniach minimalnych, jak i w ewentualnych regulacjach dotyczących kontraktów, jest dalej niż bliżej. Na dziś (w sierpniu 2025 r.) zawierając zaskład, czy coś się uda realnie zmienić, zdrowy rozsądek nakazywałby nie stawiać wszystkiego na odpowiedź twierdzącą. Ten sam rozsądek podpowiada, że zmiany w obszarze kosztów pracy są konieczne, bo system obecnego stanu rzeczy nie dźwignie. Nie przy aktualnym poziomie finansowania.

Może więc warto zaznaczyć, że w pracach nad zmianami odnoszącymi się do kosztów pracy, jakie sformułowała Federacja Przedsiębiorców Polskich, pojawił się też postulat dotyczący ustawy przychodowej, której horyzont czasowy wygasa w 2027 r. Wtedy mamy osiągnąć 7 proc. PKB wydatków na zdrowie, co jest szczytem hipokryzji, zważywszy, że realny poziom nakładów oscyluje wokół 5 proc., w zależności od przyjętego katalogu wydatków wychylając się w kierunku 5,5 proc.

Jednym z powodów, dla których plan wprowadzenia nowych regulacji (czy to w sprawie wynagrodzeń, czy kontraktów) nie jest skazany na sukces, jest liczba srok, które decydenci planują złapać. To ograniczenie skutków finansowych samej ustawy. Gdyby trzymać się jedynie tego, co w niej zapisano wprost, roczny skutek ustawy w 2025 r. wyniósłby nieco ponad 4 mld zł – tyle tylko, że szpitale zostałyby sparaliżowane konfliktami pracowniczymi, co pokazuje, jak „dobrze” ta ustawa w 2022 r. została skonstruowana. Taki koszt system byłby w stanie unieść, ale rządzący chcą zdecydowanie większych oszczędności – dlatego prą do zgody na waloryzowanie obecnego poziomu płac (od stycznia 2027 r.) o wskaźnik podwyżek np. dla budżetówki. W tym roku wynosi on ok. 4 proc. (trzy razy mniej niż skala pod-

wyżek wynikających z ustawy o wynagrodzeniu minimalnym).

A co z kontraktami? Tu celem jest – jak się wydaje – dążenie do ideału „jeden lekarz – jedno miejsce pracy” (przynajmniej jeśli chodzi o lecnictwo szpitalne). Mówiąc inaczej – jedno-, góra dwuetatowość, a raczej – „umowowość”, bo, przynajmniej na razie, nie ma na stole propozycji, by lekarze nie mogli pracować na kontraktach. – *Lekarz nie może być jak komiwojazer, jeżdżący po szpitalach z walizką* – mówiła w ostatnich dniach swojego urzędowania była minister zdrowia Izabela Leszczyna. Ale czy to naprawdę jest tak duży problem? Podczas spotkania Zespołu Trójstronnego, jakie odbyło się 31 lipca, zebrani zapoznali się z prezentacją przygotowaną przez NFZ, z której wynika, że ok. 97 proc. lekarzy pracujących w publicznych szpitalach jest wykazanych w góra dwóch umowach na lecnictwo szpitalne: 84 proc. w jednej, 13 proc. – w dwóch (dane za marzec 2025 r.).

Jest też prawdą, że w niektórych specjalizacjach wygląda to inaczej. W przypadku kardiochirurgów ok. 70 proc. pracowało u więcej niż jednego świadczeniodawcy, zaś więcej niż co czwarty był wykazany w umowach minimum pięciu podmiotów – to dane za 2024 r. Już w marcu tego roku ponad 80 proc. specjalistów było wykazanych tylko w jednej umowie i w ogóle nie odnotowano wykazania numeru PWZ kardiochirurga w więcej niż trzech umowach. Może warto rozważyć, czy pożądanego efektu nie da się osiągnąć inaczej niż w drodze regulacji (zakładając, że ten efekt będzie korzystny dla pacjenta).

Bo że sprawa nie jest przesądzona, dowodzi inny przykład: MZ proponuje, by jedyną podstawą rozliczania kontraktu była stawka godzinowa, upatrując w umowach „na procent od procedury” głównego źródła problemu. Część ekspertów już rekomenduje, by zamiast bezwzględnego zakazu zawierania takich umów stworzyć zamknięty katalog świadczeń, w których będą one mogły być jednak zawierane. Takich, w których konieczne jest utrzymanie (lub zwiększenie) dostępności. Jakie skutki dla innych kategorii świadczeń będzie mieć więc przejście z „akordu” na „godziny”, można się tylko domyślać. ●

Ewa, zostaw to

Czyli jak leczą na Instagramie



PAWEŁ WALEWSKI

autor jest publicystą „Polityki”

Zamiast skalpela – selfie, zamiast recepty – suplementy. Celebryci zamieniają media społecznościowe w przychodnię, gdzie jedynym lekiem jest ich osobista marka.

Wczasach, gdy każdy z milionem followersów na Instagramie może zostać autorytetem, polska scena celebrycka odkryła nowy, lukratywny rynek – zdrowie. Nie chodzi tu o sprzedaż mat do jogi czy wegańskich koktajli, bo byłoby to zbyt banalne. Współczesny influencer, uzbrojony w filtry, charyzmę i zerowe wykształcenie medyczne, śmiało wkracza na terytorium zarezerwowane niegdyś dla lekarzy. Od pakietów badań po suplementy na choroby autoimmunologiczne – gwiazdy mediów społecznościowych leczą nas wszystkich, a przy okazji siebie (głównie chyba z niedoborów na koncie bankowym).

Przyjrzymy się zatem, jak Ewa Chodakowska i Doda, a także ich mniej znani koledzy po fachu, próbują przekonać Polki i Polaków, że ich lajki w mediach społecznościowych to odpowiednik dyplomu z medycyny. Uwaga, spoiler: nie będzie to historia o triumfie nauki, lecz o jej wstydlivych peryferiach.

Zacznijmy od pani Chodakowskiej, ikony fitnessu, która od lat przekonuje, że wystarczy jej plan treningowy, by osiągnąć sylwetkę z okładki „Shape”. W lipcu 2025 r. trenerka postanowiła

pójść o krok dalej i wkroczyć w świat diagnostyki medycznej. Współpraca z siecią laboratoriów Diagnostyka S.A. zaowocowała pakietem badań sygnowanych jej nazwiskiem, w tym osławionym zestawem „Czy to endometrioza?”. Pomysł szlachetny, ponieważ endometrioza to podstępna choroba, dotycząca nawet 10 proc. kobiet w wieku rozrodczym, a jej diagnostyka bywa wyzwaniem dla ginekologów. Cóż więc złego w tym, że influencerka chce pomóc? Problem w tym, że pakiet Chodakowskiej za ponad 1500 zł zawierał badania, które – jak zgodnie podkreślają specjaliści z Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników – nie mają wartości diagnostycznej w wykrywaniu endometriozy (jak np. marker CA-125). *To tak, jakby diagnozować złamanie nogi za pomocą termometru* – orzekli eksperci. Kampania szybko stała się więc obiektem drwin i oburzenia. Fundacja Pokonać Endometriozę wydała oświadczenie, w którym nazwała pakiet „nieetycznym lekiem sprzedazowym”, wskazując, że sugerowanie diagnozy na podstawie niespecyficznych badań krwi może opóźnić właściwe leczenie. Co więcej, oferta była powiązana ze sprzedażą su-

plementów diety w sklepie trenerki, co tylko dołało oliwy do ognia. „Niedobory komórkowe” – termin, którym Chodakowska szafowała w kampanii – okazał się marketingowym bełkotem, niemającym oparcia w literaturze naukowej. Gdy fala krytyki załaziła media społecznościowe, Diagnostyka błyskawicznie zakończyła współpracę, a celebrytka przeprosiła, tłumacząc, że nie miała wpływu na dobór badań. *Chciałam tylko dobrze* – napisała na Instagramie, gdzie jej post zebrał 50 tys. lajków i lawinę komentarzy w stylu: *Ewa, zostaw to lekarzom*.

Tymczasem niewiele wcześniej Doro Rabczewska, znana jako Doda, postanowiła rzucić wyzwanie endokrynologom. Wokalistka, która od lat zmagając się z chorobą Hashimoto, ogłosiła, że sama wyleczyła tę przewlekłą, autoimmunologiczną chorobę dzięki diecie i własnym suplementom diety. Jej linia produktów, promowana jako remedium na niedoczynność tarczycy, stała się tematem gorących dyskusji. *Nie biorę leków, a czuję się świetnie!* – chwaliła się Doda na Instagramie, zachęcając fanki do zakupu jej specyfików. Problem? Hashimoto nie da się przecież wyleczyć dietą ani suplementami. One mogą wspierać organizm, ale nie zastąpią właściwej kuracji. Twierdzenia Dody o cudownym uzdrowieniu zostały uznane przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny za niezgodne z prawem, które zabrania przypisywania suplementom właściwości leczniczych. W maju 2025 r. GIF złożył zawiadomienie do prokuratury, argumentując, że takie działania mogą zagrażać zdrowiu publicznemu. Ale Doda, nie tracąc rezonu, ripostowała, że dzieli się jedynie swoją historią i nie każe nikomu odstawić leków; choć jej posty sugerowały coś zgoła innego.

Internauci na portalu X (dawnym Twitterze) nie pozostawili na niej suchej nitki. *Doda leczy tarczycę, a ja wy-*

lekarzom

lecze raka witaminą C – pisał jeden z użytkowników. Niemniej potężne zasięgi wokalistki w mediach społecznościowych – ponad 2 mln obserwujących – sprawiły, że jej słowa trafiają do ogromnej grupy odbiorców, z których wielu może potraktować je jako poradę medyczną. A to już nie żarty. Niedoleczona niedoczynność tarczycy może prowadzić do poważnych komplikacji, od depresji po problemy kardiologiczne.

Działania obu pań to tylko wierzchołek góry lodowej. Polska scena influencerska roi się od samozwańczych ekspertów od zdrowia. Weźmy Annę Lewandowską, która od lat promuje suplementy diety i „zdrowy styl życia” jako panaceum – od zmęczenia po bezpłodność. Jej marka oferuje koktajle białkowe i witaminy, które, choć zgodne z prawem, często są sprzedawane z obietnicami wykraczającymi poza ich rzeczywiste działanie. W 2023 r. Lewandowska znalazła się pod lupą UOKiK z powodu niejasnego oznakowania produktów, co zmusiło ją do korekty kampanii reklamowych. Nie można pominąć też Marysi Jeleniewskiej, jednej z czołowych polskich gwiazd TikToka, która w 2021 r., mając 19 lat, zachwalała „detoks sokowy” jako sposób na oczyszczenie organizmu z toksyn – termin, który przecież w medycynie nie istnieje. Nie przeszkodziło to jednak zarobić jej krocie na naiwności nastoletnich fanów, którzy uwierzyli, że szklanka soku zastąpi wizytę u lekarza. A ileż zamętu zrobiła niegdyś swoim wyznaniem w sprawie szkodliwości leków przeciwdepresyjnych Beata Pawlikowska (podróżniczka i dziennikarka z pokazanym na swoich kontach gronem odbiorców) – lubiąca wypowiadać się na wiele tematów me-

dycznych: od diet i szczepień do leczenia właśnie depresji. Idę o zakład, że influencerka nie potrafi jednak przebrnąć przez statystyczny i metodologiczny gąszcz cytowanych przez siebie prac naukowych, zatem argument, że postanowiła „wykorzystać swoją wiedzę i znajomość angielskiego”, by przekazać ukryte przez oficjalną medycynę złowieszcze fakty, to zdecydowanie za mało.

Za granicą też nie brakuje podobnych przykładów. Gwyneth Paltrow i jej marka Goop od lat sprzedają świece „o zapachu waginy” i jadeitowe jajka do ćwiczeń mięśni Kegla, obiecując poprawę zdrowia intymnego. W 2018 r. Goop zapłaciła 145 tys. dolarów kary za wprowadzanie konsumentów w błąd. W Polsce takie kary wciąż są rzadkością, choć UOKiK i GIF coraz śmielej przyglądają się influencerom. W tym roku urząd wszczął postępowanie przeciwko kilku celebrytom za promowanie produktów zdrowotnych bez odpowiednich zezwoleń (szczegóły są jednak wciąż niejawne).

Dlaczego to działa i Polacy dają się nabrać? Odpowiedź leży w psychologii i algorytmach. Media społecznościowe premią charyzmę i emocje, a nie fakty. Celebryci budują zaufanie przez osobiste historie – tłumaczą medioznawcy. Kiedy Doda lub Chodakowska mówią: *Pomogło mnie, pomoże i tobie*, to działa jak reklama szeptana, tyle że na sterydach. Do tego dochodzi kryzys zaufania do tradycyjnych mediów i lekarzy. Długie kolejki do specjalistów i skomplikowany język medyczny sprawiają, że prosta rada od celebryty wydaje się atrakcyjniejsza niż wizyta w przychodni. Nie bez znaczenia jest też aspekt finansowy. Rynek suplementów diety w Polsce wart jest ponad 6 mld zł i rośnie w tempie 7 proc. rocznie, więc influencerki, takie jak wymienione w tym tekście, są idealnymi ambasadorkami firm, które chcą dotrzeć do masowego odbiorcy.

Co z tym zrobić? Wprowadzenie w 2024 r. surowszych regulacji dotyczących reklamy suplementów to krok w dobrą stronę, choć wciąż za mały. W tle czają się kolejni influencerzy, gotowi sprzedać nam zdrowie w estetycznym opakowaniu. Dla lekarzy to nie tylko walka z dezinformacją, ale też przypomnienie, że medycyna to nauka, a nie show-biznes. Jak mawiał Hipokrates: *Primum non nocere*. Może warto przypomnieć to celebrytom, nim kolejny raz nałożą biały kitel na Instagramie? ●



fot. licencja OIL w Warszawie

Polityka senioralna musi przestać być pomocą sezonową



fot. D. Lebiedzińska

Starzenie się społeczeństwa to nie abstrakcja, ale proces, który dzieje się tu i teraz, po cichu i nieodwracalnie. Mimo to polityka senioralna wciąż traktowana jest jak doraźna pomoc, a nie strategiczne wyzwanie cywilizacyjne. O tym, dlaczego potrzebujemy długofalowego myślenia, prezydenta jako patrona społecznej zmiany i nowego modelu wsparcia dla osób starszych, rozmawiam z **prof. Piotrem Błędowskim** – gerontologiem, ekonomistą i jednym z najważniejszych głosów w debacie o przyszłości starości w Polsce.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Problem opieki nad osobami starszymi nie może być jedynie okazjonalnym przedsięwzięciem. W debacie zorganizowanej przez OIL w Warszawie, która odbyła się na początku maja, mówił pan o konieczności długofalowego myślenia. Społeczeństwo się starzeje – i lekarze, ale także całe państwo, muszą się na to przygotować. Tak, to prawda. Nie możemy pozwolić sobie na myślenie o polityce senioralnej w kategoriach gestów czy sezonowych inicjatyw. Potrzebna jest spójna, konsekwentna i dalekosiężna strategia, która nie będzie zależała od aktualnej większości parlamentarnej. Mówimy tu o zmianach, które będą trwały dziesięciolecia. Wymagają one nie tylko odpowiedzi medycznej czy opiekuńczej, ale też pełnego przemodelowania myślenia o starości – w polityce, społeczeństwie i rodzinie.

Podczas swojego wystąpienia podkreślał pan, że prezydent nie ma narzędzi wykonawczych, ale mimo to może odegrać ważną rolę w polityce senioralnej. Jakką?

