

WYBORY DELEGATÓW




NOWOŚĆ 2025

Ubezpieczenie OC w składce

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zapewnia lekarzom **bezpłatnie (w ramach opłacanej składki członkowskiej)** ochronę ubezpieczeniową obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza lub dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jeśli lekarz nie podlega ubezpieczeniu obowiązkowemu, wraz z ubezpieczeniem ochrony prawnej z limitem 2 tys. PLN.




NOWOŚĆ

Zwiększenie limitu Sum Gwarancyjnych w OC:

- 100 tys. EUR (dotychczas 75 tys. EUR) na jedno zdarzenie,
- 400 tys. EUR (dotychczas 350 tys. EUR) na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

Podniesienie limitu odpowiedzialności kosztów nieprawidłowej refundacji z 5 tys. do 10 tys.







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

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy.


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



Ubezpieczenie utraty dochodu, odszkodowanie nawet do 180 tys. PLN



Ubezpieczenie ochrony prawnej nawet do 500 tys. PLN



Ubezpieczenie OC nadwyżkowe, możliwość rozszerzenia zakresu o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną aż do 6 mln PLN



Ubezpieczenie NNW związane z ekspozycją na HIV/WZW



Ubezpieczenie PZU Wojażer dla lekarzy na cały rok

Korzyści z ubezpieczenia

- ✓ Podstawowy zakres ochrony prawnej
- ✓ Najszerszy zakres ubezpieczenia
- ✓ Najwyższe sumy gwarancyjne aż do 6 mln PLN
- ✓ Preferencyjna składka ustalona dla lekarzy OIL w Warszawie
- ✓ Dedykowana ścieżka obsługi szkód
- ✓ Dostęp do polisy w każdej chwili i z każdego miejsca
- ✓ Oszczędność czasu dzięki uproszczonym formalnościom
- ✓ Aplikacja online do zawierania ubezpieczeń
- ✓ Dedykowana infolinia/czat
- ✓ Możliwość płatności składki online

ins INS Services

PZU SA jest reprezentowany przez INS Services. W celu zawarcia umowy ubezpieczenia skontaktuj się w wybrany sposób:

- ✓ 22 494 36 50, 577 930 370, 577 930 380, 577 930 560 (opłata zgodna z taryfą operatora)
- ✓ biuro@ins-med.pl
- ✓ ins-med.pl

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

Spis treści



TEMATY Z OKŁADKI

4 | Siła w samorządzie
Aleksandra Sokalska

9 | Sprawdź swój rejon!
Aleksandra Sokalska

MEDYCyna

**5 | Polska prezydencja w UE
– quo vadis polskie zdrowie?**
Artur Drobniak

6 | Te dzieci mogłyby być zdrowe...
Rozmowa ze specjalistkami z Poradni Chorób Metabolicznych Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

10 | Nowoczesny lekarz
Rozmowa z dr hab. n. med. Anną Scholz, profesorem CMKP

12 | Godność chorowania
Rozmowa z Mateuszem Pakułą, dramaturgiem i reżyserem

14 | Chory
Jerzy Bralczyk

**16 | Nowe technologie w teleopiece
senioralnej**
Artur Olesch

18 | Pacjent w kryzysie
Hanna Odziemska

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

20 | Czego Jaś się nie nauczył...
Rozmowa z prof. dr hab. n. med.
Agnieszka Mielczarek

22 | Stomatologia dla seniorów
Anna Prawdzik

**22 | XVIII Święteczny Wieczór
Implantologiczny**

23 | Mikołaj w Skierniewicach

ZDROWIE PUBLICZNE

24 | Wybory prezydenckie 2025
Małgorzata Solecka

26 | Trutka na ból
Paweł Walewski

28 | Ile Polska wydaje na zdrowie?
Małgorzata Solecka

30 | Będziemy płakać za składką
Maria Libura

32 | Doskonały system kształcenia
Krzysztof Schreyer

**34 | Lekarze współtworzą lokalne
alianse przeciw depresji**
Adam Wichniak, Piotr Toczyski

PRAWO

29 | Bezbłędna komunikacja
Jakub Zakrzewski

**36 | Najnowsze zmiany
w prawie medycznym**
Filip Niemczyk

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

38 | To tylko zmęczenie
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz

**40 | Udzielanie świadczeń przez
lekarzy bez uprawnień**
Monika Potocka

42 | Polityka antydyskryminacyjna
Robert Madejek

44 | Jak znaleźć równowagę?
Rozmowa z mediatorem
Andrzejem Siarkiewiczem

48 | Taki chór to skarb
Aleksandra Sokalska

PO DYŻURZE

52 | Lekarze na posterunku
Rozmowa z autorkami i wydawcą
książki „Lekarze i studenci medycyny
– kawalerowie Orderu Virtuti Militari
w latach 1792–1945”

WYDARZENIA

15 | Uroczyste wręczenie PWZ

41 | Kultura

46 | Kampania #WspólneŚwięta

47 | Mikołaj przybył dwa razy

50 | „Nestor” z wizytą w Radomiu
Elżbieta Małkiewicz

50 | Spotkanie absolwentów
Joanna Pawłowska

**51 | Wigilia Lekarskiego Uniwersytetu
Trzeciego Wieku „Nestor”
oraz tematy wykładów LUTW**

Siła w samorządzie



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Lekarze mają potężne narzędzie w swoich rękach. Jest nim samorząd zawodowy. Odkąd zaczęłam pracę w OIL w Warszawie, obserwuję to na każdym kroku. Jego siła przejawia się nie tylko w opiniowaniu projektów w dziedzinie ochrony zdrowia, zajmowaniu konkretnego stanowiska w sprawach lekarzy, ale także w troskliwym dbaniu o medyków naszego okręgu (m.in. przez organizowanie szkoleń i oferowanie różnego rodzaju benefitów). Okręg to rejony wyborcze, a rejony to konkretni lekarze, którzy swoimi głosami mogą wpływać na kształt samorządu. Byłoby więc nierozsądnie z tej możliwości nie korzystać.

Dlatego od lutowego numeru „Pulsu” rozpoczynamy nowy cykl, który przybliży zagadnienie wyborów i krok po kroku przeprowadzi Państwa przez proces wyborczy, by głosowanie na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji było proste i oczywiste.

Cykl rozpoczynamy od wyjaśnienia, jak powstają rejony wyborcze i co ma zrobić lekarz, jeśli chce zmienić swój rejon. Zdradzę tylko, że pierwszym krokiem jest aktualizacja swoich danych w rejestrze, do której izba warszawska zachęca lekarzy już od początku 2025 r. W artykule podkreślamy też, jak

wielką siłą jest samorząd. Czasem jego członkowie w nawale zawodowych i prywatnych obowiązków o tym zapominają, bo do dobrego człowieka przyzwyczajają się bardzo szybko. Rolę samorządu docenia się zwykle dopiero wtedy, gdy staje on po stronie członków, broni ich interesów, działa w ich obszarze zainteresowań albo wówczas, gdy... samorządu reprezentującego naszą grupę zawodową niestety nie ma. Wiedzą o tym dobrze ratownicy medyczni, którzy jako jedna z ostatnich dużych grup zawodowych w ochronie zdrowia jeszcze do początku tego roku nie mieli samorządu, a bardzo o niego zabiegali.

Warto zatem doceniać ten organ i angażować się w jego działania. A podstawową formą zaangażowania jest właśnie głosowanie w wyborach, które w tym roku będzie jeszcze łatwiejsze, o czym piszemy w omawianym artykule. Najlepszą puentą, niepozostawiającą wątpliwości, jest wypowiedź przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie Mery Topolskiej-Kotuleckiej: – *Możliwość głosowania na kandydata na delegata na OZL to przywilej każdego lekarza. Dzięki oddanemu głosowi ma on wpływ na swój samorząd, na jego strukturę i władze. Nie oddając głosu, tego wpływu po prostu się pozbawia.* Bardziej trafnie nie można tego ująć. ●

fot. Zuzanna Sokalska

e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



zaloguj się i sprawdź



Polska prezydencja w UE

– *quo vadis* polskie zdrowie?



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

CYFRYZACJA USŁUG MEDYCZNYCH

Choć wydaje się, że polski system opieki zdrowotnej nie odstaje od średniej europejskiej, a w niektórych aspektach ją wyprzedza (patrz e-recepta, e-skierowanie), wyzwaniem, przed jakim stajemy jako czysta, niezapisana (dosłownie, bo nie ma żadnych aktów prawnych odnoszących się do danych medycznych, nawet definiujących pojęcie „dane medyczne”) karta, jest Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS). Czeka nas wdrożenie całej architektury cyfrowego systemu usług, transgranicznego przepływu informacji i danych medycznych oraz praca nad cyberbezpieczeństwem danych. Biorąc pod uwagę, że jako pierwsi sprawujemy prezydencję po przyjęciu EHDS, kierunek, jaki nadamy realizacji tego projektu, może mieć kluczowy wpływ na jego ostateczny kształt.

ZDROWIE PSYCHICZNE DZIECI I MŁODZIEŻY

Polska, chcąc chyba nieco przykryć niedomagania systemowe w zakresie opieki psychiatrycznej i psychologicznej nad dziećmi i młodzieżą, zamierza zająć się wpływem mediów społecznościowych i cyfrowych rozwiązań na ich zdrowie psychiczne. Ma to też związek z jednym z priorytetów zdrowotnych przewodniczącej KE Ursuli von der Leyen. Przy okazji może nieco zwiększy się znajomość problemów psychicznych dzieci i młodzieży w społeczeństwie, nie widzę jednak szans na wprowadzenie zmian w tym zakresie w systemie opieki zdrowotnej. Chyba że za dyskusją na ten temat pójdzie unijne finansowanie. Samego stworzenia zapowiadanego raportu, zawierającego rekomendacje dotyczące wczesnego zapobiegania i ograniczania kryzysu zdrowia psychicznego, nie traktuję jako osiągnięcia, raczej widzę ryzyko, że jako kolejny pójdzie „do szuflady”.

PROFILAKTYKA ZDROWOTNA

Większość ekspertów systemowych już od dawna głosi, że do obniżenia kosztów opieki zdrowotnej przyczyni się wyedukowane i zdrowo żyjące społeczeństwo, bo najskuteczniejsza jest

wczesna profilaktyka. Uważam, że ogromny sukces stanowi wprowadzanie do szkół przedmiotu edukacja zdrowotna, do którego podstawy programowej ORL w Warszawie dołożyła istotną cegiełkę. Ponadto MZ zapowiada wypracowanie katalogu dobrych praktyk i doświadczeń państw członkowskich UE w zakresie profilaktyki. Chce się skoncentrować na zmierzeniu skuteczności programów profilaktycznych i polityki zdrowia publicznego, bo w państwach UE funkcjonują różne. To na swój sposób innowacyjne podejście do tematu, a ocena istniejących programów jest pierwszym krokiem do wprowadzenia ich do polskiego systemu opieki zdrowotnej, o ile znajdzie się na to finansowanie.

EUROPEJSKI PAKIET FARMACEUTYCZNY

Pandemia COVID i problemy z dostawą substancji czynnych z głównych fabryk, czyli z Chin i Indii, pokazały decydom, że nasz rynek i pacjenci są bezbronni. Kwestia bezpieczeństwa lekowego stała się zauważalnym problemem. W ramach polskiej prezydencji MZ chce promować konkurencyjność przemysłu farmaceutycznego, by rozwój zdolności produkcyjnych w Europie służył pacjentom. Powstają w UE akty prawne, takie jak Biotech Act i Critical Medicines Act, mające wskazać kierunki rozwoju europejskiego przemysłu farmaceutycznego oraz zapewnić mechanizmy solidarności między państwami członkowskimi. Dobrze, że w ramach prezydencji o tym mówimy, bo może odczarujemy spojrzenie na farmaceutyki – przekonamy, że nie zawsze wszystkie leki będą powszechnie dostępne i tanie dla polskiego pacjenta i że nie zawsze jest to polityka „wyzysku” przez sektor farmaceutyczny lub nieuczciwych lekarzy, ale na taki stan rzeczy wpływa wiele czynników.

Wybrane priorytety są adekwatne do sytuacji europejskich systemów opieki zdrowotnej i wyzwań, z jakimi się mierzą. Pozostaje mi życzyć decydom, by wypracowane rozwiązania mądrze wdrażali, byśmy jako pracownicy medyczni i pacjenci mogli z nich skutecznie i bezpiecznie korzystać. ●

Te dzieci mogłyby być zdrowe...

Konsekwencje fenyloketonurii/hiperfenyloalaninemii u matki mogą być dla dziecka naprawdę poważne. I w przypadku tej choroby często wynikają z niewiedzy. O zapobieganiu zespołowi fenyloketonurii matczynej rozmawiam ze **specjalistkami z Poradni Chorób Metabolicznych Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.**

KAROLINA STĘPNIEWSKA

Gdy kobieta zachodzi w ciążę, powinna przede wszystkim prowadzić zdrowy tryb życia. Jednak w przypadku osób z fenyloketonurią (ang. *phenylketonuria*, PKU) lub hiperfenyloalaninią (ang. *hyperphenylalaninemia*, HPA) standardowe zalecenia nie wystarczą. Zbyt wysokie stężenie fenyloalaniny (Phe) we krwi matki prowadzi do wystąpienia nieodwracalnego zespołu fenyloketonurii matczynej (MPKU) u dziecka. Fenyloketonuria matczyzna objawia się małą masą ciała przy urodzeniu, małogłowie, wadami wrodzonymi układów krążenia i kostnego oraz przewodu pokarmowego, ale także występującą w kolejnych latach niepełnosprawnością intelektualną dziecka. W przypadku ciężarnych z utrzymującym się nieprawidłowym stężeniem fenyloalaniny we krwi częściej mają też miejsce samoistne poronienia we wczesnym etapie ciąży.

Właśnie dlatego kobiety z fenyloketonurią lub hiperfenyloalaninią bezwzględnie powinny przygotować się do ciąży. Konieczne jest w tym wsparcie osób z ich otoczenia: – *Jedynie udział*

środowiska – rodziny, ale w znacznym stopniu także lekarzy POZ, rodzinnych, pediatrów i ginekologów – może poprawić tę sytuację – przekonuje dr n. med. Joanna Taybert, zastępca kierownika Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii IMiD, konsultant wojewódzki w dziedzinie pediatrii metabolicznej.

CIĄŻA? ZA JAKIŚ CZAS

– *Najlepiej, jeśli ciążę można zaplanować. Przede wszystkim należy zadbac o prawidłowe stężenie fenyloalaniny we krwi matki, aby dziecko miało bezpieczne środowisko rozwoju* – wyjaśnia dietetyczka dr Joanna Żółkowska. – *Zwykle zalecamy pacjentce, która ma zbyt wysoki poziom fenyloalaniny, powrót do diety niskofenyloalaninowej i intensywniejszą kontrolę biochemiczną. W momencie, kiedy stężenie się ustabilizuje i przez jakiś czas będzie się utrzymywać we właściwym zakresie, kobieta może zająć w ciążę bezpiecznie dla dziecka.*

Pacjentki Poradni Chorób Metabolicznych IMiD wiedzą o tym już od momentu wejścia w okres dojrzewania. Wcześniej personel uczula na to ich do-

rosłych opiekunów, prowadzi warsztaty, szkolenia grupowe oraz indywidualne dla pacjentów i ich rodzin, podobnie jak inne poradnie w Polsce.

– *Kobieta z fenyloketonurią dostaje od nas cały zestaw materiałów informacyjnych długo przed zajściem w ciążę* – mówi dietetyczka Arleta Jabłońska. – *Staramy się dawać ich więcej, by mogła przekazać je swoim lekarzom, aby te niezbędne informacje pomogły w prowadzeniu takiej pacjentki.*

– *Potrzebne jest wsparcie i współpraca wszystkich osób, które z pacjentką z PKU w ciąży mają kontakt* – twierdzi dr Joanna Żółkowska. – *Dobrze, aby miały przynajmniej ogólną wiedzę dotyczącą zarówno fenyloketonurii, jak i zespołu fenyloketonurii matczynej.*

– *Tak często o tym przypominamy, bo kluczowy jest okres, kiedy pacjentki zazwyczaj jeszcze nawet nie wiedzą, że są w ciąży* – wysokie stężenie działa wtedy najbardziej toksycznie. *Niejednokrotnie powoduje poronienie lub nieodwracalne uszkodzenie płodu* – tłumaczy Arleta Jabłońska.

Dr Taybert dodaje, że dla dziecka w brzuchu mamy z PKU są dwa szczególnie neuragiczne okresy: – *Pierwszy to niewątpliwie czas organogenezy, kiedy w pierwszych 8–12 tygodniach ciąży działanie fenyloalaniny jest niezwykle teratogenne. Drugi – to czas, kiedy już wykształci się mózg dziecka, bo on też jest zatrutowany na skutek wysokiego stężenia fenyloalaniny.*

Ciąże nieplanowane się zdarzają, niestety. Szczególnie w przypadku kobiet z PKU powinny zdarzać się jak najrzadziej. Osobom chorym z niewyrównaną fenyloketonurią z powodu wpływu wysokiego stężenia fenyloalaniny na ich OUN (ośrodkowy układ nerwowy) czasami trudno zrozumieć, że ich działania mogą mieć negatywne konsekwencje. – *Część pacjentek mówi, że przygotowuje się do ciąży i chce wyrównać stężenie fenyloalaniny, a część po prostu przychodzi i mówi: „Jestem w ciąży”. Czasami mają prawidłowe stę-*



fot. K. Stępniewska

żenie Phe, ale czasami jest podwyższone. Trzeba zawalczyć i utrzymać prawidłowe stężenie na każdym etapie ciąży – apeluje dr Taybert.

WAŻNA JEST ŚWIADOMOŚĆ

Lekarki Joanna Taybert i Magdalena Zielińska oraz dietetyczki Arleta Jabłońska i Joanna Żółkowska o zespole fenyloketonurii matczynej wiedzą prawie wszystko. Niestety, nie jest to wiedza tylko teoretyczna, ale oparta również na przykładach z życia. Mają nadzieję, że ułatwiony dostęp do wiedzy (również mediów społecznościowych i grup wsparcia) zmotywuje młode pokolenie rodziców do starannego przestrzegania zaleceń dietetycznych u dzieci, a także będzie motywować młodzież do kontynuowania diety i przestrzegania kontroli, co zaowocuje wyrównaniem i monitorowaniem fenyloketonurii zwłaszcza u kobiet w okresie prekonceptyjnym i ciężarnych. Stężenie fenyloalaniny w ciąży powinno wynosić 2–6 mg/dl. Wskaźniki powyżej tej wartości są bardzo niebezpieczne dla płodu.

– Akceptowalny poziom jest niższy w ciąży, ponieważ stężenie fenyloalaniny we krwi płodu jest od 1,5 do 2 razy wyższe niż we krwi matki. Jeśli więc matka ma poziom 20 mg/dl, dziecko ma 40 mg/dl, a to już jest absolutnie nie-

dopuszczalne – podkreśla dr Żółkowska. Marzy im się, że pacjentki, które są w wieku prokreacyjnym, a zaprzestały diety oraz wizyt kontrolnych w poradni metabolicznej, dzięki dostępności wiedzy nie będą już skazywać (często, jak podkreśla dr Taybert, nieświadomie) swoich dzieci na niepełnosprawność i/lub wielowadzie, czyli konsekwencje niemożliwe do zniwelowania.

PACJENTKA POZA SYSTEMEM

Dowodów na to, że problem w pewnej mierze spowodowany jest także brakiem odpowiedniego przepływu informacji na linii ciężarna pacjentka – lekarz, nie brakuje. – *Takich trudnych historii jest niestety zbyt dużo, mimo starań naszego środowiska* – mówi dr Taybert. Chce dotrzeć do lekarzy, by wyczulić ich na pacjentki z fenyloketonurią i uświadomić, że odpowiednia kontrola metaboliczna jest kluczowa w zapobieganiu fenyloketonurii matczynej.

– *Najbardziej boli nas sytuacja, gdy pacjentka zgłasza, że ma fenyloketonurię, i w dokumentacji ma wpisane: fenyloketonuria w dzieciństwie lub w wywiadzie* – twierdzi dr Taybert – *i nie idzie za tym nic. Ani zmotywowanie jej do wizyty w Poradni Chorób Metabolicznych, ani do przestrzegania diety. Fenyloketonurię albo się ma, albo się*

jej nie ma. Jeśli było takie rozpoznanie, to jest ono na całe życie. W wywiadzie można mieć złamanie ręki, ale nie fenyloketonurię. To jest wrodzona cecha organizmu i nie mija, chociaż dzięki starannemu leczeniu wielu pacjentów z tą poważną, neurodegeneracyjną w swojej historii naturalnej, chorobą kończy studia, pracuje zawodowo, zakłada rodziny i ma zdrowe dzieci.

Zdarzają się też pacjentki z niewyównaną metabolicznie fenyloketonurią, które z powodu strat ciąży pozostawały pod opieką ginekologa przewlekłe, a ani razu nie miały kontroli metabolicznej i próby modyfikacji diety.

Lekarki wspominają dzieci po skomplikowanych operacjach serca, z małą głowiem, rozwijające się nieprawidłowo, ale także takie, które po wieloletniej diagnostyce w różnych ośrodkach dotarły do oddziału metabolicznego („*bo jeszcze tylko tam się nie leczę*”). Okazały się dziećmi matek z nieleczoną fenyloketonurią, m.in. takich, które w pewnym momencie zaprzestały kontroli, zmieniły nazwisko i adres zamieszkania, a więc żadne listy z poradni z terminami wizyt już do nich nie dotarły. Dzieci urodziły się z fenyloketonurią matczyną, czyli zespołem wad, którym można było zapobiec.

WAŻNA WSPÓLPRACA

– *Do końca nie wiadomo, ile takich dzieci się rodzi, ponieważ część kobiet traci kontakt z poradnią i w momencie, kiedy zmieniają miejsce zamieszkania, nazwisko, nie można ich odnaleźć* – wyjaśnia dr Taybert. W tym przypadku nieoceniona jest rola lekarzy, z którymi styka się pacjentka z fenyloketonurią lub hiperfenyloalaninią. Jeśli planuje ciążę lub już w niej jest, lekarz innej specjalności, rodzinny czy ginekolog, ma do spełnienia ważne zadanie. A przynajmniej do wykonania ważny... telefon do poradni metabolicznej.

– *Kiedy ginekolog dowiaduje się, że jego pacjentka ma fenyloketonurię, powinien przede wszystkim dowiedzieć*

się, czy jest ona pod kontrolą poradni chorób metabolicznych, kiedy odbyła tam ostatnią wizytę. Może też poprosić pacjentkę o dokumentację – mówi dr Żółkowska. – Kontakt z poradnią jest ważny, żebyśmy opracowali razem z pacjentką wspólny plan działania, ale również dlatego, że zdarza się, iż pacjentki nie mówią całej prawdy lekarzowi prowadzącemu ciążę – ze wstydu, z życzeniowego myślenia, z próby umniejszenia znaczenia choroby przewlekłej, a najczęściej z powodu zbyt wysokiego stężenia fenyloalaniny... Czasem ostatnia wizyta w PCM odbyła się kilka lat wcześniej. Idealny scenariusz na przyszłość? Dr Taybert

odpowiada na to pytanie bez wahania: – Edukacja, edukacja, edukacja – pracowników ochrony zdrowia i pacjentek. Osoba, która ma wysokie stężenie fenyloalaniny, często nie w pełni prawidłowo ocenia rzeczywistość. Potrzebuje więc wsparcia środowiska, rodziny, lekarzy. Chcielibyśmy, żeby była mobilizacja, żeby wspierać te kobiety w stosowaniu diety, namawiać do kontroli w poradni. Żeby pacjentka, która przygotowuje się do ciąży, zwłaszcza jeśli miała jakieś ciążowe niepowodzenia i wykonuje wiele różnych badań: immunologicznych, bakteriologicznych itp., miała zalecenie wykonania też oznaczenia fenyloalaniny (nieodpłatnie,

jeśli pacjentka jest pod opieką poradni chorób metabolicznych).

Poradnia Chorób Metabolicznych IMiD deklaruje gotowość współpracy z położnikiem w każdym indywidualnym przypadku. Pacjentka, która zajdzie w ciążę (także nieplanowaną), zawsze może liczyć na szybką wizytę kontrolną w poradni – moje rozmówczynie zapewniają, że w najbliższy dzień roboczy. Dzieci pacjentek z fenylketonurią lub hiperfenylalaninemią rodzą się zdrowe, jeśli ich matki mają w czasie ciąży wyrównany poziom fenyloalaniny. Jest o co walczyć. Ale nawet najlepsze zalecenia, jeśli nie będą wprowadzone w życie, nie przyniosą oczekiwanych efektów. ●

CIĄŻA PACJENTKI Z FENYLOKETONURIĄ/HIPERFENYLOALANINEMIA

W Polsce badanie przesiewowe noworodków w kierunku fenylketonurii/hiperfenylalaninemii prowadzone są od lat 60. XX w. Według szacunków własnych kobiet z tą wrodzoną wadą metabolizmu w wieku rozrodczym jest w naszym kraju około 1,5 tys. Część z nich regularnie zgłasza się na wizyty kontrolne w poradniach chorób metabolicznych, przestrzega na co dzień diety z ograniczeniem fenyloalaniny, monitoruje stężenie tego aminokwasu we krwi, utrzymując właściwy poziom. Stężenie u osób po 12. roku życia nie powinno przekraczać 10 mg/dl (600 µmol/l). Wyjątek stanowią kobiety w okresie prekonceptyjnym i w ciąży, im zaleca się 2–6 mg/dl (120–360 µmol/l) – podobnie jak u dzieci. Powodem jest zagrożenie wystąpienia u płodu – dziecka kobiety z fenylketonurią lub hiperfenylalaninemią – zespołu wad wywołanych wysokim stężeniem fenyloalaniny, tzw. fenylketonurii matczynej.

Niestety, część kobiet mimo zaleceń nie przestrzega diety na co dzień, część zerwała kontakt z poradnią (zmiana nazwiska, adresu zamieszkania utrudnia jej odnalezienie) i nie kontynuuje leczenia, ale są też kobiety, które mają stężenie fenyloalaniny w granicach 6–10 mg/dl (360–600 µmol/l), tj. bezpiecznych dla osoby dorosłej, ale nie dla dziecka w przypadku zajścia w ciążę. Dzieci tych kobiet zagrożone są nieodwracalnym zespołem fenylketonurii matczynej, o ile nie nastąpi właściwe wyrównanie metaboliczne optymalnie już w okresie prekonceptyjnym.

Optymalne postępowanie w przypadku każdej pacjentki chorej na fenylketonurię lub hiperfenylalaninemię:

- Kobieta powinna utrzymywać dobre wyrównanie metaboliczne, regularnie kontrolować stężenie fenyloalaniny i pozostawać pod opieką właściwej poradni chorób metabolicznych – adresy podane są na stronie Polskiego Towarzystwa Fenylketonurii: fenylketonuria.org.pl
- Pacjentka, która deklaruje chęć zajścia w ciążę lub przygotowuje się do niej, powinna zostać skierowana do PCM w celu zoptymalizowania lub potwierdzenia wyrównania metabolicznego.
- Lekarz powinien motywować pacjentkę do starannego przestrzegania zaleceń dietetycznych, właściwej kontroli metabolicznej i kontaktu z PCM.
- Wydawane zalecenia dotyczące podaży witamin, żelaza, mikroelementów itp. powinny uwzględniać ich podaż realizowaną przez stosowane środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego.
- Położnik podczas każdej wizyty powinien interesować się stopniem wyrównania metabolicznego pacjentki – wyniki stężenia fenyloalaniny przez całą ciążę powinny pozostawać w granicach 2–6 mg/dl (120–360 µmol/l).

Sprawdź swój rejon!

Lekarze mają wsparcie w postaci swojego samorządu, ale też mają na niego ogromny wpływ. Pod warunkiem, że biorą udział w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy. Zanim jednak odbędą się wybory, należy sprawdzić swój rejon.



ALEKSANDRA SOKALSKA

Już teraz rozpoczynają się przygotowania do wyborów delegatów na OZL. – *Najpierw muszą powstać rejon wyborcze, do których zostaną przypisani lekarze na podstawie ich miejsca pracy* – wyjaśnia Mery Topolska-Kotulecka, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie. Jeśli ktoś pracuje w miejscu X, zostanie jako wyborca przypisany do rejonu, w którym X się znajduje. Co jednak, gdy lekarz nie zaktualizował danych w rejestrze i chce głosować nie w rejonie X tylko Y, w którym znajduje się jego inne miejsce pracy? Ponieważ zna w nim wielu lekarzy, ceni ich i chce spośród nich wybierać albo sam zamierza startować w wyborach w rejonie Y. Powodów może być wiele, a aktualizacja i wytypowanie rejonu wyborczego to pierwszy krok do oddania przemyślane go głosu na swojego kandydata na delegata na OZL X kadencji.

AKTUALIZACJA

Lekarze powinni sprawdzić, czy ich dane w rejestrze są aktualne. Jeśli nie, należy je zaktualizować (obowiązek aktualizacji danych zawartych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów nakłada art. 49 ust. 6 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich). Aktualizacja powinna dotyczyć przede wszystkim adresu korespondencyjnego, danych kontaktowych (numeru telefonu, adresu e-mail) oraz głównego miejsca zatrudnienia. Można jej dokonać, logując się

na swój profil lekarza (przez serwis OIL, profil zaufany lub mObywatel), można też pobrać wniosek* ze strony OIL, uzupełnić go i skan przesłać e-mailem pod adresem rejestr@oilwaw.org.pl lub przynieść do siedziby OIL.

ZMIANA REJONU

Po utworzeniu przez OKW imiennych list w rejonach lekarze zostaną poinformowani, do jakich rejonów zostali przypisani. Będą mieli wówczas 30 dni na ewentualną zmianę rejonu wyborczego. Z wykazem list będą mogli zapoznać się przez system głosowania elektronicznego bądź osobiście w siedzibie izby.

Przeniesienia do innego rejonu można będzie dokonać elektronicznie w systemie głosowania elektronicznego lub wypełniając papierowy wniosek, który należy przesłać pod adresem warszawskiej OIL lub przynieść do siedziby izby.

