





Ubezpieczenie utraty dochodu dla lekarzy

Specjalna oferta ubezpieczenia dla członków Izby Lekarskiej

W razie czasowej niezdolności do wykonywania pracy lekarza potwierdzonej drukiem ZUS ZLA, trwającej co najmniej 30 dni, możemy wypłacić Ci świadczenie miesięczne za każdy dzień zwolnienia. Zawierając umowę, możesz wybrać wariant ubezpieczenia i wysokość miesięcznego świadczenia, które będą Ci odpowiadały.

Dlaczego lekarz powinien zadbać o zabezpieczenie swoich dochodów?

Codzienna praca lekarza to ogromna odpowiedzialność, ale również duże obciążenie fizyczne i psychiczne. Nawet chwilowa niezdolność do pracy może poważnie zachwiać sytuacją finansową. Ubezpieczenie utraty dochodu to realne wsparcie w nieprzewidywanych sytuacjach.



Przykład 1 – rekonwalescencja po zabiegu

Lekarz przeszedł operację zaćmy. Choć zabieg odbył się bez komplikacji, konieczna była kilkutygodniowa rekonwalescencja w warunkach domowych. Z tytułu ubezpieczenia otrzymał świadczenie za okres niemal 40 dni braku zdolności do pracy – wystarczyło, że złożył niezbędne dokumenty. Dzięki ubezpieczeniu mógł spokojnie i komfortowo powrócić do zdrowia.



Przykład 2 – wypadek w czasie wolnym

Lekarz doznał poważnej kontuzji barku w czasie wolnym, która uniemożliwiła mu kontynuowanie pracy. Dzięki ubezpieczeniu otrzymał (po przedstawieniu dokumentacji medycznej) świadczenie, które zrekompensowało utracony dochód i pozwoliło skupić się na rehabilitacji.



Ubezpieczenie utraty dochodu stanowi rozsądne i odpowiedzialne rozwiązanie – szczególnie dla lekarzy, których praca wymaga pełnego zaangażowania. Zabezpiecz swoją finansową przyszłość.

ins INS Services

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

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

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU) PZU NNW wraz z postanowieniami dodatkowymi i odbiegającymi od OWU PZU NNW ustalonych uchwałą nr UZ/319/2020 z 9 listopada 2020 r. – dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

Spis treści

okładka: Marta Konarzewska



MEDYCYNĄ

4 | Różowy październik

Dorota Lebedzińska

7 | Piersi

Jerzy Bralczyk

8 | Więcej opcji

Wywiad z dr n. med. Agnieszką Jagiełło-Grusfeld, specjalistką onkologii klinicznej

12 | Onkomacierzyństwo

Rozmowa z dr. hab. n. med. Jackiem Sieńką, specjalistą położnikiem-ginekologiem, ginekologiem-onkologiem

14 | Ma pani raka

Magdalena Flaga-Łuczkiewicz

16 | Historia lotów i medycyny kosmicznej

Łukasz Laskus

WYBORY

6 | Jak głosują lekarze

Aleksandra Sokalska

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

21 | Autorytet lekarza XXI wieku

Anna Prawdzik

22 | Dentyści głosują

Dariusz Paluszek

ZDROWIE PUBLICZNE

25 | Co przyniosą zmiany w resorcie?

Małgorzata Solecka

26 | Lekarze nie mogą być w tym sami

Wywiad z insp. Dariuszem Walichnowskim, komendantem stołecznym Policji

28 | Czy dzieci potrzebują edukacji zdrowotnej?

Małgorzata Solecka

30 | Wiele pracy przed nami

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Krzysztofem J. Filipiakiem, dyrektorem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

32 | Czy w 2026 r. lekarze sprawdzą pełne dane pacjenta?

Artur Olesch

34 | Liczby zamiast intuicji

Paweł Walewski

36 | Sytuacja w ochronie zdrowia w Czechach

Dominik Héjj

38 | Niechciane zdrowie

Michał Matuszewski

PRAWO

40 | Pakiet zmian w ochronie zdrowia

Filip Niemczyk

42 | Prawo pacjenta do informacji jako fundamentalny element opieki zdrowotnej

Gabriela Pacek

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

5 | Milczenie jest porażką

Artur Drobniak

44 | Lekarz i pacjent na łączach

Hanna Odziemska

46 | Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy

49 | „Izba Lokalnie”

– rusza Lekarski Budżet Partycypacyjny

51 | Lekarze bez możliwości podejścia do PES

Monika Potocka

52 | Aktualności Komisji ds. Sportu

53 | Aktualności LUTW „Nestor”

WYDARZENIA

18 | „Zero tolerancji dla agresji!” – konferencja OIL w Warszawie

50 | 80 lat Głównej Biblioteki Lekarskiej. Jubileusz w Zamku Królewskim

PO DYŻURZE

56 | Między neurologią a obrazem i słowem

Marek Obersztyn

Pobierz
PDF lub e-book!



Różowy październik



DOROTA LEBIEDZIŃSKA
wicedaktor naczelna

Rak piersi wciąż pozostaje jednym z największych wyzwań onkologii – odpowiada za ponad jedną czwartą nowych rozpoznań nowotworów u kobiet. Warto o tym pamiętać szczególnie w październiku, który już od 40 lat jest miesiącem profilaktyki raka piersi.

Pomimo terapii ukierunkowanych i postępów w diagnostyce obrazowej, genetyce molekularnej choroba nie traci na znaczeniu, a jej agresywne warianty pojawiają się coraz częściej, także u młodszych pacjentek.

Jednocześnie nauka daje nadzieję. Wczesne wykrycie nowotworu, lepsze rokowanie i spersonalizowane schematy leczenia stają się standardem. Coraz więcej kobiet ma dostęp do nowoczesnych terapii, które skutecznie zmniejszają ryzyko nawrotu i wydłużają życie. O diagnostyce, leczeniu i interdyscyplinarnym wsparciu mówi w wywiadzie dla naszego miesięcznika dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld z Mazowieckiego Szpitala Onkologicznego w Warszawie.

Nowoczesna onkologia nie ogranicza się do samego leczenia. Coraz więcej kobiet po terapii planuje ciążę i karmienie piersią. To wymaga świadomego działania i indywidualnej opieki medycznej. Jak bezpiecznie prowadzić ciążę po leczeniu onkologicznym? Jak chronić płodność i uwzględnić ryzyko nawrotu choroby? O tym właśnie jest rozmowa ze specjalistką ginekologii onkologicznej dr. hab. n. med. Jackiem Sienką.

Trudne wiadomości, z którymi lekarze spotykają się codziennie, to kolejny ważny aspekt praktyki, nie tylko onkolo-

gicznej. Protokoły komunikacyjne, takie jak SPIKES, pomagają przekazywać złe wieści w sposób uporządkowany i mniej obciążający. Nie mniej istotnym aspektem jest reakcja pacjenta na diagnozę. Model Elizabeth Kübler-Ross wskazuje, że przyjęcie złych wieści przebiega etapami, a zrozumienie tych faz pozwala lekarzowi przewidzieć reakcje pacjenta i odpowiednio dostosować komunikację, wspierając jednocześnie jego zdrowie psychiczne, które ma fundamentalne znaczenie dla przebiegu leczenia. W przypadku kobiet z rakiem piersi problemy psychiczne są szczególnie istotne – lęk, depresja i wysoki poziom stresu pojawiają się zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu, często znacząco obniżając jakość życia. Wsparcie bliskich, opieka psychologiczna, aktywność fizyczna i duchowość okazują się kluczowymi czynnikami ochronnymi.

Praca z pacjentami onkologicznymi jest emocjonalnie wymagająca, a brak umiejętności zarządzania własnymi emocjami może prowadzić do wypalenia zawodowego. Magdalena Flagala-Luczkiwicz, pełnomocniczka OIL ds. zdrowia lekarzy, w swoim tekście systematyzuje wiedzę w kilku obszarach użytecznych dla każdego lekarza i podkreśla rolę treningów balintowskich.

Rozumienie emocji pacjenta, stosowanie sprawdzonych protokołów komunikacji, a przede wszystkim dbałość o własne zdrowie psychiczne to elementy, które w codziennej praktyce – nie tylko onkologicznej – mają równie duże znaczenie co wiedza medyczna.

fot. archiwum prywatne

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



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



Terminy spotkań w 2025 r.:

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.

Milczenie jest porażką



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Wszyscy medycy doświadczają agresji – słownej, psychicznej, czasem fizycznej. Konferencja „Zero tolerancji dla agresji!”, zorganizowana przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie 26 sierpnia 2025 r., zwróciła uwagę kraju na ten palący problem. Teraz – kiedy kampania jest w toku – pora, by każdy z nas wiedział, że ma prawo i obowiązek reagować oraz zgłaszać akty agresji. Cisza szkodzi wszystkim: ofiarom, zespołom i pacjentom.

SKALA ZJAWISKA I WYZWANIA

Badania wskazują, że praktycznie wszyscy lekarze i lekarze dentyści mają styczność z agresją werbalną lub psychiczną. Agresja fizyczna, choć rzadsza, występuje już u ok. jednej piątej ankietowanych. Nasza ankieta zbierająca dane nt. agresji wobec personelu wciąż jest dostępna – wypełnij ją, proszę.



Prokurator generalny wydał nowe wytyczne traktujące agresję wobec pracowników ochrony zdrowia jako przestępstwa wymagające pilnego i zdecydowanego działania. My, medycy, mamy status funkcjonariuszy publicznych i przemoc wobec nas, o ile zostanie zgłoszona, jest ścigana z urzędu.

DLACZEGO I JAK TRZEBA ZGŁASZAĆ AKT AGRESJI

- **Dokumentacja to fundament działania prawnego.** Często prokuratura czy policja ma za mało materiału, by podjąć śledztwo.
- **Zgłoszenie daje sygnał,** że to systemowy problem, wymagający reakcji. Zbierając dane, łatwiej przekonywać decydentów do zmian prawnych, organizacyjnych, finansowych.
- **Psychologiczne wsparcie i odciążenie.** Tylko zgłoszenie otwiera drogę do pomocy: prawnej, psychologicznej, samorządowej. Jako OIL od lat oferujemy nieodpłatną i całkowicie poufną pomoc psychologiczną lekarzy psychiatrów i psychologów.



KONKRETNE NARZĘDZIA DLA MEDYKÓW

W zakładce „Bezpieczny lekarz” na stronie internetowej OIL w Warszawie dostępna jest instrukcja pokazująca, jak zgłaszać przemoc. Znajdują się tam gotowe narzędzia, które każdy z nas może wykorzystać:

- **dwutorowe zgłoszenie** – zawsze 112 oraz numer właściwej dla placówki medycznej komendy policji;
- **instrukcja zdarzenia niebezpiecznego** – dokument do pobrania, który można wywiesić w placówce, tak by każdy pracownik wiedział, co robić w sytuacji zagrożenia;
- **wykazy właściwych jednostek policji** – listy komend obsługujących dany obszar; dostępne do pobrania i wyeksponowania w placówkach.

Często puszczaemy w niepamięć krzywdy doznane w czasie wykonywania naszej pracy. Milczenie to przyzwolenie na dalsze działania sprawców – będą ścigani z urzędu, nawet jeśli sprawy nie zgłosimy od razu. Dlatego właśnie wspólnie z Komendą Stołeczną Policji przygotowujemy też formularz zgłoszenia agresji „po fakcie”, który zamieścimy w ww. zakładce na stronie.



APELUJĘ O OTWARTE DZIAŁANIA

Koleżanki i koledzy, każdy z nas może stać się ofiarą agresji, która nawet bez wielkiego rozgłosu niszczy zdrowie, godność, karierę. Nie możemy przyzwyczajać się do stwierdzeń „tak było, trudno” albo „to normalne”. Agresja nie jest częścią pracy – to nadużycie, którego nie powinniśmy akceptować.

- Dlatego apeluję:
- **kiedy masz do czynienia z agresją – zgłoś ją.** Użyj procedur z „Bezpiecznego lekarza”. Wezwij policję, powiadom właściwą komendę, udokumentuj zdarzenie;
- **nie milcz** – rozmawiaj ze współpracownikami, kierownictwem placówki, samorządem. Tylko jeśli temat będzie publicznie nagłośniony, możemy osiągnąć zmiany systemowe;
- **wspieraj kampanię „Zero tolerancji dla agresji!”** – rozwieszaj nasze plakaty, korzystaj z instrukcji, wykorzystuj materiały OIL w Warszawie.

My – samorząd lekarski – deklarujemy: będziemy wspierać każdego, kto zdecyduje się zgłosić agresję. Działania te pomogą nam zmienić kulturę pracy, budować bezpieczeństwo i wzajemny szacunek.

Tylko wspólnie możemy sprawić, że nasze przychodnie, szpitale i gabinety będą miejscami bezpiecznymi nie tylko dla pacjentów, ale także dla tych, którzy każdego dnia je tworzą i w nich pracują.

Jak głosują lekarze

28 lipca ruszyły wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji. Zapytaliśmy wyborców, jaki sposób głosowania wybrali i dlaczego.

ALEKSANDRA SOKALSKA

Członkowie OIL mogą oddać swój głos na trzy sposoby: w systemie głosowania elektronicznego, korespondencyjnie (decyduje data wpływu karty głosowania, a nie stempla pocztowego) lub osobiście (w wyznaczonym dniu w siedzibie OIL). Warto jednocześnie podkreślić, że wypełnioną kartę głosowania można przynieść osobiście do siedziby OIL przy ul. Puławskiej 18 w Warszawie (wejście od ul. Rejtana). Trzeba to jednak zrobić nie później niż ostatniego dnia przeznaczanego na głosowanie korespondencyjne (można także w weekend!).

PROSTO I SZYBKO

Podczas obecnych wyborów po raz pierwszy w historii można oddać głos także w trybie głosowania elektronicznego. System został tak opracowany, by głosowanie było intuicyjne, ale ponieważ jest nowością, przygotowano instrukcje, które znajdują się na stronie izby w zakładce „Wybory”. Lekarz Kamil Mierzejewski, który głosował w rejonie wyborczym Szpitala położnicze Inflancka + Żelazna, twierdzi: – *Prawdę mówiąc, nie korzystałem z instruktaży, bo system do głosowania był dla mnie bardzo przejrzysty. I rzeczywiście cały proces przebiegł bardzo sprawnie. Logowanie i oddanie głosu zajęły dosłownie minutę. Nie napotkałem żadnych trudności technicznych, wszystko działało płynnie.* Podkreśla jednak, że koledzy z pracy korzystali z grafik i materiałów wideo, które pomogły im upewnić się, że proces głosowania online przebiegnie bez problemów i że ich głosy zostaną prawidłowo zarejestrowane.

Kamil Mierzejewski wybrał tryb głosowania elektronicznego ze względu na

wygodę oraz napięty grafik zawodowy: – *Możliwość oddania głosu online pozwoliła mi skorzystać z prawa wyborczego bez konieczności reorganizacji dnia pracy* – wyjaśnia.

Z DYSTANSEM DO POCZTY

Aby zagłosować korespondencyjnie lub osobiście, trzeba najpierw otrzymać pakiet wyborczy, w którym znajduje się karta do głosowania. A jak wiadomo, z pocztą różnie bywa. Co prawda na oddanie głosu każdy lekarz i lekarz dentysta ma 50 dni, ale ten czas zaczyna już biec od momentu wysłania pocztą przez OIL pakietu do głosowania. Dlatego dr Elżbieta Małkiewicz, która będzie głosować w październiku na Ochocie, wybrała osobisty sposób, argumentując, że na pocztę nie liczy. Podobnie jak jej koleżanka Alicja Rosa, która wyjaśnia: – *Elektroniczna forma, owszem, jest bardzo wygodna, ale mój laptop nie jest do końca sprawny, więc nie będę ryzykować. A poza tym dla mnie to żaden problem, by zagłosować tego dnia, który jest wyznaczony na osobiste głosowanie.*

Elżbieta Małkiewicz podkreśla, że urna w izbie już stoi i jak tylko lekarz otrzyma pakiet do głosowania, każdego dnia (w czasie przeznaczonym na głosowanie w jego rejonie) może przyjąć ze swoją wypełnioną kartą i wrzucić ją do urny. – *Oczywiście najpierw trzeba ją dostać razem z pakietem wyborczym i tu rzeczywiście jest przewaga głosowania w trybie elektronicznym. Mimo wszystko, o ile się orientuję, seniorzy raczej będą wybierać głosowanie korespondencyjne lub osobiste. Z różnych powodów, m.in. dlatego, że nie mają sprzętu albo umiejętności* – dodaje. Głosy korespondencyjne przesyłane

drogą pocztową już wpływają do izby, seniorzy mający problem z osobistym dotarciem na Puławską 18 mogą oddać kartę wyborczą w opłaconej kopercie poprzez wrzucenie jej do najbliższej skrzynki pocztowej (im szybciej, tym lepiej).

LICZY SIĘ KAŻDY GŁOS

Trwające wybory są tematem rozmów lekarzy. Dzieli się oni swoimi spostrzeżeniami i wyborem sposobu głosowania. Kamil Mierzejewski podkreśla, że wielu jego kolegów i koleżanek, podobnie jak on, głosowało elektronicznie, szczególnie ci, którzy na co dzień mają dyżury lub trudności z dotarciem do lokalu wyborczego. – *Podczas rozmów przeważały opinie, że to duże ułatwienie, choć niektórzy nadal mają większe zaufanie do głosowania korespondencyjnego lub osobistego* – podsumowuje.

Za to wszyscy moi rozmówcy podkreślają, że od sposobu głosowania zdecydowanie ważniejsze jest samo uczestniczenie w wyborach. – *Dzięki oddaniu głosu wpływam na funkcjonowanie naszego środowiska zawodowego. Lekarze, wybierając swoich przedstawicieli, mają realną możliwość kształtowania zmian i decyzji, które dotyczą ich samych. Udział w tych wyborach to ważny krok, by nasze głosy były słyszalne i byśmy mogli aktywnie współtworzyć przyszłość zawodu* – wyjaśnia swoją motywację Kamil Mierzejewski. A Elżbieta Małkiewicz kwituje: – *To proste: jakich delegatów wybierzemy, takich będziemy mieli i tak będą działać w sprawach lekarzy.* Tak mocne argumenty i łatwość oddania głosu elektronicznie powinny sprawić, że wyborcza frekwencja będzie wysoka. ●



PIERSI



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Przednia część człowieka ma w naszej kulturze wiele odniesień, z których trzy są szczególnie ważne. Pierwsze to walka, bój, gdzie *piersi się nadstawia* w szlachetnych na ogół celach, co świadczy o szczególnym bohaterstwie. To sprawa męska. Drugie to macierzyństwo, dawanie życiodajnego napoju i *przytulanie*. Dzieci są często *przy piersi*. To sprawa kobieca. Trzecie to seksualność, w różnych estetycznych ujęciach, zawsze wiążąca się ze znaczną atrakcyjnością erotyczną. Tu *piersi* zwane często są, z francuskiego *buste*, *biustem*. To sprawa damsko-męska (piersi są kobiece, pożądanie – zazwyczaj męskie). I jest jeszcze jeden kontekst, chorobowy. Piersi są miejscem, gdzie wylęga się szczególna słabość, także związana w naszej kulturze z pewnymi artystycznymi wyobrażeniami. Wtedy to raczej miejsce, w którego wnętrzu mieszczą się płuca. A kontekst artystyczny mamy też w nazwie tak często oddawanej w rzeźbie części ciała: *popiersie*. I ciekawe, że tak nazywamy wizerunek całej naszej górnej części ciała, łącznie z głową.

We wszystkich tych odniesieniach piersi to sprawa wzniosła: i rycerskie, i macierzyńskie, i pożądane – a nawet choroba ma w sobie coś szlachetnego. A w opisach naukowych i w definicjach możemy postrzec coś nieadekwatnego. Czy to bowiem, jak chcą słowniki, czy encyklopedie, *tkanka tłuszczowa*? Czy *przednia część tułowia*? Czy, nie daj Boże, *gruczoły*? Wszystko to jakoś – i *tkanka*, i *tłuszcz*, i *tułów*, i *gruczoły* – spłaszczą tę wspinałą część ciała.

W liczbie pojedynczej to *piers*. Nie zawsze, jeśli idzie o nasze części ciała czy organy, liczba mnoga wyraża zwykłą niepojedynczość. Niektóre organy są naturalnie tylko mnogie, jak *trzewia* czy *plecy*, inne, jak *barki* czy *ramiona*, w liczbie mnogiej nie wywołują wrażenia prostego podwojenia czy pomnożenia.

I *piersi* w liczbie mnogiej często jawią się jako nazwa pewnej całości. W kontekstach czasem nie jest to różnica wyrażnie oddzielająca liczbę pojedynczą od mnogiej, to bywa raczej

kwestia stylistyki. *Uderzaj, oto moja piers!* brzmi lepiej niż... *moje piersi!*. Natomiast *dać dziecku piersi* to raczej biernik liczby pojedynczej niż mnogiej.

Wzięła się *piers* z prasłowiańskiego *prs* (ostatnie spółgłoski miały miękkość), a w liczbie mnogiej *prsi*. W języku praindoeuropejskim ich przodek miał postać *perk* i oznaczał 'zebro'. To „kostne” odniesienie możemy znaleźć w wyrażeniu *klatka piersiowa*, co niejako może wskazywać na ograniczenie (piersi są niejako w klatce) – choć przecież piersi są raczej na zewnątrz niż wewnątrz tej *klatki*.

Kto ma piersi, poza ludźmi? Miewamy je, niestety, *drobniowce* na talerzu, ale łabędzie mają już piersi szlachetne, tak piękne, że gdy piersi łabędzie przypisywano człowiekowi, ściśle kobiecie, to był to wielki komplement. Zwierzęta płowe, jelenie, sarny czy łosie, też mają piersi, ale wilki czy niedźwiedzie chyba w mniejszym stopniu. Ma je koń, ale chyba nie krowa czy owca. Co do psa i kota też sprawa wydaje się wątpliwa. Ale jest tu pewna swoboda, u Mickiewicza przecież nawet *wąż śliską piersią dotyka się ziola*. Ale u niego i morze ma piersi (...i *piers* morza objąwszy wiosty *lubież-nemi* w „Farysie”).

W piersi są tak niezwykle i ważne dla człowieka rzeczy, jak serce, a także oddech czy głos. Mamy *serce w piersi*, które się czasem z niej *wyrywa* (zwłaszcza z *młodej*). Jeżeli oddychamy naprawdę, to *pełną* czy *całą piersią*. I *co tchu w piersiach*, a ten *dech* (to mianownik *tchu*) mogą nam *zapierać* silne przeżycia. Zresztą i uczucia same też są w piersi, czasem nawet *burza uczuć w nich kipi*. I *głos przecież dobywamy* nie skądinąd, tylko z *piersi*. Ważne to miejsce dla różnych spraw, nie mówiąc już o *mleku*, z którym razem (z *mlekiem matki*) *wysysamy* różne cechy, chciane czy też nie.

Mało jest w naszym ciele ważniejszych miejsc niż piersi. A przecież tak często *bijemy się* w nie, chcąc zredukować czy to karę, czy poczucie winy...

Więcej opcji

Coraz więcej pacjentek z rakiem piersi może skorzystać z nowoczesnych terapii, które poprawiają rokowania i zmniejszają ryzyko nawrotu. Ale mimo postępów klinicznych wciąż napotykamy bariery systemowe. O diagnostyce, leczeniu i potrzebie interdyscyplinarnego wsparcia rozmawiam z **dr n. med. Agnieszką Jagiełło-Gruszfeld**, specjalistką onkologii klinicznej z Mazowieckiego Szpitala Onkologicznego w Warszawie.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**

fot. archiwum prywatne



Jak zmienił się w ostatnich latach profil pacjentek z rakiem piersi?

Zauważam wzrost zachorowań wśród młodszych kobiet. Wydaje mi się również, że rzadziej rozpoznajemy luminalny A podtyp raka piersi, a coraz częściej diagnozujemy bardziej agresywne podtypy nowotworu.

Z czego to wynika?

Trudno jednoznacznie stwierdzić. Możliwe, że nie chodzi wyłącznie o zmiany w tendencjach epidemiologicznych, ale również o postęp w diagnostyce. Coraz częściej wykonuje się zaawansowane badania genetyczne, takie jak testy wielogenowe, które pozwalają na precyzyjniejsze określenie podtypu biologicznego raka.

A czym jest spowodowana większa zachorowalność wśród młodych kobiet?

Myślę, że ma to związek ze zmianą stylu życia w społeczeństwie. Chodzi o czynniki, które są dobrze znane i które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka piersi – późne macierzyństwo, mniejsza liczba dzieci czy krótsze karmienie piersią. Oczywiście nie widać tego natychmiast, bo zmiany epidemiologiczne ujawniają się z opóźnieniem, ale wydaje się, że te trendy już zaczynają się wyraźnie zaznaczać.

Coraz więcej mówi się też o wpływie spożywania alkoholu na ryzyko zachorowania na raka piersi.

Czy rzeczywiście ma to znaczenie?

Tak, zdecydowanie. To jeden z istotnych czynników, o których zaczęto mówić głośniej dopiero w ostatnich latach. Wcześniej ten temat był raczej pomijany, natomiast dziś mamy już twarde dane – kobiety, które wypijają nawet niewielką ilość alkoholu, częściej zapadają na raka piersi.

I nie chodzi tutaj o alkoholizm. Wystarczy codzienne spożywanie jednego czy dwóch drinków, by to ryzyko wzrosło. Wynika to z wpływu alkoholu na funkcjonowanie wątroby, która odgrywa kluczową rolę w metabolizmie estrogenów. Nawet przy umiarkowanym spożyciu alkoholu dochodzi do częściowego upośledzenia tej funkcji. W efekcie estrogeny nie są prawidłowo rozkładane, co prowadzi do zaburzeń hormonalnych. A to z kolei może przekładać się na zwiększone ryzyko rozwoju raka piersi.

Jak ocenia pani skuteczność programów profilaktycznych?

Nie najlepiej. Od kiedy pamiętam – a jestem lekarzem już naprawdę długo – wciąż brakuje skutecznego pomysłu na to, jak prowadzić profilaktykę w Polsce. Problem nie polega na tym, że takich programów nie ma, tylko na tym, że kobiety z nich nie korzystają. I to dotyczy nie tylko profilaktyki raka piersi, ale również raka szyjki macicy czy jelita grubego. Generalnie jako społeczeństwo nie mamy w sobie nawyku uczestniczenia w badaniach profilaktycznych. Trudno powiedzieć, dlaczego tak jest.

Czyli nie chodzi o niską dostępność takich badań?