Prezydent, choć jego kompetencje są ograniczone, ma ogromny potencjał kształtowania myślenia o problemach społecznych. Powinien być tym, który staje ponad politycznymi podziałami i wyznacza długofalowe cele, np. właśnie w zakresie polityki senioralnej. Nie chodzi o to, żeby samodzielnie tworzył ustawy – ale żeby formułował oczekiwania wobec kolejnych rządów, inspirował debatę publiczną czy monitorował realizację obietnic. Prezydent często powtarza, że stoi na straży konstytucji. Powinien więc także stać na straży ciągłości i przewidywalności polityki społecznej, a nie pozwalać, by była ona realizowana „od ściany do ściany”.

Czyli prezydent jako patron długoterminowej strategii społecznej?

Dokładnie tak. Przecież niezależnie od tego, kto sprawuje władzę, liczba osób starszych będzie rosła. I choć nie każdy senior wymaga opieki medycznej, to właśnie polityka senioralna powinna jak najdłużej utrzymywać ludzi w zdrowiu, aktywności, samodzielności. To się dzieje poprzez profilaktykę, ale też poprzez rozwój infrastruktury społecznej: klubów seniora, placówek edukacyjnych, aktywizację zawodową i obywatelską.

To zatem nie tylko medycyna i nie tylko opieka?

Trzeba patrzeć szerzej. Polityka senioralna nie może być odpowiedzią na chwilowy kryzys czy medialne ożywienie. To musi być proces rozpisany na dekady. Zwłaszcza że seniorami stajemy się statystycznie już po sześćdzie-

siątce. Tymczasem wielu sześćdziesięciolatków nie czuje się staro – i bardzo dobrze! Bo właśnie polityka senioralna powinna być ukierunkowana na utrzymanie samodzielności i aktywności jak najdłużej. Na to, by moment zależności – tej zdrowotnej, społecznej, instytucjonalnej – odwlekać w czasie.

Czy nie mamy także problemu kulturowego? Osoby po sześćdziesiątce często nie uważają się za seniorów, a młodsze pokolenie niekoniecznie czuje się odpowiedzialne za starszych członków rodziny. Wydaje się, że model „dzieci opiekują się rodzicami” powoli zanika.

Tak, mamy do czynienia z głęboką zmianą modelu rodziny i relacji międzypokoleniowych. Żyjemy coraz dłużej, ale też inaczej niż nasi rodzice i dziadkowie. Rodziny są mniej liczne, częściej rozproszone przestrzennie, słabiej związane z jednym miejscem. Do tego dochodzą aspiracje jednostki, potrzeba samorealizacji. Dzisiejsi trzydziestolaterzy i czterdziestolaterzy często nie mają realnych możliwości – ani czasowych, ani materialnych – żeby opiekować się starszymi członkami rodziny.

W takim razie potrzebne są nowe rozwiązania systemowe?

Potrzebujemy nowej architektury społecznej: silnych organizacji pozarządowych, rozwiniętego wolontariatu, systemu usług społecznych świadczonych również przez prywatnych usługodawców – ale pod odpowiednim nadzorem i na jasno określonych zasadach. Nie każdy, kto chce świadczyć takie usługi, powinien mieć do tego prawo. Tu chodzi o bezpieczeństwo ludzi.

Czyli nie można już traktować rodziny jako alibi dla zaniechań państwa?

Absolutnie nie. Przez wiele lat władze – różne, niezależnie od opcji – mówiły: *Jest rodzina, to ona się zajmie*. To było wygodne. Ale dziś ta rodzina coraz częściej nie jest w stanie się wywiązać z takiej roli – nie z powodu braku chęci, tylko z braku realnych możliwości. Coraz więcej osób starszych wymaga specjalistycznej opieki, technologicznego wsparcia, obsługi urządzeń medycz-

nych – tego nie zapewni amator, nawet najbardziej oddany.

Jak przekonać prezydenta, że polityka senioralna to priorytet?

Każdy prezydent mówi, że chce być prezydentem wszystkich Polaków. Niech więc ma świadomość, że coraz więcej z tych „wszystkich” to osoby starsze. I że to się nie zmieni. Polityka senioralna to zresztą jedyna forma mądrego egoizmu – bo to, co dziś zrobimy dla seniorów, jutro będzie służyło nam samym. Prezydent powinien być pierwszym, który to zrozumie i powie to głośno. A przede wszystkim: nie wolno mu traktować starości jako „problemu”, który trzeba rozwiązać. Trzeba patrzeć na nią jako na nieunikniony etap życia, do którego musimy przygotować całe społeczeństwo. Każdy z nas się starzeje – z każdym dniem. I choć granica starości może być umowna – 60., 65., a może niedługo 70. rok życia – to proces już trwa. I nie ma odwrotu.

Jednocześnie mamy dziś kryzys demograficzny – niską dzietność.

Czy nie ma tu sprzeczności?

Czy inwestować w młodych, czy w starszych?

Nie da się wybrać jednej grupy. Potrzebna jest równowaga i rozsądek, ale przede wszystkim – wspólna wizja. Każdą złotówkę trzeba obejrzeć dwa razy, a potem wydać tak, by zyskały na tym obie strony: młodzi i starsi. Bo społeczeństwo to całość, nie mozaika konkurujących pokoleń.

Polityka to sztuka hierarchizowania celów. Trzeba jasno powiedzieć: tego nie zrobimy teraz, to zrobimy później, ale zrobimy. Budżet państwa zawsze będzie ograniczony. Ale rolą państwa jest stworzenie ram – zarówno prawnych, jak i finansowych – które umożliwią działanie. Jeśli państwo chce, żeby coś się działo lokalnie, musi dać na to pieniądze – odpowiednio, regularnie, w sposób zaplanowany, a nie na ostatnią chwilę.

Jak pogodzić działania władz lokalnych z polityką krajową? Często te dwa poziomy się rozmiągają.

Polityka senioralna nie może być scentralizowana. Rola państwa to raczej partnerstwo, a nie nadzór. Rząd – każdy rząd – powinien stworzyć prawne i fi-

nansowe ramy systemu, natomiast działania operacyjne trzeba zdecentralizować. Niezależnie od strategii krajowej to właśnie samorząd organizuje konkretne działania – świadczenia, usługi, aktywizację. Nikt nie przyjedzie z Warszawy, żeby świadczyć opiekę długoterminową. To musi być lokalna struktura – oparta na lokalnym rynku pracy i potrzebach społeczności. To samorząd wie, ilu ma seniorów, jakie są potrzeby, gdzie brakuje opiekunów, a gdzie klubów seniora. Decyzje muszą być podejmowane na dole – z udziałem społeczności. Demokracja to także współdecydowanie o tym, co najważniejsze. Ale nie może działać, jeśli nie ma zasobów kadrowych, organizacyjnych, no i finansowych.

Dlaczego polityka senioralna ciągle nie jest traktowana jako priorytet?

Bo brakuje ciągłości i odpowiedzialności. Każda nowa władza mówi: *Teraz zaczniemy od nowa, teraz będzie dobrze*. Widać to chociażby po likwidowaniu i powoływaniu od nowa różnych ciał doradczych. A przecież polityka senioralna to nie może być projekt jednej kadencji. To musi być długofalowa strategia realizowana ponad podziałami. Bez lokalnych społeczności i ich udziału – choćby przy podejmowaniu decyzji, czy najpierw budować żłobek, czy klub seniora – to się nie uda.

Czy wierzy pan, że polityka senioralna zyska w końcu należne jej miejsce?

Mówiąc szczerze – nie wcześniej niż wtedy, gdy matki czterech polityków z różnych, zwalczających się partii zostaną nagle bez opieki. Wtedy temat przestanie być abstrakcyjny. Dziś zbyt często działa to odwrotnie: Dostaliśmy pieniądze – jesteśmy wdzięczni – głosujemy. A potem przychodzi refleksja: *Mam pieniądze, ale nie mam na co ich wydać, bo nie ma usług*. To nie jest strategia – to iluzja bezpieczeństwa. Czas się kończy. Starzenie się społeczeństwa to nie jest temat medialny na sezon ogórkowy. To wyzwanie cywilizacyjne. Bez zrozumienia, że polityka senioralna to proces długofalowy, ponadpartyjny, strategiczny – będziemy błędzić, marnować pieniądze i energię. A seniorzy będą płacić za to najwyższą cenę. ●

Zdrowie 2.0?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Jest nowa minister zdrowia, nie ma nowego otwarcia – to chyba najbardziej trafne podsumowanie tego, co przyniosły w ochronie zdrowia dwa letnie miesiące.

Rekonstrukcja rządu, jaką premier Donald Tusk ogłosił 23 lipca, miała „bardzo szybko” zaowocować oddaniem resortu zdrowia w ręce fachowców od zarządzania. Szef rządu zapewniał: – *W najbliższych dniach ten resort zostanie odpartyjniony, odpolityczniony*. I dziękował koalicjantom, że przyjęli to do wiadomości.

Wybór Jolanty Sobierańskiej-Grendy, prawniczki od ponad dwóch dekad zajmującej się zarządzaniem samorządowymi podmiotami leczniczymi na szczeblu powiatu i województwa (do resortu zdrowia trafiła jako prezes spółki Szpitale Pomorskie, zarządzającej placówkami podległymi marszałkowi województwa pomorskiego), z jednej strony oczywisty, z drugiej – mógł być zaskoczeniem. Zwłaszcza że premier o wymianie minister Izabeli Leszczyńskiej zdecydował w ostatniej chwili, włączając resort zdrowia do skromnego pakietu ministerstw, z których mogła – jedno – wybrać, w ramach powyborczej układanki, Polska 2050. Partia Szy-

mona Hołowni wybrała jednak kulturę, ale Tuskwowi już wręcz nie wypadało zostawić na stanowisku Izabeli Leszczyńskiej, zwłaszcza że choć wylewnie jej dziękował za kilkanaście miesięcy pracy, trudno przypuszczać, by postrzegał pozytywnie efekty tej pracy. Nie bez powodu była już szefowa MZ w każdym sondażu opinii publicznej była na podium najgorzej ocenianych członków rządu.

Premier przy rekonstrukcji rządu chciał wywołać wrażenie, że przekazuje obszar ochrony zdrowia specjalistom od zarządzania, wyjmując resort z koalicyjnych układanek, przewidujących, że w kierownictwie ministerstw muszą być reprezentowani wszyscy koalicjanci. Niezależnie od tego, czy liderzy koalicji rządzącej rzeczywiście „przyjęli to do wiadomości”, czy nie, wypowiedź Tuska bardzo szybko została co najmniej dwukrotnie sfalsyfikowana. Po pierwsze, nie minęły dwie doby, gdy Lewica w Sejmie wyrzuciła plan przegłosowania ustawy szpitalnej, zapowiadając wstrzymanie się od głosu. Posłowie nawet niespecjal-

nie kryli, że ma to związek z planem odwołania ze stanowiska Wojciecha Koniecznego, senatora Lewicy. Przeciw ustawie Lewica wytoczyła potężne argumenty, które – na kolejnym posiedzeniu – nagle zniknęły i klub ustawę poparł. Po drugie, dni mijały, a skład kierownictwa resortu zdrowia nie zmieniał się nawet na jotę. Już podczas posiedzenia Sejmu 4–5 sierpnia pojawiały się w kuluarach złośliwe komentarze, że obserwujemy wyjątkowo wydłużone „najbliższe dni” i nie ma żadnej gwarancji, że nie wydłużą się one do września.

W każdym razie, jeśli ktoś spodziewał się w zdrowiu ofensywy – medialnej, legislacyjnej, politycznej – przeżyć musiał srogi zawód. Z pewnością przeżyć go musieli posłowie Komisji Zdrowia, którzy mogli się spodziewać, że w dniach pracy Sejmu przed posiedzeniem Zgromadzenia Narodowego (6 sierpnia) i inauguracją prezydentury Karola Nawrockiego będą się mogli spotkać z nową szefową resortu, poznać jej plany i porozmawiać o wyzwaniach. Byłoby to tym bardziej zasadne, że Sejm wznowi prace dopiero 9 września, a sytuacja systemu ochrony zdrowia nie należy do najłatwiejszych. Nic takiego jednak nie nastąpiło.

Oczywiście, można ten brak gotowości do spotkania (konfrontacji) z niekoniecznie przyjaźnie nastawionymi posłami tłumaczyć nie tyle brakiem politycznego obycia, ile wyjątkowo niekomfortową sytuacją, w jakiej znalazła się Jolanta Sobierańska-Grenda, która objęła urząd w momencie finalizacji prac nad tzw. ustawą o ratowaniu szpitali powiatowych. Pani minister – co ujawnił Wojciech Konieczny – planuje jej nowelizację, ale na pewno nie byłoby jej zręcznie o tym mówić publicznie. No i ciągle nie jest pewne, czy będzie co nowelizować – ustawa, wobec której Senat 7 sierpnia nie zgłosił poprawek, trafiła na biurko prezydenta Karola Nawrockiego, a koalicja rządząca nie ma pewności (eufemizm), że zostanie podpisana.

Druga okoliczność, która tłumaczy ogromną powściągliwość nowej minister w pierwszych tygodniach urzędowania (brak obecności w przestrzeni publicznej, brak wypowiedzi), to otwarty temat wynagrodzeń w ochro-

nie zdrowia. Minister co prawda tylko przez kilka minut brała udział w spotkaniu Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, który 31 lipca rozmawiał przede wszystkim o ewentualnych zmianach w kontraktach lekarskich, ale doskonale wie, że ten temat może zdominować kolejne miesiące jej urzędowania, niezależnie od tego, czy i jakie decyzje zostaną podjęte. Każda publiczna wypowiedź na ten temat to potencjalna mina – a minister zdrowia, jak saper, może się pomylić najwyżej raz.

Zresztą wiele wskazuje, że premier wszystkim ministrom swojego drugiego (w tej kadencji) gabinetu przyznał tytuł sapera *honoris causa* i wpadek nie zamierza tolerować, nie bacząc nawet na to, że niektóre potencjalne miny sam podłożył. W przypadku ochrony zdrowia taką miną, co do tego nie ma wątpliwości, są słowa premiera, że celem Ministerstwa Zdrowia i rządu będzie poprawa sytuacji przede wszystkim pacjentów, nie lekarzy. Tusk nie dał cienia marginesu na interpretację tej wypowiedzi (*powiem bardzo brutalnie, nie sytuacji lekarzy*), kontynuując to, co powiedział podczas wniosku o wotum zaufania, podkreślając, że 18 mld zł dodatkowych środków, jakie trafią do systemu w 2026 r. (plan na 2026 vs. plan na 2025 r.), ma zostać przeznaczony „dla pacjentów”, w znacznie mniejszym stopniu na podwyżki w ochronie zdrowia.

Środowisko lekarskie, w każdym razie jego znakomita część, uznało słowa premiera za atak wpisujący się w obecną już od kilku lat w przestrzeni publicznej tendencję do przerzucania odpowiedzialności za niedomogi systemu

na lekarzy, a konkretnie ich wygórowane oczekiwania finansowe. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski, komentując pod koniec lipca wypowiedź szefa rządu, uznał, że ta polityka przerzucania odpowiedzialności na personel medyczny będzie kontynuowana.

Samorząd lekarski, jak mówił prezes NRL, mimo niesprzyjającego początku jest gotowy do współpracy z nową ministrem zdrowia, jednak nie przyjmuje do wiadomości, że miałyby nastąpić jakieś „nowe otwarcie”. Do rozwiązania jest długa lista problemów, do spełnienia – długa lista złożonych od jesieni 2023 r. obietnic. Wśród niespełnionych obietnic Jankowski wymienił m.in.:

- automatyzację refundacji,
- skuteczną ochronę prawną dla personelu medycznego,
- gwarancję jakości kształcenia lekarzy,
- walkę z dezinformacją medyczną i „szarlatanami”,
- odpowiednią kontrolę tzw. receptomatów (stworzenie standardu teleporady),
- finansowanie świadczeń profilaktycznych i stomatologicznych,
- odejście od kreatywnej księgowości w określaniu poziomu wydatków na zdrowie i gwarancję, że nakłady na ten obszar rzeczywiście wzrosną.