Komisja przewiduje też możliwość stworzenia rejonu wyborczego na wnioski (czas na jego złożenie jest taki sam jak na zmianę rejonu).

WARTO MIEĆ WPŁYW

Udział w wyborach pozwala wpływać na działalność izby, wystarczy odnieść się do Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, która ustala zakres działalności samorządu lekarskiego (DzU z 2016 r., poz. 522 z późn. zm.). Zgodnie z nią samorząd lekarski zajmuje się m.in. opiniowaniem projektów aktów prawnych, które dotyczą polityki

zdrowotnej, prowadzi sprawy w obszarze odpowiedzialności zawodowej (ma rzecznika i sąd), ustala zasady etyki zawodowej, zajmuje się doskonaleniem zawodowym, przyznaje prawo wykonywania zawodu. Głosując na danego kandydata, wybiera się konkretny program i konkretną wizję samorządu. Mery Topolska-Kotulecka podsumowuje: – *Możliwość głosowania na kandydata na delegata na OZL to przywilej każdego lekarza. Dzięki oddanemu głosowi ma on wpływ na swój samorząd, na jego strukturę i władze. Nie oddając głosu, tego wpływu po prostu się pozbawia.* ●

WYGODNE GŁOSOWANIE

W nadchodzących wyborach na delegatów na OZL X kadencji będzie można zagłosować na trzy sposoby:

- w trybie głosowania osobistego, przez oddanie głosu w lokalu wyborczym na wydanej karcie do głosowania,
- w trybie głosowania korespondencyjnego, przez oddanie głosu na otrzymanej w pakiecie głosowania korespondencyjnego karcie do głosowania,
- w trybie głosowania elektronicznego, przez oddanie głosu w systemie głosowania elektronicznego.

*Formularz aktualizacyjny



W następnym numerze napiszemy o tym, jak i kiedy zgłosić kandydata do wyborów.

Nowoczesny lekarz

Chory potrzebuje lekarza, który zaopiekuje się nim holistycznie i da mu poczucie bezpieczeństwa. A do tego niezbędna jest wiedza oraz umiejętność komunikacji. O nowoczesnym lekarzu rozmawiam z **dr hab. n. med. Anną Scholz**, profesorem CMKP.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Kim dla pani jest nowoczesny lekarz?

To lekarz, który patrzy na pacjenta w całości, nie tylko pod kątem swojej specjalizacji. Coraz częściej chorzy oczekują opieki holistycznej i taką powinni otrzymywać. Jestem ginekologiem położnikiem, perinatologiem, robię specjalizację z onkologii, więc mam szerokie spektrum pacjentów. Przykładowo w przypadku pacjentki w ciąży powikłanej, z wadą płodu, potrzebne jest podejście holistyczne i rozpisanie tzw. ścieżki zdrowia, czyli wskazanie, do jakich specjalistów ciężarna musi się jeszcze zwrócić, bo przecież lekarz ginekolog nie zawsze jest w stanie pomóc jej we wszystkich obszarach. Ale może i powinien wskazać, gdzie taką pomoc uzyska. Czasem jest konieczna wizyta u genetyka, specjalisty od terapii płodu, chirurga dziecięcego, by zaplanować optymalną diagnostykę i terapię dziecka wewnątrzmacicznie lub po porodzie. A rodzice mogą wymagać wsparcia u psychologa lub psychiatry.

W onkologii jest podobnie: najpierw jest podejrzenie, potem badania, np. biopsja, rozpoznanie, zaplanowanie operacji, chemioterapii lub radioterapii, następnie skierowanie do odpowiedniego ośrodka. Pacjenci mają prawo być zagubieni, więc oczekują, że zajmie się nimi jedna osoba, która przeprowadzi

ich przez cały proces, wytłumaczy, z jakimi etapami się on wiąże i jakie będą jego ramy czasowe.

I są takie osoby?

Na świecie ten proces jest wspierany przez tzw. koordynatorów pobytu pacjenta. To nie zawsze muszą być medycy, ale to oni prowadzą chorego przez wszystkie etapy. Lekarze mają też asystentów, którzy ich odciążają w pracy: odpowiadają na proste pytania, przypominają o wizytach. To szczególnie ważne w przypadku długotrwałych procesów leczenia, takich jak w onkologii. Pacjenci z poważnymi chorobami często czują się przytłoczeni i zagubieni z powodu niezrozumiałych terminów medycznych, natłoku informacji. Zdarza się też, że różni lekarze proponują odmienne plany leczenia, a to potęguje chaos. Przykładem może być zaobserwowana ostatnio przeze mnie sytuacja: pacjent z rozpoznaniem nowotworu usłyszał od jednego lekarza, że konieczna jest operacja, od kolejnego – że radioterapia. Taki brak spójności w komunikacji sprawił, że chory czuł się zagubiony i przerażony.

Z czego zatem wynikają tak różne plany leczenia?

Przyjęty schemat leczenia w przypadku pacjenta onkologicznego zależy od dwóch czynników: pacjenta i lekarza.



foto: Przemysław Chudkiewicz

Od pacjenta, bo bierze się pod uwagę jego inne schorzenia, wiek, kondycję. Od lekarza operującego, jego możliwości, a także czasem jego odwagi. Bardzo dobrym rozwiązaniem, przyjętym przez część ośrodków, jest spotkanie chorego z konsylium lekarskim (chirurgiem onkologicznym, chemioterapeutą, radio-terapeutą), które omawia jego przypadek, a potem wyjaśnia, dlaczego proponuje mu tę, a nie inną metodę leczenia. Rozmowie przysłuchuje się koordynator, który prowadzi pacjenta, przypomina o wizytach, podpowiada, do którego ośrodka medycznego ma się w danym momencie udać. Dzięki takiemu działaniu pacjent czuje się zdecydowanie mniej zagubiony. Dlatego powinny istnieć interdyscyplinarne zespoły ściśle współpracujących ze sobą osób, zwłaszcza w przypadku poważnych chorób. Niestety, w naszym systemie opieki zdrowotnej często takich schematów postępowania nie ma.

Czy to właśnie nie wynika z jego niedoskonałości?

Będę mocno dyskutować w kwestii niedoskonałości naszego systemu. To nie tylko polski problem. Biorąc pod uwagę, ile w ramach refundacji pacjent może otrzymać świadczeń, stwierdziłabym, że nasz system ma ogromny potencjał, żeby być bardzo dobry. Problem

tkwi w osobach, które nim zarządzają. Bo w ramach świadczeń wszystko jest do zorganizowania.

Ale dobrej organizacji nie ma. Pacjent trafia do różnych lekarzy i często zaczyna się gubić.

Zgadzam się, ale do tego zagubienia przyczyniają się często sami pacjenci, którzy idą do jednego lekarza, potem do drugiego, trzeciego, są niecierpliwi, chcieliby szybko pozbyć się choroby, a leczenie to proces, który czasem musi potrwać dłużej. Jeśli jednak chory zaufa lekarzowi, jego leczenie będzie bardziej skuteczne.

Tylko że pacjenci czasem tego zaufania nie mają.

W Polsce zaufania nie mamy przede wszystkim do systemu ochrony zdrowia. Często nie dostrzegamy pozytywnych rozwiązań, takich jak karta DiLO wymuszająca krótką ścieżkę onkologiczną i skracająca czas oczekiwania na operację chorego z rozpoznaniem nowotworu. Takich pozytywnych rozwiązań jest więcej, ale media, a w konsekwencji my wszyscy, ciągle bardziej skupiają się na brakach i problemach, co skutkuje przeświadczeniem, że w Polsce system jest całkowicie niewydolny.

Inną, ale niezwykle ważną kwestią w kontekście zaufania, jest to, że nie jesteśmy jako społeczeństwo nauczenni profilaktyki. Znam kobiety, które przez 20–30 lat nie były u ginekologa. Program 40+, który ma na celu przede wszystkim wychwycenie choroby nowotworowej w jak najwcześniejszym stadium, jest kompletnie niepopularny. Nie badamy się, bo w społeczeństwie panuje ogromna kancerofobia.

Jak zatem nowoczesny lekarz ma zdobyć zaufanie pacjenta, który zaufania do służby zdrowia nie ma?

Pacjenci czasem uważają, że taki lekarz powinien być dla nich dostępny o każdej porze. Nie jestem zwolenniczką takiego myślenia, bo czym innym jest le-

karska empatia, a czym innym dbanie o własny *work-life balance*. Dyspozycyjność lekarza może być jednak ujęta w pewne ramy, np. moi pacjenci wiedzą, że mogą się ze mną skontaktować przez recepcję mojej praktyki lekarskiej. Osoby tam pracujące decydują, czy jest potrzebna moja odpowiedź na pytania chorego, czy same potrafią jej udzielić. Dzięki takiemu systemowi lekarz jest trochę odciążony i ma więcej sił na empatyczne rozmowy z pacjentami. Nie da się funkcjonować prawidłowo, gdy doktor non stop jest w pracy: przyjmuje w gabinecie, stamtąd od razu trafia na szpitalny dyżur, po drodze przeprowadza konsultacje, odpowiada na esemesy pacjentów. Pamiętajmy, że lekarz musi nawiązać empatyczny kontakt z pacjentem, a to wymaga dobrej kondycji.

Czy lekarze kształcą się w zakresie komunikacji z pacjentem?

Tak, ale ciągle za mało. Choć empatia wynika z indywidualnych cech osobowościowych, można się też jej nauczyć. Najlepiej robić to nie na wykładach, lecz w formie warsztatów, kiedy trenuje się różne rodzaje rozmów z pacjentami. Na świecie takie zajęcia prowadzi się nawet z udziałem aktorów.

Mnie szkolenia warsztatowe bardzo dużo dały. Dzięki nim rozmowa z chorym już mnie tak nie obciąża. Jeśli spotykam pacjenta nazywanego popularnie roszczeniowym czy agresywnym, wiem, że to pacjent lękowy. Rozumiem jego zachowanie, bo wynika z niepewności, strachu, który wyraża w postaci pretensji lub agresji.

Ciekawe spostrzeżenie. Mateusz Pakuła w wywiadzie o chorobie ojca, który można przeczytać w tym numerze, podkreślał, że tzw. pacjent agresywny to tak naprawdę pacjent przerażony i bezsilny.

Tak, bo krzyk w komunikacji najczęściej jest przejawem bezsilności. Dlatego z taką osobą trzeba rozmawiać spokojnie, nie wchodzić na jej poziom emocji.

Dopiero kiedy zapytamy zdenerwowanego pacjenta, czego potrzebuje, by poczuł się lepiej, zaczyna z nami rozmawiać. A właśnie o taką spokojną, pełną wzajemnego szacunku rozmowę chodzi. Bo lekarz jest też po to, by choremu w zrozumiwały sposób wyjaśnić wszystkie wątpliwości i umieć do niego dotrzeć. Moje pacjentki często pytają, czy ich stres może wpływać na zdrowie dziecka. Jeśli rozmawiam z ciężarną pacjentką lękową, wysoko wrażliwą, nie mówię jej, że nie może się stresować, bo jej będzie trudno tego dokonać. Zapewniam, że jej uczucia nie powinny negatywnie wpłynąć na ciążę. Mówię natomiast, że wysoka wrażliwość jest cechą, którą przekazujemy dzieciom. Dlatego zalecam pracę nad radzeniem sobie ze stresem, np. w ramach terapii behawioralnej, by poczuć się pewnie i tego samego nauczyć później swoje dziecko. Empatia nie polega na tym, by odczuwać to samo co nasz rozmówca, ale by rozumieć jego uczucia i umieć z nim rozmawiać. Jednocześnie trzeba znać swoje granice i dbać także o własne dobro, gdyż bez tego nasza empatia szybko się wyczerpie. Co oznacza, że emocji pacjenta nie możemy traktować personalnie, tylko informacyjnie.

Dobra rozmowa opiera się na kilku ważnych punktach. Naszym zadaniem jest podanie pełnej informacji o chorobie. Powinniśmy także dowiedzieć się, czego pacjent potrzebuje i zakomunikować mu, w jakim zakresie możemy mu pomóc. Należy to powiedzieć spokojnym tonem, czasem dobrze jest też spisać główne zalecenia czy etapy leczenia na kartce. Następnie musimy upewnić się, że pacjent wszystko rozumie i dowiedzieć, czy ma jeszcze jakieś pytania.

Sporo tych punktów...

Tak, bo bycie empatycznym lekarzem to sztuka. Jest jednak niezbędna w naszej profesji. Wystarczy popatrzeć na statystyki: w szpitalach, w których lekarze dobrze komunikują się z pacjentami, roszczeń jest zdecydowanie mniej. ●

Godność chorowania

Choroba, zwłaszcza śmiertelna, zmienia życie nie tylko chorego, ale także całej rodziny. O tym niezwykle trudnym doświadczeniu rozmawiam z **Mateuszem Pakułą**, dramaturgiem i reżyserem, autorem książki o chorobie ojca, na podstawie której wyreżyserował spektakl „Jak nie zabiłem swojego ojca i jak bardzo tego żałuję”.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**



foto. Jacek Taran

W jaki sposób pana ojciec dowiedział się, że ma raka trzustki?

Dość długo nie był zdiagnozowany. Skarżył się na bóle brzucha przez kilka miesięcy, więc badał się, był u wielu lekarzy, m.in. u kilku gastroenterologów, ale nikt nie był w stanie stwierdzić, co mu dolega. W listopadzie 2019 r. ojciec czuł się coraz gorzej, cały żółtkł, więc razem z moją mamą pojechaliśmy do szpitala. Pamiętam, jak w Kielcach zobaczyłem ojca, całego żółtego, a po kilku dniach pojechaliśmy na próby do Krakowa i tam przez telefon dostałem najpierw wiadomość, że to nie rak, ale już następnego dnia usłyszałem: „To jednak nowotwór i to złośliwy”. Jednego dnia poczułem ulgę, by już kolejnego znaleźć się w rozpacz. Te dwie emocje dzieliła przepaść.

Jak zareagowała rodzina?

Kiedy dowiedzieliśmy się, że to rak trzustki, mieliśmy poczucie, że właśnie na ojca został wydany wyrok śmierci.

W wywiadzie udzielonym „Tygodnikowi Powszechnemu” powiedział pan, że rodzina we współczesnych tekstach kultury jest ra-

czej źródłem traum i toksyn. A pan pokazał, że rodzina, choć niedoskonała, może być wspaniała. Na czym ta wspaniałość polega?

Przede wszystkim na tym, że ze sobą otwarcie rozmawiamy, że jesteśmy wobec siebie empatyczni, troskliwi, czuli i na siebie uważni.

Czyli to trudne doświadczenie dało wam poczucie wspólnoty?

Trochę tak, ale nie ono było najbardziej istotne. Najważniejsza była tolerancja i szczerść. Daliśmy sobie prawo do różnych poglądów i różnego przeżywania choroby ojca. Przykładowo babcia swoim zachowaniem wywoływała wiele napięć i jakoś trzeba się było z tym uporać. To była niedoskonała rodzina, z różnymi wadami, ale też z akceptacją wszystkich emocji, także nazywanych potocznie złymi, czyli złości, gniewu, słownej agresji. One spotykały się ze zrozumieniem i troską. Bo ponad tym wszystkim była i jest miłość do siebie nawzajem.

Dostaliście wsparcie z zewnątrz?

Dostaliśmy wsparcie od przyjaciół rodziców i moich. Choć oni w wielu sytu-

acjach czuli się bezradni. Mam na myśli, że często mamy bardzo duży problem z rozmową o umieraniu i śmierci. Nie wiemy, co mówić ludziom, którym ktoś ciężko choruje lub umiera, nie wiemy, jak zwracać się do osób w żałobie. Wsparciem byli dla nas także lekarze

Mateusz Pakuła (1983) – pisarz i reżyser. Autor kilkudziesięciu sztuk teatralnych. Laureat Gdynskiej Nagrody Dramaturgicznej, Nagrody Gombrowicza oraz Olśniew Onetu, nominowany do Nagrody Literackiej Gdynia i Paszportu Polityki.

Jako prozaik zadebiutował książką „Jak nie zabiłem swojego ojca i jak bardzo tego żałuję”. Spektakl na jej podstawie, w adaptacji i reżyserii autora, został okrzyknięty najważniejszym spektaklem ostatnich sezonów, zdobył do tej pory dwadzieścia pięć nagród. W sierpniu ubiegłego roku ukazała się jego druga książka prozatorska, „Skóra po dziadku”.

Jego ostatnie realizacje teatralne to „Złote płyty” (Teatr Capitol we Wrocławiu) oraz „Latający Potwór Spaghetti” (Teatr Łażnia Nowa w Krakowie).

z hospicjum. Choć w ostatnim etapie choroby, kiedy próbowaliśmy uzyskać od nich informacje, jak można zakończyć cierpienia ojca, robili uniki, wiedząc, że to nielegalne.

Pełen wsparcia był też czas operacji ojca, która polegała na wycięciu trzustki. Ojciec pojechał na nią do Warszawy i cały jego pobyt w szpitalu przebiegł w pełnej szacunku atmosferze. Podczas operacji okazało się, że rak zdążył już mocno urosnąć i operacja była znacznie bardziej skomplikowana. Lekarze zrobili jednak wszystko, by się udała, i prawdopodobnie dzięki temu przedłużyli życie ojca o osiem miesięcy. Choć potem często dyskutowaliśmy, czy po usłyszeniu diagnozy „rak” lepiej umrzeć po miesiącu, bo takie przypadki zdarzały się wśród naszych znajomych, czy mieć szansę na przedłużenie życia, ale okupione niewyobrażalnym cierpieniem.

Wiele osób, których bliscy zmarli w podobnym czasie na COVID, zazdrościło nam, że mogliśmy towarzyszyć ojcu w odchodzeniu, pożegnać się z nim, że mieliśmy możliwość przeżaloby. Ich bliscy umierali wówczas w izolatkach, samotnie, odcięci od żon, mężów, dzieci. Mam wśród czterdziestoletnich znajomych takich, którzy w ten sposób tracili swoich sześćdziesięcioparoletnich rodziców.

Pandemia dla was też była trudna.

Tak, to był straszny czas. Mówili zresztą o tym sami lekarze, którzy podkreślali, że nie było procedur, z nikim nie konsultowano podejmowanych decyzji, poza tym nie podlegały one kontroli takiej, jakiej powinny. Przecież kiedy tata trafił na oddział paliatywny, nie mogliśmy się w ogóle do niego dostać ani niczego dowiedzieć.

Pisze pan w książce: „Tata sam będzie jeszcze wielokrotnie mówił, że chce nabrać sił. (...) Ale również wielokrotnie widać będzie w jego oczach (...) prośbę o zaprzestanie (...)”. Co pana zdaniem powoduje, że we współczesnym świecie

mamy tak duży problem z pozwoleniem umierającemu na odejście? Kiedyś, mam wrażenie, była większa akceptacja śmierci.

Jeśli mówi pani o dawnym, nazwałbym je folkowym, podejściu do umierania, to wynikało zapewne z tego, że człowiek żył, póki był użyteczny. Potem mógł umierać. Obecnie jednak użyteczni jesteśmy praktycznie do końca życia. Oczywiście, w pewnym wieku ludzie przechodzą na emeryturę, ale zgodnie z popkulturą wizją właśnie wtedy zaczynają życie, bo dzieci odchowane, kredyty spłacone. Można więc przeżyć drugą młodość, czyli podróżować, realizować swoje marzenia.

Problem z brakiem akceptacji śmierci wynika też z faktu, że umieranie zostało „wymiecione” do szpitali i hospicjów. A przecież większość ludzi, których pyta się, jak wyobrażają sobie idealną śmierć, odpowiada, że chcą umrzeć w domu, czyli w bezpiecznym, znanym sobie miejscu, wśród bliskich. Nikt nie chce umierać w szpitalu, nawet gdyby towarzyszyli mu najwspanialszy lekarze świata. Ale też trzeba zaznaczyć, że we współczesnym stylu życia nie ma miejsca na stałą opiekę nad kimś długo umierającym, wymagającym stałej obecności. Pracujemy, wychowujemy dzieci, mamy dużo spraw. Dlatego wywołaliśmy ogromne zdziwienie pracowników oddziału paliatywnego, gdy chcieliśmy ojca stamtąd zabrać, bo przecież stamtąd nikt nikogo zabierać nie chce.

Wreszcie trudność z akceptacją umierania może wynikać z faktu, że często życie jest uznawane za wartość nadrzędną, będącą ponad wszystkim, także ponad cierpieniem.

Czy w takim razie istnieje godne umieranie?

W idealnym świecie, do którego możemy dążyć – tak. Choć dla niektórych godne umieranie oznacza godne zniesienie cierpienia. Ale to nieprawdziwe wyobrażenie. Po publikacji książki rozmawiałem z Kubą Sieczko, anestezyjologiem, przez wiele lat ratownikiem

medycznym. Wspominał, że często był wzywany do terminalnie chorych, którzy np. wieszali się w futrynie, bo nie mogli znieść bólu. To nie jest godne umieranie. Mój ojciec wielokrotnie mówił, że chciałby popełnić samobójstwo, że gdyby miał więcej siły, to by się np. rzucił z okna. Był osobą głęboko wierzącą, ale cierpiał tak bardzo, że cierpienie pokonało jego lęk przed grzechem.

Jeden z lekarzy, który był na spektaklu, tak go skomentował w social mediach: „To obraz zetknięcia (...) z bezdusznym systemem i jego ofiarami, którymi jesteśmy wszyscy”. System zdrowotny w Polsce jest niewydolny. Czego panu najbardziej w nim zabrakło?

Na pewno opieki psychologicznej dla pacjenta śmiertelnie chorego i jego najbliższych. Na oddziale paliatywnym w Kielcach nie było żadnego psychologa, który porozmawiałby z moim ojcem. Żadnego.

Jednak zmiana systemu to nie wszystko. Od premiery książki w 2021 r. dużo rozmawiam z lekarzami i pracownikami ochrony zdrowia z różnych pokoleń. Wszyscy mówią, że oczywiście system jest kulawy, ale bardzo brakuje też nauki na studiach oraz szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek, jak wchodzić w relacje i przeprowadzać rozmowy z pacjentem i jego rodziną. Czyli szkoleń z empatii, która w przypadku medyków nie jest sprawą łatwą. Nawet rodzina chorego ma przecież momenty, w których popada w znieczulicę i przestaje słyszeć jęki, bo z czasem już nie potrafi się znieść całej sytuacji, bo już się nie da dłużej wytrzymać. Domyślam się zatem, że codziennie pracując w takim miejscu jak oddział paliatywny czy inny przyjmujący ciężko chorych, dość szybko można dojść do ściany i wyłączyć współodczuwanie. Dlatego tak ważne są szkolenia, które kształtują empatię i dają narzędzia, by ją w sobie utrzymać. Pacjenci śmiertelnie chorzy i ich rodziny jej potrzebują. Bo nie rozumieją, nie potrafią pojąć, bo są po prostu w rozpacz. ●

CHORY



JERZY BRALCZYK

Etymologia słowa *chory* nie jest jasna. Badacze łączą ten przymiotnik z awestyjskim rzeczownikiem *hvara*, oznaczającym ‘ranę’, także ze słowem *svarus*, które w jednym z najbardziej archaicznych dzisiejszych języków, litewskim, znaczy ‘ciężki’. Inni próbują wiązać słowo *chory* z praindoeuropejskim czasownikiem *hver-ti*, który oznaczał ‘zasychać’, i uznają, że to, co odnosiło się do drzew (zasychanie, usychanie), mogło być przenieśnionie stosowane również w odniesieniu do człowieka, który schnie przez chorobę. Wskazuje się też na znaczenie rdzenia *hvr-l*, u nas rozwiniętego w *chartlak* i *cherlak*, a także na jakoby charakterystyczne rozpoczęcie określeń na ludzkie niedomagania elementem *ch-* (*chory*, *cherlawy*, *chromy*, *chudy*...).

Słowa bez ustalonej etymologii wydają się nam często szczególnie ważne i pierwotne przez swoją tajemniczość. Czasami dawni etymologowie używali określenia *prastowo*, co wzmagało poczucie dawności.

W każdym razie to choroba jest od chorego, nie na odwrót, ma rzadki przyrostek *-ba* (jak w odczasownikowych rzeczownikach, np. *prosić* – *prośba*). Dawniej mieliśmy naturalniejszą dla rzeczowników odprzymiotnikowych *chorość*, dziś *choroba* wydaje się naturalnym określeniem, tak naturalnym, że pojawia się (w każdym razie pojawiała) jako rodzaj łagodnego przekleństwa-powiedzenia (*cie*, *choroba!*).

Semantycznie *chory* może być uznany za pierwotny w stosunku do swojego antonimu *zdrowy*. Jako (przynajmniej w zasadzie) naturalniejszy stan powinniśmy uznać zdrowie, więc mówienie o nim, używanie przymiotnika *zdrowy* byłoby mniej uzasadnione niż informacja o bardziej nacechowanej chorobie – tak jak rzadziej myślimy i mówimy o nieszkodliwości niż o szkodliwości. W tym ujęciu *zdrowy* to byłby *niechory*. W istocie ową regułą zakłócają liczne metaforyczne użycia tych przymiotników.

Chory bowiem często oznacza różne niepożądane stany, zdrowy odnosi się do tego, co dobre. Jeszcze w XIX w. używano zresztą przysłowka *choro* w znaczeniu ‘źle, niedobrze’ (*tak mi choro*). *Chory* mówimy o tym, co prezentuje ciemną stronę rzeczywistości. Chore myślenie nie z choroby musi wynikać, chory układ czasem bywa zaskakująco i niesłusznie sprawny, ale nam się nie podoba. W relacjach z bliźnimi (raczej bliskimi) używamy czasem pytania *coś ty, chory?*, mając na myśli niepoprawne naszym zdaniem myślenie czy propozycje. *To chore* – mówimy, gdy nam się coś nie podoba, gdy uznajemy to za niedobre, niewłaściwe.

Na co *choruje społeczeństwo?* – pytamy czasem, powodując się modną troską. Językoznawcy stosują tę metaforę w odniesieniu do języka, kulturoznawcy do kultury. Stan choroby, przywołany, zdaje się jakoś tłumaczyć rzekome nieprawidłowości, a diagnoza, wskazanie konkretnych przyczyn wydają się zdecydowanie bardziej prawdopodobne, gdy to, co się nam podoba, nazwiemy chorobą.

Mówimy czasem także o ludziach, potępiając ich, że są *chory* – *ze złości*, *z zazdrości*, *z nienawiści*, nawet gdy te uczucia z chorobą nie mają nic wspólnego. To, co złe, nazywamy *chorym*. Świadczyłoby to o pierwotnym postrzeganiu czegoś złego jako stanu nienaturalnego, wypaczonego – to, co zdrowe, jest naturalne i dobre.

Ale też słowo *chory* może występować wówczas, gdy mamy pewne podejrzenia co do jego adekwatności. Molierowski *chory z urojenia* wszedł już na stałe do naszego słownika, znany wiersz Mickiewicza zaczyna się od nieco złośliwej konstatacji „*U nas, kto jest niby chory, zwotuje zaraz doktory, Lecz czując się bardzo słaby, prosi chłopca albo baby*”. Prawdziwość *słabości* jest tu niejako w opozycji do możliwej pozorności *choroby*.

Może jednak takie myślenie nie jest całkiem zdrowe. ●



Uroczyste wręczenie PWZ

23 listopada 2024 r. lekarze i lekarze dentyści odebrali dokumenty PWZ podczas ceremonii w Crowne Plaza Warsaw – The Hub.

Uroczystość rozpoczęła się od występów kwartetu smyczkowego Obsession i chóru lekarskiego Medicantus. Następnie, po wprowadzeniu sztandaru i odśpiewaniu hymnu lekarzy, dr n. med. Artur Drobniaak, prezes ORL w Warszawie, zwrócił się do obecnych: – *Zebrałiśmy się dziś, aby celebrować wyjątkowy moment w życiu każdego lekarza – oficjalny początek samodzielnego drogi zawodowej. Z chwilą wręczenia dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu stajecie się pełnoprawnymi członkami samorządu lekarskiego, a przede wszystkim przejmujecie pełną odpowiedzialność za waszych pacjentów. (...) Pamiętajcie, proszę, że zdobycie dyplomu lekarza i złożenie przysięgi Hipokratesa zobowiązuje nas do właściwego postępowania i dbania o honor naszego zawodu. „Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem” pisał lekarz i filozof Władysław Biegański w „Myślach i aforyzmach o etyce lekarskiej”.*

Prezes Artur Drobniaak zakończył wystąpienie zaproszeniem do angażowania się w działania samorządu lekarskiego. – *Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie*

to miejsce, gdzie znajdziecie wsparcie, inspirację oraz możliwości rozwoju zawodowego i społecznego – przekonywał. – Razem możemy kształtować przyszłość zawodu lekarza i lekarza dentystry. Od dziś jesteście waszą Alma Mater, drugim domem – zawodową rodziną, która będzie towarzyszyć wam w każdym kroku na drodze lekarskiej.

Do lekarzy dentyistów zwrócił się wiceprezes ORL w Warszawie i przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów dr n. med. Dariusz Paluszka, który, gratulując zgromadzonym, podkreślił, że ich zawód oznacza przebywanie we wspólnocie: – *Jako starszy kolega bardzo was proszę o szacunek dla lekarzy, z którymi będziecie mieli kontakt. Ten szacunek trzeba okazywać i trzeba go wymagać od kolegów. Swoją postawą będziecie budowali prestiż zawodu. Jesteście awangardą i jako lekarze stanowicie jednolitą grupę. To najwspanialszy zawód!* Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów życzył odbierającym PWZ lekarzom stomatologom sukcesów i satysfakcji zawodowej.

Następnie przyszedł czas na najważniejszy moment ceremonii – uroczyste

wręczenie dokumentów Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza i Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza Dentysty. Zgromadzeni w Crowne Plaza Warsaw – The Hub odebrali je z rąk przedstawicieli ORL w Warszawie: prezesa Artura Drobniaaka oraz wiceprezesów: Dariusza Paluszka, Krzysztofa Hermana i Karola Stępniewskiego.