Dokładnie. Programy są, ale ich skuteczność jest ograniczona, bo zgłasza się do nich zbyt mało osób. I niestety, zdarza się, że pomysły na to, jak zwiększyć uczestnictwo, są oderwane od rzeczywistości. Jednym z takich przykładów był pomysł powrotu do wysyłania tradycyjnych listów z przypomnieniem o badaniach. To miało rozwiązać problem, ale moim zdaniem to zupełnie nie przystaje do współczesnych realiów. Dobrze, że nie zdecydowano się na wysyłanie gołębi pocztowych...

Kobiety po 45. roku życia to nie są osoby odcięte od świata – większość z nich korzysta z telefonów komórkowych, internetu, bankowości elektronicznej. Wystarczyłoby więc wysłać SMS – tak jak ostrzeżenie o burzy – z informacją, że nie skorzystała jeszcze z badania, i podać adres najbliższego ośrodka diagnostycznego, żeby nie musiała szukać, gdzie może to badanie zrobić. Technologicznie jest to przecież wykonalne.

Zatem to kwestia organizacji?

Tak, ale jest też drugi, bardzo poważny problem – brak zaufania do opieki zdrowotnej. Nie potrafię powiedzieć, dlaczego tak się stało, ale to zjawisko jest bardzo widoczne. Wiele osób nie wierzy ani w skuteczność badań profilaktycznych, ani w efektywność leczenia konwencjonalnego.

Zdarzają się pacjentki, które zupełnie odrzucają medycynę opartą na faktach. Mówimy o sytuacji, w której pacjentka decyduje się zrezygnować z leczenia i wyjechać np. do Peru, żeby tam skorzystać z „naturalnych metod” lub pić „lewowskretną witaminę C” w przekonaniu, że to ją wyleczy z raka.

To są decyzje nieadekwatne, często wynikające z braku informacji, lęku, a czasem wpływu różnych pseudomedycznych treści. To ogromne wyzwanie – nie tylko dla lekarzy, ale też dla całego systemu ochrony zdrowia i edukacji zdrowotnej.

A co z opóźnieniami diagnostycznymi? Dlaczego wciąż się zdarzają?

Z dwóch głównych powodów. Pierwszy to opóźnienia po stronie samych pacjentek – kiedy lekceważą objawy albo odkładają badania. Zwykle dotyczy to tych kobiet, które mają już swoje „alternatywne” podejście do zdrowia. Z tym jest naprawdę trudno walczyć.

Ale jest też druga grupa kobiet – takich, które chciały działać, zgłosiły się na badania, a mimo to proces diagnostyczny został opóźniony z winy systemu. I to już jest coś, co można zmienić.

Czyli system zawodzi?

Czasem tak. Te kobiety trafiają do ośrodków, które po prostu nie mają wystarczającego doświadczenia w diagnostyce onkologicznej. I chciałabym tu

fot. licencja OIL w Warszawie



bardzo mocno podkreślić jedną rzecz – wiele patientek, które zaczynają się czegoś obawiać, trafia do prywatnych placówek. I choć nie mam absolutnie nic przeciwko prywatnej medycynie, to akurat w przypadku podejrzenia nowotworu to może być droga donikąd.

W takich miejscach często pracuje jeden lekarz, który nie zawsze ma pełne zaplecze i doświadczenie, a w diagnostyce onkologicznej naprawdę łatwo coś przeoczyć. Czasem rezygnuje się z pełnej diagnostyki, żeby obniżyć koszty dla pacjentki – wykonuje się np. tylko biopsję cienkoigłową, która w przypadku raka piersi może być niewystarczająca, a nawet wprowadzająca w błąd. Czeką się zbyt długo na wyniki, bo badania wysyłane są do odległych laboratoriów, których jakość trudno zweryfikować.

Dlatego uważam, że jeśli kobieta zauważy coś niepokojącego, nie powinna zaczynać od przypadkowego, prywatnego ośrodka. To może tylko opóźnić właściwą diagnozę i leczenie. Najlepiej zgłaszać się w pierwszej kolejności do tzw. breast unitów.

Co to takiego?

Głównym zadaniem *breast unit* jest pełna i skuteczna diagnostyka raka piersi w krótkim czasie – czyli to, czego pacjentka najbardziej potrzebuje w momencie, kiedy coś ją niepokoi. Szybka biopsja, szybkie wyniki, a jeśli diagno-

za się potwierdza – dalsze, skoordynowane leczenie, włącznie z decyzją konsylium. I trzeba przyznać, że te ośrodki naprawdę się sprawdzają. To jedno z niewielu rozwiązań systemowych, które w Polsce się udało.

Wciąż są jednak obszary, gdzie system mógłby działać lepiej. Myślę tutaj chociażby o testach wielogenowych, które nadal nie są refundowane.

Uważam, że brak refundacji tych testów to błąd, za który płacimy – nie tyle pieniędzmi, ile skutecznością leczenia. Bo konsekwencje są bardzo konkretne: część kobiet dostaje chemioterapię niepotrzebnie, a część – niestety – nie dostaje jej tam, gdzie byłaby wskazana.

Brak tej refundacji stanowi zatem barierę dla skutecznego leczenia?

Zdecydowanie tak. Choć trzeba od razu zaznaczyć, że mówimy tu już o etapie dalszej diagnostyki – testy wielogenowe wykonuje się u kobiet, które już przeszły operację. Pomagają ocenić ryzyko nawrotu choroby i podjąć decyzję, czy dana pacjentka powinna otrzymać chemioterapię, czy nie. Z jednej strony – mogą wykazać, że pacjentka rzeczywiście potrzebuje chemioterapii, choć klasyczne czynniki prognostyczne by tego nie sugerowały. Z drugiej – mogą uchronić kobietę przed leczeniem, które w jej przypadku nie przyniesie korzyści, a może nawet zaszkodzić.

Tymczasem często decyzje o chemioterapii zapadają na podstawie pewnych ogólnych przesłanek – wiek, typ nowotworu, stopień zaawansowania. I pojawia się myślenie: *No młoda kobieta, może jednak damy tę chemię...* Tyle że to nie zawsze jest potrzebne, a niekiedy wręcz szkodliwe.

Chemioterapia może zostawić trwałe ślady – kardiologiczny, neurologiczny, metaboliczny. Zdarza się pogorszenie funkcji poznawczych, szybsze starzenie się organizmu, zaburzenia hormonalne, nadciśnienie, otyłość... To są poważne konsekwencje.

I one nie tylko wpływają na jakość życia tej kobiety, ale też generują dodatkowe koszty dla systemu ochrony zdrowia. Bo taka pacjentka będzie potrzebowała opieki, leczenia powikłań i ostatecznie my – jako społeczeństwo – zapłacimy za to znacznie więcej, niż gdybyśmy zainwestowali w test genetyczny już na początku.

Ale rząd tego nie liczy?

Nie, niestety nie. Ministerstwo czy NFZ patrzą tylko na koszty bezpośrednie. A te są złudne – bo chemioterapia jest relatywnie tania, szybka w wykonaniu, więc wydaje się prostym rozwiązaniem. Tylko nikt nie bierze pod uwagę skutków długofalowych – ani zdrowotnych, ani finansowych.

Czy terapia cyklibami w leczeniu raka piersi jest tańsza dla pacjentek?

Jeśli chodzi o cykliby – czyli inhibitory CDK4/6 – to trzeba wyraźnie zaznaczyć, że one nie zastępują chemioterapii. To nie są leki alternatywne, tylko uzupełniające. W zależności od sytuacji klinicznej pacjentka może potrzebować chemioterapii i cyklibów oraz hormonoterapii albo samej hormonoterapii. Ale decyzja o tym, co będzie stosowane, opiera się na wielu czynnikach, takich jak typ nowotworu, jego zaawansowanie czy wyniki dodatkowych badań.

Dla jakich pacjentek cykliby są najbardziej korzystne?

Obecnie refundowany w Polsce jest abemacyklib – i jest on przeznaczony dla pacjentek z wysokim ryzykiem nawrotu choroby. Najczęściej są to kobie-

ty z przerzutami do czterech lub więcej węzłów chłonnych, ale również te, u których występują inne niekorzystne czynniki – np. duży guz czy wysoki stopień złośliwości (G3).

Jest też inny cyklib, rybocyklib – który mógłby być stosowany u pacjentek zarówno z wysokim, jak i średnim ryzykiem nawrotu, ale niestety nie jest jeszcze refundowany w Polsce. Toczą się prace nad jego dopuszczeniem, ale trudno przewidzieć, czy i kiedy dojdą do skutku.

Stosunkowo nowym pojęciem, jeśli chodzi o klasyfikację raka piersi, jest HER2-low. Co oznacza i jak wpływa na leczenie?

Do niedawna rak piersi był klasyfikowany jako HER2-dodatni lub HER2-ujemny. Okazało się jednak, że jest grupa pacjentek, które nie mają klasycznego HER2-dodatniego nowotworu, ale na ich komórkach nowotworowych występuje niewielka ilość receptora HER2. To właśnie pacjentki HER2-low.

Dzięki nowemu leкови – koniugatowi (trastuzumab derukstekan), który jest już refundowany w Polsce – możemy skutecznie leczyć także te kobiety. Ten lek wiąże się z nawet minimalną ilością receptora HER2 i wprowadza toksyczną cząstkę bezpośrednio do komórki nowotworowej, a nie obciąża całego organizmu. To bardzo skuteczne leczenie w zaawansowanym stadium choroby.

Które rozwijające się obszary terapii raka piersi są według pani najbardziej obiecujące?

Na pewno właśnie koniugaty. To leki, które działają bardzo celownie – łączą się z określonym receptorem na powierzchni komórki nowotworowej, a do ich cząstki dołączony jest silnie toksyczny cytostatyk. Obecnie mamy w Polsce dostępne trzy takie koniugaty, ale na świecie trwają badania nad ponad 20 kolejnymi. To bardzo obiecujący kierunek – nie tylko w leczeniu raka piersi, ale także innych nowotworów.

Niewątpliwie obiecująca jest też immunoterapia – mimo że nie jest już pełną nowością, nadal się dynamicznie rozwija. Coraz częściej mówi się o terapii CAR-T, czyli wykorzystaniu zmodyfikowanych limfocytów T, które są za-

programowane, by rozpoznawać i niszczyć komórki nowotworowe. Ta metoda z sukcesami stosowana jest w hematologii, ale już trwają badania nad jej zastosowaniem w guzach litych, w tym raku piersi.

Bardzo ciekawym kierunkiem są także szczepionki przeciwnowotworowe – choć nad tym pracuje się od wielu lat, to dopiero nowe technologie, jak mRNA, otworzyły realną szansę na stworzenie skutecznych preparatów. I być może to również będzie przełom.

A czy z pani obserwacji wynika, że przeżywalność w raku piersi jest coraz większa?

W leczeniu wczesnych stadiów – zdecydowanie tak. Coraz więcej kobiet jesteśmy w stanie wyleczyć całkowicie. Ale jeśli chodzi o chorobę rozsianą, to choć widać poprawę i wydłużenie przeżycia, nadal nie możemy mówić o sukcesie. Wciąż za dużo kobiet umiera na raka piersi w zaawansowanym stadium – mimo postępu leczenia.

Czyli znów wracamy do znaczenia diagnostyki. Czy mogą tu pomóc lekarze innych specjalności, np. POZ lub ginekolodzy?

Zdecydowanie tak. Ginekolodzy i lekarze POZ są często pierwszym kontaktem kobiety z systemem ochrony zdrowia. To oni mogą przypominać o konieczności badań profilaktycznych, zlecać mammografię, zachęcać do samobadania piersi. Ginekolog, do którego kobieta przychodzi na cytologię czy inne badanie, ma również obowiązek zbadać piersi – a niestety nie zawsze to się dzieje.

Z kolei rola lekarza POZ jest w ogóle nie do przecenienia. Bo jeśli taki lekarz przy każdej wizycie będzie przypominał: *A była już pani na mammografii? Bo to już czas, bo skończyła pani 45 lat, warto się zbadać...* – to ta kobieta w końcu pójdzie na badanie. Choćby po to, żeby lekarz dał jej już spokój.

Myślę, że to właśnie prosta, a wciąż niewykorzystana droga dotarcia do kobiet, które z różnych powodów – braku czasu, przeświadczenia, że *przecież nic mi nie dolega* – odkładają badania. A to właśnie dzięki nim można wykryć raka piersi we wczesnym stadium. I wtedy te kobiety będą żyć. ●

Zaproszenie

W imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
zapraszam na uroczystość wręczenia dokumentu

„Prawo wykonywania
zawodu lekarza”

oraz

„Prawo wykonywania
zawodu lekarza dentysty”

Uroczystość odbędzie się 24 listopada 2025 r. w dwóch terminach do wyboru:

I tura – godz. 15:00 | II tura – godz. 18:00

Uprzejmie prosimy o wybór jednej godziny i rejestrację tylko na wybrany termin.

Muzeum Narodowe w Warszawie, Aleje Jerozolimskie 3



dr n. med. Artur Drobniak

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Zapisy poprzez formularz dostępny na stronie:
www.izba-lekarska.pl



Onkomacierzyństwo

fot. WUM



Przebycie nowotworu piersi lub narządów rodnych w wielu przypadkach nie przekreśla planów na macierzyństwo i karmienie piersią. O prowadzeniu ciąży i laktacji kobiety po leczeniu onkologicznym rozmawiam z **dr. hab. n. med. Jackiem Sieńką**, specjalistą położnikiem-ginekologiem, ginekologiem-onkologiem.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Czy ciążę po nowotworze piersi lub narządów rodnych prowadzi się inaczej niż u zdrowej kobiety?

To zależy – m.in. od tego, jaki okres minął od rozpoznania, jaki był rodzaj leczenia nowotworu, w jakim stadium była choroba i kiedy terapia została zakończona. Na pewno kobieta nie powinna zachodzić w ciążę przez co najmniej rok, a najlepiej dwa lata, po zakończeniu leczenia. Ale po tym czasie można powiedzieć, że właściwie prowadzenie takiej ciąży jakoś drastycznie nie różni się od ciąży zdrowej kobiety.

W tym kontekście ważna jest jednak inna kwestia. Przez pięć lat od zakończenia leczenia przeciwnowotworowe-

go krzywe ryzyka wznowy versus pojawienia się nowotworu w populacji ogólnej jeszcze się nie schodzą. Jeśli kobieta zachodzi w ciążę w tym czasie, ryzyko nowotworu jest większe niż u zdrowych kobiet. Jednocześnie jednak łatwiej zbagatelizować objawy wznowy, przypisując je objawom ciążowym. Dlatego niezwykle ważne jest, żeby prowadzący ginekolog był świadomy nowotworu i uczulony na niepokojące objawy.

To oznacza, że ciąża może prowadzić do wznowy?

Nie, ale może ją maskować. Podobnie jak może opóźniać rozpoznanie nowotworu u kobiety, która zaszła w ciążę bez świadomości, że choruje na raka. Np. krwawienia we wczesnej ciąży mogą sugerować poronienie zagrażające, ale tak naprawdę mogą być także objawem raka szyjki macicy. Podobnie jest z rakiem piersi – powoduje przebudowę tkanki gruczołowej, ale ciąża także. Dlatego też np. nowotwory piersi są rozpoznawane w wyższym stopniu zaawansowania w trakcie ciąży, ale to nie jest akceleracja wywołana ciążą, tylko opóźnione rozpoznanie z nią związane.

Może w takim razie decyzję o prokreacji kobieta powinna podejmować razem ze swoim onkologiem?

W wielu przypadkach tak, szczególnie kiedy mówimy o raku piersi, bo w dużej mierze to rak hormonozależny. Kiedy pacjentka otrzymuje hormonoterapię, najczęściej w ogóle nie zajdzie w ciążę. Dlatego w takich sytuacjach decyzję o przerwaniu leczenia w celu prokreacji podejmuje się wspólnie z onkologiem. Hormonoterapię bowiem można czasowo przerwać, umożliwić pacjentce zajście w ciążę i urodzenie dziecka, a następnie powrócić do leczenia.

Jakie terapie przeciwnowotworowe wpływają jeszcze na płodność kobiety?

Radioterapia obszaru miednicy, np. w raku szyjki macicy – po niej macica jest całkowicie zmieniona, zwłókniła. Podobnie jest z jajnikami – jeżeli nie dokonano ich transpozycji, ulegną zniszczeniu nie tylko jako gonady, ale także jako źródło produkcji hormonów płciowych. I choć transpozycja jajników

poza obszar miednicy chroni je przed nieodwracalnym uszkodzeniem podczas napromieniania, to w przypadku radioterapii na obszar miednicy nadal pozostaje kwestia nieodwracalnego zniszczenia macicy jako narządu rozrodczego. Zatem tego rodzaju radioterapia prowadzi do nieodwracalnej utraty płodności.

Jeśli natomiast chodzi o chemioterapię, leki w niej stosowane dzielą się na grupy – od minimalnego, poprzez niskie, średnie, aż do wysokiego ryzyka trwałej niepłodności. W zależności od tego, jakie schematy są stosowane, ryzyko niepłodności jest różne. Dlatego tak ważne są działania w zakresie *onkofertility*.

Jak kobieta może zadbać o swoją płodność?

Jeżeli leczenie onkologiczne dopiero się rozpoczyna, a kobieta ma szansę na zachowanie płodności w przyszłości, należy zaproponować jej możliwość krioprezervacji oocytów, a jeśli to możliwe – także zarodków. Niestety, w Polsce nie jest to jeszcze standardem i procedury są często odpłatne, choć powoli pojawiają się formy refundacji w ramach programów prokreacyjnych. Aktualnie funkcjonują na poziomie lokalnym w wybranych miastach, od 1 czerwca 2024 r. wystartował rządowy program dofinansowania *in vitro*, obejmujący także inne procedury *onkofertility*.

Jeżeli jednak mówimy o płodności kobiety np. przy leczeniu raka szyjki czy tej, która wymaga usunięcia narządu rodniczego, to wówczas pozostaje tylko surogactwo, które w Polsce jest niezgodne z prawem, podobnie zresztą jak w większości europejskich krajów (poza surogactwem altruistycznym w Belgii, Holandii, Grecji, Portugalii i Wielkiej Brytanii oraz surogactwem komercyjnym w Ukrainie).

Jakie czynniki decydują o tym, czy pacjentka może bezpiecznie zająć w ciążę po chorobie nowotworowej?

Jest wiele czynników do rozważenia. Najważniejsze jest określenie ryzyka wznowy, które zależy m.in. od typu nowotworu, jego zaawansowania oraz czasu, jaki upłynął od zakończenia terapii. Istotny pozostaje również ogólny stan

zdrowia pacjentki, jej wiek, możliwe powikłania po leczeniu (np. kardiologiczne po określonych schematach chemioterapii) oraz stan hormonalny.

Wszystkie te aspekty wymagają analizy, ponieważ w przypadku np. 40-letniej kobiety należy uwzględnić, że odkładanie u niej macierzyństwa może prowadzić do jego braku. W podejmowaniu decyzji istotne są doświadczenie lekarza i odpowiednie wyczucie, a także uwzględnienie preferencji pacjentki, która podejmuje decyzję po zapoznaniu się z potencjalnym ryzykiem.

Jakie są najczęstsze powikłania ciąży po nowotworze dróg rodnych lub piersi?

Największym wyzwaniem dla kobiet po przebytym leczeniu onkologicznym w obrębie dróg rodnych lub piersi jest samo zającie w ciążę, gdyż zastosowana terapia często skutkuje przedwczesną niewydolnością jajników, obniżeniem rezerwy jajnikowej lub zaburzeniami implantacji zarodka. Jeżeli jednak dojdzie do zapłodnienia, przebieg ciąży w większości przypadków nie odbiega istotnie od obserwowanego w populacji ogólnej, o ile leczenie nie spowodowało trwałych uszkodzeń narządowych.

W tej grupie pacjentek częściej stwierdza się jednak występowanie powikłań, w tym poronień, porodów przedwczesnych, wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych oraz nieprawidłowości łożyskowych. U pacjentek narażonych na kardiotoxyczne chemioterapeutyki lub radioterapię klatki piersiowej istotne jest ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych i pulmonologicznych w trakcie ciąży. Pomimo tych zagrożeń należy podkreślić, że sama ciąża nie zwiększa ryzyka nawrotu choroby nowotworowej, jednak wymaga ścisłej, interdyscyplinarnej opieki.

Zatem kobieta po leczeniu onkologicznym powinna przed zająciem w ciążę wykonać dodatkowe, niestandardowe badania?

Powinna przejść standardowe przygotowanie oraz pełną kontrolę onkologiczną. Jeśli miała zaplanowane badania obrazowe, np. rezonans czy tomo-

grafię, powinna je wykonać przed próbą zajścia w ciążę – aby wykluczyć wznowę.

Czy kobieta, która przeszła raka piersi, może karmić naturalnie?

Tak, jeśli przeszła operację oszczędzającą i nie wróciła do leczenia. Po jednostronnej mastektomii możliwe jest karmienie drugą piersią. Laktacja w tym wypadku może być trudniejsza, ale nie jest niemożliwa. Natomiast hormonoterapia po porodzie wyklucza karmienie piersią, ponieważ leki hormonalne przechodzą do mleka.

Czy lekarze są przygotowani do rozmów z pacjentkami onkologicznymi o płodności?

Wiele zależy od konkretnego lekarza. Jako ginekolog-onkolog, ale także nauczyciel akademicki wiem, jak ogromne znaczenie ma właściwa komunikacja z pacjentem. Na szczęście świadomość w tym zakresie rośnie, również na poziomie kształcenia przyszłych lekarzy. Nowe programy nauczania kładą coraz większy nacisk na komunikację z pacjentem także w zakresie planowania rodziny po zakończonym leczeniu onkologicznym.

A samą ciążę kobiety po leczeniu onkologicznym powinien prowadzić ginekolog-położnik czy jednak ginekolog-onkolog?

Nie jest możliwe udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie, ponieważ zależy ona m.in. od czasu, jaki upłynął od zakończenia leczenia, oraz typu nowotworu.

Nie wszyscy ginekolodzy posiadają doświadczenie w opiece nad pacjentkami po zakończonej terapii onkologicznej, dlatego w przypadku jakichkolwiek wątpliwości zaleca się kierowanie pacjentki do specjalistycznego ośrodka lub konsultację z zespołem onkologicznym.

Należy jednak podkreślić, że kobieta ciężarna po leczeniu onkologicznym nie powinna rezygnować z opieki swojego sprawdzonego ginekologa-położnika prowadzącego regularne wizyty kontrolne na rzecz trudno dostępnego, nawet wysokiej klasy specjalisty ginekologa-onkologa, od którego dzieli ją nieznaczny dystans. ●

Ma pani raka



MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ
pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy

W dzisiejszym tekście spotkamy hipotetyczną pacjentkę, która właśnie dowiaduje się, że choruje na raka piersi, jeden z najczęstszych nowotworów wśród kobiet (stanowi 25–29 proc. nowych rozpoznań). Z pomocą tej wyimaginowanej (choć realistycznej) postaci usystematyzujemy wiedzę w kilku obszarach użytecznych dla każdego lekarza, nie tylko onkologa.

Pani Anna ma 42 lata. Dwa miesiące temu spotkała dawno niewidzianą koleżankę z lat szkolnych. Spędziły trzy godziny na kawie, wspominając osoby i sytuacje sprzed lat. Dowiedziała się, że jedna z jej rówieśniczek zmarła ostatnio na nowotwór, co ją zszokowało i przy okazji zainspirowało do udania się na badania profilaktyczne. W badaniu USG piersi wykryto u pani Anny guz. Pani Anna otrzymała właśnie informację, że wyniki biopsji są gotowe. Idzie do lekarza je odebrać. Lekarz wita ją na korytarzu, zaprasza do gabinetu. Pani Anna wyczuwa, że chyba ma dla niej nie najlepsze wieści. Lekarz upewnia się, czy pani Anna nie chce, by w rozmowie towarzyszył jej mąż, który czeka na korytarzu. W gabinecie lekarz patrzy na nią życzliwie, pyta o samopoczucie. „Co z moimi wynikami?”, pyta pani Anna. „Jak pani wie, guz wyglądał w badaniu podejrzanie”, mówi lekarz. „Wiem, dlatego miałam biopsję”. „Niestety, biopsja wykaza-

ła obecność komórek nowotworowych”. Pani Anna ma wrażenie, że nie oddycha. Po głowie tłucze się wciąż jedna myśl: mam raka, mam raka, mam raka! Lekarz zaczyna mówić coś o jakichś komórkach, receptorach i innych medycznych szczegółach, ale po krótkiej chwili przerywa i patrzy uważnie na swoją pacjentkę. Pani Anna sięga po butelkę z wodą. Po chwili milczenia lekarz pyta: „Czy możemy teraz porozmawiać o tym, co zrobimy dalej? Czy może potrzebuje pani jeszcze chwili?”. Pani Anna kiwa głową. „Proszę powiedzieć, co teraz?”. Lekarz bierze długopis i zaczyna rozrzucać na kartce, jakie badania planuje wykonać jeszcze u pani Anny i jakie opcje leczenia proponuje. Pani Anna pochyla się nad kartką i słucha z uwagą, już spokojniejsza.

Każdy lekarz czasem staje przed wyzwaniem przekazania niepomyślnych wiadomości. Te rozmowy nigdy nie są łatwe, choć niektórzy z nas radzą sobie z nimi lepiej niż inni. Co ważne, istnieją

użyteczne narzędzia, wspierające lekarza w takich momentach, podpowiadające, jak przeprowadzić taką rozmowę. Jednym z nich jest protokół SPIKES, od angielskich słów: Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy.

S – SETTING (usiądźmy). Zapewnij odpowiednie miejsce i warunki do rozmowy, usiądź z pacjentką, zapytaj, czy chce zaprosić do rozmowy osobę bliską;

P – PERCEPTION (percepcja i perspektywa). Zorientuj się, co pacjentka wie na temat swojego stanu zdrowia i jak do tego podchodzi;

I – INVITATION (zaproszenie). Upewnij się, czy pacjentka chce w tym momencie omówić wyniki badań i rozpoznanie;

K – KNOWLEDGE (wiedza, informacja). Przekaż informacje o stanie zdrowia, wynikach badań, diagnozie w sposób zrozumiały dla pacjentki, upewnij się, czy nie potrzebuje, by coś wyjaśnić lub powtórzyć;

E – EMOTIONS (emocje). Dostrzeż emocje pacjentki, pozwól jej je wyrazić; możesz powiedzieć, że jest ci przykro, że musiałeś jej przekazać złe wiadomości;

S – STRATEGY (strategia, plan działania). Porozmawiaj możliwie konkretnie o tym, co dalej, podaj instrukcje i zalecenia.