Samorząd lekarski ma żal nie tylko do byłej już minister zdrowia. Ogromne rozczarowanie związane jest z również odwołanym ministrem sprawiedliwości. Adam Bodnar obiecywał lekarzom realizację jednego z fundamentalnych postulatów, czyli wprowadzenie systemu *no-fault*. Od początku 2024 r. w tej

sprawie padały nawet konkretne terminy, konkretne obietnice, które w pewnym momencie po prostu zniknęły. Resort sprawiedliwości przestał reagować na pytania płynące z izby lekarskiej, a wiosną 2025 r. Ministerstwo Zdrowia powołało nowy zespół, który zajmuje się sprawą od zera. Jest obawa, że minister sprawiedliwości Waldemar Żurek, przed którym stoją zupełnie inne wyzwania, będzie tematem klauzuli wyższego dobra zupełnie niezainteresowany. ●



fot. licencja OIL w Warszawie

© 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.

Gasnące światła dyżuru lekarskiego



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Problem molestowania seksualnego w środowisku lekarskim, podobnie jak w innych środowiskach, wciąż ma dwuznaczny status tematu tabu i teorii spiskowej. Wyszadzany jako smakowity kąsek dla wszelkiego rodzaju mediów, pod warstwą niesmaku i rzekomej groteski kryje prawdziwe ludzkie dramaty.

Co pewien czas w jakimś szpitalu wybucha mikroskandal seksualny, zwykle skutecznie wygaszany przez zarządzających jako niewygodna rysa na kryształowym wizerunku podmiotu leczniczego, dzielnie budowanym przez dział marketingu.

Niestety, nie ma tu parytetów. Molestujący to zwykle oni, molestowane – one. Nazwijcie mnie szowinistką, jeśli chcecie, ale statystyki są bezstronne. Zakorzeniony w wielowiekowej tradycji podział ról społecznych ze względu na płeć wciąż zbiera swoje smutne mentalne żniwo, podobnie jak pułapki hierarchii zawodowej, dające wiele okazji do nadużyć. Jesteś lekarką rezydentką? – pogódź się ze swoim losem i wykonuj polecenia starszych kolegów, a jeśli przekraczają twoje granice, siedź cicho, bo zostaniesz ukarana. Przecież tak łatwo można ci utrudnić szkolenie

specjalizacyjne, tak bardzo można cię przeciążyć dodatkowymi dyżurami, tak bezproblemowo można ci udowodnić, że niewiele umiesz i jesteś nic niewarta. „Tako rzecze” tradycja.

Moja rozmówczyni jest rezydentką w dużym wojewódzkim szpitalu. Nie prosi, ale ze łzami w oczach błaga, o ukrycie jej tożsamości.

– Ja tam wciąż pracuję, muszę tam pracować.

– Jak to się zaczęło? – pytam, kiedy udaje jej się uspokoić emocje.

– Najpierw myślałam, że coś ze mną jest nie tak. Może się prowokacyjnie ubieram albo zachowuję. Wstydziłam się podzielić tym z innymi dziewczynami aż do momentu, kiedy któraś z nich pierwsza zaczęła temat. Doktor J. jest takim szpitalnym celebrytą. Dyrekcja go ceni, pacjenci uwielbiają. Wydawało się, że ktoś taki nie może zrobić nic złe-

go, więc kiedy zaczęły się pierwsze dwuznaczne sytuacje, to najpierw było niedowierzanie samej sobie i pytanie: czy mnie się tylko coś wydaje? Inne dziewczyny miały to samo. W pewnym momencie wszystkie zaczęłyśmy się starać, żeby tylko nie mieć dyżurów z J. I wtedy zaczęłyśmy o tym mówić między sobą.

– Jakie było twoje doświadczenie?

– W dzień było normalnie, bo był cały zespół, kierownik oddziału, odprawy. Dyżury z J. stały się postrachem. Kiedy pierwszy raz usiadł zbyt blisko mnie i zaczął skracać dystans, ocierać się, to pomyślałam, że to niemożliwe, że źle rozumiem jego intencje. Pierwsza myśl była taka, że mi się wydaje, druga, że jednak coś jest nie tak. Następnym razem, kiedy położył rękę na moim biodrze, pomyślałam, że to jednak nie jest normalne.

– Powiedziałaś mu o tym?

– Nie.

– Dlaczego?

– Poczułam taki lęk i taki wstyd, że mnie sparaliżowało. Starałam się tylko odsunąć od niego, ale blokowało mnie biurko. Na szczęście zadzwonił telefon i trzeba było pilnie iść na salę chorych.

Dруга z dziewczyn snuje podobną opowieść.

– W pewnym momencie zorientowałam się, że J. szuka ze mną kontaktu częściej, niżby to wynikało z potrzeb i obo-

wiązków zawodowych. Jak mieliśmy razem dyżur, to zadawał krępujące, osobiste pytania. Chciał wiedzieć, czy mam chłopaka i jak to robimy, przesadnie komplementował. Kiedy byliśmy sami w pokoju lekarskim, to siadał zdecydowanie zbyt blisko, ocierał się o mnie. W końcu zaczęłam bać się z nim dyżurować. Wtedy też zgadałyśmy się z innymi dziewczynami, że mają z nim podobny problem. Wszystkie w pewnym momencie zaczęły kombinować, żeby tylko nie mieć dyżuru z J.

– Powiedziałaś mu, że nie życzysz sobie intymnych pytań i dotyku?

– Nie powiedziałam.

– Dlaczego?

– Bałam się, że z zemsty będzie złośliwy i uprzykrzy mi życie, że utrudni zaliczanie obowiązkowych procedur i będzie próbował wykazać przed innymi lekarzami, że jestem beznadziejna.

– Czy próbowaliście – zwracam się do obu dziewczyn – interweniować w tej sprawie u kogoś z waszych przełożonych?

– Tak – mówi pierwsza z moich rozmówczyń. – Jak się okazało, że problem dotyczy większej grupy lekarek rezydentek, to zdobyłyśmy się na odwagę i powiedziałyśmy kierowniczce oddziału.

– Była jakaś reakcja?

– Tak – mówi druga z nich – ale szybko pożałowałyśmy.

– Co się stało?

– Na wniosek kierowniczkę oddziału szpital przeprowadził wewnętrzne postępowanie wyjaśniające. W skład komisji, która badała sprawę, wchodziło czterech panów – dwóch lekarzy ze szpitala i dwóch prawników zarządu.

Zeznawałam jako pierwsza. Przesłuchanie trwało cały dzień, w pewnym momencie musiałam prosić o przerwę na toaletę i krótki posiłek. Miałam straszne poczucie winy z powodu zeznawania przed komisją. Jeszcze większe było poczucie wstydu, kiedy przewodniczący komisji kazał szczegółowo opisać, jak J. mnie dotykał, ile czasu trwał dotyk, a w końcu, czy w ogóle jestem pewna, że mnie dotykał, bo może tylko mi się wydawało i nic się nie wydarzyło, a ja wymyśliłam sobie to wszystko. Wyszłam z płaczem.

– U mnie było podobnie – mówi druga z dziewczyn. – Panowie z komisji sugerowali, że moje doświadczenia z J. to żadne molestowanie, że wszystko wypaczam, wyolbrzymiam i oczerniam J. Wyrecytowali artykuły kodeksu karnego, które rzekomo mogą mi grozić za pomawianie doktora J. Przestraszyłam się, nie byłam w stanie odpowiadać na dalsze pytania, tylko płakałam, aż w końcu powiedzieli, że dziękują i że mogę już iść.

– Jaki był wynik pracy tej komisji?

– Nie potwierdzili molestowania przez J.

– Co było dalej?

– J. przestał nas nękać, nie skomentował tego, co się stało. Krótko po tym wszystkim odszedł do innego szpitala. Podobno dostał lepszą propozycję pracy.

Nietykalność i wolność osobista są gwarantowane każdemu przez art. 41 Konstytucji RP. Kodeks karny reguluje nietykalność w art. 217 § 1: *Kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykalność cielesną, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do*

roku. Molestowania seksualnego dotyczy art. 199 § 1 kodeksu karnego: Kto, przez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie krytycznego położenia, doprowadza inną osobę do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Psychologicznie sprawa jest bardzo skomplikowana. Największy problem w tym, że ofiara czuje się winna wobec sprawcy i odczuwa wstyd za jego niegodne czyny. To paradoks, ale taki jest właśnie mechanizm manipulacji ofiary przez molestującego. Dlatego ofiara najpierw wypiera fakty, stara się racjonalizować doświadczane zło i swoim kosztem próbuje oczyszczać moralnie tego, kto ją krzywdzi, zwłaszcza kiedy jest to człowiek o rzekomo wysokich kwalifikacjach moralnych, człowiek społecznego zaufania. Molestujący ma zatem przetartą przez ofiarę drogę do uniknięcia odpowiedzialności, którą ofiara bierze na siebie, także z powodu braku wsparcia, a nawet stygmatyzacji w sytuacji wyjaśniania sprawy przed powołanym do tego organem. I tak jak w kultowym filmie z 1944 r. pod tytułem „Gasnący płomień”, z wybitną rolą Ingrid Bergman, ofiara popada w rozpacz i traci zaufanie do wiarygodności własnego doświadczenia: widzi gasnące światło, ale słyszy od innych, że światło się przez cały czas świeci, a jeśli gaśnie, to tylko w jej głowie. A konsekwentny gaslighting molestujących, wspieranych przez wszelkie komisje i instytucje, wciąż podtrzymuje niegasnący płomień cichej, wewnątrzszpitalnej przemocy. ●



Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów zaprasza na
ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO w OIL w Warszawie

18.10.2025 godz. 10.00–14.30

Warsztaty psychologiczne: **1. Zapanuj nad stresem**
2. Perfekcjonizm – sprzymierzeniec, wróg czy strategia

Wellbeing Café – rozmowy o zdrowiu psychicznym przy kawie
Warsztat pracy z ciałem „Rozładuj swoje napięcie teraz”

Sytuacja w ochronie zdrowia w Portugalii



DOMINIK HÉJJ
politolog,
autor książki „Węgry na nowo”

Po przedwakacyjnej wizycie w Szwajcarii wracamy ponownie do Unii Europejskiej. W Portugalii przyspieszone wybory do Zgromadzenia Republiki odbyły się 18 maja, a więc w dniu, w którym do urn w pierwszej turze wyborów prezydenckich ruszyli Polacy. Władzę utrzymała koalicja centroprawicowa – Sojusz Demokratyczny (AD). Na czele mniejszościowego gabinetu pozostanie Luís Montenegro. Wątek polityczny jak zawsze na końcu tekstu.

Według OECD w 2023 r. Portugalia na ochronę zdrowia przeznaczyła 10,03 proc. PKB. Rok do roku oznacza to spadek 0,52 p.p. Rekordowe nakłady notowano w 2021 r. – 11,22 proc. W Portugalii dostęp do opieki zdrowotnej jest powszechny. *Serviço Nacional de Saúde* (SNS) utrzymywana jest z budżetu państwa, jednak nie występuje danina typu „składka zdrowotna”. Opieka zdrowotna dla dzieci do 18. roku życia oraz osób powyżej 65 lat jest bezpłatna.

SNS powstał w 1979 r. na wzór brytyjskiego systemu NHS. Parasol nad systemem, podobnie jak w Polsce, roztacza ministerstwo zdrowia, które odpowiada m.in. za politykę zdrowotną. Od 2022 r. funkcjonuje instytucja operacyjnie zarządzająca SNS – Zarząd Wykonawczy. To ten podmiot koordynuje współpra-

cę wszystkich jednostek w ramach SNS. Na kolejnym poziomie występuje pięć Regionalnych Administracji Zdrowia (ARS): Północ, Centrum, Lizbona i Dolina Tagu, Alentejo i Algarve. Podlegają im ULS – Lokalne Jednostki Zdrowia, przede wszystkim szpitale i POZ. Obecnie jest ich 39, swoim obszarem pokrywają 80 proc. populacji.

System finansowania ochrony zdrowia przewiduje możliwość współfinansowania części usług przez samych obywateli. Nazywa się *taxas moderadoras*. Miał on na celu m.in. zmniejszenie liczby niepotrzebnych wizyt, a także wsparcie finansowania ochrony zdrowia. Zasadnicze zmiany w systemie zostały wprowadzone w czerwcu 2022 r., gdy większość opłat została zniesiona, a pozostałe ograniczają się jedynie do sytuacji nagłych i bez wcześniejszego skie-

rowania. Maksymalna cena za pakiet usługi (wizyta plus badania) nie może przekroczyć 40 euro. Jednocześnie szeregi grup wiekowych i zawodowych pozostaje na stałe zwolnionych z konieczności regulowania opłat (m.in. kobiety w ciąży czy żołnierze).

W portugalskiej ochronie zdrowia zatrudnionych jest (dane za 2024 r.) ok. 32 tys. lekarzy. Państwo boryka się z systemowym brakiem personelu. Gros lekarzy wyjeżdża za chlebem do innych państw (w latach 2022–2024 ok. 2,8 tys. wystąpiło o stosowne dokumenty), jednak remedium nie stanowią lekarze imigranci. Ich udział w całej grupie lekarzy wynosi zaledwie 3 proc., a ci, którzy przyjadą do Portugalii, przecho- dzą (80 proc.) do prywatnej ochrony zdrowia. Takie dane płyną z informacji przekazanych portalowi Publico.pt przez portugalskie ministerstwo zdrowia. W grupie lekarzy imigrantów dominują Hiszpanie. Dostęp do lekarzy jest jednym z największych problemów trapiących portugalską ochronę zdrowia. W dziesięciomilionowym kraju bez dostępu do lekarza rodzinnego pozostawało w maju aż 1,6 mln osób (dane z końca czerwca). Od początku roku liczba ta zwiększyła się o 80 tys. Problemem jest także (nie tylko w Portugalii, ale także w ostatnio omawianej Szwajcarii) nierównomierne rozłożenie lekarzy w skali kraju. Miejsca w państwowej ochronie zdrowia pozostają nieobsadzone. Cytowany przez portal Publico.pt lekarz zwraca uwagę na brak systemowej i ponadpolitycznej organizacji zdrowia publicznego. Jak wskazuje, problemem jest niestabilność systemu wynikająca m.in. z pakietów świadczeń gwarantowanych, które różnią się



fot. licencja OIL w Warszawie

w zależności od danego rządu. Co ciekawe, według ostatnich statystyk OECD czy Eurostatu w Portugalii notowana jest jedna z najwyższych wartości dotyczących liczby lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców. Według danych portugalskiego Urzędu Statystycznego w 2023 r. w Portugalii kontynentalnej było to 5,9 lekarza i 7,7 pielęgniarki na 1000 mieszkańców. Dane te plasują Portugalię powyżej unijnej średniej.

Innym problemem są wydłużające się kolejki do specjalistów. Trudności tych nie ma w prywatnej ochronie zdrowia, do której przenosi się część lekarzy. Według danych firmy farmaceutycznej Stada niespełna połowa Portugalczyków (49 proc.) wyraziła zadowolenie z poziomu narodowej ochrony zdrowia.

