

okładka: Marta Konarzewska

Spis treści

TEMAT NUMERU

4 | **Szkoła zdrowia**
Aleksandra Sokalska

5 | **Dziecko – najważniejsza inwestycja w przyszłość**
Artur Drobniak

6 | **Zdrowia trzeba się nauczyć**
Rozmowa z ministrą edukacji Barbarą Nowacką

10 | **Patrzeć i widzieć**
rozmowa z lek. okulistą Małgorzatą Terlecką-Maciejewską, zastępcą dyrektora ds. opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach

14 | **Złapani w sieć**
Paweł Walewski

MEDYCYNA

17 | **W poszukiwaniu sprawdzonych informacji**
Karol Stępniewski

18 | **Kiedy nie możemy już wyleczyć. O lekach i procedurach medycyny końca życia**
Agata Malenda

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

20 | **Zdrowe dziąsła – ważny element zdrowia całego organizmu**
Wywiad z lek. dent. Danielem Golą, specjalistą periodontologii

22 | **Przyszłość stomatologii zaczyna się już dzisiaj**
Dorota Lebiedzińska

24 | **Narodowa Debata Dentystyczna**
Dorota Lebiedzińska

26 | **Efekt rykoszetu**
Anna Prawdzik

ZDROWIE PUBLICZNE

28 | **Rutyna w obsłudze systemu gabinetowego to największy wróg lekarza**
Artur Olesch

30 | **Uda(wa)na troska**
Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Januszem Szymborskim, pediatrą, zajmującym się zdrowiem publicznym, polityką zdrowotną i społeczną, pedagogiką zdrowia, byłym dyrektorem Instytutu Matki i Dziecka

32 | **Zdrowie pomiędzy dzwonkami**
Artur Białoszewski

34 | **Psychiatra sam w systemie**
Rozmowa z Marcinem Piotrowskim, lekarzem rezydentem psychiatrii ze Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie i wiceprzewodniczącym Zarządu Regionu Mazowieckiego OZZL

PRAWO

36 | **Księgowość dla lekarzy i lekarzy dentystów**
Najważniejsze informacje

38 | **Praca lekarza w ramach umowy cywilnoprawnej**
Gabriela Pacek

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

40 | **Dane lekarza w SZOI NFZ**
Karolina Stępniewska

42 | **How to staż – wskazówki od młodych lekarzy OIL Warszawa**
Relacja z konferencji dla studentów i absolwentów kierunków medycznych

44 | **Aktualności Komisji ds. Kultury**

46 | **Aktualności Komisji ds. Sportu**

PO DYŻURZE

48 | **Lekarska ścieżka**
Wywiad z prof. dr. hab. n. med. i n. o zdr. mgr zarz. Piotrem Henrykiem Skarżyńskim, otorynolaryngologiem, audiologiem i foniatrą z Centrum Słuchu i Mowy Medincus w Kajetanach

52 | **Potomek boga medycyny i jego przysięga**
Monika Miłosz

Pobierz
PDF lub e-book!

Szkoła zdrowia



fot. Zuzanna Sokalska

ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Kiedy chodziłam do podstawówki (a była to mała szkoła w malutkim miasteczku), oczywiste było, że co jakiś czas odbywają się w niej badania lekarskie, szczepienia są obowiązkowe, podobnie jak kontrole dentystyczne, a stłuczone kolano od razu opatruje pielęgniarka. Nikt nie pytał o zgodę na te działania, a nawet jeśli, wiadomo było, co odpowiedzieć. Wiem, brzmi jak „bo w moich czasach było lepiej", ale trudno nie odnieść wrażenia, że za nasz pęd do bezgranicznej wolności dość słono płacą nasze dzieci.

W tym numerze „Pulsu" przyglądamy się uczniom – ich kondycji fizycznej i psychicznej, ich zdrowotnym nawykom. Pod lupę bierzemy także szkołę, która jako instytucja publiczna powinna dbać również o edukację zdrowotną młodego pokolenia. Okazja ku temu jest przednia – w tym roku szkolnym po raz pierwszy w programie obowiązkowego nauczania znalazł się przedmiot edukacja zdrowotna. Walczyła o to ministra edukacji Barbara Nowacka, walczył także nasz samorząd, który już na początku 2026 r. o to apelował. – *Bardzo zależało mi na tym, żeby przedmiot stał się obowiązkowy. (...) Kontrowersje i awantury polityczne nie powinny przenosić się do szkoły. Chcę, żeby edukacja zdrowotna była przedmiotem całkowicie odciętym od polityki, bo mammografia czy zdrowa dieta nie są polityczne, one są naprawdę potrzebne* – wyjaśnia ministra w wywiadzie udzielonym „Pulsowi".

Kolejną ważną zmianą dla uczniów, która ma się przełożyć na ich zdrowie, także psychiczne, jest ograniczenie korzystania z telefonów komórkowych w placówkach edukacyjnych. Ich wpływ na kondycję polskich dzieci wydaje się bezsprzeczny. Czy jednak takie obostrzenia są w stanie poprawić zdrowie uczniów? – zastanawia się w swoim felietonie Paweł Walewski. – *Problem w tym, że dzieci nie wychowują algorytmy. Nadal wychowują je dorośli. I tu warto posłuchać prof. Aleksandry Lewandowskiej, konsultant krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, która zwraca uwagę, że szkodliwy wpływ mediów społecznościowych idzie w parze z kryzysem rodzicielstwa* – dowodzi Paweł Walewski i trudno mu nie przyznać racji.

Nowy rok szkolny niesie ze sobą zmiany, których celem jest zdrowie dzieci. To krok w dobrą stronę. Nie wystarczy jednak, jeśli zabraknie codziennej uważności rodziców, zmiany ich nawyków i zrozumienia, że wychowanie jest żmudną pracą, w której wolność także ma swoje granice. ●

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?

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

Terminy najbliższych spotkań:

4 września | 23 października | 20 listopada | 18 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.

Dziecko – najważniejsza inwestycja w przyszłość



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

O zdrowiu dzieci najczęściej zaczynamy rozmawiać wtedy, gdy pojawia się problem. Tymczasem, być może, powinniśmy zacząć od pytania znacznie szerszego: **ile dzieci będzie żyło w Polsce za kilkanaście czy kilkadziesiąt lat i w jakim zdrowiu będą dorastać?**

To pytanie nabiera szczególnego znaczenia w obliczu dramatycznych zmian demograficznych. Nie chodzi oczywiście o traktowanie dzieci wyłącznie w kategoriach ekonomicznych. Chodzi o prostą prawdę: **przyszłość społeczeństwa zależy od zdrowia jego najmłodszych obywateli**.

W tym kontekście warto spojrzeć również na polską pediatrię. Czasami słyszymy, że mamy dramatyczny niedobór pediatrów. Dane nie potwierdzają jednak tak uproszczonej diagnozy. Według CRL NIL na koniec 2025 r. specjalizację z pediatrii miało ponad 17 tys. lekarzy, a ponad 15 tys. wykonywało zawód. Problemem nie jest więc liczba pediatrów.

Znacznie ważniejsze są: dostępność świadczeń, organizacja opieki, jej rozmieszczenie geograficzne, współpraca pediatrii z POZ i specjalistami. Bo współczesna pediatria nie powinna być tylko medycyną leczenia chorego dziecka. Powinna być medycyną **zdrowego rozwoju**.

Trudno znaleźć przykład skuteczniejszej profilaktyki niż szczepienia ochronne. To one chronią nie tylko konkretnego pacjenta, ale również całe społeczności. Dlatego tak ważne jest, abyśmy nie pozwolili, żeby wiedza medyczna przegrywała z dezinformacją. Internet dał nam dostęp do informacji, ale niestety nie zawsze do wiedzy. Czasami wystarczy kilka minut w mediach społecznościowych, aby ktoś poczuł się ekspertem od immunologii, pediatrii i epidemiologii jednocześnie. Lekarz powinien w takiej sytuacji nie tylko powiedzieć *proszę się szczepić*. Powinien umieć rozmawiać i budować zaufanie. Współczesna profilaktyka wymaga bowiem nie tylko medycyny opartej na dowodach, ale także na dobrej komunikacji. Izba lekarska jako instytucja powinna, w mojej opinii, angażować się w publiczne działania dotyczące walki z dezinformacją, stąd nasza konferencja „ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!", która odbyła się na WUM 25 sierpnia.

Ważnym krokiem było też wprowadzenie do polskich szkół edukacji zdrowotnej. Jako OIL w Warszawie mieliśmy możliwość uczestniczyć w pracach nad podstawą programową tego przedmiotu. Nie możemy bowiem oczekiwać, że dziecko, które przez kilkanaście lat edukacji nauczyło się rozwiązywać skomplikowane zadania matematyczne, automatycznie będzie wiedziało, jak zadbać o własne zdrowie. Szkoła nie zastąpi rodziny. Nie zastąpi pediatry. Nie zastąpi psychologa. Ale może zrobić coś niezwykle ważnego: **wyposażyć młodego człowieka w kompetencje potrzebne do podejmowania świadomych decyzji dotyczących własnego zdrowia**.

Żyjemy w świecie, w którym dziecko może jednocześnie mieć dostęp do najlepszej wiedzy medycznej w historii i do największej w historii ilości medycznych bzdur. Może mieć aplikację liczącą kroki, ale nie wychodzić z domu. Może znać wszystkie trendy żywieniowe z TikToka, ale nie wiedzieć, czym jest zbilansowana dieta. Może mieć setki znajomych w internecie i jednocześnie czuć się bardzo samotne.

Dlatego zdrowie dzieci powinno być jednym z najważniejszych elementów polityki demograficznej państwa. To wymaga dobrej pediatrii. Wysokiego poziomu szczepień. Dostępnej profilaktyki. Mądrej szkoły. Zaangażowanych rodziców i lekarzy.

Jako samorząd lekarski chcemy być w tym procesie obecni. Nasza rola nie kończy się przecież na reprezentowaniu lekarzy. Samorząd zawodowy ma również obowiązek zabierać głos wtedy, gdy chodzi o bezpieczeństwo zdrowotne całego społeczeństwa.

Jeśli chcemy mieć zdrową Polskę za 30 lat, musimy zacząć ją budować w gabinecie pediatry, w domu i w szkolnej ławce – już dzisiaj. ●

fot. Marcin Faliński

Zdrowia trzeba

Jej obecność w szkole stała się tematem politycznym i powodem wielu dyskusji. W końcu, po częściowej modyfikacji, od września wchodzi do szkół jako przedmiot obowiązkowy. O niezwykłej wadze edukacji zdrowotnej rozmawiam z ministrą edukacji **Barbarą Nowacką**.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**



fot. MEN

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie już na początku tego roku apelowała, aby wprowadzono obowiązkowe nauczanie edukacji zdrowotnej, a jej podstawy programowe zostały szeroko skonsultowane ze środowiskiem lekarskim. Czy takie konsultacje się odbyły i jak wyglądały?

To były naprawdę szerokie i otwarte konsultacje, w których brali udział eksperci z różnych dziedzin. Ich efektem jest opracowanie nowej podstawy programowej. Dzięki temu już od 1 września edukacja zdrowotna będzie przedmiotem obowiązkowym, natomiast komponent dotyczący zdrowia seksualnego będzie mieć charakter fakultatywny, do decyzji rodzica lub pełnoletniego ucznia.

Jakie problemy zdrowotne polskich dzieci były dla ministerstwa najważniejszym argumentem za wprowadzeniem obowiązkowej edukacji zdrowotnej?

Do tej pory tematyka zdrowotna była bardzo rozproszona. Pojawiała się przy okazji różnych przedmiotów: przyrody, biologii, WF, ewentualnie na godzinie wychowawczej, kiedy nauczyciele rozmawiali np. o przeciwdziałaniu uzależnieniom. Takie rozproszenie nie sprzyjało temu, żeby uczniowie zdobywali naprawdę solidną wiedzę o zdrowiu.

Ważnym argumentem był też narastający w ostatnich latach poważny kryzys zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży. To, jak brak wiedzy o zdrowiu, także psychicznym, wpływa na młodzież, a właściwie na całe społeczeństwo, mogliśmy zaobserwować szczególnie po pandemii. Pamiętamy doskonale, jak rosły w siłę np. ruchy antyszczepionkowe, które w dużej mierze biorą się po prostu z niewiedzy. A szkoła jest właśnie tym

się nauczyć

miejscem, gdzie możemy przygotować przyszłe pokolenia tak, by były bardziej odporne na podobne zjawiska.

Przedmiot ma podnieść u dzieci poziom zachowań prozdrowotnych. Aby jednak tak się stało, trzeba do młodych ludzi umieć dotrzeć. A to zależy od nauczycieli. Czy zostali przygotowani do prowadzenia edukacji zdrowotnej?

Podstawa programowa jest tak skonstruowana, że edukację zdrowotną mogą prowadzić nauczyciele i nauczycielki, uczący do tej pory przedmiotów, które zawierają różne treści o zdrowiu. Dodatkowo daliśmy możliwość tworzenia zespołów nauczycielskich, które wspólnie realizują ten przedmiot. Z jednej strony, przedmiot może prowadzić nauczyciel biologii, bo biologia obejmuje wiedzę o zdrowiu człowieka, nauczyciel wychowania do życia w rodzinie czy nauczyciel wychowania fizycznego. Z drugiej, nauczyciele mogą zaprosić do współprowadzenia zajęć konkretnego specjalistę, skorzystać ze wsparcia psychologa lub pedagoga szkolnego, bo oni są przygotowani do rozmowy np. o zdrowiu psychicznym.

Mamy jednak świadomość, że takie rozwiązania mogą być niewystarczające, dlatego uruchomiliśmy finansowane przez MEN studia podyplomowe.

W tym roku chyba pierwsze roczniki odbierają dyplomy?

Tak, miałam przyjemność uczestniczyć we wręczeniu świadectw pierwszej edycji studiów podyplomowych z edukacji zdrowotnej na Wrocławskim Uniwersytecie Medycznym. Nauczyciele odbierający dyplomy mówili o sobie nie tylko jako o absolwentach, lecz także jako o ambasadorach edukacji zdrowotnej.

Wrocławski Uniwersytet Medyczny przygotował także podręcznik dla nauczycieli, który lada moment będzie dostępny na Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej. Podręcznik obejmuje wszystkie kluczowe elementy edukacji zdrowotnej, a jednocześnie pokazuje, jak przygotować dobre materiały przy użyciu chociażby sztucznej inteligencji, takiej, która pracuje na rzetelnych fachowych treściach, a nie przypadkowych, znalezionych w internecie. Dzięki temu nauczyciele dostaną naprawdę solidne, merytoryczne materiały.

A jaką rolę w realizacji programu edukacji zdrowotnej widzi pani dla środowiska medycznego – lekarzy, pielęgniarek, dietetyków czy psychologów?

System oświaty w Polsce jest ogromny – liczy ponad 20 tys. szkół. Ministerstwo nie jest w stanie i nie chce odgórnie wskazywać, jacy eksperci mają przekazywać konkretne treści. To byłaby nadregulacja.





fot. licencja OIL w Warszawie

Nauczyciele mają swoje sposoby na prowadzenie lekcji, szkoły mają wypracowane schematy, kontakty i relacje ze środowiskiem medycznym. To konkretni nauczyciele i konkretne placówki najlepiej wiedzą, w jakim zakresie mogą współpracować z danymi ekspertami. Jednymi z takich specjalistów mogą być np. pielęgniarki szkolne, które są w stanie wesprzeć nauczycieli choćby w zajęciach dotyczących higieny czy zdrowego odżywiania. Zachęcamy też całe środowisko medyczne, w tym studentów medycyny, by wspierali szkoły poprzez udział w lekcjach i prowadzenie zajęć z edukacji zdrowotnej. To może być dla medyków naprawdę bardzo dobre, inspirujące doświadczenie.

Czy nauczyciel będzie miał swobodę w kwestii selekcji tematyki i form przekazu?

Obowiązują takie same zasady jak w przypadku każdego innego przedmiotu. Kluczowa jest podstawa programowa i to na jej kanwie nauczyciel przygotowuje swój program nauczania. Natomiast to, w jaki sposób mówi o konkretnych treściach, jakich używa narzędzi i metod, jest już jego indywidualną decyzją.

Lekarze od lat alarmują o skutkach dezinformacji zdrowotnej w internecie. Czy edukacja zdrowotna będzie uczyć młodzież krytycznej oceny informacji dotyczących medycyny i zdrowia?

Dzięki edukacji zdrowotnej młodzi ludzie przede wszystkim dostaną najlepszą, sprawdzoną wiedzę od osób, którym najbardziej ufają, czyli nauczycieli i zaproszonych ekspertów. Podstawa programowa powstała we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Sportu i Turystyki, została przygotowana przez specjalistów z zakresu edukacji, zdrowia fizycznego i psychicznego. Nie chcemy dokładać nowych przedmiotów ani dodatkowych treści. Na edukacji zdrowotnej pokazujemy rzeczywistość zdrowotną taką, jaka jest – opartą na fachowej i rzetelnej wiedzy.

Natomiast w ramach reformy Kompas Jutra wprowadzamy moduł edukacji medialnej, który będzie obejmował także elementy weryfikowania źródeł i rozróżniania prawdy od fałszu. Nie chcemy tej umiejętności ograniczać tylko do kwestii zdrowia, bo dezinformacja dotyczy bardzo wielu obszarów. Każdy młody człowiek skorzysta z edukacji medialnej, bo jej elementy będą się pojawiały podczas nauczania różnych przedmiotów, np. języka polskiego, edukacji dla bezpieczeństwa czy informatyki. Taki komponent jest już obecny w edukacji obywatelskiej w szkołach ponadpodstawowych, ale kontakt z dezinformacją zaczyna się dużo wcześniej, już w szkole podstawowej.

Czy MEN planuje systematyczną współpracę z MZ oraz samorządami zawodów medycznych przy aktualizacji treści nauczania?

Oczywiście, jesteśmy otwarci na taką współpracę. Podobna praca zespołowa była już na etapie tworzenia podstawy programowej. Ministerstwo Edukacji Narodowej we współpracy z Ministerstwem Zdrowia powołało zespół, w którym znaleźli się specjaliści z Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sportu i Turystyki, a także przedstawiciele środowiska lekarskiego. Na czele zespołu stanął prof. Zbigniew Izdebski, doświadczony pedagog i seksuolog. Mówiąc szczerze, był on dla mnie główną inspiracją, by taki przedmiot wprowadzić. Profesor zwrócił uwagę, że wychowanie do życia w rodzinie zawężało tematykę zdrowia wyłącznie do zdrowia seksualnego. Przekonał mnie swoimi argumentami, że w dobie dezinformacji i kryzysu zdrowia psychicznego trzeba do tematu podejść szerzej, bo wiele młodych osób ma błędne wyobrażenie o zdrowiu.

Podczas prac spotkałam się także z przedstawicielami Naczelnej Izby Lekarskiej, która wsparła nas przy zmianie podstawy programowej ekspertem i uwagami. Podstawa programowa nie jest dokumentem danym raz na zawsze, więc przy jej modyfikacji tę współpracę będziemy kontynuować.

Jesteśmy już po pierwszym roku realizacji edukacji zdrowotnej jako przedmiotu nieobowiązkowego. Informacje zwrotne od uczniów, którzy na nią uczęszczali, były pozytywne. Rodzice też bardzo dobrze przedmiot ocenili. Jesteśmy otwarci na kolejne uwagi, zwłaszcza teraz, gdy edukacja zdrowotna będzie obowiązkowa.

W jaki sposób zostanie oceniona skuteczność nowego przedmiotu? Czy to będzie monitoring, badania, kolejne konsultacje?

Prostych narzędzi do oceny skuteczności nauczania danego przedmiotu właściwie nie ma, może poza przedmiotami egzaminacyjnymi, których skuteczność łatwiej zweryfikować. Efekty obowiązkowej edukacji zdrowotnej będziemy widzieli po latach – we wzroście zainteresowania badaniami profilaktycznymi, w zdrowszym stylu życia czy większej świadomości młodych ludzi na temat diety, znaczenia ruchu, unikania używek. To nie są proste wskaźniki, ale jestem przekonana, że edukacja zdrowotna przyniesie głęboki efekt społeczny.

Ważne jest to, że ocena z edukacji zdrowotnej znajdzie się na świadectwie, bo to uczniów mobilizuje. I właśnie dlatego bardzo mi zależało, żeby ten przedmiot stał się obowiązkowy.

Choć uważam, że zdrowie seksualne jest po prostu elementem zdrowia, wolałam pójść na kompromis z samą sobą, byle tylko dzieci otrzymały odpowiednią wiedzę. Kontrowersje i awantury polityczne nie powinny przenosić się do szkoły. Chcę, żeby edukacja zdrowotna była przedmiotem całkowicie odciętym od polityki, bo mammografia czy zdrowa dieta nie są polityczne, one są naprawdę potrzebne.

Jakie konkretne efekty zdrowotne chciałaby pani zobaczyć wśród młodzieży?

Po pierwsze, więcej ruchu. Fakt, że młodzież coraz mniej się rusza, jest jednym z poważniejszych problemów. Niby mamy świetną infrastrukturę i dużo w nią inwestujemy, ale nawyków ruchowych jest wciąż za mało.

Po drugie, niezwykle ważna jest też kwestia zdrowia psychicznego. Edukacja zdrowotna oczywiście nie zastąpi psychologa czy psychiatry, ale dzięki niej osoba w kryzysie będzie miała większą świadomość swoich problemów, będzie wiedziała, kiedy i do kogo się z nimi zwrócić. Będzie też bardziej wrażliwa na zachowania innych, które mogą świadczyć o kryzysie, a wtedy może stać się dla takich osób wsparciem.

Po trzecie, chciałabym zobaczyć u młodych ludzi odporność na fake newsy i zainteresowanie dbaniem o własne zdrowie. Chodzi o wyrobienie prostych, ale niezwykle potrzebnych nawyków higienicznych, jak regularne mycie zębów czy rąk, oraz profilaktycznych, jak stosowanie kremów z filtrem i przede wszystkim chodzenie na regularne badania.

Obowiązkowa edukacja zdrowotna, zakaz sprzedaży w szkolnych sklepikach niezdrowych produktów to bezsprzecznie duże zmiany. Czy ministerstwo ma jeszcze jakieś dodatkowe pomysły na poprawę zdrowia młodych Polaków?

Parlament przyjął ustawę o zakazie korzystania z telefonów komórkowych w przedszkolach i szkołach podstawowych. Za chwilę zaczniemy też pracę nad programem dotyczącym ograniczenia korzystania przez dzieci z social mediów, które często negatywnie wpływają na ich zdrowie psychiczne. Ministerstwo Cyfryzacji pracuje nad przepisami, które mają ograniczyć dostęp dzieci do pornografii poprzez bezpieczną weryfikację wieku. To niezwykle ważna kwestia dla zdrowia psychicznego i seksualnego. Treści pornograficzne są dziś praktycznie wszędzie w internecie, a dostęp do nich często wymaga jedynie „potwierdzenia", że ma się 18 lat. Te treści oglądają siedmio-, dziesięciolatki i to jest dewastujące dla ich psychiki, dla relacji, dla poczucia godności, bezpieczeństwa.

Ale to nie są jedyne problemy związane z internetem. Mówimy też o przemocy, o treściach, które potrafią prowadzić dzieci do angażowania się w grupy terrorystyczne.

Według raportu „Internet dzieci" w Polsce prawie półtora miliona dzieci w wieku 7–12 lat korzysta z platform społecznościowych, choć przecież w teorii platformy te definiują, że są dostępne od 13. roku życia. Dlatego wprowadzenie ograniczeń jest konieczne. Potrzebna jest do tego współpraca państw Unii Europejskiej i ten proces już się zaczyna – mówi o tym komisarz Ursula von der Leyen, mówią o tym przedstawiciele ministerstw w bardzo wielu krajach. Mamy już także przykład Australii, która wprowadziła takie ograniczenia.

Przykład Australii chyba ewidentnie pokazuje, że się da?

Tylko że ten model nie do końca się sprawdził. Po początkowym pozytywnym efekcie ograniczeń młodzież dość szybko znalazła sposoby, żeby je obejść. W Polsce na fali tamtego entuzjazmu chcieliśmy podobne zmiany wprowadzić już wcześniej, ale uczymy się na błędach. Wiemy, że trzeba to zrobić wolniej, za to skuteczniej. I bezpieczniej dla wszystkich, bo nikt nie chce ograniczać wolności i swobód dorosłym ludziom, ale wolność dorosłych nie może odbywać się kosztem zdrowia dzieci.