Młodzi lekarze pozowali do pamiątkowego zdjęcia, po czym do zebranych zwrócił się Wiktor Możarowski, wiceprzewodniczący Komisji Młodych Lekarzy w OIL w Warszawie, który opowiedział o działalności komisji i gorąco zachęcał młodych lekarzy do angażowania się w jej prace.

Po oficjalnej części uroczystości wręczenia dokumentów PWZ gości zaproszono na obiad. Byli wśród nich: prof. dr hab. n. med. Michał Grąt, prorektor ds. umiędzynarodowienia, promocji i rozwoju z WUM; dr hab. Paweł Olszewski, dziekan Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego; prof. ucz. dr hab. Sebastian Sikorski, prorektor ds. promocji i współpracy z otoczeniem z UKSW w Warszawie; dr n. med. Barbara Mazurkiewicz, wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek; adw. Aleksander Krysztofowicz, wicedziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie; mec. Anna Sękowska, dziekan Okręgowej Rady Radców Prawnych w Warszawie. ●

Dokumenty PWZ Lekarza i PWZ Lekarza Dentysty w wersji elektronicznej znajdują się w aplikacji mObywatel 2.0. Dzięki temu łatwo potwierdzać swoje uprawnienia zawodowe za pomocą telefonu. Aby dodać PWZ do mObywatela, należy po zalogowaniu się do aplikacji wybrać z listy dokumentów PWZ Lekarza lub PWZ Lekarza Dentysty, a dane zostaną pobrane z bazy Naczelnej Izby Lekarskiej.

Nowe technologie w teleopiece senioralnej

Długo telemedycyna dla osób 65+ sprowadzała się do opasek SOS służących do wzywania pomocy w nagłych przypadkach. Ale w ciągu ostatnich pięciu lat wiele się zmieniło. Dziś istnieją przede wszystkim inteligentne urządzenia monitorujące parametry zdrowia i AI pozwalająca prognozować ryzyko wystąpienia chorób. Za kilka lat funkcje te przejmą roboty.



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Telefon komórkowy jest obecnie najpowszechniej stosowanym urządzeniem do teleopieki i to bez względu na wiek pacjenta. Odkąd prawie każdy go nosi w kieszeni, można szybko wezwać pomoc medyczną oraz skontaktować się z bliskimi, niezależnie od miejsca pobytu. Powszechna smartfonizacja pozwoliła skrócić czas od momentu wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjenta do przyjazdu karetki pogotowia, poprawiając m.in. wskaźniki przeżywalności po zawale serca albo udarze mózgu.

OPASKI ŻYCIA. POMOC I STYGMATYZACJA

Pierwszą popularną technologią do monitorowania seniorów – bo trudno w tym przypadku mówić o monitorowaniu stanu zdrowia – były opaski SOS oferowane w abonamencie. Po naci-

śnięciu czerwonego przycisku urządzenie wysła alert pod wybrany numer telefonu, np. osoby bliskiej, i do centrum teleopieki. Dyspozytor próbuje skontaktować się z użytkownikiem, a jeśli się to nie udaje lub w sytuacji zagrażającej życiu jedzie do seniora karetka.

Technologia reklamowana jako „ratująca życie” zapewnia też spokój rodzinie, która nie mieszka z seniorem. Ale nie każdy senior z niej chętnie korzysta, bo opaska często jest kojarzona z utratą samodzielności. Sam fakt noszenia widocznego urządzenia może wzbudzać poczucie stygmatyzacji. Przez długi czas była to jednak najprostsza i najtańsza metoda telemonitoringu, stosowana w ramach lokalnej polityki ochrony zdrowia. Przykładowo, darmowe elektroniczne opaski wprowadziło województwo łódzkie dla seniorów powyżej 65. roku życia i obciążonych mi-

nimum dwiema chorobami przewlekłymi. Dotychczas „opaski życia” trafiły do 8 tys. osób.

SMARTWATCH WYPIERA OPASKI, SŁUCHAWKI JAK APARAT SŁUCHOWY

Opaski życia oferuje się w abonamencie miesięcznym. Jeżeli nie są refundowane w zakresie programów polityki senioralnej, kosztują od kilkudziesięciu do kilkuset złotych miesięcznie, w zależności od funkcji. Trzeba pamiętać, że teleopieka w ramach NFZ praktycznie nie istniała do czasu pandemii COVID-19. Dopiero w 2020 r. koronawirus zmusił publicznego płatnika do refundacji telekonsultacji oraz wprowadzenia pierwszych profesjonalnych rozwiązań telemedycznych. Dzięki programowi Domowej Opieki Medycznej osoby chore na koronawirus otrzymały pocztą pulsoksymetrię do monitoringu stanu zdrowia w domu. Od tego momentu znacznie wzrosła akceptacja i poziom wykorzystania usług zdrowotnych przez Internet lub telefon.

W tym czasie na rynku pojawiły się także smartwatche, które zaczęły wypierać opaski telemedyczne. Firma Apple jako pierwsza wprowadziła do swoich zegarków iWatch opcje okołomedyczne, zaczynając od funkcji wykrywania upadków i wysyłania alertów. To rozwiązanie powstało z myślą o seniorach, bo w Unii Europejskiej z powodu upadków co roku umiera około 40 tys. osób po 65. roku życia. Ponad 1,5 mln doznaje urazów, które w części przypadków prowadzą do niepełnosprawności oraz długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Smartwatche mają jeszcze inne funkcje, które mogą być stosowane w opiece nad seniorami: monitoring aktywności fizycznej, jakości snu, wykrywanie migotania przedsionków oraz bezdechu sennego (od jesieni 2024 r.). Dane mogą być współużytkowane np. z członkami rodziny, aby zyskali lepszy wgląd we wzorce zdrowia i stylu życia. Także

w 2024 r. Apple wyposażył słuchawkę w funkcję badania audiometrycznego o poziomie klinicznym oraz opcję wspomagania słuchu, co pozwala używać ich w charakterze aparatów słuchowych. Takich funkcji – zwłaszcza przydatnych w przypadku chorób wieku starczego, m.in. chorób serca – można spodziewać się coraz więcej, bo producenci są świadomi, że potrzebujących takich rozwiązań będzie przybywać. Tzw. *silver economy* (srebrna ekonomia), czyli wydatki na rozwiązania dla osób powyżej 50. roku życia, rośnie błyskawicznie wraz ze starzeniem się społeczeństwa. W Unii Europejskiej to rynek szacowany na 3,7 bln euro.

CZUJNIKI W DOMU SENIORA

Rozwiązania do opieki senioralnej ewoluują w kierunku tzw. pasywnego monitoringu zdrowia. Aktywna forma wymaga od seniora zaangażowania, np. dokonania pomiaru ciśnienia krwi i wprowadzenia wyników do aplikacji mobilnej. Pasywny monitoring polega zaś na zbieraniu przez urządzenie danych w tle oraz ich wstępnej interpretacji bez rozmowy z lekarzem. Tak działa smartwatch, który ocenia samodzielnie jakość snu i wyznacza cele aktywności fizycznej.

Smartwatch ma zalety, ale też wady: senior może zapomnieć go założyć, nie założyć go celowo. Poza tym możliwości pomiaru biomarkerów zdrowia przez taki zegarek są ograniczone.

Dlatego firmy innowacyjne wymyślają nowe rozwiązania służące do teleopieki senioralnej. Wśród nich są inteligentne lampy wykrywające upadki, przypominające lampkę nocną systemy monitoringu oddechu i rytmu serca, a nawet toalety, np. TrueLoo. Specjalna deska sedesowa skanuje stolec i mocz w poszukiwaniu zmian, m.in. krwi. System został wdrożony w ponad 50 domach opieki dla seniorów w USA. Podobne rozwiązanie, ale pozwalające na badanie parametrów moczu, takie jak wykonywane w laboratorium,

wprowadziła w 2023 r. francuska firma Withings.

Są też laski dla seniorów liczące kroki oraz opracowane przez naukowców z Uniwersytetu Nottingham Trent skarpety naszpikowane sensorami, analizujące wzorce chodzenia i przewidujące upadki z 94-proc. dokładnością. Naukowcy odkrywają kolejne biomarkery cyfrowe pozwalające przewidzieć ryzyko wystąpienia chorób. Przykładem jest opublikowana w 2022 r. w „Nature” praca badaczy z MIT, którzy udowodnili, że na podstawie wzorców nocnego oddychania można przewidzieć ryzyko wystąpienia choroby Parkinsona. Aby opracować algorytm, naukowcy przeanalizowali 120 tys. godzin snu 7687 pacjentów, w tym 757 z parkinsonem.

ASYSTENT OD WSZYSTKIEGO

Analiza moczu i kału w toalecie zamiast w laboratorium, test słuchu za pomocą słuchawek z marketu zamiast u audiologa – to nie wyrwane z kontekstu przykłady, ale szerszy trend przechodzenia od modelu opieki w placówce medycznej do opieki w domu. Celem jest ochrona zdrowia seniorów wkomponowana subtelnie w środowisko ich codziennego życia, niewymagająca samodzielnie realizowanych pomiarów parametrów zdrowia, ale oparta na danych analizowanych przez algorytmy sztucznej inteligencji i alarmowaniu lekarza tylko wtedy, gdy zostaną wykryte anomalie.

W związku z dynamicznym rozwojem AI można spodziewać się stworzenia doradców albo coachów zdrowia wytrenowanych do opieki senioralnej, dostępnych z poziomu asystentów domowych, takich jak Siri czy Alexa, których będzie można zapytać o interpretację danych dotyczących jakości snu lub poprosić o zamówienie telekonsultacji z lekarzem. Zapytać – bo odchodzi się od komunikacji realizowanej za pomocą klawiatury. W przyszłości do technologii wykorzystywanych w teleopiece senioralnej dołączą roboty.

Nowe technologie do teleopieki mają wiele zalet – umożliwiają kontrolowanie stanu zdrowia w domu, zapewniają seniorom poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, redukują liczbę zbędnych wizyt w placówkach leczniczych. Usługi medyczne dostępne są w miejscu pobytu seniora, co pozwala uniknąć dojazdów, a gromadzone dane z coraz większą precyzją pomagają przewidywać choroby i zapobiegać im.

Nie można jednak zapomnieć o ich cieniach. Technologizacja życia seniorów może zaostrzyć problem izolacji społecznej osób 65+. Poza tym wiele innowacji do teleopieki nie należy do rozwiązań klasy medycznej. To problem, bo część z nich może dawać pozornie negatywne wyniki, generując niepotrzebne wizyty lekarskie i wzbudzając niepokój. Rynek urządzeń do teleopieki jest młody, ale szybko się rozwija, m.in. ze względu na niedobór kadr medycznych i pielęgniarskich. ●



fot. Joshua Hoehne / Unsplash

Pacjent w kryzysie



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta,
zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej

Jesienne i zimowe miesiące – to trudny czas, szczególnie dla osób z zaburzeniami nastroju. Nasza szerokość geograficzna nie rozpieszcza słońcem, kolejki do poradni zdrowia psychicznego rosną lawinowo. W tych kolejkach – wiele osób młodych.

Z jednej strony – to dobrze, bo świadczy, że nowe generacje są bardziej świadome swoich problemów ze zdrowiem psychicznym i gotowe zapobiegać zagrażającym zaburzeniom. Z drugiej strony – galopujące przyspieszenie tempa życia, brak higieny snu, presja wyzwań dnia codziennego, wychodzenie z nieheteronormatywnej szafy lub wleczony za sobą bagaż DDA lub DDD nie ułatwiają życia.

Historię Antoniego opowiada mi Alicja, lekarka POZ.

– To był dzień jak co dzień w POZ, zmiana popołudniowa, do 18.00. Grypa, COVID, nadciśnienie, cukrzyca – po prostu rutyna. I nagle około 17.00 wchodzi młody chłopak w towarzystwie matki. Od razu widzę, że ma w oczach coś niepokojącego. Wiesz, taki

pusty wzrok, kontakt powierzchowny, prawie bez mimiki. Po latach praktyki czytam to automatycznie natychmiast. Po prostu czuję, że coś nie gra.

Pacjent ma na imię Antoni i 20 lat, więc pytam przede wszystkim, czy zgadza się na obecność matki podczas badania. Zgadza się. Prosi o skierowanie na badania laboratoryjne, więc zaczynam dociekać, skąd ten pomysł. Nigdy nie kupuję tej wersji, że pacjent ot tak wymyślił sobie, że się przebada. Zawsze jest jakiś powód: albo ktoś bliski czy znajomy mu umarł, albo czegoś nadużył, albo coś mu dolega i boi się powiedzieć. Widzę, że obecność matki jednak wpływa trochę blokująco, więc pytam Antoniego wprost, czy chciałby porozmawiać ze mną sam. Potwierdza. Matka wychodzi, a Antoni zaczyna emocjonalnie opowiadać, że miesiąc temu rozstał się z dziewczyną po dwóch latach związku, że nie jest pewny swojej identyfikacji płciowej, chce zbadać poziom testosteronu, nawet jeśli miałby płacić za badania. Próbuję mu tłumaczyć, że wynik badania nie rozwiąże jego wątpliwości, że problem jest dużo bardziej złożony i że najlepiej będzie, jeśli skieruję go do specjalisty.

Antoni prosi, żebym pozwoliła ponownie wejść jego matce i powiedziała jej o treści naszej rozmowy.

– *Jest pan tego pewny? Zwalnia mnie pan z tajemnicy lekarskiej?* – pytam, nie przeczuwając nawet, że za chwilę będzie trudniej, niż mi się wydaje.

– *Tak, proszę jej powiedzieć, zwalniam panią z tajemnicy lekarskiej.*

Antoni jest zdeterminowany. Odnawiam wszystko w dokumentacji medycznej, po czym zapraszam matkę z powrotem do gabinetu i mówię jej, o co mnie prosił pacjent.

– *No tak, to właśnie dlatego trzeba mu zrobić badania* – matka zdaje się nie chcieć rozumieć przekazanych treści.

– *Czy ty rozumiesz, co pani doktor do ciebie mówi?! Ja też ci to mówię! Czy ty rozumiesz, co ja do ciebie mówię?!*

– zirytowany Antoni próbuje wymusić szczerą rozmowę.

– *Czego chcesz?* – nie daje za wygraną matka. – *Przecież sam mówiłeś, że trzeba ci zrobić badania hormonów.*

– *Ja bym się chciał powiesić* – mówi Antoni po chwili milczenia i znów ma w oczach tę przerażającą pustkę, z którą tu wszedł. Czuję, jak napinają mi się wszystkie mięśnie. Pytam Antoniego, czy potwierdza to, co przed chwilą powiedział, czy ma myśli lub zamiary samobójcze. Potwierdza. Mówię mu o procedurze, że muszę wezwać zespół ratownictwa w obstawie policji, że jest konieczne pilne przewiezienie go do szpitala psychiatrycznego. Modlę się, żeby się zgodził. Antoni wyraża zgodę, moje mięśnie trochę puszczej.

– *To ja już pójdę* – wtrąca się matka. – *Bo jak Antoni ma jechać do szpitala, to ja nie mogę tyle czekać, na 18.00 muszę iść do pracy.*

Matka wychodzi, ja wzywam ratownictwo, pielęgniarki pomagają mi zabezpieczyć pacjenta. Antoni jest skrajnie przygnębiony. Staramy się rozmawiać z nim wspierająco przez cały czas, czekanie na ratownictwo wydaje się trwać wiecznie, a moje mięśnie stają się twarde jak kamień. Ratownicy przyjeżdżają, Antoni pozwala im się zabrać bez utrudnień. Przed gabinetem czeka na mnie kolejka wściekłych za czter-

dziestominutowe opóźnienie pacjentów z grypą, koronawirusem, nadciśnieniem i cukrzycą, a ja mogę im powiedzieć tylko „przepraszam”, bo nie wolno mi przecież wyjaśnić przyczyny opóźnienia. Moje mięśnie teraz stają się wiotkie, stres powoli odpuszcza.

– Znasz dalsze losy Antoniego?

– Wróci do mnie po wypisaniu ze szpitala. Na pewno będzie pod opieką psychiatry i psychologa. Dużo pracy przed nim. Nie wiem, czy uda mu się znaleźć wsparcie w rodzinie.

Druga historia jest opowieścią mojej pacjentki. Jej dwudziestosiedmioletnia córka, od kilku lat pod opieką psychiatry z powodu zaburzeń lękowo-depresyjnych, zdekompensowała się.

– Na początku Ola chodziła regularnie do psychiatry i brała leki – opowiada Barbara. – Ale jak po dwóch latach zaczęło jej się dobrze układać w życiu i w pracy, uznała, że jest wyleczona i sama odstawiła leki. W tym roku, po wakacjach, zaczęło być gorzej. Widziałam to, ale co mogłam zrobić. Ona jest dorosła, od dawna nie mieszka już ze mną. W listopadzie powiedziała mi, że miała w domu zapas dawnych leków i znowu zaczęła przyjmować, i że od dwóch tygodni zwiększyła dawkę, tak jak kiedyś zalecił jej psychiatra. Pytałam, czy zapisze się na wizytę, potwierdziła, że tak, ale że są odległe terminy i trzeba czekać, nawet prywatnie. Na początku grudnia przyjechała na moje imieniny i zapytała, czy może u mnie nocować przez kilka dni. Nie pytałam, po co, nawet się ucieszyłam, bo po rozwodzie od lat mieszkam sama i zawsze to rażniej, jak druga osoba się kręci po mieszkaniu. Miałam trochę gości, Ola siedziała z nami przy stole, ale była jakaś dziwna, nieobecna. Zapytałam ją o to po wyjściu gości i wtedy pokazała mi pociętą skórę w pachwinie.

– Kiedy to zrobiłaś?

– Dziś miałam wolne w pracy. Dziś rano to zrobiłam. Nożem kuchennym.

Ola jeszcze w gimnazjum miała wielokrotne samookaleczenia, teraz na

szczęście cięcia były płytkie i choć świeże, już nie krwawiły. Ale nadal wyglądały okropnie.

– Ola... dlaczego? Co się dzieje? – rozplakałam się.

– *Mamo, mówiłam ci przecież, że od jakiegoś czasu mam pogorszenie. Lek mi nie pomaga. Do psychiatry nie ma szybkich terminów. Mam druzgocący bilans życia, nic mi się nie udało, mój związek to porażka, w pracy nie mam żadnych sukcesów, żadnego rozwoju, po prostu żyję po nic. Chciałabym nie żyć.*

– *Czy ty... masz znowu myśli... albo plany...*

– *Chcesz zapytać, czy mam myśli samobójcze? Tak.*

– *Wezwę pogotowie, Olu. Zgódź się, proszę.*

– *Dobrze, mamo.*

Pogotowie z policją było szybko, zabrali Olę, ja pojechałam za nią na izbę przyjęć. Nie przyjęli jej, bo w izbie przyjęć zaprzeczyła myślom samobójczym, jak usłyszała, że ma leżeć na korytarzu. W karcie informacyjnej wpisali jej tylko, że neguje te myśli i odmawia przyjęcia. Powiedzieli jej jeszcze, że ma wsparcie rodziny i lepiej jej będzie w domu, tylko ma iść do psychiatry, najlepiej prywatnie, ze względu na terminy. Ja też zostałam poproszona na rozmowę i usłyszałam, że córki trzeba pilnować, bo złe myśli mogą wrócić, że nie powinienam chodzić do pracy, tylko być z nią w domu, żeby w razie potrzeby znowu wezwać pogotowie.

fot. Kristis Luhaers / Unsplash



– Czy ktoś pani pomógł?

– Nie mam nikogo, kto mógłby mi pomóc w takim stopniu, przecież każdy ma swoje życie i swoje problemy. Bardzo bałam się o Olę. Przez dziesięć dni spałam po dwie – trzy godziny dziennie, piłam siedem – osiem podwójnych espresso, prawie nie jadłam. Po dziesięciu dniach zasłabłam. Po prostu szłam do łazienki i nagle poczułam, jak nogi zapadają się podę mną, jakby złożyły się, niczym kostki domina. Jakimś cudem nie straciłam przytomności. Ola wezwała karetkę. W izbie przyjęć miałam bardzo niskie ciśnienie, a we krwi niski sód i potas. Tu jest moja karta wypisowa – Barbara podaje mi dokumentację. Czytam epikryzę: odwodnienie, dyselektroliemia, reakcja na ciężki stres, deprywacja snu, wyczerpanie.

– Po tym moim zaślabnięciu Ola przestraszyła się. Jest już po wizycie u psychiatry, ma zmienione leki, zapisała się na terapię. Daleko jeszcze do tego, żeby powiedzieć, że jest dobrze, ale jest w miarę stabilna.

– A pani jak się czuje, pani Basiu?

– Odstawiłam espresso – uśmiecha się lekko Barbara. – Staram się wysypiać i pić dużo wody. Ale gdybym miała uczciwie odpowiedzieć... Jest taka jedna piosenka Jacka Kaczmarskiego... Nie jestem pewna tytułu, ale chyba „Listy”. „Coś po torturach w kręgosłupie zaszło”. Tak właśnie teraz się czuję, pani doktor. ●

Czego Jaś się nie nauczył...

Jakie wyzwania stoją przed lekarzami dentystami w opiece nad seniorami? Czy brak profilaktyki w młodości determinuje problemy stomatologiczne w wieku dojrzałym? Jakie rozwiązania systemowe mogą zmienić tę sytuację? Na pytania odpowiada prof. dr hab. n. med. **AGNIESZKA MIELCZAREK**, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej.



fot. Michał Teperék, Dział Fotomedyczny WUM

rozmawiał **DR N. MED. DARIUSZ PALUSZEK**
wiceprezes ORL w Warszawie

Porozmawiamy na początek o stomatologii geriatrycznej w ujęciu edukacyjnym. Oczywiście, programy profilaktyczne, które teraz realizujemy, powinny przynieść efekty za kilkanaście lat, więc dzieci i młodzież przynajmniej teoretycznie będą miały zdrowsze zęby. Co jednak z seniorami? Kiedy oni byli w wieku przedszkolnym dobrej profilaktyki nie było. Czy jej brak ma wpływ na dzisiejszy stan uzębienia naszych seniorów?

Jak najbardziej. Promocja zdrowia jest tutaj słowem-kluczem. W 100 proc. zgadzam się ze starym porzekadłem: „Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”. Wzorców prozdrowotnych uczymy się w dzieciństwie, ale je-

śli nie będziemy ich utrzymywać, praca pójdzie na marne. Zatem promocja zdrowia musi być kontynuowana i dotyczyć ludzi w każdym wieku.

Niestety, koszyk świadczeń stomatologicznych dla dorosłych jest bardzo ubogi. Co więcej, pacjent senioralny zazwyczaj obciążony jest wielochorobowością. Sporo procedur nie jest refundowanych, co oznacza, że pacjent musi płacić za nie z własnej kieszeni. Dlatego taką wagę ma promocja zdrowia jamy ustnej skierowana do seniorów.

Poruszyłeś kilka ważnych wątków. Jednym z nich jest utrwalanie wzorców. Zaraz o tym porozmawiamy, ale zatrzymajmy się jeszcze chwilę na działaniach edukacyjnych. Czy masz jakąś

ideę, myśl, jak dotrzeć do pacjenta geriatrycznego? Czy jest wrażliwość na reklamę i edukację dotyczącą stanu zdrowia jamy ustnej?

Naturalnie. Dowodzą tego badania ankietowe, które prowadziliśmy w grupie pacjentów aktywnych zawodowo. Dla tych osób wiarygodnym źródłem wiedzy jest personel stomatologiczny. Jednak praktyka pokazuje, że deklaracje pacjentów nie zawsze są zgodne z prawdą.

Oczywiście, informujemy pacjenta o stanie zdrowia jego jamy ustnej, bo często nie zdaje sobie z niego sprawy. Ale na promowanie zdrowego stylu życia w zakresie stomatologii nie mamy czasu.

Albo nie mamy czasu, albo po prostu się na tym nie skupiamy. Inna sprawa, że

przy szacowaniu procedur nie uwzględnia się takich punktów jak chociażby komunikacja czy edukacja, a według mnie je również trzeba nazwać procedurami. Przecież walczyliśmy o to, żeby stan zdrowia jamy ustnej był lepszy nie tylko dzięki klinicznym, inwazyjnym procedurom, ale też dzięki świadczeniom, których celem jest właśnie edukacja i promocja zdrowia jamy ustnej.

Druga sprawa to źródło wiedzy. Pacjenci deklarują, że jest nim personel stomatologiczny, tymczasem najczęściej czerpią informacje z mediów, co nie zawsze oznacza wiarygodność i rzetelność.

Co więcej, przekaz taki jest podpar- ty reklamą różnych technik denty- stycznych, które nie zawsze mają potwierdzenie w *evidence-based medicine* (medycynie opartej na dowodach naukowych).

Właśnie, ale skoro media są tak istotne dla pacjentów, powinniśmy w nich zaistnieć i promować wiedzę opartą na faktach, a nie na plotkach. Widzę tu ogromną rolę personelu stomatologicznego, autorytetów stomatologicznych, by przebić się w mediach i mówić nie tylko o profilaktyce w przypadku dzieci i młodzieży, ale również skierowanej do seniorów.

Mówiąc o personelu stomatologicznym, mam na myśli niewykorzystany potencjał zawodu higienistki stomatologicznej. Promocja zdrowia powinna być *clou* jej działalności. Powinna odbywać się na uniwersytetach trzeciego wieku, oddziałach szpitalnych, w domach opieki. Wiedza na temat zapobiegania chorobom jamy ustnej wpływa na ogólny stan zdrowia. Pamiętajmy, że współczesna medycyna pozwala przedłużać życie, ale ważniejsza jest jego jakość. Zdrowie jamy ustnej odgrywa tutaj ogromną rolę.

Czyli mówimy o profilaktyce opar- tej nie tylko na różnego rodzaju akcjach, ale przede wszystkim na rozwiązaniach systemowych.

Tak, mamy naprawdę ogromne pole do działań systemowych. Przykładowo w Norwegii w każdym domu opieki jest zatrudniona higienistka. Na oddziałach szpitalnych czy OIOM również są osoby dbające systemowo o higienę jamy ustnej. Dla pacjentów tam przebywających bardzo niebezpieczne są przecież zakażenia, których źródłem jest jama ustna, takie jak odrespiratorowe zapalenie płuc.

Rzeczywiście, jest wiele do zro- bienia. Samorząd lekarski bar- dzo chętnie będzie współpracował z PTSG w opracowywaniu wzorców profilaktyki stomatologicznej dla seniorów. Porozmawiajmy teraz o wyzwaniach, które stoją przed lekarzami dentystami opiekującymi się seniorami. Czy twoim zda- niem część świadczeń powinna być włączona do koszyka świad- czeń gwarantowanych?

Jestem realistką i nie wierzę, żeby wszystkie świadczenia były finansowane przez NFZ. Ale absolutne minimum, to utrzymanie funkcjonalnego uzębienia – 20 zębów zapewniających żucie. Postuluję też, by do koszyka włączyć leczenie endodontyczne zębów przedtrzonowych. Ostatnie badania pokazują, że odsetek pacjentów bezzębnych spadł z 41 do 19 proc. oraz zwiększyła się średnia liczba zębów naturalnych, natomiast wzrosła liczba zębów z próchnicą. Dostępność świadczeń stomatologicznych jest niewystarczająca, a koszty leczenia dla wielu seniorów zaporowe. Dlatego sugeruję dwa kierunki: wprowadzenie świadczeń profilaktycznych, takich jak instruktaż i rozmowy o etiologii chorób jamy ustnej, oraz pomoc pacjentom w utrzymaniu minimum funkcjonalnego uzębienia.

Pacjent powinien dostać „wędkę” w postaci wiedzy i podstawowego leczenia. W wielu krajach system motywacyjny, np. utrata zniżek na ubezpieczenie za brak kontroli stomatologicznej,

skłania pacjentów do dbałości o zdrowie jamy ustnej.

W motywowanie pacjenta do dba- łości o zdrowie jamy ustnej angażu- ją się nie tylko dentyści, ale też on- kolodzy, diabetolodzy, kardiolodzy.

Mam swój prosty test: pytam pacjen- tów, jak często odwiedzają lekarza i jakie ponoszą z tego tytułu koszty, a następnie, jak często jeżdżą na przeglądy ze swoim samochodem i ile to kosztuje. Niestety, wartość zdrowia jest wycenia- na niżej niż dobra materialne.

Temat naszej rozmowy jest bardzo aktualny ze względu na starzenie się społeczeństwa. Rośnie liczba osób, którzy będą wymagali opieki stomatologicznej.

Kompleksowej i specjalistycznej. Będą to pacjenci obciążeni chorobami ogólnymi, u których wystąpią wskazania lub przeciwwskazania do zabiegów stomatologicznych. Potrzebna będzie więc współpraca lekarza stomatologa z lekarzami prowadzącymi pacjentów cierpiących na choroby ogólnoustrojowe, by zapewnić im optymalną opiekę.

Komisja ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w War- szawie ma przyjemność współ- pracować z PTSG od lat. Liczę na to, że w czasie Mazowiec- kich Spotkań Stomatologicznych 6–8 czerwca 2025 r. znowu bę- dziemy mogli naszym lekarzom przedstawić interesującą sesję dotyczącą kształcenia, przygo- towania się do tego wyzwania, a przede wszystkim przyszłości gerostomatologii. To jest miejsce, gdzie możemy tę wiedzę wśród kolegów lekarzy promować.

Współpraca Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z PTSG jest dla nas niezwykle ważna, a leczenie pacjentów senioralnych stanowi poważne wyzwanie, któremu razem powinniśmy i możemy stawić czoła. ●

Stomatologia dla seniorów

Według prognoz GUS po 2025 r. liczba osób, które ukończyły 80 lat, znacznie wzrośnie, bo dołączą do nich urodzeni w okresie powojennego wyżu demograficznego. W 2050 r. stanowiąc mają ponad 30 proc. populacji w wieku co najmniej 65 lat i 10,4 proc. populacji kraju.



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Stomatologia geriatryczna uwzględnia specyficzne potrzeby zdrowotne seniorów. Wielochorobowość, polipragmazja i fakt, że osoby starsze często przebywają w szpitalach, hospicjach lub mają trudności z przemieszczaniem się, to niektóre aspekty ważne w opiece stomatologicznej nad seniorami. Indywidualne podejście do pacjenta, dostosowanie metod leczenia oraz współpraca między różnymi specjalistami są niezbędne, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne tej grupy.