Portugalskie władze przeznaczają z unijnego Planu Odbudowy i Odporności (łącznie 22,2 mld euro) 1,15 mld euro na ochronę zdrowia i jej cyfryzację. Na ten ostatni komponent zostanie wyasygnowanych 300 mln euro. Zostaną one przekazane m.in. na integrację polskiego odpowiednika IKP z usługami publicznymi, wzmocnienie cyberbezpieczeństwa w placówkach medycznych czy telemedycynę i zdalne monitorowanie pacjentów. I właśnie cyfryzacja stanowi chlubę portugalskiej ochrony zdrowia, będąc jednocześnie wielkim paradoksem. Z jednej bowiem strony nagłówki straszą, że portugalska ochrona zdrowia znajduje się na krawędzi załamania, z drugiej zaś – poziom usług e-zdrowia zawstydzić mógłby niejedno europejskie państwo.

Pacjent po zalogowaniu do systemu e-zdrowia załatwić może większość usług, m.in. recepty, e-skierowania (np. na szczepienia bądź badania, któ-

rych wynik otrzyma online, a dostęp do niego ma również lekarz), e-zwolnienia (pacjent może sam wystawić sobie zwolnienie do trzech dni), ma do dyspozycji cały szereg usług z zakresu m.in. teleporad – audio, jak i wideo. Centralny rejestr medyczny umożliwia dostęp wszystkim lekarzom w kraju do karty pacjenta, co usprawnia i przyspiesza opiekę nad nim. Z aplikacji SNS24, która umożliwia dostęp do e-systemu zdrowia, korzysta 8 mln osób, tj. 80 proc. obywateli. Według danych statystycznych w 2024 r. pobrano ją 603,5 tys. razy. W czasie pandemii COVID-19 pobrano ją 2,5 mln razy. Pacjenci mają możliwość skorzystania z całodobowej, bezpłatnej infolinii wsparcia psychicznego.

Największym zrzeszeniem zawodowym lekarzy w Portugalii jest *Federação Nacional dos Médicos* (FNAM) – Krajowa Federacja Lekarzy. Składa się ona z trzech związków zawodowych regionalnych. Formalnie powstała w 1988 r. Organizacja odpowiadała za przygotowanie jesienią 2024 r. strajków w Portugalii. Udział w nich wzięło 90 proc. członków FNAM. W ówczesnych protestach uczestniczyły także pielęgniarki i pielęgniarze zrzeszeni w największej sektorowej organizacji *Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros*, Portugalskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek. Powstała ona w 2017 r. Co ciekawe, żadna z organizacji nie podaje aktualnych i szczegółowych danych dotyczących bazy członkowskiej.

Na zakończenie obiecanie dane około polityczne. Program dotyczący zdrowia, który przygotowały trzy główne ugrupowania polityczne na ostatnie wybory. Zwycięski Sojusz Demokratyczny po-

stulował zwiększenie liczby lekarzy rodzinnych (powinni być oni dostępni dla każdego Portugalczyka), reformę sieci placówek SOR i skierowań do szpitali, zwiększenie dostępności technik wspomaganego rozrodu, utworzenie Narodowej Agencji Cyfrowego Zdrowia, poprawę jakości opieki paliatywnej.

Dotychczasowy bipolarny podział sceny politycznej między centroprawicą a socjaldemokratami został rozbity przez ugrupowanie Chega, które stało się najsilniejszą partią opozycyjną. Partia ta postulowała m.in. stworzenie zachęt do zatrzymania lekarzy rodzinnych w publicznej ochronie zdrowia (m.in. zachęty płacowe i tanie mieszkania), wprowadzenie nowych modeli zarządzania i partnerstw publiczno-prywatnych w sektorze ochrony zdrowia (podobny postulat miała Partia Socjalistyczna), budowanie ścieżki kariery w ochronie zdrowia w oparciu o efektywność pracy, usunięcie z porządku prawnego ustawy o eutanazji wspomaganie medycznie (obecnie ustawa nie obowiązuje z uwagi na brak przepisów wykonawczych oraz niekonstytucyjność części przepisów).

Trzecia siła parlamentarna – Partia Socjalistyczna – chciała zaproponować rekompensaty finansowe dla osób, które z uwagi na brak dostępu do lekarzy rodzinnych muszą korzystać z prywatnej opieki zdrowotnej. Socjaliści od Chegi nie różnili się w temacie tworzenia ścieżki kariery w ochronie zdrowia oraz zachęt do pracy w publicznych placówkach zdrowia. Socjaldemokraci proponowali także zwiększenie wykorzystania sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia celem zastąpienia lekarzy w niektórych obszarach.

„Lex szarlatan” i inne zmiany w prawie



FILIP NIEMCZYK
adwokat

Rada Ministrów opublikowała projekt ustawy* zwany potocznie „Lex szarlatan”. Celem regulacji jest przeciwdziałanie szkodliwym i niebezpiecznym dla zdrowia oraz życia ludzkiego praktykom, których źródłem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną przez podmioty lecznicze, a także działalność podmiotów lub osób niewykonujących zawodu medycznego i działalności leczniczej oferujących metody pseudomedyczne lub paramedyczne.

Złożone cele mają być osiągnięte poprzez modyfikację oraz dodanie nowych uprawnień Rzecznikowi Praw Pacjenta, zmianę przepisów w zakresie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, a także poprzez określenie w przepisach ustawy jednoznacznego zakazu praktyk pseudomedycznych. W uzasadnieniu projektu* wskazano, że wyjątkowo szkodliwym i niebezpiecznym zjawiskiem jest stosowanie przez osoby niewykonujące zawodu medycznego metod pseudomedycznych w połączeniu z przypisywaniem tym metodom wartości i właściwości świadczenia zdrowotnego. Informacje dotyczące tzw. pseudoterapii są rozpowszechniane w przestrzeni publicznej. Dotyczą

metod leczenia m.in. boreliozy, autyzmu, chorób autoimmunologicznych, nowotworów, leczenia toksykologicznego, chorób przewlekłych, zlecania badań diagnostycznych, leczenia łuszczycy, insulinooporności, alergii czy chorób pasożytniczych.

Proponowane rozwiązania przewidują kompetencję Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie wydawania tzw. ostrzeżeń publicznych, jeżeli strona postępowania dopuszcza się praktyki, która może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjentów lub spowodować inne niekorzystne skutki dla szerokiego kręgu pacjentów. Nowym zadaniem rzecznika będzie także prowadzenie postępowań w sprawach praktyk pseudomedycznych, które zostaną wyodrębnio-



fot. licencja Oll w Warszawie

ne od praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Zakazane jako wysoce szkodliwe dla zdrowia będą praktyki polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę niewykonującą zawodu medycznego, oferowaniu lub stosowaniu metod, którym przypisuje się właściwości świadczenia zdrowotnego, prowadzących do pogorszenia zdrowia, niepodjęcia lub odstąpienia od udowodnionego naukowo postępowania diagnostyczno-leczniczego. Nadto, praktyką pseudomedyczną będzie wykonywanie działalności medycznej bez uzyskania właściwego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a także medyczna dezinformacja, w przypadku uzyskiwania z niej korzyści majątkowych i osobistych oraz rozpowszechniania jej w sposób publiczny. Rzecznik będzie uprawniony do nakładania kar pieniężnych w decyzji o uznaniu stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz praktyk pseudomedycznych, w tym nie tylko na podmiot wykonujący zakazaną działalność, ale też na jego kierownika, jeżeli osoba ta w ramach sprawowania swojej funkcji dopuściła przez swoje działanie lub zaniechanie do naruszenia zakazu bądź do niewykonania działań niezbędnych do zaniechania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów. Projekt zakłada również zwiększenie wysokości kar nakładanych przez rzecznika do maksymalnie miliona złotych.



Naczelna Rada Lekarska w stanowisku z 4 lipca 2025 r.* wyraziła zdecydowane poparcie dla kierunku zmian ustawowych, które dotyczą zwalczania zjawiska działalności pseudomedycznej. Zwrócono przy tym uwagę, że projekt ustawy przewiduje jedynie administracyjny tryb zwalczania szkodliwych praktyk, poprzez wyposażenie Rzecznika Praw Pacjenta w narzędzie do prowadzenia postępowania i wydania decyzji administracyjnej. Wyrażono w związku z tym obawę, że „branża pseudomedyczna” będzie przygotowana na taki stan prawny, chociażby poprzez wykonywanie zakazanej działalności za pomocą podmiotów nieposiadających kapitału i majątku. W ocenie samorządu lekarskiego jedynym środkiem mogącym realnie ukrócić praktyki pseudomedyczne byłoby wprowadzenie odpowiedzialności karnej osób, które biorą udział w ich

wykonywaniu, zwłaszcza w sytuacjach, gdy praktyka taka ma na celu lub prowadzi do rezygnacji przez pacjenta z leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną w placówkach medycznych do tego uprawnionych lub do niepodjęcia takiego leczenia.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH O MEDIACJI W SPRAWACH ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia z wnioskiem o rozważenie wprowadzenia zmian prawnych w instytucji mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów*. Zwrócił uwagę, że przepisy ustawy o izbach lekarskich*W nie określają wprost konsekwencji zawarcia ugody pomiędzy lekarzem i pacjentem przed mediatorem. W szczególności nie dają one podstawy do umorzenia postępowania w związku z zawartą przed mediatorem ugodą, a jedynie do złagodzenia kary w sytuacji pozytywnych wyników przeprowadzonej mediacji.

Zgodnie z informacjami Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej* w latach 2010–2020 rzecznicy odpowiedzialności zawodowej do postępowania mediacyjnego skierowali 93 sprawy, natomiast sądy lekarskie zaledwie 28 spraw. Jednocześnie NROZ zauważył, że mimo iż instytucja mediacji stosowana jest w praktyce w minimalnym stopniu, w tych sprawach, w których była prowadzona, doprowadziła aż w 70 proc. spraw do zawarcia ugody przed mediatorem. Rzecznik podkreślił w związku

z tym, że instytucja mediacji sprzyja uzyskaniu przez strony konfliktu akceptowalnego dla nich rozwiązania, które nie byłoby możliwe w toku postępowania przed sądem lekarskim, umożliwia poprawę wzajemnych relacji skonfliktowanych osób, a także wpływa na skrócenie czasu postępowania.

W odpowiedzi na powyższe Ministerstwo Zdrowia wskazało*, że postulat dotyczący wprowadzenia zmian prawnych w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie instytucji mediacji jest zasadny. Ministerstwo zwróciło się w związku z tym do NROZ o podjęcie współpracy w zakresie rozpoczęcia prac legislacyjnych.

ZAKAZ WPROWADZANIA DO OBROTU JEDNORAZOWYCH PAPIEROSÓW ELEKTRONICZNYCH

Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt zmian w ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*, na podstawie których ma zostać wprowadzony całkowity zakaz sprzedaży jednorazowych papierosów elektronicznych, zarówno tych zawierających nikotynę, jak też inne substancje.

Projekt poparło Prezydium NRL*, wskazując w szczególności na to, że rynek jednorazowych papierosów elektronicznych znacznie zwiększa ryzyko narażenia młodych ludzi na korzystanie z wyrobów tytoniowych. ●



* 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**

Należyta staranność – regulacje prawne

GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

PRZEMYSŁAW RAWA-KŁOCEK
adwokat

Pojęcie „należytej staranności” jest niezwykle często stosowane w aspekcie wykonywania usług medycznych przez lekarza lub lekarza dentystę. Najczęściej znajduje swoje miejsce w umowach między lekarzami a placówkami medycznymi.

Istnieje wiele aktów normatywnych, które odnoszą się do stosunków prawa medycznego, nakładając na lekarzy oraz lekarzy dentystów obowiązek wykonywania zawodu z zachowaniem należytej staranności.

Bogactwo źródeł oraz kontekstów o charakterze interpretacyjnym dla obowiązku zachowania należytej staranności nie jest czynnikiem, który współgra z jednolitością poglądów na temat charakteru prawnego tego obowiązku. Pojęcie „należyta staranność lekarza” nie jest w polskiej nauce oraz systemie prawnym jednolicie ro-

zumiane, odnosi się je też do różnych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej lekarza.

Na początku należy odnieść się do uregulowań o randze ustawowej. Zgodnie z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.) *lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.*

Co więcej, w art. 8 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581) zostało zawarte, że *pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należyłą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.*

Warto dodać, że kwestia ta została uregulowana w § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 400 ze zm.) w brzmieniu: (...) 2. *Świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności.*

O obowiązku tym możemy przeczytać również w Kodeksie Etyki Lekarskiej, a dokładniej w art. 8: *Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas.*

Warto zaznaczyć, że kodeksy etyki zawodowej nie są źródłem prawa powszechnie obowiązującego, jednakże ich przepisy mogą stanowić wskaźnik oceny zachowania osoby, która wykonuje zawód medyczny, oraz jej postępowania, a także wskazówkę, jak należy interpretować w aspekcie kwalifikacji prawnej działania czy też zaniechania tej osoby, a co za tym idzie, wpływać na odpowiedzialność dyscyplinarną, cywilną i karną.

Normy, które zostały zawarte w kodeksach etyki zawodowej, są doprecyzowaniem i uzupełnieniem przepisów rangi ustawowej i w związku z tym powinny być brane pod uwagę przy wykonywaniu zawodu medycznego.

Analizując zagadnienie oraz dokonując wykładni zasady, zgodnie z którą lekarz oraz lekarz dentysta są zobowiązani wykonywać zawód z zachowaniem należytej staranności, przede wszystkim należy wziąć pod uwagę specyfikę

stosunków prawnych, do których ww. ogólna zasada znajdzie zastosowanie.

Należy wskazać, iż choć możliwe jest stwierdzenie, że obowiązek wykonywania zawodu z zachowaniem należytej staranności spoczywa na lekarzu zarówno w kontekście odpowiedzialności karnej, jak i odpowiedzialności cywilnej, to jednak w jednym, jak i drugim przypadku obowiązek ten może się różnić zarówno pod względem charakteru prawnego, jak też treści. Dokładnie taka sytuacja występuje w przypadku polskiego prawa karnego i cywilnego.

W polskim prawie cywilnym zachowanie należytej staranności należałoby uznać za przeciwieństwo zachowania zawinionego.

Dokonanie badania, czy dana osoba zachowała należyłą staranność, odnosiło się będzie do cech o charakterze psychicznym oraz podmiotowym tej osoby, czyli do okoliczności, które są subiektywne.

Należyta staranność została uwzględniona w art. 355 § 1 ustawy z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1061 ze zm.) w brzmieniu: *Dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność).* (...)

W regulacjach prawa karnego niezachowanie staranności jest utożsamiane z niedochowaniem zasad ostrożności, co uwzględnione zostało w art. 9 § 2 ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 383).

(...) czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca, nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych

okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć. (...)

Staranność czy też jej brak będzie poddana analizie z perspektywy znamion zarzucanego lekarzowi czynu niedozwolonego.

W judykaturze, np. w wyroku SA w Łodzi z 12 kwietnia 2017 r., I ACa 1327/16, LEX nr 2310611 sąd wskazał, że pojęcie „należytej staranności” unormowane jest w art. 355 k.c. W przepisie tym ustala się, że chodzi o staranność wymaganą w stosunkach danego rodzaju, przy czym staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności.

Należyta staranność obejmuje reguły postępowania w sposób zobiektywizowany. W stosunku do lekarzy powinna być rozumiana jako obiektywnie istniejący wzorzec postępowania obowiązujący każdego lekarza i lekarza dentystę w tym samym stopniu.