Zastosowanie protokołu SPIKES pomaga lekarzowi przeprowadzić rozmowę z pacjentką. Zamiast używać wyłącznie własnej intuicji i empatii, lekarz ma do dyspozycji narzędzie, które go odciąża, pomaga pamiętać o wszystkich potrzebnych elementach dobrej rozmowy z pacjentem i unikać niepotrzebnych międzyludzkich zgrzytów w tej trudnej sytuacji.

Wróćmy do pani Anny. Jak może zareagować na otrzymaną diagnozę? Jakiej reakcji można się spodziewać i jak może to wpłynąć na dalszy proces leczenia i kontaktów lekarz–pacjent?

Według znanego modelu Elizabeth Kübler-Ross reakcja na ciężką chorobę składa się z pięciu faz: zaprzeczania i izolacji, gniewu, targowania się z losem, depresji i akceptacji. W fazie zaprzeczania pacjentka nie przyjmuje do wiadomości diagnozy, zaprzecza jej, jakby nie wierzyła, że jest chora, może ignorować zalecenia lekarzy i unikać



rozmów o chorobie. W fazie gniewu informacja o chorobie zostaje przyjęta do wiadomości, a w warstwie emocjonalnej pojawia się złość, która może być kierowana na samą siebie, rodzinę, lekarzy, oraz poczucie niesprawiedliwości i żalu do losu (lub Boga, jeśli pacjentka jest osobą wierzącą). Faza targowania się z losem ma w sobie elementy magicznego myślenia – pacjentka może próbować zaklinać rzeczywistość, obiecywać coś sobie, Bogu lub innym osobom. Na tym etapie może pojawić się korzystanie z mniej lub bardziej sensownych, komplementarnych czy alternatywnych metod (zmiana diety, stylu życia, suplementy, bioenergoterapia itp.) w nadziei na odwrócenie biegu wydarzeń. W fazie depresji dochodzą do głosu emocje smutku i bezsilności, poczucie straty związanej z chorobą. Chora może doświadczać apatii, utraty zainteresowań,

uczucia beznadziei, a jej aktywność i wola walki mogą ulec zmniejszeniu. W fazie akceptacji intensywne emocje ulegają wyciszeniu, pacjentka godzi się z chorobą, zaczyna adaptować się do sytuacji, odnajduje się w nowych realiach, działa konstruktywnie w ich obrębie.

Elementem zdrowia jest zdrowie psychiczne – dosłownie, nierozzerwalnie. Pierwszy z brzegu przykład: w depresji wykrywa się we krwi zmiany poziomów interleukin i inne wykładniki stanu zapalnego; choruje dosłownie cały organizm. Jak jest z tym u kobiet z rakiem piersi? Opinie badaczy są zróżnicowane, ale szacuje się, że różnego rodzaju zaburzenia zdrowia psychicznego obserwuje się u od kilku do 55 proc. kobiet z rakiem piersi, a ogólny psychologiczny negatywny wpływ u nawet 90 proc. Lęk, wysoki poziom stresu i depresja występują zarówno w okresie bezpośrednio

po diagnozie, jak i w trakcie leczenia oraz – co ciekawe – po jego zakończeniu. Uczucia smutku, żałoby i objawy lękowe, mimo że często postrzegane jako „naturalne”, mogą w istotny sposób pogarszać jakość życia pacjentek, a związane z leczeniem onkologicznym zmiany w wyglądzie (mastektomia i jej konsekwencje, utrata włosów) dodatkowo niekorzystnie wpływają na poczucie wartości, obraz siebie i nastrój. Uznaje się, że czynnikami ochronnymi dla zdrowia psychicznego pacjentek z rakiem piersi są dobre wsparcie bliskich, opieka psychologiczna i duchowość oraz aktywność fizyczna. Wczesne wykrywanie zaburzeń zdrowia psychicznego i interwencja w tym obszarze mają kluczowe znaczenie i mogą istotnie korzystnie wpłynąć na jakość życia pacjentek.

Praca z osobami chorymi onkologicznie może być obciążająca psychicznie, a lekarzom – nawet jeśli starają się zachowywać osławiony profesjonalny dystans – zdarza się przeżywać żal po śmierci pacjentów, szczególnie jeśli w ich specjalności relacje są wielomiesięczne czy nawet wieloletnie. Zalegające, gniotące emocje domagają się ujęcia i tu mogą włączać się nam różne destrukcyjne mechanizmy odreagowania, od psychosomatyki do depresji i uzależnień. Konstruktywnym sposobem na lepsze radzenie sobie w takich sytuacjach mogą być treningi balintowskie (grupy Balinta), podczas których lekarze uczą się zarządzać emocjami, by nie przytłaczały w codziennej pracy. Lekarze uczestniczący w treningach odczuwają więcej satysfakcji z pracy i mają mniejsze ryzyko rozwoju wypalenia zawodowego.

fot. licencja OIL w Warszawie



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”

Historia lotów i medycyny kosmicznej



ŁUKASZ LASKUS
lekarz

Historia podboju Kosmosu to nie tylko opowieść o raketach, technologiach i przełomach inżynierskich. To również dzieje człowieka, który znalazł się w zupełnie obcym środowisku i musiał nauczyć się w nim funkcjonować. Od samego początku eksploracji przestrzeni kosmicznej równolegle rozwijała się medycyna kosmiczna – dziedzina badająca, jak organizm ludzki reaguje na brak grawitacji, izolację i promieniowanie, a także jak można podtrzymać zdrowie astronautów w ekstremalnych warunkach.



Kiedy w 1961 r. Jurij Gagarin odbył pierwszy lot orbitalny, wiedza na temat tego, jak człowiek poradzi sobie poza atmosferą, była bardzo ograniczona.

Nie wiadomo, czy astronauta zachowają przytomność, czy będą w stanie pilotować statek, a nawet – czy uda im się przełknąć jedzenie. Lot Gagarina i kolejne misje Wostoków czy Mercury potwierdziły, że człowiek potrafi funkcjonować w mikrograwitacji przez kilka godzin czy dni. Był to fundament dla kolejnych programów kosmicznych.

Już wtedy lekarze zaczęli rejestrować pierwsze zmiany – przesunięcie płynów ustrojowych ku górnym partiom ciała, zaburzenia równowagi czy utratę masy mięśniowej. Szybko stało się jasne, że samo przetrwanie to dopiero początek, a dalsze loty będą wymagały systematycznej opieki medycznej.

ERA STACJI KOSMICZNYCH – CZŁOWIEK JAKO OBIEKT BADAŃ

Wraz z wydłużaniem misji – od programów Gemini i Apollo aż po budowę stacji Salut i Skylab – pojawiła się potrzeba bardziej szczegółowych badań fizjologii astronautów.

Pobyt liczony już nie w godzinach, lecz w tygodniach, ujawniał poważniejsze konsekwencje mikrograwitacji: zanik kości, osłabienie układu krążenia, pogorszenie wzroku. Astronauta przestał być jedynie pilotem statku – stał się także obiektem badań, a jego organizm był systematycznie monitorowany.

Na tym etapie wprowadzono codzienną aktywność fizyczną jako niezbędny element planu dnia. Już wtedy zaczęto rozumieć, że ćwiczenia nie są tylko dodatkiem, lecz jedyną metodą spowolnienia degeneracji mięśni i kości.

MIĘDZYNARODOWA STACJA KOSMICZNA – LABORATORIUM MEDYCYN

Prawdziwym przełomem dla medycyny kosmicznej stała się budowa Międzynarodowej Stacji Kosmicznej (ISS). To tutaj od ponad 20 lat testowane są procedury, urządzenia i eksperymenty medyczne, które pozwalają nie tylko lepiej przygotować się do przyszłych lotów na Marsa, ale także znaleźć dla tych odkryć zastosowanie na Ziemi.



Na stacji kosmicznej bada się m.in.:

- zmiany w układzie kostno-mięśniowym i krążenia;
- wpływ promieniowania kosmicznego;
- adaptację układu nerwowego oraz zmysłów;
- mechanizmy stresu, izolacji i pracy w małej grupie.

To właśnie tutaj wypracowano system codziennych, kilkugodzinnych ćwiczeń fizycznych, opracowano specjalne procedury żywieniowe, a także przetestowano wiele narzędzi diagnostycznych, takich jak przenośne USG czy telemedycyna.

NAJWIĘKSZE WYZWANIA MEDYCyny KOSMICZNEJ

Choć Kosmos stał się przedmiotem codziennych badań, lista wyzwań medycz-

nych wciąż jest dość długa. Najpoważniejsze z nich to:

- mikrogravitacja – prowadzi do szybkiej utraty masy mięśniowej i kostnej. Po powrocie na Ziemię astronauta wymagają długiej rehabilitacji;
- redystrybucja płynów – brak grawitacji powoduje zwiększone ciśnienie śródczaszkowe oraz problemy ze wzrokiem;
- promieniowanie kosmiczne – na Ziemi chroni nas atmosfera i pole magnetyczne. W przestrzeni kosmicznej organizm narażony jest na dawki promieniowania, które w dłuższym czasie mogą zwiększać ryzyko nowotworów;
- izolacja i psychika – długotrwały pobyt w zamkniętej przestrzeni, w niewielkim zespole, to obciążenie psy-

chiczne porównywalne do ekspedycji polarnych czy misji wojskowych;

- brak dostępu do pełnej opieki medycznej – w Kosmosie nawet podstawowe procedury, jak resuscytacja czy operacje, stają się niemal niemożliwe.

OD KOSMOSU DLA ZIEMI

Co ważne, rozwój medycyny kosmicznej służy nie tylko astronautom. Badania nad skutkami braku grawitacji pozwoliły lepiej zrozumieć osteoporozę czy zanik mięśni u osób starszych. Rozwój telemedycyny, technik monitorowania zdrowia na odległość czy systemów wspierających rehabilitację również ma swoje korzenie w badaniach prowadzonych na orbitach.

PRZYSZŁOŚĆ – MARS I DALEJ

Przyszłe misje na Marsa, trwające wiele miesięcy lub lat, będą jeszcze większym wyzwaniem. Oznaczają konieczność opracowania systemów podtrzymywania zdrowia bez stałej łączności z Ziemią, rozwój chirurgii robotycznej, a także nowych metod ochrony przed promieniowaniem.

Historia lotów kosmicznych i medycyny kosmicznej pokazuje, że granica między nauką o Kosmosie a nauką o człowieku jest płynna. Każdy krok w stronę gwiazd jest jednocześnie krokiem w stronę lepszego zrozumienia naszego własnego organizmu. To fascynująca podróż, w której astronauta jest zarówno odkrywcą, jak i obiektem badań – a Kosmos staje się największym laboratorium medycyny, jakie kiedykolwiek stworzyliśmy. ●

e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



zaloguj się i sprawdź



„Zero tolerancji dla konferencja OIL w Warszawie

Dlaczego agresja tak łatwo eskaluje i jak skutecznie się przed nią bronić? Jakie działania – instytucjonalne i społeczne – mogą realnie powstrzymać przemoc?

Odpowiedzi na te pytania szukali uczestnicy konferencji „Zero tolerancji dla agresji!”, zorganizowanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie 26 sierpnia 2025 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Celem wydarzenia było zwrócenie uwagi opinii publicznej na dramatyczne konsekwencje eskalującej przemocy. Organizatorzy zaprosili do dyskusji ekspertów, przedstawicieli instytucji publicznych, praktyków i organizacje społeczne. Konferencja stała się miejscem wymiany doświadczeń i zaprezentowania konkretnych działań, które OIL w Warszawie podejmuje w obronie bezpieczeństwa lekarzy, pacjentów i rodzin.

Honorowy patronat nad wydarzeniem objął Warszawski Uniwersytet Medyczny, partnerem był Inter Polska, zaś patronami medialnymi – TVP3 Warszawa, TVP Info i miesięcznik „Puls”.

AGRESJI NIE MOŻNA USPRAWIEDLIWIAĆ

– *Bezpieczeństwo lekarzy i pacjentów jest fundamentem sprawnie działającego systemu ochrony zdrowia. Dlatego musimy mówić jednym głosem: agresji nie można usprawiedliwiać ani wobec medyków, ani wobec kogokolwiek innego* – podkreślił dr Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie.

Konferencję otworzyła Aleksandra Sokalska, redaktor naczelna „Pulsu”. – *Przemoc nie dotyczy wyłącznie medyków. Ofiarami bywają pacjenci, dzieci, osoby starsze – ci, którzy mają najmniej narzędzi, by się bronić. Dlatego ta debata musi wyjść poza środowisko lekarskie* – zaznaczyła.

Program konferencji podzielono na trzy panele tematyczne. Wprowadzając w dyskusję, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski przytoczył statystyki. – *W Polsce wciąż zbyt często słyszymy, że „agresja jest wpisana w zawód medyka”. To nieprawda. To zjawisko, które trzeba rejestrować, analizować i systemowo ograniczać* – mówił.

PANEL I: „BEZPIECZNY MEDYK”

W pierwszym panelu dyskutowano o przemocy wobec personelu ochrony zdrowia. – *Z ankiet przeprowadzonych wśród warszawskich lekarzy wiemy, że 98 proc. z nich doświadczyło agresji słownej, a w 78 proc. sprawcą był pacjent. To dane, których nie można lekceważyć* – wskazał dr Drobniak. Jego rozmówcami byli Anna Dudzińska, przewodnicząca Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, insp. Dariusz Walichnowski, komendant stołecznej Policji, Małgorzata Szeroczyńska, zastępca prokuratora okręgowego w Warszawie, Mariusz Frankowski, wojewoda mazowiecki, Jacek Lachowicz, przedstawiciel Ministerstwa Sprawiedliwości z Wydziału Prawa Karnego, i Joachim Budny, przewodniczący OZZL Region Mazowiecki.

Dyskusja skupiła się na analizie skali agresji wobec pracowników ochrony zdrowia i praktycznych narzędziach reagowania w sytuacjach zagrożenia. Rozmawiano m.in. o obowiązujących procedurach, roli policji i prokuratury



fot. Elżbieta Trybus (4)

agresji!”



oraz znaczeniu kampanii informacyjnych w szpitalach. Komendant stołeczny Policji, insp. Dariusz Walichnowski, podkreślił: – *Każde, nawet słowne, naruszenie spokoju lekarza jest sygnałem ostrzegawczym. To załączek sytuacji, która może przerodzić się w realne zagrożenie życia i zdrowia.*

– *Lekarz, pielęgniarka czy ratownik medyczny mają taką samą ochronę prawną jak funkcjonariusz publiczny. Już samo naruszenie nietykalności cielesnej stanowi przestępstwo ścigane z urzędu* – dodała zastępcza prokuratora okręgowego w Warszawie Małgorzata Szeroczyńska. Z kolei wojewoda mazowiecki zauważył, że agresja wobec medyków pojawia się już na etapie kontaktu z dyspozytorem.

O dramatycznych doświadczeniach mówili też przedstawiciele środowiska. – *Nie może być tak, że pielęgniarka, wzywając policję, słyszy: „Radźcie sobie sami”. Z agresywnym pacjentem nikt z nas nie jest w stanie poradzić sobie w pojedynkę* – zaznaczyła Anna Dudzińska, przewodnicząca Okręgowej Rady Warszawskiej OIPIP. Joachim

Budny z OZZL dodał: – *Incydenty werbalne muszą być traktowane poważnie. Najczęściej zaczyna się od obraźliwych słów, później dochodzi do nękania. A bywa, że kończy się tragedią.*

PANEL II: „PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY DOMOWEJ”

Drugi panel moderował dr Krzysztof Herman, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. – *Agresja, z którą spotykamy się w szpitalach, często ma źródło w domach. Nie da się mówić o bezpieczeństwie medyków, nie mówiąc o pacjentach* – zaznaczył. – *Istnieje maksyma: „bici biją”. Dosadna, ale niezwykle trafna – jest w niej wiele prawdy.*

W tej części udział wzięły: Marzena Okła-Drewnowicz, sekretarz stanu przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Anna Mazurczak, dyrektor Departamentu ds. Równego Traktowania,

nadkomisarz Justyna Stanik-Rybak, koordynator procedury Niebieskiej Karty na terenie garnizonu mazowieckiego, oraz Monika Horna-Cieślak, rzecznik praw dziecka.

Sekretarz stanu w KPRM Marzena Okła-Drewnowicz skupiła się na problemie seniorów. – *Osoby starsze doświadczają nie tylko przemocy fizycznej, lecz także ekonomicznej i psychologicznej. Zbyt często trafiają do lekarzy za późno. Kluczowe jest, by wiedzieli, że nawet zaniedbanie jest formą przemocy* – mówiła.

Rzecznik praw dziecka Monika Horna-Cieślak podkreśliła: – *Pomoc dziecku zaczyna się od wysłuchania. Medycy są często pierwszymi dorosłymi spoza rodziny, którzy mogą dostrzec sygnały krzywdy. To od ich wrażliwości zależy, czy przemoc zostanie zauważona.*

Anna Mazurczak z Departamentu ds. Równego Traktowania zwróciła uwagę, że także sami medycy bywają ofiarami. – *Kiedy lekarz doświadcza przemocy w pracy, trudniej mu zareagować, gdy spotyka się z nią w domu pacjenta. To tworzy dodatkową barierę* – zauważyła. – *Rolą medyka nie jest jednak ocena, czy historia dziecka jest prawdziwa, lecz uruchomienie systemu pomocy. Medycy są na pierwszej linii – często są jedynymi, do których osoba doświadczająca przemocy trafia. Natomiast rolę administracji państwowej jest stworzenie warunków, w których można bezpiecznie zgłaszać przemoc* – zakończyła.

– *Jeśli dziecko mieszka w środowisku, w którym dochodzi do przemocy, już jest osobą jej doświadczającą. To wystarczy, by uruchomić procedurę Niebieskiej*





Karty. Dlatego reagowanie jest absolutnie kluczowe – dodała nadkom. Justyna Stanik-Rybak. – Jest to procedura pomocowa, nie karna. Opiera się na uzasadnionym podejrzeniu i nikt nie będzie pytał o dowody. Przypomniała też, że osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek wszczęcia tej procedury.

PANEL III: „BEZPIECZNY PACJENT”

Trzeci panel, prowadzony przez Anetę Grinberg-Iwańską, poświęcono bezpieczeństwu chorych. – *Agresja utrudnia leczenie, wprowadza chaos i obniża poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Musimy rozmawiać nie tylko o ochronie medyków, ale też o ochronie samych chorych* – rozpoczęła. Rozmawiano o zagrożeniach, z jakimi pacjenci spotykają się w placówkach medycznych, o edukacji w zakresie przeciwdziałania przemocy, a także o możliwościach współpracy między lekarzami a służbami mundurowymi.

Wśród ekspertów znaleźli się: zastępca naczelnika Wydziału Prewencji Komendy Wojewódzkiej z siedzibą w Radomiu nadkom. Krzysztof Maćkula, Tomasz Socha, przedstawiciel Regionu Wschód Krajowej Izby Ratowników Medycznych, przedstawiciel RPP, Jakub Adamski, dyrektor Departamentu Współpracy, i prof. Błażej Kmiecik, główny koordynator ds. ochrony zdrowia psychicznego przy RPO.

– *Większość ataków na ratowników medycznych odbywa się pod wpływem alkoholu. W teorii powinniśmy pracować wyłącznie w bezpiecznych warunkach, w praktyce – często jest odwrotnie* – mówił Tomasz Socha z Krajowej Izby Ratowników Medycznych.

Jakub Adamski, dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze RPP, podkreślał: – *Bezpieczny pacjent to pacjent, którym się zaopiekowano. Właściwa komunikacja zwiększa efektywność leczenia i buduje zaufanie.*

Prof. Błażej Kmiecik przypomniał natomiast, że agresję rodzi frustracja: – *Pacjenci często trafiają do systemu w poczuciu bezsilności i lęku. Tymczasem medycyna od czasów Hipokratesa jest oparta na relacji troski. Jeśli zabraknie tej relacyjności, w jej miejsce wchodzi konflikt.*

– *Najważniejsze w sytuacji zagrożenia jest zapewnienie sobie dystansu i wezwanie pomocy. Jeśli nie można się oddalić, trzeba próbować rozmawiać spokojnie, ustalić przyczynę agresji, uspokajając* – instruował nadkom. Krzysztof Maćkula. – *Pamiętajmy, że policjanci są szkoleni w zakresie podejmowania trudnych interwencji nie tylko w placówkach medycznych. Funkcjonuje też program doskonalenia zawodowego dla służb prewencyjnych w zakresie podejmowania interwencji w przypadku niestandardowych zachowań* – zakończył przedstawiciel Policji.

O ZDROWIU PSYCHICZNYM

Po sesji panelowej odbył się wykład partnera – towarzystwa ubezpieczeniowego Inter Polska, które oferuje lekarzom i lekarzom denty stom ubezpieczenie pomocy psychologicznej. Wygłosiła go dr Karolina Malicka-Peryga, a temat brzmiał: „Na pierwszej linii – zdrowie psychiczne medyków i pacjentów w obliczu przemocy, przeciążenia i frustracji. Jak budować bezpieczeństwo i wzajemne zrozumienie?”. Prelegentka zwróciła uwagę, że zarówno lekarze, jak i pacjenci żyją dziś w warunkach dużego napięcia emocjonalnego, co sprzyja konfliktom i eskalacji negatywnych zachowań. – *Musimy nauczyć się dbać nie tylko o zdrowie fizyczne, ale też o równowagę psychiczną. Tylko wtedy będziemy mogli budować bezpieczną przestrzeń opartą na wzajemnym szacunku* – podkreśliła.

OBRONA PRZED AGRESJĄ

Na zakończenie Adrian Battig, współzałożyciel marki Hearo, opowiedział o zastosowaniu alarmów osobistych Hearo. Alarmy są proste w użyciu i robią wiele hałasu, co wytrąca agresora z działania, przyciąga uwagę świadków i daje cenne sekundy, by się bronić.

WSPÓLNY GŁOS

Konferencja „Zero tolerancji dla agresji!” była nie tylko przestrzenią do wymiany doświadczeń, lecz także ważnym sygnałem dla opinii publicznej i decydentów. Zgromadzeni eksperci zgodzili się, że przeciwdziałanie agresji wymaga szerokiej współpracy – od działań instytucjonalnych, przez edukację i kampanie społeczne, aż po wzmacnianie kompetencji pracowników ochrony zdrowia.

OIL w Warszawie zapowiedziała kontynuację działań na rzecz bezpieczeństwa lekarzy, pacjentów i rodzin. – *Nie możemy być obojętni wobec przemocy. To wspólne wyzwanie nas wszystkich* – podsumowali organizatorzy. ●

Partnerzy konferencji

TVP | info_



Plakaty kampanii „Zero tolerancji dla agresji!” do pobrania oraz więcej informacji na temat akcji OIL w Warszawie na stronie:



Autorytet lekarza XXI wieku



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Autorytet lekarza nie jest już stanem nadanym przez dyplom i opinię społeczną – stał się projektem, który trzeba stale budować i aktualizować. Pacjent szuka w lekarzu człowieka XXI w., który przy postępującym podkreślaniu indywidualności okaże się jak najbliższy jego wizji siebie.

Sentencja *medicus amicus et servus aegroti* jest reinterpretowana – służenie pacjentowi oznacza dziś także bycie wiarygodnym przewodnikiem w świecie alternatyw i opinii, a relacja hierarchiczna ustępuje partnerstwu.

Lekarz to nie tylko zawód, to ścieżka całonocowa. Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera zapis o zachowaniu godności zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym. Granice między tymi dwoma obszarami życia ulegają jednak zatarciu. Pomiędzy gabinetem a domem, czasem pracy a czasem życia prywatnego, znajdują się social media i aktywność w internecie, które nie znają pojęcia pauzy. Przedstawianie siebie w określony sposób, brak aktywności w sieci czy obraz płynący z opinii innych pacjentów – wszystko to buduje wizerunek lekarza. Pacjent wyrabia sobie zdanie o lekarzu jeszcze zanim wejdzie do gabinetu, relacja bezpośrednia nie jest już podstawą.

Zdrowie jest aktualnie tematem zainteresowania społecznego, a lekarz bywa widziany także jako influencer, edukator zdrowotny, przedsiębiorca czy psycholog. Słowa lekarza nie są przyjmowane automatycznie z racji wykonywanego zawodu – trzeba je uwiarygodnić, przekonać pacjenta do podjęcia terapii, do zmiany stylu życia, do zaufania. Równie ważne jak świadczenia medycz-

ne stają się autoprezentacja i forma komunikacji z pacjentem. Ważnym medium jest także obraz: marka osobista w mediach społecznościowych, estetyzacja sposobu i środowiska pracy.

Lekarze dentyści pracują najczęściej w zespołach opartych na równości specjalistów. Miarą lekarza bardziej niż tytuł stają się kompetencje. W centrum znajduje się indywidualność, nie hierarchia. Nadal aktualna pozostaje klasyczna linearna ścieżka rozwoju – specjalizacja, kolejne stopnie i lata praktyki. Coraz częściej wybierane są jednak też alternatywne formy – kursy, szkolenia praktyczne, mentoring – pozwalające na szybkie wyspecjalizowanie się w wąskiej dziedzinie. Stanowi to odpowiedź zarówno na ograniczoną liczbę miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy dentystów, jak i na potrzebę ciągłego doskonalenia. Ostateczna pozycja lekarza zależy dziś nie tylko od samej kolejności etapów kariery, ale również od zaangażowania i strategii rozwoju.

Młodzi lekarze, często pod presją własnej ambicji lub porównań, chcą w pełni odpowiedzieć na społeczne oczekiwania już na początku drogi. Perfekcyjny wizerunek, fotografie efektów leczenia dorównujące dorobkowi specjalistów, gotowość do pełnienia roli autorytetu. W tym wszystkim brakuje miejsca na naturalne dojrzewa-

nie w zawodzie. Spotkania sam na sam z pacjentem, stanowiące formę pracy lekarza dentystry, dodatkowo potęgują poczucie odpowiedzialności i presję. Konsekwencją bywa przeciążenie, a nawet wypalenie zawodowe już po kilku latach pracy. Zdolność do stawiania granic staje się równie istotna jak wiedza i umiejętności.

Pewna doza elastyczności i umiejętność dostosowania do zmieniającego się świata są dziś niezbędne. Nowe wyzwania, w tym obecność w mediach społecznościowych, mogą być ciężarem, ale też drogowskazem. Odpowiednio wykorzystane stają się narzędziem budowania zaufania, edukacji pacjentów czy współpracy z lekarzami z całego świata. Medyk, który potrafi świadomie korzystać z tych możliwości, zyskuje dodatkową przestrzeń do rozwoju.