Wyodrębnienie gerostomatologii ma wpływ zarówno na kształcenie przed-

dypłomowe, jak i na specjalizacje lekarsko-dentystyczne. Wielka Brytania, USA oraz Australia to przykłady krajów oferujących ścieżkę rozwoju obejmującą stomatologię geriatryczną w ramach *special care dentistry*. Stomatologia geriatryczna, jako odrębna droga kształcenia specjalizacyjnego, prowadzona jest aktualnie m.in. na Uniwersytecie Harvarda. W przyszłości reakcją na potrzeby osób starszych może być utworzenie także w Polsce specjalizacji z zakresu gerostomatologii.

Formą adaptacji do zmian demograficznych wydaje się umożliwienie większej

liczbie lekarzy doskonalenia zawodowego w ramach specjalizacji obejmujących elementy gerostomatologii: periodontologię, stomatologię zachowawczą, chirurgię stomatologiczną, protetykę. Złożoność pracy z pacjentami starzejącymi się, uwzględniająca zmiany m.in. w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, występujące u tej grupy pacjentów choroby ogólne i przyjmowane leki, a także konieczność interdyscyplinarnego podejścia, stanowi o istotności doświadczenia zawodowego w opiece medycznej nad seniorami. Możliwość długoterminowej współpracy z doświadczonym specjalistą to natomiast unikalna cecha doskonalenia zawodowego w ramach szkolenia specjalizacyjnego.

Podnoszenie kwalifikacji w zakresie gerostomatologii, w perspektywie wzrostu odsetka osób starszych, jest koniecznym kierunkiem rozwoju dla lekarzy wielu specjalności lekarsko-dentystycznych. W Polsce geriatra od 2003 r. nieprzerwanie znajduje się na liście dziedzin priorytetowych. Brak specjalizacji z gerostomatologii jednak wyklucza ją z tej listy. Warto spojrzeć na powiązane specjalizacje przez pryzmat niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych seniorów. Rozwój specjalizacyjny lekarzy dentystów w tych dziedzinach powinien stać się priorytetem do czasu utworzenia odrębnej specjalizacji z gerostomatologii. ●

fot. U. Wołńska-Kuraj

XVIII Świąteczny Wieczór Implantologiczny

Spotkanie zorganizowane przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej odbyło się 7 grudnia 2024 r. w Warszaw Presidential Hotel. Otworzył je dr hab. n. med. Kornel Krasny, prezes OSIS. Wśród zaproszonych gości byli prof. dr hab. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, prof. dr hab. Stanisław Majewski i prof. dr hab. Andrzej Wojtowicz. OIL w Warszawie reprezentował dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie, który podkreślił, że samorząd lekarski i Komisja ds. Lekarzy

Dentystów od wielu lat wspierają OSIS, zapewnił też o kontynuacji współpracy.

Tematem przewodnim spotkania były powikłania mechaniczne w implantoprotetyce. Uczestnicy wysłuchali wykładów wygłoszonych przez wybitnych specjalistów z zakresu chirurgii stomatologicznej, protetyki, chirurgii szczękowo-twarzowej oraz biomechaniki implantów.

Patronat nad spotkaniem objęły instytucje: OIL w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz Polskie Towarzystwo Dysfunkcji Narządu Żucia. ●



fot. D. Lebiezińska

Mikołaj w Skierniewicach

Nasz izbowy Mikołaj dotarł 28 listopada 2024 r. do Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego im. Janusza Korczaka w Skierniewicach. Towarzyszyli mu Śnieżynka, Elfy oraz inni wspaniali goście. Oczywiście, nie zabrakło również upominków dla dzieci i młodzieży.

Wśród zaproszonych osób pojawili się: prof. Anna Turska-Szybka, sekretarz Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, wiceprezes ORL Dariusz Paluszek oraz Anna Spannbauer, przedstawicielka firmy Colgate, która pomogła w przygotowaniu upominków. Przybyła także reprezentująca władze Skierniewic Barbara Widualińska, doradca prezydenta miasta.

Spotkanie rozpoczęło niezwykle, żywiołowe przedstawienie przygotowane przez wychowanków ośrodka. A że trzeba było połączyć przyjemne z pożytecznym, dzieci i młodzież przedstawiły krótką historię przedszkolaka, który zamiast słodczy wybiera owoce i warzywa. Ten wspaniały spektakl uwieczniły ogólnokrajowe i lokalne media.

Ponieważ stan zębów polskich dzieci pozostawia wiele do życzenia, spotkanie miało charakter edukacyjny. Badania dowodzą, że 60 proc. pacjentów nie myje zębów lub robi to sporadycznie. Obowiązkiem lekarzy jest nie tylko leczenie, ale również edukacja pacjentów, i to już od ich najmłodszych lat. Stąd obecność przedstawiciela Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, przedstawicielki Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej oraz sponsorów. Po uroczy-



stości reprezentanci Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii WUM uczyli dzieci oraz rodziców, jak należy prawidłowo dbać o zęby i jamę ustną.

– *Jesteśmy dzisiaj w Skierniewicach, w szkole, gdzie propagujemy naszą akcję dotyczącą profilaktyki zdrowia jamy ustnej. To kolejny, po Serocku, przystanek. Akcja jest ogólnopolska i nie wiadomo, gdzie dotrzemy następnym razem. Wspólnie z Polskim Towarzystwem Stomatologii Dziecięcej nasza izba szerzy wiedzę na temat prawidłowego mycia zębów. Dziś gościemy u dzieci specjalnej troski. Dbajmy o nie, dbajmy o ich zęby, by później nie cierpieły z powodu chorób lub braku zębów czy chorób ogólnoustrojowych* – powiedział podczas spotkania dr Dariusz Paluszek.

Podziękowania za serdeczne przyjęcie, wspaniałą atmosferę i pracę włożoną w przygotowanie spektaklu należą się gronu pedagogicznemu ośrodku, na czele z dyrektorką Małgorzatą Karbowskią. Żal nam było wyjeżdżać, ale nie mówimy „żegnajcie”, tylko „do zobaczenia”. ●



fot. Gracyna Stec

Wybory prezydenckie 2025. Zdrowie na marginesie

Tylko 9 proc. Polaków uważa, że najważniejszym zadaniem rządu w rozpoczętym roku powinno być skrócenie kolejek do lekarzy.



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Sondaż „Rzeczpospolitej”, opublikowany w pierwszych godzinach 2025 r., nie pozostawia wątpliwości: zdrowie nie mieści się w czołowej społecznych priorytetów, przynajmniej nie w perspektywie krótkoterminowej. Dlaczego więc za priorytet mieliby uważać je politycy?

Skrócenie kolejek do lekarzy było jednym z dziewięciu wymienionych zadań. W wynikach ankiety znalazło się na czwartym miejscu (za uporządkowaniem wymiaru sprawiedliwości, rozliczeniem rządów PiS i walką z inflacją, którą wskazało ponad 22 proc. osób). Nie świadczy to, by społeczeństwu tematy zdrowotne spędzały sen z powiek.

Kampania prezydencka już w praktyce się rozpoczęła. Główni kandydaci ogłosili start w wyborach, których pierwsza tura odbędzie się w maju (byłoby przejawem nadmiernego optymizmu zakładać, że na jednej się skończy). Pięć lat temu przesunięte ze względu na pandemię COVID-19 wybory z konieczności – choć nie tylko – koncentrowały się na sprawach związanych ze zdrowiem. Nie, żeby kandydaci przed-

stawiali od razu programy sanacji sytuacji w ochronie zdrowia. Po pierwsze, to daleko wykracza poza kompetencje głowy państwa. Po drugie, z oczywistych względów (mówimy o pierwszych miesiącach zderzenia z koronawirusem) czas nie sprzyjał wysokiemu poziomowi systemowych, merytorycznych debat.

„Zdrowie” w kampanii AD 2020 wybrzmiewało raczej punktowo. Pozostając przy kandydatach, którzy odegrali w wyborach główne role: Rafał Trzaskowski zapowiadał, że jako prezydent będzie się domagać od rządu skokowego podniesienia wydatków publicznych do poziomu 6 proc. PKB (już w 2021 r.), Szymon Hołownia mówił o konieczności zwiększania nakładów i przedstawiał propozycję referendum w sprawie podwyższenia składki zdrowotnej (!), a ubiegający się o reelekcję Andrzej Duda szermował obietnicą stworzenia Funduszu Medycznego, z którego miało być finansowane (na etapie obietnic wyborczych) leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi i rzadkimi, w pierwszej kolejności – dzieci. Wszyscy zaś musieli się mierzyć z koniecznością odpowie-

dzi na zasadnicze pytanie: czy zaszczepią się przeciw COVID-19, gdy pojawi się szczepionka (podczas kampanii wiadomo było tylko, że trwają intensywne prace). Niektórzy radzili sobie z tym lepiej, inni gorzej (do historii przeszła wypowiedź urzędującego prezydenta, który stwierdził, że nie lubi, gdy ktoś operuje igłą wokół jego ramion).

Czego można się spodziewać w tegorocznej kampanii? Sprawy ochrony zdrowia raczej nie przebiją się do jej głównego nurtu. Nie dlatego, że obiektywnie nie są ważne. Tak naprawdę poza Lewicą (marginalne poparcie), Konfederacją i kandydatami spoza mainstreamu politycznego nikt nie ma interesu, by skupiać się na obszarze ochrony zdrowia. Rafał Trzaskowski i Szymon Hołownia reprezentują ugrupowania rządzącej koalicji i obydwaj (choć przede wszystkim Trzaskowski) nie mogą formułować postulatów, które zabrzmiałyby jak kwestionowanie polityki rządu. Całkowicie tematu ochrony zdrowia oczywiście nie pominą, ale można się spodziewać raczej szukania ucieczki do przodu – w podobnym duchu jak propozycja Funduszu Medycznego sprzed pięciu lat. Na pewno polem stosunkowo bezpiecznym dla kandydatów rządzącej większości są m.in. opieka długoterminowa i zdrowotne aspekty polityki senioralnej, gdzie można formułować koncepcje, nawet postulaty, nie narażając rządu na przykrą krytykę. Można natomiast postawić dolary przeciw orzechom, że Rafał Trzaskowski nie będzie się domagać od rządu Donalda Tuska znalezienia w kolejnym budżecie kilkudziesięciu miliardów złotych ponad plan na ochronę zdrowia.

Czego można się spodziewać po obywatelskim kandydacie Prawa i Sprawiedliwości, czyli Karolu Nawrockim? Na razie wiadomo, że z pewnością sprzeciwu wobec zapowiedzi wprowadzenia do szkół edukacji zdrowotnej. Nawrocki wziął udział w grudniowym proteście, zorganizowanym w Warszawie pod hasłem „TAK dla edukacji! NIE dla depra-

wacji!”, na którym powielano opinie, że przedmiot zagraża „niewinności” dzieci, a jednym z jego celów jest seksualizacja najmłodszych. Kandydat popierany przez największe ugrupowanie opozycyjne zapowiedział w grudniu, że program wyborczy opublikuje po formalnym ogłoszeniu kampanii prezydenckiej (czyli po 8 stycznia). W teorii Nawrocki może skorzystać z okazji i punktować rządzącą koalicję za kryzys w ochronie zdrowia. Musi sobie jednak zdawać sprawę (on, a na pewno jego sztab, czyli politycy PiS), że to broń obosieczna. Skoro kryzys dzieje się „tu i teraz”, ale nie ma żadnej wątpliwości, że jego korekcie sięgają decyzji podejmowanych w poprzednich latach, nadmierne eksploatowanie tematu może stać się okazją do przypominania niemałych win rządów PiS. Łatwo tu wejść na minę.

Oczywiście, można się spodziewać, że bardziej radykalnie sprawę problemów ochrony zdrowia postawi Magdalena Biejat, kandydatka Lewicy, łącznie z wymaganiem realnego zwiększenia wydatków w tym zakresie. Lewica z takim postulatem szła do wyborów parlamentarnych, przegrała go w trakcie rozmów koalicyjnych, ale w wypowiedziach jej polityków (również wiceministra zdrowia Wojciecha Koniecznego) cały czas brzmi żal, że rząd nie działa w tej kwestii bardziej odważnie (czyli, tak naprawdę, nie działa w ogóle). Biejat pokazała też podczas wyborów samorządowych, że nie waha się uderzać w koalicyjanta i grać wręcz na granicy politycznego faulu.

Z pewnością w kampanii nie zabraknie tematów z pogranicza systemu ochrony zdrowia i polityki ani kwestii światopoglądowych, takich jak wspomniana już edukacja zdrowotna czy – przede wszystkim – liberalizacja przepisów antyaborcyjnych. Na tapecie jest cały czas depenalizacja pomocnictwa w aborcji. Niewykluczone, że jeśli koalicjanci dojdą do porozumienia, jakaś forma liberalizacji przepisów o aborcji (prawdopodobnie powrót do tzw. kompromisu aborcyjnego sprzed października 2020 r.) zostanie uchwalona i przedstawiona do podpisu jeszcze obecnemu prezydentowi. Nie jest to jednak przesądzone i zależy od kalkulacji politycznej: na ile tematu będzie można użyć do mobilizacji wyborców.

Wybory będą mieć też wpływ na tzw. sprawy bieżące w ochronie zdrowia. Wiadomo – mówiła o tym w grudniu minister zdrowia Izabela Leszczyna – że Ministerstwo Zdrowia i rząd nie będą się spieszyć z pracami nad ustawą reformującą szpitale (czy też, jak nazywa ją minister Leszczyna, ustawą o ratowaniu szpitali powiatowych). Mimo że czas nagli, bo ustawa jest kamieniem milowym i jej przyjęcie warunkuje uwolnienie pokaźnych kwot z KPO, rząd nie postawi sprawy na ostrzu noża, zwłaszcza że na każdym etapie prac opozycja (i nie tylko) będzie podejmować wrażliwy społecznie temat „zamykania porodówek”. To przypomina trochę kwadraturę koła: ustawa miała być pilnie przyjmowana przez rząd i uchwalana w parlamencie w listopa-

dzie – grudniu, ale kalendarz wyborczy opóźni całą operację (zakładając, że do niej dojdzie) o dobrych kilka miesięcy.

Kalendarz i logika polityczna nie pozwolą też przed rozstrzygnięciem wyborów rozpocząć „na poważnie” rozmów o przyszłości ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia. W końcówce 2024 r. pojawiały się bardzo wyraźne sygnały, zarówno ze strony zarządzających szpitalami, jak i ekspertów (i mniej wyraźne również ze strony decydentów), że z ustawą trzeba „coś” zrobić. Jednak owo „coś” oznacza ograniczenie skali podwyżek, a więc, tak naprawdę, zabranie pracownikom sektora tego, co otrzymali od poprzedniego rządu. Abstrahując od tego, czy ów „dar” był dostosowany do możliwości przychodowych publicznego systemu i na ile zagwarantowano trwałe finansowanie całej operacji, zabieranie czegokolwiek w środku kampanii wyborczej można porównać tylko ze strzałem w kolano albo nawet w oba. Podwyżki AD 2025 wprowadzone więc zostaną, niemal na pewno, według obowiązujących przepisów. A potem rządzący (zakładając, że nie wystąpią nadzwyczajne okoliczności, np. przedterminowe wybory, które są jednym z prawdopodobnych scenariuszy, gdyby kandydat Koalicji Obywatelskiej odniósł wystarczająco okazałe zwycięstwo) będą mieć dobrych kilka miesięcy na przeprowadzenie sanacji czy też racjonalizacji (to postulat ministra finansów) kosztów systemu. ●



USŁUGI KSIĘGOWE



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

Prowadź księgowość z OIL. Usługi księgowe dla lekarzy przedsiębiorców **za 150 zł/mies.** (pozostałą kwotę pokrywa izba).

Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.

Trutka na ból

Czy zamiast kolejnej reklamy leku przeciwbólowego, zobaczymy kiedyś w telewizji spot promujący rozsądek i umiar w stosowaniu tabletek? W końcu, jak mawiał Hipokrates, lepiej zapobiegać niż leczyć.



PAWEŁ WALEWSKI
publicysta „Polityki”

Mimo szumnych zapowiedzi dyscyplinujących firmy reklamujące leki OTC w mediach, starań aptekarzy, ostrzeżeń i lawiny zatruc, specyfiki przeciwbólowe cieszą się w Polsce niesłabnącym powodzeniem. Czy staliśmy się społeczeństwem lekomanów? Zanim pojawią się najnowsze dane, pewną pociechą może być fakt, że w 2023 r. liczba kupionych opakowań tych preparatów była o 10 proc. mniejsza niż rok wcześniej. Ale to wciąż aż 85 mln, na które wydano 1,6 mld zł!

Właśnie leki przeciwbólowe stanowią ponad 10 proc. sprzedaży wszystkich produktów bez recepty, zarówno pod względem ilości, jak i wartości – a w tej grupie najczęściej sprzedawane są preparaty zawierające ibuprofen i paracetamol. Na postawione wcześniej pytanie wolelibyśmy odpowiedzieć przecząco (uznając, że masowa konsumpcja leków uśmierzających ból wynika nie z uzależnienia, lecz z faktycznych potrzeb oraz łaskawości pa-

cjentów, którzy decydują się pomagać sobie na własną rękę, nie angażując lekarzy), ale już na inne – czy Polacy nie wiedzą, jak niebezpieczne może być samoleczenie? – odpowiedź musi być twierdząca. Bo nie wiedzą! A przecież to przede wszystkim świadomość zdrowotna powinna być podstawą samodzielnego stosowania medykamentów, choć całą wiedzę na ten temat, często zafałszowaną, pacjenci zdobywają z reklam, gdyż nawet ulotki mało kto czyta.

Skoro coś jest bez recepty, musi być bezpieczne. Czy nie tak uważa większość sięgających po leki przeciwbólowe? Tymczasem zatrucie paracetamolem jest co roku powodem prawie 80 tys. wizyt na izbach przyjęć amerykańskich szpitali, a jedna trzecia zgłaszających się pacjentów to osoby, które przedawkowały przypadkowo. W proporcjonalnie mniejszym kraju, jakim jest Polska, statystyka byłaby równie zatrważająca. Chociaż na opakowaniach tabletek widoczna jest informacja, że maksymal-

na zalecana dawka to nie więcej niż 4 g rozłożone na 24 godziny (lub od sześciu do ośmiu tabletek 500 mg), niektórzy przyjmują więcej albo łączą preparaty o różnych nazwach handlowych, nie przejmując się podobnym składem.

Dostępność leków OTC oczywiście temu sprzyja, ale wolna amerykańska w ich sprzedaży zawsze mniej kłóła w oczy niż w przypadku używek, nawet takich jak alkohol czy papierosy. Celowo zestawiam produkty o skrajnie różnych efektach, bo nadużywanie ich ma ten sam mianownik. Wiele hałasu wzbudziły alkotubki, oburza nas przyomykanie oka na sprzedaż dzieciom papierosów elektronicznych. Jednak fakt, że opakowania leków przeciwbólowych mieszają się na sklepowych półkach ze słodyczami i nastolatki mają do nich nieograniczony dostęp (jak wszyscy klienci), nie wywołuje żadnych reakcji inspekcji handlowej ani instytucji nadzorujących rynek farmaceutyków.

Niedawny raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący sprzedaży leków bez recepty ujawnił, że łatwy i niekontrolowany w obrocie pozaaptecznym dostęp do środków przeciwbólowych sprzyja wykorzystywaniu ich w celu uzyskania stanu odurzenia. A liczba polekowych zatruc wśród nieletnich (powodowanych nie tylko przez leki przeciwbólowe, ale również nasenne, przeciwhistaminowe i na przeziębienie), jak alarmują warszawscy pediatrzy, wzrosła przez ostatnie dwa lata aż o 76 proc. Kontrolerzy NIK we wspomnianym raporcie kilkakrotnie podkreślili szkodliwość akceptowania przez polskie urzędy sprawujące pieczę nad obrotem lekami opakowań zawierających więcej niż wskazane w ulotce dopuszczalne dawki. Czyli, mimo że zalecana kuracja przy samoleczeniu powinna trwać maksymalnie trzy dni, na co wystarczyłoby 18 tabletek, w opakowaniu znajdowało się 20. Albo zamiast 10 saszetek – podwójna liczba.

Zdaniem NIK na rozwój rynku OTC w Polsce istotny wpływ miała pandemia

COVID-19, która spotęgowała wzrost sprzedaży w tym segmencie leków. Wydaje się jednak, że wzrost popularności samoleczenia rozpoczął się dużo wcześniej. Już 20 lat temu pisałem w „Polityce” o narastających problemach z agresywnym marketingiem producentów farmaceutyków dostępnych poza aptekami. To wtedy właśnie politycy zajmujący się zdrowiem zauważyli, że samoleczenie odciąża finanse ochrony zdrowia. A jeśli coś przynosi oszczędności, można być pewnym, że spodoba się w Polsce i zacznie rozkręcać spiralę samoleczenia jeszcze szybciej. Tym bardziej że najłatwiej realizować politykom coś, co mogą przerzucić na barki społeczeństwa.

Ludzie będą brać leki, aby dobrze spać w nocy, będą brać leki na przeziębienie i będą je brać na bóle głowy lub stawów. Nie łudźmy się, że może być inaczej. Oparte na dowodach podejście do łagodzenia bólu musi uwzględniać realistyczne alternatywy. Ale w praktyce trzeba poważnie zastanowić się, jak bardzo jest to szkodliwe i co zrobiliby pacjenci, gdyby nie łykali ulubionych tabletek. Zdaniem zwolenników samoleczenia rozszerzenie listy preparatów ze statusem OTC przynosi korzyści całemu systemowi opieki zdrowotnej, bo nie trzeba płacić medykom za konsultacje i powiększać kolejek po recepty. A to, w ich mniemaniu, przeważa nad ryzykiem utraty zdrowia, gdy sięgamy po preparaty przeciwbólowe na własną rękę. Tymczasem już 20 lat temu prof. Krzysztof Bielecki, nestor chirurgii na Mazowszu, mówił mi, że najchętniej zakazałby reklam preparatów OTC, ponieważ masywne krwotoki z żołądka po środkach przeciwzapalnych i przeciwbólowych z kwasem acetylosalicylowym stały się codziennością na jego oddziale. Zawsze jednak była to u nas walka z wiatrakami, bo nie liczone koszty powikłań związanych z samoleczeniem. A są niemałe, skoro wspomniane zatrucia przeciwbólowym paracetamolem nierzadko kończą się przeszczepieniem wątroby.

Tylko, czy zakaz reklam rzeczywiście rozwiązałby problem? W krajach, gdzie są one bardziej kontrolowane, nadużywanie leków przeciwbólowych wciąż jest zjawiskiem powszechnym. Skuteczniejsze wydaje się więc nie tyle eliminowanie takich kanałów dotarcia do konsumentów, ile edukowanie ich, aby bardziej krytycznie podchodzili do treści reklam. Ale kto i kiedy powinien za tę edukację się zabrać? Na to pytanie właściwie nie ma dobrej odpowiedzi.

Bo czy jedynie medycy mają poświęcać czas podczas wizyt na rozmowę o bezpiecznym stosowaniu leków? I czy mają odpowiednie narzędzia, aby sprostać temu zadaniu? Czy w dobie dominacji reklam farmaceutycznych i dezinformacji w mediach społecznościowych ich głos może przebić się do świadomości pacjentów? Dla wielu lekarzy priorytetem jest nie edukacja, lecz efektywne wykorzystanie czasu przeznaczony na zbadanie pacjenta, wypisanie mu recept i potrzebnych zaświadczeń. To trudny wybór, choć podczas wywiadu lekarskiego – niezależnie od powodu

wizyty i charakteru udzielanej porady – na pewno warto zainteresować się samodzielnie zażywaniem przez pacjenta lekami i suplementami. Idę o zakład, że wiele osób nie przyzna się do samoleczenia, jeśli nikt ich o to w gabinecie wyraźnie nie zapyta.

Kwestia przyszłości rynku leków OTC oraz odpowiedzialności za konsekwencje rozwoju tej branży pozostaje otwarta. Czy powinniśmy wprowadzić bardziej rygorystyczne regulacje dotyczące sprzedaży leków przeciwbólowych? Ucierpiałyby na tym zwłaszcza dwie grupy: młodych, aktywnych zawodowo, którzy nie mają czasu się leczyć ani broń Boże położyć na trzy dni do łóżka, oraz ludzie starszego pokolenia, którzy nadużywanie leków mają we krwi. Słyszą zewsząd, że nie musi boleć, a do przychodni dostać się nie sposób. Łykają więc garściami przeciwbólowe proszki. Jedno jest pewne: ignorowanie problemu będzie nas drogo kosztować. Ilu więc pacjentów musi doświadczyć skutków przedawkowania, abyśmy zaczęli traktować ten problem z należytą powagą? ●

fot. Michal Parzuchowski / Unsplash



Ile Polska wydaje na zdrowie?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Zgodnie z tzw. ustawą 7 proc. PKB na ochronę zdrowia, w tym roku wydatki na ten cel sięgną już 6,5 proc. Eksperci przypominają o regule n-2 i szacują, że realnie są one o jeden punkt procentowy niższe. Ze złudzeń odziera nas, jak co roku, raport OECD „Health at a Glance”. Według najnowszego Polska w 2022 r. przeznaczyła na ochronę zdrowia 6,4 proc. PKB, a środki publiczne stanowiły mniej niż 5 proc. PKB (4,7–4,8 proc.).

Jak to możliwe? Rozwiązanie zagadki tkwi w katalogu wydatków z ustawy przychodowej, szerszego niż ten, który uwzględnia metoda Eurostatu (według której Polska raportuje wydatki do instytucji międzynarodowych). My doliczamy m.in. koszty kształcenia kadr medycznych, choć Eurostat nie traktuje ich jak bieżących wydatków na ochronę zdrowia (kwalifikują się tylko pieniądze wydane na świadczenia zdrowotne).

Nowy raport „Health at a Glance: Europe 2024” uwzględnia dane finansowe za 2022 r. i jest dla Polski jeszcze bardziej niekorzystny niż ten z roku 2023. Punktem odniesienia bowiem są kraje Starego Kontynentu (nie zaś wszystkie kraje OECD i aspirujące do członkostwa w tej organizacji), na któ-

rych tle – zwłaszcza na tle krajów UE – prezentujemy się po prostu źle. Przeznaczamy na ochronę zdrowia niemal najmniejszy odsetek PKB, zarówno ogółem, jak i z uwzględnieniem środków publicznych. Kompromitująco niskie mamy też wydatki na profilaktykę. Pandemia COVID-19 wyraźnie je w Europie zwiększyła (z około 3 proc. w 2019 r. do 4,2 proc. w 2022, choć w latach 2020–2021 były oczywiście znacząco wyższe). Nad Wisłą w profilaktyce zasadniczo bez zmian, a nawet gorzej: w 2019 r. przeznaczono na nią nieco ponad 2 proc., w 2022 r. – 2 proc. (to połowa unijnej średniej). Są zaś kraje, np. Niemcy, Austria, poza UE – Wielka Brytania, w których w pierwszym roku, kiedy szczepienia przeciw COVID-19 i (zwłaszcza) testowanie nie stanowiły już tak dużego jak w latach 2020–2021 obciążenia dla finansów, wysokość środków przeznaczonych na profilaktykę oscylowała wokół 8 proc. całości wydatków.

Jednym z głównych tematów opublikowanego pod koniec ubiegłego roku raportu są kadry, a ściślej biorąc, kryzys kadrowy ochrony zdrowia. Jest odczuwalny w zasadzie we wszystkich krajach europejskich, choć oczywiście różne są

stopnie jego natężenia, a także możliwości zastosowania rozwiązań łagodzących. Ochrona zdrowia w starzejących się społeczeństwach Europy jest potężnym i rosnącym w siłę pracodawcą. Na przestrzeni dwóch dekad (2002–2022) w sektorze zdrowia i wsparcia społecznego zatrudnienie (odsetek wszystkich pracujących w gospodarce) wzrosło z niecałych 9 do około 11 proc. W Norwegii już co piąty pracujący jest związany z sektorem zdrowotnym. W Polsce te statystyki kształtują się dużo mniej korzystnie: 6,8 proc. daje nam jedno z ostatnich miejsc, zważywszy że tylko trzy kraje (Rumunia, Bułgaria i Cypr) notują odsetek poniżej 6 proc. Najbliżej dogonienia krajów „starej UE” spośród państw byłego bloku wschodniego są Czechy (7,9 proc.) i Słowenia (8,2 proc.), ale i w ich przypadku dystans jest zauważalny.

Autorzy raportu zwracają uwagę, że we wszystkich krajach występuje niedobór kadr medycznych. Dotyczy to również lekarzy. Wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców wyniósł w UE w 2022 r. 4,2 i wyraźnie wzrósł w stosunku do notowanego w 2002 r. (3,1). Polska (3,5) do średniej UE traci sporo, ale należymy do krajów, które w ostatnich latach radykalnie zwiększyły liczbę miejsc na kierunkach lekarskich, co również jest w raporcie odnotowane. Wyprzedzamy Francję (3,2) i niemal zrównaliśmy się z Belgią i Finlandią, widać więc bardzo wyraźnie, że to nie kadry lekarskie powinny być głównym powodem niepokoju decydentów. Nie oznacza to, że wszystkie problemy zostały rozwiązane. Ciągłe potężnym wyzwaniem jest starzenie się kadr lekarskich oraz ich nierównomierne rozmieszczenie, choć z raportu wynika, że obydwa problemy występują też w innych krajach. Dużo trudniejsza jest sytuacja w zakresie kadr pielęgniarskich oraz innych zawodów, które w publicznym systemie ochrony zdrowia nie zafunkcjonują, jeśli nie będzie on znacząco lepiej finansowany.

Bezblędna komunikacja



JAKUB ZAKRZEWSKI
wiceprezes ORL w Warszawie

Sprawna komunikacja między lekarzem a pacjentem jest jednym z kluczowych elementów zapewniających skuteczną opiekę zdrowotną. Wpływa nie tylko na jakość leczenia, ale również na przestrzeganie norm prawnych, etycznych i zawodowych, począwszy od prawa do informacji przez zgodę na leczenie po ochronę danych osobowych pacjenta i przechowywanie dotyczących go informacji medycznych, co jest podstawą naszej pracy.