W literaturze, na podstawie analizy orzecznictwa sądowego, twierdzi się, że *musi to być jednak staranność wysokiego stopnia, oznaczająca, że powstanie wypadku czy innego ujemnego dla pacjenta zdarzenia wyrządzającego mu szkodę było nie do uniknięcia nawet przez najbardziej przezornego, starannego i kwalifikowanego lekarza.*

W doktrynie oraz w orzecznictwie przyjmuje się, że w przypadku osób wykonujących zawody medyczne, ze względu na przedmiot ich działania, jakim jest ochrona zarówno zdrowia, jak i życia człowieka, należyta staranność oznacza staranność w stopniu wyższym od wymaganej w życiu codziennym.

Zgodnie z wyrokiem SA w Katowicach z 14 lutego 2013 r., I ACa 970/12, LEX nr 1289424 o zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie, nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach.

Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej oceny konkretnego zachowania.

Obowiązek zachowania należytej staranności dotyczy wszystkich momentów wykonywania zobowiązania, czyli faz: przygotowawczej, zasadniczej oraz końcowej, oczywiście jeśli wszystkie w danej sytuacji występują.

Zważając na powyższe, osoba, która wykonuje zawód medyczny, powinna zachowywać stosowną pilność, uwagę, ostrożność, zdrowy rozsądek oraz troskę w osiągnięciu celu terapeutycznego u pacjenta na każdym etapie procesu terapeutycznego.

Dlatego też do podstawowych obowiązków wszystkich osób wykonujących zawód medyczny należy podejmowanie takiego sposobu postępowania (leczenia), który powinien być gwarantem, przy zachowaniu obowiązującego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalnego efektu terapeutycznego, a przede wszystkim nienarażania pacjentów na pogorszenie ich stanu zdrowia. ●



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



To relacje są narzędziem zmiany

Z **Marią Kłosińską** – lekarką, mamą czwórki dzieci, przewodniczącą Zespołu ds. Matek Lekarek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz współtwórczynią Kongresu Matek Lekarek – rozmawiamy o codziennych wyborach, odpowiedzialności za siebie i innych, potrzebie wspólnoty oraz o nadchodzącej IV edycji Kongresu.

rozmawiała **AGATA LUDWIKOWSKA**



fot. Zespół ds. Matek Lekarek (2)

Z pani perspektywy – co to znaczy być matką lekarką? Czy trudno to połączyć?

To dla mnie wielka życiowa przygoda – łączyć te role, a raczej nie łączyć, ale wybierać między nimi. Życie w ogóle jest kwestią wyboru – i to, jak je przeżyjemy, zależy od tego, co wybieramy. Ja zawsze chciałam być lekarką – to było moje dziecięce marzenie. Ale także marzyłam, żeby mieć dzieci. Dokładnie czwórkę – i to się też udało.

Nie będę udawać, że nie wiąże się to z wysiłkiem i koniecznością dokonywania trudnych wyborów na co dzień. Ale życie w ogóle wiąże się z wysiłkiem, a ja cieszę się, że ten mój mogę włożyć w obszary, które dają mi radość i spełnienie.

Jakie były początki Zespołu ds. Matek Lekarek? Co było impulsem do jego stworzenia?

Zespół ds. Matek Lekarek w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie powstał dlatego, że lekarki będące matkami albo planujące macierzyństwo od lat były aktywne, zaangażowane w działanie środowiska lekarskiego – ale nie miały swojej przestrzeni w samorządzie. Tymczasem chodzi w nim przecież o samorządność – to my, członkowie izby, mamy wskazywać, co jest dla nas ważne. I jeśli jest wśród nas grupa, która jest aktywna i zaangażowana – to naturalne, że powinna mieć swoje miejsce w strukturze.

Pomysł powstał w większym gronie – takim z superenergią – i stwierdzono, że skoro jesteśmy częścią środowiska i mamy pomysły, jak odpowiadać na jego potrzeby, to stworzymy Zespół. Bo samorząd może nie tylko reagować, ale i wyprzedzać potrzeby. A matki lekarzy nie tylko potrzebują wsparcia – ale i same mają mnóstwo do zaoferowania. To, co wypracowują, to rozwiązania dla wszystkich lekarzy.

Zespół – jak sama pani mówiła – przyniósł coś nowego do izby: przestrzeń na relacje.

Zdecydowanie. Zanim lekarze i lekarze dentyści zaczęli przychodzić do samorządu z każdym swoim problemem, pojawiła się przestrzeń spotkań. Ale nie takich w stylu „imprezy integracyjnej”, tylko spotkań, które budują wspólno-



tę. I to właśnie matki lekarki wniosły do izby. Rozpowszechniły potrzebę i praktykę bycia razem dla wszystkich bez wyjątku. A dopiero z tej przestrzeni wynikają działania oparte na wspólnych doświadczeniach.

Pierwsze wydarzenia były skromne: mikołajki, Dzień Dziecka – organizowane w siedzibie izby i na terenie do niej przylegającym. Ale potem liczba uczestników rosła – do ponad tysiąca. I właśnie w trakcie tych spotkań zaczęły się rozmowy – lekarek i lekarzy różnych pokoleń, różnych specjalizacji z lekarzami samorządowcami, działaczami – o tym, co nam naprawdę doskwiera, gdzie są luki, co izba mogłaby zmienić.

Jakie problemy pojawiały się najczęściej w tych rozmowach?

Zarówno wyjątkowe, jak i powszechne. OIL zorganizowała np. opiekę nad wszystkimi potrzebującymi jej dziećmi lekarzy, gdy państwo polskie z okazji 100. rocznicy odzyskania przez Polskę

niepodległości ustanowiło 12 listopada dniem wolnym od pracy – zamknięto szkoły i przedszkola, a lekarze, jako medycy, musieli pracować, zwrócili się więc o pomoc do samorządu. To była wyjątkowa inicjatywa.

Innym razem OIL w Warszawie jako jedyna izba w Polsce zareagowała szybko pomocą prawną na nierealne i bezsensowne skierowania od wojewody mazowieckiego do walki z epidemią. Wręczano je lekarzom – rodzicom niemowląt, lekarkom w ciąży czy czasowo niepracującym chorym, pukając do nich do domów o różnych porach dnia i nocy.

Powszechne są problemy prawne – brak adekwatnych narzędzi, kłopoty z interpretacją przepisów. Lekarki mówiły o trudnościach w miejscu pracy, problemach organizacyjnych, grafikach dyżurowych, o barierach w czasie rezydentury. A samorząd – dzięki tym rozmowom – mógł dostosować pomoc prawną do realnych potrzeb.

Drugim ogromnym obszarem, który wymagał uwagi, była kwestia życia osobistego. Mamy dzieci, niektóre z nas opiekują się starszymi rodzicami, inne same zmagają się z chorobami. W takich sytuacjach wykonywanie zawodu lekarza – wymagającego, obciążającego – staje się jeszcze trudniejsze. I tu także zainicjowałyśmy konkretne działania: program refundacji szczepień dla dzieci lekarzy, zmianę katalogu przyczyn zwolnienia ze składek w trudnych momentach. To są konkretne, namacalne formy wsparcia.

Wśród wypracowanych postulatów pojawiła się propozycja elastycznej ścieżki specjalizacji. Czym dokładnie jest ten pomysł?

To rozwiązanie, które wyrosło z naszej pracy podczas II Kongresu Matek Lekarek. Podzieliłyśmy uczestniczki na grupy – specjalistek, rezydentek, lekarek dentystek i lekarek specjalizacji zabiegowych – i w kilku z tych grup niezależnie wy-

brzmiało, że układanie grafików bywa narzędziem nacisku, a nawet mobbingu, i że system nie uwzględnia rzeczywistego wysiłku lekarzy, szczególnie tych, którzy poświęcając swój własny czas, latają dziury grafikowe, tak by oddział mógł funkcjonować 24 h na dobę przez siedem dni w tygodniu.

Postulujemy, by lekarz, który dyżuruje ponad programowe minimum, mógł – za zgodą swojego kierownika specjalizacji, przy realizowaniu procedur wynikających z programu specjalizacji – skrócić czas stażu podstawowego o te nadmiarowe dyżury. To proste: jeśli ktoś w pewnym okresie życia może dać z siebie więcej, niech ma na to szansę, a w przyszłości – np. w ciąży czy przy małym dziecku, chorym rodzicu, chorobie własnej – może mieć dla siebie więcej przestrzeni.

Nie chodzi nam o skracanie specjalizacji, tylko o optymalne gospodarowanie obowiązkami. Bo my, lekarze, funkcjonujemy w rytmie dyżurów – ale też w rytmie życia. Z propozycją rozwiązania tego problemu udajemy się jako Fundacja Matek Lekarek do przedstawicieli samorządu lekarskiego, do prezesa NRL.

Przejdźmy do tegorocznego Kongresu Matek Lekarek. Co będzie wyróżniało tę edycję?

Hasło tegorocznego Kongresu brzmi „Budujemy więzi” – i to naprawdę nie jest slogan, tylko sposób, w jaki chcemy żyć i działać. W tym roku Kongres ma bardzo silną część merytoryczną, naukową, ale też wspólnotową. W sobotę spotykamy się w pięciu strefach tematycznych: Matki Lekarki (ML) przekwalifikowanej, ML w podróży, ML hero-

ski, ML stylu życia i ML biznes. Każda z nich dotyczy innego aspektu naszego życia. Są wśród nas takie, które zmieniały kwalifikacje, które praktykują medycynę „w drodze”, np. na misjach. Mamy też przestrzeń dla tych, które mierzą się z wyjątkowymi trudnościami – jak niepełnosprawność dziecka. Nie zabraknie tematów związanych ze zdrowiem kobiet i z prowadzeniem własnej działalności. Wszystko to, mimo że bardzo różnorodne, łączy nasze doświadczenie kobiet w zawodzie lekarki i lekarza dentystki.

Kongres to również miejsce budowania więzi wewnątrz środowiska. Dlatego odbędzie się też spotkanie przedstawicieli izb z lekarkami reprezentującymi grupy szczególnie wymagające wsparcia: rodziców dzieci z różnymi niepełnosprawnościami, samotnych matek, lekaerek z niepełnosprawnością oraz spotkanie kół, zespołów i komisji ML z różnych izb oraz zebranie Rady Programowej Fundacji Matki Lekarki. Chcemy porozmawiać szczerze o tym, co już się dzieje i co możemy wspólnie wypracować.

To już IV edycja Kongresu. Czy z perspektywy czasu widzi pani realne zmiany w podejściu do matek lekarek?

Tak, zdecydowanie. Wiele zmian zaczęło się od nas samych. Jako Fundacja Matki Lekarki organizujemy „Medyczne wtorki z wiedzą”, podczas których lekarki specjalistki dzielą się wiedzą z innymi. Wspierałyśmy też rodzinę zamordowanego lekarza z Krakowa, organizując zbiórki – bo poczucie wspólnoty to także konkretna pomoc w trudnych chwilach.

Z drugiej strony, kiedy chcemy zmian systemowych, mówimy o nich głośno. Jako zespół byliśmy na spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia, gdzie rozmawialiśmy m.in. o potrzebie elastyczniejszego podejścia do realizacji czasu pracy w trakcie rezydentury (zwłaszcza dyżurów), o uznaniu tytułu zawodowego „lekarz i lekarka”, o umożliwieniu zdobywania drugiej specjalizacji. Bo przecież to właśnie chęć rozwoju jest naszą siłą.

Zauważam też dużą zmianę w samej izbie lekarskiej. Działania, które rozpoczęliśmy – zarówno samodzielnie, jak i we współpracy z izbą – przynoszą namacalne efekty. Widać to choćby po coraz większej frekwencji na wydarzeniach czy po rosnących oczekiwaniach wobec samorządu. To, co robimy jako matki lekarki, przekłada się nie tylko na poprawę naszego losu – ale na jakość opieki medycznej, na dobro pacjentów. Bo zadowolona, wspierana lekarka i lekarz to lepszy system ochrony zdrowia.

Co powiedziałyby pani młodej kobiecie, która dopiero wchodzi do zawodu i obawia się, że macierzyństwo ją zatrzyma?

Powiedziałabym jej: żyj tak, żeby nie mieć żalu. Nie wszystko da się zaplanować, ale można podejmować mądre wybory. I warto wybierać w zgodzie ze sobą. To, co naprawdę ważne, nie zamyka drzwi – tylko uczy, jak je otwierać po kolei.

I jeszcze jedno: nie jesteś sama. Znajdź nas, matki lekarki – jesteśmy na Facebooku i w życiu. Chętnie podzielimy się wiedzą i doświadczeniem. ●

IV Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek

📅 29-30 listopada 2025 r.

📍 Z-Hotel Business & SPA, ul. Wczasowa 25, Otwock (stacjonarnie)



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

rynekzdrowia.pl



Opóźnienie w wydaniu dyplomu specjalisty z powodu błędu proceduralnego



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

Biuro Rzecznika Praw Lekarza OIL w Warszawie otrzymało zgłoszenie o znacznym opóźnieniu w wydaniu dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie pediatrii. Interweniowałam w Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) i Ministerstwie Zdrowia.

Lekarka zgłaszająca opóźnienie zgłosiła w Wydziale Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego komplet dokumentów wymaganych do zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. Tego samego dnia, jeszcze przed formalną weryfikacją przez właściwego konsultanta wojewódzkiego, w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) pojawiło się zatwierdzenie ukończenia szkolenia.

W efekcie system SMK przesłał do CEM informację o zakończeniu specjalizacji, mimo że nie zostały spełnione formalne wymogi, tj. brakowało meryto-

rycznej opinii konsultanta wojewódzkiego. Zatwierdzenie nastąpiło przedwcześnie, prawdopodobnie na skutek błędu pracownika urzędu wojewódzkiego.

W wyniku tej sytuacji lekarka, która zdała Państwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES) i spełniła wszelkie wymogi ukończenia szkolenia, nie otrzymała dyplomu ze zgodnymi danymi. W konsekwencji uniemożliwiło jej to dalszy rozwój zawodowy i naraziło na straty finansowe.

Zwróciłam się do CEM z wnioskiem o udzielenie informacji, czy instytucja była świadoma przedwczesnego zatwierdzenia zakończenia szkolenia w SMK oraz czy możliwa jest korekta takiego zgłoszenia, jeśli procedura nie została formalnie zakończona w urzędzie wojewódzkim. Ponadto zapytałam, czy w przypadku błędu proceduralnego ze strony wojewody istnieje możliwość przyspieszonej weryfikacji lub wydania dyplomu, by lekarz mógł niezwłocznie wykonywać zawód zgodnie z kwalifikacjami. Zwróciłam się też o informacje na temat planowanych działań zapobiegających podobnym sytuacjom w przy-

szłości poprzez wprowadzenie zmian w procedurze weryfikacji danych wpływających z SMK.

W odpowiedzi CEM poinformowało, że w dniu otrzymania potwierdzenia z SMK o zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego przez lekarkę został jej wydany dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty. Po dwóch tygodniach do CEM wpłynęło pismo z Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, z którego wynikało, że urząd przez pomyłkę zbyt wcześnie potwierdził zakończenie szkolenia specjalizacyjnego przez lekarkę. W tej sytuacji konieczne było unieważnienie dyplomu.

CEM wystąpiło do Ministra Zdrowia o stwierdzenie nieważności dyplomu. Zgoda na wystawienie prawidłowego dokumentu wpłynęła do CEM po ponad dwóch miesiącach.

CEM nie posiada informacji, czy urząd wojewódzki może samodzielnie skorygować wykrytą pomyłkę, czy też wymaga to interwencji operatora SMK – Centrum e-Zdrowia. Ponadto aktualne przepisy nie regulują procedury stwierdzenia nieważności dyplomu, co wskazuje na potrzebę wprowadzenia odpowiednich regulacji w tym zakresie. Takie zmiany wymagają nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zwróciłam się zatem bezpośrednio do Ministra Zdrowia z wnioskiem o podjęcie inicjatywy ustawodawczej w zakresie nowelizacji ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w celu usprawnienia trybu i warunków uzyskania tytułu specjalisty, tj. wprowadzenie regulacji dotyczących stwierdzenia nieważności wydanego dyplomu. MZ poinformowało mnie, iż prace nad tym zagadnieniem są w toku i zostaną uwzględnione w najbliższej nowelizacji ustawy.