Słowo „pasja” jest dziś znacząco częściej używane niż „powołanie”. Kiedyś raz zdobyty autorytet mógł trwać dekady, dziś pojęcie autorytetu jest dynamiczne, wymagające ciągłej aktualizacji. Życie prywatne i zawodowe coraz trudniej od siebie oddzielić, bo scala je nieustanna obecność online. *Vita brevis, ars longa* – życie krótkie, sztuka długa. Sylwetka lekarza dostosowuje się do czasów, lecz sens medycyny pozostaje niezmienny – jej fundamentem jest zawsze dobro pacjenta. ●



Dentysto, zagłosuj!



DARIUSZ PALUSZEK

wiceprezes ORL i przewodniczący
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Przed nami wybory, które
zadecydują o kierunku
pracy Okręgowej Izby
w latach 2026–2030.

Dentyści apelują:
nie zostawiajmy decyzji
innym! Sprawdź, dlaczego
frekwencja i aktywność
środowiska są tak ważne.

Po raz kolejny apelujemy do całego środowiska lekarskiego, a szczególnie do lekarzy dentystów, o wzięcie udziału w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji 2026–2030 OIL w Warszawie. Każdy z nas ma tylko jeden głos, ale to właśnie suma tych pojedynczych decyzji przesądzi o sile naszej reprezentacji i o tym, jak będą wyglądały kolejne lata funkcjonowania naszego zawodu w strukturach samorządu.

PROSTA ŚCIEŻKA DO ODDANIA GŁOSU

Na stronie internetowej OIL, w zakładce „Wybory”, znajduje się szczegółowa, a jednocześnie bardzo przejrzysta instrukcja, jak oddać głos. Po-

staraliśmy się, aby cała procedura była jak najprostsza – tak by nikt nie miał wymówki, że to skomplikowane czy czasochłonne. W praktyce wystarczy kilka minut, by zrealizować swój obowiązek i realnie wpłynąć na kształt samorządu.

To niewielki wysiłek, który w konsekwencji ma ogromne znaczenie. Każdy głos zwiększa reprezentację lekarzy dentystów w nadchodzącej kadencji. A większa reprezentacja to większa szansa na to, że nasze problemy i postulaty zostaną dostrzeżone oraz potraktowane poważnie.

RÓŻNE WARUNKI, TEN SAM OBOWIĄZEK

Duże ośrodki akademickie – takie jak Warszawski Uniwersytet Medyczny czy inne centra, w których lekarze pracują w jednym miejscu – mają naturalnie łatwiejsze zadanie. Tam organizacja i mobilizacja są prostsze, bo codzienny kontakt sprzyja wymianie informacji. Sytuacja lekarzy dentystów jest inna. Najczęściej pracujemy w indywidualnych gabinetach, rozsypanych po różnych miastach i mniejszych miejscowościach. Z tego powodu trudniej nam działać wspólnie, a każdy głos oddany w wyborach staje się cenniejszy, jest też sygnałem, że potrafimy mówić jednym, wyraźnym głosem.

PRZYPOMINAJ

Często spotykamy się z zarzutem: *możliście przypomnieć*. To złudne myślenie. Informacja sama w sobie nie zmienia rzeczywistości. Kluczowe jest realne działanie, czyli faktyczne oddanie głosu. Dlatego tak mocno akcentujemy wagę mobilizacji. Nie chodzi o statystyki czy same liczby, lecz o poczucie odpowiedzialności wobec całego środowiska. Jeżeli nie wykorzystamy tej okazji, w przyszłości trudno nam będzie uzasadniać pretensje o brak uwagi poświęconej stomatologii.

TEMAT NUMER JEDEN

Nieprzypadkowo temat wyborów pojawia się tak często na łamach naszego „Pulsu” czy na stronie internetowej. To nie jest jednorazowa akcja – to najważniejsze zadanie, jakie stoi obecnie przed środowiskiem lekarskim. Wybory do samorządu nie są formalnością, lecz fundamentem tego, jak będziemy funkcjonować w kolejnych latach.

Dlatego tak zdecydowanie i głośno o tym mówimy. To nasz temat numer jeden. Jeśli teraz nie podejmiemy wspólnego wysiłku, później może zabraknąć nam argumentów i możliwości, by walczyć o ważne dla nas sprawy.

WSPÓLNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Nie traktujmy udziału w wyborach jako przykrego obowiązku. To raczej przywilej i narzędzie, dzięki któremu możemy wpływać na decyzje podejmowane w naszym imieniu. Im silniejszy będzie mandat naszych przedstawicieli, tym poważniej będą traktowane nasze postulaty.

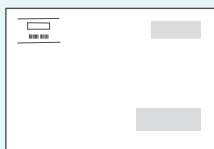
Nie chodzi o jednostki czy nazwiska, lecz o całą grupę zawodową. Wszyscy – bez względu na miejsce pracy czy długość stażu – mierzymy się z podobnymi problemami i potrzebujemy silnej, dobrze zorganizowanej reprezentacji.

Dlatego raz jeszcze powtarzamy i prosimy, wyraźnie i bez owijania w bawełnę: to są twoje wybory, to jest twój wybór!

Nie odkładaj tego na później. Zaloguj się, oddaj głos i miej pewność, że twoje sprawy nie zostaną pominięte. ●

Instrukcja głosowania korespondencyjnego

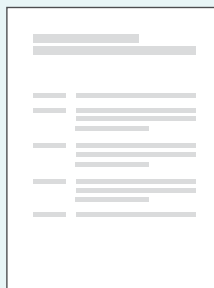
Pakiet wyborczy:



Opłacona koperta
zwrotna



Ankieta kandydata
na delegata



Instrukcja głosowania
(graficzna i opisowa)



Karta do głosowania
(żółta)

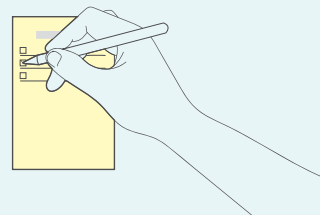


Mała koperta
na głos

1. Zapoznaj się z ankietą



2. Zagłosuj na swojego/swoich kandydata/kandydatów*



* maksymalna liczba wskazań = liczbie mandatów

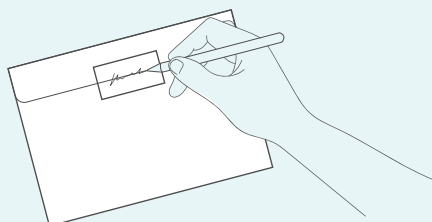
3. Włóż kartę głosowania do małej koperty i zaklej ją



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

Dr Andrzej Miskiewicz odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski

Podczas ceremonii, która odbyła się 10 lipca 2025 r. w Belwederze, dr n. med. Andrzej Miskiewicz, pełniący funkcję adiunkta w Zakładzie Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, został uhonorowany Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Odznaczenie, nadane przez Prezydenta RP, wręczył Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezydenta RP Andrzej Dera.

Order przyznawany jest za wybitne zasługi dla państwa i społeczeństwa. Dr Miskiewicz został wyróżniony za wieloletnią działalność naukową, dydaktyczną i zawodową na rzecz rozwoju polskiej medycyny i stomatologii.

Serdeczne gratulacje w imieniu Komisji ds. Lekarzy Dentystów składa dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie. ●



fot. materiały Kancelarii Prezydenta RP

Poszukiwani lekarze dentyści, którzy brali udział w powstaniu warszawskim

Do publikacji „Lekarze dentyści w powstaniu warszawskim” wydawnictwo medyczne Med Tour Press Int. (MTPI) poszukuje dokumentów, fotografii oraz innych materiałów źródłowych i wszelkich informacji dotyczących:

- lekarzy dentystów i studentów wydziałów stomatologicznych, którzy w czasie powstania warszawskiego udzielali pomocy medycznej i leczniczej żołnierzom powstańcom i mieszkańcom stolicy;
- studentów tajnych uczelni medycznych, osób innych specjalności i za-

wodów medycznych, którzy udzielali w czasie powstania warszawskiego pomocy dentystycznej powstańcom i warszawiakom.

Poszukiwane dane to: imiona i nazwiska, pseudonimy, ew. stopień/stopnie wojskowe, informacje o wykształceniu (ukończonych uczelniach, szkołach i/lub kursach, szkoleniach), przydziale do jednostki w przypadku żołnierzy powstańców, miejscach i zakresie wykonywanych prac, zakresie odpowiedzialności, odniesionych ranach oraz miejscu, dacie, a także okolicznościach śmierci.

Poszukujemy również informacji dotyczących losów medyków po upadku powstania: w jakich okolicznościach i którzy wydostali się z Warszawy, ewentualnie – gdzie byli więzieni przez hitlerowców, czy byli represjonowani, jak przebiegała ich dalsza praca zawodowa.

Jeśli mają państwo takie informacje, dokumenty lub fotografie, uprzejmie prosimy o kontakt z wydawnictwem. ●

Adres korespondencyjny:
MED TOUR PRESS INTERNATIONAL sp. z o.o.,
ul. Sportowa 3/5, 05-400 Otwock
e-mail: biuro@medtourpress.pl

Co przyniosą zmiany w resorcie?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

23 lipca nowa minister zdrowia i zapowiedź premiera o szybkim, „w ciągu kilku dni”, odpartyjnienu resortu zdrowia, potem kilka długich tygodni przerwy, ale 10 września słowo stało się ciałem: z MZ odeszli wiceministrowie reprezentujący koalicjantów: Urszula Demkow, Wojciech Konieczny i Marek Kos.

Nie obyło się – w przypadku pierwszych dwojga – bez reakcji ich ugrupowań. Szymon Hołownia ocenił, że odwołanie prof. Demkow osłabia merytorycznie rząd, żał z powodu dymisji Koniecznego wyraził publicznie wicepremier Krzysztof Gawłowski. To, mówiąc oględnie, nie współgra z lipcową deklaracją Donalda Tuska, że decyzję o odpolitycznieniu resortu zdrowia koalicjanci „przyjęli do wiadomości”. Wydaje się, że nawet jeśli – to bez zrozumienia.

To już jednak historia, z ministerstwem w sierpniu rozstał się Jerzy Szefranowicz, odpowiedzialny za przeprowadzenie ustawy o szpitalnictwie. Zmiany oszczędziły jedynie Katarzynę Kacperczyk, która nie tylko pozostała na stanowisku, odpowiadając za sprawy związane z KPO, ale otrzymała więcej kompetencji – jest odpowiedzialna m.in. za politykę lekową. Do ministerstwa dołączyli zapowiadani przez Tuska fachowcy: Katarzyna Kęka, mgr pielęgniarstwa, prezes zarządu Szpitalnego Centrum Medycznego w Goleniowie, oraz Tomasz Maciejewski, lekarz, specjalista w dziedzinie ginekologii i położnictwa oraz perinatologii, od 2012 r. dyrektor IMiD w Warszawie. Kierownictwo MZ zostało bardzo mocno ogra-

niczone (Jolanta Sobierańska-Grenda ma troje zastępców), co ma również odzwierciedlenie w podziale zadań.

Pytanie, czy za odpartyjnienu pójdzie odpolitycznienie całego obszaru? Minister zdrowia na pewno by tego chciała, mówiła o tym w opublikowanym 12 września pierwszym wywiadzie udzielonym PAP, przywołując – jako dobry znak – fakt podpisania przez prezydenta Karola Nawrockiego nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych, wprowadzającej zmiany w szpitalnictwie. Jolanta Sobierańska-Grenda w ocenie samej ustawy była (jeszcze przed objęciem teki rządowej) powściągliwa i w pierwszych tygodniach urzędowania sygnalizowała możliwość jej znaczącej nowelizacji, o której konieczności wspominali też urzędnicy Kancelarii Prezydenta. Podpis Karola Nawrockiego był możliwy również dlatego, że minister ma dobry kontakt z głównym doradcą prezydenta ds. zdrowia prof. Piotrem Czauderną.

To może jednak nie wystarczyć. Wyjęcie ochrony zdrowia spod politycznych nie tyle sporów, ile awantur, jest mało prawdopodobne. Na półmetku kadencji jest to jeden z obszarów, na których opozycja może stosunkowo łatwo wykazywać nieudolność rządzących

(nawet jeśli gros problemów ochrony zdrowia wcale nie jest wynikiem złych decyzji podejmowanych w latach 2015–2023). Intencje mogą być szczere: dziesięć lat temu, gdy urząd ministra obejmował Konstanty Radziwiłł, również padało wiele deklaracji dotyczących utrzymania zdrowia z daleka od bieżącej polityki. Ba, pierwszy zespół doradców ministra Radziwiłła miał charakter absolutnie apolityczny. Wyszło... jak zwykle. Już kilka miesięcy później polityka i ideologia wdarły się w ten obszar z całym impetem.

Nie ma wątpliwości, że nowe kierownictwo MZ będzie się poruszać po polu minowym. Nawet wiedza o tym, gdzie znajdują się miny, nie musi chronić przed wybuchem. Ustawa o wynagrodzeniach minimalnych, niedostateczny poziom nakładów publicznych (choć dotacja budżetowa została zaplanowana na rekordowym poziomie 26 mld zł, pieniędzy prawdopodobnie będzie potrzeba dużo więcej) to tylko początek.

– *Wierzę w regiony* – mówi nowa minister, odwołując się do swoich doświadczeń z Pomorza z udanej konsolidacji szpitali samorządowych. Na ile doświadczenia z tego województwa uda się przenieść na cały kraj? Czy swary polityczne na szczeblu regionalnym i subregionalnym, pomijając nawet kwestie ambicjonalne, ważące na decyzjach dotyczących współpracy i konsolidacji, nie wystawią wiary minister na próbę? Czy bilans dotychczasowych doświadczeń pozwala (ciągle) mieć wiarę?

Adam Mickiewicz blisko 200 lat temu pisał:

„Dziewczyna czuje – odpowiadam skromnie –

A gawieź wierzy głęboko:

Czucie i wiara silniej mówi do mnie
Niż mędrca szkiełko i oko.

Martwe znasz prawdy, nieznane dla ludu;

Widzisz świat w proszku, w każdej gwiazd iskiecie.

Nie znasz prawd żywych, nie obaczysz cudu!

Miej serce i patrzaj w serce!”

W „Romantyczności” poeta skarcił Starca operującego „szkiełkiem i okiem”. Stawka sporu była co prawda inna, ale być może wieszcz i tym razem będzie mieć rację.

Lekarze nie mogą być w tym sami

Agresja wobec pracowników ochrony zdrowia to zjawisko, które w ostatnich latach wyraźnie się nasiliło. Medycy coraz częściej muszą radzić sobie z bezpośrednim zagrożeniem. Jak rozpoznawać pierwsze sygnały przemocy, jak jej zapobiegać i co robić, gdy do niej dojdzie? O tym rozmawiałam we wrześniu z komendantem stołecznym Policji **insp. Dariuszem Walichnowskim**.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**



Czy policja widzi realny wzrost agresji wobec personelu medycznego?

Tak, widzimy ten wzrost w statystykach i liczbie zgłoszeń. Chcę to wyraźnie podkreślić: nie ma i nie będzie zgody na jakąkolwiek formę przemocy wobec osób wykonujących zawody medyczne. Nie ważne, czy ktoś napisze obraźliwy komentarz w sieci, grozi lekarzowi na korytarzu, czy uderzy ratownika – każda z tych sytuacji wymaga reakcji. Zasada jest jedna: zero tolerancji. Przemykanie oka rodzi bezkarność, a ta prowadzi do eskalacji. Dlatego każde zgłoszenie jest ważne – dokumentuje skalę problemu i pozwala policji skutecznie działać.

Co konkretnie powinien zrobić medyk, który został zaatakowany lub znieważony?

Pierwszy krok to zawsze jest zgłoszenie. Nie bagatelizujemy żadnej sytuacji, nawet jeśli wydaje się, że

„to tylko słowa”. Mandat za wykroczenie też jest sygnałem, że takie zachowania nie będą tolerowane. Poszkodowany powinien od razu zapisać podstawowe informacje: kto był obecny, co dokładnie się wydarzyło, czy był monitoring, czy ktoś rozmawiał przez telefon, jakie były okrzyki lub groźby. Takie notatki bardzo ułatwiają dalsze postępowanie.

Lekarze obawiają się biurokracji i „papierologii”. Jak im to ułatwić?

Rozumiem te obawy. Lekarz chce leczyć, a nie pisać zeznania, ale w myśl prawa takie są wymogi procesu karnego. Ale pamiętajmy: zgłoszenie jest inwestycją w przyszłe bezpieczeństwo. Im więcej przypadków ujrzy światło dzienne, tym łatwiej będzie nam udowodnić przed sądem, że mamy do czynienia z powtarzalnym zjawiskiem, które wymaga poważnych sankcji. Nie każdy musi od razu składać obszerne sprawozdania, wystarczy przekazać najważniejsze informacje, a resztą zajmiemy się my. Po stronie policji leży właściwa kwalifikacja czynu i dobór środków zaradczych. Chcemy, by liczba niezgłaszanych incydentów była jak najmniejsza, a najlepiej, by wszystkie były zgłaszane.

Jak zapobiegać przemocy, zanim do niej dojdzie? Co może zrobić każdy lekarz i każda pielęgniarka?

Kluczem jest tu prewencja: świadomość zagrożeń i odpowiednie zabezpieczenie. Trzeba myśleć o bezpieczeństwie jak o standardzie. Prosty przykład: każdy wie, że nie zostawia się kluczyków w aucie, bo okazja czyni złodzieja. Tak samo jest z bezpieczeństwem: sprawdźmy np., czy w gabinecie nie stoją przedmioty, których można użyć jako narzędzi ataku. Czy krzesła, stojaki, butelki nie tworzą okazji dla agresora? Jeśli coś nie jest potrzebne, po prostu lepiej to schować. To drobne decyzje, ale bywa, że ratują życie.

Drugim filarem są zabezpieczenia techniczne: monitoring, przyciski bezpieczeństwa, ochrona fizyczna, systemy szybkiego powiadamiania. Potencjalny sprawca, który wie, że jest nagrywany lub że natychmiast pojawi się ochrona, często zrezygnuje z ataku. Ważne jest też odpowiednie rozplanowanie poczekalni – tak by personel miał drogę ewakuacji lub możliwość izolacji agresora.

Czy da się stworzyć swego rodzaju „instrukcję bezpieczeństwa” dla lekarzy?

Instrukcja to za duże słowo, bo każda sytuacja jest inna. Ale pewne schematy mogą pomóc. Lekarz, który zgłasza zdarzenie, powinien przekazać dyżurnemu policji dwie–trzy najważniejsze informacje: czy agresor jest uzbrojony, pod wpływem substancji, czy grozi innym pacjentom. Często wystarczy krótkie zdanie: *pacjent prawdopodobnie pod wpływem narkotyków*. Taka wiedza pozwala ocenić skalę zagrożenia i odpowiednio przygotować patrol, a to z kolei może zdecydować o życiu wielu osób. Najważniejszą rzeczą dla policjanta jest zażegnanie kryzysu. Często ma minutę lub mniej na podjęcie decyzji. Jeśli nie podejmie jej odpowiednio szybko i skutecznie, to może się okazać, że na widok policjanta człowiek, który do tej pory stosował agresję słowną, zacznie używać przemocy fizycznej. Wyciągnie broń i zacznie strzelać.

A jak wygląda współpraca policji z OIL w Warszawie?

Konferencja „Zero tolerancji dla agresji!” to był doskonały pomysł i bardzo potrzebna inicjatywa. Takie wydarzenia pozwalają na wymianę informacji i doświadczeń. Ale równie ważna jest współpraca i konsekwentne, długoterminowe działanie wielu instytucji. Oczywiście kluczowe pozostają bezpieczeństwo i współdziałanie na jego rzecz.

Cieszę się, że współpraca między nami już funkcjonuje, ale musimy ją rozwijać i utrwalać. Złożyłem w tej sprawie deklarację i zamierzam jej dotrzymać. Lekarze są dziś grupą szcze-

gólnie narażoną, ale nic o was bez was, dlatego w imię bezpieczeństwa zgłaszajcie każdy przypadek przemocy. Policja i prokuratura są po to, by was chronić.

Policja prowadzi też dla lekarzy szkolenia. Czego one uczą?

Szkolenia nie mogą ograniczać się do samoobrony. Oczywiście, pewne elementy są ważne, ale przede wszystkim musimy wspólnie analizować konkretne zdarzenia, omawiać właściwe reakcje i uczyć się tego, czego nie należy robić. To właśnie profilaktyka, edukacja i uświadamianie stanowią fundament skutecznego przeciwdziałania przemocy wobec lekarzy. Przygotowywane przez nas szkolenia mają wymiar praktyczny, są podzielone na moduły (tzw. boxy) dotyczące interwencji w różnych sytuacjach: w izbie przyjęć, w gabinecie lekarskim, na SOR. Ćwiczenia odbywają się w warunkach jak najbardziej zbliżonych do rzeczywistych, bo tylko wtedy uczymy się właściwych reakcji. Trenujemy sposób przekazywania informacji dyżurnemu pod numerem 112, pokazujemy, co jest kluczowe, by właściwie ocenić ryzyko, byśmy mogli wysłać odpowiednie siły na miejsce zdarzenia. Dajemy wskazówki, jak po zdarzeniu przygotować dowody: kto może być świadkiem, jak zabezpieczyć nagranie czy zapisać rozmowę.

Po cyklu szkoleń we współpracy z OIL proponujemy organizację spotkań podsumowujących. W ich trakcie omawiamy, co już udało się zrobić, a które procedury wymagają zmiany. Dzięki temu możemy zaproponować kolejne, lepsze rozwiązania. Należy pamiętać, że nie da się stworzyć systemu, który zabezpie-

czy nas przed każdą sytuacją. Możemy być przygotowani na 1000 scenariuszy, a ten 1001. wciąż potrafi nas zaskoczyć. Dlatego kluczowe jest, aby szkolenia i spotkania nie były wydarzeniami okazjonalnymi, lecz procesem ciągłym.

Co sprawia, że agresja wobec medyków nasila się właśnie teraz?

To zjawisko szersze niż tylko ochrona zdrowia. Społeczeństwo stało się bardziej nerwowe, bardziej radykalne. Dawniej ktoś marudził, że musi czekać dwie godziny w kolejce, dziś zdarza się, że ta sama osoba grozi, a nawet używa siły. Przyczyn jest wiele: stres, problemy ekonomiczne, pandemia, łatwiejszy dostęp do alkoholu czy narkotyków. My, policjanci, widzimy to na co dzień. Właściwie każda interwencja zawiera element agresji. Niestety, podobny mechanizm zaczyna właśnie dotykać środowisko medyczne.

Podsumujmy zatem, jakie działania mogą realnie poprawić bezpieczeństwo medyków?

Po pierwsze – inwestycje w ochronę i monitoring. Po drugie – szkolenia i podnoszenie świadomości. Po trzecie – szybka reakcja i wsparcie dla poszkodowanych. Ważne, by medyk nie został sam – aby wiedział, że policja i prokuratura są po jego stronie.

Nie wolno bagatelizować żadnego przejawu agresji. To nie jest „donoszenie”, to ochrona siebie, kolegów i pacjentów. Policja jest po to, by pomagać i chronić. Lekarz, pielęgniarka czy ratownik powinni ratować ludzi, a nie bać się, że ktoś ich zaatakuje. Jako państwo musimy im to bezpieczeństwo zapewnić. ●

CO ROBIĆ OD RAZU PO ZDARZENIU

Zapewnij sobie bezpieczeństwo (oddal się z miejsca zagrożenia).

Zgłoś incydent na 112/997 i powiadom wewnętrzną ochronę placówki.

Zanotuj kluczowe fakty: godzina, opis agresora, świadkowie, słowa groźby.

Sprawdź monitoring i zabezpiecz zapis.

Zgłoś zdarzenie formalnie – poszkodowany może zostać ponownie przesłuchany w dowolnym momencie.

DLA DYREKCJI I ZARZĄDCÓW PLACÓWEK

Zainstaluj monitoring i przyciski alarmowe w newralgicznych miejscach.

Przygotuj uproszczone procedury zgłoszeń dla personelu medycznego.

Zapewnij dostęp do pomocy psychologicznej i wsparcia prawnego dla poszkodowanych.

Organizuj wspólne szkolenia z policją.

Nigdy nie bądź obojętny, zawsze reaguj.

Czy dzieci potrzebują edukacji zdrowotnej?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Do 25 września rodzice i opiekunowie mieli czas na podjęcie decyzji, czy ich dzieci będą uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej. Specjaliści w dziedzinie zdrowia publicznego, lekarze, nie mają wątpliwości: edukacja zdrowotna nie tylko młodym ludziom, ale całemu społeczeństwu, jest bardzo potrzebna. I nie powinna być przedmiotem fakultatywnym, bo to obniża jej rangę.

Oczywiście nie tylko, bo ułatwia też przeciwnikom lekcji o zdrowiu forsowanie tezy, że w podstawie programowej jest coś „kontrowersyjnego”, „ideologicznego”, coś, co wkracza nadmiernie w obszar kształtowania światopoglądu dziecka i tym samym może naruszać prawa rodziców. To właśnie główny motyw pojawiający się w apelach – np. Konferencji Episkopatu Polski – dotyczących lekcji o zdrowiu. Biskupi pod koniec sierpnia przypomnieli we wcześniej już przygotowanym liście, że rodzice uważający się za katolików nie powinni wyrażać zgody na uczęszczanie dziecka na zajęcia z edukacji zdrowotnej.

– Są instytucje, które walczą z edukacją zdrowotną. To jest dla mnie niepojęte, że ktoś może stawiać sobie za cel obniżanie świadomości zdrowotnej dzieci i młodzieży – mówił podczas II Kongresu Zdrowia Dzieci i Młodzieży, jaki odbył się pod koniec sierpnia w War-

szawie, wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny. Polityk Lewicy tłumaczył, że przedmiot obejmujący podstawy wiedzy o zdrowiu jest tak samo ważny jak np. historia. Chodzi o to, żeby każdy wychodził ze szkoły z podstawową wiedzą, żeby łatwiej kojarzył fakty i – ponadto – by trudniej mu było „sprzedać” różnego rodzaju fake newsy. Na marginesie, wśród przeciwników edukacji zdrowotnej nie brakuje środowisk i osób dobrze znanych z szerzenia dezinformacji dotyczącej kwestii zdrowotnych, np. szczyptę ochronnych.

– Edukacja zdrowotna to podstawa profilaktyki pierwotnej. Trzymam kciuki, by te lekcje szybko stały się obowiązkowe. Jestem oburzona i zniesmaczona tym, co się w tej chwili, przed wejściem tego przedmiotu do szkół, dzieje – mówiła z kolei podczas tej samej konferencji Beata Małecka-Libera, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia. – To jest niewyobrażalny koszmar, że w XXI wieku ktoś może twierdzić, że edukacja zdrowotna jest demoralizująca – oceniła, apelując o stworzenie ruchu poparcia dla edukacji zdrowotnej.