Pacjenci coraz częściej powołują się na Ustawę o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Stanowi ona, że pacjent ma prawo do zachowania godności, szacunku oraz do wyrażania swoich opinii na temat leczenia. Lekarz i personel medyczny mają obowiązek traktować pacjenta z należytą uwagą i zrozumieniem oraz uwzględniać jego potrzeby emocjonalne i psychiczne. Wszelkie decyzje medyczne powinny być podejmowane w dialogu z pacjentem, z uwzględnieniem jego preferencji.

Ważne, żebyśmy, jako środowisko lekarskie, dbali zarówno o pacjenta, jak i o nas samych. Dlatego tworzymy dla Państwa wzory formularza zgody dotyczącej klauzuli RODO i przykładowych informacji dla pacjenta na jego temat. Ze względu na mnogość możliwości i kompleksowość spraw w niektórych przypadkach oprócz wzorów ogólnych lekarzowi może być potrzebna indywidualna konsultacja praw-

na. Z pomocą przychodzi program Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor, dzięki któremu otrzymają Państwo stałe wsparcie prawników zatrudnianych przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

Jednym z najczęściej poruszanych w kontakcie z Lex Doctor problemów jest właśnie komunikacja z pacjentem. Zauważamy zmieniającą się tematykę spraw, które mają dalszy ciąg w sądzie – z błędu medycznego na błędy w komunikacji z pacjentem i naruszenie jego praw osobistych w procesie leczniczym.

W programie Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor mają Państwo możliwość uzyskać również wiele innych informacji i opinii, m.in.: o klauzulach niedozwolonych w kontraktach, nieprawidłowej refundacji, komunikacji z pacjentem małoletnim. Poradę prawną związaną z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry w zakresie przepisów prawa pracy, ochrony dóbr osobistych, obowiązków wynikających z prawa medycznego oraz w sytuacjach wynikających z relacji z organami publicznymi i administracyjnymi, takimi jak NFZ i Państwowa Inspekcja Sanitarna, można uzyskać po zgłoszeniu się telefonicznym, e-mailowym lub za pomocą formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

fot. U. Wołńska-Kula



Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor

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



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



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Będziemy płakać za składkę

Co klawiatura QWERTY ma wspólnego z polskim systemem ochrony zdrowia? Okazuje się, że więcej, niż mogłoby nam się wydawać.



MARIA LIBURA
przewodnicząca Zespołu
Studiów Strategicznych OIL

Dlaczego właściwie piszemy na klawiaturze QWERTY? Interesujący się historią techniki może wiedzieć, że ta klawiatura została zaprojektowana w XIX w., w epoce maszyn do pisania, w celu rozwiązania problemu, z którym borykały się zawodowe przepisywaczki – maszynistki. Jej specyficzny układ zapobiegać miał zacinaaniu się ramion z czcionkami, co zdarzało się nagminnie podczas szybkiego stukania w klawisze. Nasze laptopy nie sprawiają już podobnych kłopotów, jednak to nieoptymalne rozwiązanie pozostaje z nami siłą inercji, przez powielanie utrwalonego wzorca. Ba! Choć powstało z myślą o języku angielskim, stało się standardem przyjmowanym powszechnie przez producentów klawiatur. Zmiana mogłaby ułatwić szybsze pisanie, ale jej przeprowadzenie w skali masowej byłoby teraz kłopotliwe. Prędzej chyba doczekamy się zmięczenia klawiatury jako takiej niż jej „reformy”.

Historia QWERTY to klasyczny przykład, jak raz obrana droga rozwoju może się utrwalić na długie lata, nawet

jeśli przyjęta została przypadkowo albo powody jej początkowej atrakcyjności z czasem zanikły. Dlaczego jednak jako jednostki i społeczeństwa trzymamy się przeterminowanych rozwiązań, które coraz mniej pasują do zmieniających się realiów? W naukach społecznych tłumaczy to m.in. koncepcja zależności od ścieżki, z ang. *path dependence*. Obiektywnie „gorszy” produkt potrafi zdobyć rynek i zachować na nim niezachwianą pozycję. Podobnie dysfunkcyjne instytucje, normy i praktyki społeczne bywają trudne do zreformowania. Dzieje się tak, gdy koszty przejścia na nowy model (nie tylko finansowe, ale także mentalne, organizacyjne, kulturowe) przewyższają korzyści, jakie mogłyby z takiej zmiany wynikać dla innowatorów czy reformatorów.

Wskazany przykład pozwala zrozumieć rzecz racjonalnie trudną do wytlumaczenia. Jak to możliwe, że państwo, które wlecze się w ogonie krajów unijnych w zakresie wydatków na ochronę zdrowia, a do tego ma ogromne problemy z zapewnieniem terminowości

i ciągłości leczenia obywateli, decyduje się na obniżkę składki zdrowotnej? Jak kraj sąsiadujący z państwem, w którym toczy się wojna, nie wzmacnia systemu ratownictwa medycznego, włączając go w szerszy plan skuteczniejszej obrony cywilnej? Jak państwo, w którym hasło „zapaść demograficzna” pojawia się w nagłówkach medialnych niemal codziennie, straszy kobiety porodami w ambulansach?

Tak, mówimy tu o Polsce, w której rząd pod koniec 2024 r. przyjął dwa projekty obniżające składkę zdrowotną i niemal natychmiast uruchomił ich procedowanie. Pierwszy z tych projektów przeszedł już przez parlament. Uszczupla on budżet NFZ o blisko miliard złotych już w bieżącym roku. Drugi, planowany do wdrożenia w 2026 r., może spowodować lukę we wpływach sięgającą niemal 6 mld zł. Wszystko to dzieje się w sytuacji, gdy nasila się zjawisko starzenia się populacji, rozwiązania opieki koordynowanej są ciągle w powijakach, a eksperci po raz kolejny przestrzegają, że podniesienie wieku emerytalnego jest trudne nie tylko politycznie, ale też technicznie – ze względu na kiepski stan zdrowia przeciętnego Polaka i przeciętnej Polki.

Otóż nasz system ochrony zdrowia przypomina klawiaturę QWERTY. Powstał jako wypadkowa tarć politycznych, które towarzyszyły transformacji ustrojowej lat 90. XX w. Rozwoju w owym czasie upatrywano w przyciągnięciu inwestycji zagranicznych, a spory ekonomiczne wokół kosztów pracy dotyczyły tego, jak mało musi zarabiać polski obywatel, by nie zniechęcił zarobkami zachodnich przedsiębiorców. Wizja Polski jako montowni niemieckich aut nie była wtedy memem, ale niemal oficjalnym programem gospodarczym.

W takim kontekście projektowano reformę ochrony zdrowia. Pomysły na sprawny, dostępny system nie były wcale finansowo naiwne, lecz spotkały się z ogromnym oporem ekonomistów skupionych wokół Leszka Balcerowicza

i Unii Wolności. Z obliczeń wynikało bowiem, że wzorowany na niemieckim model kas chorych do spięcia potrzebował składki zdrowotnej na poziomie około 11 proc. przychodów. Jednak zwolennicy idei taniej siły roboczej doprowadzili do ustalenia jej w wysokości 7,5 proc. Tym samym pod system ochrony zdrowia podłożono tykającą bombę, niejako skazując wielką reformę ustrojową na nieuchronną porażkę.

Działania związane z utworzeniem Europejskiej Przestrzeni Danych Dotyczących Zdrowia mają służyć podniesieniu konkurencyjności europejskiej gospodarki.

Przy okazji spopularyzowana została metafora ochrony zdrowia jako dziurawego wiadra, z którego, bez względu na to, ile wlejesz, nic nie dostaniesz. Okazała się niezwykle trwała i politycznie wygodna, pozwala bowiem odwrócić uwagę opinii publicznej od faktu, że wody brakuje, bo politycy przykręcili kurek. A teraz, zamiast ten kurek odkręcać, zachęcają nas do pomstowania na złe wiadro, co wody nie daje. Trudno oprzeć się wrażeniu, że przywołani ekonomiści uważali system ochrony zdrowia za miły bonus, a nawet luksus, na który Polacy muszą zapracować, a nie – fundament rozwoju gospodarczego państwa.

Jak widać polityczna nośność narracji, w której przedmiotem szczególnej troski polityków są firmy, a nie ludzie, się nie zmniejsza. Choć za jednym kliknięciem możemy sprawdzić, czy nasz kraj rzeczywiście tak rozrzutnie finansuje ochronę zdrowia i, niestety, nie spotka nas żadna niespodzianka. Według Eurostatu w 2022 r. wydatki na zdrowie *per capita* uplasowały Polskę w gronie trzech najoszczędniejszych w tym sektorze państw: najniż-

sze wydatki odnotowano w Rumunii (858 euro), Bułgarii (990 euro) i Polsce (1137 euro). Dla porównania: średnia unijna wyniosła 3685 euro, a liderzy rankingu – Luksemburg, Dania i Irlandia – wykazują wydatki rządu 6000 euro na mieszkańca lub więcej.

Trzeba było dwóch dekad, by do głównego nurtu na serio przebiła się świadomość, że jako kraj wydajemy na ochronę zdrowia śmiesznie mało, a oszczędzając dziś w ten sposób, okradamy siebie samych z przyszłości. Przecież chore społeczeństwo to nie tylko problem zaniedbanych, cierpiących ludzi, ale też cios w kapitał ludzki, na którym opiera się rozwój gospodarczy. W raporcie OECD „Health at a glance. Europe 2022” niemal co piąty ankietowany zgłaszał tzw. niezaspokojone potrzeby zdrowotne. Co znamienne, najwięcej takich przypadków dotyczyło państw postkomunistycznych: Łotwy, Polski i Litwy. Ciężkie składki może sprawić jedynie, że ten odsetek wzrośnie w kolejnych latach.

Obniżanie składki dla przedsiębiorców niewątpliwie też przyczyni się do wzrostu zjawiska tzw. fikcyjnego samozatrudnienia. Już obecnie główną motywacją korzystania z tego rozwiązania jest właśnie możliwość płacenia niższych danin publicznych niż w przypadku zatrudnienia na umowę

o pracę. Polega ono na tym, że osoba zakładająca własną działalność gospodarczą faktycznie pracuje dla jednego zleceniodawcy i realizuje zadania typowe dla etatowego pracownika. Z analizy Polskiego Instytutu Ekonomicznego wynika, że jest to w naszym kraju zjawisko powszechne, dotyczy od 130 do 180 tys. osób.

Oprócz konsekwencji fiskalnych, ucieczki na JDG niosą ryzyko polityczno-społeczne. Fikcyjnie zatrudnieni tworzą szczególnie podatną na manipulacje grupę społeczną. Pozbawieni praw pracowniczych, dzięki obecnej narracji mają poczucie solidarności z milionerami, za to wrogo traktują „etatowców”, nawet jeśli z racji poziomu dochodów to z tą drugą grupą łączą ich interesy ekonomiczne. Oszczędności rządu 100 zł miesięcznie prawie nie odczuwają, za to wydłużające się kolejki na NFZ – owszem, i to boleśnie.

Edukacja zdrowotna, przedmiot wprowadzany do szkół przez obecny rząd, ma sprawić, że uczeń potraktuje „zdrowie jako zasób człowieka, o który należy się troszczyć i który należy rozwijać – w wymiarze indywidualnym i społecznym”. Najwyraźniej przedmiot ten w formie przyspieszonego kursu dla dorosłych powinni pilnie przejść sami członkowie rządu. ●

Bibliografia na stronie internetowej „Pulsu”



fot. licencja OIL w Warszawie

Doskonały system kształcenia ustawicznego lekarzy



KRZYSZTOF SCHREYER
dr n. med.

Nie ma kraju, w którym problem kształcenia ustawicznego lekarzy znalazł idealne rozwiązanie. Podczas budowy „idealnego” systemu CME/CPD (*continuous medical education/continuous professional development*) należy się mierzyć z: ludzką naturą, odrębną organizacją pracy lekarzy w różnych krajach, odmiennymi tradycjami, dotkliwymi (na ogół) ograniczeniami finansowymi. Do pokonania jest, jak się okazuje, wiele nieuniknionych sprzeczności.

Europejska deklaracja w sprawie edukacji globalnej do 2050 r., tzw. Deklaracja dublińska, stanowi m.in.: „*Systemy ułatwień w realizacji kształcenia ustawicznego należy rozwijać z zapewnieniem zasady niezależności praktyków przy określaniu jego formy i treści, jak również z poszanowaniem zasady wolnego wyboru*”.

Z kolei w podsumowaniu jednej z konferencji Unii Lekarzy Specjalistów możemy przeczytać: „*Lekarze praktycy z dnia na dzień powinni brać udział w określaniu praktycznych treści kształcenia. Jednakże nie powinni tego robić zupełnie samodzielnie, jako że naukowcy i dydaktycy, na podstawie swej wiedzy o ostatnich osiągnięciach, mogą również określić ukierunkowane praktycznie treści*”.

Większość z nas ulega ludzkiej tendencji do poruszania się po linii najmniejszego oporu. Unia Lekarzy Specjalistów zauważa również, że „*Nie szukamy Ustawicznego Kształcenia Medycznego, którego potrzebujemy, nie potrzebujemy UKM, którego szukamy*”. Dlatego między innymi „*Potrzebni są*

inni ludzie, aby uświadomić nam nasze słabości”.

System punktowy (wprowadzony najpierw w Stanach Zjednoczonych) łączy w założeniu *swobodę* wyboru form kształcenia z *przymusem* stałego doskonalenia zawodowego (CPD).

NIEBEZPIECZEŃSTWA

Zdobywanie punktów edukacyjnych może stać się specjalną umiejętnością, bez wyraźnego wpływu na zmianę praktyki. Kryterium czasu spędzanego na wykładach jest najbardziej korzystne dla organizatorów szkoleń i sponsorujących wielkich firm farmaceutycznych. W roku 1996 krytyczną ocenę systemu kredytów przeprowadził Frank Davidoff. Najważniejszy z jego wielu postulatów głosi, żeby „*unikać takiego systemu punktowego, który nagradza za czas spędzony na wykładach; nagradzać raczej za aktywne uczenie się, za postępowanie i osiągnięcia*”.

Zarówno zacytowany postulat, jak i pozostałe są niezmiernie trudne do realizacji, ale wskazują kierunek zmian. Wprowadzenie CME jest obowiązkiem moralnym lekarza, lecz w każdym kraju prawnym obowiązkiem co najmniej jednej organizacji (rządowej lub innej) powinno być zapewnienie udziału w CME wszystkim praktykującym lekarzom. Jednakże prawny obowiązek to również pomoc finansowa i inne ulgi, a nie ma chyba państwa i instytucji, które przyznają je bez wyraźnego oporu.

CO MÓWI NAUKA?

Pedagodzy i psychologowie, specjaliści od uczenia ludzi dorosłych podkreślają efektywność czynnych, m.in. warsztatowych, form poszerzania kwalifikacji. W praktyce jednak ogromną trudność sprawia powszechna organizacja tego typu treningu, wymagająca armii wykwalifikowanych i opłacanych instruktorów.

Przedstawiam zarysy „idealnego” systemu CPD z nadzieją, że pomoże krytycznie spojrzeć na stan obecny. Wymienione dalej postulaty to przede

wszystkim podstawa ważnej dyskusji opartej na jednym, zasadniczym pytaniu: jak to zrobić?

„IDEALNY” SYSTEM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO (DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO) LEKARZY

Oto kilka zasad, które mogą pomóc w osiągnięciu doskonałego systemu kształcenia lekarzy:

1. Taki system powinien obejmować lekarzy wszystkich specjalności, którzy mają kontakt z pacjentem.

2. W zasadzie powinien być oparty na zdobywaniu punktów edukacyjnych. Jest to system prosty i dlatego szeroko stosowany. Niestety, uspokaja sumienie tych, którzy organizują naukę, a także uczących się, jednakże – aby punkty odzwierciedlały prawdziwe efekty nauki – trzeba ów system bardzo skomplikować.

3. Ocena punktowa powinna być różna dla poszczególnych specjalności (różne wymagania punktowe w zależności od tego, czym zajmują się lekarze, np. internści, chirurdzy, epidemiolodzy, dermatolodzy itp.).

4. Zdobyte punkty nie powinny być miarą czasu spędzonego na szkoleniu, tylko odzwierciedlać jego wartość i wpływ na zmiany w praktyce. Jest to niezmiernie trudne. Za pomocą odpowiednich kwestionariuszy można sprawdzić satysfakcję uczestników i przyrost ich wiedzy zaraz po wykładzie, ale znacznie trudniej sprawdzić, czy tę wiedzę wcielają w życie.

5. Celem systemu ma być ulepszenie praktyki, a nie tylko poszerzenie obszarów wiedzy.

6. System powinien być inny dla lekarzy pracujących samodzielnie i lekarzy pracujących w szpitalach. Liczne badania wykazały, że na zmianę w postępowaniu praktykującego lekarza w głównej mierze wpływa środowisko pracy, dyskusje z kolegami, wspólne rozwiązywanie problemów. Dlatego w najlepszej sytuacji znajdują się lekarze pracujący w zespole.

7. Powinien w pierwszym rzędzie służyć lekarzom pierwszego kontaktu i tym, którzy pracują samodzielnie. Wprawdzie mamy dostęp do Internetu i zalew piśmiennictwa medycznego, jednak w natłoku obowiązków ogranicza nas brak czasu, a co za tym idzie rozsądnej selekcji materiału. Praktykowi należy więc pomóc. Oczywiście, w środowisku medycznym zdarzają się jednostki samodzielne i twórcze, które zawsze dadzą sobie radę, ale większość chętniej idzie wskazaną drogą.

8. Powinien wynagradzać różne formy relacji lekarzy pierwszego kontaktu ze szpitalami, a szczególnie zajęcia warsztatowe (uczestnictwo w obchodach i posiedzeniach omawiających przypadki, dyżurowanie, łącznie z wykonywaniem zabiegów w specjalnościach zabiegowych itp.).

Idealny system musi być elastyczny, a więc powinien mieć gremium zdolne do oceny przedsięwzięć edukacyjnych.

9. Powinien promować szkolenie grupy koleżeńskie.

10. Powinien wynagradzać prowadzących szkolenia lekarzy finansowo, punktami kredytowymi lub innymi benefitami. Uczenie innych jest jedną z najlepszych form uczenia siebie. Chodzi tu nie o nauczycieli akademickich, ale o praktyków, np. ordynatorów, asystentów oddziałów szpitalnych, liderów grup samokształceniowych.

11. Powinien obejmować szkolenia dla szkółących. Posiadanie wiedzy nie zawsze idzie bowiem w parze z umiejętnością jej przekazywania.

12. Powinien zawierać minimum programów obowiązkowych, uwzględniających specyficzne potrzeby kraju czy regionu (np. w zakresie epidemiologii, medycyny katastrof).

13. Powinien wynagradzać nowoczesne, niekonwencjonalne metody szkolenia (np. internetowe).

14. Powinien wynagradzać znajomość piśmiennictwa.

15. Powinien zawierać ułatwienia ustawowe (urlopy szkoleniowe i różne formy zwrotu lub obniżenia kosztów kształcenia, np. odpis od podatku).

16. Powinien przynosić formalne korzyści lekarzom efektywnie się szkolącym (lepsze warunki zatrudnienia, recertyfikację itd.).

17. Powinien w nim uczestniczyć odpowiedzialny płatnik, np. państwo lub kasy chorych (np. NFZ zyskałby długofalowe korzyści, choćby dzięki mniejszej liczbie hospitalizacji, gdyby zamiast karać za formalne błędy na receptach wspomagał kształcenie lekarzy POZ i dawał im więcej realnych możliwości diagnostycznych).

18. Powinien być elastyczny, a więc mieć gremium zdolne do bieżącej oceny różnych, wybiegających poza schematy i tradycje, przedsięwzięć edukacyjnych.

Uważam, że choć przedstawiony system jest złożony i trudny, wydaje się atrakcyjny i rozsądny, co pomoże uniknąć demobilizującego wrażenia nadmiernej represyjności.

W wielu krajach, również w Polsce, wprowadzono lub debatuje się nad wprowadzeniem większości wymienionych elementów. Warto uczyć się na cudzych doświadczeniach, podążając szlakiem sukcesów i unikając powtarzania cudzych błędów.

Artykuł został napisany i wygłoszony w roku 2013 na Światowym Kongresie Polonii Medycznej. Spotkał się z chwilowym pozytywnym oddźwiękiem, ale bez prób prawdziwego zajęcia się tym niezmiernie trudnym tematem. Mam nadzieję, że stanie się bodźcem do refleksji. Warto zastanowić się, które z wymienionych postulatów zostały zrealizowane w ostatnich latach, a które w najbliższym czasie dałoby się zrealizować. Dlatego z wielką nadzieją oczekiwałbym twórczej dyskusji. ●

Lekarze współtworzą lokalne alianse przeciw depresji

Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją, obchodzony 23 lutego, został ustanowiony przez ministra zdrowia w 2001 r. Idea aliansów przeciw depresji pojawiła się w ostatnich latach w Polsce za sprawą Komisji Europejskiej. Wczesne rozpoznanie objawów depresji, takich jak obniżony nastrój, apatia, utrata energii, zaburzony sen czy trudności w codziennym funkcjonowaniu, może zapobiec jej pogłębianiu się.

PROF. ADAM WICHNIAK
DR PIOTR TOCZYSKI

LOKALNE ALIANSE PRZECIW DEPRESJI

W ucieleśnieniu idei aliansów przeciw depresji pomógł grant z Trzeciego Programu dla Zdrowia UE, realizowanego w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, który był zatytułowany „Dostosowanie i wprowadzenie modelu najlepszych praktyk europejskiego stowarzyszenia przeciwdziałania depresji EAAD w celu poprawy opieki nad osobami z depresją i zapobiegania zachowaniom samobójczym w Europie” (w skrócie: EAAD-Best). Lokalne alianse miały powstać na próbę w warszawskim Śródmieściu, a także w bułgarskiej Sofii, greckich Atenach i w paru innych miejscach w Europie: od estońskiej Parnawy po kilka miast w Hiszpanii, na Węgrzech i w Irlandii. Udało się to z naddatkiem, a grant został z suk-

cesem rozliczony przez Komisję Europejską. Idea nieprzerwanie znajduje się w katalogu najlepszych unijnych praktyk na rzecz zdrowia. W skrócie mówimy o interwencji EAAD-Best i właśnie pod tym hasłem pojawia się np. w tytule wystąpienia z sesji prezentacji prac naukowych XII Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej: „Upowszechnienie wśród lekarzy rodzinnych materiałów o depresji jako kluczowy element interwencji EAAD-Best.eu”.

W Polsce za region modelowy alianse przeciw depresji obrano warszawskie Śródmieście, bo jest centralną dzielnicą, co dawało nadzieję na promieniowanie stąd idei na całą Warszawę, a nawet Polskę. I rzeczywiście, nie trzeba było długo czekać. W 2022 r. w ramach działań przewidzianych umową grantową już 15 burmistrzów warszawskich

dzielnic uroczyście podpisało deklarację „Warszawa przeciw depresji”. Ponieważ zaangażowane były prawie wszystkie dzielnice, odbyło się to pod patronatem prezydenta miasta stołecznego Warszawy. Inicjatywę zauważyły władze samorządowe innych regionów. W konsekwencji rok 2023 przyniósł kolejne uroczyste deklaracje samorządowców: najpierw „Śląsk i Zagłębie przeciw depresji”, a później „Pomorze Zachodnie przeciw depresji”. W 2024 r. ten impuls na rzecz publicznego zdrowia psychicznego dotarł na wschód Polski, czyli na obszar graniczący z Ukrainą, gdzie pomoc psychologiczna obejmuje w ostatnich latach także osoby z doświadczeniem uchodźczym. Tak powstała deklaracja „Podkarpackie przeciw depresji”. Istnieją więc w Polsce już cztery zadeklarowane sojusze przeciw depresji, które można nazwać makroregionalnymi, wszystkie dzięki bezpośredniemu zaangażowaniu polskiego przedstawicielstwa Komisji Europejskiej i Biura Parlamentu Europejskiego w Polsce.

ALIANSE PRZECIW DEPRESJI NA MAZOWSZU

Co dzieje się bliżej pacjentów, czyli w dzielnicach, gminach i powiatach? W 2023 r. w powiatach sąsiadujących z Warszawą pojawiły się dwa przedsięwzięcia zainspirowane warszawską deklaracją burmistrzów: Gminno-Powiatowy Alians Przeciw Depresji w Powiecie Piaseczyńskim i Miejsko-Powiatowy Alians Przeciw Depresji w Powiecie Mińskim. Następnie w 2024 r. na Mazowszu stworzony został także Powiatowo-Gminny Alians Przeciw Depresji w Powiecie Wyszowskim. Zarówno dzielnice Warszawy, jak i wspomniane mazowieckie powiaty – piaseczyński, miński, wyszkowski – są terenem działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Izba od początku informowała o inicjowanych w ramach aliansew szkoleniach dla lekarzy innych specjalności niż psychiatria. Prowadzili je psychiatrzy z Instytutu Psychiatrii i Neu-

rologii. Z czasem warszawska OIL, na prośbę władz powiatowych, zaczęła także organizować szkolenia. Również Naczelna Izba Lekarska w ramach przedsięwzięcia EAAD-Best zorganizowała szkolenia dla lekarzy.

STRONA ALIANSPRZECIWDEPRESJI.ORG

Do sukcesu przedsięwzięcia przyczynia się głównie współpraca różnych sektorów, m.in. ochrony zdrowia, edukacji, władz lokalnych, mediów i organizacji pozarządowych. Czyli kogo konkretnie? Można się tego dowiedzieć ze strony internetowej AliansPrzeciwDepresji.org, na której przedstawiono działania w Warszawie podjęte na etapie budowy regionu modelowego w dzielnicy Śródmieście. Strona zawiera poradnik, jak zbudować alians w społeczności lokalnej, jak należy ją uwrażliwić na problem depresji, promując trzy kluczowe przekazy: depresja może dotknąć każdego, depresja jest prawdziwą chorobą, depresję można skutecznie leczyć. Są to hasła zgodne z dokumentem „Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych” wydanym przez NIL i Polskie Towarzystwo Psychiatryczne we współpracy z partnerami, dzięki funduszom unijnym. Dla wzmocnienia lokalnych ofert na kilku poziomach aliansu udało się także uruchomić polską wersję sfinansowanej przez UE strony internetowej iFightDepression.eu oraz zamknięte cyfrowe warsztaty pod tą samą nazwą, z których korzystanie mogą zapewnić pacjentom i klientom lekarze, psychologowie i psychoterapeuci.

ROLA LEKARZY WOBEC DEPRESJI

Lekarze różnych specjalizacji, także niebędący psychiatrami, odgrywają kluczową rolę w wykrywaniu i leczeniu depresji, ponieważ często są pierwszym punktem kontaktu pacjentów z ochroną zdrowia. Ich działania mogą znacząco wpłynąć na wczesne rozpoznanie problemu, skierowanie



fol. licencja Oil w Warszawie

wanie na odpowiednie leczenie i wsparcie chorych. Lekarze POZ są najczęściej odwiedzani przez pacjentów, którzy zgłaszają objawy somatyczne depresji, takie jak bóle głowy, zmęczenie, zaburzenia snu lub problemy trawienne, nie kojarząc ich z problemami psychicznymi. Lekarze POZ mogą stosować krótkie narzędzia przesiewowe, takie jak PHQ-9, w celu oceny i później monitorowania objawów depresji. Kwestionariusz zamieszczony jest na stronie iFightDepression.eu jako autotest na depresję. Specjaliści (np. lekarze rodzinni, kardiologowie, endokrynologowie, onkologowie) wiedzą, że depresja niejednokrotnie współwystępuje z chorobami przewlekłymi: cukrzycą, chorobami serca, nowotworami, i mogą identyfikować jej symptomy podczas leczenia tych schorzeń. Lekarze powinni odgrywać rolę kompetentnego łącznika, kierując pacjentów do psychiatrów, psychologów lub psychoterapeutów, jeśli podejrzewają depresję. Wczesne skierowanie może zapobiec pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta.

W przypadkach łagodnej lub umiarkowanej depresji lekarze POZ mogą przepisywać leki przeciwdepresyjne, szczególnie jeśli skorzystanie z porad psychiatrów jest utrudnione. Mogą też kontrolować efekty leczenia i wspierać pacjenta, regularnie sprawdzając postępy w terapii i ewentualne niepożądane działania leków. W małych społecznościach mogą pełnić ważną rolę w edukacji pacjentów na temat depresji jako

choroby, której nie należy się wstydzić, i zachęcać do poszukiwania pomocy. W ramach inicjatyw takich jak alians przeciw depresji lekarze różnych specjalizacji współpracują z psychiatrami, psychologami, nauczycielami i innymi lokalnymi liderami, aby stworzyć zintegrowany system wsparcia dla osób z depresją. Lekarze mogą zapobiegać depresji u pacjentów z chorobami przewlekłymi, identyfikując osoby narażone na jej rozwój, np. z powodu bólu lub ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Lekarze POZ mogą przepisywać leki przeciwdepresyjne w łagodnych i umiarkowanych przypadkach depresji. Ważne jest jednak, aby monitorowali efekty leczenia oraz kierowali pacjentów na terapię, gdy jest to konieczne. Specjaliści leczący pacjentów z chorobami przewlekłymi powinni być świadomi związku między depresją a przebiegiem tych schorzeń. Lekarze, niezależnie od specjalizacji, powinni być przygotowani do rozmowy na temat zdrowia psychicznego. Jak mówić o depresji, aby zmniejszyć stygmatyzację i zachęcić pacjenta do leczenia? Jak reagować na odmowę leczenia lub brak motywacji? Tego można dowiedzieć się podczas szkoleń prowadzonych przez psychiatrów. Lekarze różnych specjalizacji mogą odegrać kluczową rolę w zmniejszaniu jej skutków przez wczesne rozpoznanie, współpracę z innymi specjalistami oraz wsparcie pacjentów na każdym etapie leczenia. ●

Najnowsze zmiany w prawie medycznym

Wyjaśniamy, czego dotyczy nowelizacja ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, jakie są zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz na czym polega projekt ustawy o wspieranym podejmowaniu decyzji.