•
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

Apteczka psychiczna

Rosnąca agresja pacjentów, frustracja, brak wsparcia – to codzienność wielu lekarzy. Co się dzieje z nimi po dyżurze, po trudnej rozmowie, po ataku? **Dorota Minta**, psycholożka i psychoterapeutka z wieloletnim doświadczeniem, opowiada, jak chronić siebie i swoje granice w zawodzie, który jest tak wymagający.

rozmawiała **AGATA LUDWIKOWSKA**

Co sprawiło, że zaangażowała się pani w tematykę zdrowia psychicznego oraz bezpieczeństwa medyków i zdecydowała poprowadzić warsztaty dla lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie?

Ponad dekadę temu stworzyłam kurs e-learningowy o budowaniu relacji pacjent–medyk. Prowadzenie tych kur-

sów uświadomiło mi, jak wielkim wyzwaniem jest komunikacja z pacjentem.

Żałuję, że dopiero ostatnie dramatyczne zdarzenia – sytuacje zagrożenia, przemocy wobec personelu medycznego – uruchomiły instytucjonalne zainteresowanie tematem zdrowia psychicznego i dobrostanu medyków. Samotność, przeciążenie psychiczne, wypalenie zawodowe i brak systemowego wsparcia wobec agresji pacjentów to poważne problemy, które wymagają uwagi i podjęcia odpowiednich działań. W końcu mówimy o zawodach, w których od psychicznej kondycji zależy zdrowie, a niekiedy życie innych ludzi.

Moja praca polega na uczeniu, jak się odnaleźć w różnych trudnych sytuacjach. Stąd z przyjemnością odpowiedziałam na zaproszenie do poprowadzenia warsztatów dla lekarzy w OIL w Warszawie.

Jakie mechanizmy stoją za agresją pacjentów?

To złożony problem. Agresja może być wynikiem schorzeń, poczucia odrzucenia, bycia niezrozumianym. Z psychoterapeutycznej perspektywy kryje się za tym lęk. Lęk, który, nie-rozbrojony, z czasem urasta do ogromnych rozmiarów i znajduje ujście w gwałtownych za-

chowaniach. To mechanizm bardzo ludzki – jeśli się czegoś boimy, próbujemy się bronić. Czasem przez atak.

Agresję wzmacnia także narracja społeczna. Media uwypuklają głównie porażki systemu i samych lekarzy: kolejki, braki kadrowe, zdarzenia niepożądane, często mylone z błędami lekarskimi, przypadki arogancji. Do tego dochodzą bariery finansowe, czas oczekiwania na leczenie, brak przejrzystości. Pacjent wchodzi do przychodni już z poczuciem, że będzie walczył – a nie rozmawiał. I niestety to na personelu medycznym wyładowuje swoją frustrację. Lekarze także obojętnieją na takie reakcje albo wręcz przeciwnie – dają im się ponieść.

Czy zatem mogą nauczyć się bronić przed agresją pacjentów i jej konsekwencjami?

Nawet jeśli uda się opanować sytuację tu i teraz – a wielu lekarzy potrafi to intuicyjnie – pozostaje pytanie: co potem? Co z napięciem, adrenaliną, wewnętrznym poruszeniem, które w nas zostają? Samoistnie nie znikną. A jeśli nie mamy z kim o tym porozmawiać, jeśli brakuje narzędzi, żeby to przepracować – te emocje kumulują się. I płacimy za nie wysoką cenę później. Dlatego kładę nacisk na profilaktykę.

Na czym miałyby polegać taka profilaktyka?

Musimy nauczyć się dbać o siebie, zanim wydarzy się coś trudnego. Nazywam to tworzeniem „apteczki psychicznej” – zestawu praktyk, które pomagają utrzymywać równowagę. To mogą być techniki relaksacyjne – jak trening Schulza albo Jacobsona. To może być także medytacja, modlitwa, ćwiczenia oddechowe, sport, kontakt z naturą, dobre jedzenie, sen.

Ważne jest, by nie czekać, aż przestaniemy sobie dawać radę. Praktykujemy te umiejętności, kiedy jest dobrze. Wtedy mamy do czego sięgnąć w kryzysie – jak po bandaż czy plaster.



fot. archiwum prywatne

dla lekarza

A co, jeśli jednak wypalenie zawodowe już się pojawia? Jak je rozpoznać?

Zaczyna się od życia prywatnego. Jesteśmy rozdrażnieni, mamy mniej energii, nie chcemy bliskości. Pojawiają się problemy ze snem, odżywianiem, koncentracją. Jeśli taki stan trwa dłużej niż dwa tygodnie, warto sięgnąć po profesjonalną pomoc.

Wypaleniu zawodowemu mogą towarzyszyć zachowania ryzykowne – alkohol, leki, hazard, kompulsje. To są sposoby radzenia sobie ze stresem – ale destrukcyjne. Niestety, bardzo powszechne, także u lekarzy, niezależnie od płci. Cierpią na tym wszystkie relacje. Pacjenci – dopiero na końcu, bo tutaj najsilniej dochodzi do głosu poczucie odpowiedzialności.

Czy środowisko medyczne ma wsparcie w takich sytuacjach?

Rzadko. Najczęściej lekarze muszą radzić sobie sami, nie tylko z trudnymi zachowaniami pacjentów i ich rodzin, ale

też z ich bólem, umieraniem. To ogromnie obciążające. Zdarzają się dobre praktyki – np. szpitale, które zatrudniają psychologa wyłącznie dla personelu. Albo zespoły, w których przełożony jasno komunikuje: w sytuacji zagrożenia prosimy o pomoc, zachowujemy się według procedury. To odciąża i daje poczucie bezpieczeństwa. Pokazuje, że prośenie o wsparcie nie jest porażką – tylko profesjonalnym zachowaniem. A my w Polsce kulturowo nie radzimy sobie z przepracowywaniem porażek.

Czyli do dyspozycji mamy z jednej strony – „apteczkę psychiczną”, z drugiej – dobre relacje?

Jest taka gałąź psychologii, która się zajmuje wzrostem potraumatycznym. Kontakt z agresywnym pacjentem jest źródłem traumy. Wychodzenie z niej opiera się na dwóch filarach: wewnętrznym systemie wartości i sieci wsparcia. Czyli musimy wiedzieć, co jest dla nas istotne, i mieć kilka osób, z którymi mo-

żemy porozmawiać, gdy jest źle. Czasem proszę pacjentów, żeby przejrze-li kontakty w telefonie i sprawdzili, do kogo z bliskich dawno się nie odezwali. I żeby zadzwonili. To proste ćwiczenie, ale bardzo skuteczne.

Wydawałoby się, że to praktyki zdroworozsądkowe, proste i dostępne dla wszystkich – a jednak nie sięgamy po nie. Dlaczego?

Bo przez lata nikt nas tego nie uczył. Nie rozmawialiśmy o emocjach, stresie, porażkach, stawianiu granic. Ale to się zmienia. Coraz więcej uczelni – nawet tych technicznych – wprowadza kursy z kompetencji miękkich. I bardzo dobrze. Przecież stres towarzyszy każdemu – ale można nauczyć się go oswajać.

Co chciałaby pani przede wszystkim przekazać lekarzom podczas warsztatów?

Chciałabym, żeby lekarze wyszli z nich z poczuciem sprawczości. Medyk musi wiedzieć, że jest odpowiedzialny nie tylko za innych, ale przede wszystkim za siebie. Że nie jest niezniszczalny i ma prawo do odpoczynku, do emocji, do prośenia o pomoc. To nie jest słabość. To jest siła – i kompetencja, którą należy ćwiczyć.



Zapraszamy na szkolenia!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na bezpłatne szkolenia online i stacjonarne.

WRZESIEŃ 2025



16.09 | godz. 19.00–21.00

Radzenie sobie z agresywnym pacjentem oraz dbałość o zdrowie psychiczne lekarza – Dorota Minta

17.09 | godz. 19.00–21.00

Lekarz na SOR, lekarz na izbie przyjęć. Kompendium wiedzy praktycznej – mec. Katarzyna Smak

18.09 | godz. 19.00–21.00

AI w pracy lekarza – dr n. med. Mariusz Borkowski, dr n. med. Michał Nedoszytko

24.09 | godz. 19.00–22.00

Jak chronić siebie w miejscu pracy – aspekty prawne bezpieczeństwa medyka – mec. Aleksandra Powierża, mec. Karolina Podsiadły-Gęsikowska

25.09 | godz. 17.00–20.00

Resuscytacja w gabinecie stomatologicznym – dr n. med. Piotr Abramczyk (stacjonarnie)

27.09 | godz. 08.00–16.00

Marketing, który nie gryzie – Jak promować się etycznie i skutecznie w zawodzie lekarza. Szkolenie Klubu Lekarza Przedsiębiorcy – Maciej Kuźma (stacjonarnie)

30.09 | godz. 19.00–21.00

Mediacje w medycynie – jak starać się unikać spraw sądowych – mec. Przemysław Rawa-Klocek, lek. dent. Andrzej Siarkiewicz

Ochrona prawna dla lekarzy i lekarzy dentystów w ramach składki członkowskiej

Kwestia roszczeń kierowanych wobec lekarzy zawsze budzi dużo emocji. Niestety, z roku na rok przybywa zdarzeń, które dla lekarzy zwykle stanowią poważne obciążenie. Ubezpieczenie ochrony prawnej może być nieocenionym wsparciem w takich sytuacjach.

Problemem roszczeń wobec lekarzy zajęło się prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie podczas prac nad programem ubezpieczeniowym PZU dla lekarzy i lekarzy dentystów na 2025 r. Jednym z przyjętych rozwiązań jest włączenie ubezpieczenia ochrony prawnej jako dodatkowego instrumentu ochrony w ramach obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia OC.

Oznacza to, że każdy członek OIL w Warszawie otrzymuje dodatkowe narzędzie na wypadek sporu z poszkodowanym lub osobą, z którą istnieje ryzyko sporu, pomimo braku odpowiedzialności. Dzięki włączeniu ochrony prawnej do ubezpieczenia OC opłacanego w ramach składki członkowskiej OIL nie ponosi dodatkowych kosztów.

NA JAKĄ POMOC MOŻE LICZYĆ LEKARZ I LEKARZ DENTYSTA?

Ubezpieczenie ochrony prawnej jest dostępne w najwyższym wariantcie w ofercie PZU. Zapewnia szeroki zakres spraw, dzięki czemu lekarz może liczyć na pomoc niemal w każdym

aspekcie wykonywania zawodu. Zalicza się do nich:

- ochronę interesów prawnych ubezpieczonego w postępowaniach cywilnych związanych z nienależytym wykonaniem świadczenia zdrowotnego przez ubezpieczonego;
- ochronę ubezpieczonego w zakresie prawa karnego i wykroczeń lub dochodzenie przez ubezpieczonego roszczeń z tytułu popełnienia wobec ubezpieczonego przestępstwa zniesławienia lub znieważenia w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zawodu lekarza;
- ochronę interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie sporów z NFZ;
- dochodzenie przez ubezpieczonego własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych lub roszczeń z tytułu naruszenia dóbr osobistych powstałych w związku z wykonywaniem zawodu lekarza;
- ochronę interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie prawa pracy i ubezpieczeń społecznych;
- obronę ubezpieczonego w zakresie postępowań dotyczących odpowiedzialności zawodowej;

- ochronę interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie postępowań administracyjnych;
- ochronę interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie umów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza;
- ochronę interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie ochrony danych osobowych.

POLISA POKRYWA KOSZTY PRAWNE

Głównym celem ubezpieczenia jest pokrycie lub zwrot kosztów ochrony prawnej, poniesionych w celu obrony praw lekarza, w postępowaniach toczących się przeciwko niemu jako podejrzanemu, oskarżonemu lub pozwanemu. Należą do nich koszty:

- wynagrodzenia adwokata albo radcy prawnego;
- sądowe – w sprawach cywilnych, karnych;
- postępowania przed sądami administracyjnymi;
- zasądzone prawomocnym orzeczeniem sądu od ubezpieczonego na rzecz strony przeciwnej;
- postępowania sądu polubownego;
- postępowania egzekucyjnego, jeśli ubezpieczony jest wierzycielem;
- mediacji sądowych.

Jeśli chodzi o koszty wynagrodzenia prawnika, PZU pokryje je w wymiarze do trzykrotności minimalnej stawki rynkowej, obowiązującej w miejscowości, w której toczy się spór. W przypadku, gdy lekarz nie ma swojego prawnika, może liczyć na polecenie odpowiedniej osoby przez ubezpieczyciela.

ZANIM SPRAWA TRAFI DO SĄDU

Pokrycie kosztów obrony i postępowań nie wyczerpuje jednak całego zakresu. Zanim sprawa trafi do sądu, można skorzystać z rozwiązania w postaci mediacji pozasądowej oraz postępowania sądu polubownego. Celem tej formy wsparcia jest utrzymanie poprawnych relacji lekarza z osobą wysuwającą roszczenie i niedopuszczenie do ich pogorszenia.

Ubezpieczenie umożliwia także zasięgnięcie informacji i opinii prawnych oraz przesyłanie dokumentów prawnych. Zalicza się do nich:

- przesłanie wzorów umów lub pism należących do powszechnego obrotu prawnego;
- przesłanie tekstów obowiązujących lub archiwalnych aktów prawnych;
- udzielenie informacji o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia postępowania sądowego;
- udzielenie informacji o przepisach prawa, orzecznictwie, poglądach doktryny – w zakresie zgłoszonego problemu prawnego.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

Jak w przypadku każdego ubezpieczenia, zawsze warto przyrzeć się wyłączeniom ochrony. PZU nie odpowiada m.in. za koszty ochrony prawnej:

- dotyczące umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń;
- poniesione przez ubezpieczonego w sporze z PZU;
- związane ze świadomym zatajeniem przez ubezpieczonego informacji lub dokumentów mogących wpływać na sposób świadczenia pomocy prawnej;
- poniesione na polecenie ubezpieczonego, które nie były konieczne w celu obrony jego praw;
- poniesione w postępowaniu wszczętym na wniosek osób bliskich;
- dotyczące wypadków spowodowanych umyślnie lub pozostających w bezpośrednim związku z popełnieniem umyślnego przestępstwa lub wykroczenia;
- z tytułu szkód wyrządzonych w okresie, w którym ubezpieczony nie posiadał uprawnień do wykonywania zawodu;
- dotyczące wypadków ubezpieczeniowych powstałych wskutek znajdowania się ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających.

Podstawowa suma ubezpieczenia wynosi 2 tys. zł na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe.

Ochronę na tym poziomie otrzymuje każdy członek OIL w Warszawie w ramach OC w składce, a więc bez dodatkowych kosztów. Jednak lekarze, którzy chcą zapewnić sobie ochronę na wyższe sumy, mają możliwość wyboru nawet do 500 tys. zł, za dodatkową

składką. W zależności od wariantu wynosi ona 129 zł lub 315 zł za rok.

Aby dodatkowo się ubezpieczyć, wystarczy skontaktować się z doradcami INS MED – firmy odpowiedzialnej za obsługę programu PZU – pod numerem **tel. 22 494 36 50** lub złożyć wniosek online na stronie*.

JAK OTRZYMAĆ POMOC?