Warto jednak przypomnieć, że edukacja zdrowotna miała być przedmiotem obowiązkowym. W pierwszych tygodniach roku, wyłącznie na potrzeby rozpoczynającej się kampanii prezydenckiej, kluczowi politycy koalicji rządzącej zmienili jednak zdanie: najpierw wicepremier Władysław Kosiniak-Kamysz (lekarz) poinformował, że przedmiot będzie fakultatywny, potem to samo powtórzyli kandydat Koalicji Obywatelskiej na fotel prezydenta Rafał Trzaskowski oraz premier Donald Tusk.

Samorząd lekarski już wówczas przestrzegał przed problemami. – Prezydium NRL z dużym niepokojem przyjmuje pojawiające się w przestrzeni medialnej wypowiedzi niektórych polityków sugerujące, że wprowadzany od nowego roku szkolnego do nauczania przedmiot ma mieć charakter fakultatywny – napisali lekarze, podkreślając, że problematyka profilaktyki zdrowotnej, zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, propagowanie szczepień ochronnych, promowanie prawidłowych zachowań prozdrowotnych, higieny zdrowia psychicznego i inne elementy zdrowia publicznego, które powinny

znaleźć się w podstawie programowej tego przedmiotu, bezwzględnie muszą stanowić obowiązkowy element nauczania na wszystkich etapach edukacji.

Ale rezygnacje z zajęć edukacji zdrowotnej nie wynikają wyłącznie z kwestii światopoglądowych. Lekcje są nieobowiązkowe, w dodatku często organizowane na pierwszej lub ostatniej godzinie w planie zajęć (choć nie jest to regułą), więc – przed czym od miesięcy przestrzegali eksperci, również ci, którzy byli zaangażowani w przygotowanie podstawy programowej – zwłaszcza starsi uczniowie (tu oczy zwrócone są głównie na szkoły średnie, choć nie tylko) w „odpuszczeniu” lekcji o zdrowiu widzą szansę na odchudzenie tygodniowego planu zajęć. A duża część rodziców uczniów niepełnoletnich (pełnoletni taką decyzję podejmują sami) nie widzi w tym niczego złego. – *Wielkie rzeczy rodzą się w bólach* – mówiła senator KO Agnieszka Gorgoń-Komor, nie kryjąc nadziei, że mimo kontrowersji i niełatwego początku edukacja zdrowotna przyniesie „modę na zdrowie”.

Początki rzeczywiście nie są łatwe: Ministerstwo Edukacji Narodowej uruchomiło z początkiem września kampanię informacyjną, skierowaną przede wszystkim do rodziców, której celem jest przekonanie ich, by nie podejmowali decyzji o rezygnacji z lekcji o zdrowiu (domyślnie zapisani są na nie wszyscy uczniowie). Jednak jeśli chodzi o kwestie operacyjne, widać braki: choćby kwestia wiążącego cha-

rakteru granicznej daty 25 września budzi wątpliwości: pojawia się wiele głosów, że na dobrą sprawę rodzic może decyzję podjąć w dowolnym momencie, bo Kodeks rodzinny i opiekuńczy stanowi, że władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad dzieckiem oraz do wychowania go z poszanowaniem jego godności i praw oraz powinna być wykonywana tak, jak tego wymaga dobro dziecka. Akt wyższego rzędu nie przestaje obowiązywać po „granicznej” dacie, wyznaczonej decyzją MEN.

Szkoły czekają na szczegółowe wytyczne w tej sprawie, ale też wskazówki w drugą stronę: co robić, jeśli rodzic, który złoży deklarację z rezygnacją, zmieni zdanie (np. pod wpływem kampanii, rozmów z nauczycielami czy innymi rodzicami). Brak możliwości powrotu dziecka na zajęcia edukacji zdrowotnej byłby na pewno, z punktu widzenia MEN, niepożądany.

Czym skończy się „kampania wrześniowa” wokół lekcji o zdrowiu? Na razie w przestrzeni publicznej funkcjonują wyłącznie strzępki informacji, przykłady anegdotyczne – jak choćby sygnały z Podhala, że są tam szkoły ze stuprocentowym poziomem rezygnacji. Lub takie, które ten poziom do 25 września z pewnością osiągną. Nie musi to dotyczyć wyłącznie Podhala.

MEN zbiorcze dane będzie musiało podać – i zrobi to zapewne nie wcześniej niż pod koniec października. Je-

śli poziom rezygnacji będzie wysoki, z pewnością przeciwnikom edukacji zdrowotnej w szkołach informacja o tym doda skrzydeł.

Jaka będzie – i czy w ogóle będzie – reakcja rządu? Minister edukacji narodowej Barbara Nowacka zapowiadała zimą, że fakultatywność będzie dotyczyć lekcji o zdrowiu tylko w roku szkolnym 2025/2026. Od września 2026 r. przedmiot miałby się stać obowiązkowy. Pytanie o wiarygodność tych deklaracji wydaje się absolutnie zasadne: minister Nowacka cały czas utrzymywała przecież, że edukacja zdrowotna obowiązkowa będzie od września 2025 r.

Podstawa programowa przedmiotu edukacja zdrowotna przewiduje dziesięć obszarów tematycznych. Niezależnie od etapu edukacyjnego realizowanych ma być dziewięć bloków: wartości i postawy, zdrowie fizyczne, aktywność fizyczna, odżywianie, zdrowie psychiczne, zdrowie społeczne, zdrowie seksualne, zdrowie środowiskowe, internet i profilaktyka uzależnień. Dziesięć obszarów jest „rozdzielny”: o dojrzewaniu będą się uczyć tylko uczniowie w szkołach podstawowych, natomiast uczniowie szkół ponadpodstawowych będą mieć lekcje poświęcone systemowi ochrony zdrowia, w którym przyjdzie się im – jako młodym dorosłym – samodzielnie poruszać. W każdym z działów, zarówno dla szkoły podstawowej, jak i ponadpodstawowej, opisano wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności.

© 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.

Wiele pracy przed nami

O tym, jakie wyzwania stoją przed systemem kształcenia specjalizacyjnego medyków w Polsce, rozmawiamy z nowym dyrektorem CMKP

prof. dr. hab. n. med. Krzysztofem J. Filipiakiem, kardiologiem, internistą, hipertensjologiem i farmakologiem klinicznym.

rozmawiała **MAŁGORZATA WÓDZ**

Panie profesorze, w imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie gratuluję wyboru na stanowisko dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Ma pan bogate doświadczenie akademickie m.in. jako rektor Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i prorektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jak pan ocenia system kształcenia medyków w Polsce i co pana zdaniem jest największym wyzwaniem w tym obszarze?

Rzeczywiście – moje doświadczenie we współkierowaniu publicznym WUM, jako członek władz dziekańskich, rektorskich i przewodniczący rady dyscypliny nauk medycznych, to łącznie osiem lat pracy, a w kierowaniu niepubliczną uczelnią medyczną kształcącą lekarzy – kolejne cztery. Doświadczenie w kształceniu podyplomowym to swoje własne cztery specjalizacje, kierownictwo specjalizacji wielu osób, jak i wieloletnie pełnienie funkcji sekretarza krajowego zespołu nadzoru specjalistycznego

w dziedzinie kardiologii. Jednym słowem – dużo doświadczeń, wiele obserwacji i wyzwań. Pracując w każdej roli: kierownika specjalizacji, wykładowcy na kursach specjalizacyjnych CMKP, egzaminatora w komisjach trzech różnych specjalizacji, a nawet przez wiele lat układającego pytania do egzaminu specjalizacyjnego z dziedziny kardiologii – znam system specjalizacji lekarskich z każdej strony. Aktualne wyzwania – najpoważniejsze z nich w dużym skrócie – to podnoszenie jakości kształcenia specjalizacyjnego i przygotowanie systemu na zwiększoną liczbę lekarzy, która już za kilka lat będzie do niego dołączała i będzie chciała się specjalizować.

Funkcję dyrektora CMKP pełni pan od 25 sierpnia br. Jaką instytucję pan zastąpi i w jakim kierunku zamierza ją poprowadzić?

CMKP wymaga dostosowania swoich zadań, funkcji, a nawet statutu do aktualnego brzmienia ustawy o tej instytucji. Sama ustawa, nakładając na CMKP nowe obowiązki w zakresie kształcenia nie tylko lekarzy, ale i innych kadr medycznych, stworzyła model prawny, któ-



foto: archiwum prywatne

ry czyni z CMKP nie tylko specyficzną uczelnię, jak dotychczas. W zamyśle ustawodawcy to koordynator szkoleń specjalizacyjnych, jak i centrum zadaniowe, poprzez które Ministerstwo Zdrowia realizuje swoją politykę kształtowania systemu rezydentur, akredytacji, specjalizacji, jak i czuwania nad jakością kształcenia. Dużo pracy przed nami. Ale od lat pracuję w CMKP bardzo dużo znakomitych klinicystów, teoretyków, osoby o uznanym w Polsce autorytecie, z którymi te zmiany będziemy przeprowadzać.

CMKP przejęło zadania zlikwidowanego Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Deklaruje pan integrację szkoleń dla lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych. Jak ma ona wyglądać i jakie korzyści przyniesie dla systemu ochrony zdrowia?

O tę wizję integracji już niedługo redakcja będzie mogła zapytać pierwszego w historii prorektora-wicedyrektora CMKP ds. pielęgniarstwa i innych zawodów medycznych. Bardzo proszę o przeprowadzenie takiego wywiadu w nowym roku akademickim. Mogę jedynie ujawnić, że będzie to osoba z wykształceniem pielęgniarzkim, samodzielny pracownik naukowy o dużym doświadczeniu akademickim, świetnie znający specyfikę specjalizacji pielęgniarzkich, mający też wizję kształce-

nia podyplomowego innych zawodów medycznych. Osoba ta obejmie nadzór nad działającym biurem kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych, pokieruje również zakładem pielęgniarstwa CMKP, który – dotąd niedziałający – reaktywujemy w obrębie Szkoły Zdrowia Publicznego.

Jako nowy szef CMKP zwraca pan uwagę na potrzebę zmiany systemu monitorowania jakości kształcenia podyplomowego.

Czym nowy system będzie różnił się od obecnego i jakie dokładnie cele mają mu przyswiecać?

Dość eufemistycznie stwierdziłbym, że będzie się różnił zasadniczo – bo właściwie dotąd żadnego systemu monitorowania jakości kształcenia, opartego chociażby na ocenach specjalizującego się i jego kierownika specjalizacji, nie było. System *de facto* ograniczał się do weryfikowania warunków akredytacji miejsca szkoleniowego. O szczegółach – już wkrótce.

Zapowiada pan uprządkowanie programów specjalizacji i urealnienie wymagań szkoleniowych. Które elementy programów wymagają zmian i dlaczego?

Za kształt programów specjalizacyjnych odpowiada konsultant krajowy danej dziedziny wraz ze swoim zespołem ekspertów. Wiemy od dawna, że wymagania w wielu specjalizacjach są zbyt przesadzone – np. w zakresie liczb

by procedur, które specjalizant musi wykonać – lepiej zmniejszyć tę liczbę, ale egzekwować staranniejsze wykonanie procedur. O koniecznych zmianach będziemy już dyskutować z konkretnymi konsultantami krajowymi. Dodam, że już teraz wielu konsultantów podejmuje próby racjonalizacji kształcenia i wymogów specjalizacyjnych, zwłaszcza tam, gdzie brakuje specjalistów, a zainteresowanie kształcących nie pokrywa nawet oferowanych możliwości, jak dzieje się np. w onkologii. Bardzo racjonalne zmiany w tym zakresie przygotował prof. Maciej Krzakowski z zespołem.

Jakie technologie uważa pan za kluczowe w kształceniu podyplomowym medyków i co sądzi pan o zjawisku deskillingu, czyli pogorszenia umiejętności lekarzy, do którego może prowadzić np. korzystanie w diagnostyce z AI. Jak modelować kształcenie z wykorzystaniem sztucznej inteligencji, żeby do tego nie dochodziło?

Myszę, że AI nie jest jeszcze realnym problemem szkolenia specjalizacyjnego, chociaż jako nauczyciel akademicki zauważam już jej – sztucznej inteligencji – rolę w szkoleniu przeddyplomowym i wiele problemów z nią związanych. Z pewnością AI zmieni kształcenie podyplomowe w niektórych dziedzinach – na początku takich jak patomorfologia, radiologia, dermatologia. Ale nie wieszczę, aby AI kiedykolwiek zastąpi-

ła lekarza. Jednak lekarzy niekorzystających z coraz doskonalszych technik AI w przyszłości zastępować będą koledzy korzystający z tych narzędzi. Widzę zatem potrzebę zaistnienia metod szkoleń opartych na AI – przy całym krytycyzmie dla tej technologii – także w kształceniu podyplomowym.

Skąd, pana zdaniem, bierze się w środowisku medycznym zjawisko podważania szczepień i szerzenia dezinformacji? Czy coś zawodzi w systemie kształcenia? Czy na jakimś etapie edukacji medycznej, może również w CMKP, nie powinny pojawić się programy uodparniające medyków na pseudonaukę?

Niewątpliwie zmierzmy się z tym problemem, próbę jego rozwiązania powinno jednak podjąć nie tylko CMKP, ale też organizatorzy kształcenia przeddyplomowego (uczelnie medyczne), samorząd zawodowy, Ministerstwo Zdrowia czy lekarskie towarzystwa naukowe. Przyjrzymy się zjawisku, o którym mowa, powołując w przyszłości również ośrodek metodyczny kształcenia lekarzy w obrębie Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP. To bardzo wstępne plany. Na co dzień pozostaje nam „praca organiczna” – walka ze środowiskami antyszczepionkowymi, denialistami wiedzy – co robimy od sal wykładowych po social media. I takie działania również rekomenduję wszystkim moim koleżankom i kolegom po fachu. ●

„Szczepimy – chronimy”

1–31 października



Szczepienia przeciwko grypie dla lekarzy i lekarzy dentystów OIL w Warszawie



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zaprasza swoich członków na bezpłatne szczepienia przeciwko grypie.

TERMINY SZCZEPIEŃ: 1–31 października (bez sobót i niedziel)

Szczepienia będą wykonywane w sześciu przychodniach na warszawskim Mokotowie w godzinach 10.00–17.15



Wyboru lokalizacji i terminu należy dokonać za pomocą formularza na stronie OIL

e-mail: szczepienia@oilwaw.org.pl

Ważne! Osoby starsze mogą zarejestrować się na szczepienie także telefonicznie pod numerem: **22 542 83 33**



Czy w 2026 r. lekarze sprawdzą pełne dane pacjenta?



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Centrum e-Zdrowia pracuje nad nowym narzędziem, które podsumuje najważniejsze informacje o zdrowiu. Jak będzie działać? Czy oznacza koniec uciążliwego przełączania się pomiędzy różnymi systemami IT?

Pomimo szybko postępującej cyfryzacji w ochronie danych, wprowadzenia e-recept, e-skierowań i Internetowego Konta Pacjenta (IKP) oraz elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) dane w systemie zdrowia pozostają rozproszone, chaotyczne i niedostępne. Część informacji przechowywana jest w systemach gabinetowych, część w systemie gabinet.gov.pl, część w systemach NFZ, a pozostałe jeszcze gdzie indziej.

W POSZUKIWANIU DANYCH

W efekcie lekarze często muszą logować się do wielu aplikacji, aby połączyć ze sobą informacje z różnych źródeł i postawić na ich podstawie diagnozę. A to

zabiera sporo czasu i frustruje. Nie mówiąc o tym, że 40 proc. placówek nadal nie indeksuje EDM w systemie e-Zdrowia (P1), a to oznacza, że dane pozostają zamknięte w lokalnych bazach, więc historia leczenia pacjenta zebrana na IKP jest po prostu niepełna.

Już kilka lat temu Centrum e-Zdrowia planowało rozwiązać ten problem, proponując wprowadzenie nowego narzędzia, wtedy jeszcze nazywanego „Pacjent 360”. Idea była prosta: zebrać najważniejsze dane zdrowotne pacjenta w jednym miejscu. Pomysł postanowiła rozwijać, choć w zmienionym wydaniu, obecna dyrektor CeZ, dr Małgorzata Olszewska, zapowiadając e-Profil Pacjenta. Narzędzie w końcu przybiera

konkretnych kształtów. Wiemy już, że na profil mają trafić takie dane, jak m.in. historia realizacji recept, rozpoznania z ostatnich 12 miesięcy, wystawione skierowania, dane z Narodowego Funduszu Zdrowia i alerty kliniczne dotyczące przykładowo niebezpiecznych interakcji leków. W przejrzystej formie pozwalającej lekarzowi szybko uzyskać obraz stanu zdrowia chorego.

PACJENCI PRZYJMUJĄ WIELE LEKÓW, A LEKARZ O TYM NIE WIE

Jak dowiedziałem się w Centrum e-Zdrowia, pomysł stworzenia e-Profilu – miejsca, w którym lekarz mógłby szybko zapoznać się z kluczowymi informacjami o stanie zdrowia pacjenta – pojawił się jeszcze przed pandemią COVID-19, w trakcie inicjatyw uszczelniających system refundacji świadczeń i leków w Narodowym Funduszu Zdrowia. Postawiono wtedy tezę, że dane płatnika mogą być wykorzystywane do wsparcia procesu terapeutycznego, np. poprzez wskazywanie pacjentów z polipragmatyzacją, ze zwiększonym ryzykiem incydentów sercowo-naczyniowych czy niestosujących się do zaleceń w zakresie farmakoterapii.

W trakcie pandemii COVID-19 potencjalne korzyści z zastosowania takiego podejścia stały się jeszcze bardziej oczywiste: wówczas wielu pacjentów, obawiając się wychodzenia z domu, rezygnowało z wykupywania leków czy pomijało ważne badania i wizyty kontrolne. Lekarze zaczęli zgłaszać potrzebę narzędzia, które pomogłoby im wychwycić takie nieprawidłowości.

Wszyscy zgodzili się, że podmiotem, który powinien rozwijać tego typu inicjatywę, jest Centrum e-Zdrowia – jednostka dysponująca szerszym zakre-

sem danych niż te z NFZ. Tak powstała koncepcja raportu zawierającego najważniejsze informacje o pacjencie.

Dodatkowe analizy przeprowadzone w późniejszych miesiącach pokazały, że problem jest szerszy i bardziej złożony. Obrazują to dane: ponad 50 proc. pacjentów w wieku ponad 75 lat korzysta z usług przynajmniej pięciu świadczeniodawców w ciągu roku. U 10 proc. starszych pacjentów lekarze sprawozdają przynajmniej 10 różnych jednostek chorobowych w ciągu roku. 50 proc. starszych pacjentów ma w ciągu roku wystawionych przynajmniej 15 różnych leków, a ponad 50 proc. pacjentów w wieku 75+ realizuje rocznie ponad 50 pozycji receptowych, natomiast ponad 10 proc. osób realizuje ich więcej niż 75.

KTO CO ZOBACZY NA E-PROFILU PACJENTA?

Narzędzie pomoże lekarzom w analizie stanu zdrowia pacjentów, a pacjentom w lepszym rozumieniu i zarządzaniu własnym zdrowiem. Stąd do e-Profilu Pacjenta mają mieć dostęp nie tylko uprawnieni przez pacjentów lekarze, ale i sami pacjenci.

W pierwszej odsłonie lekarze będą mieli wgląd do:

- wszystkich recept pacjenta z ostatniego roku wraz z informacją o tym, które pozycje recept zostały wykupione;
- rozpoznań z ostatniego roku pochodzących ze zdarzeń medycznych, skierowań i świadczeń rozliczonych z NFZ;
- alertów dotyczących nieprawidłowości lub istotnych zdarzeń w danych pacjenta. Przykładowo może to być informacja, że pacjent ma przepisanych za dużo leków z jednej grupy albo że niedawno był hospitalizowany.

Jak podkreśla CeZ, dzięki nowemu rozwiązaniu pacjent nie będzie musiał pamiętać historii leczenia i wystawionych e-recept – wystarczy udostępnić informacje lekarzowi podczas wizyty. Celem jest zwiększenie świadomości zdrowotnej obywateli i podniesienie jakości opieki medycznej. W pierwszej odsłonie usługi dane do e-Profi-

lu będą pochodzić z takich źródeł jak recepty, zdarzenia medyczne, skierowania oraz świadczenia rozliczone z NFZ. Wraz z rozbudową, sukcesywnie podpinane będą inne, zgodnie z potrzebami zgłaszanymi przez profesjonalistów medycznych.

Prace są już zaawansowane i obecnie trwają konsultacje z lekarzami, m.in. dotyczące sposobu prezentacji treści i funkcjonalności systemu. Premiera spodziewana jest najpóźniej w pierwszym kwartale 2026 r.

CZyste dane Czy Wstępne analizy AI?

W przypadku pacjentów z kilkoma chorobami współistniejącymi dane z 12 miesięcy mogą zsumować się w długą listę leków i rozpoznań. Dlatego w ich przejrzystym podsumowaniu mają pomóc algorytmy AI.

Jak dowiedziałem się w Centrum e-Zdrowia, system będzie opierał się na analizie i prezentacji informacji wspierających lekarzy w szybkim, przystępnym i kontekstowym przeglądzie danych pacjenta zawartych w systemie informacji medycznej, w tym bazujących na wiedzy eksperckiej algorytmach wyodrębniających istotne informacje i sygnalizujących potencjalne nieprawidłowości. Jednocześnie CeZ zaznacza, że ideą nie jest stworzenie systemu wspomagającego podejmowanie decyzji me-

dycznych klasy CDSS, ponieważ wymagałoby to jego certyfikacji w charakterze wyrobu medycznego.

Jak zapewnia CeZ, e-profil pacjenta będzie można zintegrować z systemami gabinetowymi dostępnymi na rynku, co ma zapewnić jego skalowalność. Dzięki temu lekarze nie będą musieli korzystać z dodatkowego narzędzia i wszystkie informacje dostępne będą w systemie, do którego już się przyzwyczaili.

Aby rozwiązanie sprawdziło się w praktyce i stało się źródłem pełnych informacji zdrowotnych, powinien zostać spełniony jeszcze jeden warunek: wszystkie placówki medyczne muszą indeksować Elektroniczną Dokumentację Medyczną w systemie e-Zdrowia. Zgodnie z ostatnim badaniem CeZ przeprowadzonym w 2024 r. robi to 61,2 proc. Pamiętajmy też, że obecnie EDM obejmuje tylko część danych na temat leczenia pacjenta, bo obowiązek sprawozdawania do P1 obejmuje jedynie kilka dokumentów. To ma się wkrótce zmienić, bo CeZ opracowuje nowe dokumenty, które wejdą do EDM.

I właśnie od tego, czy 100 proc. podmiotów medycznych będzie prowadzić i wymieniać EDM, zależeć będzie sens e-Profilu Pacjenta. Nawet najlepsze algorytmy i najbardziej przejrzysta forma prezentacji danych nie pomogą, jeśli po prostu nie będzie danych do podsumowania. ●



fot. licencja Oil w Warszawie

Liczby zamiast intuicji

fot. licencja Oli w Warszawie



PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”

Moda na cyfrowy monitoring ciała wciąga coraz więcej ludzi, którzy wierzą, że liczby i wykresy lepiej odkrywają ich prawdziwe „ja”. Ale czy da się zachować równowagę między technologią a ludzką naturą?

Wyobraźcie sobie młodego człowieka, który budzi się rano, spogląda na smartfon i z westchnieniem ulgi odkrywa, że jego opaska na nadgarstku zarejestrowała dokładnie 7 godz. i 23 min snu. Następnie zjada śniadanie, skrupulatnie wpisując do aplikacji każdy kęs owsianki i ilość wypitej kawy, by upewnić się, że bilans kaloryczny nie zabu-
rzy jego misternie zaplanowanego ja-

dłospisu. Później, podczas porannego joggingu, smartwatch poinformuje go, że jego tętno jest o trzy uderzenia za wysokie, a krokomierz z dumą ogłosi, że przeszedł już 6342 kroki. Wieczorem, analizując dane z całego dnia, zdecyduje, czy pozwolić sobie na lampkę wina, czy może lepiej ograniczyć się do wody, bo aplikacja sugeruje, że jego organizm jest nieco odwodniony.

Oto *quantified self* – ruch, który obiecuje, że liczby i sensory pozwolą nam lepiej zrozumieć siebie. Ale czy przypadkiem nie zamieniamy się w niewolników własnych gadżetów? I co z tym wszystkim mają wspólnego lekarze, którzy muszą radzić sobie z pacjentami uzbrojonymi w arkusze Excela pełne danych o ich tętnie, poziomie glukozy i jakości snu?

Ruch *quantified self*, czyli „samokwantyfikacja”, narodził się w głowach dwóch dziennikarzy amerykańskiego magazynu „Wired” – Gary’ego Wolfa i Kevina Kelly’ego – którzy w 2007 r. uznali, że era smartfonów i sensorów może zrewolucjonizować nasze podejście do zdrowia i samodoskonalenia. Ich idea była prosta: mierz wszystko, co się da – od pulsu po ilość wypitej wody

– a potem analizuj, wyciągaj wnioski i zmieniaj swoje życie na lepsze.

Brzmi jak marzenie inżyniera, który wierzy, że każdy problem da się rozwiązać za pomocą danych. Wkrótce Dolina Krzemowa podchwyciła ten pomysł, a producenci smartfonów, opasek fitness i aplikacji zaczęli prześcigać się w tworzeniu urządzeń, które obiecują nam wgląd w każdy aspekt naszej fizjologii. Dziś *quantified self* to coś więcej niż moda – to styl życia. Według danych z 2023 r. rynek *wearables* (czyli urządzeń noszonych na rękach) osiągnął wartość 81 mld dol. i rośnie w tempie 15 proc. rocznie. Miliony ludzi na świecie noszą na nadgarstkach urządzenia, które monitorują ich tętno, kroki, kalorie, a nawet poziom stresu. Aplikacje, takie jak Fitbit, MyFitnessPal czy Sleep Cycle, stały się codziennymi towarzyszami tych, którzy wierzą, że liczby nie kłamią. W Polsce entuzjaści *quantified self* organizują spotkania, na których wymieniają się doświadczeniami i porównują dane, jakby byli członkami klubu kolekcjonerów rzadkich znaczków.