Patrzeć *i* widzieć



fot. Marcin Faliński

Wrzesień to nie tylko kompletowanie podręczników i szkolnej wyprawki, ale także dobry moment na profilaktyczną kontrolę wzroku dziecka. Coraz więcej młodych ludzi zmaga się z krótkowzrocznością, a długotrwałe korzystanie z urządzeń cyfrowych dodatkowo sprzyja problemom ze wzrokiem. O dziecięcych oczach rozmawiam z lek. okulistą **Małgorzatą Terlecką-Maciejewską**, wiceprezesem ORL w Warszawie, zastępcą dyrektora ds. opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Początek roku szkolnego to okres wzmożonego wysiłku wzrokowego. Jakie znaczenie ma profilaktyczna kontrola okulistyczna dziecka przed powrotem do szkoły?
Rzeczywiście, początek roku szkolnego to dobry moment, aby ocenić, czy dziecko widzi prawidłowo. Wiele wad wzroku rozwija się stopniowo, a dzieci często nie zgłaszają problemów, ponieważ nie wiedzą, że mogą widzieć lepiej. Niewykryta wada refrakcji może wpływać na koncentrację, tempo czytania, wyniki w nauce, a nawet powodować bóle głowy czy zmęczenie.

Jakie zaburzenia widzenia są obecnie najczęściej rozpoznawane u dzieci i młodzieży szkolnej?
Najczęściej diagnozujemy wady refrakcji, przede wszystkim krótkowzroczność, której częstotliwość wyraźnie wzrasta. Równie często występują astygmatyzm oraz nadwzroczność, zwłaszcza u młodszych dzieci. U najmłodszych istotnym problemem pozostają również zez i niedowidzenie, których skuteczne leczenie jest możliwe przede wszystkim we wczesnym wieku.

W ostatnich latach obserwujemy coraz więcej dzieci z objawami przemęczenia wzroku, związanymi z długotrwałą pracą z bliska i korzystaniem z różnych urządzeń cyfrowych.

Coraz częściej mówi się o epidemii krótkowzroczności. Jak duża jest skala tego problemu w Polsce?
Niestety, to określenie nie jest przesadzone. W wielu krajach liczba osób z krótkowzrocznością dynamicznie rośnie, a podobny trend obserwujemy również w Polsce. Szacuje się, że u nastolatków wada ta dotyczy już nawet 30–40 proc. populacji, a w niektórych grupach odsetek jest jeszcze wyższy.

Najważniejszymi czynnikami ryzyka są predyspozycje genetyczne, długotrwała praca z bliska oraz zbyt mała ilość czasu spędzanego na świeżym powietrzu. Badania pokazują, że regularna aktywność na zewnątrz, najlepiej ok. dwóch godzin dziennie, może zmniejszać ryzyko rozwoju krótkowzroczności.

Czy istnieją skuteczne metody kontroli postępującej krótkowzroczności?

Tak. W ostatnich latach nastąpił bardzo duży postęp w kontroli krótkowzroczności. Najlepiej udokumentowane metody obejmują stosowanie niskich stężeń atropiny, specjalistycznych soczewek okularowych oraz soczewek kontaktowych zaprojektowanych do spowalniania wzrostu gałki ocznej. Wybór metody zależy od wieku dziecka, tempa progresji wady, stylu życia oraz współpracy z rodziną. Leczeniu zawsze powinny towarzyszyć zalecenia dotyczące higieny wzroku i co nie powinno nikogo dziwić, zwiększenie czasu spędzanego na świeżym powietrzu.

Jaki wpływ na zdrowie oczu dzieci ma intensywne korzystanie z urządzeń cyfrowych?

Ogromny. Nadmierne korzystanie z ekranów wiąże się z większym zmęczeniem oczu, rzadszym mruganiem, suchością powierzchni oka oraz długotrwałą pracą z bliska, która sprzyja rozwojowi krótkowzroczności. Coraz więcej badań wskazuje na związek między intensywnym czasem ekranowym a szybszą progresją krótkowzroczności, choć wpływ poszczególnych urządzeń trudno oddzielić od ogólnego stylu życia. Nadal gromadzimy dane dotyczące skutków wieloletniej ekspozycji na ekrany, jednak już dziś wiemy, że konieczne jest zachowanie umiaru oraz regularne przerwy podczas nauki i rozrywki.

W jakim wieku i z jaką częstotliwością powinny być wykonywane przesiewowe badania wzroku u dzieci? Czy obowiązujący system badań profilaktycznych jest wystarczający?

Ocena narządu wzroku powinna rozpoczynać się już w okresie niemowlęcym podczas badań bilansowych. Przesiewowe badania ostrości wzroku warto wykonywać regularnie w wieku przedszkolnym oraz szkolnym, szczególnie przed rozpoczęciem nauki i następnie co rok–dwa lata lub częściej u dzieci z rozpoznaną wadą wzroku albo obciążonym wywiadem rodzinnym. Obecny system badań profilaktycznych wymaga dalszego wzmocnienia, ponieważ nie wszystkie dzieci trafiają na badania w odpowiednim czasie, a część wad pozostaje nierozpoznana przez wiele lat.

Jakie objawy powinny skłonić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do pilnego skierowania dziecka do okulisty?

Niepokój powinny wzbudzić nagłe pogorszenie widzenia, podwójne widzenie, zez pojawiający się nagle, ból oka, zaczerwienienie z pogorszeniem ostrości wzroku, światłowstręt oraz każdy podejrzany odblask ze źrenicy. Pilnej konsultacji wymagają również objawy mogące sugerować choroby neurologiczne lub nowotworowe, takie jak wytrzeszcz oka czy utrzymujące się zaburzenia ruchomości gałek ocznych.

Które schorzenia okulistyczne wieku dziecięcego są nadal rozpoznawane zbyt późno mimo dostępnych możliwości diagnostycznych?

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

10.10.2026 godz. **10.00–15.30**



Wykłady i warsztaty

- **ADHD u dorosłych**
- **Wypalenie zawodowe**
- **Social media a ryzyko uzależnienia**
- **Radzenie sobie ze stresem**

Więcej szczegółów:



fot. licencja OIL w Warszawie

Najczęściej zbyt późno rozpoznawane są, niestety, niedowidzenie oraz niektóre postacie zeza, ponieważ początkowo mogą przebiegać bez wyraźnych objawów. Nadal zdarzają się również opóźnienia w wykrywaniu wysokich wad refrakcji, wrodzonej zaćmy czy jaskry dziecięcej. Wczesna diagnoza ma ogromne znaczenie, ponieważ w przypadku części schorzeń okno terapeutyczne jest ograniczone.

Jakie wyzwania stoją dziś przed okulistyką dziecięcą w Polsce?

Największym wyzwaniem jest rosnąca liczba dzieci z krótkowzrocznością oraz zapewnienie im odpowiednio wczesnej diagnostyki i nowoczesnego leczenia. Równocześnie obserwujemy niedobór specjalistów okulistyki dziecięcej oraz wydłużający się czas oczekiwania na wizyty. Istotnym wyzwaniem pozostaje także edukacja społeczeństwa dotycząca profilaktyki, ponieważ wiele czynników ryzyka można ograniczyć poprzez zmianę codziennych nawyków.

Jakie znaczenie ma edukacja rodziców w profilaktyce wad wzroku i które zalecenia uważa pani za najważniejsze przed rozpoczęciem nowego roku szkolnego?

Rodzice odgrywają kluczową rolę, ponieważ to oni organizują dziecku codzienne warunki do nauki i odpoczynku. Warto zadbać o odpowiednie oświetlenie miejsca pracy, prawidłową odległość od książki i ekranu, regularne przerwy podczas nauki oraz codzienną aktywność na świeżym powietrzu. Nie należy także bagatelizować takich sygnałów, jak mrużenie oczu, przybliżanie tekstu do twarzy czy niechęć do czytania. Regularne badania wzroku są równie ważne jak wizyty u stomatologa czy bilanse zdrowia.

Gdyby miała pani wskazać trzy najważniejsze działania profilaktyczne, które mogą ograniczyć rozwój wad wzroku u dzieci, jakie by one były?

Po pierwsze – regularne badania okulistyczne lub przesiewowe, dzięki którym można wcześnie wykryć i leczyć zaburzenia widzenia. Po drugie – codzienny czas spędzany na świeżym powietrzu, najlepiej minimum dwie godziny dziennie, ponieważ jest to jeden z najlepiej udokumentowanych sposobów zmniejszania ryzyka rozwoju krótkowzroczności. Po trzecie – higiena pracy wzrokowej: ograniczanie nadmiernego czasu przed ekranami, robienie regularnych przerw podczas nauki, odpowiednie oświetlenie oraz zachowanie właściwej odległości od książki czy monitora.

To proste nawyki, które mogą przynieść realne korzyści dla zdrowia oczu naszych dzieci. ●



Jak lekarz może zabezpieczyć swoje dochody?

Specjalna oferta ubezpieczenia dla członków Okręgowej 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 nieprzewidzianych 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 .

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

- dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50 (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”.

MATERIAŁ MARKETINGOWY

Złapani w sieć





PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”

Dzieci dorastają dzisiaj w świecie internetu i mediów społecznościowych. Od kogo zależy, by w tym cyfrowym świecie nie zalajkowały się na śmierć?

Począwszy od września tego roku polskie szkoły podstawowe mają stać się oazami analogowego spokoju. Ministerstwo Edukacji z właściwym sobie triumfalizmem wprowadza ograniczenia korzystania z telefonów komórkowych w placówkach edukacyjnych. Scenariusz malowany przez urzędników jest urzekająco prosty – oto uczeń przekracza próg szkoły, dobrowolnie deponuje swój cyfrowy substytut wolności, po czym radośnie powraca do spontanicznej zabawy na korytarzu, wspinania się na drzewa i budowania charakteru przez zdrowe, analogowe upadki. Politycy uwierzyli, że jednym pociągnięciem zlikwidują trwający od lat, wielowymiarowy kryzys zdrowia psychicznego młodego pokolenia. A zrobili to z miną strażaków gaszących pożar, który sami przez lata obserwowali z bezpiecznej odległości.

Wreszcie – powiedzą jedni. Zbyt późno – westchną drudzy. A jeszcze inni zaczną się zastanawiać, czy przypadkiem nie próbujemy leczyć zapalenia płuc plastrem. Bo jeśli wierzyć raportowi „Internet dzieci 2026”, przygotowanemu przez Fundację Instytut Cyfrowego Obywatelstwa, cyfrowa rzeczywistość nie jest już dodatkiem do dzieciństwa. Ona dzieciństwo po prostu skolonizowała. Smartfon to ani gadżet, ani telefon. Jest przepustką do grupy, pamiętnikiem, lustrem, sceną, gabinetem kosmetycznym, automatem z dopaminą, a czasem również psychoterapeutą. Z internetu korzysta 2,6 mln dzieci w wieku 7–14 lat (to po-

fot. Leszek Zych / „Polityka”



fot. licencja OIL w Warszawie

nad 80 proc. tej grupy). Średnio spędzają online 4 godziny i 25 minut dziennie. TikTok pożera 29 proc. tego czasu, YouTube – 22 proc. Aż 32 proc. dzieci w tym wieku miało kontakt z treściami pornograficznymi. Ponad milion spotkało się z reklamami alkoholu w social mediach. Treści edukacyjne? Ledwie 1 proc. całego czasu online.

Zakaz w szkole brzmi więc atrakcyjnie. Tak jak pomysł, by walczyć z epidemią otyłości poprzez zamknięcie szkolnego sklepiku, podczas gdy tuż za bramą czeka galeria handlowa z trzema fast foodami. To nie znaczy, że zakaz jest zły. Problem polega na tym, że zbyt łatwo uwierzyć, iż będzie wystarczający.

Najlepszym dowodem jest Australia, która była pierwszym krajem, gdzie postanowiono uderzyć naprawdę mocno i w grudniu 2025 r. wprowadzono zakaz korzystania z mediów społecznościowych przez osoby poniżej 16 lat. Po pół roku okazało się, że rewolucje mają irytującą właściwość: nie chcą przebiegać zgodnie z planem. Miliony kont wprawdzie zniknęły, lecz ok. siedmiu na dziesięciu rodziców przyznało, że ich dzieci nadal korzystają z tych samych platform. Regulatorzy rozpoczęli postępowania wobec największych firm technologicznych, rząd podniósł kary finansowe, a premier zarzucił big techowi, że robi „absolutne minimum". Najbardziej zapadły jednak w pamięć słowa australijskiej komisarz ds. bezpieczeństwa w sieci Julie Inman Grant, która stwierdziła, że egzekwowanie nowych przepisów przypomina… ogradzanie oceanu. To zdanie warto powiesić nad biurkiem każdego ministra edukacji, bo prawdopodobnie będziemy mieli z tym do czynienia również w Polsce.

Internet nie przypomina szkolnego boiska, którego furtkę można zamknąć na klucz. Jest raczej powietrzem, którym oddycha współczesny nastolatek. Jeśli odbierzemy mu telefon podczas lekcji, to odzyska go w autobusie, galerii handlowej, u kolegi, a za chwilę zapewne również w okularach rozszerzonej rzeczywistości. Próba całkowitego odcięcia od sieci przypomina próbę wychowania dziecka w świecie bez elektryczności. I właśnie dlatego dyskusja o smartfonach tak często skręca w ślepą uliczkę. Jonathan Haidt, autor głośnej

książki „Niespokojne pokolenie", przekonuje, że smartfon przeprogramował dzieciństwo. Trudno odmówić mu racji, gdy pokazuje gwałtowny wzrost depresji, zaburzeń lękowych i samookaleczeń zbiegający się z eksplozją mediów społecznościowych. Taka diagnoza działa na wyobraźnię, bo każdy z nas widział nastolatków siedzących razem przy jednym stoliku, którzy zamiast rozmawiać, stukają kciukami w ekrany.

Ale Haidt bywa również niebezpiecznie uwodzicielski, snując opowieść, która wskazuje jednego winnego. Kiedyś telewizja, potem gry komputerowe, teraz smartfon? Problem w tym, że dzieci nie wychowują algorytmy. Nadal wychowują je dorośli. I tu warto posłuchać prof. Aleksandry Lewandowskiej, konsultant krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, która zwraca uwagę, że szkodliwy wpływ mediów społecznościowych idzie w parze z kryzysem rodzicielstwa. Wszak dorośli sami zanurzyli się w ekranach. W poradniach widać ich codziennie: siedzą obok dzieci, każde patrzy we własny telefon. Gdy trzynastolatek trafia na oddział psychiatryczny, pierwsze pytanie matki często nie brzmi: *Jak mu pomóc?*, tylko: *Czy będzie mógł mieć telefon?* Smartfony stały się w wielu wypadkach emocjonalną protezą całej rodziny.

Na przekór zdrowemu rozsądkowi, który podpowiada, że to nie telefon, ale rozumiana po staremu, spontaniczna zabawa rozwija dziecko w sposób, którego nie zastąpi żadna aplikacja. Aktywność ruchowa angażuje korę ruchową i sensoryczną, uczy rozpoznawania emocji oraz budowania relacji. Żywa obecność drugiego człowieka pozostaje biologicznie niezastępowalna. Tylko kto ma dziś z tym dzieckiem wyjść na podwórko? I dlatego coraz częściej słyszymy historie, które jeszcze dekadę temu wydawałyby się groteską. Trzylatek trafia do specjalisty z powodu opóźnionego rozwoju mowy, ale tablet dostał w drugim roku życia. Mama nadal go karmi, żeby się nie ubrudził, miksuje jedzenie, wyręcza w każdej czynności. Czy winny jest ekran? Pewnie częściowo tak. Ale on nie pojawił się przypadkiem. Ktoś podał go dziecku jako elektroniczny smoczek. Łatwiej przecież kliknąć *odtwórz następny film*, niż cierpliwie znosić dziecięce marudzenie. Technologia nie stworzyła tego mechanizmu. Jedynie uczyniła go niezwykle wygodnym.

Wspomniany raport „Internet dzieci 2026" pokazuje, że walka z cyfrowym światem przypomina próbę zatrzymania przypływu przy pomocy wiadra. Dla dzisiejszych nastolatków internet nie jest nową technologią, ale raczej środowiskiem naturalnym, jak woda i prąd. Nie da się odłączyć od czegoś, co uzyskało status dobra powszechnego użytku. Dlatego wszelkie apele o „powrót do normalności" brzmią czasem jak nawoływanie do przywrócenia budek telefonicznych.

Dla lekarzy nie jest to abstrakcyjna teoria. Pediatrzy widzą dzieci trafiające do gabinetów po nieprzespanych nocach. Lekarze oddziałów ratunkowych spotykają uczniów, którzy zasłabli po wielogodzinnych sesjach przed ekranami. Okuliści biją na alarm w kwestii epidemii krótkowzroczności. Psychiatrzy obserwują narastające problemy z lękiem społecznym, izolacją i obniżonym nastrojem. Coraz więcej nastolatków zgłasza trudności w podstawowych kontaktach społecznych. Nie potrafią zagadać do rówieśnika, odezwać się w grupie, rozpocząć rozmowy twarzą w twarz. Komunikatory świetnie uczą wysyłania wiadomości. Znacznie gorzej bycia z drugim człowiekiem.

A przecież rozwój psychiczny nie odbywa się wyłącznie w korze przedczołowej. Odbywa się również na boisku, na szkolnym korytarzu, podczas kłótni z kolegą, wspólnej zabawy, porażki, kompromitacji, pierwszego zakochania i pierwszego odrzucenia. Wszystkich tych doświadczeń, które są czasem nieprzyjemne, ale niezbędne. Haidt trafnie przypomina, że dzieciństwo jest treningiem odporności psychicznej. Problem polega na tym, że współczesny świat jednocześnie nadmiernie chroni dzieci przed realnymi trudnościami i pozostawia je całkowicie bezbronne wobec trudności cyfrowych.

Nie pozwalamy samodzielnie wrócić ze szkoły, ale pozwalamy rozmawiać z nieznajomymi na platformach, których działania nie rozumieją nawet ich twórcy. Trudno o bardziej paradoksalny model wychowania. Jeszcze ciekawszy wydaje się jednak fakt, że internet nie jest wyłącznie zagrożeniem. Badania przywoływane przez ekspertów pokazują, że wielu nastolatków znajduje w mediach społecznościowych wsparcie emocjonalne, poczucie akceptacji, możliwość twórczej ekspresji czy dostęp do wiedzy. Dla części młodych ludzi internet stał się przestrzenią poszukiwania pomocy psychologicznej, edukacji zdrowotnej lub kontaktu z osobami przeżywającymi podobne problemy.

To nie jest argument przeciwko ograniczeniom. To argument przeciwko intelektualnemu lenistwu. Bo jeśli uznamy smartfon za wyłączne źródło zła, przestaniemy zadawać trudniejsze pytania. Dlaczego dzieci uciekają do sieci? Dlaczego relacje cyfrowe bywają atrakcyjniejsze od realnych? Dlaczego tak wielu młodych ludzi mówi o samotności mimo nieustannego kontaktu z innymi? Lekarze wiedzą, że skuteczna terapia zaczyna się od właściwej diagnozy. A diagnoza brzmi: problemem nie jest sam telefon, lecz środowisko, które coraz częściej pozostawia z nim najmłodszych sam na sam.

Zakaz w szkołach może okazać się potrzebnym sygnałem i ograniczyć rozpraszanie podczas lekcji albo pomóc odzyskać część szkolnej przestrzeni dla rozmowy lub ruchu. Nie powinniśmy jednak oczekiwać cudów. Australia już pokazała, jak trudno egzekwować podobne rozwiązania. Jeśli dzieci nadal funkcjonują w kulturze permanentnego podłączenia, sam zakaz przypomina przesuwanie mebli w domu, którego fundamenty zaczynają pękać.

Dlatego prawdziwe wyzwanie nie dotyczy smartfonów. Dotyczy dorosłych: rodziców, którzy muszą nauczyć się być bardziej interesujący niż algorytm TikToka; nauczycieli, którzy powinni uczyć kompetencji emocjonalnych równie intensywnie jak matematyki; lekarzy, którzy coraz częściej stają się pierwszymi świadkami skutków cyfrowego przeciążenia. No i polityków, którzy muszą zrozumieć, że żadna ustawa nie zastąpi wychowania. Bo najłatwiej zabrać dziecku telefon, ale trudniej sprawić, by po jego odłożeniu miało do czego wrócić. ●

W poszukiwaniu sprawdzonych informacji



KAROL STĘPNIEWSKI
wiceprezes ORL w Warszawie,
przewodniczący Delegatury Radomskiej

Wydawać by się mogło, że okres wakacji będzie wytchnieniem dla nas wszystkich. Większość zaplanowała zasłużony urlop, rok szkolny i akademicki dobiegł końca, a pogoda za oknem, niejednokrotnie tropikalna, sprzyjała wszystkiemu innemu aniżeli pracy. Podobnie w samorządzie lekarskim liczyliśmy trochę na sezon ogórkowy, ale o tym, że życie nie znosi próżni, przekonaliśmy się aż nadto.

O statusie materialnym lekarzy w ostatnich miesiącach powiedziano chyba już wszystko. Kolejne wiadomości, z różnego powodu, elektryzowały nie tylko społeczeństwo, ale również nas, lekarzy. Niestety, w większości były to informacje wątpliwej wiarygodności, wyrwane z kontekstu, a nawet często zmanipulowane. Wykazane nieprawidłowości dotyczyły promila naszej grupy zawodowej, a nie nas jako całości. Natomiast to wystarczyło, aby społeczeństwo, w niemałej części, przyjęło stanowisko, ostatecznie mocno krzywdzące dla naszego środowiska.

Ale czy po raz pierwszy ludzie dają się tak manipulować? Dlaczego tak łatwo wierzą w niezweryfikowane informacje? Myślę, że powodów jest wiele. Jednym z podstawowych są emocje. Gniew, strach, ale i radość powodują, że wyłączamy krytyczne myślenie. Wiąże się to z rosnącym tempem życia. W natłoku zajęć mamy mniej czasu na sprawdzenie autentyczności informacji. Jeśli dołożymy do tego skłonność do chętnego potwierdzania naszego zdania i odrzucania faktów, które mu przeczą, dodamy naszych znajomych i rodzinę o podobnych opiniach (przecież to z nimi najczęściej się spotykamy), to przepis na katastrofę gotowy. Dezinformacja w całej okazałości.

Na tej bazie powstaje kolejny, znacznie szerszy i bardziej niebezpieczny problem. Pseudomedycyna, czyli stosowanie metod leczenia i diagnozowania, które nie mają oparcia w rzetelnej nauce i dowodach medycznych. Stanowi to ogromne zagrożenie dla społeczeństwa. Ucieczka od konwencjonalnej, akademickiej medycyny opartej na aktualnej wiedzy medycznej nieraz kończyła się tragicznie. Niestety, coraz częściej słyszymy o przerwanym leczeniu onkologicznym na rzecz „cudownych, ukrytych terapii" czy zaniechaniu szczepień u dzieci. To tylko wierzchołek góry lodowej. Każdy z nas zapewne może przytoczyć historie pacjentów, którzy ulegli podobnym praktykom. Bardzo często zostali zmanipulowani przez osoby czy organizacje, które z pseudomedycyny zrobiły sposób na życie i często ogromny biznes. Uważam, że tego typu działalność powinna być karana przez państwo z całą surowością. Nie mam większej pogardy dla osoby, która żeruje na ludzkiej naiwności, niepewności i strachu pacjenta w sytuacji dla niego krytycznej i proponuje zaprzestanie leczenia na rzecz swoich pseudomedycznych praktyk.

Chory ma prawo czuć się zagubiony, nie rozumieć swojego stanu zdrowia lub w strachu podejmować nieracjonalne decyzje. Dlatego tak ważna jest edukacja i wsparcie w trudnych chwilach. Bądźmy przy pacjentach, dokształcajmy się na bieżąco, a wszelkie rodzaje pseudomedycyny zgłaszajmy do izby lekarskiej. Liczymy, że przygotowana nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, potocznie zwana „lex szarlatan", pomoże nam w walce o zdrowie i życie pacjenta. ●

fot. Marcin Faliński

PROGRAM STYPENDIALNY

więcej informacji:

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

→ Nabór wniosków **do 30 września 2026 r.** | maksymalna kwota dofinansowania **7500 zł**

Kiedy nie możemy już wyleczyć. O lekach i procedurach medycyny końca życia



AGATA MALENDA
dr n. med., specjalistka chorób wewnętrznych, hematologii oraz medycyny paliatywnej

Pani doktor, ja umieram, ale strasznie się boję… – powiedziała pacjentka, kiedy zapytałam, jak się czuje. Zupełnie nie wiedziałam, co odpowiedzieć.

Podczas studiów medycznych uczymy się rozpoznawać choroby, potwierdzać diagnozy i wdrażać leczenie. Sukcesy mierzymy wynikami badań, remisjami i statystykami przeżycia. Znacznie rzadziej uczymy się, co robić, gdy możliwości medycyny naprawczej dobiegają końca. Kiedy umiera nie tylko ciało człowieka, ale zaczyna rozpadać się cały jego świat.

To właśnie wtedy wielu z nas odruchowo wraca tam, gdzie czuje się pewnie – do kolejnych badań, procedur i pacjentów, których nadal możemy wyleczyć.