Aby otrzymać wsparcie prawne, wystarczy, że skontaktujesz się z PZU, dzwoniąc na całodobową infolinię pod numer: 22 505 16 04 (opłata zgodna z taryfą operatora). Następnie:

- Przygotuj numer PESEL i poinformuj konsultanta, że chcesz skorzystać z ochrony prawnej dla lekarzy.
- Zgłoszeniu zostanie nadany numer, który zaczyna się od liter ZA.

- W ciągu 12 godzin roboczych skontaktuje się z Tobą przedstawiciel zespołu prawnego w celu wyjaśnienia okoliczności sprawy, uzupełnienia dokumentacji oraz ustalenia preferowanego rozwiązania.

Zachęcamy wszystkich członków OIL w Warszawie do korzystania z ochrony prawnej w każdej sytuacji, kiedy lekarz otrzyma informację o jakiegokolwiek okoliczności mogącej wywołać szkodę. Dla własnego dobra nie należy ignorować tego typu sygnałów, bo dzięki profesjonalnej usłudze prawnej można ograniczyć skutki takich zdarzeń już na wczesnym etapie.



*wniosek online na dodatkowe ubezpieczenie



fot. licencja OIL w Warszawie

V Konkurs Fotograficzny Lekarzy na ostatniej prostej

Więcej informacji
i regulamin konkursu:



Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie serdecznie zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski do udziału w piątej edycji konkursu fotograficznego! Prace w dwóch kategoriach: „Fotografia uliczna” (obligatoryjne) oraz „Temat wolny” prosimy przysyłać do 30 września 2025 r. – w formacie JPG na adres: komisjakultury@oilwaw.org.pl lub na nośnikach danych pocztą tradycyjną na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa, z dopiskiem „V Konkurs Fotograficzny”.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do 30 października 2025 r. Jury przyzna następujące nagrody: Grand Prix, I, II, III miejsce w każdej kategorii oraz 3 wyróżnienia honorowe w każdej kategorii. Wyniki opublikujemy w listopadzie br. na stronie internetowej i w mediach społecznościowych OIL w Warszawie oraz w „Pulsie”.

Nagrodzone i wyróżnione zdjęcia zaprezentujemy również na wystawie pokonkursowej oraz w katalogu (jesień 2025 r.). Czekamy na Wasze prace!

XXIV Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy

W malowniczej miejscowości Urle nad Liwcem 19–29 maja 2025 r. odbył się XXIV Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy, zorganizowany przez Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Rady Lekarskiej. Gościu uczestnikom zapewnił Ośrodek Wypoczynkowy Caritas, prowadzony przez dyrektora Włodzimierza Wieczorka.

WŁODZIMIERZ CERAŃSKI

Plener zgromadził 20 lekarzy artystów z całej Polski, którzy w atmosferze twórczego skupienia i wzajemnej inspiracji oddawali się pracy malarskiej. Uczestnikom dopisała doskonała pogoda, co sprzyjało zarówno pracy w plenerze, jak i integracji środowiska.

Na szczególną uwagę zasługują ikony pisane w tradycji bizantyjskiej autorstwa Joli Silskiej-Hałupki i jej męża. Mieczyśław Chruściel wyróżnił się mistrzostwem w portretowaniu, natomiast Jacek Cieżkowicz wprowadził nas w zadumę swoim malarstwem psychodelicznym.

W ramach wydarzenia odbył się również III Ogólnopolski Plener Urańskie Klimaty pod kierownictwem Teresy Urbanowskiej z udziałem Danuty Rasińskiej i Gabrieli Czarneckiej. W jego ramach zorganizowano warsztaty malowania na porcelanie, zajęcia z wycinanki ludowej, a także dwudniowe zajęcia malowania akwarelą, podczas których uczestnicy pracowali z różnymi rodzajami farb akwarelowych, udostępnionymi przez Pracownię Artystycznych Wyzwań.

Ponadto, dzięki inicjatywie dyrekcji Gminnego Ośrodka Kultury w Jadowie, odbyły się warsztaty tworzenia kwiatów, prowadzone przez dyrektorkę Magdalenę Donoch oraz panią Dianę z GOK.

Zwieńczeniem twórczego pleneru były dwie uroczyste prezentacje prac: wystawa plenerowa w zabytkowym Pałacu w Chrzęśnem oraz wernisaż poplenerowy w Jadowie, z udziałem lokalnych władz i społeczności.

Na wernisażu wystawiono 170 prac wykonanych w różnych technikach na płótnie (olej, akryl) oraz papierze (pasterle, akwarele, gwasze, farby drukarskie i rysunki).



foto: archiwum prywatne

Wydarzenie uświetnili swoją obecnością burmistrz Jadowa Rafał Rozpara oraz dyrektor Gminnego Ośrodka Kultury Magdalena Donoch, którzy podkreślili znaczenie współpracy środowiska artystycznego i lokalnej społeczności oraz wyrazili uznanie dla poziomu prezentowanych prac.

Ten plener potwierdził, że Urle są miejscem wyjątkowym – sprzyjającym sztuce, wymianie doświadczeń i budowaniu więzi wśród lekarzy artystów z całej Polski. Wszystkim zaangażowanym w realizację wydarzenia należą się serdeczne podziękowania za stworzenie niepowtarzalnej atmosfery. ●

**Komisja Lekarzy Seniorów ORL w Warszawie
zaprasza lekarzy seniorów na wycieczkę
do Muzeum Bitwy Warszawskiej w Ossowie**

Data: 15 października 2025 r.

Zbiórka pod Kinoteką PKiN w Warszawie
o godz. 10.30

Zapisy telefoniczne pod numerem: 22 542 83 30
Liczba miejsc ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń.

KONKURS

Chcesz mieć „Puls” zawsze pod ręką?

Odpowiedz na pytanie i wygraj jeden z 5 czytników Kindle Paperwhite!



Które z wydarzeń organizowanych przez OIL w Warszawie w ostatnim roku było Twoim zdaniem najlepsze?

Odpowiedź z uzasadnieniem (do 1500 znaków ze spacjami) wyślij na: puls@oilwaw.org.pl.

Na zgłoszenia czekamy do 31 grudnia 2025 r.

Regulamin konkursu:



VI Lekarski Piknik Rowerowy

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie już po raz szósty organizuje rowerowy piknik dla lekarzy i lekarzy dentystów. W tym roku organizatorzy zmieniają nieco format wydarzenia na bardziej rekreacyjny i rodzinny, zachęcając miłośników kolarstwa do wspólnego piknikowania w leśnym kompleksie Puszczy Kampinoskiej.

Piknik odbędzie się 20 września 2025 r.
Zbiórka o godzinie 11.00 na Polanie Rekreacyjnej „Opaleń”. Szczegóły i zapisy na stronie:



Samoobrona: VII edycja

Lekarzu i lekarzu dentysto, zadbaj o swoje bezpieczeństwo! Dołącz do VII edycji kursu samoobrony organizowanego przez OIL w Warszawie i naucz się, jak reagować w sytuacjach zagrożenia – w gabinecie i poza nim.

Czeka na Ciebie cykl ośmiu zajęć obejmujących:

- praktyczne techniki samoobrony,
- symulacje realnych zagrożeń,
- profesjonalne wsparcie trenera Borysa Czyhina – byłego funkcjonariusza sił specjalnych.

Start: 22 września 2025 r.
ul. Chłodna 36/46, Warszawa
Liczba miejsc ograniczona! Zapisy i szczegóły:
sport@oilwaw.org.pl



fot. Daniel Jarosz

Mistrzostwa Polski w ringo

XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo odbędą się w Warszawie już 13 września 2025 r. w godzinach 12.00–15.00. Wydarzenie zaplanowano na terenie stadionu GKS Świt z naturalną trawą, przy ul. Oświatowej 12, na Jelonkach w Warszawie. Zapewniamy posiłek regeneracyjny.

Zgłoszenia do udziału w mistrzostwach przyjmuje przewodnicząca Lekarskiego Klubu Ringo dr n. med. Krystyna Anioł-Strzyżewska, tel.: 600 362 792 lub 22 638 87 15 całodobowo (z możliwością nagrania informacji), e-mail: krystynaaniol27@gmail.com, a także Komisja Sportu OIL, tel. 22 542 83 30 (Daniel Jarosz).

Zachęcamy do udziału w mistrzostwach, ale jednocześnie serdecznie zapraszamy również do gry w ringo w Parku Górczewska przy al. Włodzimierza Strzyżewskiego, vis-à-vis amfiteatru:

- we wtorki w godz. 17.30–19.00,
- w soboty w godz. 12.00–13.30.

Zajęcia prowadzi prof. dr hab. Józef Leszek Krakowiak, który uczestników zajęć uczy gry, polepsza ich technikę rzutów i chwytów kółka ringo, przekazuje również podstawy taktyki.

Procedury na czas W

14 września w godzinach 9.00–17.00 w siedzibie OIL odbędzie się szkolenie „Procedury na czas W”. Szkolenie jest organizowane przez Komisję Sportu z programu OIL Sport Event, a poprowadzi je ekspert ds. kryzysoodporności Borys Czyhin, certyfikowany audytor wewnętrzny i analityk ryzyka, były funkcjonariusz Samodzielnego Pododdziału Kontrterrorystycznego Komendy Stołecznej Policji oraz podoficer Wojska Polskiego. Uczestnicy szkolenia dowiedzą się m.in., jak przygotować się na wybuch wojny od strony formalno-prawnej, finansowej i osobistej.

Szkolenie jest przewidziane dla 20 osób i obowiązuje na nie zapisy. Szczegóły na:





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



Młodość, nauka i... Okęcie wspomnienia z lat 60.

(ad vocem wspomnień kol. Jadwigi Wielgat-Hejduk)

WŁODZIMIERZ CERAŃSKI

lekarz chirurg

fot. archiwum prywatne



Z perspektywy lat wspomnienia nabierają innego wymiaru – jedne bawią, inne wciąż lekko drżą w sercu. W tamtych czasach studiowanie medycyny było czymś więcej niż zdobywaniem wiedzy – było doświadczeniem formującym całe życie. Trudno dziś o tym mówić bez emocji – szczególnie gdy wracają obrazy tygodniowych ćwiczeń, kiedy to przez kilka dni nie

opuszczaliśmy szpitala, śpiąc, jedząc i ucząc się na miejscu. Miejscem naszym zakwaterowania były tzw. katakumby w szpitalu na Starynkiewicza – internat ulokowany w podziemiach kliniki prof. Tadeusza Bulskiego. Nie było tam luksusów – otwarta przestrzeń, mężczyźni z jednej strony, kobiety z drugiej. Ale po całym dniu wykładów i ćwiczeń wieczorne chwile relaksu smakowa-

ły wyjątkowo. Codzienne zajęcia wyciskały z nas wszystkie siły – wykłady, asysty przy porodach, dyżury nocne. Ale wieczory... Wieczory bywały odprężające. Zbieraliśmy się po kątach, rozluźnialiśmy i – czasem – raczyliśmy się winem. Nie było jakim, tylko Okęciem – napojem wyższej klasy, przynajmniej według naszych studenckich kryteriów. W odróżnieniu od „wina patykiem pisanego”, o wdzięcznej nazwie „Wino”, które kosztowało 17 zł, Okęcie – bogatsze w aromat i mniej ryzykowne dla zdrowia – wymagało inwestycji 2 zł więcej. Ale warto było. Wspomnienia tych wieczorów, gdzie wino łączyło się z rozmowami, śmiechem i zmęczeniem, do dziś mają w sobie coś magicznego.

Pewnej nocy, około drugiej, zadzwonił telefon – wezwanie na salę porodową. Nocny dyżur. Zerwałem się z posłania, nieco oszołomiony i ruszyłem przez ciemne korytarze XIX-wiecznego budynku. Piwnica, parter, wreszcie pierwsze piętro – wszystko pogrążone w mroku. I nagle – ostre światło padające z boku korytarza. Stałem jak wryty. W świetle stała postać jak z horroru – cała umazana krwią, nieruchoma. Włosy stały mi dęba.

Po sekundach grozy usłyszałem głos: – *Czego się tak student opier...* (tu pozwolę sobie pominąć dosadność wypowiedzi)? *Już po wszystkim.*

To była... położna. Znakomita specjalistka, która na co dzień wyglądała jak dwudziestolatka, choć zbliżała się do wieku emerytalnego. W dzień zachwycała urodą – zero zmarszczek, promienna cera, młodzieńczy wygląd. Sekret jej urody krążył wśród studentów niczym legenda: po każdym porodzie miała zwyczaj smarować twarz, dekolt i ręce... łożyskiem (placenta). Tak, brzmi to jak opowieść z medycznego folkloru, ale efekt – trzeba przyznać – był piorunujący. W tej nocnej scenarii jednak wyglądała jak zjawą z sennego koszmaru.

EGZAMIN ZA EGZAMINEM, CZYLI NIE TEN STUDENT...

Równie żywo pamiętam swoje spotkania z prof. Tadeuszem Bulskim – postacią nie tylko wybitną, ale i, nie ma co ukrywać, dość pamiętliwą. Prof. Bulski konkurował wówczas z równie znanym prof. Roszkowskim, choć pracowa-

li w różnych placówkach, prof. Bulski często dopytywał z przekąsem: – *A co tam nowego od mędrca znad Wisły?* Trzeba wyjaśnić, że prof. Bulski pracował w szpitalu na placu Starynkiewicza, prof. Roszkowski zaś na Powiślu w szpitalu na Karowej, stąd właśnie ta wiśłana metafora.

Ale moja historia z nim nie dotyczy wykładów, tylko... egzaminu dyplomowego z ginekologii. Zbiegiem okoliczności (albo i nie) profesor pomylił mnie z kolegą, z którym miał jakiś zatarg. Byliśmy do siebie podobni – i być może właśnie dlatego zostałem „uwalony” na egzaminie. Nie raz. Cztery razy z rzędu!

Za piątym razem dostałem pytanie o... budowę osłonki igły radowej. Kompletnie mnie zatkało, patrzyłem na profesora z niemym przerażeniem. Po chwili usłyszałem:

– *Proszę nie odpowiadać. Proszę po egzaminie do mnie do gabinetu.* W gabinecie – kawa, koniak Martell, papierosy Kent. Rozmowa inna niż wszystkie. Profesor spojrzał mi w oczy i powiedział: – *Chciałem pana bardzo przeprosić. To nie pan miał być obłany.*

Wypiłem kawę, koniak, zapaliłem dwa kenty. I wybaczyłem. Pewnie moje zawodowe ścieżki byłyby inne, ale przez opóźnienie w zdaniu egzaminu nie zdążyłem złożyć podań o staż w Warszawie. Trafiłem na kolej – najpierw do Wlenia, potem do Międzyzlesia, gdzie pracowałem aż do emerytury.

Medycyna uczy pokory – nie tylko wobec pacjenta, ale i wobec losu. Ta historia to więcej niż anegdota – to fragment życiorysu, który pokazuje, jak przypadki, zbiegi okoliczności i ludzkie emocje potrafią wpłynąć na całe zawodowe życie.

Z nostalgią wracam do tamtych czasów. Do katakumb, wina Okęcie, nocnych dyżurów i rozmów z profesorami, którzy – mimo że potrafili być surowi – zostawiali po sobie ślad. Bo to właśnie oni uczyli nas nie tylko wiedzy, ale i zawodu, który – jeśli dobrze wykonywany – staje się powołaniem.