Nie da się zaprzeczyć, że *quantified self* ma w sobie coś uwodzącego. Kto nie chciałby mieć pełnej kontroli



nad swoim ciałem? W świecie, w którym wszystko wydaje się chaotyczne, liczby dają iluzję porządku. Aplikacja, która mówi ci, że przeszedłeś 10 tys. kroków, daje poczucie spełnienia, nawet jeśli połowę z nich zrobiłeś, biegając po mieszkaniu w poszukiwaniu kluczy. Opaska, która ostrzega przed zbyt wysokim tętnem, może sprawić, że poczujesz się jak bohater filmu *science fiction*, który właśnie odkrył, że jego organizm to precyzyjna maszyna. Ale jest też druga strona medalu. Życie pod dyktando sensorów bywa męczące. Wyobraźcie sobie pacjenta, który przychodzi do waszego gabinetu z plikiem wydruków z aplikacji, w których skrupulatnie odnotował, że jego średnie tętno w zeszłym tygodniu wynosiło 72, ale w środę skoczyło do 78, co jego zdaniem może wskazywać na nadchodzący zawał. Albo innego, który twierdzi, że jego opaska wykryła „nieprawidłowości w rytmie snu”, choć jedynym problemem jest to, że zapomniał ją zdjąć podczas wieczornego oglądania Netflixu. *Quantified self* zamienia ludzi w nadgorliwych księgowych własnego ciała, którzy zamiast słuchać intuicji, wolą zaufać algorytmom.

Ta obsesja na punkcie danych może prowadzić do paradoksu: zbieramy coraz więcej informacji, ale niekoniecznie tych najważniejszych. Biegacz skrupulatnie mierzy tętno i puls, ale może źle stawia stopę podczas treningu i wcale się nad tym nie zastanawia, że funduje sobie kontuzję lub w dłuższej perspektywie zwyrodnienie stawów? Innymi słowy, możemy wiedzieć wszystko o naszym pulsie, ale nie zauważymy, że ciało nadal błaga o litość.

Dla lekarzy pojawienie się pacjentów uzbrojonych w dane z aplikacji to zarówno błogosławieństwo, jak i przekleństwo. Z jednej strony, informacje o codziennych nawykach pacjenta mogą być cennym uzupełnieniem tradycyjnego wywiadu medycznego. Na przykład aplikacja monitorująca poziom glukozy u osoby z cukrzycą ułatwia precyzyjne dostosowanie terapii – i diabetologzy, szczerze mówiąc, już kilkanaście lat temu z radością powitali technologiczne gadżety w wyposażeniu swoich młodych podopiecznych. Z kolei opaska Zeo, która rejestruje aktywność mózgu podczas nocy, stworzyła największą na świecie bazę danych o zwyczajach związanych ze snem, co zainteresowało nawet sceptycznych badaczy. Z drugiej strony, dane z jednej modnej aplikacji bywają niekompletne, nieprecyzyjne lub po prostu mylące. Smartwatche i opaski fitness nie są urządzeniami medycznymi, a ich pomiary często odbiegają od standardów klinicznych. Badanie opublikowane w 2022 r. w „Journal of Medical Internet Research” wykazało, że popularne urządzenia *wearables* mogą mieć błędy w pomiarze tętna sięgające nawet 10 proc., szczególnie podczas intensywnych ćwiczeń. Co więcej, efekt placebo odgrywa tu niemałą rolę – pacjent, który widzi na ekranie poprawę swoich wyników, może czuć się lepiej, nawet jeśli nic się nie zmieniło.

W codziennej pracy lekarza problem może być także nadmiar danych. Pacjent, który przynosi do gabinetu wykresy z ostatnich sześciu miesięcy, oczekuje, że doktor spędzi godzinę na ich analizie, podczas gdy w rzeczywistości większość tych informacji jest albo nieistotna, albo wymaga weryfikacji profesjonalnym sprzętem. *To jest wiedza o so-*

bie samym – przekonują eksperci, ale nie trzeba chyba studiować medycyny, by wiedzieć, że liczby bez kontekstu to tylko szum.

Dokąd zatem zmierzamy? Współczesna medycyna coraz bardziej stawia na prewencję i odpowiedzialność pacjenta za własne zdrowie. W tym sensie aplikacje i urządzenia *wearables* wpisują się w trend, w którym lekarz przestaje być wszechwiedzącym autorytetem, a staje się partnerem w procesie leczenia. Pacjent, który zna swoje parametry, może być bardziej świadomy i zaangażowany. Ale jest też ryzyko, że zamiast słuchać doktora, będzie wolał zaufać aplikacji, która „wie lepiej”. Trzeba pilnować, by elektronika nie odbierała pacjentom relacji z samym sobą i z lekarzem, bo tego rodzaju uzależnienie to zaiste porażka zdrowotnej rewolucji. Co więcej, dane gromadzone przez miliony użytkowników stają się łakomym kąskiem dla firm technologicznych i farmaceutycznych. Wystarczy spojrzeć na sukces wspomnianej opaski Zeo, która w krótkim czasie stworzyła ogromną bazę danych o nocnych nawykach ludzi na całym świecie. Firmy, takie jak Apple, Google czy Fitbit, nie ukrywają, że chcą wykorzystać te informacje do tworzenia nowych produktów i usług. Pytanie brzmi: czy użytkownicy zdają sobie sprawę, że ich dane mogą być sprzedawane lub wykorzystywane w sposób, którego nie kontrolują?

W świecie *quantified self* każdy z nas może zostać swoim własnym trenerem, dietetykiem i lekarzem – pod warunkiem że ma odpowiednią aplikację i naładowany smartfon. To fascynująca wizja, ale też nieco absurda. Czy naprawdę potrzebujemy urządzenia, które przypomni nam, że za długo siedzimy przy biurku? Czy liczba kroków przełożona na kilometry ma sprawić, że czujemy się lepsi? I czy lekarze, zamiast diagnozować pacjentów, będą teraz analizować ich cyfrowe dzienniczki? Może zamiast obsesyjnie mierzyć każdy oddech, warto czasem po prostu posłuchać swojego ciała – bez pośrednictwa sensorów. Bo w końcu, jak mawiał Hipokrates, *lekarzem jest natura, a człowiek jej pomaga*. Tylko czy natura ma szansę przebić się przez szum danych generowanych przez nasze smartfony? ●

Sytuacja w ochronie zdrowia w Czechach



DOMINIK HÉJJ

politolog,
autor książki „Węgry na nowo”

Inspiracje wyborcze nie ustają. U naszego południowego sąsiada wybory odbywają się 3 i 4 października 2025 r. Czesi wybierają 200 członków Izby Poselskiej. Sondaże sprzyjają politykowi, który urząd premiera pełnił już w latach 2017–2021, Andrejowi Babišowi. W chwili, w której czytelnik sięga po ten numer „Pulsu” – kampania wyborcza jest już na ostatniej prostej.

Podobnie jak w wielu innych państwach Europy, także w Republice Czeskiej nakłady na ochronę zdrowia w ostatnich latach rosną. Według ostatnich dostępnych danych OECD z 2023 r. Czechy na opiekę zdrowotną przeznaczały 9,1 proc. PKB. Jest to wartość niemal tożsama ze średnią notowaną wśród państw Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. W latach 2018–2023 wzrost wydatków na ochronę zdrowia sięgnął 60 proc.

Sposób finansowania ochrony zdrowia w Czechach jest podobny do tego, z którym mamy do czynienia w Polsce. Jest on utrzymywany ze składek zdrowotnych, różni się jednak ich wysokość i sposób odprowadzania. W Czechach wysokość składki zdrowotnej sumarycznie wynosi 13,5 proc. wynagrodzenia brutto. Na wartość tę składają się dwa elementy: 4,5 proc. brutto płaci pracownik, a 9 proc. pracodawca. W przy-

padku samozatrudnienia składka zdrowotna wynosi minimum 3143 korony czeskie. Jest to równowartość 546,57 zł, a więc ponad 70 proc. więcej niż w Polsce. W polskim systemie mamy jednego państwowego ubezpieczyciela, tymczasem system czeski bliższy jest niemieckiemu, który omawiałem jakiś czas temu. Nad Wełtawą ubezpieczony może wybrać spośród kilku firm ubezpieczeniowych, które teoretycznie powinny ze sobą konkurować. Jednakże zdecydowanie największym podmiotem jest VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna (polska nazwa to Ogólny Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych). Firma powstała w 1992 r. na mocy ustawy z 1991 r. Również w 1992 r. ustawodawca umożliwił tworzenie innych firm ubezpieczeniowych. W szczytowym momencie było ich 29, jednakże czas zweryfikował ich możliwości. Obecnie poza VZP jest jeszcze sześć podmiotów, a z usług tej fir-

my korzysta 6 mln osób. Jak zapisano na stronie internetowej firmy, w 2025 r. dysponować będzie środkami w wysokości 309 mld koron czeskich (53,7 mld zł). Skąd zwrot o tym, że firmy „teoretycznie” powinny konkurować? Z uwagi na to, że pozycje poszczególnych podmiotów nie są równe. Także dlatego, że w VZP zasiada 30 członków zarządu, z których 1/3 mianuje ministerstwo zdrowia, a pozostałych parlament (proporcjonalnie do pozycji poszczególnych partii).

W Czechach o wiele mniej osób korzysta z prywatnych dodatkowych ubezpieczeń, które w Polsce są bardzo popularne. Według informacji ministra zdrowia Republiki Czeskiej Vlastimila Váleka z grudnia 2024 r. udział wynagrodzeń w ogólnej puli wydatków na ochronę zdrowia wynosi 60 proc., a 10–15 proc. stanowią wydatki operacyjne (m.in. woda czy energia). Minister Válek mówił wówczas o kwocie 530 mld koron czeskich przeznaczonej na ochronę zdrowia przez ubezpieczycieli w 2025 r. (ok. 5,7 mld zł).

Według danych OECD w Czechach na 1000 mieszkańców przypada 4,3 lekarza (średnia wynosi 3,7). W przypadku pielęgniarek wskaźnik ten wynosi 9 (średnia to 9,2). W szpitalach dostępnych było 6,7 miejsca na 1000 mieszkańców (średnia wynosi 4,3). Według szacunków mniej więcej co piąty pracownik ochrony zdrowia w Czechach to obcokrajowiec. Dominującą narodowością (po wybuchu wojny w 2022 r.) pozostają Ukraińcy. Ich liczebność szacowana jest na ponad 2000 (w tym blisko 500 lekarzy i ponad 600 pielęgniarek). Proces nostryfikacji ich dyplomu trwa ok. jednego-półtora roku, uwzględnia także konieczność zdania czeskich egza-



fot. licencja OIL w Warszawie

minów. Dotychczas najliczniejszą grupę etniczną stanowili Słowacy, tych jest ok. 1500. Pomimo wysokiej liczby lekarzy i pielęgniarzek przypadających na 1000 mieszkańców Czechy i tak borykają się z brakami kadrowymi. Problem stanowi m.in. to, że w nadchodzących latach blisko 1/3 spośród ponad 80 tys. pielęgniarzek osiągnie wiek emerytalny, a tym samym będzie mogła odejść z zawodu. Według danych z 2024 r. w czeskim systemie ochrony zdrowia brakuje ok. 3 tys. pielęgniarzek. Podobnie jak w omawianej przed miesiącem Portugalii, blisko 10 proc. mieszkańców nie ma dostępu do lekarza POZ. Wśród 920 tys. osób jest 131 tys. dzieci. Innym wyzwaniem jest nierównomierny rozkład lekarzy w skali kraju.

W czeskim Krajowym Planie Odbudowy na ochronę zdrowia przeznaczono 823 mln euro. Kwota ta stanowi 7,5 proc. całości przysługujących Czechom środków. Mają one zostać spożytkowane m.in. na budowę nowych szpitali i ośrodków opieki długoterminowej, zakup sprzętu medycznego, rozwój programów przesiewowych w onkologii oraz wdrożenie systemu umożliwiającego dostęp do elektronicznych usług medycznych.

Przynależność lekarzy do Czeskiej Izby Lekarskiej (Česká lékařská komora, ČLK) jest obowiązkowa. Natomiast największym związkiem zawodowym jest LOK-SČL (Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů). W obecnym kształcie związek funkcjonuje od 2001 r., kiedy doszło do fuzji dwóch organizacji. Brak jest danych dotyczących liczebności związku. Jest on jednak największą reprezentacją związkową. Z kolei o interesy personelu pielęgniarstwie

go dba powstałe w latach 90. XX w. Czeskie Stowarzyszenie Pielęgniarek (Česká asociace sester, ČAS). Tutaj także brak jest aktualnych danych dotyczących liczebności organizacji.

W kampanii wyborczej temat ochrony zdrowia oczywiście się przewija. To, co łączy wszystkie stronnictwa, to zaangażowanie w rozwój e-zdrowia: e-recept, e-rejestracji wizyt, e-dokumentacji medycznej, teleporad itp. Partia, która ma największe szanse na zwycięstwo – ANO, opowiada się za publiczną, solidarnościową ochroną zdrowia. Całkowicie odrzuca możliwość wprowadzenia jakichkolwiek opłat. Oczekuje ponadto inwestycji w infrastrukturę i sprzęt medyczny, co realizowane byłoby przy wsparciu środków krajowych i unijnych. Inne punkty programu tej partii to utworzenie centrów profilaktyki onkologicznej w każdym kraju (odpowiednik polskiego województwa), wsparcie krajowej produkcji leków i zabezpieczenie ciągłości dostaw.

Dotychczas rządzący koalicjanci trzech ugrupowań wchodzących w skład SPOLU (pol. Razem), ODS, TOP 09, KDU-ČSL, proponują zwiększenie konkurencyjności ubezpieczycieli, a także umożliwienie dopłat za wybrane usługi medyczne przy jednoczesnym zachowaniu zasady publicznego finansowania ochrony zdrowia (przeciwko temu jest ANO). Ponadto koalicja proponuje m.in. ujednolicenie stawek za świadczenia medyczne oraz wprowadzenie systemu bonusów za profilaktykę i promocję zdrowego stylu życia. Trzecia w sondażach STAN (Burmistrzowie i Niezależni) proponuje rewizję systemu wycen świadczeń, utrzymanie aptek w małych gminach przy jednoczesnym dopuszcze-

niu automatów do zakupu leków oraz umożliwienie ich sprzedaży wysyłkowej, zamrożenie liczby nowych aptek w dużych miastach, wprowadzenie podatku od napojów słodzonych w ramach walki z otyłością. Poza tym ugrupowanie zapowiedziało przedłożenie do parlamentu ustawy, która dopuszczałaby eutanazję jako formę pomocy osobom umierającym, jednak pod bardzo ścisłymi i restrykcyjnymi warunkami.

Wśród propozycji ugrupowań, które balansują na progu wyborczym, znajduje się m.in. powiązanie waloryzacji wycen świadczeń ze wskaźnikiem inflacji (waloryzacja co roku), stworzenie sieci państwowych punktów nocnej pomocy medycznej i aptek dyżurnych czy zaproponowanie studentom medycyny atrakcyjnych stypendiów, pod warunkiem że nie wyjadą z kraju (to postulaty prawicowej SPD – Wolność i Demokracja Bezpośrednia).

Z kolei Komunistyczna Partia Czech i Moraw postuluje ustawowy zakaz prywatyzacji szpitali, dążenie do wyrównania dostępności świadczeń we wszystkich regionach państwa, a także skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi o 1/3. Podobnie jak koalicyjna partia, komuniści oczekują, że ubezpieczyciele wprowadzą system benefitów dla klientów jako docenienie realizowanych przez nich działań prozdrowotnych.

Partia Piraci też proponuje możliwość kupowania pakietów usług medycznych premium czy finansowania opieki dentystrycznej dla dzieci z budżetu państwa. Postuluje zmniejszenie marnotrawstwa środków publicznych i przekierowanie ich na rozwój nie tylko opieki dentystrycznej, ale również psychiatrycznej (głównie przeznaczonej dla dzieci). ●

Niechciane zdrowie



MICHAŁ MATUSZEWSKI
członek prezydium ORL w Warszawie

Dyskusja wokół nowego przedmiotu edukacja zdrowotna, obecnie fakultatywnego, jednak w przyszłości z perspektywą na wejście do szkół jako obowiązkowy, trwa od wielu tygodni. Choć trudno znaleźć rozsądne argumenty przeciwko nauczaniu dzieci i młodzieży podstawowych zasad dbania o zdrowie, temat wciąż budzi kontrowersje – bardziej polityczne niż merytoryczne.

Tymczasem fakty są nieubłagane. Zbyt często spotykamy się w szpitalach i gabinetach z pacjentami, którzy trafiają tam za późno, bo nie wiedzieli, gdzie i kiedy szukać pomocy. Niejednokrotnie słyszymy o przypadkach zbagatelizowanych objawów, które przy odrobinie wiedzy i szybkiej reakcji można byłoby skutecznie leczyć.

Brak podstawowej wiedzy zdrowotnej (tzw. health literacy) jest jednym z czynników pogarszających rokowania pacjentów i zwiększających koszty leczenia. Każdy rok opóźnienia we wdrożeniu powszechnej edukacji zdrowotnej oznacza utratę szansy na poprawę tych wskaźników w przyszłości. Wyposażeń młodego pokolenia w takie umiejętności to nie fanaberia – to obowiązek państwa i jedna z najważniejszych inwestycji w kapitał zdrowotny, jakie możemy sobie wyobrazić.

To także szansa, by wyrównać nierówności: nie każde dziecko wynosi wiedzę o zdrowiu z domu, nie każde ma rodziców, którzy pokażą, jak radzić sobie ze stresem, wytłumaczą, czemu trzeba regularnie się badać albo dlaczego szczepienia są tak ważne. Szkoła może być miejscem, w którym każde

dziecko – niezależnie od statusu materialnego, miejsca zamieszkania czy tradycji rodzinnych – otrzyma rzetelną wiedzę o własnym zdrowiu.

Warto zadać sobie pytanie: skąd tak duży opór wobec czegoś, co wydaje się oczywistością? Odpowiedź tkwi, niestety, w klimacie debaty publicznej, gdzie nawet najbardziej praktyczne rozwiązania stają się polem walki ideologicznej. A przecież mówimy tu o zdrowiu – wspólnym mianowniku wszystkich pokoleń, niezależnie od poglądów politycznych czy przekonań religijnych. Ryzykujemy utratę czegoś, co mogłoby być polską odpowiedzią na zapaść systemu ochrony zdrowia.

Przypomina to sytuację pacjenta, który wie, że powinien zmienić styl życia, ale odkłada decyzję, bo wymaga ona wysiłku. Z czasem jest już tylko trudniej. Tak samo jest z edukacją zdrowotną, im dłużej będziemy czekać, tym więcej stracimy. Każdy rok zwłoki to kolejne roczniki młodych ludzi, którzy opuszczają szkołę bez podstawowej wiedzy o własnym zdrowiu, higienie psychicznej, profilaktyce nowotworów czy chorob sercowo-naczyniowych.

W obliczu rosnącej liczby chorób cywilizacyjnych, kryzysu psychiatrii dziecięcej i przeciążonego systemu ochrony zdrowia edukacja zdrowotna w szkołach jest rozwiązaniem nie tylko potrzebnym, ale koniecznym. Warto wyobrazić sobie system, w którym wszyscy pacjenci wiedzą, kiedy korzystać ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, kiedy z AOS, a kiedy koniecznie trzeba zgłosić się na SOR.

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:



Pakiet zmian w ochronie zdrowia



FILIP NIEMCZYK
adwokat

Agresja wobec medyków, walka z receptomatami, wyższe stawki dla lekarzy sądowych i apel NRL do prezydenta – Ministerstwo Sprawiedliwości i rzecznik praw pacjenta zapowiadają zmiany w prawie i ochronie zdrowia.

ZWALCZANIE AGRESJI WOBEC OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE

Minister sprawiedliwości wobec rosnącej liczby zdarzeń charakteryzujących się agresją słowną oraz fizyczną w stosunku do osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego oraz osób pracujących w szpitalnych oddziałach ratunkowych wydał wytyczne dla prokuratorów w sprawie prowadzenia postępowań o przestępstwa popełniane na szkodę osób udzielających świadczeń zdrowotnych*. Bezpośrednim powodem inicjatywy ministerstwa jest niewątpliwie tragiczna śmierć lekarza z krakowskiego szpitala uniwersyteckiego.

W wytycznych zwrócono uwagę, że sprawcami aktów przemocy, niejednokrotnie w postaci pobić, spowodowania uszkodzeń ciała, gróźb karalnych i znieważień, są często ci, którym pomoc medyczna jest udzielana, czy też członkowie ich rodzin. Ofiarami tych zdarzeń są natomiast osoby, których działania mają kluczowe znaczenie dla ochrony życia i zdrowia społeczeństwa. Konieczne jest zatem, aby działania organów ścigania były podejmowane konsekwentnie, niezwłocznie i we współpracy z podmiotami leczniczymi, a sprawcę czekała nieuchronna reakcja.

Usprawnienie i ujednolicenie działań organów ścigania mają polegać na rozważeniu w każdym przypadku ujawnienia tego rodzaju zdarzenia zastosowania środków zapobiegawczych, w tym tymczasowego aresztowania, a także ustalenia tego, czy kwalifikacja prawna zdarzenia powinna obejmować wskazanie na chuligański charakter czynu, czego konsekwencją jest surowsza kara. Nadto, wedle wytycznych, prokuratorzy w każdej sprawie dotyczącej napaści na lekarza powinni rozważać wnioskowanie do sądu o naprawienie szkody i zadośćuczynienie, a także podanie wyroku skazującego do publicznej wiadomości.

Niezależnie od wytycznych dla prokuratorów Ministerstwo Sprawiedliwości przedstawiło projekt zmian w Kodeksie karnym i Kodeksie wykroczeń*,

którego celem jest zwiększenie ochrony funkcjonariuszy publicznych oraz osób, które nie będąc formalnie funkcjonariuszami, narażają swoje zdrowie i życie w celu ochrony porządku publicznego, ratowania innych ludzi czy też udzielania świadczeń zdrowotnych.

Projekt przewiduje zaostrzenie odpowiedzialności za naruszenie nieetykalności cielesnej osób pełniących funkcje publiczne i ratujących życie innych (art. 217a i 222 Kodeksu karnego). Jeżeli czyn naraża pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, sprawca podlegać będzie karze od trzech miesięcy do pięciu lat pozbawienia wolności. Nadto wprowadza nową regulację dotyczącą odpowiedzialności za zamach na osobę odpierającą atak poprzez wprowadzenie trybu ścigania na wniosek w przypadku naruszenia jedynie czci lub godności. Dodatkowo przewidziano obowiązkową publikację wyroku na wniosek pokrzywdzonego, niezależnie od uprawnienia sądu do orzeczenia tego środka. Zmiany w Kodeksie wykroczeń ukie-runkowane są na zwiększenie ochrony osób uczestniczących w działalności leczniczej oraz wykonujących czynności urzędowe, czego wyrazem jest wprowadzenie zaostrzonej odpowiedzialności za czyn polegający na zakłóceniu spokoju i porządku publicznego w zakładzie leczniczym. Projekt zmian

wpłynął do Sejmu 21 sierpnia 2025 r., a jego wejście w życie jest przewidywane w terminie 14 dni od daty ogłoszenia w Dzienniku Ustaw.

RZECZNIK PRAW PACJENTA W SPRAWIE RECEPTOMATÓW

Rzecznik praw pacjenta przedstawił informację* o działaniach, jakie podjął w związku z działalnością tzw. receptomatów. Wynika z niej, że od początku 2023 r. rzecznik wydał 49 decyzji uznających stosowanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w zakresie działalności podmiotów, które za pośrednictwem internetu oferują recepty na leki odurzające (np. medyczna marihuana). Przy czym 19 decyzji dotyczyło niedostosowania się przez podmioty lecznicze do obowiązujących od 7 listopada 2024 r. zmian w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje* w zakresie wystawiania recept na niektóre produkty lecznicze, w tym na fentanyl, morfinę i oksykodon. Obecnie nie jest już możliwe przepisanie recepty na te preparaty w drodze teleporady.

Rzecznik poinformował również, że w 2025 r. wszczął kolejne 32 postępowania względem podmiotów, w ramach których wystawia się bardzo duże liczby recept na leki kontrolowane, w tym pięć postępowań w sprawie nałożenia kary pieniężnej – względem podmiotów, wobec których rzecznik już wcześniej wydał decyzję. Mając na uwadze możliwe naruszenie zasad wykonywania zawodu, rzecznik przekazał do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej dla lekarzy sygnały dotyczące

21 lekarzy wystawiających recepty w ramach receptomatów, a w przypadku trzech złożył zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa.

WYŻSZE STAWKI DLA LEKARZY SĄDOWYCH

Minister sprawiedliwości przedstawił projekt rozporządzenia* w sprawie ustalenia nowej stawki wynagrodzenia za zaświadczenie wystawione przez lekarza sądowego. Od stycznia 2026 r. wynagrodzenie należne ma być w stawce 350 zł zamiast dotychczasowej 100 zł.

Z danych przedstawionych przez ministerstwo wynika, że funkcję lekarza sądowego wykonuje na terenie Polski zaledwie 231 osób, w tym w ośmiu okręgach sądowych nie zawarto umowy z żadnym lekarzem. Dostrzeżono w związku z tym, że jednym z czynników, który może zachęcić uprawnionych lekarzy do zawarcia umowy w zakresie wykonywania tej istotnej dla postępowań sądowych funkcji, jest podwyższenie wysokości wynagrodzenia za czynności związane z wystawieniem zaświadczenia na potrzeby takiego postępowania. Podyśzono w związku z tym stawkę 100 zł, jaka obowiązywała od 1 grudnia 2012 r., do kwoty 350 zł, aby przysługujące lekarzom sądowym kwoty wynagrodzeń uwzględniały wzrost realnych wynagrodzeń.

APEL PNRL O WETO DO PREZYDENTA RP

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwróciło się z apelem do prezydenta RP* o zawetowanie ustawy o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz nie-

których innych ustaw, przyjętej przez Sejm 5 sierpnia 2025 r. oraz przez Senat 7 sierpnia 2025 r.*. Wspomniana ustawa utrzymuje możliwość uzyskania prawa do wykonywania zawodu lekarza w trybie uproszczonym, w formie warunkowego prawa do wykonywania zawodu oraz prawa do wykonywania zawodu na określony zakres czynności. Uzyskanie takiego prawa nie wymaga potwierdzenia znajomości języka polskiego, a następuje na mocy decyzji ministra zdrowia.