ŚMIERĆ NIE ZAWSZE JEST PORAŻKĄ

W medycynie łatwo popaść w dwie skrajności. Traktować śmierć jak wroga, którego trzeba pokonać za wszelką cenę, nawet jeśli prowadzi to do terapii daremnej. Albo uznać, że skoro nie możemy już się wyleczyć, pozostaje jedynie bierne oczekiwanie na koniec.

Tymczasem właśnie pomiędzy tymi postawami zaczyna się medycyna końca życia. Nie przyspiesza śmierci, ale też nie pozostawia człowieka samego. Jej celem jest poprawa jakości życia, łagodzenie cierpienia i wsparcie chorego oraz jego bliskich.

KTO NAPRAWDĘ „ROKUJE”?

Podczas debaty wokół książki Mateusza Pakuły „Jak nie zabiłem swojego ojca i jak bardzo tego żałuję” jedna z lekarek pracujących w Wielkiej Brytanii powiedziała zdanie, którego nie zapomnę: *Kiedy zaczynam obchód, najpierw idę do pacjentów umierających. Sprawdzić, czy niczego ode mnie nie potrzebują*.

Pomyślałam wtedy, że ja zawsze robiłam odwrotnie. Najpierw szłam do pacjentów, przy których trzeba było podejmować kolejne decyzje, zlecać badania i modyfikować leczenie. Umierającym często zostawało tylko krótkie spojrzenie na koniec obchodu. Nie dlatego, że byli mniej ważni. Po prostu długo nie wiedziałam, jak wiele medycyna może jeszcze zaoferować człowiekowi, którego nie jesteśmy już w stanie wyleczyć.

Kilka miesięcy później, podczas dyżuru na oddziale chorób wewnętrznych, opiekowałam się ok. 30 pacjentami. O trzech usłyszałam: *nie rokują*. W nocy nagle pogorszył się stan innego chorego – 91-letniego mężczyzny z zaawansowaną chorobą Alzheimera. Przejrzałam dokumentację. Znałam jego rozpoznania. Nie znałam jego wartości.

Decyzja o reanimacji w takich chwilach zapada w kilka sekund. Nigdy nie jest ona łatwa i jednoznaczna. Gdybyśmy postawili obok siebie trzech lekarzy – dla każdego mogłaby być inna. Pierwszy powie: *Nie. Nikt nie chciałby dłużej żyć z takimi obciążeniami. Ma 91 lat, dajmy mu umrzeć*. Drugi: *Tak! W dokumentacji nie ma nic na temat odstąpienia od reanimacji, trzeba podjąć działanie*. Trzeci się zastanowi: *Ja bym nie reanimował, ale zrobię to dla rodziny, żebym później nie musiał się tłumaczyć*. Każda z tych decyzji wynika z doświadczenia i lęków lekarza, ale czy odzwierciedla wolę pacjenta? Tego często nie wiemy, bo nikt wcześniej nie zadał takiego pytania.

O ile łatwiejsza byłaby nasza praca, gdyby obok wyników badań w karcie widniała krótka adnotacja: *Rozmawialiśmy. Wiemy, co dla tego człowieka jest ważne i gdzie przebiega granica między ratowaniem życia a przedłużaniem cierpienia*.

Rozmowa nie odbiera nadziei. Ona zmienia jej kierunek. Z „będziemy walczyć do upadłego” na „zadbamy o to, żeby nie cierpiał”.

TYLKO, PROSZĘ, NIE MORFINĘ

Czego tak naprawdę boimy się u kresu życia?

– Pani doktor, wszystko byłoby do zniesienia, gdyby nie ten ból – usłyszałam od pewnej pacjentki.

– A co pani przyjmuje? – zapytałam.

– Paracetamol.

– W takim razie zaproponuję pani coś jeszcze.

– Tylko, proszę, nie morfinę. Ja jeszcze nie chcę umierać.

Lęk przed opioidami (*opiophobia*) to powszechny problem – nie tylko wśród chorych, ale i części medyków. Morfina w społecznej świadomości funkcjonuje jako zwiastun nadchodzącej śmierci, a nie jako bezpieczny lek znoszący ból czy duszność.

Brak systemowej edukacji o medycynie paliatywnej sprawia, że wciąż pokutują szkodliwe przekonania, iż „śmierć

fot. archiwum prywatne

musi boleć". Tymczasem współczesna medycyna potrafi skutecznie łagodzić większość objawów u kresu życia.

NIE KAŻDY BÓL POCHODZI Z CIAŁA

Cicely Saunders, twórczyni współczesnej opieki hospicyjnej, opisała koncepcję bólu totalnego. Pokazywała, że u kresu życia człowiek cierpi nie tylko fizycznie. Równie dotkliwy może być ból psychiczny, społeczny, duchowy i egzystencjalny.

Pacjent może powiedzieć: *Nic mnie nie boli, ale czuję ogromny lęk*. Albo: *Nie wiem, jak pożegnać się z moją rodziną*.

Sama morfina nie rozwiąże bólu totalnego, a często nawet bólu fizycznego. W schematach leczenia u schyłku życia kluczową rolę odgrywają także benzodiazepiny, neuroleptyki, leki przeciwwymiotne, spazmolityki czy preparaty zmniejszające wydzielinę w drogach oddechowych. Czasem jednak najlepszym „lekiem" na cierpienie egzystencjalne jest po prostu obecność, wysłuchanie i zgoda na pożegnanie. To również są procedury medyczne, choć nie wycenia ich żaden płatnik.



fot. licencja OIL w Warszawie

POTRZEBNA JEST CAŁA WIOSKA

Żaden lekarz, choćby był wybitnym specjalistą, nie udźwignie samotnie opieki nad umierającym pacjentem. Potrzebujemy wielodyscyplinarnego zespołu – „wioski", w skład której wchodzą lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni, psycholodzy, duchowni oraz rodzina.

Praca w takim zespole wymaga jednak od nas czegoś jeszcze: uważności wobec samych siebie. Praca z umierającymi obciąża psychicznie. Bez umiejętności stawiania granic, superwizji i prawa do odpoczynku bardzo łatwo wpaść w pułapkę cynizmu i wypalenia zawodowego.

EPILOG

Gdyby dziś pacjentka powiedziała: *pani doktor, ja umieram, ale strasznie się boję*, zachowałabym się inaczej. Nie szukałabym idealnej odpowiedzi. Usiadłabym obok i została z nią trochę dłużej. Bo rozmowa nie odbiera nadziei. Ona zmienia jej kierunek. ●

Zapraszamy na szkolenia!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na bezpłatne szkolenia online i stacjonarne. Za wszystkie zdobywa się punkty edukacyjne.

WRZESIEŃ 2026

8.09 | **godz. 19.00–21.00** – Lekarz w systemie – jak świadomie poruszać się w realiach prawno-organizacyjnych – Jakub Adamski (online)

10.09 | **godz. 19.00–21.00** – Jaką formę zatrudnienia wybrać? Praktyczne porównanie UoP, UZ i JDG – adw. Przemysław Rawa-Klocek (online)

15.09 | **godz. 19.00–21.00** – Medycyna końca życia: jakie leki i procedury warto stosować? – dr n. med. Agata Malenda (online)

16.09 | **godz. 19.00–21.00** – Odpowiedzialność lekarza – cywilna, karna, zawodowa – Katarzyna Smak (online)

17.09 | **godz. 17.00–20.00** – Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dorosłych z użyciem AED – dr n. med. Piotr Abramczyk (stacjonarnie w Warszawie)

22.09 | **godz. 17.00–20.00** – Organizacja systemu ochrony zdrowia – *who is who* w ochronie zdrowia – jak, jakie i dlaczego podejmowane są decyzje – Jakub Adamski (stacjonarnie w Warszawie)

Więcej informacji i zapisy:

Zdrowe dziąsła – ważny element zdrowia całego organizmu

Krwawienie dziąseł to nie błahostka, lecz jeden z pierwszych sygnałów choroby przyzębia. O tym, dlaczego zdrowie dziąseł ma znaczenie dla całego organizmu i jaką rolę w profilaktyce mogą odegrać lekarze różnych specjalności, mówi **lek. dent. Daniel Gola**, specjalista periodontologii, twórca Akademii Uśmiechu – platformy edukacyjnej dla lekarzy i lekarzy dentystów.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**



fot. archiwum prywatne

Czym jest periodontologia? I czy rzeczywiście periodontolog jest potrzebny?

Periodontologia zajmuje się profilaktyką, diagnostyką i leczeniem chorób dziąseł oraz przyzębia, czyli tkanek, które utrzymują nasze zęby. Zapalenie dziąseł jest procesem odwracalnym, natomiast zapalenie przyzębia to przewlekła choroba prowadząca do niszczenia tkanek i kości otaczających zęby, a nieleczona – nawet do ich utraty. Podstawową diagnostykę powinien przeprowadzać każdy lekarz dentysta, natomiast bardziej zaawansowane przypadki wymagają opieki periodontologa. Choroba może przez wiele lat rozwijać się niemal bez bólu, dlatego pacjenci często zgłaszają się zbyt późno.

Jak dużo pacjentów cierpi na choroby dziąseł i jak leczenie przyzębia wpływa na ogólny stan zdrowia pacjenta?

Skala problemu w Polsce jest ogromna. W grupie osób w wieku 35–44 lat zaledwie 1 proc. badanych ma całkowicie zdrowe przyzębie. Ponad połowa ma patologiczne kieszonki przyzębne, a u kilkunastu procent występują zmiany świadczące o zaawansowanej destrukcji tkanek.

Jamy ustnej nie możemy traktować w oderwaniu od reszty organizmu. Najlepiej poznanym przykładem jest dwukierunkowa zależność z cukrzycą – źle kontrolowana cukrzyca zwiększa ryzyko i ciężkość zapalenia przyzębia, a *periodontitis* może utrudniać kontrolę glikemii. Istnieją również związki z chorobami sercowo-naczyniowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów czy niektórymi chorobami neurodegeneracyjnymi. Wiele z tych schorzeń łączą wspólne czynniki ryzyka, m.in. palenie tytoniu, otyłość, nieprawidłowa dieta i mała aktywność fizyczna.

Jak więc dobrze dbać o dziąsła?

Podstawą jest szczotkowanie zębów dwa razy dziennie przez co najmniej dwie minuty oraz codzienne oczyszczanie przestrzeni międzyzębowych. W ciasnych przestrzeniach stosujemy nić dentystyczną, a przy otwartych – odpowiednio dobrane szczoteczki międzyzębowe. Badania wskazują, że szczoteczki elektryczne z okrągłą główką skuteczniej redukują płytkę bakteryjną i zapalenie dziąseł niż manualne, dlatego je rekomenduję pacjentom. Najważniejsze pozostają: odpowiednia szczoteczka i pasta, prawidłowa technika, systematyczność i indywidualne dopasowanie higieny.

Jaka jest rola lekarza w dbaniu o dobrostan pacjenta w kontekście zdrowia przyzębia?

Lekarz każdej specjalności może odegrać ważną rolę we wczesnym wykrywaniu chorób przyzębia. Nie chodzi o to, aby lekarz POZ diagnozował chorobę przyzębia, ale aby pamiętał o zdrowiu jamy ustnej jako elemencie zdrowia pacjenta. Krótki wywiad i skierowanie do dentysty mogą pozwolić wykryć chorobę wcześniej. Chciałbym, aby pytanie o zdrowie jamy ustnej stało się naturalnym elementem wywiadu lekarskiego, podobnie jak pytania o palenie tytoniu, dietę czy aktywność fizyczną.

Jakie są znaki ostrzegawcze ze strony dziąseł, na podstawie których zarówno pacjent, jak i lekarz ogólny powinni pomyśleć o konsultacji dentystycznej czy periodontologicznej?

Pomocne może być pięć prostych pytań: czy podczas mycia zębów pojawia się krew? Czy zęby zaczęły się ruszać lub „wydłużać"? Czy mimo mycia utrzymuje się nieprzyjemny zapach z ust? Czy pojawiły się nowe przerwy między zębami? Czy ktoś w rodzinie stracił zęby w młodym wieku z powodu choroby przyzębia?

Twierdząca odpowiedź powinna skłonić do konsultacji stomatologicznej. Nie należy czekać na ból – zapalenie przyzębia może przez wiele lat rozwijać się bezboleśnie. Krwawienie dziąseł nie jest normą. ●

Oral-B iO™

PTS REKOMENDACJA

100% czystsze zęby*



AMBASADORKA ZDROWYCH NAWYKÓW

* w porównaniu z użyciem zwykłej szczoteczki manualnej

Przyszłość stomatologii

Ponad 500 uczestników, przeszło 35 prelegentów, trzy Narodowe Debaty Stomatologiczne, dwie równoległe ścieżki wykładowe i 40 wystawców – tak wyglądały jubileuszowe **X Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne** pod hasłem „Przyszłość zaczyna się dziś".



Między 19 a 21 czerwca 2026 r. Hotel Narvil w Serocku ponownie zgromadził lekarzy dentystów z całej Polski, przedstawicieli samorządu lekarskiego, świata nauki, uczelni medycznych i firm związanych z nowoczesną stomatologią.

MSS powstały z inicjatywy Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie i od początku są organizowane we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Funkcję kierownika naukowego nieprzerwanie od dziesięciu lat pełni prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk.

Konferencję otworzył dr n. med. Marcin Aluchna wykładem poświęconym biomimetycznej odbudowie rozległych ubytków. Uczestników powitali dr n. med. Dariusz Paluszek, prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke, rektor WUM, a także dr n. med. Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie, podkreślając znaczenie rozwoju nauki, nowych technologii i współpracy środowiska medycznego.



Piątkowy program obejmował równoległe sesje naukowe. Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej przedstawiło wykłady dotyczące diagnostyki i leczenia najmłodszych pacjentów, opieki nad dziećmi w spektrum autyzmu oraz praktycznych problemów stomatologii dziecięcej. Równolegle Polskie Towarzystwo Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej omawiało diagnostykę obrazową, zastosowanie RTG i CBCT oraz wykorzystanie sztucznej inteligencji.

Popołudnie poświęcono periodontologii i gerostomatologii. Dyskutowano o nowoczesnym leczeniu chorób przyzębia, wpływie zdrowia jamy ustnej na zdrowie ogólne oraz wyzwaniach związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Dzień zakończył jubileuszowy bankiet z podsumowaniem dziesięciu lat MSS oraz wręczeniem Grand Prix dla najlepszego wystawcy.

fot. Marcin Faliński (3)

zaczyna się już dzisiaj

Sobotni program koncentrował się na ortodoncji, protetyce, implantologii i cyfryzacji. Omawiano leczenie ortodontyczne dorosłych, technologie cyfrowe, nowoczesną protetykę oraz rozwój implantologii i profilaktykę powikłań. Dużym zainteresowaniem cieszył się wykład lek. dent. Dawida Pisuka poświęcony estetycznej odbudowie zębów z użyciem materiałów kompozytowych.

Jubileuszowe X MSS potwierdziły swoją pozycję jednego z najważniejszych wydarzeń dla lekarzy dentystów w Polsce. Konferencja była nie tylko podsumowaniem dziesięciu lat rozwoju, ale także forum dyskusji o przyszłości stomatologii, której fundamentami pozostają nauka, nowe technologie, współpraca i troska o pacjenta.



Organizatorzy

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie
CERMED

Partner Wydarzenia

PZU
ins MED

Partner Główny

PHILIPS sonicare

Partner Złoty

elmex
medlex MICHAŁ ŁUCZAK
Oral-B

Partner Srebrny

HALEON

Partner Brązowy

EMS MAKE ME SMILE.
EMKA

Wystawcy

DMG
AOC ART OF COMPOSITE
KolDental Plandent Division
DentoMarket
Equadent
GC
LOUIS LANIER
AlphaBio Simplantology
ARKONA
nowy gabinet stomatologiczny
SELIGA MICROSCOPES
Micerdent.pl
ZUS ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
MS
MENNICA SKARBOWA
CHITOMED
SOCHETGEL
regicare
Poldent
WHITE BERG TFI
meditrans
SILESIA DENTAL
Optident
STOMED

Patroni

Dental ID
Optical ID
WYDAWNICTWO CZELEJ
DENTAL MACHINES
WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
patronat honorowy Prezydenta miasta stołecznego Warszawy
PATRON HONOROWY: Marszałek Województwa Mazowieckiego

Patroni medialni

puls
dentalmaster.pl
infodent24.pl
nowygabinet.pl
Stomatologia Practise & Cases
Grupa Dentonet

Narodowa Debata Dentystyczna

Jak przygotować stomatologię na starzejące się społeczeństwo? Jak budować skuteczne zespoły terapeutyczne i wykorzystać potencjał cyfryzacji oraz sztucznej inteligencji?

DOROTA LEBIEDZIŃSKA



Odpowiedzi na te pytania szukali podczas Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych uczestnicy Narodowej Debaty Dentystycznej, która zgromadziła przedstawicieli środowiska akademickiego, samorządu lekarskiego, organizacji zawodowych i administracji publicznej. Dyskusje pokazały, że przyszłość stomatologii będzie opierać się na interdyscyplinarności, nowoczesnych technologiach i profilaktyce.

GEROSTOMATOLOGIA – WYZWANIE, KTÓRE JUŻ NADESZŁO

Pierwsza debata została poświęcona gerostomatologii oraz wyzwaniom związanym z kształceniem lekarzy dentystów w starzejącym się społeczeństwie. Uczestnicy zgodnie podkreślali, że zmiany demograficzne wymagają przebudowy sposobu myślenia o opiece nad pacjentem. – *Starzenie się społeczeństwa nie jest wyzwaniem przyszłości – to rzeczywistość, z którą system ochrony zdrowia i stomatologia muszą mierzyć się już dzisiaj. Musimy przygotować kadry do opieki nad coraz liczniejszą grupą pacjentów senioralnych* – mówiła prof. Agnieszka Mielczarek, dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Na praktyczny wymiar tego zjawiska zwrócił uwagę dr Dariusz Paluszek, dyrektor generalny Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych. – *To do naszych gabinetów trafiają pacjenci z wielochorobowością i to właśnie my stoimy na pierwszej linii frontu* – podkreślił.

Ważnym tematem debaty była konieczność ścisłej współpracy między lekarzami różnych specjalności i lekarzami dentystami. Jak podkreślał prezes ORL w Warszawie dr Artur Drobniak, pacjent senioralny wymaga całościowego spojrzenia na zdrowie. – *Pacjent w wieku senioralnym daje ogromne pole do współpracy między lekarzami i lekarzami dentystami. Zastosowanie znieczulenia, dobór leków czy ich dawkowanie mogą wyglądać inaczej u pacjenta obciążonego wielochorobowością. Dlatego lekarz dentysta musi posiadać szerokie kompetencje ogólnomedyczne* – powiedział.

O ogromnym znaczeniu profilaktyki mówiła prof. Elżbieta Dembowska, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego. – *Im lepiej wyedukowani lekarze, tym większa skuteczność wykrywania schorzeń w tej grupie pacjentów. Wciąż zbyt mało mówi się o wpływie ognisk zapalnych w jamie ustnej na zdrowie całego organizmu* – podkreśliła. Ekspertka zwróciła również uwagę na brak powszechnych badań przesiewowych dla osób starszych.

Dr Anna Lella przypomniała natomiast, że wyzwaniem jest również zachęcenie seniorów do korzystania z opieki stomatologicznej. – *Badania Eurobarometru pokazują, że ok. 60 proc. osób bezzębnych nie korzysta z opieki stomatologicznej, ponieważ uważa, że nie ma już takiej potrzeby. Mamy jeszcze wiele do zrobienia w zakresie edukacji i budowania świadomości zdrowotnej społeczeństwa* – mówiła.

LECZENIE ZESPOŁOWE STANDARDEM NOWOCZESNEJ STOMATOLOGII

Druga debata była poświęcona nowoczesnej stomatologii zespołowej.

– *Dziś dobra stomatologia bez dobrego zespołu interdyscyplinarnego nie istnieje. Warto pamiętać, że taki zespół to nie tylko higienistka, technik dentystyczny czy asystentka, ale również lekarze innych specjalności* – podkreśliła prof. Teresa Sierpińska.

Znaczenie właściwego podziału kompetencji akcentował także lek. Paweł Barucha, wiceprezes ds. stomatologii Naczelnej Rady Lekarskiej. – *Lekarz odpowiada za całokształt procesu leczenia, a każdy członek zespołu powinien wykonywać zadania należące do jego kompetencji* – powiedział.



W debacie wiele miejsca poświęcono także edukacji zdrowotnej. Paulina Mintzberg-Wachowicz wskazywała, że profilaktyka i promocja zdrowia powinny być integralną częścią procesu leczenia. Z kolei prof. Dorota Olczak-Kowalczyk zwróciła uwagę na rosnące znaczenie higienistek stomatologicznych. – *Absolwenci kierunków związanych z higieną stomatologiczną posiadają kompetencje niezbędne do prowadzenia edukacji profilaktycznej oraz realizacji programów zdrowotnych w przedszkolach i szkołach* – podkreśliła.

O dużej potrzebie rozwijania umiejętności komunikacyjnych mówił natomiast dr Dariusz Samborski. – *Szczególnie podczas pierwszej wizyty niezwykle ważne jest przeprowadzenie rzetelnego wywiadu medycznego i nawiązanie dobrej relacji z pacjentem. To kompetencje, które będą miały coraz większe znaczenie w codziennej praktyce lekarza dentysty* – zaznaczył.

CYFRYZACJA I AI CORAZ BLIŻEJ GABINETÓW

Uczestnicy sobotniej debaty dyskutowali o sztucznej inteligencji, cyfrowym planowaniu leczenia oraz zmianach zachodzących w systemie ochrony zdrowia.

– *Technologie oparte na sztucznej inteligencji mogą być bardzo pomocne w codziennej pracy radiologa, jednak należy pamiętać, że nie są pozbawione ograniczeń* – podkreślał prof. Kazimierz Szopiński.

Dr hab. Kornel Krasny wskazywał z kolei na praktyczne zastosowania AI. – *Systemy AI można traktować jako dodatkowe sito wychwytujące potencjalne nieprawidłowości. Jednocześnie każdy wynik wymaga weryfikacji przez lekarza* – zaznaczył.

O kierunkach rozwoju e-zdrowia mówił Łukasz Sosnowski, dyrektor Departamentu E-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. – *Polska znajduje się w europejskiej czołówce pod względem cyfryzacji ochrony zdrowia. Jednocześnie oczekiwania wobec kolejnych rozwiązań są bardzo duże, dlatego konsekwentnie rozwijamy nowe narzędzia wspierające pacjentów i lekarzy* – powiedział.

Nie zabrakło również refleksji dotyczących bezpieczeństwa i etyki. Dr Michał Gontkiewicz przypomniał, że wraz z rozwojem technologii rośnie odpowiedzialność lekarzy. – *Coraz więcej gabinetów wykorzystuje narzędzia AI, jednak musimy pamiętać o obowiązkach wynikających z przepisów prawa, odpowiednim informowaniu pacjentów i zachowaniu kontroli nad procesem diagnostycznym* – wyraźnie podkreślił.

Wiceprezes Grzegorz Kwitkiewicz zaznaczył z kolei, że cyfryzacja wymaga niezwykle odpowiedzialnego podejścia. – *Sztuczna inteligencja daje ogromne możliwości, ale musimy być zawsze krok przed nią i umiejętnie wykorzystywać jej potencjał. Zadaniem samorządu jest wspieranie lekarzy w tym procesie poprzez odpowiednią edukację i szkolenia* – powiedział.

WSPÓLNY MIANOWNIK: PRZYGOTOWAĆ STOMATOLOGIĘ NA PRZYSZŁOŚĆ

Choć wszystkie trzy debaty dotyczyły różnych zagadnień, prowadziły do jednego bardzo ważnego wniosku. Przyszłość stomatologii będzie opierać się na połączeniu nowoczesnej wiedzy medycznej, współpracy interdyscyplinarnej, skutecznej profilaktyki oraz odpowiedzialnego wykorzystania nowych technologii.

Uczestnicy Narodowej Debaty Dentystycznej byli zgodni, że zarówno wyzwania demograficzne, jak i postępująca cyfryzacja wymagają już dzisiaj konkretnych działań w obszarze edukacji, organizacji opieki zdrowotnej i rozwoju kompetencji zawodowych. ●



fot. Marcin Faliński (3)

Efekt rykoszetu



ANNA PRAWDZIK
Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Dyskutowane obecnie zmiany w prawie, dotyczące m.in. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, choć wynikają z odrębnych procesów legislacyjnych, rozpatrywane są w cieniu wydarzeń ostatnich miesięcy. Ich konsekwencje obejmują także lekarzy dentystów.

Każdy lekarz występujący w roli zawodowej i publicznej, zwłaszcza politycznej, wpływa na postrzeganie całej grupy zawodowej. Pojedyncze przypadki mogą bardzo szybko zdominować przekaz medialny na wielu platformach. Ostatnie wydarzenia pokazały, jak znacząco mogą wpłynąć na debatę publiczną.