FILIP NIEMCZYK
advokat

NOWELIZACJA USTAWY O CMKP

1 stycznia 2025 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o CMKP oraz niektórych innych ustaw,* której skutkiem jest likwidacja Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz utworzenie jednego podmiotu zajmującego się kompleksowo kształceniem przedstawicieli zawodów medycznych. W nowej formule CMKP ma funkcjonować jak publiczna uczelnia akademicka, a wybór jego dyrektora należał będzie do zespołu składającego się z reprezentantów MZ, NRL oraz NRPiP.

Omawiana nowelizacja wprowadza zmiany w 21 aktach prawnych, spośród których warto wymienić kilka najważniejszych. W ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry* dodano CMKP jako podmiot, który organizuje kurs z medycyny ratunkowej dla lekarzy dentyistów, a także rozszerzono katalog podmiotów przyznających certyfikat umiejętności zawodowych o NIL oraz okręgowe izby lekarskie. W ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* dodano regulację wskazującą, że badanie kwalifikacyjne w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia ochronnego

u dzieci powyżej dziewiętego roku życia może przeprowadzić również pielęgniarka i położna. W ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej* wprowadzono przepisy umożliwiające osobom, które zdobyły kwalifikacje zawodowe pielęgniarki albo położnej w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, uzyskanie prawa wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej. Uchylono równocześnie regulację zakładającą utratę ważności z 31 grudnia 2024 r. deklaracji pacjentów złożonych do świadczeniodawców, którzy do tej daty nie przystąpią do zespołu POZ.

Poza tym w ustawie o niektórych zawodach medycznych* wyłączono z katalogu jawnych danych gromadzonych w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego informacje o zawieszeniu lub utracie uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego oraz dacie, przyczynie i tymczasowym zawieszeniu uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego. Zmianę tę postulował rzecznik praw obywatelskich,* wskazując, że dotychczas obowiązujące przepisy mogą prowadzić do naruszenia danych wrażliwych.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Podczas Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy w maju 2024 r. przyjęto szereg istotnych zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej, które weszły w życie 1 stycznia 2025 r.* Szczegółowe omówienie nowelizacji w formie komentarzy do poszczególnych artykułów opublikowane zostało przez Naczelną Izbę Lekarską,* wspomnę więc jedynie o kilku najważniejszych.

Zgodnie z nowym brzmieniem art. 6 ust. 2 KEL lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami niezwyfikowanymi naukowo lub uznanymi przez naukę za szkodliwe bądź bezwartościowe. Natomiast art. 22 KEL wskazuje, że w przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia lekarz ma obowiązek poinformować o tym pacjenta oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw.

Kodeks sprecyzował zasady korzystania z algorytmów sztucznej inteligencji w diagnostyce i leczeniu. Zgodnie z jego art. 12 lekarz może w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym korzystać z algorytmów sztucznej inteligencji po spełnieniu kilku warunków, m.in. po poinformowaniu pacjenta, że w stawianiu diagnozy lub w procesie terapeutycznym będzie wykorzystana sztuczna inteligencja oraz po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta na zastosowanie sztucznej inteligencji oraz innych narzędzi tego rodzaju dopuszczonych do użytku medycznego i posiadających odpowiednie certyfikaty.

Zgodnie z nowym brzmieniem art. 9 KEL, lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po ocenie jego stanu i to on wybiera metodę konsultacji zapewniającą pacjentowi dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej. Nie zaleca się zatem udzielania teleporad pacjentom dotąd nieleczonym przez danego lekarza, chyba że jest to uzasadnione szczególnymi względami medycznymi, sytuacją chorego lub lekarz ma

odpowiedni dostęp do dokumentacji medycznej.

Art. 71 KEL w nowym brzmieniu znosi zakaz reklamy usług lekarza, czyniąc ją dopuszczalną, ale pod warunkiem, że jest zgodna z zasadami etyki lekarskiej. Wskazano jednocześnie, że lekarz ponosi odpowiedzialność za informacje przekazywane przez osoby trzecie w jego imieniu i nie jest dopuszczalne wykorzystywanie autorytetu lekarza do promowania usług niezwiązanych z wykonywaniem zawodu.

W art. 78 KEL podkreślono, że lekarzowi nie wolno propagować postaw antyzdrowotnych, w szczególności w wypowiedziach publicznych. Występując na forum publicznym z udziałem osób niebędących lekarzami, także w mediach, Internecie i serwisach społecznościowych, na temat odkryć naukowych, technologii medycznych albo diagnostyki lub terapii, lekarz powinien mieć pewność, że jego wypowiedzi opierają się na aktualnej wiedzy medycznej.

W uchwale nowelizującej KEL wskazano, że omawiane zmiany to ogromny krok naprzód dla środowiska lekarskiego, a obecna treść KEL świadczy o postępie w kształtowaniu standardów etycznych w praktyce lekarskiej.

PROJEKT USTAWY O WSPIERANYM PODEJMOWANIU DECYZJI

Minister sprawiedliwości przekazał do konsultacji publicznych projekt ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji.* Celem prac nad ustawą jest zastąpienie instytucji ubezwłasnowolnienia nowoczesnym i bardziej ela-

stycznym systemem wsparcia osób dorosłych, w tym osób z niepełnosprawnościami. Model wspieranego podejmowania decyzji ma zapewnić każdej osobie pełną podmiotowość prawną i możliwość decydowania o sobie z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i trudności w rozumieniu konsekwencji podejmowanych działań. Projekt przewiduje wprowadzenie kilku instrumentów.

Asysta prawna ma stanowić pisemne porozumienie między osobą potrzebującą pomocy a asystentem prawnym, dzięki któremu można uzyskać wsparcie w wykonywaniu czynności prawnych, bez pozbawiania tej osoby autonomii. Asystent prawny będzie np. pomagał zrozumieć druki urzędowe, towarzyszył tej osobie podczas wizyty w urzędzie czy u lekarza.

Kurator wspierający byłby osobą wyznaczaną przez sąd na maksymalnie pięcioletni okres dla osoby, której potrzebne jest wsparcie i która nie ma asystenta prawnego ani kogoś zaufanego, kto mógłby nim zostać. Kurator wspierający nie mógłby jednak składać oświadczeń woli w imieniu osoby, której pomaga.

Kurator reprezentujący wyznaczałby byłby w sytuacjach, gdy dana osoba nie jest w stanie samodzielnie podejmować określonych decyzji. Sąd określałby wtedy zakres działań kuratora, w tym na przykład możliwość dokonywania czynności prawnych lub wyrażania zgody na decyzje podejmowane przez osobę wspieraną.

Pełnomocnik rejestrowany stanowiłby formę pomocy w zakresie zabezpieczenia na przyszłość. Osoba potrzebująca pomocy mogłaby sporządzić

z wyprzedzeniem w formie notarialnej pełnomocnictwo na wypadek utraty możliwości samodzielnego kierowania swoimi sprawami. Pełnomocnik ustanowiony w ten sposób miałby możliwość składania w imieniu osoby reprezentowanej oświadczeń woli, m.in. dotyczących zgody na poddanie się świadczeniom medycznym lub sprzeciwu wobec ich udzielenia.

Przedstawiony projekt zakłada utworzenie Rejestru Pełnomocnictw, który ułatwi instytucjom i zainteresowanym stronom potwierdzenie ważności i zakresu udzielonego pełnomocnictwa.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zajęło stanowisko* wobec omówionego projektu, zgodnie z którym postuluje potrzebę rozdzielenia instytucji pełnomocnika rejestrowanego od instytucji pełnomocnika medycznego, który miałby być uprawniony do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne. Wskazano, że pacjent przebywający w szpitalu powinien mieć możliwość ustanowienia pełnomocnika nie tylko z udziałem notariusza, ale też przez wydanie oświadczenia poświęconego przez osobę wykonującą zawód medyczny i wpisanego do dokumentacji medycznej. Podkreślono także, że pacjent może chcieć ustanowić inną osobę do reprezentowania jego przyszłych interesów majątkowych, a inną – do reprezentowania jego przyszłych interesów w sferze ochrony zdrowia. ●



*źródła:



PROGRAM STYPENDIALNY



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

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

To tylko zmęczenie



MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ
pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy

Otworzyła oczy. Kolejny szary dzień, trzeba wstać, przeżyć zmęczenie. Nie pamiętam, kiedy się ostatnio wyspałam, pomyślała. Z trudem zmusiła się do zwołania się z łóżka i jak automat poszła do łazienki. Trzeba się ogarnąć i iść do pracy. Chciało jej się płakać, każdy ruch wymagał wysiłku, jakby była zatopiona w smole. Przetrwac ten dzień, byle do wieczora, a potem może kolejny i kolejny. Cudownie byłoby zniknąć i już nie zmuszać się do życia, pomyślała, wyciągając z szafy coś na chybił trafił. Godzinę później weszła do gabinetu, westchnęła i zajęła się pacjentem. Pierwszym z 20 zapisanych na dziś.

Każdy lekarz, nawet jeśli wyśmiewa patetyczne frazy o poświęceniu, powołaniu, oddaniu się sztuce leczenia, zdaje sobie sprawę, że jego praca jest obciążająca, stresująca, wysysająca energię. Że coś trzeba poświęcić. Wszyscy niedosypialiśmy na studiach, widzieliśmy zmęczone twarze naszych nauczycieli, słyszeliśmy ich sarkastyczne, pełne goryczy komentarze, zastanawialiśmy się, jak to jest dyżurować drugi czy trzeci dzień z rzędu. Wielu z nas doświadczyło – lub doświadcza teraz – dziwnej, trudnej do opisanego mieszanki zmęczenia, euforii i rozdrażnienia po całonocnym, pracowitym dyżurze, podczas którego nie zmrużyliśmy oka. Wielu z nas zna uczucie oszołomienia po przyjęciu 20 lub 30 pacjentów, gdy umysł nie jest w stanie przetworzyć ani jednej informacji więcej, a każda osoba, która czegoś od nas w tym momencie

chce, dostaje po głowie rykoszetem naszej wściekłości. Osoby pracujące w wymiarze jednego etatu w jednym miejscu są wśród nas raczej ewenementem niż regułą.

Zmęczenie jest nieodłączną częścią pracy lekarza, podobnie jak niewysypianie się, niedojadanie i brak czasu. Nie ma więc powodu, by się przejmować tym, że rano nie ma się siły wstać i mierzyć z kolejnym dniem, że na myśl o pracy chce nam się płakać, że każdy dzień jest sumą trudnych do zniesienia momentów, które trzeba przetrwać. Że czujemy się zubożeni, smutni, wściekli, że nie mamy ochoty na nic i nic nas nie cieszy. Życie.

Czyżby?... Gdzie leży granica „zwykłego” zmęczenia i emocji z nim związanych, a zaczyna się to, co psychiatrzy nazywają „psychopatologią”? Po czym poznać, że to depresja?

Zerknęła na zegarek. Jeszcze dwie godziny męczarni. Jakoś dotrwam, pomyślała. Jej spojrzenie zetknęło się z pytającym wzrokiem pacjenta i nagle zorientowała się, że stoi nad nim nieruchomo ze stetoskopem w ręku. Skup się, pomyślała ze złością i zabrała się do badania. Co się ze mną dzieje? Przed chwilą nie mogła sobie przypomnieć dawkowania leku, który wypisywała setki razy, musiała sprawdzić. Godzinę temu dostała SMS z ponagleniem do zapłaty rachunku za telefon, bo zapomniała. Kiedyś miała dobrą pamięć, była zorganizowana, punktualna, solidna. Ale w ostatnich tygodniach jest inaczej. Jestem beznadziejna, pomyślała, rozleniwiałam się.

Zmęczenie, przepracowanie i niewyspanie pogarszają funkcje poznawcze, to oczywiste. Nasze umysły są przeładowane ogromem informacji, które na dodatek trzeba bezustannie aktualizować, bo co chwila zmieniają się oczekiwania pacjentów, zasady refundacji i wystawiania recept, wychodzą nowe wytyczne. Czy trzeba się niepokoić, gdy mamy wrażenie, że mózg zwolnił i nie chce współpracować jak dawniej? A może wystarczy pojechać na urlop i wreszcie porządnie się wyspać?

W końcu wieczór. Nalała sobie drinka, na rozluźnienie, jako nagrodę po całym dniu, no i żeby wyciszyć głowę i zasnąć. Zdała sobie sprawę, że nie jadła cały dzień, zapomniała, zresztą od kilku tygodni w ogóle nie była głodna. Sięgnęła po tabliczkę czekolady. Czekolada nie ocenia, czekolada rozumie, mruknęła ironicznie, rozdzierając opakowanie. Siedząc w fotelu z drinkiem, jedząc kostkę za kostką, bezmyślnie scrollowała media społecznościowe, ale nawet nie wiedziała, co ogląda. Książki kurczyły się na regale, strój na siłownię leżał w szafie, dawne pasje jej zubożyły, nic nie cieszyło. Nie miała nawet ochoty widywać się ze znajomymi, choć kiedyś uwielbiała spotkania, wygłupy, ciękarwe rozmowy. Moje życie jest bezsensowne, bezcelowe, nikomu niepotrzebne, zadźwięczało jej w głowie, jak co wieczór od kilku tygodni.

Jest mnóstwo anegdot o tym, jak poznać specjalizację lekarza po wyglądzie. W większości z nich jedynymi zadbanyimi osobami są dermatolodzy, pediatrzy noszą kolorowe, niepoważne skarpetki, a psychiatrzy mają błysk szaleństwa w oku. Na co dzień zaś często nie ma czasu na dbanie o siebie. Wielu lekarzy pali, źle się odżywia, niewiele się rusza, nie leczy swoich chorób przewlekłych tak, jak powinno. Ilu pije ryzykownie lub jest uzależnionych, nie wiemy dokładnie, bo po pierwsze jednym z kluczowych objawów uzależnienia jest zaprzeczanie i minimalizacja, a po drugie nawet ci, którzy zdają sobie sprawę

z problemu, niechętnie się do niego przyznają, nawet w anonimowych ankietach. Często staramy się nie widzieć tego, co jest pod spodem, zagłuszając emocje, lekceważąc je albo radzić sobie z nimi samodzielnie.

Czy to naprawdę jest aż taki problem? Ludzie palą, piją i lekceważą swój organizm od dawna, i jakoś wciąż trwamy, może nie zdrowi i szczęśliwi, ale trwamy. Czy zawsze musimy mieć cel, radość z życia, pasje i marzenia? Może to po prostu naturalna kolej rzeczy, że obojętniejemy, gorzkniejemy i wycofujemy się ze wszystkiego? Nie?... Po czym poznać, że nadszedł moment, gdy trzeba skorzystać z pomocy?

Idź do psychiatry, poradziła jej „nie-medyczna” przyjaciółka miesiąc temu. Prychnęła wtedy lekceważąco. Do psychiatry? Żartujesz? Potem trochę o tym myślała i doszła do wniosku, że coś się jednak z nią dzieje. Ale chyba nie jest aż tak źle? Zawracać psychiatrę głowę takim głupstwem? Nie jestem przecież chora psychicznie! Zamysliła się, wspominając zajęcia z psychiatrii na studiach. W stuletnich murach szpitala było... dziwnie. Pacjenci snuli się po korytarzu zapatrzeni gdzieś w dal, inni zagadywali stłoczonych za asystentem studentów, zza drzwi z napisem „oddział ostrych przyjęć” dobiegały stłumione krzyki. Psychiatrzy opowiadali o objawach i chorobach medycznym językiem, ale nie mogła się otrząsnąć z wrażenia, że to nie jest taka sama medycyna jak interna czy chirurgia. Wiedziała też, że pacjentów,

z którymi mieli okazję rozmawiać, nie da się wyleczyć – większość nie uważała siebie za chorych, a ich egzystencja była ograniczona do naprzemiennego przebywania w domu przed telewizorem i w szpitalu, zawsze z nieodłącznym papierosem. To takie obrotowe drzwi, mówili psychiatrzy, co ich podlecymy i wypuścimy do domu, to odstawiają leki i wracają do nas. Z tym kojarzyła jej się psychiatria. I co, teraz miałyby opowiadać, że nie może spać, jest zmęczona, gorzej się skupia i nie chce jej się żyć? To niepoważne. Wstyd nie poradzić sobie z własnymi problemami samodzielnie, wstyd być słabą. Wypiszę sobie tę sertralinę i już.

Nawet jeśli lekarz dojdzie do wniosku, że jego samopoczucie przekracza już granice zwykłego „zmęczenia życiem” (co zwykle następuje dużo później niż u osoby niemającej związku z medycyną), niekoniecznie skorzysta z fachowej pomocy. Dlaczego? Bo uważa, że powinien sobie sam poradzić ze wszystkim. Bo wstyd być słabym, bo nikt nie może się dowiedzieć, bo co to za lekarz, którego przerosła rzeczywistość, niebędąca przecież żadnym problemem dla innych. Bo boi się, że ktoś przeczyta jego dokumentację medyczną, z zabezpieczeniem której różnie bywa. Bo pamięta ze studiów, że psychiatrzy zajmują się poważnie chorymi, a nie osobami takimi jak on, które przecież „normalnie” funkcjonują i pracują. Bo wszyscy się znają w środowisku i trudno znaleźć osobę, której można zaufać. Bo boją się leków, którymi psy-

chiatrzy leczą swoich pacjentów, boją się tak irracjonalnie, nie po lekarsku, tylko po ludzku.

Można wymieniać bez końca. W efekcie jako grupa zawodowa jesteśmy zaniedbani pod względem zdrowia psychicznego, mimo że z samego charakteru naszej pracy wynika, że bardzo potrzebujemy zadbania.

Badania jasno wskazują, że zdrowie psychiczne lekarzy jest gorsze niż populacji ogólnej. W polskim społeczeństwie jedna czwarta osób w wieku produkcyjnym ma co najmniej jedno zaburzenie psychiczne. Ilu z nas pod maską „wszystko OK” skrywa cierpienie i walkę o każdy kolejny dzień?

Przeczytajcie jeszcze raz historię bohaterki tego tekstu, historię prawdziwą, choć złożoną z wielu podobnych, które codziennie słyszę w gabinecie.

Jest niepełna, bo nie zajrzeliśmy głębiej, nie zapytaliśmy, co bohaterka sądzi o sobie i przyszłości. Nie usłyszeliśmy o rozpamiętywaniu błędów i myślach, by to zakończyć raz na zawsze. Ale to, co przeczytaliśmy, jest wystarczające, by skonsultować się z psychiatrą. I nie znam psychiatry, który nie potraktowałby bardzo poważnie tego, co dzieje się z bohaterką. Który nie rozpoznałby u niej depresji.

Jeśli więc odnajdujecie się w tej opowieści albo widzicie obok siebie kogoś, o kim ona jest, nie czekajcie. Czas na fachową pomoc. Powiedzenie „nie radzę sobie, proszę mi pomóc” nie jest wyrazem słabości, tylko racjonalnej oceny sytuacji i odwagi. ●



Z okazji Ogólnopolskiego Dnia Walki z Depresją obchodzonego 23 lutego zapraszamy wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów na **szkolenia** organizowane przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie



Zmęczenie, wypalenie czy depresja?

Co każdy lekarz powinien wiedzieć o własnym zdrowiu psychicznym – dr Magdalena Flaga-Łuczkiwicz

22.02.25, godz. 9.00–13.00, siedziba OIL Warszawa
ul. Puławska 18, Sala im. W. Szenajcha (parter)

Diagnoza i leczenie depresji

prof. Adam Wichniak

26.02.25, godz. 18.00–21.00, szkolenie online

Udzielanie świadczeń przez lekarzy bez uprawnień



MONIKA POTOCKA
rzecznik praw lekarza
OIL w Warszawie i NIL

Do Biura Rzecznika Praw Lekarza wpłynęło zgłoszenie dotyczące nieprawidłowości związanych z funkcjonowaniem jednego z mazowieckich szpitali. Medycy informowali o niedoborze specjalistów anestezjologów oraz o wydawaniu rezydentom poleceń wykonywania znieczuleń bez nadzoru na bloku operacyjnym.

W związku z otrzymanym zgłoszeniem zwróciłam się do rzecznika praw pacjenta z wnioskiem o wszczęcie postępowania kontrolnego pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów i poinformowanie mnie o podjętych czynnościach. Z oświadczeń lekarzy wynika, że w ciągu trzech miesięcy rezydenci nieposiadający odpowiednich uprawnień byli kierowani na bloki operacyjne bez nadzoru, w celu samodzielnego wykonywania znieczuleń.

W piśmie do rzecznika praw pacjenta podkreśliłam konieczność sprawdzenia w systemie informatycznym AMMS informacji o naruszeniach.

W odpowiedzi na moje zgłoszenie RPP zwrócił się do rzeczonego szpitala z prośbą o szczegółowe odniesienie się do wskazanych zarzutów oraz wy-

jaśnienie aktualnej sytuacji w zakresie zatrudnienia lekarzy anestezjologów: ich liczby i wymiaru pracy na blokach operacyjnych. W przypadku braków kadrowych wśród lekarzy tej specjalizacji, RPP prosił o wskazanie działań, jakie szpital zamierza podjąć oraz jakie kroki już zostały poczynione.

Rzecznik praw pacjenta w reakcji na moje pismo zwrócił się także do dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z prośbą o informacje, czy otrzymał już podobne sygnały, a jeśli tak, jakie czynności podjęto w celu wyjaśnienia sytuacji. RPP prosił również o wskazanie, czy szpital realizuje umowę z NFZ w sposób prawidłowy pod kątem zapewnienia pacjentom opieki lekarzy anestezjologów.

NFZ wyznaczył kontrolę w szpitalu, w wyniku której potwierdzono nieprawidłowość polegającą na udzielaniu świadczeń przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji i uprawnień. Na szpital nałożono karę umowną oraz wydano zalecenie dotyczące konieczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wykwalifikowanych lekarzy.

W wyniku mojej interwencji rzecznik praw pacjenta zapewnił mnie, że będzie nadal kontrolował sytuację w szpitalu w zakresie właściwej obsady anesteziologicznej, realizacji prawa pacjenta do otrzymywania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności oraz wypełnienia zaleceń pokontrolnych określonych przez NFZ. ●

foto: Karolina Bartyzel



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?

Skontaktuj się z **Biurem Rzecznika Praw Lekarza**

Dyżury rzecznik praw lekarza
Moniki Potockiej

🕒 środy: 12.00–16.00 | czwartki: 10.00–16.00
✉️ rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl
☎️ 512 331 230 | 691 224 246

Finisz wystawy fotograficznej

Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie wyłoniła zwycięzców IV Konkursu Fotograficznego dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Wręczenie nagród nastąpiło podczas finiszu wystawy – 7 grudnia 2024 r. w Centrum Łowicka.



foto. A. Sokalska

Finisz wystawy fotograficznej zgromadził wielu gości. Składał się z trzech części i był podsumowaniem rocznej pracy fotografujących lekarzy. Można było podziwiać zdjęcia z pleneru w Żyrardowie, z warsztatów portretowych oraz nagrodzone i wyróżnione w konkursie fotograficznym w kategoriach „Pejzaż nocny” oraz „Abstrakcja”.

Gości powitała przewodnicząca Komisji ds. Kultury Bożena Hoffman-Golańska, która podkreśliła, że to już ósma wystawa w Centrum Łowicka, a czwarta – fotograficzna. Podziękowała za zaangażowanie liderowi lekarzy fotografujących Mirosławowi Żydeckiemu, członki-

ni Komisji ds. Kultury Justynie Kwitkiewicz oraz Zbigniewowi Furmanowi, wybitnemu fotografowi, który wspiera lekarzy i lekarzy dentystów w doskonaleniu warsztatu fotograficznego.

Bożena Hoffman-Golańska przywitała też wiceprezesa ORL Krzysztofa Hermana i zaznaczyła, że jego wsparcie pozwala na organizację takich wystaw. Krzysztof Herman zaś stwierdził: *– Jestem pod ogromnym wrażeniem państwa pasji. Zawsze podkreślam, że nasza praca, praca lekarzy, jest bardzo wyczerpująca i dlatego warto mieć odskocznię, a fotografia należy do ciekawych pasji lekarskich.*

Następnie miało miejsce uroczyste wręczenie nagród. W kategorii „Pejzaż nocny” szklane statuetki otrzymali: Krzysztof Muskalski – I miejsce, Jerzy Ratajski – II miejsce, Dariusz Osiak – III miejsce. Wyróżniono zdjęcia: Dariusza Hankiewicza, Jacka Maciejewskiego, Bartłomieja Matłosa i Krzysztofa Wałęckiego. W kategorii „Abstrakcja” statuetki przyznano: Jakubowi Stellerowi – I miejsce, Halinie Baćmadze – II miejsce, Oldze Żydeckiej – III miejsce. Wyróżniono prace: Marii Kaczorowskiej, Jerzego Ratajskiego oraz Dariusza Tułei. Specjalną statuetkę GRAND PRIX otrzymał Michał Tyrajski. ●



foto. A. Łukaszewska

Spotkanie autorskie Katarzyny Wierzbickiej promocja tomiku wierszy *otulona ciszą*

MARIA ŚWIĄDER

nie, przy wsparciu Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie, pierwszego, w pełni autorskiego, tomiku wierszy.

Salę Domu Literatury wypełniła rodzina, przyjaciele i sympatycy autorki. Spotkanie zainicjował prezes Związku Literatów Polskich Marek Wawrzkiwicz, prowadzenie wieczoru Katarzyna powierzyła przyjaciółce, lekarce, wiceprezesse Unii Polskich Pisarzy Lekarzy Majce Żywickiej-Luckner. Wiersze czytała przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie Bożena Hoffman-Golańska, akompaniowała zaś Teresa Kalmuchyn. Wiersze, które czarują klimatem nostalgii i łagodności, czytane

głośno ze sceny wyśmienicie się obroniły i zauroczyły zasłuchaną widownię.

Jednym z gości wieczoru była pisarka, także lekarka, Ałbena Grabowska, która przeczytała ulubiony wiersz męża autorki, Piotra. O mężu i córkach Katarzyna mówi, że są jej opoką, natchnieniem, pierwszymi czytelnikami i najżyczliwszymi krytykami. Dla zachęty cytat ze słowa wstępnego Marka Wawrzkiwicza: *„Wiersze Katarzyny Wierzbickiej utrzymane są w tonacji melancholijnej, stonowanej, zaraźliwej, zmuszającej czytelnika do równoległych refleksji. Ich smutek jest łagodny i pogodny, ciepły i świadomy”.* ●

W gościnnych progach Domu Literatury w Warszawie 27 listopada 2024 r. odbyła się promocja tomiku wierszy Katarzyny Wierzbickiej *otulona ciszą*. Autorka jest lekarką, specjalistką chorób wewnętrznych. Urodziła się i nadal mieszka z rodziną w Otwocku. Pisze od kilku lat zarówno wiersze, jak i prozę. Jest laureatką wielu konkursów literackich, lecz dopiero teraz zdecydowała się na wyda-

Polityka antydyskryminacyjna

Dyskryminacja i mobbing są pojęciami, które na stałe zagościły w naszym słowniku. Zdefiniowanie tych zjawisk oraz skupienie się na ich występowaniu nie oznacza jednak, że są zupełnie nowe.



LEK. ROBERT MADEJEK
pełnomocnik OIL ds. przeciwdziałania dyskryminacji

My, lekarze, pracujemy w znacznie zhierarchizowanym zawodzie i już od początku kształcenia jesteśmy przyzwyczajani do przekraczania własnych granic – zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Niełatwo nam zatem dostrzec zagrożenia wynikające z ich naruszania. Ponadto uznajemy taki sposób funkcjonowania systemu za normalny. Jeśli widzimy te nieprawidłowości, komentujemy je we własnym gronie, jednak nie podejmujemy działań naprawczych. Dlaczego? Powody często są różne, ale ich wspólnym mianownikiem jest obawa. Obawa

przed utratą pracy, pozycji, przywilejów, przed ośmieszeniem się. Mówimy sobie, że to pewien etap, stan przejściowy, który musimy przeczekać.

DYSKRYMINACJA JEST POJĘCIEM SZEROKIM

W kodeksie pracy zobowiązuje się pracodawcę, aby przeciwdziałał dyskryminacji w zatrudnieniu, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także ze

względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Kodeks wyróżnia dyskryminację bezpośrednią, z którą mamy do czynienia, jeśli pracownik był, jest lub mógłby być traktowany w porównywalnej sytuacji mniej korzystnie niż inni. Dyskryminowanie pośrednie zachodzi wtedy, gdy na skutek pozornie neutralnego postanowienia, zastosowanego kryterium lub podjętego działania występują lub mogłyby wystąpić niekorzystne dysproporcje w zakresie warunków zatrudnienia.

Ponadto przejawami dyskryminacji są zachowania polegające na zachęcaniu innej osoby do naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu, a wreszcie – inne niepożądane zachowania, których celem lub skutkiem miałyby być naruszenie godności pracownika i stworzenie wobec niego wrogiej atmosfery.

CZYM ZATEM DYSKRYMINACJA RÓŻNI SIĘ OD MOBBINGU?

Według kodeksu pracy mobbing to „działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękananiu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników”.

Zgodnie z powyższą definicją mobbing jest zatem celowy i długotrwały, w odróżnieniu od dyskryminacji, która często ma mniej celowy charakter i może być pojedynczym zdarzeniem. Poza tym w przypadku dyskryminacji to pracodawca w toku postępowania musi udowodnić, że do niej nie doszło, w przypadku mobbingu zaś pracownik musi dowiedzieć, że miał on miejsce.

Co ważne, obowiązki wskazane w kodeksie pracy obciążają pracodawcę, bez względu na podstawę nawiązania sto-

sunku pracy z pracownikiem i rodzaj wykonywanej przez niego pracy.

Formą wywiązania się pracodawcy z obowiązku wynikającego z kodeksu pracy może być zastosowanie wewnętrzzakładowej procedury antydyskryminacyjnej. Podkreśla ona dodatkowo, że zachowania o znamionach dyskryminacji są w zakładzie pracy zabronione. Przyjęte dokumenty mają opisywać procedurę, dzięki której pracownik będący ofiarą zachowań dyskryminacyjnych będzie mógł zgłosić nieprawidłowości i oczekiwać rozwiązania swoich problemów.