Autorzy apelu wskazali, że na skutek decyzji ustawodawcy pacjenci mogą znaleźć się pod opieką osób wykonujących zawód lekarza na podstawie decyzji ministra zdrowia, których kwalifikacje nie zostały odpowiednio zweryfikowane. Poważne wątpliwości budzi również kwestia braku odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących świadczenia zdrowotne wyłącznie na podstawie decyzji ministra zdrowia. Brakuje przejrzystych mechanizmów nadzoru nad tymi osobami, co rodzi uzasadnione obawy co do tego, czy i w jakim zakresie podlegają one przepisom Kodeksu Etyki Lekarskiej. Dodatkowo utrzymywanie alternatywnych ścieżek dostępu do zawodu lekarza stanowi przejaw systemowej dyskryminacji lekarzy kształconych w Polsce i w krajach UE, którzy zobowiązani są do przejścia przez długotrwałe i rygorystyczne procesy edukacyjne, w tym egzaminy państwowe, specjalizacje i obowiązkowe szkolenia, a także podlegają stałemu nadzorowi samorządu lekarskiego.

* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



Ogłoszenie



Sądy okręgowe w województwie mazowieckim poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego lub biegłego sądowego.



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

Prawo pacjenta do informacji jako fundamentalny element opieki zdrowotnej



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

Prawo pacjenta do informacji stanowi jeden z podstawowych filarów współczesnej opieki zdrowotnej, zapewniając należną mu autonomię oraz możliwość w pełni świadomego uczestnictwa w całym procesie leczenia.

Obecnie medycyna coraz mocniej akcentuje podmiotowość pacjenta, co więcej, uznaje go nie tylko za osobę, która jest odbiorcą świadczeń zdrowotnych, lecz również za aktywnego uczestnika procesu leczenia. Jednym z najbardziej doniosłych i najważniejszych przejawów tej zmiany jest prawo pacjenta do informacji. Umożliwia ono nie tylko wyrażenie świadomej zgody na leczenie, ale również stanowi fundament budowania relacji zaufania pomiędzy pacjentem a personelem medycznym.

Na podstawie regulacji ujętych w polskim systemie prawnym pacjentom przysługuje szereg praw: do świadczeń zdrowotnych, do informacji, do zgłaszania działań niepożądanych produktów lecz-

niczych, do tajemnicy informacji z nimi związanych, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, do poszanowania intymności i godności pacjenta, do dokumentacji medycznej, do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, do opieki duszpasterskiej, do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

W polskim systemie prawnym podstawowym aktem regulującym prawo pacjenta do informacji jest ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Zgodnie z art. 9 tej ustawy pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Co więcej, pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego

przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

Należy również zaznaczyć, że zgodnie z art. 9 ust. 4 wspomnianej ustawy pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji wskazanych wyżej. Ma prawo do tego, aby po przedstawieniu mu informacji przez osobę wykonującą zawód medyczny przedstawić swoje zdanie odnośnie do przekazanych informacji. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki czy położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach.

W art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zaznaczono, że pacjent oraz jego przedstawiciel ustawowy mogą wyrazić zgodę na udzielenie ww. informacji innym osobom upoważnionym przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

Kodeks Etyki Lekarskiej w swoich regulacjach zawiera zapisy odnoszące się do prawa pacjenta do informacji. W art. 13 KEL znajdziemy zapis dotyczący tego, że *Lekarz życzliwie i kulturalnie traktuje pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.*

Co więcej, w art. 14 ust. 1 KEL podkreślono, że lekarzowi wolno wszcząć postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta, natomiast w art. 14 ust. 2 zaznaczono, że jeżeli pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody, lekarz ma obowiązek uzyskać zgodę osoby upoważnionej lub sądu.

Należy oczywiście również uwzględnić art. 12 ust. 1 KEL, w którym wyraźnie wskazano, że *Lekarzowi wolno wszcząć postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta.*

Lekarz ma prawo, aby nie informować pacjenta o jego stanie zdrowia czy też leczeniu, jeżeli pacjent wyrazi taką chęć. Informowanie o stanie zdrowia czy leczeniu rodziny lub innych osób odbywa się za zgodą pacjenta zgodnie z art. 17 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Prawo pacjenta do informacji znajduje również swoje umocowanie w dokumentach międzynarodowych. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (konwencja z Oviedo, 1997) – art. 5 stanowi, że każda interwencja medyczna wymaga uprzedniej wolnej i świadomej zgody pacjenta po uprzednim udzieleniu mu odpowiednich informacji.

Karta praw podstawowych UE – zapewnia w art. 3 ust. 2 poszanowanie wolności osoby w dziedzinie biologii i medycyny, w tym konieczność uzyskania świadomej zgody.

Prawo do informacji obejmuje nie tylko przekazanie danych dotyczących aktualnego stanu zdrowia, ale również: informację o planowanych procedurach medycznych, ryzyku związa-

nym z leczeniem i jego alternatywach, prawach pacjenta (w tym do odmowy leczenia), dokumentacji medycznej (pacjent ma prawo do wglądu, uzyskania kopii i przekazywania dokumentacji innym podmiotom).

Zgodnie z art. 11 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do informacji o swoich prawach określonych w tej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia informację na temat praw pacjenta w formie pisemnej – poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym, tak aby każdy mógł się zapoznać z zamieszczonymi informacjami.

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dany podmiot, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

Jeżeli prognoza dla pacjenta jest niekorzystna, lekarz ma obowiązek poinformować o tym pacjenta z odpowiednim taktem, a także z należytą ostrożnością. Informacja na temat rozpoznania oraz złego rokowania może zostać nieprzekazana pacjentowi tylko w przypadku, jeśli lekarz stwierdzi, że jej ujawnienie spowoduje szczególne cierpienie pacjenta lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa, jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz musi udzielić pełnej informacji. Zapis ten znajdziemy w art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej,

jest on bardzo istotny ze względu na tematykę, jaką porusza.

W ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty również znajdziemy regulacje odnoszące się do prawa pacjenta dotyczącego dostępu do informacji.

Zgodnie z art. 31 ust. 1 wspomnianej ustawy lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Zważając na powyższe, prawo pacjenta do informacji obejmuje szereg regulacji prawnych, które wywodzą się zarówno z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Kodeksu Etyki Lekarskiej, jak i ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dbanie o udzielenie pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu jest niezbędne dla budowania zaufania w relacji lekarza z pacjentem. Każda informacja dotycząca pacjenta ma znaczenie w aspekcie wykonywania zawodu lekarza, gdyż zgodnie z art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej *Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnościami lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.* ●



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 | 728 986 934



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Lekarz i pacjent



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Komunikatory internetowe to dziś tak oczywista forma prowadzenia konwersacji, że zaczepieni zwykle bez wahania odpowiadamy, szczególnie jeśli znamy rozmówcę z realu.

Przez komunikatory przekazujemy sobie wzajemnie informacje, umawiamy się na spotkania, żartujemy lub flirtujemy, czasem się kłócimy. Taka forma komunikacji interpersonalnej nie budzi wątpliwości, kiedy odbywa się pomiędzy członkami rodziny, znajomymi, a nawet współpracownikami. Jednak kiedy rozmowa przez komunikator dotyczy lekarza i pacjenta, sprawa staje się nieco bardziej skomplikowana.

HISTORIA PIOTRA, LEKARZA POZ

Piotr, specjalista medycyny rodzinnej, na co dzień przyjmuje w poradni podstawowej opieki zdrowotnej, ale – jak każdy lekarz – bez limitu udziela w razie potrzeby porad krewnym i znajomym przez komunikatory internetowe. Proszą go o to, bo cóż może być łatwiejszego, niż spytać o radę znajomego lekarza? Kiedy zatem ktoś z rodziny lub znajomych zagadnie: *Hej, Piotrek, może byś mi coś poradził, bo wiesz, mam taki problem...* albo *Piotrek, mój znajomy (szwagier, siostra, przyjaciel itd.) ma problem, co byś poradził?* – wtedy Piotr odpisuje, dopytuje, docieka i radzi, zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą, w swoim wolnym czasie, po wyczerpującym dniu pracy, w którym przyjął 40 pacjentów, odbył trzy wizyty domowe, zjadł cokolwiek na szybko, godzina-

mi wstrzymywał mocz, a teraz, wieczorem, nie ma już sił nawet włączyć pralki. Ale to przecież rodzina i znajomi, ludzie z prywatnego życia Piotra, więc on czuje, że pokonując zmęczenie, musi się zaangażować. Jednak życie potrafi zaskakiwać i pewnego razu zaskoczyło Piotra bardzo nieprzyjemnie.

– Była sobota wieczór, na działce – opowiada Piotr. – Tyle razy obiecywałem sobie, że nie będę używał telefonu w weekendy, ale coś mnie podkusiło, żeby zerknąć, kiedy usłyszałem cichy sygnał wiadomości. Pisał mój kumpel z liceum, że jego teściową bardzo boli gardło, że próbowała tabletek do ssania bez recepty i płukania szalwią, ale nie pomaga. Zapytałem jeszcze o choroby przewlekłe i stałe leki teściowej, o inne objawy – nie było nic alarmującego. Kolega prosił, czy nie mógłbym przepisać jakiegoś antybiotyku dla teściowej.

Nie mam zwyczaju przepisywać antybiotyków na podstawie teleporad, ale kolega nalegał, przysłał mi nawet wykonane telefonem zdjęcie gardła teściowej. Jakoś zdjęcia nie była najlepsza, ale gardło wyglądało na zaczerwienione, choć bez klasycznych nalotów, a innych objawów oprócz bólu gardła pani nie zgłaszała, więc po upewnieniu się, że pacjentka nie ma uczuleń na antybiotyk, wysłałem receptę. Wystawiłem ją przez

gabinet.gov na siebie, czyli *pro auctore*, bo przecież teściowa kumpla nie była do mnie przypisana, a i tak to było poza grafiką POZ. Z jednej strony chciałem pomóc kobiecie, z drugiej nie chciałem odmówić koledze, a z trzeciej przypalały mi się potrawy na grillu, w końcu – jak mówiłem – to była sobota wieczór na mojej własnej działce. Potem był grill z rodziną i znajomymi, miły wieczór, zabawa...

A rano kumpel zadzwonił, że w nocy wzywał ratowników, bo teściowej nie tylko antybiotyk nie pomógł, ale dostała jeszcze bólu w klatce piersiowej i okazało się, że to zawał. Na szczęście przeżyła, trafiła na czas do pracowni hemodynamiki, ale kolega miał do mnie duży żal, że nie rozpoznałem tego zawału. Jak miałem go rozpoznać – przez konwersację z nim na komunikatorze? Próbowałem tłumaczyć, ale nie rozumiał, był na mnie zły, i tyle.

Zapytałem później znajomego prawnika, co właściwie powinienem był zrobić w tej sytuacji. Usłyszałem, że przede wszystkim nie dać się wciągnąć w udzielanie porady przez komunikator bez jakiegokolwiek kontaktu z pacjentką, bez spisania dokumentacji medycznej, za to z wytworzeniem materiału dowodowego przeciwko sobie samemu. *Trzeba było poradzić koledze – tłumaczył prawnik – żeby zabrał teściową do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Tylko tyle. To by było prawidłowe postępowanie, a tak to może pan doktor mieć zarzuty prokuratorskie z art. 160 kodeksu karnego, bo wystawiając receptę i zalecając nieprawidłowe leczenie, naraził pan pacjentkę na opóźnienie właściwego rozpoznania i leczenia, czyli na zagrożenie jej życia i zdrowia. No i jest jeszcze kwestia recepty wystawionej na pana doktora, a przekazanej do użycia pacjentce – rażąca nieprawidłowość.*

Na szczęście dla mnie po tym wszystkim kolega zerwał kontakt i usunął mnie ze znajomych. Od tej pory w dni wolne od pracy po prostu wyłączam media społecznościowe.

na łączach

PRZYPADEK AGATY, INTERNISTKI

– Sąsiadka mojego brata kilka miesięcy wcześniej urodziła dziecko. Bratowa się z nią przyjaźni, byłam z nią nawet na baby shower, jak ta dziewczyna jeszcze była w ciąży. Nie leczę dzieci, przyjmuję pacjentów od 16. roku życia. Mam trójkę własnych, ale raczej nie chorowały, więc nie mam nawet takiego doświadczenia w leczeniu dzieci. Ale kiedy ta młoda mama napisała do mnie późnym wieczorem przez komunikator, że maluch gorączkuje i poprosiła o poradę, co mu podać, poczułam się zobowiązana do podjęcia z nią konwersacji i udzielenia jakiejś wskazówki. Pisanie zajmuje więcej czasu niż mówienie, więc w miarę jak byłam zasypywana pytaniami z opisem objawów dziecka, eksplorowałam literaturę medyczną i próbowałam jej poradić, jakie leki objawowe podać gorączkującemu dziecku, liczyłam dawki do wagi ciała. Po kolejnym bombardowaniu pytaniami i zdjęciami dziecka skapitulowałam i pomimo późnej pory zadzwoniłam do koleżanki pediatry z prośbą o pomoc. *Poprosi, żeby mama przysłała ci zdjęcie nóżek dziecka bez skarpetek* – zaleciła koleżanka pediatra. Przesłałam jej otrzymane zdjęcie – były tam drobne wybroczyny. Zaleciliśmy młodej mamie, żeby wezwała natychmiast zespół ratunkowy, i – jak się okazało – dziecko zostało w szpitalu z rozpoznaniem inwazyjnej choroby meningokokowej. Na szczęście wszystko skończyło się dobrze, ale ja dostałam nauczkę, że nie diagnozuje się i nie leczy przez komunikator, zwłaszcza poza swoją specjalnością. Ponadto przekonałam się, że czasem najlepszą poradą jest odmowa jej udzielenia i wskazanie pacjentowi, gdzie ma się zgłosić.

OPOWIEŚĆ CHIRURŻKI MARTY

– To był jeden z pacjentów w poradni przyszpitalnej, przyszedł na zdjęcie szwów po zabiegu. Sympatyczny chłopak, mniej więcej w moim wieku, dobrze nam się rozmawiało. Staram się zawsze być profesjonalna, więc sądziłam, że nie dałam mu żadnej niewer-

balnej zachęty, chociaż czułam, że naprawdę mi się podoba. Byłam świeżo po rozstaniu z wieloletnim partnerem i wciąż przeżywałam po tym niesmak, pomimo to nieświadomie miałam już w sobie gotowość na nową relację. Michał znalazł mnie przez portal społecznościowy jeszcze tego samego wieczoru. Najpierw prosił niby o poradę w sprawie gojenia i blizny, potem zaczęliśmy „gadać” o wszystkim i o niczym, skończyliśmy konwersację dobrze po północy. Rano w drodze do pracy słyszałam dźwięki wiadomości, ale prowadziłam auto i dopiero w szpitalu sprawdziłam, kto pisze – to był on, oczywiście. Nie odpowiedziałam, bo po odprawie od razu poszłam do zabiegów, potem znowu była poradnia, ale co jakiś czas słyszałam, jak mój telefon cicho dzwęczy. Po pracy podjęłam konwersację z Michałem i znów pisaliśmy do późna. I tak przez kolejne dni, aż w końcu weszły wątki osobiste, jak to na komunikatorach, i wreszcie zdecydowaliśmy się umówić. Potem było szaleństwo, namiętne randki w czasie wolnym od pracy i permanentny czat, pisaliśmy do siebie w każdej wolnej chwili, spotykaliśmy się prawie codziennie, dyżury w szpitalu stały się dla mnie udręką z powodu rozłąki z nim. Michał jest informatykiem, więc łatwiej mu było pogodzić to szaleństwo z pracą. Po jakimś czasie zaczęliśmy mówić o zamieszkanui razem i chyba mniej więcej wtedy Michał zaczął mnie prosić o recepty na leki nasenne. *Wiesz – pisał na komunikatorze – moja praca to wieczny jet lag, pracuję też dla zleceniodawców z USA, więc muszę mieszać strefy czasowe*. Tłumaczyłam mu, również przez komunikator, że to nie moja działka, jestem chirurgiem, nie znam się na leczeniu zaburzeń snu i że powinien iść do psychiatry. On pisał, że planuje, ale nie teraz, że teraz chce być jak najwięcej ze mną i potrzebuje tylko doraźnie leków, żeby się wyspać na kolejne spotkanie. To było takie urocze. Wystawiałam mu te recepty na dane mojej mamy,

bo przecież nie mogłam go przyjmować w poradni chirurgicznej z powodu zaburzeń snu. Po kilku miesiącach sielanki zaczęło się psuć między nami, zaczęłam dostrzegać wady mojego ukochanego i to, jak mnie wykorzystuje jako żywy receptomat. Czara goryczy się przełata, kiedy pewnego razu bez wypowiedzi wpadłam do Michała i zastałam go na wręczaniu wypisanego przeze mnie opakowania preparatu benzodiazepiny jakiemuś kolesiowi – za pieniądze. Zrobiłam wtedy Michałowi straszną awanturę i postanowiłam odejść, na co on odparł, że przecież to ja go uzależniłam od tych leków, wystawiałam mu bezprawnie recepty na dane mojej mamy, przez co złamałam RODO, wykorzystywałam go seksualnie, z premedytacją zmieniając mu świadomość za pomocą przepisanych leków, i że on teraz doniesie na mnie do prokuratury i do izby lekarskiej, i że mnie zniszczy zawodowo, bo ma dowody przeciwko mnie w screenach naszych konwersacji. Na szczęście skończyło się na groźbach, bo chyba za dużo miał za uszami, żeby próbować drogi prawnej przeciwko mnie. Od czasu rozstania z Michałem jestem znowu sama i nie odpowiadam na żadne zaczepki przez komunikatory, zresztą prawie już nie odwiedzam portali internetowych – kończy opowieść Marta.

Lekarze nie mają łatwego życia. Ani pogadać, ani pożartować, ani się zakochać nie jest bezpiecznie przy użyciu komunikatorów. Bo jak odmówić porady komuś, kto o nią prosi, a jednocześnie nie wpaść w pułapkę niewłaściwego działania w dobrej wierze, skoro nie ma szans oddzielić zwykłej rozmowy od udzielania świadczenia zdrowotnego, a każde słowo może być użyte przeciwko lekarzowi? Z definicji świadczenia zdrowotne to czynności i procesy, które mają na celu poprawę stanu zdrowia pacjenta, zatem jeśli pogawędka na komunikatorze z luźnego *small talk* przechodzi w udzielanie porady, warto postawić granice i przekierować rozmowę. Dla wspólnego bezpieczeństwa. ●

Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy



Data: 25.10.2025, miejsce: Państwowy Instytut Medyczny MSWiA
Wołoska 137, Warszawa, godz. 10.00
wydarzenie bezpłatne

Klub Lekarza Przedsiębiorcy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zaprasza na Forum KLP: 10 warsztatów, 11 prelegentów, pięć godzin praktycznej wiedzy. Bo lekarz to przedsiębiorca, a forum zamienia pomysły w działanie.

Lekarze i lekarze dentyści mają wiele możliwości rozwoju swoich praktyk medycznych. Jest to wpisane w misję, jaką niosą, podejmując się tego zawodu. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wychodzi naprzeciw standardowym działaniom, rozwijając kompetencje nie tylko zawodowe, ale również te z zakresu prowadzenia działalności gospodarczej.

W ramach kształtowania postawy przedsiębiorczej Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy, które odbędzie się 25 października 2025 r. w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA w Warszawie. Wydarzenie jest bezpłatne i zamknięte: tylko dla lekarzy i lekarzy dentyстів.

To nie tylko pierwsze takie forum, ale również ogromna szansa na zdobycie konkretnych, praktycznych wskazówek potrzebnych w codziennym prowadzeniu gabinetu i rozwijaniu działalności medycznej. Forum łączy określone narzędzia do wdrożenia w gabinecie z wymianą doświadczeń i wartości-

wym networkingiem w gronie lekarzy przedsiębiorców.

INTEGRACJA, INSPIRACJA I WYMIANA DOŚWIADCZEŃ

O tym, dlaczego Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy jest ważnym krokiem dla całego środowiska, mówi prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

dr n. med. Artur Drobnia:



– Klub Lekarza Przedsiębiorcy to inicjatywa, która otwiera przed środowiskiem lekarskim nowe perspektywy rozwoju. Forum będzie wyjątkową okazją, by lekarze

otrzymali konkretne narzędzia i wiedzę pozwalającą skutecznie łączyć odpowiedzialność wobec pacjentów z wyzwaniem prowadzenia działalności. Naszym celem jest, aby każde wystąpienie niesło praktyczne wskazówki, które można zastosować od razu – w gabinecie, placówce czy we własnej praktyce.

– Chcemy, aby klub stał się przestrzenią integracji, inspiracji i wymiany doświadczeń praktyk. Naszą ambicją jest, by wspierał lekarzy w rozwoju kompetencji menedżerskich i przedsiębiorczych, jednocześnie pozostając wiernym etyce i wartościom naszego zawodu. Wierzę, że Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy będzie ważnym impulsem do dalszego wzmacniania pozycji lekarzy przedsiębiorców i przyczyni się do budowania silniejszego, bardziej świadomego środowiska medycznego.

Wydarzenie to nie tylko połączy praktyków i specjalistów danej dziedziny, ale również przedstawi wyzwania (oraz propozycje ich rozwiązania), z jakimi lekarze prowadzący prywatną praktykę lekarską mierzą się na co dzień.

IDEA KLUBU LEKARZA PRZEDSIĘBIORCY

Inicjatywa skierowana jest do lekarzy i lekarzy dentyстів chcących poszerzyć swoją wiedzę dotyczącą umiejętności miękkich – takich jak budowanie marki osobistej, skuteczna komunika-

cja w zespole, jak i twardych – od rozliczania umów z NFZ po prawne aspekty kontraktowania lekarzy. Podczas forum nie zabraknie tematów wykorzystania AI oraz cyberbezpieczeństwa w praktyce prowadzenia poradni.

O idei Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy, jego misji i praktycznych korzyściach dla lekarzy i lekarzy dentyistów opowiada przewodnicząca KLP **dr Małgorzata Terlecka-Maciejewska:**



– Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy, poświęcone nowoczesnym rozwiązaniom w ochronie zdrowia oraz przedsiębiorczości lekarskiej, będzie wyjątkową przestrzenią do wymiany doświadczeń, inspiracji i praktycznych narzędzi wspierających lekarzy w prowadzeniu działalności. Wydarzenie to stanowi kolejny krok w rozwoju klubu, którego misją jest integracja środowiska medycznego oraz wzmacnianie roli lekarza jako lidera i przedsiębiorcy.

PRZYDATNE NARZĘDZIA LEKARZA PRZEDSIĘBIORCY

Dlaczego warto wziąć udział w forum?

- Praktyczna, konkretna wiedza – dowiesz się, jak rozwijać gabinet od strony marketingu, zarządzania, cyfryzacji i współpracy z NFZ.
- Eksperti z doświadczeniem – usłyszysz lekarzy i specjalistów, którzy dzielą się sprawdzonymi rozwiązaniami możliwymi do wdrożenia od razu.
- Nowoczesne narzędzia – poznasz konkretne przykłady wykorzystania sztucznej inteligencji i nowych technologii w praktyce lekarskiej.
- Bezpieczeństwo i zgodność – zyskasz wskazówki dotyczące prawa, kontraktowania oraz cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia.
- Networking i inspiracje – nawiądziesz kontakty z innymi lekarzami przedsiębiorcami i wymienisz się doświadczeniami w biznesowej atmosferze.
- Marka osobista w świecie technologii.

Jednym z kluczowych tematów forum będzie budowanie marki osobistej i komunikacja lekarza w przestrze-

ni publicznej, ze szczególnym naciskiem na social media. O tym, jak robić to świadomie i profesjonalnie, mówi **dr Michał Domaszewski:**



– Uważam, że każdy lekarz buduje swoją markę osobistą w przestrzeni publicznej. Podczas Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy powiem, jakie narzędzia wykorzysta-

tać w tym procesie, by zwiększyć swoją rozpoznawalność i wzmocnić profesjonalny wizerunek.

Technologie stanowią obecnie filar świata medycyny, dlatego podczas forum nie może zabraknąć tematu sztucznej inteligencji. O jej realnych zastosowaniach w pracy lekarza opowiada **dr Mariusz Borkowski:**



– Sztuczna inteligencja staje się jednym z najważniejszych narzędzi we współczesnej medycynie – zarówno w praktyce klinicznej, jak i w zarządzaniu.

W moim wystąpieniu pokażę, w jaki sposób AI wspiera lekarzy w diagnostyce, personalizacji terapii oraz przewidywaniu ryzyka zdrowotnego. Szczególną uwagę zwrócę na jej zastosowania w analizie obrazów medycznych i danych laboratoryjnych, które mogą przyspieszyć proces podejmowania decyzji. Omówię również potencjał AI w monitorowaniu pacjentów i wczesnym wykrywaniu powikłań. Wskażę praktyczne przykłady z mojej pracy, pokazujące, że sztuczna inteligencja nie zastępuje lekarza, ale staje się jego partnerem. Zwrócę także uwagę na wyzwania etyczne i organizacyjne związane z jej wykorzystaniem. Przyszłość medycyny będzie w coraz większym stopniu oparta na współpracy człowieka i technologii. Właśnie dlatego tak istotne jest, byśmy jako lekarze rozumieli możliwości i ograniczenia AI oraz potrafili świadomie z nich korzystać.

WSPÓŁPRACA Z NFZ

Codzienna praktyka lekarza przedsiębiorcy to także wyzwania związane

z rozliczaniem kontraktów i współpracą z NFZ. O dobrych praktykach mówić będzie wiceprezes zarządu MBRK **Agnieszka Krajewska-Woźniak:**



– Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy to dla nas ważne wydarzenie wymiany doświadczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej w ochronie zdrowia.

Każdego dnia wspieramy placówki medyczne w prawidłowym i skutecznym realizowaniu kontraktów z NFZ, dlatego udział w wydarzeniu, które koncentruje się na praktycznych aspektach pracy lekarzy, jest dla nas oczywisty.

Podczas naszego wystąpienia omówimy pułapki i najczęstsze trudności w kontraktach z NFZ oraz przedstawimy wskazówki, jak ich unikać. To temat szczególnie istotny i nie powinno go zabraknąć na forum. Pokazuje, że skuteczne zarządzanie finansami i dokumentacją to jeden z kluczowych elementów prowadzenia własnej praktyki.

DLACZEGO WARTO DOŁĄCZYĆ?

Po zakończonym wydarzeniu uczestnik wyniesie wiedzę w zakresie:

- nowoczesnego marketingu i budowania marki osobistej lekarza,
 - skutecznej komunikacji w zespole,
 - obsługi pacjenta, zapełniania slotów, odwołania wizyt,
 - *lean managementu* w ochronie zdrowia,
 - zastosowania sztucznej inteligencji w pracy lekarza przedsiębiorcy,
 - cyberbezpieczeństwa w placówkach medycznych,
 - rozliczania oraz zasad współpracy z NFZ,
 - prawa pracy i kontraktowania lekarzy.
- Będzie to dzień pełen wiedzy i inspiracji, który pozwoli lekarzom wyjść z nową energią i planem do działania – w gabinecie i poza nim.