Zmiana przepisów jako efekt głośnego wydarzenia może stanowić formę reakcji, która nie zawsze sięga źródła problemu. Nawet najbardziej bulwersujący przypadek rzadko jest wyłącznie kwestią decyzji jednej osoby. Najczęściej ujawnia także problemy organizacyjne lub legislacyjne, które wymagają głębszej analizy. Dyskusja skupiona na poszukiwaniu winnego niewątpliwie nie sprzyja tworzeniu długofalowo skutecznych rozwiązań.

Atmosfera medialnej burzy nie powinna wpływać na inne zmiany prawne dotyczące lekarzy. Proponowane regulacje dotyczące m.in. stażu podyplomowego czy rezydentury pozostają bez związku z lekarzami politykami, a decyzje dotyczące tak ważnej dla lekarzy ustawy powinny być oparte na danych i wynikach konsultacji społecznych, a nie na zbieżności czasowej rozpatrywania obu kwestii czy towarzyszących temu emocjach. Prawo regulujące wykonywanie zawodu lekarza kształtuje nie tylko sytuację obecnych medyków, ale także przyszłych pokoleń lekarzy, dlatego wymaga uważności i odpowiedzialnej oceny konsekwencji.

Następstwa medialnych wydarzeń nie ograniczają się jednak do procesu legislacyjnego. Wchodzący do zawodu lekarze, poza systemem na granicy stabilności, mają przed sobą także wyzwania związane z rosnącym brakiem zaufania, a nawet wrogością skierowaną do całej grupy zawodowej. Jednym z czynników pogłębiających napięcia może być utrwalanie przekazu przypisującego całemu środowisku odpowiedzialność za problemy systemowe ochrony zdrowia. Taka narracja w kontekście lekarzy pozostających w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, zwłaszcza po tragicznych zdarzeniach ostatnich lat, których ofiarami byli medycy, może być niezamierzonym, ale niebezpiecznym następstwem. Nieufność wobec lekarzy wiąże się także ze zmianą postawy pacjenta i jego współpracy w procesie leczniczym, którego podstawą jest zaufanie, ale również z większym ryzykiem opierania postaw zdrowotnych na dezinformacji czy pseudonaukowych przekazach w internecie.

Lekarze dentyści, w większości pracujący w sektorze prywatnym, też mogą odczuć skutki pojawiania się w mediach tematów związanych z lekarzami. Choć realia wynagradzania lekarzy dentystów w zdecydowanej większości odbiegają od medialnie nagłaśnianych ekstremów, odbiór społeczny rzadko uwzględnia takie różnice. Mechanizm generalizacji sprawia, że również lekarze dentyści mogą zauważyć zmianę postawy pacjentów. W stomatologii, gdzie pacjent ma często do wyboru kilka opcji terapeutycznych, różniących się zakresem, przewidywanym efektem, a także kosztami, relacja oparta na zaufaniu ma istotne znaczenie dla podejmowania decyzji najkorzystniejszych z perspektywy jego zdrowia.

Głośne wydarzenia mogą ujawniać lub uwypuklać realne problemy, ale nie zwalniają z obowiązku ich rzetelnej diagnozy. Środowisko medyczne włączające się w dyskusję o problemach systemowych i podejmujące działania na rzecz ich rozwiązania to istotny głos z wewnątrz systemu, w którym problemy nie są abstrakcją, lecz codziennością. W obliczu kryzysu wizerunkowego lekarzy, potęgowanego przez uproszczone przekazy medialne nastawione na poszukiwanie zbiorowej odpowiedzialności, środowisko medyczne powinno wspólnie chronić jedną z kluczowych w medycynie wartości – zaufanie: zarówno do zawodu, jak i do całej społeczności lekarskiej. ●

fot. U. Wolińska-Kułaj



OFERTA DLA LEKARZY

Inwestuj mądrze. Oszczędzaj czas.

Rozwiązania inwestycyjne
stworzone z myślą o lekarzach

Indywidualna opieka

Dedykowany ekspert z licencją Maklera Papierów Wartościowych

Oszczędność czasu

Ty decydujesz o czasie, miejscu i formacie spotkania

Dedykowane świadczenia

Kwartalne wypłaty dla inwestorów

Dywersyfikacja majątku

Szerokie spektrum możliwości inwestycyjnych

Elastyczne formy inwestowania

Pomnażaj majątek osobisty lub firmowy

SPRAWDŹ OFERTĘ

Dla członków
Okręgowej Izby
Lekarskiej

Krzysztof Jarosz
+48 577 804 488 • krzysztof.jarosz@whitebergtfi.pl

White Berg TFI S.A.
ul. Sienna 75, Budynek 1 Sienna Center • 00-833 Warszawa
www.whitebergtfi.pl • Telefon: (22) 299 03 20 • E-mail: tfi@whitebergtfi.pl

Obraz wygenerowany przez AI.
Informacja reklamowa. Nie stanowi oferty ani porady inwestycyjnej. Inwestycje wiążą się z ryzykiem utraty środków. Wyniki historyczne nie gwarantują przyszłych stóp zwrotu.

Rutyna w obsłudze systemu gabinetowego **to największy wróg lekarza**



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Większość lekarzy wykorzystuje jedynie 20–30 proc. możliwości systemów gabinetowych. Wpadają w niekończącą się pętlę – nie mają czasu, by wdrożyć nowe funkcje i aplikacje, które pomogłyby im zaoszczędzić czas, którego im brakuje.

Badania w obszarze interakcji człowieka z komputerem sugerują, że ludzie bardzo szybko przyzwyczajają się do określonego sposobu obsługi systemów IT. Wystarczy kilka godzin, najwyżej kilka dni, aby wyrobić sobie własny nawyk przechodzenia przez okna systemu i wprowadzania danych.

MASZ SWÓJ SPOSÓB NA „PRZEKLIKANIE SIĘ" PRZEZ SYSTEM? SPRAWDŹ, CZY NIE JEST PRZETERMINOWANY

Kto tego nie zna: gdy system operacyjny smartfona zostaje w nocy zaktualizowany, nawet mała modyfikacja koloru zakładki prowadzi do frustracji, a na forach dyskusyjnych rozczarowani klienci wylewają żale, że nie mogą odnaleźć się w nowym układzie ikon.

Nie inaczej jest w gabinecie lekarskim. W przypadku lekarzy procedura obsługi systemu gabinetowego wygląda najczęściej tak: otwarcie kartoteki pacjenta na liście wizyt, sprawdzenie wyników badań i historii choroby, wprowadzenie rozpoznania i zrealizowanych usług, zanotowanie uwag, wypisanie recepty. Te kilka kroków zajmuje, według szacunków, ok. 30–50 proc. czasu wizyty.

W języku angielskim takie zapętlenie określane jest jako *time poverty trap*. Pułapkę „biedy czasu" celnie zobrazował Stephen E. Covey w swoim bestsellerze „7 nawyków skutecznego działania". Covey opowiada historię człowieka, który z wysiłkiem ścina drzewo tępą piłą. Gdy przechodzień proponuje mu przerwę na naostrzenie narzędzia, drwal odpowiada, że nie ma czasu ostrzyć piły, bo jest zajęty ścinaniem drzewa.

Podobnie lekarze są tak pochłonięci bieżącą pracą, że nie mają czasu na sprawdzenie i wdrożenie nowych funkcji, które pozwoliłyby zwiększyć ich efektywność.

MAŁO KTO CZYTA, CO ZMIENIA UPDATE SYSTEMU. TO BŁĄD

Nawet o tym nie wiedzieliśmy – to najczęściej słyszą opiekunowie IT dostawców oprogramowania gabinetowego, prezentując nowe aplikacje albo funkcje menedżerom placówek zdrowia lub lekarzom. Zresztą, kto z nas czyta, co zmieniło się po aktualizacji Windowsa albo iOS na komputerze, i korzysta z wprowadzonych nowości – najczęściej trafiamy na nie przez przypadek po jakimś czasie.

W placówce medycznej niektóre modyfikacje trzeba wdrożyć, ponieważ wynikają ze zmian prawnych. Trudno je przeoczyć, bo są szeroko komunikowane przez kanały Ministerstwa Zdrowia albo Centrum e-Zdrowia. Każdy lekarz dowiedział się o obowiązku wystawiania e-recept albo elektronicznej dokumentacji medycznej. Drobniejsze nowości ogłaszane w newsletterach firm IT przechodzą bez echa. W dużym szpitalu albo przychodni to dział IT powinien je wyłapywać i wdrażać na poziomie organizacji. W indywidualnych praktykach lekarskich sprawa jest bardziej skomplikowana, bo trudno zmotywować się do czytania e-maili wysyłanych z informacją o nowej wersji systemu.

Sposobów na to, aby być na bieżąco z nowościami IT, jest więcej: zaprenumerowanie kanału YouTube, bloga,

fot. Lotte Ostermann

newslettera, zapisanie się do grupy dyskusyjnej na Facebooku, udział w szkoleniach i wydarzeniach online firmy IT.

Wypuszczeniu na rynek nowych funkcji – jak przykładowo tych związanych z AI – towarzyszą pilotaże. Ci, którzy do nich przystępują, mają dodatkowo okazję zgłaszać swoje uwagi i propozycje i wpłynąć na ostateczny kształt. Mały, ale ważny szczegół, bo duzi dostawcy rzadko wprowadzają modyfikacje na indywidualne życzenie.

KILKADZIESIĄT KLIKNIĘĆ MNIEJ PRZELICZA SIĘ NA KILKADZIESIĄT MINUT MNIEJ PRZED MONITOREM

Najczęściej popełnianym błędem w każdym wdrożeniu IT jest nacisk na szybkie uruchomienie systemu. Szkolenia traktuje się jako stratę czasu, dobrą konfigurację systemu – jako fetysz firm IT, przesadną drobiazgowość. Tymczasem w każdym systemie ukryte są funkcje, takie jak domyślne uzupełnianie pól, słowniki, automatyczne podpowiedzi, formularze do wywiadów. Mogą zaoszczędzić czas i zapobiec niepotrzebnej frustracji, która jest prostą drogą do rozczarowania i wypalenia.

Dostrajanie systemu jest nudne, ale raz zrobione porządnie pozwoli pracować tak, jak oczekiwalibyśmy tego od systemu IT – szybko, bez zbędnego klikania, płynnie. Drugim krytycznym punktem są cykliczne aktualizacje wprowadzające nowe funkcje. Dla lekarzy, którzy są przeładowani informacjami i nie mają czasu na szkolenia i webinary, konieczna będzie wizyta doradcy IT dostawcy systemu. Czasami już godzina kilka razy w miesiącu z zaufanym opiekunem IT wystarczy. Stawki zaczynają się od ok. 250 zł, ale mogą sięgać nawet 500 zł, gdy do tego dochodzi dojazd. Opcja droższa niż samokształcenie, ale czasami skuteczniejsza.

Z kolei w przypadku osób lubiących uczyć się od innych dobrym rozwiązaniem może być dołączenie do forum użytkowników albo udział w konferencjach dla klientów. Te najczęściej organizowane są bezpłatnie raz lub dwa razy w roku i oferują przegląd wprowadzonych nowości i udział w warsztatach.

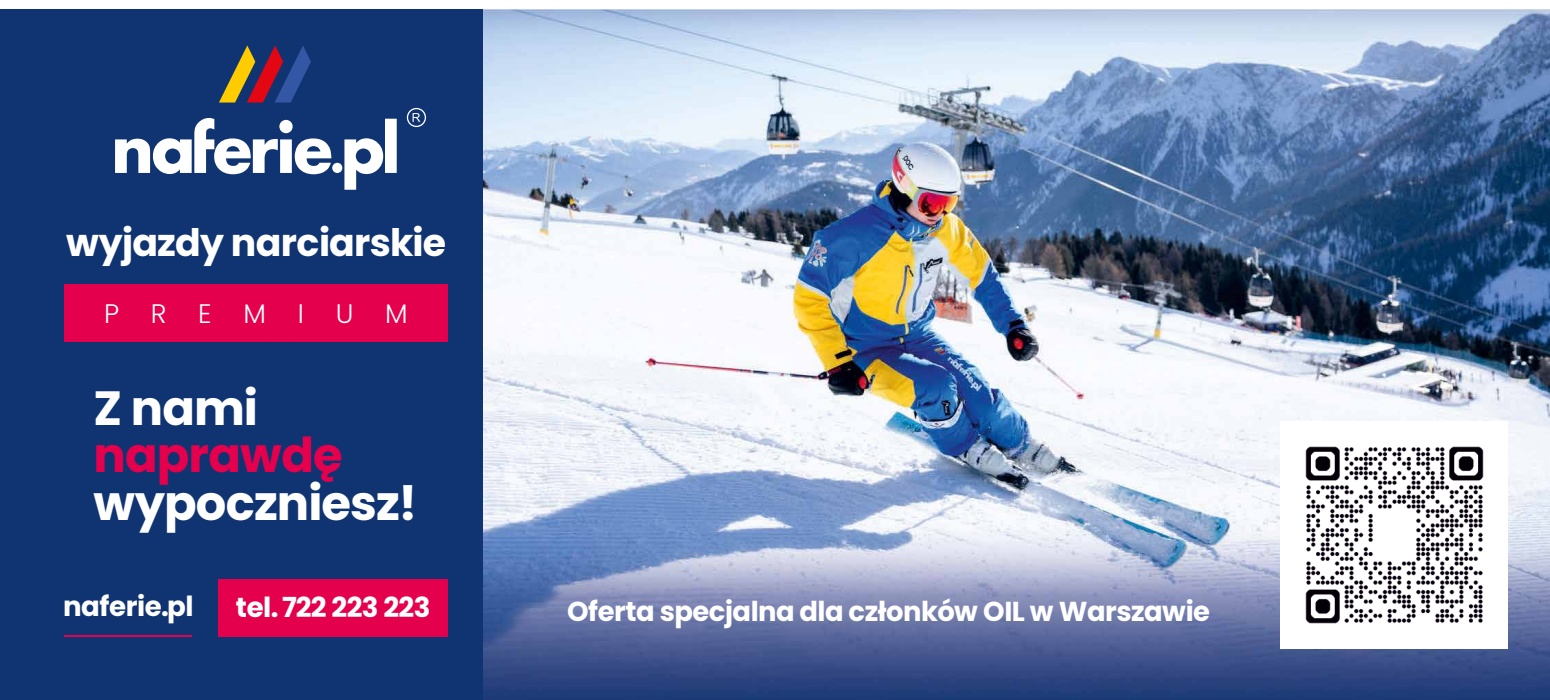
TE FUNKCJE JUŻ SĄ W SYSTEMACH IT, A MAŁO KTO O NICH WIE

Od roku e-zdrowie w Polsce rozwija się bezprecedensowo szybko. Projekty takie jak Centralna e-Rejestracja, nowe dokumenty w EDM, nowe opcje dodawane do Indywidualnego Konta Pacjenta bezpośrednio pociągają za sobą wiele zmian w oprogramowaniu gabinetowym. Efektem jest m.in. rosnąca liczba danych, o których jeszcze kilka lat temu lekarze marzyli.

Lista ułatwień jest długa. Mocna konkurencja między dostawcami działa na korzyść lekarzy. W systemach standardem są już opcje pomagające zarządzać terminami wizyt, narzędzia typu *business intelligence* do analizy danych, aplikacje mobilne do prowadzenia EDM, aplikacje dla pacjentów zintegrowane z systemem gabinetowym albo portale pacjentów. Zmniejszają liczbę telefonów od pacjentów, umożliwiając im umówienie kolejnej wizyty albo sprawdzenie wyników badań; redukują tzw. *no-shows*, przypominając o zbliżającym się terminie.

Oprócz tych klasycznych rozwiązań do gabinetów lekarskich, przychodni i szpitali zaczynają powoli wchodzić systemy sztucznej inteligencji i algorytmy wspierające procesy organizacyjne i kliniczne. Szpitale wkrótce będą mogły podłączyć się do Platformy Usług Inteligentnych, czyli centralnego systemu AI do oceny obrazów diagnostycznych. Z kolei w POZ nowością są algorytmy wspierające lekarzy w podejmowaniu decyzji poprzez zbieranie i wstępną analizę danych z różnych części systemu. Są już funkcje podpowiadające dawkowanie, streszczające obszerne ulotki leków oraz automatycznie interpretujące obraz EKG, a nawet wirtualne rejestratorki. Pierwsze firmy pracują już nad agentami AI do pomocy w pracach administracyjnych.

AI lepiej wdrażać już teraz, aby za kilka lat nie zostać na marginesie postępu technologicznego. W ochronie zdrowia przyjęło się powiedzenie, że AI nie zastąpi lekarzy – jednak lekarze, którzy wiedzą, jak skorzystać z AI, będą o wiele lepsi od tych, którzy ją zignorują. ●



Uda(wa)na troska

Polska ma znakomitych pediatrów, ale dysfunkcyjny system opieki zdrowotnej nad dzieckiem – mówi **prof. dr hab. n. med. Janusz Szymborski**, pediatra, zajmujący się także zdrowiem publicznym, polityką zdrowotną i społeczną, pedagogiką zdrowia, w latach 1996–2001 dyrektor Instytutu Matki i Dziecka. Rozmawiamy o skutkach reform systemu zdrowotnego i o tym, dlaczego troska o zdrowie najmłodszych jest inwestycją w przyszłość całego społeczeństwa.



fot. archiwum prywatne

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIEWSKA**

Pisze pan w swojej najnowszej książce („Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Rodzime tradycje opieki i współczesne cele", Oficyna Wydawnicza SGH), że zdrowie dzieci i młodzieży to nie tylko brak choroby lub urazu. Należy uwzględnić całokształt uwarunkowań społeczno-ekologicznych, kulturowych, prawnych i komercyjnych. Czy polski system jest gotowy na takie rozumienie zdrowia?

Nie. System opieki pediatrycznej praktycznie nie istnieje. Są znakomite kliniki, świetnie wyposażone oddziały oraz wybitni przedstawiciele nauki i pediatrii. Nie ma natomiast czegoś, co wypracowywaliśmy przez wiele lat – korczakowskiego całościowego systemu opieki. Przykładowo ordynator oddziału pediatrycznego czuł się odpowiedzialny zarówno za oddział neonatologiczny, jak i poradnie specjalistyczne oraz podstawową opiekę zdrowotną. Był to spójny system, który w latach 90. został w zasadzie zlikwidowany. Śp. minister zdrowia Franciszka Cegielska nie zdążyła w latach 1999–2000 przywrócić w pełni nadzoru merytoryczno-organizacyjnego, a na początku tego wieku wprowadzono wypaczone mechanizmy rynkowe, z czego konsekwencjami borykamy się do dziś.

Z czym to się wiąże?

W zarządzaniu systemem zdrowotnym, w tym opieką nad matką i dzieckiem, zaczęły dominować postawy traktujące zdrowie jako prywatne dobro na sprzedaż, a nie dobro publiczne finansowane przez podatników. To rozerwanie pediatrii jako dyscypliny, która dba całościowo o dziecko, sprawiło, że od 25 lat nad polską pediatrią poszerza się smuga cienia, poza którą nie ma łatwych odpowiedzi ani oczywistych rozwiązań.

W pana książce silnie wybrzmiewa przekonanie, że zdrowie dzieci powinno stać się najważniejszym zadaniem państwa. Dlaczego?

Mówi się, że dzieci i młodzież są nadzieją na przyszłość. Pytam: *jaką nadzieją?* One są przyszłością! Skoro ich populacja maleje i będzie nadal maleć, powinny otrzymać szczególne wsparcie. Ich zdrowie i rozwój powinny zostać ustanowione najważniejszym zadaniem państwa, systemu zdrowotnego i wszystkich polityk publicznych.

Inwestowanie w zdrowie dzieci i młodzieży jest w rzeczywistości inwestowaniem w dobrostan całego społeczeństwa. To, co dzieje się w okresie dzieciństwa i dorastania, decyduje o zdrowiu w dorosłości, w starości, a także o zdrowiu kolejnych pokoleń.

Pisze pan też o systemowych priorytetach, a opiekę okołoporodową uznaje za priorytet zagrożony. Co budzi pana największy niepokój?

To, co się dzieje teraz, napawa mnie smutkiem. Chwieje się system trójstopniowej opieki nad matką i noworodkiem, wypracowany jeszcze w latach 80., który powstał dzięki znakomitej współ-

pracy położników, neonatologów i pediatrów. W opiece okołoporodowej mieliśmy ogromne osiągnięcia, a dziś jesteśmy zupełnie oderwani od całościowej opieki nad matką i dzieckiem. Jakbyśmy zapomnieli o tym, co dzieje się przez dziewięć miesięcy ciąży, a także o tym, co powinno dziać się przez 24 miesiące po porodzie. Te pierwsze 1000 dni życia dziecka to fundament dobrostanu w późniejszych latach.

Zastanawiam się, czy osoby z establishmentu zdrowotnego, które przekonują rządzących, że należy zamykać terenowe oddziały położnicze, znają wcześniejsze doświadczenia. Jeżeli chce się konsolidować opiekę okołoporodową, trzeba najpierw wiedzieć, co działo się wcześniej i jakie były skutki tych działań. Decyzje organizacyjne w opiece zdrowotnej mają bardzo konkretne konsekwencje dla bezpieczeństwa matek i dzieci.

Zwolennicy zmian argumentują jednak, że są one konieczne z powodów ekonomicznych i kadrowych.

Nie można sprowadzać tej dyskusji wyłącznie do ekonomii i pomijać następstw społecznych. Jeżeli wycena świadczeń jest zbyt niska, to rzeczywiście pojawiają się problemy z finansowaniem oddziałów. Ale odpowiedzialności za to nie można przerzucać na kobiety, dzieci, rodziny czy szpitale powiatowe. Sposób finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia to symbol mechanizmów rynkowych.

Poza tym trzeba śledzić światową literaturę naukową. Są dobrze udokumentowane prace pokazujące wzrost umieralności i chorobowości kobiet rodzących poza rejonem zamieszkania. Nie wyobrażam sobie, aby osoby forsujące zmiany nie znały tych publikacji. To jest ich obowiązek.

Jak zatem powinien wyglądać kierunek zmian?

Jeżeli dostrzegamy zagrożenia, musimy jednocześnie szukać środków zaradczych. Nie można pozostawiać szpitali powiatowych samych sobie i tłumaczyć wszystkiego ekonomiczną koniecznością lub brakiem alternatywy. Potrzebujemy odbudowy skoordynowanej opieki nad matką i dzieckiem. Takiej, która obejmuje całość – od okresu prekoncepcyjnego, ciążę, przez poród, aż po dzieciństwo i młodość.

Zdrowie młodzieży i medycynę szkolną określa pan jako priorytet marginalizowany. Dlaczego?

Medycyna szkolna została zdeinstytucjonalizowana 25 lat temu i do dziś odczuwamy skutki tej decyzji. Przestała istnieć skoordynowana opieka nad uczniami. Nie jestem osobą, która bezkrytycznie ocenia dawny model medycyny szkolnej, ale był to system oparty na logicznym połączeniu promocji zdrowia, monitorowania rozwoju, zapobiegania chorobom i urazom, opieki nad uczniami zakwalifikowanymi do grup dyspanseryjnych oraz rehabilitacji dzieci i młodzieży. To wszystko zostało sprowadzone do obecności pielęgniarki i do ustanowienia gabinetu promocji zdrowia i profilaktyki.

Chcę wyraźnie powiedzieć, że w systemach zdrowotnych zdominowanych przez mechanizmy rynkowe nie dostrzega się potrzeb młodego pokolenia. Skupiamy się wyłącznie na problemach medycznych, pomijamy kontekst społeczno-ekologiczny, deklarujemy otwartość na profilaktykę i promocję zdrowia, ale niewiele robimy w tym zakresie. Patrzymy na młodzież w sposób uproszczony – albo jak na populację zdrową, albo patologiczną, która korzysta z komputerów i telefonów komórkowych w niecnych celach. To fałszywe podejście.

Ale część młodych ludzi wymaga szczególnego wsparcia.

Oczywiście. Ok. jednej czwartej młodzieży ma rozpoznane choroby przewlekłe. Coraz większym wyzwaniem są problemy zdrowia psychicznego. Te dzieci i młodzi ludzie muszą otrzymać odpowiednią pomoc. Ale jeżeli skupimy się wyłącznie na chorobach i patologiach, nie zauważymy potrzeb pozostałych. Wśród nich są przecież dzieci, które dziś wydają się zdrowe, a jutro mogą zmagać się z problemami. System powinien obejmować wszystkie dzieci, wówczas szczególną troską otoczy te, które już potrzebują pomocy medycznej.

Co zatem powinno się zmienić?

Musimy mówić prawdę o zdrowiu dzieci i młodzieży. Powinniśmy docenić to, co w polskiej pediatrii stoi na najwyższym europejskim poziomie, czyli leczenie kliniczne. Jednocześnie musimy pamiętać, że dziecko po zakończonym leczeniu wraca do swojego środowiska i nadal potrzebuje wsparcia. Dlatego potrzebny jest system opieki oraz krajowy program na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży. To powinno być celem państwa. Potrzebujemy realnych działań, a nie kolejnych deklaracji. Ciągle podejmujemy nowe pseudoreformy i nie analizujemy, dlaczego poprzednie nie odniosły sukcesu.

Mój wzór osobowy pediatry, Janusz Korczak, ustami dziecka wyraził żal za udawaną troskę o jego osobę – ono nie chce, aby je zbyć w przelocie. Kim jest dla nas – dla państwa, ministrów, społeczeństwa, środowiska medycznego, izb lekarskich – dziecko? Tożsamość dziecka jest niezwykle ważna i dopóki nie odpowiemy na to pytanie, trudno będzie stworzyć dobry system opieki.

Zmiany w systemie są zatem absolutnie niezbędne?

Tak, są konieczne, ponieważ za dzisiejsze zaniechania w opiece nad młodym pokoleniem przyjdzie nam zapłacić w przyszłości prawdopodobnie cenę znacznie wyższą, niż się możemy spodziewać. Sprawa dotyczy przyszłości naszego kraju i nie można już dłużej czekać. Bierność nie jest opcją. Uważam, że pediatrzy, we współpracy z innymi specjalistami od zdrowia dzieci, mogą naprawić ten system. Życie pokazuje, że pediatra jest niezastępowalny w sprawowaniu całościowej, skoordynowanej opieki nad szeroko rozumianym zdrowiem dzieci i młodzieży. Należy odwołać się do rodzimej tradycji opieki i do najlepszych wzorców międzynarodowych. Poczuwamy się do obowiązku wezwania decydentów i establishmentu zdrowotnego do efektywnego działania dla dobra młodego pokolenia. Niechaj tu wzorem osobowym polityka zdrowotnego, społecznika oraz samorządowca wrażliwego i rozumiejącego prawa i potrzeby dzieci będzie śp. Franciszka Cegielska.

Zdrowie pomiędzy



ARTUR BIAŁOSZEWSKI
dyrektor Ośrodka Strategii i Analiz
OIL w Warszawie

Czy szkoły są przygotowane, aby skutecznie wspierać zdrowie dzieci i młodzieży? Nie brakuje ludzi, którzy chcą pomóc i wnoszą wiedzę oraz zaangażowanie. Brakuje koordynacji: ich działania powinny tworzyć drogę od zauważenia zaburzenia dobrostanu zdrowia u dziecka, przez przekazanie niezbędnych informacji, po właściwe świadczenie i dalszą opiekę.

Kiedy nauczyciel zauważa częstsze nieobecności, spadek koncentracji albo wycofanie ucznia, to pierwszy sygnał ostrzegawczy i potrzeba podjęcia działania. Nauczyciel powinien wiedzieć, komu przekazać te spostrzeżenia: pielęgniarce, pedagogowi lub psychologowi wskazanemu przez dyrektora. Ważne jest też, aby wiedział, jak postąpić, gdy zagrożone jest życie ucznia, i pilnie podjąć interwencję.

OD PIERWSZEGO SYGNAŁU DO POMOCY

Konieczne są zatem dwie ścieżki: natychmiastowa reakcja w sytuacji zagrożenia oraz droga do planowej konsultacji. W obu rodzic albo pełnoletni uczeń powinien znać następny krok, a osoba przejmująca opiekę otrzymać tylko informacje niezbędne do bezpiecznego działania. Nie oznacza to dostępu do pełnej dokumentacji medycznej.

Po przekazaniu sygnału szkoła nie powinna działać sama. Profilaktyka w szkole powierzona jest pielęgniarce lub higienistce, a opieka stomatologiczna dentyście; w razie potrzeby dołączają POZ oraz pomoc psychologiczna lub psychiatryczna. Każdy wnosi własną wiedzę i odpowiedzialność. Problem zaczyna się wtedy, gdy działania się nie łączą, a osoba przejmująca sprawę nie wie, co wydarzyło się wcześniej lub równolegle, i jaki jest kolejny krok.

POTRZEBY ZMIENIAJĄ SIĘ Z WIEKIEM

Potrzeby zdrowotne zmieniają się wraz z wiekiem, dlatego droga od pierwszego sygnału do pomocy wygląda inaczej na kolejnych etapach. W pierwszych latach nauki ważne są ruch oraz profilaktyka wad wzroku, postawy i próchnicy. W ogólnopolskich pomiarach odsetek ośmiolatków z nadwagą lub otyłością wzrósł w roku szkolnym 2022/2023 do 32,5 proc. Dotyczy on aż jednej trzeciej dzieci! Pomiary i dane mają sens, gdy zauważona trudność prowadzi do rozmowy, konsultacji i dalszego wsparcia. Ważny jest też kontekst działań zapobiegających nieprawidłowej masie ciała. Wprowadzone w szkołach testy sprawności, rozszerzone od września 2025 r. na klasy I–III, powinny wspierać rozwój, a nie tworzyć rankingi. Potrzebny jest ruch podczas przerw, dostęp do wody i czas na posiłek. Jeśli zdrowie na to pozwala, zalecenia medyczne powinny umożliwiać dostosowaną aktywność zamiast całkowitego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego.

Skala zwolnień z WF jest gorzej monitorowana. W ankiecie MEN z roku szkolnego 2022/2023, obejmującej 94 proc. szkół, całoroczne zwolnienie ze wszystkich zajęć dotyczyło 1,3 proc. uczniów, a semestralne – 1 proc. Po odniesieniu do ówczesnej populacji szkolnej to rząd wielkości odpowiednio 62 tys. i 48 tys. osób, nie oficjalne liczby.

W starszych klasach dochodzą problemy ze snem, obciążenie nauką i zachowania ryzykowne. W badaniu ESPAD odsetek respondentów używających e-papierosów wzrósł między latami 2019 a 2024 z 30 do 37 proc. w grupie 15–16 lat oraz z 37 do 51 proc. w grupie 17–18 lat. Szkoła prowadzi działania profilaktyczne w tym kierunku, a pomoc w rezygnacji z nikotyny powinna przejąć odpowiednio przygotowana osoba lub zespół: lekarz, pielęgniarka, profilaktyk, nie zapominając, że pomimo formalnego zakazu zakupu wyrobów nikotynowych przez nieletnich problem istnieje również w tej grupie wiekowej.

W liceum rośnie presja egzaminacyjna, a technikum łączy naukę z egzaminami zawodowymi, praktykami i często dłuższymi dojazdami. To kolejny punkt przekazania odpowiedzialności: szkoła i podmiot przyjmujący uzgadniają organizację, niezbędny obieg informacji oraz bezpieczeństwo. W ostatnich klasach trzeba też respektować zgodę i poufność pełnoletnich uczniów oraz wspomagać ich przejście do opieki dla dorosłych.

Edukacja zdrowotna może łączyć te zagadnienia, lecz nie zastąpi zdro-

fot. Marcin Szumowski

dzwonkami

wego środowiska szkoły ani działającej drogi pomocy. W roku szkolnym 2025/2026 uczestniczyło w niej ok. 30 proc. uprawnionych, wyraźnie mniej w liceach i technikach niż w szkołach podstawowych. O wartości zajęć nie przesądza sam status przedmiotu: dobrze prowadzone dają uczniowi język, którym może opisać problem, a dorosłemu – wiedzę, dokąd skierować prośbę o pomoc.

Najtrudniejszym sprawdzianem ciągłości jest zdrowie psychiczne. W badaniu HBSC 2021/2022 samotność przez większość czasu lub zawsze deklarowało 38 proc. polskich 15-letnich dziewcząt i 20 proc. chłopców. Szkoła często widzi pierwszy sygnał wcześniej niż poradnia i musi wiedzieć, komu go przekazać, a rodzina lub pełnoletni uczeń, co powinno wydarzyć się dalej.

W sytuacjach skrajnych liczy się czas. Policja odnotowała w grupach w wieku 7–12 i 13–18 lat 2086 zamachów samobójczych w 2025 r., ponaddwukrotnie więcej niż w 2019 r. (951).

Rejestr liczy zgłoszone zdarzenia, dlatego ta sama osoba może pojawić się w nim więcej niż raz. Dane te przypominają jednak, że szkoła musi odróżniać sytuację wymagającą planowej konsultacji od bezpośredniego zagrożenia, w którym potrzebna jest natychmiastowa interwencja. Rozpoznanie problemu to dopiero początek – równie ważne jest szybkie uruchomienie właściwej pomocy. Samo rozpoznanie potrzeby jest dopiero połową drogi. Po drugiej stronie musi znajdować się pomoc zaczynająca się od nauczyciela i psychologa szkolnego.

DOSTĘP I KOORDYNACJA W PRAKTYCE

Tu ujawnia się luka w ciągłości: nawet dobrze rozpoznany problem nie gwarantuje szybkiej konsultacji. W marcu 2023 r. aż 42 proc. poradni drugiego poziomu działało w miastach wojewódzkich, zamieszkanych przez 14 proc. dzieci i młodzieży. Szkoła powinna znać realnie dostępne miejsca, rodzina – wiedzieć, gdzie się zgłosić, a osoba przejmująca opiekę – wskazać następny etap.

Podobnie jest z pielęgniarstwem szkolnym. Według sprawozdań opieka obejmowała 87 proc. uczniów i była zapewniona w 81 proc. szkół. Dane nie pokazują jednak, przez ile godzin pielęgniarka była obecna w szkole ani między ile placówek dzieliła swój czas.

W przypadku ucznia z cukrzycą, padaczką, astmą lub ryzykiem anafilaksji gotowość oznacza uzgodniony plan, pisemną zgodę rodzica lub pełnoletniego ucznia i przeszkolenie odpowiednich osób. Pracownik szkoły może podać lek po wyrażeniu własnej pisemnej zgody i otrzymaniu upoważnienia od rodzica albo pełnoletniego ucznia. Uzgodniony plan łączy wiedzę lekarza, rodziny i szkoły, więc nikt nie działa bez potrzebnego kontekstu.

Ten sam rozdźwięk widać w stomatologii. Zapewnienie opieki wykazano w niespełna połowie szkół, ale nie wiadomo, ilu uczniów rozpoczęło i zakończyło leczenie. Profilaktyka jest realizowana przy braku sprzeciwu, a leczenie wymaga pisemnej zgody. Świadczenia mogą być udzielane w gabinecie szkolnym, placówce współpracującej ze szkołą lub dentobusie. Każda z tych form powinna móc doprowadzić terapię do końca.

MNIEJ UCZNIÓW, TA SAMA POTRZEBA CIĄGŁOŚCI

W tym kontekście niż demograficzny nabiera jeszcze większego znaczenia. Jesienią 2025 r. do szkół podstawowych, liceów i techników uczęszczało łącznie prawie 4,7 mln uczniów reprezentujących – zależnie od typu szkoły – 12–13 roczników. Gdyby każdy z 13 roczników był tak liczny, jak ten z 2025 r., obejmowałyby one łącznie ok. 3,1 mln dzieci, czyli mniej więcej o jedną trzecią mniej niż obecna liczba uczniów tych szkół. Niż będzie przechodził przez edukację stopniowo, ale nie usunie potrzeby zachowania minimalnej dostępności personelu, stomatologii i pomocy kryzysowej. Mniejsza placówka nadal wymaga działającej ścieżki opieki, więc koszty nie będą malały dokładnie wraz z liczbą uczniów. Wojewódzkie średnie zacierają różnicę między Warszawą a powiatami, w których dostęp do świadczeń jest znacznie mniejszy. Planowanie powinno uwzględniać typ szkoły, dostępność w powiecie i czas dotarcia do pomocy, nie tylko liczebność roczników.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PRZEKAZANIE I DALSZY CIĄG

Zaangażowanie nauczycieli, pielęgniarek, lekarzy, psychologów i dentystów jest niezbędne, ale żadna instytucja nie zapewni ciągłości samodzielnie. Potrzebny jest jasny podział ról: MZ ustala ramy świadczeń, resort edukacji zasady organizacji szkoły, a NFZ zapewnia finansowanie. Organ prowadzący tworzy warunki działania, świadczeniodawca udziela pomocy, a szkoła przekazuje obserwacje i reaguje na zagrożenie. Nie chodzi o zacieranie kompetencji, lecz o uzgodnione przekazanie sprawy i horyzontalne spojrzenie na cały proces.

Trzeba sprawdzać, czy placówka ma uzgodnioną ścieżkę, a każde przekazanie wskazanego odbiorcę i realnie dostępny kolejny etap. Nie oznacza to kontrolowania przez szkołę, czy uczeń korzysta z leczenia. Każde nowe zadanie powinno mieć finansowanie, czas pracy i wskazanego wykonawcę.

Gotowości szkoły nie mierzy liczba programów ani sam gabinet. Gotowa szkoła to taka, w której pierwszy sygnał nie ginie między instytucjami: uczeń i rodzic wiedzą, do kogo się zwrócić, a każdy kolejny uprawniony profesjonalista za wymaganą zgodą i w zakresie niezbędnym do wykonania swojej roli otrzymuje informację o podjętych działaniach i następnym kroku. Wtedy wiedza i zaangażowanie wielu osób będą układać się w jedną drogę do rzeczywistej pomocy naszym pociechom.

Psychiatra sam w systemie

Jak wygląda dyżur lekarza psychiatry i z jakimi wyzwaniami mierzy się personel szpitali psychiatrycznych? O realiach pracy, problemach z opieką nad pacjentami wymagającymi leczenia somatycznego oraz systemowych barierach w przekazywaniu chorych mówi **Marcin Piotrowski**, lekarz rezydent psychiatrii ze Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie i wiceprzewodniczący Zarządu Regionu Mazowieckiego OZZL.

rozmawiała **HANNA ODZIEMSKA**



fot. archiwum prywatne

Jak wygląda dyżur w szpitalu psychiatrycznym?

W moim szpitalu na izbie przyjęć dyżuruje zawsze specjalista, na oddziałach – dwoje rezydentów. Oddziałów jest wiele i liczba pacjentów potrafi dochodzić do ponad 200 osób. Największej trudności wynika z faktu, że większość oddziałów psychiatrycznych to oddziały w ramach szpitali monospecjalistycznych, często zlokalizowanych w dużej odległości od szpitali wielospecjalistycznych. Duże szpitale psychiatryczne, np.: „Tworki" czy „Drewnica", składają się z wielu pawilonów, między którymi lekarz dyżurny musi się przemieszczać bez żadnego środka transportu, często w niepogodę, po błocie. Problemem jest zawsze odległość szpitala psychiatrycznego od szpitala „ogólnego", brak zintegrowania opieki nad pacjentem oraz jasnych ścieżek współpracy. Razi też pewna asymetria – pacjent skierowany ze szpitala „ogólnego" do szpitala psychiatrycznego zawsze jest konsultowany i obejmowany opieką, często przyjmujemy takich pacjentów nawet bez wcześniejszego umówienia. Natomiast próba przeniesienia do szpitala wielospecjalistycznego pacjenta hospitalizowanego na psychiatrii, u którego rozwija się problem somatyczny, zwykle jest odrzucana już na etapie konsultacji telefonicznej między lekarzami. Psychiatra zwykle słyszy od kolegi ze szpitala wielospecjalistycznego, że nie ma miejsc, żeby nie przysyłał mu pacjenta transportem medycznym, a w ogóle to przecież psychiatra też jest lekarzem i powinien umieć sam zaopatrywać takie stany. Częsty jest też argument związany z adresem pacjenta, czyli sugestia, żeby go przetransportować do szpitala blisko miejsca zamieszkania. Jednym słowem, występuje tu strategia pozbycia się problemu przez lekarza somatycznego zamiast dbania o dobro chorego. Nie ma jasnych zasad systemowego przekazywania pacjenta w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Nie mamy podpisanych umów między szpitalami, które zobowiązywałyby personel do wzajemnych konsultacji, choćby odebrania telefonu.

Ale przecież u pacjenta na oddziale psychiatrycznym może nagle rozwinąć się ostry zespół wieńcowy, ostre zapalenie trzustki czy obrzęk płuc – jak wtedy sobie radzi dyżurny psychiatra?

Ostre stany somatyczne u pacjentów na oddziale psychiatrycznym to wielka improwizacja dyżurnego psychiatry. Nie mamy narzędzi diagnostycznych, leków, jednolitej ścieżki przekazywania takiego pacjenta do właściwej placówki medycznej. Jeśli pacjent ma ból w klatce piersiowej, to nie ma jak go zdiagnozować, nie ma diagnostyki obrazowej i szybkiej diagnostyki laboratoryjnej na miejscu. Inni specjaliści (neurolog, chirurg, internista) konsultujący naszych chorych również przychodzą z zewnątrz, planowo i tylko w godzinach dziennych. Na badania laboratoryjne szpital psychiatryczny ma podpisaną umowę z zewnętrznym laboratorium, które standardowo odbiera materiał do badania dwa razy na dobę. Badania zlecone w trybie *cito* muszą być zawiezione do laboratorium w innej części miasta,

przez wcześniej zamówionego kuriera, więc cały proces mierzymy w godzinach. Dyżurny jest zdany tylko na własną ocenę kliniczną, a jeśli rozpozna zagrożenie życia u pacjenta, to wzywa Zespół Ratownictwa Medycznego.

Lekarz wzywa ratowników systemu do chorego na oddziale? I co, przyjeżdżają?

Nie zawsze jest łatwo, ale ogólnie ratownictwo przyjeżdża do pacjentów z ostrymi stanami somatycznymi, które powodują bezpośrednie zagrożenie życia. A kiedy ratownicy zabiorą pacjenta do szpitala wielospecjalistycznego, to jest on przyjmowany na SOR, chociaż lekarz z tego samego szpitala pół godziny wcześniej powiedział przez telefon psychiatrze, że nie ma miejsc i żeby mu nie przysyłać pacjenta. W naszym środowisku krąży taki gorzki żart, że lepiej jest dla pacjenta, jeśli dostanie zawału pod szpitalem, niż będąc pacjentem na oddziale psychiatrycznym, bo szybciej otrzyma pomoc medyczną.

Jak można by usprawnić opiekę nad chorym psychiatrycznym?

Od kilku lat funkcjonują pilotażowe Centra Zdrowia Psychicznego. Projekt bardzo dobry, problem w tym, że pilotaż dotyczy tylko wybranych placówek i związanych z nimi populacji, a pozostałe placówki, nieobjęte pilotażem, funkcjonują na granicy wydolności. CZP mają przypisane konkretne rejony i ich mieszkańców, o czym pacjenci nie wiedzą. Stąd problemy zgłaszania się chorych do placówek, które z przyczyn formalnych nie mogą ich objąć opieką, a za tym idzie frustracja pacjentów i lekarzy. Ogólnie projekt CZP jest naprawdę dobry, ponieważ jego osią jest konkretne środowisko pacjentów, któremu zapewnia się opiekę na wielu poziomach: od leczenia szpitalnego w stanach ostrych, przez opiekę poradni zdrowia psychicznego i oddziały dzienne, po zespół leczenia środowiskowego. CZP ma szansę zminimalizować konieczność leczenia pacjentów w warunkach szpitalnych, a przez wgląd w środowisko chorego i interwencje w tym środowisku skuteczniej wspierać powrót pacjenta do pełnienia ról społecznych. W kluczowym dla CZP Zespole Leczenia Środowiskowego jest lekarz, psycholog, terapeuta środowiskowy i psychoterapeuta, którzy realizują opiekę nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi w formie zarówno wizyt stacjonarnych, jak i domowych. Jest to czynna opieka nad pacjentem, polegająca na zdiagnozowaniu jego potrzeb zdrowotnych i zagrożeń oraz opracowaniu indywidualnego planu terapii i zdrowienia.

Jakich pacjentów hospitalizuje się najczęściej na oddziale psychiatrycznym?

Największą grupą są pacjenci przyjmowani z przyczyn medycznych, ale są też tacy, których powodem przyjęcia są przyczyny społeczne – to zwykle osoby w kryzysie bezdomności, z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi (jak nazywaliśmy dawniej m.in. otępienia). Odnośnie do tych ostatnich, trafiają do nas często starsze osoby z zaburzeniami poznawczymi, wobec których rodziny nie realizują obowiązku opiekuńczego, przewożone przez zespoły ratownictwa, bo nie mogły trafić do domu, a ich tożsamość musi ustalać policja. Los tych pacjentów jest bardzo przykry, bo nie można ich przenieść do domu opieki bez ich zgody, więc przebywają na ostrym oddziale psychiatrycznym i przez kilka miesięcy oczekują na decyzję sądu, a potem na miejsce w DPS.

A jakie choroby mają zazwyczaj pacjenci przyjmowani ze wskazań medycznych?

Najczęściej trafiają na oddział osoby z ciężkimi zaburzeniami psychotycznymi, zaostrzeniami w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej lub depresji, również pacjenci po próbach samobójczych lub z czynnymi myślami i zamiarami suicydalnymi. Poza tym pacjenci z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami lękowymi, wreszcie niepokojąco rosnąca grupa pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Czy lekarz psychiatra jest zatem bezpieczny w swojej pracy?

Na pewno oswojony z zagrożeniami i nastawiony na radzenie sobie z nimi. Właściwie każdy lekarz, niezależnie od specjalności, może być celem niebezpiecznych zachowań pacjentów. W szpitalu psychiatrycznym zdarzają się sytuacje uderzenia lekarza przez pacjenta, choć częściej dotyczy to pielęgniarek, a najczęściej sanitariuszy. Nierzadka jest też agresja słowna i plucie na osoby z personelu medycznego. Nasze strategie bezpieczeństwa, oprócz drzwi otwieranych czipem i przycisków alarmowych w gabinetach, to przede wszystkim ocena zagrożenia ze strony konkretnego pacjenta i udzielanie mu świadczeń zespołowo oraz ustawianie się bliżej wyjścia. Jeśli chcesz zapytać, czy lekarz psychiatra nosi przy sobie pilot do natychmiastowego przyzywania pomocy, odpowiedź brzmi – nie, nie mamy takich urządzeń ani procedur.

Co jest dobrego w środowisku lekarzy psychiatrów?

Hierarchia zawodowa nie jest sztywna, wszyscy się wzajemnie wspieramy, każdy jest szanowany jako samodzielny i pełnowartościowy lekarz, niezależnie od wieku i doświadczenia, jest między nami dobra komunikacja i dobra atmosfera w zespole. Dla lekarzy zawsze satysfakcjonujące są także coraz lepsze efekty leczenia pacjentów. Dzięki postępowi psychiatrii np. pacjenci z psychozami i zaburzeniami nastroju leczeni farmakologicznie mogą pełnić pełnowartościowe role społeczne.

Jakie przesłanie chciałbyś przekazać od środowiska psychiatrów do lekarzy innych specjalności?

Kilka serdecznych próśb do koleżanek i kolegów. Nie przepisujcie „zetek" pacjentom geriatrycznym. Nie leczcie zaburzeń snu bez diagnostyki, nie włączajcie pacjentom na stałe benzodiazepin. Prosimy o wasze wsparcie w sprawach chorób somatycznych naszych pacjentów, konsultowanie ich i przyjmowanie do szpitala w momentach nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Lekarzy z POZ prosimy, żeby wspierali nas w edukowaniu pacjentów z lekami włączonymi im przez nas *de novo*. Informujcie pacjentów o przemijającym charakterze działań niepożądanych tych leków i konieczności oczekiwania na efekt terapeutyczny, nie odstawiajcie naszych leków po tygodniu, bo pacjent je źle toleruje i nie widzi skuteczności. Bądźmy jedną drużyną. ●

Księgowość dla lekarzy i lekarzy dentystów

odpowiedzi przygotował zespół **On-e Fin**



fot. Licencja OIL w Warszawie

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie stale rozwija ofertę benefitów, obejmujących nie tylko obszar pracy klinicznej, ale także kwestie organizacyjne i finansowe związane z prowadzeniem praktyki lekarskiej.

Jednym z takich rozwiązań jest możliwość skorzystania z dofinansowania do kompleksowych usług księgowych, dostępna dla członków samorządu w ramach opłacanej składki członkowskiej. Program realizowany we współpracy z On-e Fin sp. z o.o. został przygotowany z myślą o lekarzach prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej. Dzięki temu mogą oni uzyskać profesjonalne wsparcie w zakresie księgowości, rozliczeń oraz bieżącej organizacji spraw finansowych.

W kolejnych numerach „Pulsu" publikujemy odpowiedzi ekspertów na najczęściej pojawiające się pytania.

KIEDY POWSTAJE PRZYCHÓD? CZYLI DLACZEGO ZAPŁACISZ PODATEK, ZANIM DOSTANIESZ PIENIĄDZE...

Jednym z najbardziej nieintuicyjnych elementów prowadzenia działalności gospodarczej jest moment powstania przychodu. Wiele osób zakłada, że przychód pojawia się w momencie otrzymania pieniędzy. W praktyce wygląda to inaczej – i to właśnie ta różnica potrafi zaskoczyć.

W przepisach podatkowych przychód definiowany jest szerzej. Obejmuje on nie tylko środki faktycznie otrzymane, ale również te, które są należne, nawet jeśli nie wpłynęły jeszcze na konto. Oznacza to, że obowiązek podatkowy może powstać wcześniej niż realny wpływ pieniędzy.

W przypadku lekarzy prowadzących działalność gospodarczą najczęściej spotykanym modelem są tzw. usługi ciągłe. Dotyczy to przede wszystkim kontraktów z placówkami medycznymi, gdzie współpraca trwa przez określony czas i rozliczana jest cyklicznie – najczęściej co miesiąc.

W takim modelu przychód powstaje zazwyczaj na koniec okresu rozliczeniowego, niezależnie od tego, kiedy nastąpi faktyczna płatność. W praktyce oznacza to, że wystawienie faktury na koniec miesiąca często wyznacza moment powstania przychodu.

Problem pojawia się wtedy, gdy termin płatności jest odroczony. Jeśli kontrahent płaci po 30, 60 czy nawet 90 dniach, lekarz może być zobowiązany do zapłaty podatku jeszcze przed otrzymaniem środków. W efekcie musi finansować zobowiązania podatkowe z własnych pieniędzy.

To właśnie ten mechanizm jest jednym z najczęstszych powodów problemów z płynnością finansową wśród osób prowadzących działalność gospodarczą.

Zrozumienie momentu powstania przychodu pozwala o wiele lepiej planować finanse i unikać nieprzyjemnych niespodzianek. W praktyce oznacza to konieczność świadomego zarządzania terminami płatności oraz monitorowania należności.

Działalność gospodarcza wymaga zmiany sposobu myślenia o pieniądzach. To, co zostało „zarobione na papierze", nie zawsze musi oznaczać, że środki są już dostępne. A mimo to – podatek trzeba zapłacić.

ZUS LEKARZA NA DZIAŁALNOŚCI – ILE NAPRAWDĘ ZAPŁACISZ I JAK TO ZAPLANOWAĆ?

Przejście na działalność gospodarczą jest dla wielu lekarzy momentem przełomowym. Z jednej strony oznacza większą niezależność i często wyższe wynagrodzenie, z drugiej – konieczność samodzielnego zarządzania finansami. Jednym z pierwszych i najbardziej zaskakujących elementów okazuje się ZUS.

W przeciwieństwie do pracy na etacie, gdzie składki są „ukryte" w wynagrodzeniu brutto, w działalności gospodarczej stają się one bardzo realnym i odczuwalnym kosztem. Co więcej, nie są stałe – zmieniają się w czasie i zależą od kilku czynników, które warto zrozumieć jeszcze przed rozpoczęciem działalności.

Na początku wielu lekarzy korzysta z tzw. ulgi na start. Jest to rozwiązanie, które pozwala przez pierwsze miesiące znacząco ograniczyć obciążenia – w tym okresie nie opłaca się składek społecznych, a jedynie składkę zdrowotną. To moment, w którym działalność może „rozpędzić się" finansowo i ustabilizować przychody.

Z czasem jednak sytuacja się zmienia. Po okresie preferencji przedsiębiorca przechodzi na kolejne poziomy składek, aż w końcu osiąga pełny ZUS. I to właśnie ten moment często bywa mocno problematyczny – nagły wzrost kosztów potrafi zaskoczyć, jeśli nie był wcześniej zaplanowany.

Najbardziej dynamicznym elementem całego systemu jest składka zdrowotna. W przeciwieństwie do składek społecznych nie ma jednej stałej wysokości – jej poziom zależy od formy opodatkowania oraz osiąganych dochodów lub przychodów. W praktyce oznacza to, że decyzja podatkowa wpływa nie tylko na wysokość podatku, ale również na całkowity koszt ZUS.

Wielu lekarzy popełnia podobne błędy. Najczęściej jest to brak planowania w dłuższej perspektywie. Skupienie się na pierwszych miesiącach działalności i nieuwzględnienie tego, co wydarzy się po roku czy dwóch. Innym problemem jest niedoszacowanie składki zdrowotnej, która potrafi znacząco obniżyć realny dochód „na rękę".

ZUS nie musi być jednak źródłem niepewności. Przy odpowiednim podejściu staje się elementem, który można świadomie zaplanować. Kluczowe jest spojrzenie na niego nie jako na pojedynczy koszt, ale jako część całego systemu finansowego działalności – obok podatków, przychodów i kosztów.

Świadome zarządzanie tym obszarem pozwala uniknąć nagłych zaskoczeń i daje większe poczucie kontroli nad finansami. A to w działalności gospodarczej ma znaczenie fundamentalne. ●

USŁUGI KSIĘGOWE

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

Prowadź księgowość z OIL.

Sprawdź pełną ofertę na stronie internetowej

Praca lekarza w ramach umowy cywilnoprawnej



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

Praca lekarza na podstawie umowy cywilnoprawnej, określanej również jako współpraca w modelu B2B (*Business to Business*) lub po prostu kontrakt, od kilku lat należy do najczęściej wybieranych form wykonywania zawodu.

Zarówno publiczne szpitale, jak i prywatne placówki medyczne coraz częściej proponują lekarzom współpracę w ramach prowadzonej działalności gospodarczej zamiast klasycznej umowy o pracę. Taki model zapewnia większą elastyczność organizacyjną, ale jednocześnie nakłada na lekarza obowiązki przedsiębiorcy.

Decyzja o przejściu na współpracę B2B, np. kontrakt, powinna być poprzedzona nie tylko analizą finansową, ale również podatkową i prawną. Choć możliwość uzyskania wyższych dochodów jest niewątpliwie jedną z największych zalet prowadzenia działalności gospodarczej, nie można zapominać, że umowa kontraktowa wiąże się także z większą odpowiedzialnością oraz koniecznością samodzielnego prowadzenia spraw administracyjnych.

LEKARZ JAKO PRZEDSIĘBIORCA

Umowa kontraktowa jest umową cywilnoprawną, co oznacza, że zastosowanie znajdują tu przepisy Kodeksu cywilnego, a nie Kodeksu pracy. Zawierana jest pomiędzy lekarzem prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą, zarejestrowaną w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) oraz Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL), a podmiotem wykonującym działalność leczniczą, takim jak szpital czy prywatna placówka medyczna. W tym modelu lekarz nie występuje jako pracownik, lecz jako przedsiębiorca świadczący usługi medyczne dla placówki.

W praktyce oznacza to obowiązek wystawiania faktur za wykonane świadczenia zdrowotne, samodzielnego rozliczania podatków oraz opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

ZALETY PRACY NA KONTRAKCIE

Rosnąca popularność umów cywilnoprawnych wynika przede wszystkim z możliwości uzyskania korzystniejszych warunków finansowych. Placówki medyczne często oferują lekarzom współpracującym w ramach działalności gospodarczej wyższe stawki godzinowe, ponieważ nie ponoszą kosztów związanych z zatrudnieniem pracownika na podstawie umowy o pracę.

Bardzo istotną zaletą jest również elastyczność organizacji samej pracy. Lekarz może samodzielnie decydować o liczbie dyżurów, współpracować z kilkoma podmiotami jednocześnie oraz planować harmonogram zgodnie z własnymi potrzebami zawodowymi i prywatnymi. Dla wielu osób jest to także szansa na budowanie niezależnej kariery oraz rozwijanie działalności w różnych obszarach medycyny.

Model B2B daje ponadto większą swobodę negocjowania warunków współpracy. Dotyczy to nie tylko wysokości wynagrodzenia, ale również sposobu rozliczeń, zakresu obowiązków, zasad organizacji pracy czy długości okresu wypowiedzenia.

UMOWA KONTRAKTOWA TO INNE OBOWIĄZKI

Wybór współpracy kontraktowej oznacza przejęcie obowiązków właściwych dla przedsiębiorcy. Lekarz odpowiada za terminowe wystawianie faktur, prowadzenie dokumentacji księgowej, regulowanie zobowiązań podatkowych i składkowych oraz archiwizowanie dokumentów wymaganych przez przepisy prawa.

Pomimo licznych zalet kontrakt nie jest rozwiązaniem pozbawionym wad. Najczęściej wskazywaną niedogodnością jest brak uprawnień wynikających z Kodeksu pracy, czyli korzyści z tytułu bycia pracownikiem. Lekarz pracujący na kontrakcie nie korzysta więc np. z płatnego urlopu wypoczynkowego, natomiast nic nie stoi na przeszkodzie, aby taką kwestię uregulować w treści umowy. Okres niewykonywania usług oznacza w znacznej części przypadków brak wynagrodzenia.

fot. K. Stępniewska



fot. licencia OIL w Warszawie

Należy również pamiętać o konieczności samodzielnego zabezpieczenia finansowego na okresy mniejszej liczby dyżurów lub czasowej niezdolności do pracy. Prowadzenie działalności gospodarczej wymaga więc większej dyscypliny finansowej oraz odpowiedniego planowania budżetu.

UMOWA PODLEGA NEGOCJACJOM

W kontekście umów cywilnoprawnych szczególne znaczenie ma zasada swobody umów. Zgodnie z art. 353(1) Kodeksu cywilnego: *Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego*.

Oznacza to, że każda ze stron może proponować swoje dyspozycje co do regulacji mających znaleźć się w umowie, natomiast ostatecznie to, czy dane postanowienia będą obowiązywać, zależy od porozumienia między stronami umowy.

Warto również pamiętać o art. 750 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym *do umów o świadczenie usług, nieuregulowanych innymi przepisami, stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu*.

CO SPRAWDZIĆ PRZED PODPISANIEM KONTRAKTU?

Przed podpisaniem umowy należy dokładnie przeanalizować jej postanowienia. Szczególnej uwagi wymagają zapisy dotyczące wysokości wynagrodzenia, terminów płatności, odpowiedzialności stron, zasad rozwiązania umowy oraz długości okresu wypowiedzenia.

Niezwykle istotne są również regulacje dotyczące terminu zapłaty wynagrodzenia. Jeżeli umowa nie określa terminu płatności, zastosowanie ma art. 744 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym przy odpłatnym zleceniu *wynagrodzenie należy się przyjmującemu dopiero po wykonaniu zlecenia, chyba że co innego wynika z umowy lub z przepisów szczególnych*. W praktyce oznacza to, że jeżeli lekarz ma podpisaną umowę kontraktową np. na trzy miesiące i nie zawiera ona regulacji dotyczących zapłaty należności z tytułu wykonywanych świadczeń, placówka udzielająca zamówienia może uregulować należności dopiero po zakończeniu umowy.

W praktyce często spotykane są także postanowienia dotyczące zakazu konkurencji, obowiązku zachowania poufności czy zasad korzystania z infrastruktury medycznej placówki. Szczególnie ważne jest również precyzyjne określenie miejsca wykonywania świadczeń. Jeżeli podmiot leczniczy prowadzi kilka placówek, a umowa nie wskazuje konkretnej lokalizacji, lekarz może zostać zobowiązany do wykonywania świadczeń w każdej z nich.

Przed podpisaniem umowy kontraktowej warto poświęcić czas na dokładną analizę jej zapisów, tak aby upewnić się, że wszystkie prawa i obowiązki zostały jasno określone, a warunki współpracy odpowiadają rzeczywistym oczekiwaniom obu stron. ●

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

Dane lekarza w SZOI NFZ



KAROLINA STĘPNIEWSKA

Do Biura Rzecznika Praw Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie coraz częściej trafiają sprawy, które na pierwszy rzut oka wydają się drobną nieścisłością administracyjną. Po bliższym przyjrzeniu okazuje się jednak, że dotyczą informacji o lekarzu przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia – danych, które nie zawsze odpowiadają rzeczywistemu wykonywaniu świadczeń.

fot. Tymon Włodarz

Zgłoszenia dotyczą zarówno niewielkich poradni, jak i dużych podmiotów leczniczych. Zdarza się, że lekarze odkrywają, że w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) są wykazywani w poradni, w której już nie przyjmują, w godzinach, w których nie udzielają świadczeń, albo w zakresie dostępności nieodpowiadającym ich faktycznemu harmonogramowi pracy. Przyczyny takich rozbieżności mogą być różne – od błędów organizacyjnych po zaniedbania związane z aktualizacją danych. Niezależnie od ich źródła warto pamiętać, że informacje przekazywane do NFZ nie są wyłącznie formalnością.

DLACZEGO WARTO SPRAWDZAĆ DANE?

Dane dotyczące personelu medycznego stanowią element organizacji udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dlatego lekarz powinien wiedzieć, przez jakiego świadczeniodawcę jest wykazywany, w jakiej komórce organizacyjnej oraz w jakich godzinach jego dostępność została zgłoszona do NFZ. Świadomość własnych danych jest jednym z elementów bezpieczeństwa zawodowego i pozwala uniknąć sytuacji, w której nieprawidłowości zostaną ujawnione dopiero wtedy, gdy staną się przedmiotem wyjaśnień.

JAK SPRAWDZIĆ DANE Z SZOI NFZ?

Dobrą wiadomością jest to, że weryfikacja tych informacji jest możliwa. Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnia lekarzom dane poprzez System Numerowania Recept Lekarskich (SNRL). Choć sam system nie należy do najbardziej intuicyjnych, umożliwia sprawdzenie informacji przekazywanych przez pracodawców do SZOI.

Założenie konta w SNRL odbywa się za pośrednictwem strony internetowej NFZ. Wniosek można podpisać podpisem elektronicznym lub za pomocą profilu zaufanego, a także złożyć osobiście w oddziale funduszu. Po zalogowaniu należy wejść w zakładkę „Moje dane", a następnie „Zatrudnienie". System wyświetla wszystkich świadczeniodawców, u których lekarz został zgłoszony. Po wybraniu opcji „Miejsca pracy" można sprawdzić harmonogramy przekazywane do SZOI – zarówno szczegółowe, jak i średniotygodniowe –

wraz z informacją o dniach i godzinach, w których lekarz został wykazany jako udzielający świadczeń.

POSTĘPOWANIE W RAZIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Sama weryfikacja zajmuje zaledwie kilka minut. To niewielki wysiłek, który pozwala się upewnić, że dane przekazywane do NFZ odpowiadają rzeczywistości. W przypadku stwierdzenia niezgodności pierwszym krokiem powinien być kontakt z NFZ w celu ich wyjaśnienia i skorygowania. Jeżeli problem nie zostanie rozwiązany lub pojawią się wątpliwości dotyczące prawidłowości raportowania, zapraszamy do kontaktu z Biurem Rzecznika Praw Lekarza.

– *Biuro Rzecznika Praw Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie służy pomocą także na wcześniejszym etapie. Pomagamy lekarzom uzyskać dostęp do danych, wyjaśniamy sposób ich odczytywania oraz wspieramy w przypadkach stwierdzonych nieprawidłowości* – zapewnia rzecznik praw lekarza Paweł Doczekalski.

SYSTEM INFORMATYCZNY DO POPRAWY

Doświadczenia ostatnich miesięcy pokazują również, że sam dostęp do tych informacji wymaga zmian. Obecny sposób ich udostępniania jest mało przejrzysty i nie zachęca do regularnej kontroli. Tymczasem możliwość łatwego sprawdzenia własnych danych powinna być standardem, a nie umiejętnością zarezerwowaną dla osób dobrze znających systemy informatyczne NFZ.

Warto pamiętać, że znajomość własnych danych to nie przejaw nadmiernej ostrożności, ale element świadomego wykonywania zawodu i ochrony praw lekarza. ●



fot. Marcin Faliński

– Lekarz powinien mieć prosty, czytelny i łatwo dostępny wgląd do informacji o tym, gdzie i w jakim zakresie jest wykazywany do NFZ. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie będzie zabiegać o rozwiązania, które zwiększą przejrzystość systemu i dadzą lekarzom realną kontrolę nad danymi wykorzystywanymi w publicznym systemie ochrony zdrowia
– mówi Paweł Doczekalski.

Kontakt i godziny pracy rzecznika praw lekarza:

„Szczepimy – chronimy”

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

Od 21 września do 30 października
(z wyłączeniem sobót i niedziel)
w wybranych punktach będzie można zaszczepić się bezpłatnie przeciwko grypie.
Lista przychodni i zapisy wkrótce na stronie OIL w Warszawie.



***How to* staż** – wskazówki od młodych lekarzy OIL Warszawa

Jak przygotować się do stażu podyplomowego, jakich formalności należy dopilnować i czego można się spodziewać w pierwszych miesiącach pracy w zawodzie lekarza i lekarza dentysty? Odpowiedzi na te pytania studenci i absolwenci kierunków medycznych przygotowujący się do rozpoczęcia stażu podyplomowego uzyskali podczas konferencji „*How to* staż – wskazówki od młodych lekarzy OIL Warszawa", która odbyła się 13 lipca 2026 r. na Uczelni Łazarskiego w Warszawie.

Program wydarzenia został przygotowany z myślą o osobach stojących przed ważnymi decyzjami związanymi z wyborem miejsca odbywania stażu oraz planowaniem swojej ścieżki zawodowej.

Gości i uczestników konferencji przywitali wiceprezes ORL w Warszawie Krzysztof Herman oraz dziekan Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego dr n. med. Marta Sobczyńska.

– *Drodzy koledzy, za wami ciężkie studia, przed wami staż. Mam nadzieję, że dzisiaj uda nam się odpowiedzieć na pytanie „How to staż". Studia to pierwszy etap. Teraz przed wami ten najciekawszy – najpiękniejszy zawód, który będziecie wykonywać do końca swoich dni, bo lekarzem jest się do końca życia. Jako izba na pewno będziemy was w tym wspierać. Życzę wam, żebyście byli dobrymi lekarzami i żebyście nie chodzili na skróty* – powiedział Krzysztof Herman.

– *Bardzo się cieszę, że tu jesteście. Koledzy, koleżanki, witajcie w najpiękniejszym zawodzie świata. Niepewności będzie sporo, ale jesteście przygotowani do działania w zmieniającym się świecie. Kto, jak nie wy? Jesteście rocznikami pandemicznymi. Większość z was zaczynała studia w 2020 r., podczas drugiej fali pandemii. Wielokrotnie byliście na pierwszej linii frontu, bo od razu po przyjęciu szczepień stawaliście przy łóżkach pacjentów. Kto, jak nie wy? Przyszłość należy do was. Mam nadzieję, że będzie to droga ciekawa i rozwojowa* – mówiła dziekan Marta Sobczyńska.



fot. Marcin Faliński (2)

Spotkanie prowadził Wiktor Możarowski, pełnomocnik OIL ds. stu-

dentów oraz przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy. Po oficjalnym powitaniu przedstawił działalność OIL w Warszawie oraz ofertę benefitów, jakie warszawska izba oferuje swoim członkom. Zachęcał przyszłych stażystów do wstępowania w szeregi samorządu lekarskiego oraz aktywnego udziału w jego pracach, w tym w Komisji Młodych Lekarzy.



Przydatnymi informacjami o procesie aplikowania na staż podyplomowy podzieliła się Katarzyna Lisieska z Komisji ds. Stażu Podyplomowego. Uczestnicy mieli również okazję zadawać pytania dotyczące niezbędnych formalności i procedur, które należy przejść przed rozpoczęciem stażu. Odpowiedzi kierowniczki Komisji ds. Stażu Podyplomowego pozwoliły rozwiać wątpliwości związane z tymi zagadnieniami.

Drugą część konferencji, poświęconą relacjom z pierwszej ręki, rozpoczęło wystąpienie lek. Bartosza Omasty pt. „Staż podyplomowy okiem młodego lekarza – pierwsze kroki w szpitalu". Następnie scenę przejęli lekarze stażyści z warszawskich i mazowieckich szpitali, którzy dzielili się doświadczeniami i praktycznymi wskazówkami. Nie zabrakło również głosów lekarzy dentystów opowiadających o specyfice stażu podyplomowego w stomatologii.

Konferencję zakończyła emocjonująca debata oksfordzka, podczas której uczestnicy próbowali odpowiedzieć na pytanie: „Szpital powiatowy vs szpital kliniczny – gdzie najlepiej odbyć staż podyplomowy?". Dyskusję moderowała Anna Marszałek z LUX MED Sp. z o.o. Szpitale powiatowe reprezentowali Bartosz Omasta (Radomski Szpital Specjalistyczny), Natalia Radwańska (Radomski Szpital Specjalistyczny) oraz Ewa Romanowicz (Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie). Z kolei szpitale kliniczne reprezentowali Aleksandra Krygowska (Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie), Marcin Matuszewski (Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie) oraz Wiktor Możarowski (Państwowy Instytut Medyczny MSWiA).

Dyskusja miała uporządkowaną formę, a obie strony przedstawiły argumenty dotyczące m.in. dostępu do pacjentów, poziomu samodzielności stażystów, możliwości rozwoju naukowego oraz zaangażowania opiekunów i mentorów. Po wyczerpującej wymianie argumentów publiczność, złożona z absolwentów kierunku lekarskiego, zdecydowała, która drużyna skuteczniej przekonała ją do wyboru miejsca stażu. Zwyciężył zespół reprezentujący szpitale powiatowe.

Konferencja była doskonałą okazją do zdobycia praktycznej wiedzy na temat pierwszych kroków w zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Tegoroczni absolwenci podkreślali, że przychodząc na „*How to* staż", chcieli dowiedzieć się więcej o stażach podyplomowych w poszczególnych mazowieckich szpitalach, a dzięki wystąpieniom młodych lekarzy i lekarek udało im się uzyskać wiele istotnych informacji. Tym cenniejszych, że z pierwszej ręki!

Organizatorzy zapowiedzieli już, że chcą, aby wydarzenie miało charakter cykliczny, tak aby kolejni studenci i absolwenci kierunków medycznych mogli co roku znajdować odpowiedzi na najważniejsze pytania dotyczące rozpoczęcia stażu podyplomowego.

Serdecznie dziękujemy uczestnikom, gościom i partnerom za udział w pierwszej edycji konferencji „*How to* staż – wskazówki od młodych lekarzy OIL Warszawa". Do zobaczenia za rok, a już w październiku czekamy na lekarzy stażystów na Kick off Meeting!

PARTNER WYDARZENIA

Łazarski

PATRONI MERYTORYCZNI

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

UCZELNIA MEDYCZNA im. Marii Skłodowskiej-Curie

WMCM UKSW Wydział Medyczny. Collegium Medicum UNIWERSYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W WARSZAWIE

Na zachód od Siedlec

Słuchacze LUTW „Nestor" udali się na wyjazd edukacyjno-integracyjny, po raz kolejny wybierając na pobyt Dom Pracy Twórczej „Reymontówkę". Ten zabytkowy dworek z XIX w. znajduje się w Chlewiskach, 20 km od Siedlec.

DR N. MED. ELŻBIETA MAŁKIEWICZ



fot. Daniel Jarosz

Pierwszego dnia, 23 czerwca, wysłuchaliśmy serii wykładów oraz koncertu Chóru Gminy Siedlce „Na miłosną nutę". Seniorzy wykonali przeboje z lat 60. i 70., a my dołączyliśmy do śpiewu. Uroczystą kolację uświetniły potrawy kuchni podlaskiej: blacharz (babka ziemniaczana), szczury (kartacze), pierogi z ziemniakami. Rozmowom, wspomnieniom i żartom nie było końca.

Następnego dnia wyruszyliśmy do Lublina. Dzięki uprzejmości abp. Abla oraz kanclerza diecezji, ks. Andrzeja, zwiedziliśmy cerkiew prawosławną, na co dzień zamkniętą poza nabożeństwami. Poznaliśmy jej bogatą historię, obejrzeliśmy cenne ikony, w tym ikonę Matki Bożej z czasów Cyryla i Metodego. Podczas przygotowanego specjalnie dla nas występu chóru cerkiewnego usłyszeliśmy przepiękne tradycyjne pieśni.

Następnie odwiedziliśmy Zamek w Lublinie z Kaplicą Trójcy Świętej – jednym z najcenniejszych zabytków sztuki europejskiej. Zachwycaliśmy się bizantyńsko-ruskimi polichromiami z początku XV w., ufundowanymi przez króla Władysława Jagiełłę. Po obiedzie, z uwagi na upał, ograniczyliśmy się do krótkiego spaceru.

Trzeciego dnia zwiedziliśmy zamek książąt mazowieckich w Liwie z XIV w. i mieszczące się w barokowym dworze Muzeum Zbrojowni. Ekspozycja prezentuje ponad 900 eksponatów – od uzbrojenia z czasów starożytnych przez średniowiecze, XVII i XVIII w., czasy napoleońskie i rewolucję przemysłową aż po II wojnę światową. Trzon kolekcji stanowią militaria polskie i obce, a uzupełniają ją malarstwo, meble, tkaniny i zbiory archeologiczne. Po zwiedzeniu muzeum odbyliśmy krótki spacer po Liwie, zjedliśmy obiad i ruszyliśmy w drogę powrotną do Warszawy. ●

Pamięć o historii buduje przyszłość



fot. archiwum prywatne

W Dziale Starej Książki Medycznej GBL 18 czerwca otwarto historyczny gabinet prof. Stanisława Konopki.

Historia instytucji to nie tylko zapis wydarzeń, ale przede wszystkim pamięć o ludziach, którzy swoją wiedzą, pasją i zaangażowaniem tworzyli jej fundamenty. Kierując się tą ideą, w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki przy ul. Jazdów w Warszawie uroczyście otwarto gabinet prof. Stanisława Konopki – założyciela i pierwszego dyrektora Głównej Biblioteki Lekarskiej. Nowo utworzona przestrzeń upamiętnia postać wybitnego lekarza, bibliografa i organizatora życia naukowego, którego wizja oraz determinacja przyczyniły się do powstania jednej z najważniejszych bibliotek medycznych w Polsce.

Gabinet prof. Stanisława Konopki stanowi nie tylko miejsce pamięci, ale również symbol ciągłości misji Głównej Biblioteki Lekarskiej – gromadzenia, ochrony i udostępniania dziedzictwa polskiej medycyny oraz wspierania rozwoju nauki.

W uroczystości uczestniczyli przedstawiciele GBL z jej dyrektorem dr. n. med. Feliksem Orchowskim, środowiska akademickiego i medycznego. Był obecny dziekan Wydziału Medycznego Collegium Medicum UKSW prof. dr hab. Filip M. Szymański, lek. dent. Grzegorz Kwitkiewicz, wiceprezes ORL, przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie lek. dent. Justyna Kwitkiewicz oraz zaproszeni goście.

Otwarcie gabinetu prof. Konopki to ważny element pielęgnowania tradycji Głównej Biblioteki Lekarskiej. To miejsce przypomina o wartościach, które od początku istnienia Biblioteki pozostają niezmienne – szacunku dla wiedzy, trosce o dziedzictwo naukowe oraz odpowiedzialności za przekazywanie go kolejnym pokoleniom. ●

FUNDACJA PRO SENIORE

DOFINANSOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH

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

Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore

Termin składania wniosków mija
30 września 2026 r.



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 mija
30 września 2026 r.

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



OBIADY w Klubie Lekarza

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza seniorów lekarzy/lekarzy dentystów

w poniedziałki i czwartki
w godz. **13.00–14.00**
do Klubu Lekarza
przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie

na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady.

Więcej informacji: zok@oilwaw.org.pl
tel. (22) 542 83 33

XII Otwarte Mistrzostwa Mazowsza Lekarzy

Blisko 60 lekarzy z całej Polski 21 czerwca 2026 r. wzięło udział w XII Otwartych Mistrzostwach Mazowsza Lekarzy rozegranych w ramach XIV Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76. Tegoroczna edycja odbywała się w 50. rocznicę radomskich wydarzeń, upamiętniając protest robotników, który na trwałe wpisał się w historię miasta i Polski. Partnerem i współorganizatorem rywalizacji lekarzy była Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.



fot. archiwum prywatne

Najlepszym zawodnikiem w półmaratonie w klasyfikacji lekarzy został **Mikołaj Głuta**. Drugie miejsce zajął **Damian Ruta**, a trzecie **Przemysław Duchnik**. W rywalizacji kobiet zwyciężyła **Natalia Madeja**, na kolejnych miejscach uplasowały się **Joanna Kowalska** oraz **Małgorzata Kawiorska**. W poszczególnych kategoriach wiekowych w półmaratonie zwyciężali także: **Aleksandra Minda**, **Natalia Chmura-Skerczyńska**, **Katarzyna Zawadowicz**, **Jan Hoffman**, **Szymon Gumiński**, **Wojciech Jańczyk**, **Norbert Kozłowski** i **Stanisław Hondra**.

Emocji nie zabrakło również na krótszym dystansie. W klasyfikacji open III Biegu Lekarzy zwyciężył **Mateusz Kałwik**. Drugie miejsce wywalczył **Marek Babiuch**, a trzecie **Grzegorz Białek**. Wśród kobiet na podium stanęły **Iga Klepacz**, **Joanna Rogozik** i **Aleksandra Gumińska**. W poszczególnych kategoriach wiekowych na dystansie 5 km medalowe miejsca zdobyli także **Maja Kowalska**, **Monika Białek**, **Iwona Orczykowska**, **Karol Stępniewski**, **Aleksander Marczenko** i **Mieczysław Śmigielski**.

Nagrody zwycięzcom wręczył Karol Stępniewski, wiceprezes ORL i przewodniczący delegatury radomskiej. ●



fot. PSTL

XXXV Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie

Turniej odbył się 4–7 czerwca 2026 r. pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy na kortach obiektu Olimpijski Club Wrocław. W turnieju wzięło udział blisko 140 lekarek i lekarzy z całej Polski.

Warszawską izbę reprezentowali: **Bożenna Kędzierska** (potrójna Mistrzyni Polski Lekarzy: 1. miejsce singiel kat. 65+, 1. miejsce mikst kat. 50+, 1. miejsce debel kat. 60+), **Maciej Łukasiewicz** (1. miejsce singiel kat. 50+), **Andrzej Bachurski** (1. miejsce debel kat. 65+, ćwierćfinał singiel kat. 65+), **Małgorzata Mączewska** (2. miejsce debel kat. 45+), **Anna Samarcew-Krawczak** (2. miejsce debel kat. 45+), **Agata Biniewicz** (3. miejsce singiel kat. 60+, 3. miejsce debel kat. 60+), **Stanisław Bogusławski** (3. miejsce singiel kat. 35+), **Artur Barlik** (singiel kat. 40+), **Barbara Sołowińska** (singiel kat. 60+), **Radosław Wysocki** (singiel kat. 60+), **Bogumił Smoleń** (singiel kat. 55+), **Beata Bachurska** (singiel kat. 60+), **Michał Lipa** (singiel kat. Open), **Edyta Dubiel** (mikst kat. 50+).

Podczas mistrzostw odbyło się też walne zebranie sprawozdawczo-wyborcze członków Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, na którym wybrano nowy zarząd PSTL na kadencję 2026–2030. W skład pięcioosobowego organu weszli: lek. dent. Anna Komar (prezes), lek. dent. Marcin Pokrzywnicki (wiceprezes), lek. Maria Stępień z OIL w Warszawie (sekretarz), lek. Lech Borkowski (skarbnik) oraz dr n. med. Joanna Szafranek (członek zarządu). ●

Serdecznie zachęcamy koleżanki i kolegów lekarzy i lekarzy dentystów, aby dołączyli do **Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy** oraz do aktywnego udziału w kolejnych turniejach – to doskonała okazja do sportowej rywalizacji, a także integracji środowiska. Więcej informacji o tenisowych turniejach lekarzy wraz z kalendarzem wydarzeń znajduje się na stronie www.pstl.pl.

Lekarsko-Prawniczy Piknik Integracyjny w Radomiu

Na stadionie lekkoatletyczno-piłkarskim MOSiR w Radomiu 27 czerwca 2026 r. odbył się po raz drugi Lekarsko-Prawniczy Piknik Integracyjny – wspólna inicjatywa Delegatury Radomskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Izby Adwokackiej w Radomiu oraz Okręgowej Izby Radców Prawnych w Kielcach.

Przy pięknej, wakacyjnej pogodzie bawiło się prawie 200 osób. Przygotowano dla nich wiele atrakcji – można było pograć w badmintona i w bule, zrobić sobie pamiątkowe zdjęcie lub filmik w fotobudce, a dzieci mogły poszaleć na dmuchanych zjeżdżalniach i puszczać bańki mydlane. Były też zabawy z animatorami, malowanie buziek i warsztaty balonowe. Podczas pikniku odbyło się również szkolenie z pierwszej pomocy i resuscytacji krążeniowo-oddechowej prowadzone przez ratowników medycznych. Letnia atmosfera, pyszny catering, dobra muzyka i okazja do integracji sprawiły, że piknik był wyjątkowo udany.



fot. archiwum prywatne

XXXII Lekarski Rodzinny Rajd Pieszy Pieniny 2026

Tegoroczny Lekarski Rodzinny Rajd Pieszy LKT Pro-Mile z Kozienic odbył się 30-31 maja w Małych Pieninach.



fot. archiwum prywatne

Pierwszego dnia uczestnicy przeszli przez malowniczy wąwóz Homole, a następnie zdobyli najwyższy szczyt Pienin – Wysoką (1050 m n.p.m.), podziwiając piękne widoki okolicznych dolin. Wieczór upłynął w Jaworkach przy tradycyjnym ognisku, wspólnym śpiewaniu i spotkaniach z dawno niewidzianymi znajomymi.

Drugiego dnia trasa wiodła przez Rezerwat Przyrody Biała Woda, gdzie można było podziwiać potężne formacje skalne, w tym wąwóz Międzyskały, żeremie bobrów oraz malowniczą dolinę Grajcarka. Nie zabrakło również okazji do spróbowania regionalnych serów i żętycy w wielu bacówkach.

W niedzielne popołudnie uczestnicy wrócili do domów, już z planami na przyszłoroczne spotkanie w kolejnym pięknym zakątku Polski.

Klub Lekarza Przedsiębiorcy

Dla lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących własną działalność

Dołącz już dzisiaj!
Zeskanuj kod QR i wyślij swoje zgłoszenie



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Lekarska ścieżka

Medycyna to powołanie. Realizowane na różne sposoby, wymagające pracy, poświęcenia, ale mogące przynieść wiele satysfakcji. Każdy lekarz kształtuje zawodową ścieżkę odmiennie. O swojej opowiada **prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. mgr zarz. Piotr Henryk Skarżyński**, otorynolaryngolog, audiolog i foniatra z Centrum Słuchu i Mowy Medincus w Kajetanach.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**



fot. Anna Wojciechowska (2)

Wybrał pan medycynę jako swoją drogę zawodową. Czy od początku wiedział pan, że chce związać życie z otolaryngologią i audiologią?

Medycyna była obecna w moim życiu od najmłodszych lat, jednak początkowo myślałem o karierze sportowca. Uprawiałem lekkoatletykę, pływanie, siatkówkę, założyłem nawet klub piłkarski. Teraz z zazdrością patrzę na liczne orliki, gdzie można zagrać. Kiedyś trzeba było dobrze pokombinować, aby zorganizować mecz pomiędzy szkolnymi drużynami.

Studia na Uniwersytecie Warszawskim zacząłem jednocześnie na dwóch kierunkach (chemii i zarządzaniu). Na medycynę poszedłem rok później. Udało się skończyć medycynę i zarządzanie. Początkowo oprócz otolaryngologii myślałem o okulistyce i medycynie sportowej, ale problemy ze słuchem były mi bliższe. Od lat, w zasadzie przedszkolnych, interesowało mnie ucho. Do dzisiaj pamiętam odcinek serialu „Było sobie życie" właśnie o uchu.

Jest pan dziś uznanym specjalistą z własnym dorobkiem naukowym i klinicznym. Które ze swoich osiągnięć uważa pan za najważniejsze lub najbardziej przełomowe?

Tak zupełnie szczerze to za największe osiągnięcie uważam sytuacje, w których osoby z rozwijanych przeze mnie zespołów chcą w ich ramach realizować własne projekty. To ważne i budujące uczucie, że ktoś chce właśnie z nami kształtować kolejne etapy swojej kariery.

Miałem także zaszczyt brać udział w przełomowych operacjach oraz wprowadzać do praktyki klinicznej wiele różnych nowatorskich rozwiązań. Warto wymienić te, które realizowaliśmy jako pierwsze lub jedne z pierwszych na świecie. Zastosowanie nowych implan-

tów – m.in. implant całkowicie wszczepialny, implanty słuchowe u pacjentów z wrodzonymi i nabytymi wadami słuchu – to znaczące kroki milowe.

Bardzo doceniam również wprowadzanie programów badań przesiewowych, narzędzi telemedycznych i diagnostyki narządów zmysłów w różnych krajach Europy, Azji Środkowej (m.in. w Kirgistanie, Uzbekistanie, Tadżykistanie) i w Afryce (m.in. w Senegalu, Kamerunie, Kongo, Rwandzie).



W swojej pracy łączy pan z powodzeniem działalność kliniczną, naukową i organizacyjną. Co daje największą satysfakcję?

Kiedy odbierałem prawo wykonywania zawodu, śp. dr n. med. Andrzej Włodarczyk – ówczesny prezes Okręgowej Rady Lekarskiej – powiedział, że nie ma większej satysfakcji niż wdzięczny wzrok ojca, któremu wyleczyło się córkę. Pamiętam to do dzisiaj. Kiedy udaje nam się wykonać zabieg, którego nikt nie chciał się podjąć w żadnej klinice na świecie, motywacja i satysfakcja są ogromne.

System ochrony zdrowia to wyzwania organizacyjne. Dlatego niemniejszą satysfakcję czerpię z powiększającego się zespołu. Jeśli ktoś chce, aby praca w nim była jego pierwszą, a potem pragnie zostać i kontynuować z nami współpracę – to duża satysfakcja. Chciałbym poświęcić się jeszcze bardziej wsparciu i rozwojowi zespołu. Powtarzam, że jak się nie rozwijasz, to się zwijasz, a świat nie stoi w miejscu.

Jak zatem zmienia się współczesna otolaryngologia i jakie wyzwania stoją dziś przed lekarzami tej specjalizacji?

To dziedzina medycyny, która bardzo dynamicznie korzysta z nowych technologii. Z jednej strony obserwuję zmianę w kontekście rynologii (choroby nosa) – jest coraz więcej terapii biologicznych. Z drugiej – widzę coraz większe oczekiwania pacjentów pod kątem rozumienia mowy i lepszego słyszenia, dzięki wykorzystaniu nowych technologii urządzeń wszczepialnych.

Moim zdaniem dwa aspekty będą bardzo ważne. Pierwszy to utrzymanie tego, co polscy pacjenci już mają – dostępu do najnowszych technologii poprawiających słuch w ramach NFZ. Do całego środowiska lekarskiego należy pokazywanie, jak ogromne, społeczne i ekonomiczne są to korzyści. Bo może kiedyś jakiś decydent będzie chciał to zmienić, stwierdzając, że zamiast dobrze rozumieć mowę, wystarczy znacznie mniej, np. słyszenie klaksonu nadjeżdżającego samochodu ciężarowego.

Drugi aspekt to umiejętność łączenia leczenia chorób z naszego zakresu z innymi specjalnościami. To ważne pod kątem pacjentów, którzy poruszają się pomiędzy otorynolaryngologami i alergologami, ortodontami, logopedami, protetykami słuchu. Ta współpraca to wyzwanie, ale jest tu szansa na ogromną synergię.

W jaki sposób udaje się panu łączyć intensywną pracę zawodową z życiem prywatnym?

W dynamicznym rozwoju bardzo łatwo o pracoholizm oraz poczucie, że zawsze można zrobić więcej. Kluczowe i niełatwe jest umiejętne delegowanie uprawnień i dawanie szans innym. Nie da się wszystkiego zrobić samemu. To podstawa, aby móc spokojnie myśleć o aspekcie prywatnym.

Bardzo się cieszę, kiedy któraś z moich córek ma ochotę zagrać ze mną w tenisa, popływać na desce lub po prostu pójść na mecz i porozmawiać. Bardzo to lubię i przyznaję, że ostatnie dwa-trzy lata zmieniły moje podejście i teraz jeszcze bardziej doceniam ten czas.

Praca w środowisku medycznym o tak silnych tradycjach rodzinnych była dla pana bardziej inspiracją czy także pewnym zobowiązaniem?

Zdecydowanie była inspiracją, ale też zobowiązaniem do utrzymywania wysokich standardów. Nie da się ukryć, że dla wielu osób, zarówno kiedyś, jak i teraz, tradycje rodzinne są powodem różnych komentarzy i innego spojrzenia. Na studiach kilka razy tego doświadczyłem – chociażby po słowach jednego z adiunktów: *myślałam, że profesor Henryk ma mądrzejszego syna*. Po la-



fot. Anna Wojciechowska

tach doceniam te wymagające sytuacje, były one poniekąd inspiracją do analizy, jak postępować. Z perspektywy czasu oceniam, że od osób z medycznymi tradycjami rodzinnymi można wymagać więcej, podobnie jak w przypadku wielu innych zawodów.

Jaką najważniejszą zawodową lub życiową lekcję wyniósł pan ze współpracy i relacji z ojcem, prof. Henrykiem Skarżyńskim?

Po pierwsze, przekonanie, że nie należy bać się ambitnych celów i że rozwój medycyny wymaga odwagi, konsekwencji oraz ciężkiej pracy. Tata często powtarza, że niewiarygodne jest, jak wiele można zrobić, jeśli robi się to konsekwentnie.

Po drugie, dzięki ojcu zawsze mam w swojej głowie, że trzeba wiedzieć, dokąd się płynie, niezależnie od tego, jaki wiatr zawieje.

A jakie wartości są dla pana najważniejsze w zawodzie lekarza?

Wraz ze wzrostem umiejętności i doświadczenia pojawia się czasami pokusa ułatwienia sobie drogi. Najlepszym przykładem są procedury chirurgiczne. Ja jednak, wykonując zabieg, nigdy nie chciałem „pójść na skróty", czegoś nie zrobić lub odpuścić, kiedy tylko widziałem szansę, że można zrobić coś lepiej.

Druga wartość to umiejętność analizy swoich błędów. Warto uczyć się na nich, ale złotem jest umiejętność uczenia się na błędach innych. W szczególności, gdy jesteśmy już po habilitacji lub mamy tytuł profesora.

Do dużych wartości trzeba dodać komunikację z pacjentem. To obecnie duże wyzwanie. Umiejętny, dobry kontakt na linii pacjent – lekarz jest bardzo wartościowy.

Wiele mówi się dziś o kryzysie autorytetów, dezinformacji i pseudonauce. Jak lekarze i środowiska naukowe mogą skutecznie budować zaufanie społeczne?

W pogoni za zyskiem różni ludzie wykorzystują naiwność i łatwowierność osób chorych czy cierpiących. Nieraz mój tata i ja padaliśmy ofiarą oszustów tworzących reklamy fałszywych produktów czy terapii. Używając odpowiednich narzędzi, wykorzystywali nasz głos i wizerunek, tworząc wrażenie, że osobiście reklamujemy „cudowne krople" i inne podejrzane wynalazki. Czasami nawet bardzo poważni ludzie nabierali się na takie oszustwa. Prawo w Polsce, jak widać, nie pozwala efektywnie ścigać osób odpowiedzialnych za takie treści reklamowe. Przykro jest widzieć pacjenta, który kupił aparaty słuchowe (a czasami po prostu jakieś wzmacniacze), które nie są dopasowane i mogą być wręcz szkodliwe, a kosztowały kilkanaście tysięcy. Dlatego odpowiednia komunikacja oparta na danych i faktach naukowych, dzielenie się wiedzą i doświadczeniem podczas różnych prelekcji lub nawet w social mediach pozwalają na zwiększenie świadomości pacjentów, a co za tym idzie, uodpornienie ich na kłamliwe przekazy.

Jak pana zdaniem powinien dziś wyglądać nowoczesny etos lekarza?

Powinien łączyć tradycyjne wartości medycyny z otwartością na zmiany. Lekarz musi być nie tylko dobrym specjalistą w swojej dziedzinie, ale również partnerem pacjenta, gotowym do ciągłego uczenia się i korzystania z nowych narzędzi diagnostycznych oraz terapeutycznych.

Jakie cele chciałby pan zatem realizować jako delegat OZL X kadencji?

Chciałbym wspierać działania na rzecz podnoszenia jakości kształcenia lekarzy, rozwoju nauki oraz wdrażania innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych. Ważnym celem jest również wzmacnianie pozycji środowiska lekarskiego oraz poprawa warunków wykonywania zawodu. Zaangażowałem się w działania Komisji ds. Współpracy z Zagranicą – chciałbym, aby doświadczenia z zagranicy były wdrażane przez specjalistów w Polsce. Oczywiście te, które mogą coś pozytywnego wnieść.

A jakie wyzwania stojące obecnie przed polską ochroną zdrowia i samorządem lekarskim uważa pan teraz za najistotniejsze?

Do najważniejszych wyzwań należą zdobycie i utrzymanie zaufania pacjentów oraz ich rodzin, rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa, w szczególności w zakresie komunikacji, a także starzenie się populacji oraz konieczność efektywnego wykorzystania nowych technologii. Samorząd lekarski powinien aktywnie uczestniczyć w tworzeniu rozwiązań, które będą służyć zarówno pacjentom, jak i lekarzom. ●

Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

Tematy wykładów w I semestrze V roku akademickiego (2026/2027)

6.10.2026 r. Inauguracja roku akademickiego
Sylwetka doktora Kazimierza Wica – prof. dr hab. Michał Musielak

20.10.2026 r. **Emerytura – złoty czas odpoczynku czy syndrom pustego gniazda i depresja** – dr hab. n. med. Halina Ey-Chmielewska

3.11.2026 r. **Zamach na ambasadę PRL w Bernie** – płk Marek Purzycki

17.11.2026 r. **Wiek to nie metryka, a psychika** – dr Ewa Kucharczyk-Deja

1.12.2026 r. **Lwów i jego orlęta** – dr Andrzej Szteliga

15.12.2026 r. **Spotkanie przedświąteczne**

12.01.2027 r. **Nowoczesna kardiologia zapalenia mięśnia serca i osierdzia** – dr hab. n. med. Olga Dzikowska-Diduch

19.01.2027 r. **Komu jest potrzebny kodeks etyki lekarskiej** – prof. dr hab. Paweł Łuków (wyjątkowo o godz. 12.00)

2.02.2027 r. **Jak przeżyć kryzys** – dr Piotr Zakrzewski

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 poniedziałek i czwartek o godz. 11.00 (od października) 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).

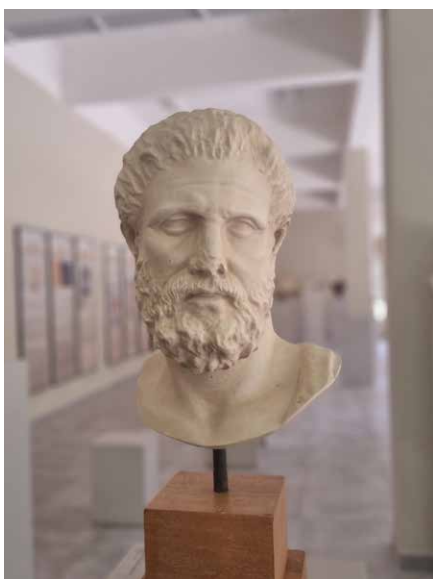
Konieczne jest obuwie na zmianę, warto też zabrać strój sportowy, wodę i ręcznik do położenia na matę.

Potomek boga medycyny i jego przysięga



MONIKA MIŁOSZ
humanistka medyczna

Schodzą po kamiennych stopniach Asklepiejonu w jasnych szatach, z laurowymi wieńcami na głowach i papirusami w dłoniach. W scenerii ruin starożytnego sanktuarium ustawiają się do ceremonii, która za chwilę połączy ich z etosem zawodu lekarza. Padają słowa przysięgi. Przysięgi Hipokratesa.



fot. Aleksandra Bruszewska

Popiersie Hipokratesa

Nie jest to jedynie potencjalny opis dawnych ceremonii, lecz fragment wydarzenia – „Tydzień Hipokratesa", które co roku w październiku, wraz z rozpoczęciem roku akademickiego, odbywa się na wyspie Kos. Za sprawą Międzynarodowej Fundacji Hipokratesa, w miejscu uznawanym za jedno z najważniejszych centrów starożytnej medycyny, spotykają się studenci, młodzi lekarze i przedstawiciele świata nauki z całego globu, by uczestniczyć w wykładach, ceremoniach i uroczystym odczytaniu przysięgi Hipokratesa przez zasłużonych absolwentów.

Nie byłoby tego święta bez Hipokratesa. Bez niego nie byłoby zapewne także przysięgi, a dzieje medycyny mogłyby potoczyć się zupełnie inaczej. U schyłku lata zapraszam więc państwa na Kos – śladami ojca medycyny: od Asklepiejonu, przez słynny platan Hipokratesa, po fundację, która dziś pielęgnuje pamięć o wielkim lekarzu i jego dziedzictwie.

70 LAT W ZAWODZIE

Hipokrates urodził się na wyspie Kos ok. 460 r. p.n.e. Tradycja uważa go za potomka Asklepiosa – legendarnego boga medycyny. Według starożytnego przekazu po wojnie trojańskiej syn Asklepiosa osiedlił się na Kos i założył tam ród lekarzy zwanych Asklepiadami. Z czasem mianem tym zaczęto określać wszystkich medyków wywodzących się z tej tradycji. Ojciec i dziadek Hipokratesa byli lekarzami, matka zaś położną, nic więc dziwnego, że pierwsze nauki pobierał właśnie w rodzinnym domu. Lekarskie tradycje kontynuowali później również jego synowie – Tesalos i Drakon – a także wnukowie Hipokrates III i Hipokrates IV.

Praktykę lekarską rozpoczął Hipokrates prawdopodobnie ok. 20. roku życia. Dożył wieku imponującego nawet z dzisiejszej perspektywy – zmarł, mając ok. 89 lat. Być może jednym z jego sekretów długowieczności był ruch i nieustanna ciekawość świata. Podróżował po Grecji, odwiedzał Kretę i Egipt, a zmarł w Tesalii ok. 370 r. p.n.e., również z dala od rodzinnej wyspy. To właśnie podczas wędrówek poznawał nowe praktyki medyczne, obserwował metody leczenia i czerpał inspiracje, które później rozwijał we własnej działalności. Najważniejszą szkołą pozostawał jednak dla niego „rodzinny" Asklepiejon.

TRZY POZIOMY DO ZDROWIA

Asklepiejon na Kos był ośrodkiem religijnym połączonym z centrum medycznym – czymś na kształt pierwowzoru szpitala. Dziś oferuje prawdziwie grecką scenerię: piaskowe ruiny kolumnad skąpane w słońcu, cyprysy, oliwki i widok na turkus Morza Egejskiego. Najbardziej uderza jednak jego układ. Sanktuarium wznosi się na trzech tarasach, połączonych długimi schodami, co przywodzi na myśl monumentalne świątynie dawnych cywilizacji.

Każdy z poziomów pełnił inną funkcję. Na pierwszym przyjmowano chorych – tu odbywały się kąpiele, oczyszczenie i wstępne badanie. Drugi służył oczyszczeniu duchowemu: składano ofiary Asklepiosowi i modlono się o zdrowie. Na trzecim znajdowała się świątynia boga medycyny, a za nią abaton – miejsce, w którym chorzy spali, oczekując uzdrawiającego snu i wskazówki dotyczącej leczenia.

Trudno nie pomyśleć, że ci, którzy tysiące lat temu przybywali tu po ratunek, musieli najpierw wspiąć się naprawdę wysoko, co stanowiło nie lada wysiłek. – *Asklepiejony były miejscami spotkania z bogiem, dlatego sytuowano je na wzniesieniach* – tłumaczyła mi później Katerina, archeolożka z Kos i przewodniczka związana z Fundacją Hipokratesa. Opowiadała, że wyspa przez stulecia

była ważnym ośrodkiem medycznym, a jednym z jej najsłynniejszych uczniów pozostaje Hipokrates. Choć Asklepiejon uznaje się za miejsce związane z jego praktyką lekarską, budowla, którą oglądamy dziś, nie jest tą samą, w której pracował. Oryginalny kompleks zniszczyło trzęsienie ziemi, a zachowane ruiny pochodzą z późniejszej odbudowy.

NAUKI POBIERA SIĘ W CIENIU

Platan Hipokratesa w centrum miasta Kos należy do najbardziej rozpoznawalnych symboli wyspy. Według miejscowej tradycji to właśnie pod jego cieniem Hipokrates nauczał uczniów sztuki lekarskiej po zniszczeniu starego Asklepiejonu w trzęsieniu ziemi. Historycy są jednak ostrożniejsi: drzewo, które ogląda się dziś, nie pamięta czasów samego „ojca medycyny". Niezależnie od tych wątpliwości stało się żywym emblematem Kos – znakiem pamięci o medycynie, która właśnie tutaj miała przejść od mitu do rozumu.

Hipokrates uchodzi za ojca medycyny naukowej przede wszystkim dlatego, że zmienił sposób myślenia o chorobie. Z jednej strony uporządkował wielowiekowe doświadczenia wcześniejszych lekarzy, z drugiej – zapoczątkował nową epokę leczenia, opartą nie na wierzeniach religijnych, lecz na obserwacji. Jako jeden z pierwszych otwarcie twierdził, że choroby nie są karą zesłaną przez bogów ani skutkiem działania złych duchów, ale zjawiskami podlegającymi prawom natury. Zadaniem lekarza miało być poznawanie mechanizmów rządzących ludzkim organizmem.



Wystawa dotycząca ziołolecznictwa w Fundacji Hipokratesa

To właśnie Hipokrates uczynił z uważnej obserwacji podstawowe narzędzie medycyny. Zalecał dokładne badanie chorego, gromadzenie doświadczeń, wyciąganie wniosków i sprawdzanie ich w praktyce. W tym sensie był nie tylko lekarzem, ale i twórcą pewnej metody myślenia: przekonania, że do prawdy o chorobie dochodzi się nie przez wiarę, lecz przez empirię.

W GABINECIE HIPOKRATESA

Upamiętnianie myśli hipokratejskiej i szerzenie humanizmu w medycynie to misja Międzynarodowej Fundacji Hipokratesa, otwartej dla zwiedzających. Jej siedzibę wzniesiono w latach 60. XX w. Mieści się tu biblioteka ze starymi greckimi i łacińskimi drukami, ogród z roślinami leczniczymi oraz sale poświęcone historii medycyny. Wśród najciekawszych części ekspozycji są sala ziołolecznictwa, rekonstrukcja gabinetu Hipokratesa i kolekcja rzeźb związanych z jego dziedzictwem.

Jednym z ważniejszych eksponatów są dawne ryciny z tekstem przysięgi Hipokratesa. Do dziś nie ma pewności, czy jej autorem był sam Hipokrates; historycy datują jej powstanie na lata między 450 a 411 r. p.n.e. Niezależnie od tego stała się fundamentem etyki lekarskiej i jednym z najważniejszych symboli zawodu.

Jej najważniejsze zasady pozostają aktualne. Lekarz zobowiązuje się pomagać chorym zgodnie ze swoją wiedzą i sumieniem, nie szkodzić pacjentowi, nie podawać trucizny, dochować tajemnicy lekarskiej, zachować czystość moralną, szanować swoich nauczycieli i przekazywać wiedzę kolejnym pokoleniom medyków. Właśnie dlatego tekst sprzed ponad dwóch tysięcy lat wciąż pozostaje żywym punktem odniesienia dla współczesnej medycyny.

Przy wyjściu z fundacji można zabrać ze sobą pamiątkowy egzemplarz przysięgi Hipokratesa, wydrukowany na eleganckim grubym papierze – co ciekawe, dostępny jest także w języku polskim! ●

INFORMACJE PRAKTYCZNE

Międzynarodowa Fundacja Hipokratesa na Kos (Grecja)

Lokalizacja: Grecja, Kos, Asklipiou Platani 288

Cena biletu: €10 (Fundacja), €10 (Asklepiejon)

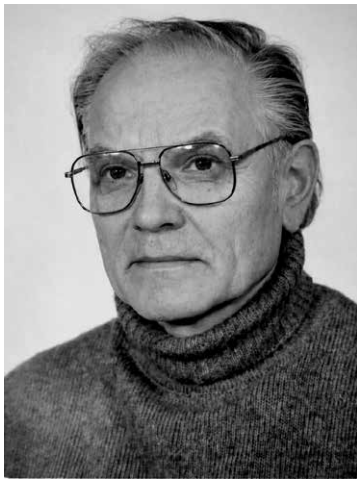
fot. Monika Miłosz (3)



Ruiny Asklepiejonu

Lekarz nadziei – prof. Ireneusz Kozicki

KRZYSZTOF BIELECKI
chirurg



fot. archiwum prywatne

Na wieczny dyżur chirurgiczny Pan Bóg powołał 24 kwietnia 2026 r. znakomitego warszawskiego chirurga prof. Ireneusza Kozickiego.

Miałeś, Irku, już nie dyżurować, bo byłeś na emeryturze, czyli byłeś stypendystą ZUS, ale Stwórca zdecydował inaczej. Pełnisz teraz Wieczny Dyżur Chirurgiczny. Tak jak żegnałem Cię podczas pogrzebu na Cmentarzu Północnym w Warszawie, zacznę też od powiedzenia Ci: *Dzień dobry. Bo dzień jest wtedy piękny, gdy masz komu powiedzieć dzień dobry.*

Moim nauczycielem religii oraz życiowym, prawdziwym Przyjacielem był ks. Jan Twardowski, którego i Ty znałeś. On mawiał, że jeśli jesteśmy na cmentarzu i patrzymy na nagrobowe tablice, to czytamy nazwisko i imię zmarłego, dalej widzimy datę urodzenia, małą poziomą kreseczkę i datę śmierci. Zwykle nic więcej. I właśnie ta mała kreseczka to jest całe nasze życie. Jak to uczy pokory. Teraz wszystko zależy od nas, to, co kryje się lub będzie się kryło pod tą małą kreseczką. A Twoje życie znakomicie wypełniło to miejsce. Byłeś przede wszystkim dobrym Człowiekiem. Leczyłeś nie tylko ciało, ale i duszę. Bo dobry lekarz potrafi i powinien leczyć także duszę. Dawałeś każdemu choremu nadzieję, która często jest jedynym dobrem, jakie człowiek posiada. Jak mawiał śp. rektor Marcin Kacprzak, lekarz czasami wyleczy, często przynosi ulgę, ale zawsze powinien pocieszać i dawać nadzieję. I Ty takim lekarzem byłeś. Tak jak nas uczyłeś dobrej chirurgii tarczycy, jak operować choroby naczyń krwionośnych, jak operować kalectwo dróg żółciowych, tak i teraz ucz podobnie anioły. Osobiście dziękuję Ci za lekcje chirurgii, ale też lekcje miłości do Pana Boga. Twoja głęboka, cicha i pokorna wiara była dla mnie i dla wielu innych wzorem do naśladowania. Dziękuję Ci za głęboki szacunek do starszych, w tym do mojej Matki.

Żyłeś prawdą i czynem. Walczyłeś ze złem z całą swoją siłą, czyniąc na każdym kroku dobro. Cichy, spokojny, z pokorą, ale niezwykle skuteczny. I tak jak mawiał kard. Sapieha, czyniłeś dobro cicho.

Drogi Irku, dołączyłeś do grona naszych kolegów i współpracowników z rodziny klinicznej, m.in. Mirka Klukowskiego, Lecha Baczuka, Czesia Gągały, Zosi Gerlach, Danusi Piętki i innych. Niedługo będziemy mogli odbyć Niebiański Raport Lekarski Kliniczny. Poczekajcie na mnie!

Mógłbym wiele pisać o Twoich osiągnięciach zawodowych, o publikacjach naukowych, o Impact Factorze, o Twojej działalności w samorządzie lekarskim, o działalności w „Medycynie Praktycznej", pracy dydaktycznej w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego od 1980 r. Ale przecież to ma być wspomnienie o Przyjacielu, o Człowieku. Te wspomniane osiągnięcia są ważne dla naszego życia ziemskiego. Ale na trwałe pozostaje wśród żyjących jedynie dobro, które człowiek czyni na ziemi. Ono pozwala nam zachować pamięć o Tych, co odeszli. Jak mawiał ks. Jan Twardowski: *Ci, co odeszli daleko, na zawsze, zawsze będą blisko.*

Będzie mi Ciebie brakowało, Ireneuszu. Żegnaj i do zobaczenia.

Warszawa, 11 czerwca 2026 r.

Składamy serdeczne podziękowania Panu Profesorowi Piotrowi Pruszczykowi, kierownikowi Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM, oraz wszystkim lekarzom (szczególnie dr Aishy, dr Magdzie), pielęgniarkom (szczególnie Ewie), rehabilitantom (szczególnie dr Monice), opiekunkom i salowym za pełną empatii i profesjonalizmu opiekę nad moją ukochaną Żoną Katarzyną Mianowską w Jej ostatnich 18 dniach życia.

Z wyrazami szacunku i wdzięczności

Jacek Mianowski
Julia Mizera (mama Katarzyny)

Wspomnienie o **prof. dr n. med. Barbarze Manieckiej-Aleksandrowicz** (1936–2026)

PROF. ANTONI KRZESKI
Warszawski Uniwersytet Medyczny



fot. archiwum prywatne

Prof. dr n. med. Barbara Maniecka-Aleksandrowicz, wybitna specjalistka w zakresie otolaryngologii, audiologii i foniatrii, osoba o niezwykłym sercu, która całe życie zawodowe związana była z Kliniką Laryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (dawniej Akademia Medyczna w Warszawie), odeszła od nas 20 marca 2026 r.

Urodzona 11 sierpnia 1936 r. w Równem (dzisiaj Ukraina) w rodzinie inteligenckiej. Dyplom lekarza otrzymała w 1961 r. po studiach na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie. Pierwszy stopień specjalizacji z laryngologii uzyskała w 1965 r., specjalizację drugiego stopnia z foniatrii zakończyła w 1969 r., a w 2005 r. uzyskała drugi stopień specjalizacji z audiologii i foniatrii. W 1972 r. na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie otrzymała stopień naukowy doktor nauk medycznych. Tematem jej rozprawy doktorskiej były „Badania czynności fonacyjnej krtani po leczeniu napromienianiem z powodu raka" (promotor: prof. Irena Cichocka-Szumilin). Natomiast rozprawa habilitacyjna „Badania tonu podstawowego w diagnostyce i terapii porażeń po operacjach tarczycy" (opiekun: prof. Grzegorz Janczewski) została zatwierdzona przez Radę Wydziału Akademii Medycznej w Warszawie w 1991 r. W 2006 r. uzyskała stanowisko profesora nadzwyczajnego Akademii Medycznej w Warszawie.

W latach 1975–2007 kierowała Pracownią i Poradnią Foniatryczną Kliniki i Katedry Otolaryngologii AM w Warszawie (od 2003 r. Centrum Diagnostyki, Leczenia i Rehabilitacji Zaburzeń Głosu, Słuchu i Mowy). W latach 1996–1998 pracowała w IFiPS na stanowisku kierownika Samodzielnej Pracowni Foniatrycznej i kierownika Zakładu Rehabilitacji Słuchu, Głosu i Mowy. W latach 1976–2006 w ramach współpracy z Uniwersytetem Warszawskim brała udział w zakresie kształcenia logopedów. Od 1996 r. była konsultantem foniatrii w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Województwa Mazowieckiego.

Była kontynuatorką polskiej szkoły foniatrycznej, która została zapoczątkowana przez prof. dr Aleksandrę Mitrinowicz-Modrzejewską (1898–1975), a następnie kontynuowana przez prof. Witolda Tłuchowskiego (1923–1997). W czasie kariery akademickiej opublikowała ponad 100 prac naukowych oraz napisała rozdziały do siedmiu podręczników z zakresu foniatrii, audiologii i laryngologii. Swoje prace publikowała w najbardziej prestiżowych polskich periodykach branżowych, takich jak „Otolaryngologia Polska", „Audiofonologia" oraz „Logopedia".

Przez całe życie zawodowe była zaangażowana w szkolenie foniatrów. Pod jej opieką specjalizację z foniatrii ukończyło 15 lekarzy (dr M. Piaskowska, I. Wojtan, A. Domeracka-Kołodziej, H. Okońska, B. Jachowicz, R. Gieroba, I. Leśniewska, E. Laszczak, E. Walewska, L. Konopka, A. Szkiełkowska, J. Ratajczak, B. Nowicka, D. Stefańska i J. Wiśniewska).

Była również promotorem trzech przewodów doktorskich (dr A. Domerackiej-Kołodziej, A. Szkiełkowskiej, M. Piaskowskiej).

Była członkiem Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów–Chirurgów Głowy i Szyi, które w 2006 r. przyznało jej godność członka honorowego. W latach 1974–2008 sprawowała funkcję członka zarządu Sekcji Foniatrycznej PTORL–ChGiS. Ponadto przez dwie kadencje pełniła funkcję wiceprzewodniczącej Zarządu Polskiego Towarzystwa Fonetycznego. Była również członkiem Unii Foniatrów Europejskich.

Cześć Jej pamięci.



SŁOWO DLA BASI MANIECKIEJ-ALEKSANDROWICZ

Droga Basiu, ręka mi drży, kiedy piszę te słowa, że są to myśli ostatniego z Tobą pożegnania. Tak trudno to wszystko zebrać, co robiłaś i zrobiłaś dla nas i laryngologii. To były bardzo trudne czasy, a pośród wielu niejasności i ludzkich niechęci byłaś dla nas prawdziwą ostoją i drogowskazem. To od Ciebie pochodziły wielorakie ostrzeżenia, a nade wszystko nauki.

Byłaś dla mnie i dla wielu początkujących wtedy rezydentów, a później już specjalistów, wielkim nieprzebranym źródłem ogromnej wiedzy, a dla nas i nauki. Uczyłaś, jak można z siebie i innych wydobyć pięknie brzmiący dźwięk, a przede wszystkim pięknie brzmiący głos, a co najważniejsze, o prawdziwym znaczeniu. To w tamtych czasach zdawało się być szczególne. Ciągle mam w pamięci okres zajęć i szkoleń do obu stopni specjalizacji w Twoim gabinecie. Tamten przyjacielski stosunek połączony z ogromną chęcią, a nawet pragnieniem, aby to w nas zakiełkowało i rozwinęło się w encyklopedyczną moc. Dotrzymuję naszych ostatnich obietnic i wspominam liczne okoliczności w cichej modlitwie. Proszę, czuwaj jak dotąd, abyśmy nie pobłądzili.

Andrzej

prof. dr n. med. Andrzej Kukwa
Warszawski Uniwersytet Medyczny / UWM CM w Olsztynie

Basiu, byłaś aniołem w moim życiu. Kiedy na samym początku mojej pracy w Klinice Laryngologii Akademii Medycznej w Warszawie przyszedłem do Ciebie, aby się przedstawić, powiedziałaś mi jedno zdanie, które zdecydowało o całej mojej karierze zawodowej. Poradziłaś mi: *Pamiętaj, że musisz trzy razy w roku wyjeżdżać na różne szkolenia za granicę*. Była to wspaniała rada, choć czasy socjalizmu temu nie sprzyjały. Jednakże, pamiętając te słowa, przez całe życie zawodowe starałem się je realizować. I rzeczywiście bez takiego postępowania nie osiągnąłbym tego, co zrobiłem. Dziękuję Ci.

Dziękuję Ci również za pomoc i serce, które otrzymałem od Ciebie, kiedy do mojego domu wkradła się choroba i wielu kolegów, mimo dużej życzliwości, rozkładało ręce. Twoje rady, życzliwość, serdeczność i zaangażowanie były dla mnie wielkim wsparciem.

Śpij w spokoju. *Niech chór aniołów śpiewa ci do snu*! [cyt. WS]

Antek

prof. Antoni Krzeski
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Pani prof. Barbara Maniecka-Aleksandrowicz była wspaniałym nauczycielem, cierpliwie dzieliła się swoją wiedzą. Po rozpoczęciu pracy w Klinice Otolaryngologii, decyzją kierownika kliniki prof. Grzegorza Janczewskiego, dołączyłam do zespołu onkologicznego kliniki, z którym rozpoczęłam naukę obsługi lasera CO_2, a następnie wykonywanie operacji mikrochirurgicznych krtani. Dzięki Pani Profesor szybko zrozumiałam, że powodzenie operacji nie zależy tylko od umiejętności operatora, że krtań, jeden z delikatniejszych narządów, wymaga szczególnego podejścia – przygotowania przedoperacyjnego i pooperacyjnej rehabilitacji głosu. Pani Profesor zawsze miała czas, aby omówić trudne przypadki operacyjne, skorygować moje postępowanie, tłumacząc, dlaczego, zwracać uwagę na rzeczy subtelne, ukryte w schematach postępowania. Akceptowała proponowane przeze mnie zmiany w niektórych technikach operacji, zwłaszcza u pacjentów z porażonymi nerwami krtaniowymi wstecznymi, którymi zajmowała się w sposób szczególny. Współpraca z Panią Profesor, publikacje czy wystąpienia na sympozjach naukowych nobilitowały. Uczyły, że praca chirurga jest pracą zespołową. Miałam szczególny stosunek do Pani Profesor, która pracowała w klinice z moją Mamą dr Jadwigą Osuchową, a Jej mąż prof. Ryszard Aleksandrowicz był ulubionym asystentem opiekunem mojej grupy od pierwszego roku studiów. Pani Profesor Barbara Maniecka-Aleksandrowicz pozostanie na zawsze w mojej pamięci pośród tych, którzy kształtowali moją chirurgiczną osobowość.

prof. Ewa Osuch-Wójcikiewicz
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Pani Profesor Barbara Maniecka-Aleksandrowicz była dla mnie nauczycielem i mistrzem. Zawsze służyła radą i chętnie dzieliła się doświadczeniem w sprawach zawodowych, a w trudnych chwilach życiowych okazywała nieocenioną życzliwość i wsparcie. Zawsze pozostanę dłużniczką Pani Profesor, która hojnie dzieliła się ze mną swoją wiedzą i umiejętnościami praktycznymi.

Pracując z nią przez wiele lat w jednym gabinecie, miałam możliwość obserwowania jej, kiedy przyjmowała pacjentów. Podziwiałam jej szeroką wiedzę medyczną oraz umiejętności diagnostyczne. Zawsze poświęcała poszukującym pomocy tyle uwagi i serca, ile potrzebowali. Dla niej pacjenci nigdy nie byli „przypadkami medycznymi", ale ludźmi, którzy przychodzili po ratunek. Miała rzadki dar leczenia nie tylko ciała, ale dostrzegała także „choroby duszy", które w ten czy inny sposób rzutowały na stan głosu pacjentów.

Była bardzo szanowana przez podopiecznych, którzy zawsze wyrażali się o niej z uznaniem i miłością. Wiele osób, już po odejściu Pani Profesor na emeryturę, przy różnych okazjach, prosiło mnie o przekazanie jej najserdeczniejszych życzeń i wyrazów szacunku.

W mojej pamięci i sercu Pani Profesor pozostanie na zawsze.

dr n. med. Anna Domeracka-Kołodziej
Warszawski Uniwersytet Medyczny / IFiPS

Panią Profesor Barbarę Maniecką-Aleksandrowicz poznałem jako żonę mojego mistrza i mentora prof. Ryszarda Aleksandrowicza. Była osobą o mocnym charakterze, wielkiej racjonalności myślenia i wyznawanych zasad.

Poznałem Ją również jako znakomitego lekarza praktyka, kiedy konsultowała moją przemęczoną licznymi wykładami krtań, i wiem skądinąd, że jako foniatra pomogła wielu ludziom odzyskać głos, w tym wielu wybitnym przedstawicielom sztuk scenicznych.

Spotkania i rozmowy z Panią Profesor pozostawiły we mnie obraz osoby o szerokich horyzontach kulturalnych i niezmiernie bliskim mi podejściu do medycyny, gdzie chory jest najistotniejszym punktem odniesienia.

prof. Bogdan Ciszek
Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej BC WUM

UCHWAŁA NR 243/R-X/26 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 1 LIPCA 2026 R.

w sprawie przyjęcia regulaminu Pilotażowego Programu Opieki Wytchnieniowej

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

§ 1

Przyjmuje się regulamin Pilotażowego Programu Opieki Wytchnieniowej.
Regulamin, o którym mowa w ust. 1 powyżej, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

OBWIESZCZENIE NR 4/OKW-X/26 OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 1 LIPCA 2026 R.

w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030

Na podstawie § 42 ust. 1 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów oraz uchwały nr 5/OKW-X/26 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 1 lipca 2026 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030, obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Obwieszcza się wygaśnięcie 24 czerwca 2026 r. mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030 – lek. Dawida Kacprzyka.

§ 2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls" oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

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

OBWIESZCZENIE NR 5/OKW-X/26 OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 1 LIPCA 2026 R.

w sprawie uzyskania mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030

Na podstawie § 42 ust. 1 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów oraz uchwały nr 6/OKW-X/26 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 1 lipca 2026 r. w sprawie stwierdzenia uzyskania mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030, obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Obwieszcza się uzyskanie 1 lipca 2026 r. mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030 przez lek. Maję Herman.

§ 2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls" oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

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



Z głębokim smutkiem i ogromną wdzięcznością
żegnam

śp. dr Małgorzatę Złotorowicz,

pod której opiekuńczymi skrzydłami rozpoczynałem,
jeszcze jako student, pracę w Szpitalu
im. prof. W. Orłowskiego.

Adam Wojciech Koprowski

18 kwietnia 2026 r.

odeszła do Domu Pana

śp. Katarzyna Anna Mianowska

lekarz okulista,

pracownik Katedry i Kliniki Okulistyki Wydziału
Lekarskiego WUM.

6 maja ukończyłaby 54 lata.

Zawiadamia pogrążony w żałobie Mąż

1 sierpnia 2026 r. zmarł

Pan prof. dr hab. med. Eugeniusz Butruk

Wielka Postać polskiej gastroenterologii,
wybitny Człowiek, Wizjoner.

Cześć Jego pamięci

Adam Wojciech Koprowski,
konsultant w dziedzinie gastroenterologii dla
województwa mazowieckiego

Drogiej Pani Doktor
Elwirze Stasiakowskiej-Badurze i Jej Bliskim

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składa
Zespół Kliniki Kardiologii PIM MSWiA

WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 697 005 797, puls@oilwaw.org.pl

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

WSPÓŁPRACUJĄ: Magdalena Flaga-Łuczkiewicz, Maria Libura,
Agata Ludwikowska, Monika Miłosz, Hanna Odziemska, Artur Olesch,
Gabriela Pacek, Zuzanna Pierścińska, Paweł Walewski

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22 542 83 14, rejestr@oilwaw.org.pl
REKLAMA: Łukasz Motyka-Radłowski, tel. 693 781 116, l.motyka-radlowski@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.