Należy również jasno określić tryb pracy i skład zespołu rozpatrującego skargę. Złożenie skargi nie może wiązać się z negatywnymi konsekwencjami dla pracownika (pod warunkiem prawdziwości składanych oświadczeń). W skład wspomnianego zespołu należy powołać osoby spoza zakładu pracy. Prócz tego regulamin antydyskryminacyjny powinien jasno określać termin rozpatrywania skarg.

WEWNĄTRZZAKŁADOWA POLITYKA ANTYDISKRYMINACYJNA

Wprowadzenie wewnętrzzakładowej polityki antydyskryminacyjnej jest korzystne zarówno dla pracownika, jak i pracodawcy. Przede wszystkim zwraca uwagę na zachowania niepożądane, a świadomość istnienia takiej procedury ma efekt prewencyjny. Gwarantuje też stosunkowo łatwą i szybką ścieżkę rozwiązania sytuacji bez wchodzenia na drogę sądową. Pozwala to zdecydowanie zminimalizować stres i zaoszczędzić koszty wynikające z postępowania przed sądem pracy. Z perspektywy pracodawcy prawidłowo opracowana polityka antydyskryminacyjna stanowi ważny argument w sporze z pracownikiem. Warto w tym miejscu ponownie podkreślić, że w przypadku zjawiska dyskryminacji zadaniem pracownika jest jedynie uprawdopodobnienie zaistnienia nieprawidłowości, na praco-

dawcy zaś spoczywa ciężar udowodnienia, że do niej nie doszło. Mówi o tym wyrok Sądu Najwyższego (I PK 35/11), w którym orzeczono: „*Jeżeli w postępowaniu sądowym pracodawca wykaże, że podjął realne działania mające na celu przeciwdziałanie mobbingowi, do odpowiedzialności za to zjawisko może być pociągnięty jedynie sprawca. Pracodawca nie może odpowiadać za zdarzenia, które nastąpiły niezależnie od podejmowanych przez niego starań i pomimo zapewnienia należytej ochrony dóbr osobistych w zakładzie pracy.*”

Nie toczyły się jeszcze przed Sądem Najwyższym sprawy dotyczące dyskryminacji w miejscu pracy, choć można przypuszczać, że wykładnia byłaby w tej sytuacji podobna. Pracodawca przez wdrożenie polityki antydyskryminacyjnej dochowuje należytej staranności w zakresie stosowania zapisów kodeksu pracy, a ciężar odpowiedzialności jest przeniesiony bezpośrednio na sprawcę.

WZÓR POLITYKI ANTYDISKRYMINACYJNEJ PRZYGOTOWANEJ PRZEZ ORL

Ze względu na dostrzeganą skalę zjawiska (dotychczas wciąż słabo zbadanego, co powoduje, że nie sposób przytoczyć dane statystyczne) Okręgowa Rada Lekarska (z inicjatywy swego prezesa dr. Artura Drobniaaka) podjęła zadanie opracowania wzoru polityki antydyskryminacyjnej przeznaczonej dla świadczeniodawców z obszaru działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Poza wymienionymi w tym artykule przepisami wynikającymi bezpośrednio z kodeksu pracy (określającymi obowiązki i prawa zarówno pracodawcy, jak i pracowników) w dokumencie zawarto opis przebiegu postępowania antydyskryminacyjnego z określeniem formy skargi, składu komisji oraz trybu i czasu jej pracy, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii sporządzania raportu. Należy jednocześnie zauważyć, że zachowa-

nia dyskryminacyjne o dużym natężeniu mogą stanowić podstawę odpowiedzialności karnej i cywilnej na bazie odrębnych przepisów.

Okręgowa Rada Lekarska i pełnomocnik ds. przeciwdziałania dyskryminacji dostrzegają szczególną potrzebę edukacji w zakresie nierównego traktowania. Niestety, z powodu wszechobecności zjawiska zwykliśmy nie zwracać na nie uwagi w codziennej pracy, ale często jego efekty odczuwamy w formie żywionych wzajemnie głębokich urazów, podejmujemy (czy też obawiamy się ich podjęcia) decyzje podjęte lekko przed konfrontacją z oprawcą, świadomie unikamy kontaktu z niektórymi współpracownikami lub powierzamy pewne obowiązki wybranym osobom (albo unikamy ich powierzania innym).

Z nierównym traktowaniem można spotkać się na każdym szczeblu. Nie zawsze jednak, o czym często zapominamy, dyskryminacja (choć także mobbing) ma charakter pionowy i dotyczy relacji szefa z podwładnym. Bywa, że dotyczy relacji na tym samym szczeblu albo ma charakter wstępujący i odnosi się do relacji podwładny – szef.

Wierzmy, że przyjęcie polityki antydyskryminacyjnej przez Okręgową Radę Lekarską i jej udostępnienie podmiotom leczniczym przyczyni się do poprawy warunków pracy oraz naszych wzajemnych stosunków, które oparte będą na prawdziwym szacunku wobec odmienności. Pamiętajmy, że odmienność nie jest zjawiskiem ekskluzywnym – każdy z nas jest przedstawicielem mniejszości, wystarczy ją jedynie odpowiednio zdefiniować (np. są to mieszkańcy konkretnego osiedla, przedstawiciele danej specjalizacji lub posiadacze określonej umiejętności). Czy z powodu którejkolwiek z definiujących nas cech chcielibyśmy być nierówno traktowani w pracy lub słyszeć stygmatyzujące komentarze z ust współpracowników? Zakładam, że odpowiedź na tak postawione pytanie jest oczywista. ●

Jak znaleźć równowagę?

Mediacja jest jedną z form pomocy prawnej przewidzianych ustawą o izbach lekarskich. Może też mieć charakter prywatny i zostać podjęta na wniosek stron. Jest doskonałą metodą sprawnego, szybkiego i ostatecznego rozwiązywania konfliktów na linii lekarz – pacjent, lekarz – lekarz czy lekarz – instytucja, w której jest zatrudniony. O roli mediacji mówi

ANDRZEJ SIARKIEWICZ, lekarz dentysta, mediator OIL w Warszawie.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Dlaczego strony konfliktu powinny, nim pójdą do sądu, decydować się na mediację?

Istnieje kilka powodów. Mediacja to skuteczne narzędzie rozwiązywania sporów. Po pierwsze, jest procesem dobrowolnym. Strony decydują się na nią świadomie i wspólnie dążą do rozwiązania konfliktu. W przeciwieństwie do sądu, który narzuca rozstrzygnięcie, mediacja daje możliwość samodzielnego wypracowania porozumienia. Strony mają kontrolę nad wynikiem, co zwiększa ich poczucie sprawiedliwości i zaangażowania w osiągnięte rozwiązanie. Po drugie, mediacja jest znacznie szybsza i tańsza. Postępowania sądowe ciągną się miesiącami, a nawet latami, co wiąże się z ogromnym stresem, kosztami oraz stratą czasu. Mediacja natomiast, dzięki swojej elastyczności i mniej formalnemu charakterowi, pozwala na szybkie rozwiązanie konfliktu. W Warszawie czas oczekiwania na pierwszą rozprawę sądową wynosi obecnie około półtora roku, co jeszcze bardziej podkreśla zalety mediacji. Po trzecie, mediacja umożliwia zachowanie relacji

między stronami. Konflikty rozwiązywane w sądzie często prowadzą do eskalacji sporu, pogłębiając przepaść między uczestnikami postępowania. W mediacji stawiamy na dialog i współpracę. Jest to szczególnie ważne w środowisku medycznym, gdzie lekarze, pacjenci i inne zaangażowane osoby często pozostają ze sobą w długotrwałych relacjach.

Co więcej, mediacja pozwala stronom uniknąć rozgłosu, ponieważ proces jest poufny. Dla lekarzy, pacjentów i placówek medycznych bywa to szczególnie istotne, gdyż umożliwia rozwiązanie problemu bez ryzyka nadszarpnięcia reputacji. Mediacja staje się coraz popularniejsza, jednak wciąż wiele osób zgłasza się do mediatora dopiero po długich i wyczerpujących bataliach sądowych. Tymczasem może być to pierwszy krok do rozwiązania konfliktu.

Czy nie jest tak, że lekarz-mediator jest zawsze bliżej lekarza?

Bezstronność mediatora to kluczowy element procesu. Jako lekarz-mediator zawsze podchodzę do sprawy obiektywnie. Unikam zapoznawania się z akta-



foto. D. Lebedzińska

mi sprawy przed rozpoczęciem mediacji, ponieważ wcześniejsza analiza dokumentów mogłaby wpłynąć na moją opinię o stronach konfliktu i naruszyć zasadę neutralności.

Jeżeli znam którąś ze stron, przekazuję sprawę innemu mediatorowi. Tylko w ten sposób mogę zapewnić pełną bezstronność. Lekarze są grupą zawodową, od której wymaga się wysokiej uczciwości i odpowiedzialności. Te same zasady przyswiecają mi w pracy mediatora.

Czy spotkanie mediacyjne nie jest swoistą formą terapii dla pacjenta?

Mediacja może pełnić taką rolę. Spotkanie z lekarzem na neutralnym gruncie często pozwala pacjentowi wyrazić swoje emocje, obawy i oczekiwania. Jako lekarze mamy misję poprawiania zdrowia i jakości życia pacjentów. Mediacja wpisuje się w tę misję, pomagając łagodzić napięcia i budować lepsze relacje.

Oczywiście, zdarzają się czasem pacjenci, którzy kierują się wyłącznie chęcią zysku. W takiej sytuacji mediacja może nie przynieść rezultatów, a sprawa trafia do sądu. Niemniej jed-

nak w większości przypadków mediacja okazuje się bardzo skutecznym narzędziem rozwiązywania sporów.

Jak w takim razie przebiega posiedzenie mediacyjne?

Proces mediacji składa się z kilku zasadniczych etapów:

Przywitanie i wprowadzenie – mediator wita strony, sprawdza tożsamość zgromadzonych, a następnie wyjaśnia zasady mediacji. Pierwszą z nich jest dobrowolność – do mediacji strony przystępują z własnej woli, w dobrej wierze, dążąc do rozwiązania konfliktu. W każdym momencie mogą wycofać się z procesu, który ma prowadzić do ugody. Drugą zasadą jest poufność – przebieg mediacji jest objęty tajemnicą, obowiązuje ona zarówno mediatora, jak i strony postępowania, nawet sąd nie może pytać o przebieg mediacji. Trzecia zasada to neutralność – mediator nie opowiada się po żadnej ze stron i nie podejmuje decyzji. Celem mediacji jest osiągnięcie porozumienia, a mediator pełni rolę osoby wspierającej, a nie decydującej za strony.

Przedstawienie stanowisk – strony mają możliwość wyrażenia potrzeb, obaw i oczekiwań. Każda strona może zaprezentować swoją perspektywę.

Identyfikacja kluczowych kwestii – mediator pomaga stronom zidentyfikować obszary sporu oraz wspólne punkty.

Poszukiwanie rozwiązań – strony, przy wsparciu mediatora, wspólnie dążą do wypracowania porozumienia. Proces może obejmować burzę mózgów, negocjacje lub podział problemu na mniejsze części.

Zawarcie porozumienia – gdy strony osiągną zgodę, mediator sporządza ugody mediacyjną. Dokument na wniosek stron jest składany w sądzie powszechnym w celu zatwierdzenia. Zatwierdzenie ugody przez sąd po uprawomocnieniu kończy definitywnie sprawę.

Proces jest elastyczny i dostosowany do potrzeb stron. Jedno posiedzenie mediacyjne trwa zwykle półtorej godziny.

Czy w pana opinii obecność pełnomocnika pomaga w mediacji?

Pełnomocnicy są szczególnie potrzebni na etapie formalizowania ugody mediacyjnej. Dbają o interesy swoich klientów i zapewniają zgodność z prawem zapisów porozumienia. Niemniej jednak w przypadku mediacji prowadzonych w izbach lekarskich, ze względu na delikatną naturę relacji pacjent – lekarz, lepiej, gdy pierwsze spotkanie odbywa się bez pełnomocników. W mniejszym gronie łatwiej nawiązać porozumienie i stworzyć atmosferę zaufania.

Jakie zmiany są potrzebne w przepisach dotyczących mediacji?

Przede wszystkim przepisy powinny umożliwiać kierowanie spraw do mediacji na wcześniejszym etapie postępowania przed organami izb lekarskich. Obecnie strony mogą zostać skierowane na mediację dopiero po przedstawieniu zarzutów, co nadmiernie obciąża rzeczników odpowiedzialności zawodowej, a w konsekwencji sądy lekarskie. W większości przypadków sprawy trafiające do mediatora dotyczą roszczeń finansowych, których sąd lekarski nie może zasądzić. Mimo to, musi podjąć sprawę i przeprowadzić postępowanie. Gdyby sprawy trafiały do mediatora na wcześniejszym etapie, rzecznik oraz sądy, które rocznie zajmują się 600–800 sprawami, mogłyby skupić się na innych, bardziej skomplikowanych. Jako były rzecznik wiem, jak mozolne i czasochłonne jest takie postępowanie.

Kolejnym problemem jest brak możliwości umorzenia postępowania przez sądy lekarskie w przypadku zawarcia ugody mediacyjnej. Zmiana przepisów w tym zakresie znacząco odciążałaby system i zwiększyła skuteczność mediacji.

Warto podkreślić, że postępowania mediacyjne przed mediatorem izby lekarskiej prowadzone są zgodnie z Ustawą o izbach lekarskich oraz kodeksem postępowania karnego. Mediator OIL w Warszawie prowadzi mediację także w oparciu o przepisy kodeksu po-

stępowania cywilnego, co oznacza, że jednocześnie stosowane są dwa różne tryby mediacji. Zgodnie z art. 113 Ustawy o izbach lekarskich do postępowania mediacyjnego stosuje się przepisy k.p.k. W takim przypadku strony mogą złożyć wniosek o mediację, co skutkuje zawieszeniem postępowania przed rzecznikiem na miesiąc. W tym czasie mediator przeprowadza mediację, uczestnicząc w niej aż do podpisania ugody, po czym strony kontynuują działania samodzielnie.

Z kolei w przypadku mediacji na podstawie k.p.c. strony składają wniosek o mediację bezpośrednio do biura mediatora przed rozpoczęciem postępowania przed sądem. W tym czasie mediator przeprowadza mediację, uczestnicząc w niej aż do podpisania ugody, po czym strony sporządzają i składają wraz z ugodą wniosek o jej zatwierdzenie do właściwego sądu okręgowego. Uprawnomocnienie zatwierdzone przez sąd ugody jest równoznaczne z prawomocnym wyrokiem.

Istotnym ograniczeniem w mediacjach przed sądami lekarskimi jest brak możliwości zasądzenia odszkodowania dla strony, co nie dotyczy postępowań cywilnych. To dodatkowy argument za zmianą przepisów, by ułatwiły skuteczne rozwiązywanie spraw właśnie na drodze mediacji.

Jakie ma pan sugestie dla osób rozważających mediację?

Jeżeli macie państwo konflikt, gorąco zachęcam: dajcie sobie i mediacji szansę. Mediacja w OIL w Warszawie nic nie kosztuje i nie wiąże się z ryzykiem karnym. To duża szansa na dialog i znalezienie zaakceptowanego przez obie strony rozwiązania. Warto pamiętać, że medycyna kieruje się rachunkiem prawdopodobieństwa, a lekarze to ludzie i, choć czynią ogromny wysiłek, dokładają szczególnej staranności w opiece nad pacjentem, nie są nieomylni. Mediacja daje możliwość rozmowy i znalezienia satysfakcjonującego kompromisu. ●

Kampania #WspólneŚwięta

16 grudnia 2024 r. rozpoczęła się siódma odsłona ogólnopolskiej kampanii społecznej #WspólneŚwięta, zainicjowanej w 2018 r. przez młodych lekarzy we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie.



na temat opieki senioralnej i pokazać skalę zjawiska. Obecnie stoimy przed kryzysem demograficznym, więc problem będzie narastał, dlatego o opiece tej trzeba rozmawiać, i to więcej niż do tej pory – powiedział Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie.

Pełnomocnik ds. opieki senioralnej i geriatriczki OIL w Warszawie, Agnieszka Skoczylas, zaznaczyła, jak ważne jest zauważanie potrzeb osób starszych: – *Musimy pamiętać, że w medycynie najpierw leczy dobre słowo, uśmiech i życzliwość, a dopiero potem leki.*

Kampania #WspólneŚwięta jest dowodem na to, że nawet małe gesty mogą wywołać uśmiech i stworzyć namiastkę rodzinnej atmosfery dla tych, którzy najbardziej tego potrzebują.

W kolejnym numerze „Pulsu” relacja z debaty dotyczącej opieki senioralnej, która odbyła 21 stycznia 2025 r. w siedzibie OIL w Warszawie. ●



Celem kampanii jest zwrócenie uwagi na samotność osób starszych w szpitalach, zwłaszcza w okresie świątecznym.

W ramach akcji przedstawiciele OIL w Warszawie, członkowie Komisji ds. Młodych Lekarzy i Komisji ds. Lekarzy Dentystów oraz wolontariusze z IFMSA-Poland Oddział Warszawa Północ odwiedzali seniorów przebywających na oddziałach szpitali MSWiA, przy ul. Banacha, Wolskiego i Bródnowskiego.

– *Ludzi starszych i potrzebujących opieki jest w Polsce bardzo wielu, dlatego jako izba chcemy otworzyć dyskusję*



Mikołaj przybył dwa razy



Zainteresowanie organizowanymi przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie Lekarskimi Mikołajkami było tak duże, że na prośbę prezesa ORL w Warszawie dr. n. med. Artura Drobniaaka oraz Okręgowej Rady Lekarskiej Mikołaj spotkał się z rodzinami dwukrotnie – 7 i 14 grudnia 2024 r.

Najbardziej wyczekiwane wydarzenie sezonu świątecznego zgromadziło w parku rozrywki Majaland Warsaw w Góraszce ponad 3200 lekarzy i lekarzy dentyistów z rodzinami. Dwie grudniowe soboty były wyjątkowymi okazjami do zabawy i kreatywnych zajęć dla całych rodzin, a atmosfera radości nie opuszczała najmłodszych i ich opiekunów ani na chwilę. Nic dziwnego – atrakcji było bez liku!

Okręgową Izbę Lekarską reprezentowali prezes ORL w Warszawie Artur Drobniaak i wiceprezesi: Jakub Zakrzewski oraz Krzysztof Herman. Prezes z radością witał uczestników, podkreślając, jak ważne są chwile wspólnego świętowania. O artystyczną oprawę spotkań zadbał lekarski chór Medicantus z recitalem najpiękniejszych kolęd.



fol. Bartłomiej Dąbrowski

Niezapomniane spotkanie z Mikołajem, który wręczał dzieciom upominki, to tylko jedna z wielu wyjątkowych chwil podczas Lekarskich Mikołajek. Każdy, bez względu na wiek, mógł znaleźć w programie coś dla siebie. Był więc pokaz Elfa iluzjonisty, który czarował publiczność magicznymi trikami, na warsztatach kreatywnych całe rodziny ozdabiały pierniki, robiły stroiki świąteczne, zimowe wyplatanki i pachnące sojowe świece. Można było nawet stworzyć własnego renifera na plastrze drewna, a w fotobudkach z zimowymi gadżetami uwiecznić mikołajkowe wspomnienia. Wśród atrakcji znalazły się: basen z piłkami, park linowy, kolejka górską, karuzele, łodzie wikingów, skaczące żabki, a nawet dinozaury – nie było mowy o nudzie!

Najmłodszy entuzjastycznie bawili się z animatorami i malowali twarze na stanowisku face painting, a gdy poczuli się zmęczeni, mogli odpocząć w stworzonej specjalnie w tym celu bezpiecznej przestrzeni ze strefą wyciszenia. Kiedy o 18.00, po ośmiu godzinach nieprzerwanej zabawy, ostatni goście opuszczali Majaland, jedno było pewne: to były wyjątkowo udane mikołajki. Do zobaczenia za rok na największym rodzinnym spotkaniu organizowanym przez samorząd lekarski!

Chór Medicantus OIL w Warszawie w 2024 r. obchodził XV-lecie istnienia. Z tej okazji 23 listopada w kościele pw. Świętej Rodziny odbył się jubileuszowy koncert. Wspaniałe muzyczne przeżycie skłoniło mnie do bliższego poznania członków chóru i jego historii.



foto: Dariusz Ostiak

Taki chór to skarb

ALEKSANDRA SOKALSKA

Medicantus powstał przy OIL w 2009 r. Dyrygentką od początku jest Beata Herman, która wcześniej założyła i prowadziła chór Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (dawniej Akademii Medycznej) w Warszawie. Medicantus już w trzecim miesiącu działalności „wyśpiewał” II nagrodę na Festiwalu Kolęd i Pastorałek „Kolędowe serce Mazowsza” w Siedlcach. W kolejnych latach był m.in. laureatem XI Międzynarodowego Festiwalu Muzyki Chóralnej im. F. Nowowiejskiego w Barczewie i zajął II miejsce na Festiwalu Pieśni Wielkanocnej w Sopocie, tuż za zawodowym zespołem wokalnym. W planach na 2025 r. ma udział w festiwalu Mundus Cantat w Sopocie.

W repertuarze Medicantusa są utwory muzyki klasycznej, lecz także opracowania muzyki rozrywkowej. – *Bardzo lubimy klasykę, ale nie śpiewamy przecież tylko dla siebie. Dlatego*

urozmaicamy repertuar i dostosowujemy go do publiczności i konkretnego wydarzenia. Tak też było podczas naszego jubileuszu: zaśpiewaliśmy Vivaldiego, ale również utwór „Tolerancja” i utwory Stanisława Moniuszki – mówi Beata Herman.

DYSCYPLINA I NAUKA

Chór ma próby raz w tygodniu. Chyba że przygotowuje się do koncertów lub innych wydarzeń, wówczas odbywają się częściej. A ponieważ chórzystów jest ponad 30, łatwo sobie wyobrazić, jakiej dyscypliny potrzeba, by próba się odbyła. Lekarze przecież nie pracują w standardowych godzinach, mają też życie prywatne. Muszą ułożyć swój grafik tak, by uwzględnić w nim czas i na próby (także indywidualne, w domu), i na koncerty, a w 2024 r. Medicantus dał ich aż 19! – *Bycie członkiem chóru wiąże się z ciężką pracą i wymaga dostosowania się do ram czasowych prób i wy-*

stępów – podkreśla Krzysztof Makuch, współzałożyciel chóru i jego członek.

Dyscyplina to jednak dopiero początek wyzwania. Trzeba przecież uczyć się śpiewać i trenować głos. – *Wielu członków chóru nie ma wykształcenia muzycznego, więc zanim zaczną dobrze śpiewać, musi ćwiczyć oddychanie, emisję głosu. To godziny indywidualnej pracy. Poza tym część chórzystów nie czyta nut. Dlatego nagrywamy utwory, żeby takie osoby mogły wsłuchać się w wykonanie i ćwiczyć śpiewanie także poza wspólnymi próbami. Ale w chórze jest kilku profesjonalnych muzyków, których obecność pozwala na szybszą naukę* – wyjaśnia dyrygentka.

ODDECH I RELAKS

Godziny ćwiczeń i prób, zonglowanie planem dnia, dogrywanie terminów... Ktoś zapyta, po co to wszystko? – *Chór pomaga w utrzymaniu zdrowia fizycznego, bo podczas śpiewu głęboko oddy-*

chamy, i psychicznego, bo muzyka wyzwala endorfiny – rzeczowo odpowiada Beata Herman.

Z kolei dla Joanny Ratyńskiej, która należy do chóru od samego początku, zespół stał się inspiracją do wyboru specjalizacji. Pani doktor, która jest otolaryngologiem, audiologiem i foniatrą, zapewnia: – *Śpiewanie w chórze jest dla mnie zdecydowanie bardziej przyjemne niż solo z dwóch podstawowych powodów. Po pierwsze, tworzenie jednego harmonijnego wykonania z wielu głosów bardzo cieszy. Drugi powód to kontakty towarzyskie, bo ten chór tworzą otwarci, życzliwi ludzie, mający wiele zainteresowań.* Potwierdza to śpiewająca w Medicantusie od ośmiu lat Jolanta Sykut-Cegielska: – *Kiedy po raz pierwszy przyszedłam na próbę, zauroczyła mnie niezwykła atmosfera. Ciepła, a jednocześnie pełna profesjonalizmu.* Rzeczywiście, wyjątkowym walorem chóru Medicantus jest wspólnota, jaką tworzy. Chórzyści znają się dobrze, rozmawiają na wiele tematów, wspierają się w różnych życiowych sytuacjach. – *Gdyby pani wiedziała, jakie tu czasem są konsylia, dyskusje, jak czasem w jedną chwilę potrafimy się zorganizować, by sobie wzajemnie pomóc. Jesteśmy naprawdę zżyci i wiemy, że możemy na siebie liczyć* – podsumowuje dyrygentka.

Według Małgorzaty Kępińskiej, która z chórem jest związana od początku, śpiewanie pozwala być lepszym człowiekiem, a muzyka pociąga, bo jest piękniejszą stroną życia. Chórzytka, jako lekarz śpiewający, czuje się osobą wybraną. Na dowód przytacza historię: – *Ostatnio po koncercie kolęd podszedł do mnie jeden ze słuchaczy, lekarz, i powiedział, że dzięki nam przypomniał sobie wszystkie swoje wigilie z dzieciństwa. Czyż to nie wspaniale? Cieszę się, że mogę się do tego przyczynić, by choć trochę upiększyć innym świat.* Małgorzata Kępińska także podkreśla wartość chóru jako wspólnoty: – *W chórze śpiewają wspaniali ludzie. Koniecznie trzeba wspomnieć tu o Zbi-*

gniewie Miśkiewicz, który jest trzonem chóru, jeśli chodzi o męskie głosy. Niezwykły człowiek: kardiolog, lingwista, a także muzyk z rodzinnymi tradycjami muzycznymi. Zdarzyło się nam nawet zaśpiewać utwór jego dziadka pt. „Noc listopadowa”.

Dla Jolanty Sykut-Cegielskiej muzyka jest pasją, a śpiewanie odskocznią od pracy: – *Zajmuję się pacjentami z rzadkimi chorobami metabolicznymi i nieraz muszę przyjmować dzieci w naprawdę ciężkim stanie, dość często ze złym rokowaniem i przeprowadzać z rodzicami poważne rozmowy. To bardzo trudne doświadczenia. Dlatego potrzebuję resetu, a śpiewanie daje odpoczynek mojej głowie.*

Zdaniem Anny Święcickiej, od czterech lat należącej do chóru, choć śpiewanie zabiera czas, bardzo dużo daje w zamian: pozwala odciąć się od problemów związanych z pracą i stwarza szansę na myślenie o sobie nie tylko jak o lekarzu, ale także jak o człowieku. – *Wykonujemy zawód, który nas definiuje. Wystarczy powiedzieć w towarzystwie, że jest się lekarzem, a od razu słyszy się pytania o różne choroby, dolegliwości. A przecież jak ktoś w podobnej sytuacji mówi, że jest bankierem, nie pytają go, jaki wziąć kredyt* – stwierdza pani Anna. Podobnego zdania jest Grażyna Wiśniewska, przewodnicząca chóru Medicantus, która śpiewa w nim od 12 lat: – *Moją główną motywacją było przerwanie błędnego koła: praca – dom. Bo śpiewanie jest jak otwarcie okna, nabranie głębokiego oddechu i przewietrzenie głowy.* A Krzysztof Makuch podsumowuje: – *Śpiewanie to przede wszystkim piękne odreagowanie codziennych problemów i stresów. To także sposób na walkę z depresją, która środowiska lekarskiego nie omija.*

– *Jako lekarz często poświęcam się dla pacjentów, dla rodziny, dla innych. A dzięki chórowi robię coś dla siebie, bo po prostu kocham śpiewać* – mówi Emilia Łojewska, która do chóru Medicantus należy od prawie trzech lat. – *Ko-*

cham muzykę od dzieciństwa, więc cieszy mnie, gdy w tym zakresie mogę coś zrobić razem z innymi. Bo robienie czegoś razem daje dużą satysfakcję. A jeśli jeszcze komuś to się podoba, tym większą mamy z tego przyjemność – argumentuje Krzysztof Moczarski, śpiewający w chórze od sześciu lat. Podobnego zdania jest Grażyna Wiśniewska, która uważa, że dodatkowym motorem do działania są koncerty i występy podczas różnych wydarzeń: – *Mimo tylu lat śpiewania, nadal mamy tremę, ale to dobrze, bo trema mobilizuje.*

LEKARSKIE TALENTY

Kiedy patrzę na śpiewających w chórze Medicantus lekarzy, jestem pod wrażeniem, jak bardzo medycy są utalentowani. Podczas studiów muszą zdobyć ogromną wiedzę, przez całe życie się doksztalcać, spoczywa na nich ogromna odpowiedzialność, a jednocześnie... śpiewają Vivaldiego, Moniuszkę... Zdaniem Anny Święcickiej wynika to z faktu, że lekarze od dzieciństwa są przyzwyczajani do tego, że muszą pracować, by coś osiągnąć. – *Inne dzieci biegały po podwórku, a przyszli lekarze często nie tylko uczyli się w tradycyjnej szkole, ale także chodzili na dodatkowe zajęcia, do szkoły artystycznej, np. muzycznej* – wyjaśnia. Siłą rzeczy musieli się więcej uczyć, być bardziej zdyscyplinowani, sprostać większym oczekiwaniom. – *Kluczem do rozwoju talentów jest wszechstronność. Lekarze często już w dzieciństwie przejawiają wiele zainteresowań* – argumentuje Krzysztof Moczarski. Krzysztof Makuch zwraca uwagę na rolę studiów medycznych, które wymagają dużych umiejętności humanistycznych, koncentracji i pracy zespołowej (np. podczas operacji).

Te wszystkie cechy sprawiają, że lekarze potrafią się zmobilizować i podążają za swoimi marzeniami, mają otwarte głowy i umieją spełniać wysokie wymagania. A chór Medicantus podczas każdego występu brzmi naprawdę doskonale. ●

„Nestor” z wizytą w Radomiu

ELŻBIETA MAŁKIEWICZ

przewodnicząca Zespołu ds. LUTW „Nestor”



fol. Daniel Jarosz

Grupa słuchaczy Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku 16 listopada 2024 r. udała się do Radomia. Choć z Warszawy wyjeżdżaliśmy w deszczu, w Radomiu przywitało nas słońce. W centrum miasta dołączyły do nas seniorki reprezentujące Delegaturę Radomską OIL w Warszawie i razem udaliśmy się do Muzeum Wsi Radomskiej.

Muzeum Wsi Radomskiej to skansen zajmujący 32 ha na południowo-zachodnich obrzeżach miasta. Powstało w 1977 r., a zgromadzono w nim 60 obiektów architektury ludowej regionu radomskiego.

Najstarszym zabytkiem jest drewniany kościół pw. Świętej Doroty z Wolańska (z 1794 r.). W zrekonstruowanych chatkach znajdują się oryginalne sprzę-

ty domowe, naczynia i inne przedmioty codziennego użytku. W niektórych zagrodach hodowane są i dziś owce, kozy, króliki, kury, kaczki itp. Na terenie muzeum znajdują się również: dom ludowy, kuźnia i remiza strażacka. W sąsiedztwie zrekonstruowanej wsi położony jest zespół dworski.

Po obiedzie wybraliśmy się do Muzeum im. Jacka Malczewskiego obejrzeć wystawę poświęconą jego twórczości. Prezentowane są tam prace ze zbiorów własnych muzeum, kolekcji prywatnych oraz wypożyczone z innych placówek, m.in. z Muzeum Narodowego. Wystawa obejmuje 150 obrazów. Oprócz dzieł Malczewskiego można podziwiać prace Jana Matejki, Mauricego Gottlieba, Józefa Brandta, Olgi Boznańskiej i Józefa Chełmońskiego.

Czas płynął nieubłaganie, więc około 17.00 opuściliśmy muzeum i udaliśmy się na umówione spotkanie do siedziby Delegatury Radomskiej. Powitał nas wiceprezes dr Karol Stępniewski, a koleżanki z Radomia ugościły kawą, herbatą i pysznymi ciastkami. W miłej atmosferze słuchaliśmy wiceprezesa opowiadającego o historii Delegatury Radomskiej i jej działalności.

Zrobiło się późno, dlatego z żalem pożegnaliśmy koleżanki z Radomia i wyruszyliśmy w drogę powrotną. Choć byliśmy zmęczeni, czuliśmy niedosyt. Zarówno na zwiedzanie Muzeum Wsi Radomskiej, jak i wystawy malarstwa Jacka Malczewskiego powinniśmy poświęcić cały dzień! Dziękujemy Koleżankom z Radomia i Panu Wiceprezesowi za serdeczne przyjęcie. ●

Spotkanie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, rocznik 1979



fol. Jakub Ceran

W1979 r. Wydział Lekarski AM w Warszawie ukończyło 303 absolwentów, w tym 19 obcokrajowców. Przedstawiciele naszego rocznika spotykają się regularnie, co pięć lat, począwszy od 1999 r. Po raz szósty widzieliśmy się 16 listopada 2024. Mimo upływu czasu, na spotkaniu pojawiło się aż 113 osób. Były chwile na wspomnienia, żarty, kolację i tańce. Mam nadzieję, że za pięć lat znów spotkamy się w tak licznym gronie.

W imieniu organizatorów,
Joanna Pawłowska

Wigilia Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor”



foto: Daniel Jarosz

Przedswiąteczne spotkanie słuchaczy LUTW „Nestor”, które odbyło się 17 grudnia 2024 r. w siedzibie OIL w Warszawie, było wspaniałą okazją do podzielenia się opłatkiem i wspólnego śpiewania kolęd. Z recitalem tych najpiękniejszych wystąpił chór lekarski Medicantus, a życzenia świąteczne i noworoczne lekarzom seniorom złożyli m.in. ks. Dariusz Zawistowski i członkowie zespołu LUTW „Nestor”: wiceprezes ORL w Warszawie Dariusz Paluszek, Jan Kowalczyk, Monika Potocka, Alfred Owoc oraz Waldemar Wierzbica. Nie zabrakło upominków i świątecznego poczęstunku. ●



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



2025 r.
godz. 11.00

TEMATY WYKŁADÓW W II SEMESTRZE III ROKU AKADEMICKIEGO (2024/2025)

- 4.03. „Węgry – polityka, gospodarka, ludzie” – mgr Maria Kluza
- 18.03. „Kodeks Etyki Lekarskiej” – dr n. med. Artur de Rosier
- 1.04. „Sztuczna inteligencja w medycynie” – mgr Łukasz Sosnowski
- 15.04. „Po co są wybory w samorządzie” – lek. Mery Topolska-Kotulecka
- 6.05. „Czy w wieku senioralnym występuje potrzeba wizyty u logopedy” – dr Elżbieta Stecko
- 20.05. „Pierwsze lata odrodzonego samorządu lekarskiego” – dr n. med. Krzysztof Makuch
- 10.06. „Ignacy Jan Paderewski – kompozytor, pianista, polityk” – dr Michał Rybak
- 24.06. „Operacje na patentach – o ochronie własności intelektualnej w praktyce” – dr Piotr Zakrzewski
- 1.07. „Współdziałamy w osiągnięciu zdrowia jamy ustnej” – prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka

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.

Lekarze na posterunku

Wspólną cechą wszystkich lekarzy odznaczonych Krzyżem Virtuti Militari była głęboka troska o innych i poświęcenie, które wykraczało poza zwykłe obowiązki zawodowe. Byli to ludzie, którzy nie wahali się zaryzykować własnym życiem, by ratować innych. O kulisach powstania książki „Lekarze i studenci medycyny – kawalerowie Orderu Virtuti Militari w latach 1792–1945” opowiadają

Hanna Bojczuk i Halina Dusińska, autorki,
oraz **prof. Jerzy Jurkiewicz**, wydawca.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

S kąd pomysł stworzenia książki poświęconej lekarzom odznaczonym Krzyżem Virtuti Militari?

Prof. Jerzy Jurkiewicz: Pomysł zrodził się w związku z obchodami 200-lecia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Zainspirowany tą rocznicą, przedstawiłem zarządowi TLW inicjatywę opracowania słownika lekarzy i studentów medycyny, członków Towarzystwa, którzy otrzymali Krzyż Virtuti Militari. Wkrótce autorki, do których zwróciłem się z propozycją napisania książki, zaproponowały rozszerzenie publikacji, by zawierała życiorysy wszystkich lekarzy i studentów medycyny, którzy zostali uhonorowani tym najwyższym wojskowym odznaczeniem. Zdziwiłem się wtedy, bo wiedziałem, że to bardzo trudna i czasochłonna praca. Mimo to autorki podjęły się wyzwania i przez osiem lat pracowały nad książką. Choć w 2018 r. materiał był gotowy merytorycznie, niestety długo nie udawało się znaleźć odpowiedniego wydawcy. Przełom nastąpił,

gdy do współpracy dołączyła Centralna Biblioteka Wojskowa, której dyrektor, Jan Tarczyński, okazał nam wielkie wsparcie. Także nowe kierownictwo OIL w Warszawie, w tym prezes Artur Drobniak, przyjęło nasz projekt z entuzjazmem.

Halina Dusińska: W 2012 r., podczas jednego ze spotkań Zarządu TLW, prezes Jerzy Jurkiewicz wspominał o 220. rocznicy ustanowienia Orderu Virtuti Militari. Hanna Bojczuk, członkini zarządu, zaproponowała przygotowanie listy lekarzy TLW, którzy otrzymali to odznaczenie. Dr Wiesława Granowska zasugerowała, że warto wziąć pod uwagę wszystkich lekarzy uhonorowanych Krzyżem Virtuti Militari. Hanna Bojczuk zaprosiła mnie do współpracy. W efekcie, zamiast zwykłego wykazu, powstał obszerny słownik biograficzny, obejmujący 635 osób – lekarzy, podlekarzy, studentów medycyny, felczerów, którzy w latach 1792–1945 zostali odznaczeni Krzyżem Virtuti Militari za wybitne czyny wojenne i poświęcenie dla ojczyzny.

Jakie źródła informacji były najcenniejsze w procesie tworzenia książki?

Hanna Bojczuk: Przede wszystkim materiały archiwalne i bazy internetowe. Korzystałyśmy z dwóch głównych źródeł: dwutomowego dzieła Zdzisława Wesołowskiego „Order Virtuti Militari i jego kawalerowie 1792–1992” oraz bazy internetowej „Polish Order of the Virtuti Militari Recipients 1792–1992”, a także „Wykazu osób odznaczonych Krzyżem Złotym i Srebrnym Orderu Wojennego Virtuti Militari za czyny bojowe w okresie II wojny światowej 1939–1945” (Warszawa 1998), przygotowanego przez Kapitułę Orderu Wojennego Virtuti Militari III RP, oraz uzupełnień z 2011 i 2013 r. Te źródła były nieocenioną pomocą w odnalezieniu osób odznaczonych za czyny wojenne w czasie II wojny światowej. Dzięki nim udało nam się precyzyjnie ustalić dane oraz życiorysy osób, które miały powiązanie z medycyną.

Jakie napotkałyście panie trudności podczas poszukiwania materiałów do publikacji?

Halina Dusińska: Największym wyzwaniem okazała się identyfikacja osób, ponieważ w większości źródeł nie były podawane zawody odznaczonych. Aby ustalić, kto był lekarzem, korzystałyśmy z akt osób odznaczonych w Centralnym Archiwum Wojskowym, przeglądałyśmy słowniki biograficzne, wspomnienia, nekrologi oraz relacje rodzinne. Często zdarzało się, że kilka osób miało to samo imię i nazwisko, co utrudniało jednoznaczną identyfikację.

Czy podczas badań nad książką pojawiły się historie szczególnie warte podkreślenia?

Prof. Jerzy Jurkiewicz: Tak, dla mnie wyjątkowe są historie dwóch neurochirurgów, Aleksandra Domaszewicza i Jerzego Choróbskiego, pionierów neurochirurgii w Polsce. Szczególnie historia prof. Domaszewicza mnie wzru-

szyla. Jego lekceważenie własnego życia w imię poświęcenia dla ojczyzny nie mieści się w granicach tradycyjnie pojmowanego bohaterstwa. Według niego obowiązek służby ojczyźnie nie ograniczał się do przeżycia, ale oznaczał działanie mimo wszelkiego niebezpieczeństwa. Podobną postawę reprezentował prof. Choróbski, który operował w polowych szpitalach w trudnych warunkach, pod ostrzałem artylerii. To nie były czyny heroiczne w klasycznym sensie, lecz realizacja rozkazu w sytuacji ekstremalnego zagrożenia.

Halina Dusińska: Każda z przedstawionych historii była dla nas poruszająca, bo każda osoba miała swoje unikalne doświadczenia, które wykroczyły poza to, co uznajemy za bohaterstwo. Każdy z tych lekarzy ponosił ogromne ryzyko, poświęcał się, aby ratować innych. Na mnie wyjątkowe wrażenie zrobił życiorys Anny Czuperskiej-Sliwickiej, lekarki, więźniarki Pawiaka, która dostarczała grypsy, ucząc się ich na pamięć, i wielokrotnie ratowała więźniom życie. Dzięki łączności z zewnętrzną grupą konspiracyjną umożliwiała ustalanie, jak mają zeznawać więźniarki. Ostrzegała zagrożonych ludzi i o „spalonych” lokalach. Po wyjściu z więzienia, już w czasie powstania, zorganizowała w swoim mieszkaniu szpital połowy IV Zgrupowania AK „Gurt”.

Hanna Bojczuk: We mnie szczególne emocje wzbudziła historia studenta IV kursu medycyny Wiktora Szokalskiego, który w 1831 r., w Szpitalu Ujazdowskim, odbył szkolenie z udzielania pierwszej pomocy rannym na polu bitwy. Do historii chirurgii przeszedł wykonany przez niego podczas walki zabieg podwiązania uszkodzonej tętnicy udowej.

Czy zauważyły panie cechy charakteru i wartości, które były wspólne dla odznaczonych osób?

Halina Dusińska: Ich wspólną cechą była głęboka troska o innych i poświęcenie, które wykroczyło poza zwykłe obowiązki zawodowe. Byli to ludzie, którzy



Dr Aleksander Domaszewicz (dokument pochodzi ze zbiorów CAW WBH)

nie wahali się zaryzykować własnym życiem, by ratować innych. Często walczyli o wolność ojczyzny, a ich motywacja nie wynikała z chęci zdobycia chwały, ale z głębokiego poczucia obowiązku.

Co chciałyby panie przekazać współczesnym czytelnikom poprzez swoją książkę?

Halina Dusińska: Pragniemy, by była przypomnieniem o wielkim poświęceniu tych ludzi w służbie ojczyźnie. Przesłanie jest proste: historia uczy, że o wolność trzeba walczyć, a bohaterom należy się szacunek i hołd. Mam nadzieję, że książka będzie inspiracją dla współczesnych, by pamiętali o wartościach, które przekazali nam przodkowie.

Hanna Bojczuk: Wierzę, że nasza książka pomoże współczesnym Polakom zrozumieć, czym jest prawdziwy patriotyzm, a ukazane w niej postaci będą służyć za wzór do naśladowania dla kolejnych pokoleń.

Co według pań odróżnia tych odznaczonych lekarzy od innych bohaterów wojennych?

Hanna Bojczuk: Przede wszystkim ich zawód. Lekarz nie tylko walczył na fron-



Dr Anna Czuperska-Sliwicka (fot. ze zbiorów Głównej Biblioteki Lekarskiej Akta IL Warszawsko-Białostockiej, GBL)

Srebrny Krzyż Virtuti Militari nadany dr. Witoldowi Sikorskiemu za udział w Powstaniu Warszawskim, fot. Jens Prausnitz

cie, ale także z narażeniem życia opiekował się rannymi i chorymi. Jego obecność na polu bitwy miała fundamentalne znaczenie dla morale żołnierzy.

Halina Dusińska: Lekarze nie tylko leczyli, ale także organizowali pomoc. Często przejmowali dowodzenie po poległych dowódcach, co miało ogromną wagę dla walczących. Ich rola wykroczyła poza tradycyjne zadania medyczne, decydowała o wytrwałości i skuteczności całych oddziałów.

Jakie są plany wydawnicze TLW?

Prof. Jerzy Jurkiewicz: W najbliższym czasie planujemy wydanie „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” sięgającego 1837 r. Będzie to obszerna publikacja, w której znajdą się nie tylko opisy najważniejszych wydarzeń z historii TLW, ale także biografie najwybitniejszych postaci w historii polskiej medycyny. Liczę na to, że uda nam się zrealizować ten ambitny projekt. Ponadto rozważamy rozpoczęcie serii wydawniczej pt. „Wybitni Polacy. Co medycyna warszawska dała Warszawie”, w której przedstawimy wkład warszawskich lekarzy w rozwój miasta i jego instytucji medycznych. ●

Dr Franciszek Szmyd. Pożegnanie



Dr Franciszek Szmyd urodził się 6.11.1925 r. w Krościenku Wyżnym i tam rozpoczął naukę w szkole powszechnej. Jego szczęśliwą młodość przerwała II wojna światowa. Maturę zdał w 1946 r. i podjął studia lekarskie na Uniwersytecie Wrocławskim. Jako młody lekarz, w 1953 r. został powołany do wojska. Służbę pełnił w jednostce wojskowej w Pomiechówku. Jednocześnie pracował w szpitalu w Nowym Dworze Mazowieckim, tam uzyskał specjalizację z chirurgii oraz z ginekologii.

W latach 1963–1964 pełnił funkcję dyrektora szpitala, w roku 1968 zaś został ordynatorem oddziału ginekologiczno-położniczego i był nim przez 30 lat.

Odszedł od nas 17.11.2024, w wieku 99 lat, pozostawiając po sobie niezatarte wspomnienia. Doktor był niezwykłym człowiekiem, którego trudno opisać jednym słowem. Wychowanek lwowskich profesorów, którzy po wojnie tworzyli Uniwersytet Wrocławski, przejął od nich głęboką wiedzę i najlepsze wzorce zachowań lekarskich. Był lekarzem z powołania, przyjacielem dla wielu, a dla nas wszystkich nauczycielem i inspiracją.

Przez dekady pracy zawodowej nie tylko ratował życie i zdrowie pacjentek, ale także tworzył coś ogromnie ważnego – Rodzinę. Tak właśnie czuliśmy się,

my, Jego współpracownicy. Był dla nas trzecim Rodzicem. Wychował nas zawodowo, nauczył etyki, zaangażowania i odpowiedzialności lekarskiej.

Szef, bo tak Go nazywaliśmy, umiał patrzeć na ludzi z uwagą i wrażliwością, dostrzegając to, co w nich najlepsze. Zawsze chętnie dzielił się wiedzą, kształcąc kolejne pokolenia lekarzy. W sytuacjach trudnych pora dnia nie miała znaczenia. Szef zawsze był dostępny.

Jego życie było świadectwem pasji do medycyny, która nigdy w nim nie wygasła. Nawet w zaawansowanym wieku z ciekawością śledził zmiany w świecie medycznym, zadawał pytania i dzielił się refleksjami. Jego pogoda ducha i niezrównane poczucie humoru sprawiały, że każda rozmowa z Nim była przyjemnością. Był nie tylko lekarzem, ale także Honorowym Obywatelom miasta Nowy Dwór Mazowiecki.

Dzisiaj żegnamy człowieka, który swoim życiem pokazał, jak można być zarówno profesjonalistą, jak i serdecznym, życzliwym człowiekiem. Jego dziedzictwo będzie żyło w sercach pacjentów, których otoczył opieką, we wspomnieniach współpracowników i w historii naszego miasta i naszego szpitala.

Żegnaj Cię, Szefie, w imieniu całej rzeszy Twoich pacjentek i ich dzieci, którym pomogłeś przyjść na świat.

Żegnaj Cię w imieniu Twojego zespołu współpracowników: lekarzy, położnych, pielęgniarek i salowych.

Dziękujemy Ci za Twoją troskę, wiedzę, uśmiech i mądrość. I za to, że byłeś z nami przez te wszystkie lata. Twoja szpitalna rodzina nigdy Cię nie zapomni...

SPOCZYWAJ W POKOJU.

W imieniu zespołu
współpracowników Doktora
– Ewa Łepkowska

Koleżance
dr Marzenie Lubańskiej
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają
koleżanki i koledzy
z Wydziału Orzecznictwa
Lekarskiego
II O/ZUS w Warszawie

Z wielkim żalem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci

**dr Marii Glińskiej-
-Serwin**

wieloletniego konsultanta
wojewódzkiego
ds. toksykologii klinicznej,
współtwórczyni Stołecznego
Ośrodka Ostroch Zatruc,
cenionego lekarza, oddanego
specjalisty i człowieka
o wielkim sercu.

Zespół lekarski Pododdziału
Toksykologii
i dawnego III Oddziału
Chorób Wewnętrznych
Szpitala Praskiego w Warszawie

Z wielkim smutkiem
przyjęliśmy wiadomość
z West Bloomfield w USA
o śmierci naszego Kolegi i Przyjaciela

**dr. Edwarda
Malinowskiego**

kardiologa, rodowitego
warszawianina.

Drogi Edku, zachowamy w pamięci
wspólnie przeżyte chwile.

Żonie Joli oraz Rodzinie
składamy wyrazy najgłębszego
współczucia

koledzy ze studiów w Akademii
Medycznej w Warszawie,
Absolutorium 1962

Dr Aneta Michalska. Wspomnienie



10 listopada 2024 r. w wyniku nieszczęśliwego wypadku zmarła lekarka psychiatra, dr Aneta Michalska, jedna z największych ekspertek w Polsce od leczenia anoreksji i bulimii u dorosłych, kierowniczka Poradni Zaburzeń Odżywiania w Centrum Terapii Dialog, wykładowczyni akademicka. Autorka poradnika dla pacjentów „Jak wesprzeć osoby, które chorują na ano-

reksję” i recenzentka polskiego wydania książki „Pokonać bulimie i zespół napadowego objadania”.

„Świat medycyny stracił wspaniałego lekarza, a Ziemia – cudownego i wrażliwego człowieka, pełnego empatii dla ludzi i zwierząt. Będę Pani zawsze bardzo wdzięczna za wsparcie podczas mojej choroby onkologicznej. Zadbala Pani o wszystko – nie tylko o moją wewnętrzną siłę i samopoczucie, ale również o takie drobiazgi, aby ukochany pies mógł towarzyszyć mi podczas wszystkich aktywności i podróży jako »emocjonalny« towarzysz. Pani Aneto, nie mogę wciąż uwierzyć i otrząsnąć się ze smutku” – napisała jedna z pacjentek Anety.

Nam również trudno pogodzić się z Twoim odejściem. Straciliśmy wybitną specjalistkę, ale także dobrą koleżankę z gabinetu obok. Będzie nam brakować spotkań w pokoju socjalnym, zaciętych dyskusji, żartów, wspólnych wyjazdów

na konferencje psychiatryczne. Będzie nam brakować Twojej obecności i Twojego zaangażowania.

Dr Aneta Michalska kochała podwodny świat. Poświęcała nurkowaniu cały swój wolny czas. *„Nurkowanie niesie niepowtarzalne doświadczenia. To coś więcej niż zwykłe hobby. Ma wymiar terapeutyczny: branie kolejnych oddechów pod wodą pozwala również złapać oddech w życiu”* – pisała Aneta Michalska w wakacyjnym wydaniu „Gazety Lekarskiej”.

Wiemy, że miałaś tak wiele planów nurkowych i zawodowych. Nie wszystkie rozmowy udało nam się dokończyć. Tak wiele spraw i projektów mieliśmy kontynuować po Twoim powrocie z urlopu.

Trudno pogodzić się z tym, co się stało... Bez Ciebie Dialog nigdy nie będzie już taki sam.

Anna Nowak i Michał Feldman
Centrum Terapii Dialog

Z ogromnym smutkiem i żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr. n. med. Janusza Garlickiego

lekarza sportowego, chirurga, ortopedy i traumatologa,
wieloletniego członka Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie,

wiceprzewodniczącego Prezydium Okręgowej Rady
Lekarskiej w Warszawie,

twórcy i redaktora naczelnego miesięcznika Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie „Puls”.

Rodzinie i Bliskim

wyrazy głębokiego współczucia

w imieniu własnym oraz całego samorządu lekarskiego

składa dr n. med. Artur Drobnik,

prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

W związku z nagłą śmiercią

męża

naszej koleżanki, wieloletniej delegatki na zjazd OIL
w Warszawie, członkini Komisji ds. Lekarzy Dentystów,
lek. dent. **Joanny Adamowicz-Zawady**

kondolencje i wyrazy szczerego współczucia
składają członkowie Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Z wielkim smutkiem żegnam zmarłą 12 stycznia 2025 r.

dr Elżbietę Marek-Pietruszkiewicz

Elu,

zaszczytem było pracować z Tobą,

Adam Wojciech Koprowski,
zastępca dyrektora ds. lecznictwa

SZPZLO

Warszawa Praga-Północ

*Bogatym nie jest ten,
kto posiada,
lecz ten, kto daje.*

1,5%

Przekaż 1,5% swojego podatku
na szczytny cel



FUNDACJA
PRO SENIORE

KRS 0000250527

Nr konta
34 2030 0045 1170 0000 0330 4290



FUNDACJA
PRO SENIORE

DOFINANSOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH

Seniorów, którzy nie otrzymali
dofinansowania zakupu wyrobów
medycznych z NFZ czy z PFRON, zachęcamy
do ubiegania się o **dofinansowanie
oferowane przez naszą izbę.**

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
31 marca 2025 r.**



FUNDACJA
PRO SENIORE

REHABILITACJA

Koleżanki i Koledzy,
informujemy, że lekarze i lekarze dentyści,
którzy przynależą do OIL w Warszawie,
ukończyli 60. rok życia i znajdują się w trudnej
sytuacji materialnej, mogą ubiegać się
o **dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych
i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.**

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
31 marca 2025 r.**



OBIADY W KLUBIE LEKARZA

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

Dodatkowe informacje:
Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.

**UCHWAŁA NR 530/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 6 LISTOPADA 2024 R.**

W SPRAWIE PRZYJĘCIA LOGO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
IM. PROF. JANA NIELUBOWICZA

Działając na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.), po przeprowadzonych konsultacjach z członkami Okręgowej Rady Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie przyjmuje nowe logo Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.
2. Logo stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§2

Uchyła się uchwałę nr 25/95/R/II Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 czerwca 1995 r. w sprawie przyjęcia logo Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 539/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 6 LISTOPADA 2024 R.**

W SPRAWIE PRZYJĘCIA TERMINÓW POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE W 2025 R.

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

§1

Przyjmuje się następujące terminy posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w 2025 r.:

- 22 stycznia,
- 19 lutego,
- 19 marca,
- 23 kwietnia,
- 21 maja,
- 25 czerwca,
- 27 sierpnia,
- 24 września,
- 22 października,
- 19 listopada,
- 17 grudnia.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**OBWIESZCZENIE NR 21/OKW-IX/24
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 11 GRUDNIA 2024 R.**

W SPRAWIE WYGAŚNIĘCIA STANOWISKA FUNKCYJNEGO
SKARBNIKA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE IX KADENCJI 2022–2026

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.) oraz Uchwały nr 40/2024/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 11 grudnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 10 grudnia 2024 r. stanowiska funkcyjnego skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Jana Kowalczyka.

§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 22/OKW-IX/24
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 19 GRUDNIA 2024 R.**

W SPRAWIE OGŁOSZENIA WYNIKÓW WYBORÓW
UZUPEŁNIAJĄCYCH NA STANOWISKO FUNKCYJNE SKARBNIKA
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
IX KADENCJI 2022–2026

Na podstawie art. 33 ust. 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.), oraz §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. – Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz na podstawie protokołu Komisji Wyborczej zgromadzenia wyborczego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie obwieszcza się, co następuje:

§1

11 grudnia 2024 r. w wyborach uzupełniających na stanowisko funkcyjne skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 został wybrany **Michał Gontkiewicz – lekarz.**

§2

Obwieszczenie podlega niezwłocznej 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

Zmieniamy się

W poprzednim numerze zaprezentowaliśmy nowe logo Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Ku naszej radości zostało ciepło przyjęte przez członków samorządu lekarskiego. Zmiany nie ominęły także naszego miesięcznika „Puls”, pragniemy bowiem, by przyjemność z jego lektury była jeszcze większa niż do tej pory.

Nowe logo „Pulsu” zdobi okładkę i stronę internetową naszego czasopisma, która także przeszła metamorfozę. Uporządkowany, przejrzysty układ rubryk w biuletynie pozwala szybciej odnaleźć teksty na interesujące czytelnika tematy. Od tego numeru w stałej rubryce „Wybory” będziemy też przeprowadzać Państwa przez zawiloci wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy, ponieważ właśnie Państwo – lekarze i lekarze dentyści – mają realny wpływ na to, jaki będzie samorząd lekarski.

Nie zmieniamy jednak tego, co stanowi istotę naszego miesięcznika. Nadal piszą dla nas autorzy, których cenimy za interesujące merytorycznie i świetne

w formie artykuły. W dziale „Izba bliżej lekarzy” publikujemy też Państwa wspomnienia i opowieści. Prosimy przysyłać je pod adresem puls@oilwaw.org.pl.

A skoro o zmianach mowa, warto pamiętać o nowym serwisie internetowym Okręgowej Izby Lekarskiej. Znajdą tam Państwo informacje o wydarzeniach, szkoleniach i benefitach. „Ułatwiamy życie lekarzom” – to nasze *credo*, dlatego gorąco zachęcamy do korzystania ze strony e-Izba w celu sprawdzania i aktualizacji swoich danych osobowych oraz zawodowych.

Do przeczytania za miesiąc! Piszcie do nas, wysyłajcie e-maile i listy. Bardzo na nie czekamy, ponieważ „Puls”, tak jak Izba, jest o Was i dla Was. ●



WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”

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

REDAKTOR NACZELNA: Aleksandra Sokalska, **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebiezińska

SEKRETARZ REDAKCJI: Karolina Stępniewska – k.stepniewska@oilwaw.org.pl

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

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl

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

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Marta Konarzewska

KOREKTA: Lidia Sadowska-Szłaga

DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiestacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

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



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Artur Drobnik PREZES ORL
Krzysztof Herman WICEPREZES ORL
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Winciunas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Michał Gontkiewicz SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO
Elżbieta Latoszek-Banasiak PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22-542-83-48
SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42 | 22-542-83-82 | 22-542-83-55
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22-542-83-31
BIURO OROZ tel. 22-542-83-22 | 22-542-83-24 | 22-542-83-27
KASA tel. 22-542-83-34 | czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 12.00 do 12.30)
SKŁADKI tel. 22-542-83-38 | 22-542-83-39 | 22-542-83-78 | 22-542-83-96
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22-542-83-20 | 22-542-83-21
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22-542-83-28

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22-542-83-16 | 22-542-83-14
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22-542-83-18 | 22-542-83-19
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-55
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22-541-83-31
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22-542-83-30
BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22-542-83-12
DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22-542-83-32 | staz@oilwaw.org.pl

KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE

**MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ,
MATEK LEKAREK, MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA, SZCZEPIEŃ
DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ** | skladki@oilwaw.org.pl
Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22-542-83-90 | 22-542-83-33
SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30

POZOSTAŁE

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-71
| 22-542-83-75 | 22-542-83-76 | 22-542-83-77 | odz@oilwaw.org.pl
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22-542-83-33
DZIAŁ MEDIÓW I STRATEGII KOMUNIKACJI tel. 22-542-83-83
MARKETING I REKLAMA tel. 22-542-83-53 | 668-373-100 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48-331-36-62 | faks 48-331-17-30
poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00



Złóż z nami



sprawozdanie roczne

W BDO

www.emka.com.pl/sprawozdanie



Zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. z 2023 r. poz. 1587 z późn. zm.) **wytwórcy odpadów** zobowiązani są do złożenia sprawozdania rocznego w systemie BDO do 15 marca 2025 r.