Więcej informacji o Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy oraz zapisy na to wydarzenie znajdziesz na stronie:



Zapraszamy do zapisów!



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



Pierwsze Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy



25 października



10.00-16.30



Państwowy Instytut Medyczny
MSWiA
ul. Wołoska 137, Warszawa

W programie m.in.

- ✓ rozliczanie umów z NFZ
- ✓ prawo pracy i kontraktowanie lekarzy
- ✓ sztuczna inteligencja w pracy lekarza przedsiębiorcy
- ✓ cyberbezpieczeństwo w placówkach medycznych
- ✓ nowoczesny marketing
- ✓ lean management w ochronie zdrowia

Dołącz już dzisiaj!

Zeskanuj kod QR i zapisz się na bezpłatne wydarzenie



„Izba Lokalnie” – rusza Lekarski Budżet Partycypacyjny

Lekarze i lekarze dentyści zrzeszeni w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie zyskują możliwość decydowania o części budżetu izby dzięki programowi „Izba Lokalnie” – Lekarski Budżet Partycypacyjny. Celem inicjatywy jest wspieranie rozwoju, edukacji oraz integracji środowiska lekarskiego.

Od września członkowie OIL mogą składać wnioski o wsparcie finansowe na organizację wydarzeń, zakup wyposażenia czy modernizacje. Projekty muszą uzyskać aprobatę delegatów z danego rejonu i być zrealizowane w bieżącym roku budżetowym. Maksymalne dofinansowanie wynosi 40 000 zł.

– *Można uzyskać wsparcie finansowe na organizację konferencji, szkoleń i warsztatów, a także na zakup wyposażenia, materiałów oraz środków trwałych zwiększających bezpieczeństwo*



pracy i poprawiających warunki pracy zespołów lekarskich – mówi dr Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie.

Udział w programie to szansa na realizację lokalnych potrzeb, rozwój zawodowy oraz integrację środowiska lekarskiego. Nabór jest ciągły, a projekty

oceniane co kwartał przez specjalny Zespół ds. Budżetu Partycypacyjnego. Po zatwierdzeniu przez ORL w Warszawie trafiają do realizacji.

Więcej informacji
i kontakt:



fot. licencja OIL w Warszawie



Zapraszamy na szkolenia!

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

PAŹDZIERNIK 2025

2.10 | godz. 18.00–21.00

Wszczynanie procedury Niebieskiej Karty – krok po kroku. Szkolenie realizowane we współpracy ze stowarzyszeniem „Niebieska Linia” – Paula Klemińska

3–5.10 | godz. 9.00–17.00

Szczepienia ochronne dla lekarzy – kurs kwalifikacji do szczepień – zespół wykładowców

7.10 | godz. 19.00–21.00

Dochodzenie roszczeń przez lekarza lub lekarza dentystę – adw. dr Łukasz Wydra, r. pr. Wojciech Koźmiński

9.10 | godz. 19.00–21.00

Zastosowanie sztucznej inteligencji w pracy lekarza przedsiębiorcy. Szkolenie realizowane we współpracy z Klubem Lekarza Przedsiębiorcy – Igor Farafonow

15.10 | godz. 19.00–21.00

Lekarz na SOR, lekarz na izbie przyjęć. Kompendium wiedzy praktycznej. Szkolenie realizowane we współpracy z LEX Doctor – Katarzyna Smak

16.10 | godz. 9.00–16.00

Umiejętność prowadzenia rozmów negocjacyjnych – Mirosław Borek (stacjonarnie w Radomiu)

21.10 | godz. 19.00–21.00

Rak gruczołu krokowego: najczęstszy nowotwór złośliwy u mężczyzn. Co każdy lekarz wiedzieć powinien? – lek. Marta Darewicz

28.10 | godz. 9.00–16.00

Komunikacja i współpraca międzypokoleniowa w zespole – Mirosław Borek (stacjonarnie w Warszawie)



80 lat Głównej Biblioteki Lekarskiej



Uroczyste obchody 80-lecia Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki odbyły się 11 września w Zamku Królewskim w Warszawie. Wydarzenie zgromadziło przedstawicieli środowiska medycznego, akademickiego i kulturalnego, a także wielu przyjaciół instytucji. Patronem uroczystości była OIL w Warszawie.

Dyrektor GBL dr n. med. Feliks Orchowski, witając gości, podkreślił, że biblioteka stanowi nieocenione wsparcie dla lekarzy, rezydentów oraz studentów. – *Biblioteki, takie jak nasza, zapewniają szeroki dostęp do informacji, często niedostępnych ze względu na wysokie koszty.* Zwrócił także uwagę, że biblioteka oferuje przestrzeń do spokojnej pracy.

Dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL, podkreślił w części konferencyjnej uroczystości szczególną współpracę OIL w Warszawie i GBL oraz przypomniał o podpisanej w marcu umowie o współpracy między obiema instytucjami. Konferencję podzielono na dwa panele tematyczne: „Główna Bi-

blioteka Lekarska: wczoraj, dziś i jutro – jej rola i znaczenie dla nauk medycznych” oraz „Medycyna i biblioteka: wspólna przestrzeń wiedzy i zdrowia w ujęciu historycznym”. Następnie odbył się panel dyskusyjny „*Hannibal ante portas.* Medycyna i zbiory biblioteczne w obliczu sytuacji kryzysowych”.

UROCZYSTA GALA

Po części naukowej nastąpiła uroczysta gala jubileuszowa. Jej otwarciu towarzyszyła projekcja filmu o historii GBL. Głos zabrali m.in.: przedstawiciel prezydenta RP i Minister Zdrowia, podkreślając w wystąpieniach rolę biblioteki jako instytucji wspierającej zarówno kształcenie lekarzy, jak i rozwój nauk medycznych. Następnie głos zabrał Artur Drobnia, prezes ORL w Warszawie: – *W imieniu wszystkich lekarzy w kraju chciałbym złożyć podziękowania na ręce pana dyrektora za wieloletni trud i wysiłek, jaki Główna Biblioteka Lekarska wkłada w wykształcenie i pracę naukową każdego lekarza. Rola biblioteki jest nie do przecenienia – gromadzi dorobek pokoleń, daje nam dostęp do rzetelnych źródeł, pomaga weryfikować informacje i przygotowywać się do pracy dydaktycznej i naukowej* – mówił.

Następnie uhonorowano osoby szczególnie zasłużone dla biblioteki i jej działalności, wśród laureatów znaleźli się prezes ORL Artur Drobnia oraz wiceprezes Dariusz Paluszek. Wieczór zwieńczył koncert orkiestry dętej Wojska Polskiego, który nadał wydarzeniu podniosły i uroczysty charakter.

BIBLIOTEKA PRZYSZŁOŚCI

Jak wielokrotnie podkreślano, GBL musi łączyć tradycję z nowoczesnymi narzędziami cyfrowymi, by sprostać oczekiwaniom współczesnych użytkowników. W erze AI i globalnej wymiany wiedzy ma szansę stać się otwartym, innowacyjnym i przyjaznym dla wszystkich centrum informacji medycznej. ●

fot. D. Lebiedzińska

Rozstrzygnięcie XVI Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko- -Prozatorskiego „Puls Słowa”

KATEGORIA: POEZJA

II miejsce *ex aequo* – **Joanna Matlachowska-Pala**, godło *Oriolus*, i **Katarzyna Wierzbicka**, godło *Pendula*

III miejsce – **Zbigniew Łobodziński**, godło *Enif*

Wyróżnienie – **Andrzej Miś**, godło *X57*

Wyróżnienie drukiem – **Monika Nowakowska**, godło *Nika*, i **Katarzyna Szewczyk**, godło *Złotokap pospolity*

KATEGORIA: PROZA

I nagroda – **Agnieszka Kania**, godło *Proza*

II nagroda – **Barbara Rysz-Postawa**, godło *Przerzutnia*

III nagroda – **Witold Kopeć**, godło *Taxus Boccata*

Wyróżnienie – **Dorota Roztoczyńska**, godło *Doro*

Wyróżnienie drukiem – **Przemysław Krasnodębski**, godło *Prometeusz*

Uroczyste ogłoszenie wyników i wręczenie nagród:

11 października 2025 r. o godz. 12.00

w Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu 87/89 podczas Warszawskiej Jesieni Poezji.

W programie, o godz. 13.00, spektakl muzyczno-słowny „Molekuły wrażliwości”, prezentujący nagrodzone utwory konkursowe i wyróżnione wiersze członków

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Lekarze bez możliwości podejścia do PES



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

Grupa doświadczonych lekarzy zwróciła się do Biura Rzecznika Praw Lekarza z apelem o pomoc w rozwiązaniu problemu związanego z ograniczeniem możliwości przystąpienia do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES). Lekarze, mimo ukończonego szkolenia specjalizacyjnego i wieloletniego doświadczenia zawodowego, zostali – w ich ocenie – niesprawiedliwie pozbawieni prawa do uzyskania tytułu specjalisty.

Autorzy listu zwracają uwagę, że nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która weszła w życie w okresie pandemii COVID-19, wprowadziła pięcioletni limit czasowy na przystąpienie do PES po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego. W ich opinii wejście przepisów w trudnym czasie – gdy wielu z nich było zaangażowanych w działania przeciwepidemiczne – spowodowało, że nie byli świadomi nowych ograniczeń.

Zostaliśmy pozbawieni możliwości zwieńczenia ukończonej specjalizacji uzyskaniem tytułu lekarza specjalisty – piszą lekarze. Podkreślają, że ich dłu-

goletnie doświadczenie oraz zakończone szkolenie zostały zdegradowane do poziomu lekarza po stażu.

Z uwagi na charakter problemu i jego potencjalne skutki dla ochrony zdrowia publicznego, zwróciłam się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o analizę sytuacji i rozważenie nowelizacji przepisów lub wprowadzenia mechanizmu szczególnego dopuszczenia do PES.

W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia przypomniało, że zgodnie z ustawą osoby, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne przed 8 sierpnia 2020 r., miały pięć lat – do wiosny 2025 r. – na podejście do PES. Ograniczenie to miało

na celu mobilizację lekarzy i utrzymanie jakości kształcenia. Resort zaznaczył, że ustawa była konsultowana ze środowiskiem medycznym, w tym Naczelną Radą Lekarską, konsultantami krajowymi oraz instytucjami odpowiedzialnymi za kształcenie podyplomowe. Informacje na temat zmian były dostępne na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, izb lekarskich oraz w „Gazecie Lekarskiej”.

Ministerstwo Zdrowia poinformowało mnie, że nie planuje obecnie zmiany przepisów, ale zapowiedziało ponowną analizę sprawy i ewentualne uwzględnienie postulatów lekarzy w przyszłych nowelizacjach.

Pismo dotyczące opisanej sprawy wysłałam również do Centrum Egzaminów Medycznych (CEM). W odpowiedzi dyrektor CEM podkreślił, że obowiązujące ograniczenia czasowe wynikają bezpośrednio z ustawy, a zmiana przepisów nie należy do kompetencji Centrum.

W opinii CEM, argumentacja lekarzy, jakoby zmiany przeszły niezauważone z powodu pandemii, jest nieuzasadniona. Dyrektor przywołał także stosowaną w polskim prawie zasadę *ignorantia iuris nocet* – „nieznajomość prawa szkodzi” – podkreślając, że lekarze powinni być świadomi obowiązujących przepisów, a po zakończeniu pandemii mieli wystarczająco dużo czasu, by przystąpić do egzaminu.

Dyrektor zaznaczył, że ustawa nie przewiduje wyjątków po upływie pięcioletniego terminu, ale nie zabrania ponownego odbycia szkolenia specjalizacyjnego. Zwrócono także uwagę na niespójność przepisów – ograniczenia dotyczą tylko PES krajowego, a nie uznawania egzaminów europejskich. Wprowadzenie zmian leży jednak wyłącznie w kompetencji ustawodawcy. ●

fol. 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

OIL Sport Mistrz

Celem programu OIL Sport Mistrz jest wyróżnienie trzech najlepszych sportowców wśród lekarzy i trzech najlepszych sportowców wśród lekarskich dzieci.

Zgłoszenia przesyłane są na podstawie wniosku dołączonego do regulaminu, następnie Komisja ds. Sportu wybiera laureatów w drodze głosowania.

OIL SPORT MISTRZ:

- przyznanie nagród w postaci voucherów na zakupy sprzętu sportowego o wartości **1000 zł** dla najlepszych sportowców,
- z programu korzystać mogą **również dzieci lekarzy**, które w dniu złożenia wniosku nie ukończyły 18. roku życia,
- wnioski można składać do **31 października 2025 r.**



Złóż wniosek online przez stronę www.sport@oilwaw.org.pl
Tel.: 22 542 83 33

Więcej informacji:



XXVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w brydżu sportowym



fot. M. Hnat

Tegoroczne rozgrywki lekarzy w brydżu sportowym odbędą się 18–19 października 2025 r. w Warszawie w Centrum Alzheimer'a przy ul. Wilanowskiej 257.

Organizatorem zawodów jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, a patronat nad mistrzostwami objął Polski Związek Brydża Sportowego.

PROGRAM MISTRZOSTW

18 października (sobota)

- godz. 10.00** – turniej indywidualny
- zgłoszenia do godz. 9.45
- godz. 16.00** – turniej na punkty meczowe (impy)
- zgłoszenia do godz. 15.45

19 października (niedziela)

- godz. 10.00** – turniej na zapis maksymalny (maxy)
- zgłoszenia do godz. 9.45
- godz. 14.30** – uroczyste zakończenie mistrzostw

Kontakt i informacje u organizatorów: Krzysztof Makuch , tel. 608 200 190, krzysztofmakuch@hipokrates.org



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



2025/26 r.
godz. 11.00

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

- 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!



W każdy czwartek o godz. 11.00 zapraszamy uczestników LUTW „Nestor” na zajęcia gimnastyczne
„ZDROWY KRĘGOSŁUP METODĄ FMS”
do Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM przy ul. Księcia Trojdena 2c (sala 2.79 na I piętrze).

Konieczne jest obuwie na zmianę, warto też zabrać strój sportowy,
wodę i ręcznik do położenia na matę.

UCHWAŁA NR 98/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 SIERPNIA 2025 R.
w sprawie przyznania medalu Laudabilis

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

§ 1

Medal Laudabilis przyznaje się:

Lp.	Imię i nazwisko	PWZ	Zawód
1.	Tomasz Dangel	1698196	Lekarz
2.	Bożena Hoffman-Golańska	6476484	Lekarz dentysta
3.	Elżbieta Małkiewicz	5455213	Lekarz dentysta
4.	Dorota Olczak-Kowalczyk	7053914	Lekarz dentysta
5.	Dariusz Paluszek	7561717	Lekarz dentysta
6.	Jerzy Socha	5173749	Lekarz
7.	Joanna Szymkiewicz-Dangel	4895621	Lekarz
8.	Piotr Winciunas	1478900	Lekarz

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 99/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 SIERPNIA 2025 R.
w sprawie przyjęcia regulaminu Lekarskiego
Budżetu Partycypacyjnego „Izba Lokalnie”
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof.
Jana Nielubowicza

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

§ 1

1. Przyjmuje się regulamin Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego „Izba Lokalnie” Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Uchyla się uchwałę nr 154/R-VIII/21 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 17 listopada 2021 r. w sprawie przyjęcia regulaminu Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 2656/P-IX/25
PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 SIERPNIA 2025 R.
w sprawie przyznania Medalu im. prof. Jana Nielubowicza

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

§ 1

Medal im. prof. Jana Nielubowicza przyznaje się:

Lp.	Imię i nazwisko	PWZ	Zawód
1.	Magdalena Flaga-Łuczkiwicz	2354292	Lekarz
2.	Maria Kłosińska	2889814	Lekarz
3.	Jolanta Kostrzewa-Janicka	1877221	Lekarz dentysta
4.	Jan Kowalczyk	1068794	Lekarz
5.	Agnieszka Kraśniej-Dębkowska	2984132	Lekarz
6.	Agnieszka Leśniak-Trzeźniewska	5192850	Lekarz dentysta
7.	Tomasz Maciejewski	9288022	Lekarz

Lp.	Imię i nazwisko	PWZ	Zawód
8.	Agnieszka Mielczarek	1877780	Lekarz dentysta
9.	Piotr Pogorzelski	4191832	Lekarz
10.	Monika Potocka	6179093	Lekarz dentysta
11.	Wojciech Puzyna	8287379	Lekarz
12.	Jerzy Reymond	1874044	Lekarz dentysta
13.	Jacek Sowiński	2869281	Lekarz
14.	Anna Szarla	2864999	Lekarz
15.	Robert Wiraszka	5777507	Lekarz

§ 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
31 grudnia 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
31 grudnia 2025 r.**



RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

- **Gdy zmarł Twój bliski, który był lekarzem lub lekarzem dentystą**
- **Jeśli jesteś lekarzem lub lekarzem dentystą i znalazłeś się w trudnej sytuacji finansowej z powodu choroby**
- **Gdy urodzi Ci się dziecko**

Zgłoś się do Rady Funduszu Samopomocy OIL w Warszawie – możesz uzyskać pomoc finansową.

Informacje pod numerem tel.: 22 542 83 33

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

Między neurologią

MAREK OBERSZTYN
dr n. med., neurolog



fot. archiwum prywatne

Swoje pierwsze spotkanie ze sztuką wspominam jako coś bardzo naturalnego – pojawiło się wcześniej, już w czasach szkolnych. Miałem szczęście podróżować, odwiedzać muzea w kraju i za granicą, oglądać obrazy, chłonąć kolory, historie i emocje zaklęte w sztuce.

W domu zawsze były książki. Na półce stał komplet dzieł Mickiewicza – sięgnąłem po nie z ciekawości i... zostałem. To właśnie dzięki nim napisałem swój pierwszy wiersz.

Piszę od szkoły podstawowej – pierwsze wiersze były, jak to u dzieci, żartobliwe, czasem złośliwe. Jeden z nich, o nauczycielce, kosztował mnie obecność ojca na dywaniku u dyrektora. Ale się nie zraziłem. Pisałem dalej – w liceum, na studiach, w pracy. Z czasem moje wiersze stały się swego rodzaju komentarzem do codzienności. Niekiedy odważne, z przymrużeniem oka, zawsze z życzliwością – sprawiały ludziom radość, więc pisałem dalej.

Zacząłem tworzyć teksty dla kolegów i koleżanek z okazji różnych wydarzeń: świąt, jubileuszy, ważnych chwil w pracy i życiu. Pisałem do melodii znanych piosenek teksty o medycynie, o kolegach. Występowałem w Klubie Medyka, który był miejscem twórczej wolności i spotkań z ludźmi sztuki.

Miałem również przyjemność wystąpić z gwiazdami Teatru Wielkiego: Wandą Bargielowską-Bargeylo, mezzosopranistką, primadonną tegoż teatru, i jej córką Anną Kutkowską-Kaźmierczak-Kass, sopranem koloraturowym (obie z wykształcenia lekarki), w stworzonym przeze mnie kabarecie Wesoły Młoteczek. Po prostu w pewnym momencie poczułem potrzebę, by swoje satyryczne utwory przedstawić szerszemu gronu. Tak właśnie narodził się nasz kabaret, a występowały w nim osoby związane z medycyną, ale również przedstawiciele innych profesji, przy wspólnym akompaniamencie dr. Stefana Welbela. Program miał charakter satyryczny, a niektóre utwory dotyczyły naszych przełożonych. Z perspektywy

czasu cieszę się, że nawet osoby, o których pisałem żartobliwie, przyjmowały to z uśmiechem – po latach mówiły, że wiersze zostały im na pamiątkę.

Piszę nadal. Spontanicznie. Gdy tylko pojawi się temat, który domaga się komentarza. Czytam wiersze na spotkaniach z okazji Dnia Kobiet, różnych uroczystościach zawodowych, prywatnych, w szpitalu i poza nim. Wiersze te mają tematykę bardzo różną – czasem jest to medycyna, czasem sport, polityka, czasem po prostu życie.

Równolegle odkryłem radość z malowania. Z zazdrością patrzyłem na piękne obrazy, które malował mój szef, prof. Wojciech Kostowski. Wtedy dotarło do mnie, że mogę też spróbować. Brakowało mi niestety umiejętności. Los jednak okazał się dla mnie łaskawy. Gdy leczyłem męża pewnej malarki, z wdzięczności zaproponowała mi, żebym spróbował swoich sił w jej pracowni. Tam powstały moje pierwsze akwarele. Próbowałem z ciekawością, choć bez wiary w swoje umiejętności. A jednak coś zaskoczyło. Malowałem pejzaże – rzekę Pilicę, lasy z mojej działki – przestrzenie bliskie i znane. Z czasem obrazy zaczęły nabierać formy i koloru.

Następnie sięgnąłem po farby olejne. Tak powstały prace, które z dumą wieszam w mieszkaniu. Maluję do dziś. Śmieję się, że jeśli kiedyś pamięć nie pozwoli mi już pisać wierszy – zostanie mi pędzel i płótno.

Na emeryturze mam ogromny zaszczyt i przyjemność ze spotkań z kolegami, członkami sekcji malarskiej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, uczestniczyć w plenerach malarskich oraz wystawach. Dla mnie jako samouka niezwykle ważne są cenne uwagi moich mistrzów malarstwa – kolegów, z którymi spotykam się każdego tygo-

a obrazem i słowem

dnia w pracowni malarskiej przy ul. Dworcowej. Tam podpatruję ich warsztat i rozwijam swoją pasję.

Z wykształcenia i powołania jestem lekarzem. To wybór częściowo podyktowany tradycją rodzinną. Moi rodzice i dziadkowie byli stomatologami. A choć jako osoba leworęczna w tamtych czasach nie miałem szans na pracę przy klasycznym fotelu dentystycznym, a mój wysoki wzrost stanowił dodatkowe utrudnienie, to medycyna i tak mnie wciągnęła. Początkowo pracowałem w Zakładzie Farmakologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii, następnie w Instytucie Leków, jednak brakowało mi kontaktu z pacjentem – stąd specjalizacja z neurologii, z którą byłem najdłużej związany. Szczególnie interesowała mnie etiologia i leczenie bólów głowy.

Na początku – jak wielu z nas – podchodziłem do pacjentów według schematów z podręczników. Z czasem zrozumiałem, że za większością dolegliwości bólowych, szczególnie przewlekłych, stoją emocje, sytuacje życiowe, stres. Zacząłem więc równolegle szkolić się w psychoterapii. Dzięki temu mogłem skutecznie łączyć leczenie farmakologiczne z podejściem psychologicznym, co przynosiło pacjentkom i pacjentom wymierne korzyści. Nawet po odejściu z pracy otrzymywałem prośby od dawnych pacjentek – dziś już matek – by pomóc ich córkom. To chyba największy dowód zaufania.

Dziś moje życie to spokojna równowaga między literaturą a malarstwem. Czy wolę pisać, czy malować? Trudno powiedzieć. Obydwie dziedziny wymagają uważności, wrażliwości i serca. I jedna, i druga jest moją codziennością. A może też formą terapii – tej najprostszej, osobistej, codziennej. ●

Ku pokrzepieniu serc

Kiedy rano wstajesz czasem lewą nogą,
pomyśl sobie o tych, którzy wstać nie mogą,
bo męczą ich groźne, przewlekłe choroby,
lub choćby silne bóle, czy zawroty głowy.
Gdy patrzysz w lustrze na swą smutną twarz,
pomyśl, ile szczęścia w życiu swoim masz.
Jeszcze możesz wiele, gdybyś tylko chciał
i trochę zapалу jeszcze w sobie miał...
Spróbuj się otrząsnąć i choćby wyjść z domu,
co nawet w depresji nie szkodzi nikomu.
Popatrz na przyrodę i popatrz na ludzi.
Może to ochotę do życia wnet zbudzi.
Pomyśl o tych, co żyją na ubóstwa skraju,
lub w jakimś wojnę prowadzącym kraju.
Poczuj pełny portfel, który z sobą nosisz
Nikogo o jałmużnę i litość nie prosisz.
Masz tyle, że możesz życie przeżyć godnie.
Nie musisz jeść w knajpach i nosić się modnie.
Stać cię jeszcze na drobne życiowe wygody.
Nie musisz szukać na pustyni wody...
Masz gdzie mieszkać i zwykle masz kogoś bliskiego.
Żyj tak, byś nie zmarnował czasu ci danego.
Masz przecież marzenia jakieś niespełnione.
Spróbuj śmiało wyruszyć w marzeń swoich stronę.
Nawet gdy się nie uda, nie będziesz żałował,
żeś tego wcześniej nigdy nie spróbował.
Dążąc do szczęścia, musisz dać coś z siebie.
Bez nasion i roślina nie wyrośnie w glebie.
Bądź dobry dla ludzi, promieniaj miłością,
gardź w życiu dumą, zazdrością i złością.



Święto św. Łukasza

Szanowni Państwo,

spotkania środowiska lekarskiego z okazji Święta św. Łukasza należą do wieloletniej tradycji.

Święty Łukasz według świadectw historycznych był lekarzem, którego pasją było malarstwo, jak również twórczość literacka, o czym świadczy napisana przez niego Ewangelia.

Współorganizatorami tegorocznego spotkania są Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie oraz Duszpasterstwo Środowisk Medycznych Archidiecezji Warszawskiej.

Serdecznie zapraszamy szacowne grono lekarskie na tegoroczne spotkanie z okazji Święta św. Łukasza, patrona lekarzy, które odbędzie się **26 października 2025 r. w kościele św. Zygmunta na warszawskich Bielanych przy placu Konfederacji 55.**

PROGRAM:

16.00 dolny kościół

- przywitanie gości – ks. Władysław Duda
- słowo abp. Adriana Galbasa
- wernisaż poplenerowy malarstwa i fotografii Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie – wprowadzenie dr Włodzimierz Cerański oraz dr Mirosław Żydecki
- wykład „Pasja artystyczna lekarzy jako antidotum na wypalenie zawodowe” – prof. Bohdan Wasilewski

17.30 górny kościół

- msza św. w intencji środowiska lekarskiego sprawowana przez abp. Adriana Galbasa

18.30 dolny kościół

- koncert chóru Medicantus OIL w Warszawie pod dyrekcją p. Beaty Herman, przeplatany poezją dr Moniki Szymczakowskiej

Z radością oczekując na wspólne świętowanie

dr Bożena Hoffman-Golańska – przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie
ks. Władysław Duda – duszpasterz środowisk medycznych Archidiecezji Warszawskiej

fot. K. Stępniewska



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 Lebiedzińska

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 Wódcz

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