Dziś te wspomnienia to coś więcej niż tylko obraz przeszłości. To przypomnienie, że medycyna to także historia – pisana codziennym trudem, przypadkami losu i... niekiedy zabawnymi pomyłkami. ●

Uwolnienie Ojczyzny duchem heroizmu

PIOTR EDWARD GOŁĘBSKI

Trzeba pożegnać zadomowione gruzy
I wymościć gniazdo o przecznicę dalej

Dzielny chłopcze z rozpylaczem
Odrzuciłeś procę do strącania kasztanów

I panienko w koronie z warkoczy
Księżniczko meldunków i bochenków chleba

Zbyt długie rękawy podwijacie za łokcie
Ciężar zmagani harcerek ściskacie
Pasem dojrzałości w przepastnym czasie

Ku nim pociski i szczekanie mowy
Wysiłek doszczętny w zaduchu kanałów
Wyczerpane kompanie brodzą ku Wareckiej

Sierpniowe noce kruchym wytchnieniem
Dla niedozbrojonych w sierocych bojach
I marzenia ulatują wypalonymi oknami

Doprawdy dwulicowość quasi-sojuszników
I nadzieja stygnie goryczą osamotnienia
Dogasa pogorzelsko wymarzonej wolności

Ocalałe piwnice modlitwami błagają
Niech napłynie cisza kresu pożogi
Nadal terror wszech manii fiksata

2025 r.



Dr Eugeniusz Litwin (1927–2025)

WITOLD OKNIŃSKI

fot. archiwum prywatne



Eugeniusz Litwin urodził się 3 października 1927 r. w Brześciu nad Bugiem. Był synem Jana, zawodowego podoficera, i Lubomiry z Naumów. Przed wybuchem wojny ukończył pięć klas szkoły powszechnej. Podczas działań wojennych jego ojciec dostał się do niewoli, z której został zwolniony jako inwalida wojenny w 1940 r. Rodzinie udało się połączyć i zamieszkać w Siedlcach. Tutaj Eugeniusz ukończył szkołę podstawową i rozpoczął naukę w zakresie liceum na tajnych kompletach. W 1947 r. ukończył Liceum Ogólnokształcące w Siedlcach, następnie rozpoczął studia na Wydziale Psychologii Klinicznej w Wyższej Szkole Higieny Psychicznej w Warszawie.

W 1950 r. został skierowany na studia lekarskie w Akademii Medycznej w Krakowie, które ukończył w 1955 r. W latach 1950–1952 studiował równoległe psychologię i medycynę. Takie wykształcenie zaowocowało w przyszłości niekonwencjonalnym podejściem do małych pacjentów. Z dyplomem lekarza na początku 1956 r. podjął pracę w Siedlcach w przychodni dziecięcej i na oddziale dziecięcym w szpitalu, w którym już wkrótce zastępował ordynatora dr Irenę Skwarczyńską podczas jej nieobecności. W grudniu 1957 r. podjął dodatkową pracę jako inspektor ochrony zdrowia dziecka w Wydziale Zdrowia Prezydium PRN w Siedlcach.

Rok później pięć godzin dziennie pełnił obowiązki asystenta oddziału dziecięcego, a od października 1960 r. został przeniesiony do oddziału gruźliczego jako starszy asystent. Rok wcześniej uzyskał pierwszy stopień w zakresie pediatrii. Pracował też jako lekarz pogotowia ratunkowego, a także prowadził prywatny gabinet. Specjalistą drugiego stopnia w dziedzinie pulmonologii dziecięcej został w październiku 1966 r. W 1961 r. jego dzienny wymiar pracy wynosił 11,5 godziny i obejmował pracę w szpitalu, w poradni oraz pracę administracyjną jako inspektor pediatrii w Wydziale Zdrowia. Od 1963 r. jego obowiązki jako lekarza w poradni obejmowały odczytywanie zdjęć z aparatu RTG. Po likwidacji Oddziału Gruźlicy Dziecięcej od 1 czerwca 1966 r. został przeniesiony do leczenia otwartego i praktykował jako lekarz w Przychodni Obwodowej dla miasta i powiatu w Siedlcach w Poradni Przeciwgruźliczej Dziecięcej.

Zmiany organizacyjne spowodowały, że od 1 stycznia 1975 r. kierował Poradnią Przeciwgruźliczą Zespołu Opieki Zdrowotnej w Siedlcach, a od 1976 r. był starszym asystentem w Poradni „D” w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Siedlcach, by od listopada 1977 r. znów kierować Poradnią Chorób Płuc i Gruźlicy w WSZz. Na początku lat 80. XX w., z nominacji ministra zdrowia i opieki społecznej, przez dwie kadencje był stałym zastępcą Rzecznika Okręgowego Dobra Służby Zdrowia przy Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej w Warszawie. 3 sierpnia 1998 r. został pracownikiem Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Siedlcach i pracował w nim do 31 grudnia 1998 r. Jego praca, wykonywana w warunkach narażających na działanie promieniowania jonizującego lub pól elektromagnetycznych, była pracą w szczególnych warunkach. Po przejściu na emeryturę kontynuował – w ograniczonym zakresie – pracę lekarza u dotych-

czasowego pracodawcy do 31 grudnia 2007 r. Przepracował ponad 50 lat.

Z małżeństwa z Wandą Mosur miał synów Mieczysława – lekarza, prof. dr. n. med. – i Pawła – artystę plastyka, absolwenta ASP w Łodzi. Synowie doktora do dzisiaj pamiętają lekcję udzieloną im przez ojca. Pewnego dnia, gdy byli wyjątkowo niesforni, wysłał ich z receptą, którą mieli zrealizować. W kolejnych aptekach odchodzili od okienka z kwitkiem, aż w ostatniej pani farmaceutka z uśmiechem na twarzy spytała, czy to mają być krople, czy tabletki. Chłopcy nie umieli odpowiedzieć, wrócili do domu z niczym i wówczas dowiedzieli się od ojca, że poszukiwali „leku”: *centum grammata rationis*, czyli stu gramów rozumu.

Relaksował się, wędkując, jeżdżąc na rowerze, czytając książki. Został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, odznaką Za zasługi dla województwa siedleckiego oraz za wzorową pracę w Służbie Zdrowia. Dr Eugeniusz Litwin zmarł 28 maja 2025 r. Został pochowany na siedleckim cmentarzu przy ul. Janowskiej.



Naszemu Drogiemu Koledze
dr. n. med. Jarkowi Mądzikowi
wyrazy najgłębszego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

przekazuje

zespół Zakładu Diagnostyki
Obrazowej
Instytutu Matki i Dziecka
w Warszawie

Doktor Iwona Edyta Słowińska z domu Sak

fot. archiwum prywatne



Urodziła się 16 września 1972 r. w Warszawie. W tym mieście spędziła dzieciństwo i wszystkie etapy edukacji, kończąc Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Rejtana w 1991 r. Wywodziła się z rodziny o wszechstronnych zainteresowaniach – matka pediatra, specjalista reumatolog i profesor, ojciec inżynier logistyk, generał górnictwa naftowego i gazownictwa, siostra – finansista.

Nie zaskakuje więc, że poza zainteresowaniami biologią czy chemią w latach 1980–1986 Iwona Słowińska była również uczennicą szkoły muzycznej w klasie fortepianu.

Studia rozpoczęła na I Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie w 1991 r., otrzymując dyplom lekarza w 1997 r. Po ukończeniu studiów medycznych rozpoczęła pracę w Instytucie Reumatologii, początkowo jako lekarz stażysta w Klinice Reumortopedii kierowanej wówczas przez prof. Romualda Kreczko. Wybrała też ostatecznie ortopedię i w kolejnych latach doskonaliła swoje umiejętności jako lekarz ortopeda, dając się poznać zarówno jako doskonały i cierpliwy operator, jak i diagnosta. Pod kierunkiem kolejnego kierownika Kliniki prof. Pawła Małdyka uzyskała dyplom specjalisty ortopedy i traumatologa (2006 r.), a w 2010 r. została zastępcą kierownika Kliniki. W 2002 r. została pracownikiem naukowym Insty-

tutu, a w 2012 r. obroniła pracę doktorską pt. „Losy chorych na choroby reumatyczne leczonych metodą endoprotezoplastyki w obrębie stawów kończyn dolnych”. Recenzentami pracy byli prof. Jacek Pazdur (reumatolog) oraz prof. Jarosław Deszczyński (ortopeda, traumatolog). Była autorką i współautorką szeregu prac naukowych, m.in. „Bone graft incorporation after revision hip arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis, seventy eight revisions using bone allografts with or without metal reinforcements” („Int Orthop.” 2013;37(4):595-8. doi: 10.1007/s00264-013-1794-8); „Complex diagnostics of common conditions of the motor organ of the developmental age” („Reumatologia” 2017;55(4):198-200. doi: 10.5114/reum.2017.69780); „Tophi – surgical treatment” („Reumatologia” 2016;54(5):267-272. doi: 10.5114/reum.2016.63819); „Antibodies to Citrullinated Proteins (ACPA) Associate with Markers of Osteoclast Activation and Bone Destruction in the Bone Marrow of Patients with Rheumatoid Arthritis” („J Clin Med.” 2021;19;10(8):1778. doi: 10.3390/jcm10081778). Była też zaangażowanym dydaktykiem i prowadziła wykłady na kursach specjalizacyjnych i doskonalących dla lekarzy czy fizjoterapeutów.

Na co dzień była osobą życzliwą, cennioną przez pacjentów i kolegów. Jej spokój i cierpliwość pomagały chorym z chorobami reumatycznymi przejść trudne momenty zabiegu operacyjnego, czas usprawniania i powrotu do aktywności. Reumortopedia ze swoją specyfiką i odrębnościami od ogólnego pojęcia ortopedii była pasją Doktor Iwony Słowińskiej, którą realizowała nie tylko w Klinice, ale i w pracy ambulatoryjnej. Działała również aktywnie w Polskim Towarzystwie Ortopedii i Traumatologii (PTOiTr). W czasie swojej aktywności zawodowej była przewodniczącą Sekcji Reumortopedii Towarzystwa, sekretarzem Zarządu PTOiTr oraz skarbnikiem Warszawskiego Oddziału PTOiTr.

W życiu prywatnym była od 2004 r. szczęśliwą żoną Radosława Słowińskiego, również lekarza ortopedy, i matką dwójki dzieci – syna Bruna, obecnie studenta fizjoterapii, i córki Magdaleny – licealistki.

Odeszła od nas nagle 20 sierpnia 2023 r. w wieku 50 lat, zostawiając pograżonych w żałobie rodziców, siostrę, męża, dzieci, wszystkich przyjaciół, kolegów i pacjentów. Jej odejście na zawsze zmieniło życie Bliskich, ale też pozostawiło trwały ślad, a właściwie pustkę, w Klinice.

Mija obecnie drugi rok od jej śmierci, a kolejne lato przypomina o jej braku.

Kończąc wspomnienie o Doktor Iwonie Słowińskiej, można z całą mocą cytować słowa prof. Antoniego Kępińskiego: *Każdy człowiek, nawet najskromniejszy, zostawia ślad po sobie. Nie da się więc człowieka zamknąć w granicach jego narodzin i śmierci; jego życie zahacza o przeszłość i sięga w przyszłość.*

Instytutowa koleżanka
Maria Maślińska



7 czerwca 2025 r. w wieku 93 lat
opuściła nas na zawsze
nasza ukochana Mama,
Babcia i Prababcia

ŚP
Irena Statkiewicz

lekarz stomatolog

Większą część zawodowego życia
poświęciła leczeniu dzieci

Pogrzeb odbył się
na Cmentarzu Bródnowskim,
o czym zawiadamiają pograżeni
w głębokim smutku
córka z rodziną

**UCHWAŁA NR 15/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 28 CZERWCA 2025 R.**

**w sprawie ustalenia terminu, miejsca i okresu głosowań w rejonach wyborczych w wyborach delegatów
na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie na X kadencję 2026–2030**

Na podstawie § 6 ust. 1 i 3 załącznika do regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów oraz § 3 ust. 1 pkt 11 regulaminu działania okręgowej komisji wyborczej, będącego załącznikiem do uchwały nr 4 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 18 maja 2024 r. – uchwała się, co następuje:

§ 1

1. Ustala się termin, miejsce oraz okres głosowań w rejonach wyborczych w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na X kadencję 2026–2030.
2. Termin, miejsce i okres głosowań, o których mowa w ust. 1, określa załącznik do uchwały.

§ 2

Uchwała podlega publikacji na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

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

**UCHWAŁA NR 13/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 28 CZERWCA 2025 R.**

**w sprawie ustalenia list członków rejonów wyborczych
oraz liczby mandatów w poszczególnych rejonach
wyborczych dla delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy
w Warszawie na okres X kadencji 2026–2030**

Na podstawie § 13 ust. 13 i 14 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów 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 członków rejonów wyborczych, 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 w Warszawie.

§ 2

1. W rejonach, o których mowa w § 1 ust. 1, ustala się liczbę mandatów dla delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na okres X kadencji 2026–2030 wynoszącą od 1 do 3 mandatów w każdym rejonie. Ogólna liczba mandatów wynosi 406, w tym 316 mandatów dla lekarzy oraz 90 mandatów dla lekarzy dentyistów.
2. Wykaz rejonów wraz z liczbą mandatów, o których mowa w ust. 1, stanowi załącznik do uchwały (zwany dalej „wykazem”).
3. Zobowiązuje się przewodniczącą Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie do przedstawienia wykazu Okręgowej Radzie Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§ 3

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”.

§ 4

1. Wykonanie uchwały powierza się Przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 94/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 25 CZERWCA 2025 R.**

**w sprawie powołania Kapituły odznaczeń Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza**

Działając na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.) w zw. z § 6 ust. 1 regulaminu przyznawania odznaczeń im. Jerzego Moskwy, im. prof. Jana Nielubowicza oraz Laudabilis Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza stanowiącego załącznik do uchwały nr 78/R-IX/25 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 21 maja 2025 r. w sprawie przyjęcia regulaminu przyznawania odznaczeń im. Jerzego Moskwy, im. prof. Jana Nielubowicza oraz Laudabilis Okręgowej Izby Lekarskiej im. prof. Jana Nielubowicza w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§ 1

Do składu Kapituły odznaczeń Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza powołuje się:

1. prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej jako przewodniczącego Kapituły – kol. Artura Drobniaka,
2. Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – kol. Krzysztofa Jankowskiego,
3. przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego – kol. Arkadiusza Boguckiego,
4. przewodniczącego Komisji ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu – kol. Piotra Winciunasa,
5. przedstawiciela uczelni publicznej posiadającej kierunek lekarski, działającej na obszarze właściwości warszawskiej izby lekarskiej – prof. Rafała Krenkego (rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego),
6. dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – prof. Krzysztofa J. Filipiaka,
7. członków Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie uhonorowanych odznaczeniem Laudabilis – kol. Włodzimierza Cerańskiego, kol. Jerzego Polańskiego,
8. dwóch członków Okręgowej Rady Lekarskiej wyłonionych w drodze tajnego głosowania na okres kadencji – kol. Jana Kowalczyka, kol. Zuzannę Wojdyńską.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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 na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków upływa
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.

Więcej informacji: zok@oilwaw.org.pl
tel. (22) 542 83 90

DRUK RECEPT

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

w poniedziałki i środy w godz. 12.00–15.00.
Trzeba mieć PIN i hasło do druku recept z NFZ.



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Trzymaj rękę na... „Pulsie”

Pobierz PDF lub e-book

**Czytaj wygodnie tam,
gdzie chcesz:**

- w domu
- w pracy
- w podróży



Pobierz PDF lub e-book



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.stepniewska@oilwaw.org.pl

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

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

REKLAMA I MARKETING: Klaudia Markiewicz – tel. 668 397 993, 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.



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Artur Drobnik 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

Wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji 2026-2030 Okręgowej Izby Lekarskiej

Miej wpływ!

Zagłosuj
– po raz pierwszy
także elektronicznie



Zaloguj się
do systemu



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie