





Specjalny program ubezpieczeń dla podmiotów leczniczych

Kompleksowa oferta ubezpieczeń dla przychodni oraz gabinetów lekarskich i stomatologicznych

Ubezpieczenie OC obowiązkowe:

- ✓ spełnia wymogi obowiązkowego ubezpieczenia OC - zakres zgodny z Rozporządzeniem Ministra Finansów
- ✓ obejmuje szkody w wyniku rażącego niedbalstwa
- ✓ PZU SA rezygnuje z prawa do regresu

Ubezpieczenia majątkowe dla gabinetów i przychodni:

- ✓ szeroki zakres ubezpieczenia all risk, w zakresie podstawowym odpowiedzialność m.in. za: zniszczenie, kradzież, zalanie, przepięcia, zaniedbania człowieka i wiele innych
- ✓ możliwość ubezpieczenia m.in. lokalu, sprzętu medycznego i elektronicznego, szyb i oszklenia, nakładów adaptacyjnych i środków obrotowych

Ubezpieczenie NNW z ekspozycją na HIV i WZW:

- ✓ zwrot kosztów kuracji antyretrowirusowej wraz z niezbędnymi badaniami
- ✓ wypłata odszkodowania w przypadku zakażenia HIV lub WZW do 200 000 PLN

Ubezpieczenie OC dobrowolne z klauzulą medycyny estetycznej:

- ✓ wysokie sumy gwarancyjne i szeroki zakres ubezpieczenia

ins INS Services

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

INS Services

- ✓ 22 494 36 50 (opłata zgodna z taryfą operatora)
- ✓ biuro@ins-med.pl
- ✓ ins-med.pl

Monika Banaszek | Specjalista ds. sprzedaży ubezpieczeń

- ✓ +48 577 930 480
- ✓ mbanaszek@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



okładka: Marta Konarzewska

TEMAT Z OKŁADKI

4 | Odmienne, ale równe
Aleksandra Sokalska

5 | Medycyna jest kobietą
Artur Drobniak

6 | Kobięca zmiana
Rozmowa z dr n. med.
Aleksandrą Zygułą

8 | Kobieta
Jerzy Bralczyk

**10 | Endometrioza
– postęp w diagnostyce
czy nadrozpoznawalność**
Rozmowa z dr. Piotrem
Świderczakiem

12 | Niewidoczne
Magdalena Flaga-Luczkiewicz

WYBORY

9 | Kandydat na delegata
Aleksandra Sokalska

MEDYCYNĄ

14 | Przełom w leczeniu otyłości?
Karolina Stępniewska

18 | Aby rodzina mogła być razem
Karolina Stępniewska

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

20 | Protetyka – estetyka?
Rozmowa z prof. dr hab. n. med.
Jolantą Kostrzewą-Janicką

**22 | OPG na NFZ – dostępność
bez zmian?**
Anna Prawdzik

**23 | IX Mazowieckie Spotkania
Stomatologiczne**

ZDROWIE PUBLICZNE

24 | Efekt trzech średnich
Małgorzata Solecka

**26 | Dieta na lekach,
czyli jak biznes odchudza Polaków**
Paweł Walewski

28 | Pacjent w labiryncie
Hanna Odziemka

30 | Degresja w AOS
Małgorzata Solecka

31 | Nie uchybiać godności zawodu
Karol Stępniewski

32 | Zrozumieć starość
Rozmowa z dr Agnieszką Skoczył

**36 | EHDS. Ambitny, ale czy realny
projekt UE?**
Artur Olesch

38 | Norweska ochrona zdrowia
Dominik Héj

PRAWO

**40 | Obowiązki lekarza w zakresie
gospodarowania odpadami
medycznymi**
Krzysztof Gołębiowski

42 | Zmiany w prawie
Filip Niemczyk

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

**44 | Interwencje. Nieetyczna
reklama z „lekarzem”**
Monika Potocka

45 | Piłkarskie emocje już wiosną

45 | Naucz się (samo)obrony
Zaproszenie na kurs dla lekarzy

**46 | Spotkanie Noworoczne
Środowisk Medycznych**
Bożena Hoffman-Golańska

**47 | Proza poetycka.
Fragment przeszłości okolic
świętokrzyskich**
Piotr Edward Gołębski

48 | Amerykański sen
Rafał Zadykowicz

PO DYŻURZE

**50 | Lekarskie wspomnienia.
Moja turecka przygoda**
Włodzimierz Cerański

WYDARZENIA

34 | Debata senioralna
Relacja z wydarzenia

**35 | European Health Data
and Innovation Summit**
Relacja z debaty

Odmienne, ale równe



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Kiedyś moja przyjaciółka, feministka, próbując wyjaśnić, dlaczego kobiety powinny być równe mężczyznom, użyła argumentu identyczności. Mocno niefortunnie, bo przecież różnimy się od siebie tak bardzo, że odmienność wyglądu jest jedną z najmniej istotnych w tym porównaniu. Na szczęście we współczesnym świecie (zwykle) już rozumiemy, że równe prawa, szanse, dostęp dla kobiet i mężczyzn powinny być standardem, choć niestety teoria ta nie zawsze idzie w parze z praktyką.

Zrównywanie mężczyzn i kobiet nie powinno oznaczać bagatelizowania ich odmienności, lecz właśnie jej dostrzeganie. Nigdy więc nie wolno nam tracić z oczu różnic między płciami, zwłaszcza w medycynie. Doskonale wyjaśnia to Magdalena Flaga-Łuczkiwicz w swoim artykule, podsumowując: „Wydaje się, że w czasach medycyny spersonalizowanej trudno pominąć płeć pacjenta, a jednak dokładnie tak się dzieje”.

Trzeba też pamiętać, że kobieca odmienność nierozzerwalnie wiąże się z hormonami. Dzielią one całe nasze życie na etapy: najpierw biologicznie dojrzewamy do zostania matkami, potem osiągamy wiek prokreacyjny, a następnie zamykamy ten rozdział menopauzą. I o ile o dojrzewaniu mówimy dużo i głośno, o ile ciąży i macierzyństwem z radością się

chwalimy, o tyle menopauzę zwykle najchętniej przemilczamy. Dlatego poruszamy ten temat w rozmowie ze specjalistką położnictwa, ginekologii i endokrynologii Aleksandrą Zygulą, która podkreśla, że menopauzę można dobrze znosić, a nawet traktować jak wspaniały czas. I nie są to zwykle frazesy, tylko poparte doświadczeniem spostrzeżenia: „Mam wiele pacjentek, które wręcz cieszą się z tego okresu i, jak same przyznają, wreszcie zaczynają naprawdę żyć”.

A jeśli chodzi o równość... Cóż, w tej kwestii jest naprawdę jeszcze wiele do zrobienia. Pisze o tym prezes ORL w Warszawie Artur Drobniak, zaznaczając liczebną przewagę kobiet w medycynie, które – mimo owej przewagi – nadal czasem „doświadczają nierówności placowych oraz trudniejszego dostępu do stanowisk kierowniczych”. Pisze o tym także, choć niebezpośrednio, Hanna Odziemcka, przedstawiając historię kobiety – matki, żony, strażniczki ogniska domowego, pracownicy – która w końcu nie wytrzymała naporu obowiązków i trafia do szpitala. Gdzie tu nierówność? Odsyłam do artykułu. Ja po jego przeczytaniu zadałam tylko jedno pytanie: „Czy potrafisz sobie w tej samej roli wyobrazić mężczyznę – ojca, męża, obrońcę rodziny, pracownika?”. Po przeczytaniu historii odpowiedź przychodzi sama.

fot. Zuzanna Sokalska

e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentyków

Nowoczesny dostęp do danych

prosta aktualizacja | wygoda | bezpieczeństwo



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

zaloguj się
i sprawdź





Medycyna jest kobietą



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Zbliżający się Dzień Kobiet to doskonała okazja, by głośno oznajmić niezaprzeczalny fakt – polska medycyna ma kobiecą twarz. W ostatnich dekadach obserwujemy dynamiczny wzrost liczby kobiet wykonujących zawody medyczne, ze szczególnym uwzględnieniem zawodu lekarza i lekarza dentystry. Wkład lekarek w rozwój nauk medycznych oraz organizację systemu ochrony zdrowia jest nieoceniony. Jako prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, mam zaszczyt i odpowiedzialność reprezentować środowisko, w którym kobiety są większością i często odgrywają kluczowe role.

Życzę też sobie i Wam, byście Drogie Koleżanki chciały się jeszcze mocniej angażować w pracę na rzecz środowiska lekarskiego – w charakterze delegatek na Okręgowy Zjazd Lekarzy, członkiń Okręgowej Rady Lekarskiej czy w wymiarze bardziej spokojnym, ale równie istotnym, pełnym oddolnych inicjatyw – w Zespole ds. Matek Lekarek OIL w Warszawie.

PRZEWAGA LICZEBNA Kobiet W SPOŁECZEŃSTWIE I W ZAWODZIE LEKARZA

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że kobiety stanowią około 51,6 proc. polskiej populacji. Przewaga ta staje się jeszcze bardziej widoczna, gdy weźmiemy pod uwagę długość życia – kobiety żyją średnio 81 lat, podczas gdy mężczyźni 73 lata.

Owa tendencja znajduje odzwierciedlenie w strukturze zawodowej środowiska lekarskiego. Obecnie aż 62,97 proc. wszystkich lekarzy w Polsce to kobiety. Jeszcze większa ich przewaga widoczna jest wśród lekarzy dentystrów – kobiety stanowią aż 73 proc. praktykujących specjalistów. Podobne proporcje można zaobserwować w grupie studentów kierunków lekarskich. Na wielu uczelniach ponad 70 proc. ogółu osób kształcących się w zawodzie lekarza stanowią kobiety.

KOBIEТЫ W NAUCE I ZARZĄDZANIU OCHRONĄ ZDROWIA

Wzrost liczby kobiet w zawodach medycznych pociąga za sobą ich stale rosnącą rolę w nauce i zarządzaniu. Coraz więcej lekarek piastuje stanowiska kierownicze w szpitalach i placówkach medycznych, a także pełni funkcje akademickie i badawcze. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że mimo liczebnej przewagi, kobiety nadal są niedoreprezentowane na najwyższych stanowiskach kierowniczych w instytucjach ochrony zdrowia. Zmiany, choć coraz bardziej widoczne, postępują powoli. Konserwatyzm medycyny i tu przejawia swoją siłę. Pozostaje mieć zatem nadzieję, że wzrost roli kobiet wkrótce znacząco przyspieszy.

WYZWANIA I PRZYSZŁOŚĆ

Mimo liczebnej przewagi kobiet w medycynie, nadal napotykać one trudności z godzeniem pracy zawodowej z życiem prywatnym, zwłaszcza w kontekście macierzyństwa. Wiele lekarek doświadcza również nierówności płacowych oraz trudniejszego dostępu do stanowisk kierowniczych. To wyzwania, którym jako środowisko musimy sprostać, dążąc do stworzenia bardziej sprawiedliwego i wspierającego systemu pracy dla wszystkich lekarzy, niezależnie od płci.

Polska medycyna coraz bardziej staje się kobietą. To trend, który zapewne będzie się nasilał w kolejnych latach. Naszym wspólnym zadaniem jest zapewnienie, aby ten kobiecy potencjał był w pełni wykorzystany, a polska medycyna zapewniała równe szanse wszystkim.

Jako prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w pełni popieram i zawsze będę wspierał wszelkie działania na rzecz równouprawnienia oraz rozwoju zawodowego kobiet w polskiej medycynie.

Kobieca zmiana

Każda musi przez nią przejść, rzadko która głośno o niej mówi. Najpierw, bo jeszcze ma czas, później, bo woląaby jej zaprzeczyć. O menopauzie głośno i otwarcie rozmawiam z **dr n. med. Aleksandrą Zygułą**, specjalistką położnictwa, ginekologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Jaka jest definicja menopauzy? Mamy z nią do czynienia, jeśli kobieta nie miesiączkuje przez co najmniej 12 kolejnych miesięcy, pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn. Poprzedza ją trwająca zwykle kilka lat premenopauza, podczas której zachodzą stopniowe zmiany hormonalne i metaboliczne. Natomiast perimenopauza, czyli okres okołomenopauzalny, obejmuje od kilku lat przed menopauzą do 12 miesięcy po jej wystąpieniu. Po menopauzie przychodzi postmenopauza, która trwa do końca życia.

Jakie objawy można mieć w tym czasie?

Zwykle jako pierwsze pojawiają się zaburzenia cyklu miesiączkowego: miesiączki występują nieregularnie, mogą być też bardziej obfite. Kolejne objawy to uderzenia gorąca, zlewne poty, kłopoty ze snem, pogorszenie nastroju. Bywa też, że kobiety mają zawroty głowy, kołatanie serca, bóle stawów, kłopoty z pamięcią czy koncentracją uwagi. Najczęstszym jednak symptomem jest zwiększona drażliwość, którą odczuwa w tym czasie ponad 90 proc. kobiet! Tylko że zwykle nie łączymy jej z menopauzą, lecz raczej ze stresem, trudnymi

sytuacjami zawodowymi i prywatnymi lub ze zmęczeniem.

Istotnym objawem menopauzy jest także spowolniony metabolizm, który czasem skłania kobiety do zasięgnięcia porady medycznej. Pacjentki zgłaszają się do lekarza i skarżą na nagły przyrost masy ciała, mimo że nie zmieniły dotychczasowego trybu życia. Nie wiążą tego z nadchodzącą menopauzą, jednak obawiają się przyrostu masy ciała, dlatego szukają porady.

Tych uciążliwych objawów rzeczywiście jest bardzo dużo, więc może warto je opóźnić? Mamy taką moc, by przesunąć menopauzę?

Niestety, nie mamy na to znaczącego wpływu. Jednak zdrowy styl życia może odegrać istotną rolę w opóźnieniu menopauzy. Kluczowe znaczenie ma regularna aktywność fizyczna oraz dieta bogata w antyoksydanty (np. zieloną herbatę), fitoestrogeny (m.in. soję, siemię lniane), witaminę D i wapń. Ważne jest również unikanie przewlekłego stresu, który podwyższa poziom kortyzolu – hormonu mogącego przyspieszać menopauzę. Badania wskazują, że istotnym czynnikiem wpływającym na to, w jakim wieku wystąpi menopauza, jest

palenie tytoniu – palaczki doświadczają menopauzy średnio o dwa, trzy lata wcześniej niż kobiety niepalące. Związki zawarte w nikotynie przyspieszają bowiem utratę rezerwy jajnikowej.

Musimy przejść menopauzę, ale czy musimy też znosić jej objawy?

Najskuteczniejszą metodą łagodzenia objawów menopauzy jest hormonalna terapia menopauzalna (HTM). Zgodnie z wytycznymi prestiżowego Północnoamerykańskiego Towarzystwa Menopauzy (NAMS), które regularnie publikuje aktualizowane rekomendacje dotyczące tego etapu życia, każda kobieta w okresie okołomenopauzalnym powinna rozważyć stosowanie HTM, o ile nie występują u niej przeciwwskazania.

Kto nie może stosować takiej hormonalnej terapii?

Przeciwwskazaniami bezwzględными są choroby naczyń tętniczych. Terapii hormonalnej nie można stosować u kobiet po przebytych zawałach serca, TIA (przemijającym niedokrwieniu mózgu), udarze mózgu, zatorowości płucnej, a także u pacjentek z zakrzepicą żył głębokich albo z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym (w skali SCORE-2). HTM nie można też wprowadzać u kobiet, które mają lub przebyły raka piersi.

Pomarańczowe światło przed zastosowaniem hormonalnej terapii menopauzalnej powinno się zapalić również w przypadku pacjentek z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, hiperlipidemią, zespołem metabolicznym i obciążonych większym ryzykiem zachorowania na raka piersi. W grupie ryzyka znajdują się również kobiety otyłe, prowadzące siedzący tryb życia i palące. W tych przypadkach zaleca się stosowanie HTM w formie przezskórnej, co może zmniejszyć ryzyko działań niepożądanych. U pozostałych kobiet hormonalna terapia menopauzalna powinna być absolutnym standardem, dlatego tak istotne jest szczegółowe informowanie pacjentek o jej korzyściach dla zdrowia i jakości życia.

Jakie konkretnie są jej zalety?

Na początku warto podkreślić, że pacjentki rozpoczynające hormonalną terapię menopauzalną niemal natych-

miast odczuwają ulgę – ustępują u nich najbardziej uciążliwe objawy, takie jak uderzenia gorąca i zlewne poty. HTM pomaga również zmniejszyć drażliwość oraz poprawia komfort życia seksualnego, który w okresie menopauzy, z powodu spadku poziomu estrogenów, może być znacznie obniżony.

To jednak niejedynie korzyści. Stosowanie HTM zmniejsza ryzyko osteoporozy, a tym samym groźnych złamań, nagłych incydentów sercowo-naczyniowych oraz ogranicza prawdopodobieństwo rozwoju choroby Alzheimera. Kobiety niestosujące HTM są na te schorzenia znacznie bardziej narażone. Z medycznego punktu widzenia terapię hormonalną warto wdrożyć jak najwcześniej, aby zapewnić maksymalne korzyści zdrowotne.

A jak długo ją stosować?

Dawniej panowało przekonanie, że hormonalną terapię menopauzalną można stosować maksymalnie przez 10 lat. Jednak zgodnie z aktualnymi rekomendacjami NAMS, po upływie tego czasu należy ocenić, czy nie pojawiły się nowe czynniki, które mogłyby stanowić przeciwwskazanie do jej kontynuacji. Jeśli ich brak, terapię można bezpiecznie prowadzić dalej.

Czy kobieta, która nie stosuje HTM, jest skazana na wszystkie objawy menopauzy?

Nie, choć to właśnie hormonalna terapia najskuteczniej je eliminuje. Jeśli jednak pacjentka nie może jej stosować, pomocne mogą być fitoestrogeny, takie jak izoflawony sojowe czy preparaty z pluskwicy groniastej. W łagodzeniu uderzeń gorąca skuteczne bywają także leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI lub SNRI. Istotną rolę odgrywa również aktywność fizyczna, odpowiednia dieta i utrzymanie prawidłowej masy ciała.

Do jakiego wieku menopauza jeszcze nie powinna się pojawić, a w jakim powinna już się rozpocząć? A może takich granic nie ma?

Średni wiek wystąpienia menopauzy u kobiet w populacji europejskiej wynosi 50–51 lat, jednak jej zakres czasowy jest dość szeroki – zazwyczaj poja-

wia się między 45. a 55. rokiem życia. Według literatury medycznej powinna wystąpić do 55. roku życia. Zdarzają się jednak przypadki, że ma miejsce później, co – ze względu na dłuższy okres miesiączkowania – wiąże się ze zwiększonym ryzykiem nowotworów, m.in. piersi, jajnika czy endometrium.

Mimo to lekarzy bardziej niepokoi przedwczesna menopauza. Z medycznego punktu widzenia zakończenie miesiączkowania nie powinno nastąpić przed 40. rokiem życia. Gdy tak się zdarzy, mówimy o przedwczesnej menopauzie. Dotyczy ona około 1 proc. kobiet i częściej występuje u pacjentek z cukrzycą typu 1, chorobami autoimmunologicznymi oraz poddawanych leczeniu onkologicznemu.

Dlaczego tak wczesna menopauza może być niebezpieczna?

Kobiety, u których zbyt wcześnie dochodzi do wygaśnięcia czynności jajników, a tym samym niedoboru estrogenów, są szczególnie narażone na choroby układu krążenia, miażdżycę, udar mózgu, osteoporozę, a także chorobę Alzheimera. Dlatego w takich przypadkach jak najszybciej wdraża się hormonalną terapię menopauzalną, aby zminimalizować te zagrożenia.

Czy kobieta w okresie menopauzalnym powinna konsultować się tylko z ginekologiem?

Nie. Regularne wizyty u ginekologa są bardzo ważne, a każde krwawienie lub plamienie po menopauzie wymaga natychmiastowej konsultacji, ponieważ może być pierwszym sygnałem nowotworu. Opieka nad pacjentką w tym okresie powinna być jednak kompleksowa, bo menopauza wpływa na cały organizm. W razie potrzeby warto skonsultować się z endokrynologiem, urologiem,

neurologiem, diabetologiem, a także psychologiem lub psychiatrą – wiele kobiet odczuwa w tym czasie obniżenie nastroju, choć nie zawsze o tym mówi.

Menopauza nie musi jednak oznaczać czegoś negatywnego. Ma również swoje zalety – nie musimy stosować antykoncepcji ani obawiać się ciąży, co daje większą swobodę w życiu seksualnym. Znikają też objawy napięcia przedmiesiączkowego, bolesne i obfite miesiączki, a nasze emocje stają się bardziej stabilne.

Dla wielu kobiet jednak menopauza nadal jest intymną sprawą i nie przyznają się do niej w towarzystwie.

To prawda, ale wiele się zmieniło i coraz więcej kobiet postrzega menopauzę jako nowy, pozytywny etap życia. Wystarczy spojrzeć na znane aktorki czy pisarki, które otwarcie o niej mówią – można się nimi inspirować. Mam wiele pacjentek, które wręcz cieszą się z tego okresu i, jak same przyznają, wreszcie zaczynają naprawdę żyć. ●



fot. Monika Olszewska

KOBIETA



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Na funkcjonowanie słowa składają się, w różnym stopniu, denotacja, czyli jego zakres znaczeniowy, i konotacja, czyli zespół skojarzeń, odniesień emocjonalnych, często związanych z ocenami. I te skojarzenia się zmieniają. Słońce to nasza najbliższa gwiazda, ale też coś, co ogrzewając, oświetlając, wywołuje w nas różne odczucia. I słowo to, nie tylko przez liczne metafory, także w podstawowym znaczeniu, kojarzy się na ogół na różny sposób pozytywnie. Ale gdy upał, gdy susza albo gdy Słońce może stanowić zagrożenie – konotacje się zmieniają.

Słowo *kobieta* (i jego odpowiedniki w różnych językach) jest niejako naturalnie wyposażone w bogate konotacje. Że płęć ma znaczenie także ściśle językowe, świadczy choćby obecne w wielu językach gramatyczne rozróżnienie rodzajów. Upraszczając: słowo *kobieta* może mieć wydźwięk niezwykle pozytywny, lecz także wiązać się z negatywną oceną. Zauważmy, że słowo *mężczyzna* – oczywiście niesprawiedliwie – jest w ogromnej większości zastosowań zdecydowanie pozytywne, a już wyrażenie *prawdziwy mężczyzna* – niemal wyłącznie. Tymczasem *prawdziwa kobieta*, zwłaszcza w ustach mężczyzn, brzmi co najmniej różnie... Przykłady użycia, wskazujące na nierówność postrzegania, można mnożyć. W tym przypadku, jak rzadko kiedy, zmienność proporcji ocen łączy się z prądami kulturowymi.

Nawet sposób wypowiedzenia słowa *kobieta* wskazuje bądź na podziw, szacunek, zachwyt, bądź na lekceważące potępienie. Dawna postać fonetyczna, z pochyloną, zbliżoną do {i} drugą samogłoską, może też wyrażać szczególnie stosunek.

Pochodzenie tego słowa w języku polskim, w różnych etymologicznych wskazaniach rozmaite, może łączyć się z tą ambiwalencją. Uznać można, że wcześniejsze zastosowania wiązały się z oceną negatywną, neutralne lub pozytywne określenia płci były inne. W słowach *żena*, *białogłowa*, *niewiasta* i w wielu innych nie było pierwiastka negatywnego. *Niewiasta*

to zresztą była nie tyle 'ta, co nie wie', ile 'ta, o której się nie wie', na przykład wchodząca dopiero do rodziny synowa. Ta, co wie więcej, stawała się *wiedźmą*.

Większość wywodów etymologicznych wskazuje jako źródło słowo *kob* (czy też *kób*), oznaczające 'chlew'. Niektórzy w druginym członie widzą też zapożyczone z niemieckiego *geit*, czyli 'koza' – zatem mogłaby to być 'koza z chlewa'. Ale są i tacy, którzy przywołują inne słowo, prasłowiańskie *kob*, oznaczające 'wróźbę z lotu ptaków', a nawet niepoświadczone wprawdzie, ale możliwe, *kobiti*, czyli właśnie 'wróżyć'. A może *kobieta* wzięła się z połączenia tego *kob* z *veta* (od *vetiti* – 'mówić') i była 'wieszczką'. Bielski pisał „*zową nas kobietami, a nie do końca mają rozum sami*”, co wskazywałoby na brak rozumu kobiecego, a tu przeciwnie, kobiety wieszczące wiedzy mają aż nadto. Potem z *kobietą* łączono raczej intuicję (*kobieca intuicja*) niż logikę (*kobieca logika*)...

A była jeszcze etymologia łącząca słowo *kobieta* ze słowem *kobię*, miło oznaczającym pisklę kokuva... Ale dominowały użycia negatywne, do słowa *kobieta* dodawano różne paskudne przymiotniki, a w połowie XIX w. słownik podawał, że *kobieta* to słowo rzadkie, „*w dawnych pismach używane i tylko z pogardą*”.

Pozbycie się negatywnej oceny w podstawowym użyciu tego słowa zawdzięcza ono najpierw bodaj biskupom Naruszewiczowi i Krasieńskiemu. Wtedy też zaczęto widzieć *kobieca* sprawczość („*My rządźmy światem, a nami kobiety*”), co dało początek mniemaniu, że za każdym męskim sukcesem stoi *kobieta*. Potem, w okresie romantycznym, *kobieta* stała się już pod tym mianem obiektem nieszczęśliwej zazwyczaj miłości, istotą tajemniczą i coraz to wspanialszą, choć niebezpieczną. Tak myśleli głównie mężczyźni, a kobietom to bodaj odpowiadało...

A co było dalej, pamiętamy dobrze. I wiemy, co jest teraz. Co będzie, nie wiadomo.

Kandydat na delegata

W naszym cyklu wyborczym co miesiąc przybliżamy temat wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji. W tym odcinku wyjaśniamy, jak zgłosić kandydata do wyborów i jakie są obowiązki delegata.



ALEKSANDRA SOKALSKA

Zgodnie z Regulaminem wyborów, kandydata na delegata na OZL zgłasza się do OKW w terminie i miejscu przez nią ustalonym lub w tożsamym terminie w systemie głosowania elektronicznego. Zatem po podjęciu przez ORL uchwały o ostatecznej liczbie rejonów, ich nazwach i składzie rozpocznie się przyjmowanie przez OKW zgłoszeń kandydatów na delegatów. O dokładnych datach będziemy na bieżąco informować w miesięczniku i serwisie OIL w Warszawie.

KTO MOŻE ZOSTAĆ KANDYDATEM

Kandydatem na delegata może zostać lekarz lub lekarz dentyista, który ma prawo do głosowania i spełnia warunki, aby zostać wybranym. W praktyce oznacza to, że może kandydować lekarz, który nie był karany oraz nie ma zawieszonych praw wykonywania zawodu.

Aby zgłosić swoją kandydaturę, lekarz musi podpisać oświadczenie, w którym potwierdza, że nie został ukarany oraz że nie istnieją żadne przeszkody wynikające z Kodeksu Etyki Lekarskiej i innych obowiązujących przepisów, które uniemożliwiłyby mu pełnienie funkcji delegata.

ZGŁASZANIE KANDYDATÓW

Regulamin wyborów jasno wskazuje, że liczba kandydatów może być nieograniczona, czyli każdy członek danego rejonu, który spełnia warunki biernego prawa wyborczego, może zgłosić swoją kandydaturę. W praktyce w większości rejonów zgłaszanych jest zwykle od jednego do kilku kandydatów. Zdarza się jednak, że w niektórych rejonach

nie ma zgłoszeń. W ostatnich wyborach na prawie 400 dostępnych mandatów kandydowało niewiele ponad 200 osób. – *Choć droga do kandydowania jest otwarta dla wszystkich spełniających wymagania, w wielu rejonach wciąż brakuje lekarzy zainteresowanych pełnieniem tej funkcji* – zwraca uwagę Mery Topolska-Kotulecka, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie.

Lekarz, który chce kandydować, może zgłosić się sam, składając papierowy wniosek osobiście za pośrednictwem Okręgowej Izby Lekarskiej do Okręgowej Komisji Wyborczej lub dokonując zgłoszenia w systemie głosowania elektronicznego. Kandydatów mogą również zgłaszać inni członkowie danego rejonu, jednak tylko pod warunkiem, że zgłaszany lekarz lub lekarz dentyista wyrazi na to zgodę.

Po zakończeniu przyjmowania zgłoszeń OKW sporządza listę kandydatów, przyjmuje ją w drodze uchwały, publikuje na stronie internetowej OIL i w BIP oraz udostępnia w siedzibie izby. Tam też można zapoznać się z informacjami na temat poszczególnych kandydatów i ich programem wyborczym.

ZADANIA DELEGATA

Bycie delegatem to nie tylko obowiązek, ale przede wszystkim szansa na realny wpływ na funkcjonowanie samorządu lekarskiego. To prawo reprezentowania środowiska medycznego, zgłaszania istotnych postulatów i uczestniczenia w decyzjach dotyczących przyszłości zawodu. Delegat ma okazję bezpośrednio wpływać na pracę lekarzy, a także brać udział

w inicjatywach, które mogą poprawić warunki pracy i rozwój zawodowy całego środowiska. Jego kluczowym zadaniem jest uczestnictwo w corocznym Okręgowym Zjeździe Lekarzy.

Najważniejszy jest pierwszy zjazd (zawsze odbywa się stacjonarnie). To zjazd sprawozdawczo-wyborczy, podczas którego wybierane są władze samorządu. – *Właśnie na tym zjeździe delegat głosuje na konkretnego kandydata na prezesa i wybiera nowe władze, tym samym kształtując samorząd na cztery kolejne lata. To ogromna moc sprawcza* – podkreśla Mery Topolska-Kotulecka. Kolejne zjazdy mogą odbywać się w formie hybrydowej (można w nich uczestniczyć stacjonarnie lub online), z wyjątkiem sytuacji, gdy trzeba dokonać wyborów uzupełniających – wtedy zjazd musi się odbyć stacjonarnie. ●

SIŁA OZL

Delegaci na OZL za sprawą swoich głosów mają ogromny wpływ na kształt izby. Na pierwszym zjeździe wybierają:

- prezesa ORL,
- okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców,
- członków Okręgowej Rady Lekarskiej,
- członków Okręgowej Komisji Wyborczej,
- członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
- członków Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Endometrioza

– postęp w diagnozie czy nadrozpoznowalność

*Im wcześniej rozpoznamy endometriozę, tym większa szansa na jej zatrzymanie i skrócenie cierpienia. Trzeba jednak dodać, że obserwujemy nadrozpoznowalność choroby – mówi **Piotr Świderczak**, ginekolog położnik ze Szpitala Klinicznego im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie.*

rozmawiała **MAŁGORZATA WÓDZ**

Kobiety są coraz bardziej świadome istnienia endometriozy i jej objawów. Jak pan odbiera rosnącą wiedzę pacjentek? Na problem należy spojrzeć z dwóch stron. Przede wszystkim endometrioza jest chorobą, która dotyczy około 180 mln kobiet na świecie. Szacujemy, że choruje na nią 10 proc. pacjentek w wieku rozrodczym. To również problem wieku nastoletniego, który jest bagatelizowany, a np. ogniska endometriozy otrzewnowej rozpoznajemy również u 13-latek.

Do niedawna jej diagnostyka zajmowała kilka lat. Nim pacjentki usłyszały właściwe rozpoznanie, odwiedzały wielu specjalistów. Mówiono im: taka pani uroda, bolesne miesiączki to rzecz normalna. Co oczywiście nie jest prawdą. Dobrze więc, że wiedza o istnieniu tej choroby się rozpowszechnia. Ale jest też druga strona medalu. Coraz więcej pacjentek przychodzi do gabinetu, twierdząc, że ma endometriozę, a rozpoznają ją u siebie na podstawie wiadomości z mediów społecznościowych lub innych niesprawdzonych źródeł.

Ile samodiagnostujących się kobiet ma rację?

U około 40 proc. pacjentek rzeczywiście występują objawy endometriozy,

na które wcześniej żaden specjalista nie zwrócił uwagi. Natomiast większość tej choroby nie ma. Przyczyną dolegliwości, także długotrwałych, mogą być różne choroby. Wykluczenia wymaga wiele innych przyczyn bólu, np. zespół przekrwienia biernego miednicy mniejszej, który wydaje się zapomniany przez część ginekologów. Gdy uzupełniamy wywiad medyczny, okazuje się, że pacjentki o takiej chorobie nigdy nie słyszały. Fakt, że kobieta od wielu lat ma bolesne miesiączki, nie znaczy, że choruje na endometriozę.

W mediach endometrioza jest przedstawiana jako główna przyczyna bolesnych miesiączek i stosunków, tymczasem miewa ona również zupełnie inny przebieg. 30 proc. pacjentek nawet z ciężką endometriozą IV stopnia, rozpoznawaną podczas zabiegu operacyjnego (stopień zaawansowania choroby możemy rozpoznać tylko w wyniku operacji, a nie diagnostyki obrazowej), nie ma żadnych dolegliwości. Chorobę często odkrywa się przypadkowo, w trakcie diagnostyki z innego powodu.

Wspomniał pan o problemie związanym z endometriozą u nastolatki. Czemu on dotyczy?

W wieku nastoletnim choroba może objawiać się inaczej. Do jej rozpozna-



fot. D. Lebedzińska

nia skłaniają bolesne miesiączki, w których nasilenie się dolegliwości występuje po upływie 12 miesięcy od pierwszej menstruacji. Dolegliwości mogą pojawiać się acyklicznie. W wieku nastoletnim nawet 90 proc. miesięczek jest bolesnych, a tylko 10 proc. pacjentek ma potwierdzoną endometriozę.

Przed jakimi wyzwaniami staje środowisko lekarskie w związku z rosnącą wiedzą pacjentek? Czy młodzi lekarze są lepiej przygotowani do rozpoznawania tej choroby?

Nadal spotyka się panie przez długi czas leczone tylko przeciwwzapalnie lub antykoncepcyjnie, które o chorobie dowiadują się np. od koleżanek, a nie – niestety – od lekarza. Obserwuję jednak, że kobiety, które zgłaszają się do gabinetów lekarskich z powodu bólu lub mają problemy z zajściem w ciążę, obecnie częściej kierowane są na badania w kierunku endometriozy. Trafiają na nie coraz młodsze pacjentki, także te przed 18. rokiem życia.

Dlaczego wczesna diagnostyka w przypadku endometriozy jest tak ważna?

Przegapienie u pacjentki endometriozy i doprowadzenie do rozwoju choroby jest bardzo dużym błędem. Endome-



trioza to poważny problem. W pewnym stopniu można porównać ją do nowotworu. Jest chorobą przewlekłą, której nie jesteśmy w stanie wyleczyć. A nieleczone może prowadzić do poważnych powikłań: niepłodności, niedrożności przewodu pokarmowego czy trwałego uszkodzenia nerek. Późne jej rozpoznanie może też skutkować koniecznością wykonania u kobiety rozległego zabiegu operacyjnego.

Jeżeli natomiast zdiagnozujemy większą grupę pacjentek, uda nam się pomóc im zdecydowanie wcześniej. Być może nawet wyhamujemy rozwój choroby i w ten sposób zmniejszymy ryzyko poważnych komplikacji, trudnych i kosztownych w leczeniu.

Skoro rośnie liczba podejrzeń endometriozy, jakie problemy, pana zdaniem, pojawiają się w dalszym postępowaniu diagnostyczno–lecniczym?

Ponieważ mamy do czynienia z nadrozpoznowaniem choroby, obserwujemy też zjawisko jej „nadleczenia”. W przypadku podejrzenia endometriozy pacjentka nie zawsze jest kierowana na diagnostykę specjalistyczną. Według obowiązujących rekomendacji, jeżeli nie planuje w najbliższym czasie ciąży, otrzymuje tylko, na podstawie badania przez ginekologa, leczenie hormonalne, które ma złagodzić dolegliwości. Jeżeli później taką pacjentkę operujemy z innego powodu, okazuje się, że endometriozy nie było. Nie będę twierdził, że to częsty problem, ale trzeba również o nim pamiętać.

Takie postępowanie jest zgodne z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników z 2023 r., które mówią o tym, że ginekolodzy i inni specjaliści mają prawo zastosowania leczenia hormonalnego bez potwierdzenia choroby laparoskopowo. Dzięki temu wdrożenie leczenia jest zdecydowanie szybsze, szybciej też można pomóc pacjentkom. Ale część z nich będzie żyła z rozpoznaniem endometriozy, której nie ma. Rodzi się więc pytanie, czy należy wybierać taką drogę, jeżeli np. nie ma innych wskazań do leczenia hormonalnego.

Nie jesteśmy przeciwko takiemu leczeniu, ale pojawia się kwestia, czy jest ono w tej sytuacji potrzebne. Ginekolodzy coraz więcej wiedzą na temat endometriozy. Kiedyś pacjentka słyszała: taka pani uroda, musi pani z tym jakoś

żyć. Teraz może usłyszeć: pewnie ma pani endometriozę, dam pani tabletki antykoncepcyjne i to powinno pomóc.

Musimy pamiętać, że nawet gdy zastosujemy leczenie hormonalne, powinniśmy skierować pacjentkę na diagnostykę ekspercką i specjalistyczną, by sprawdzić, czy rzeczywiście leczymy endometriozę. Nie kończymy na rozpoznaniu choroby i kropka. Endometrioza to nie tylko torbiele endometrialne, ale również ogniska na otrzewnej lub ogniska endometriozy głębokiej. Uwidocznienie takich zmian w badaniach obrazowych wymaga diagnostyki na poziomie eksperckim.

Zdiagnozowane pacjentki często szukają w Internecie informacji, gdzie zoperować endometriozę. Jak można poprawić jakość opieki w tym zakresie?

Planowany jest podział placówek zajmujących się leczeniem endometriozy według stopni referencyjności, podobnych jak przyznawane w położnictwie. Specjaliści zajmujący się diagnostyką endometriozy mogliby informować pacjentkę, w ośrodku o jakim stopniu referencyjności powinna być operowana.

Oczywiście, pacjentki mają prawo wyboru najlepszego ośrodka, również komercyjnego. Ale przy bardzo zaawansowanej endometriozie nie powinny trafiać do placówek, w których operuje się chorobę na wstępnym etapie, gdyż w takim miejscu operacja nie będzie wykonana w sposób radykalny. Natomiast kobiety, które mają bardzo wczesne zmiany, np. z niskim ryzykiem endometriozy głębokiej, mogłyby być operowane w ośrodkach I stopnia. ●



Z okazji Światowego Dnia Endometriozy, obchodzonego 30 marca, zapraszamy wszystkich lekarzy na **szkolenie** organizowane przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie



Endometrioza – wielowymiarowe podejście: diagnostyka, farmakoterapia, techniki inwazyjne

Wykładowcy: prof. dr hab. n. med. Michał Ciebiera,
dr n. med. Artur Drobniak,
dr hab. n. med. Marek Stańczyk,
lek. med. Piotr Świderczak

27.03.25 r., godz. 17.00–20.00
Szkolenie online

Niewidoczne

Dużo mówi się dziś o równouprawnieniu, tymczasem w wielu obszarach kobiety nadal pozostają niewidoczne.



MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ
pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy

W Polsce na 100 mężczyzn przypada 107 kobiet (dane GUS z 2022). Kobiety częściej chorują przewlekłe, u mężczyzn częściej występują choroby i inne stany potencjalnie śmiertelne. W efekcie kobiety żyją dłużej, ale to mężczyźni przeżywają więcej lat w dobrym zdrowiu.

Niestety nierówności między płciami dotyczą także podejścia lekarzy do pacjentów i pacjentek. Przypominam sobie badanie, z którego wynikało, że mężczyźni zgłaszający objawy wskazujące na zawał serca byli traktowani poważniej niż kobiety z takimi samymi objawami, u których częściej lekarze sugerowali tło psychogenne.

A czy wiedza medyczna, którą dysponujemy, dotyczy w równym stopniu organizmów kobiet i mężczyzn? Zajrzyjmy na chwilę do laboratoriów, gdzie odbywają się badania na zwierzętach, głównie gryzoniach. Zapewne dla wygody, by nie utrudniać sobie niepotrzebnie zadania, badacze preferują jako obiekty badawcze samce, u których nie będzie cyklicznych wahań poziomu hormonów i związanych z tym zmian. To postępowanie jest tak oczywiste, że często nie odnotowuje się go w publikacjach – płci zwierząt nie określono w 22–60 proc. artykułów, w zależności od dziedziny.

Przy tym wiele badań dotyczyło chorób występujących u kobiet częściej niż u mężczyzn (!), choć badano modele chorób występujących u obu płci.

Co z badaniami na ludziach? W 1977 r., w związku z masowym wystąpieniem poważnych wad wrodzonych u dzieci matek leczonych w ciąży thalidomidem, amerykańska Food & Drug Administration, dyktująca światowe standardy w zakresie badań i rejestracji leków, całkowicie zakazała włączać do badań pierwszej i drugiej fazy kobiety w wieku produkcyjnym, co sprawiło, że w następnych latach jedynymi uczestnikami badań byli mężczyźni. Musiały minąć niemal dwie dekady, by świat nauki zrozumiał implikacje tej decyzji. Wytyczne z 1977 r. zrewidowano w 1993 (dokonał tego najpierw Concil for International Organizations of Medical Science, a w ślad za nim FDA), zwracając uwagę na dysproporcję między reprezentacją kobiet i mężczyzn w badaniach klinicznych, ale bezpośrednie skutki wielu lat zaniedbań odczuwane były jeszcze długo. Między 1997 a 2000 r. w ośmiu na dziesięć przypadków decyzja o wycofaniu leku z rynku dotyczyła ryzyka zdrowotnego dla kobiet! Kolejne lata przyniosły stopniową zmianę, ukoronowaną w 2014 r. przez National Institute of

Health dyrektywą o reprezentacji obu płci w badaniach klinicznych.

Dla większości substancji stężenia we krwi po podaniu takiej samej dawki są wyższe u kobiet. W praktyce klinicznej dostrzegamy często rozbieżności między płciami w efektywności i działaniach niepożądanych leków, wynikające z różnic w farmakokinetyce i farmakodynamice, z wpływu hormonów oraz innych czynników, i intuicyjnie uwzględniamy to w naszych zaleceniach. Istnieją jednak leki (choć jest ich niewiele), dla których dawki rejestracyjne dla kobiet są inne niż dla mężczyzn. W psychiatrii mamy tylko jeden lek – zolpidem, dla którego FDA taką różnicę określiła, proponując dawkę 10 mg dla mężczyzn i 5 mg dla kobiet, mimo że różnice stężeń dla innych leków mogą przekraczać 50 proc. Wydaje się, że w czasach medycyny spersonalizowanej trudno pominąć płeć pacjenta, a jednak dokładnie tak się dzieje.

LEKARZ (NIE) JEST KOBIETĄ

Historia kobiet w medycynie jest stosunkowo krótka. Pierwsza lekarka na świecie, Dorothea Christiana Erxleben, uzyskała dyplom doktora nauk medycznych w 1754 r. w niemieckim Halle. W Wielkiej Brytanii kobiety dopuszczono do medycyny w 1876 r., choć pionierka Elizabeth Garrett Anderson została lekarką w 1865. Za pierwszą polską lekarzkę uznaje się Annę Tomaszewicz-Dobrowską, która skończyła medycynę w 1877 r. w Zurychu. Pani doktor otrzymała zgodę na praktykowanie medycyny z kilkuletnim opóźnieniem i nie bez oporu męskiego środowiska lekarskiego, podobnie jak prekursorki w zawodzie lekarza w innych krajach.

Obecnie kobiety przeważają wśród lekarzy, część gałęzi medycyny zostało niemal całkowicie sfeminizowanych. W ostatnich dekadach padły bastiony specjalizacji uznawanych dotychczas za typowo męskie i coraz częściej kobiety zajmują się ortopedią czy neurochirurgią. Czy można więc uznać, że w lekarskim środowisku zapanowało równouprawnienie?

Oczywa wyobraźni widzę cień gorzkiej ironii na twarzach niektórych czytających. Bo wiemy, że do ideału w tej materii jest daleko. Spotykamy się z niesprawie-



dliwości, dyskryminacją, mikroagresją, szczególnie tam, gdzie kobiety pojawiły się później, np. w „dużych” specjalizacjach zabiegowych.

Biologia lekarki nie ułatwia jej życia. Jeśli lekarka decyduje się na dziecko, ciąża i urlop macierzyński powodują przerwę w pracy zawodowej, wydłużają specjalizację, czasem bezpowrotnie pozbawiają szansy na rozwój w określonym kierunku. Lekarka z małymi dziećmi częściej bierze wolne dni niż tata lekarz, ma też mniej czasu na własny rozwój. Badanie dotyczące aktywności naukowej w medycynie w pierwszej fali pandemii COVID pokazało ciekawe zjawisko: liczba publikacji kobiet zmalała, a mężczyzn wzrosła. Skąd ta różnica?

Otóż panowie naukowcy mieli w końcu czas, bo część codziennych zajęć zawodowych została zawieszona przez lockdown, a panie czasu miały mniej, bo spadły na nie obowiązki związane z dopilnowaniem dzieci uziemionych w domu przez zdalną naukę.

W wielu rodzinach panuje przenoszony z pokolenia na pokolenie model matki Polki, zgodnie z którym kobieta zarządza domem, gotuje, sprząta, wychowuje dzieci. Zmiany w świadomości i strukturze społecznej następują, jednak mimo to często kobiety aktywne zawodowo na równi z mężczyznami starają się – świadomie lub podświadomie – ten model odtwarzać. O mężczyźnie, który zrobi zakupy, opróż-

ni zmywarke, nastawi pranie, odrobi lekcje z dzieckiem, mówi się „pomaga w domu”, nawet jeśli oboje pracują (i zarabiają!) tak samo. Z jednej strony jako lekarki jesteśmy przeciwne dyskryminacji, z drugiej – zdarza nam się obwiniać siebie za bałagan w domu, bo uważamy, że zrobienie porządku to właśnie nasz obowiązek. Oczywiście, stosuję tu pewne uogólnienie, bo znam wiele związków, w których obie strony biorą odpowiedzialność za dom i życie rodzinne, jednak tradycyjny model trzyma się wśród nas mocno, a cenę za to płać kobiety pracujące na dwóch etatach – tym

zawodowym i tym domowym.

Za symboliczne podsumowanie sytuacji kobiet w medycynie można uznać kwestię pieczętek lekarskich. Panowie pracujący w zawodzie pielęgniarstwa mają prawo umieścić na pieczęcie tytuł zawodowy „pielęgniarski”, podczas gdy lekarka musi mieć napisane „lekarz”. Dopuszczenie alternatywnej formy „lekarka” wydawać by się mogło drobną formalnością, jednak urosło do rangi poważnego problemu, budzącego emocje i niezrozumiały sprzeciw części środowiska. A przecież w XXI w. medycyna może mieć, i często ma, twarz kobiety. ●



O różnicach w sytuacji zdrowotnej kobiet i możliwych działaniach w tym kierunku można przeczytać na stronie European Institute for Women's Health

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



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



Terminy spotkań w 2025 r.:

21 marca | 4 kwietnia | 9 maja | 13 czerwca

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



Szczegółowe informacje i zapisy na stronie

Przełom w leczeniu otyłości?

O farmakoterapii, wyzwaniach związanych z leczeniem otyłości oraz nowych wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości mówi **dr hab. n. med. Alina Kuryłowicz**, profesor CMKP.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIOWSKA**

SZacuje się, że 60 proc. dorosłych osób w Polsce ma nadwagę lub jest otyłych. To oznacza, że do gabinetu lekarza POZ regularnie trafiają tysiące pacjentów z tym problemem.

Mówimy już o 18 mln osób z nadwagą i otyłością w Polsce. Zakładając, że

lekarz rodzinny ma pod opieką średnio 4 tys. pacjentów, można przyjąć, że około 2,5 tys. z nich cierpi na nadwagę lub otyłość. To prawdziwa plaga, dlatego tę chorobę musi umieć zdiagnozować i leczyć każdy lekarz. To nasz zbiorowy obowiązek.

Z danych wynika jednak, że tylko jedna czwarta pacjentów decyduje się poddać leczeniu otyłości. Dlaczego tak niewielu?

Część pacjentów nie wie, że może uzyskać fachową pomoc i że my, lekarze, mamy narzędzia do skutecznego leczenia otyłości. Nastąpił prawdziwy przełom, jeżeli chodzi o farmakoterapię otyłości, i istnieją skuteczne rozwiązania.

Wielu pacjentów wypiera problem. Niestety, czasami pomagają w tym sami lekarze, ponieważ otyłość nie jest wdzięczną chorobą do leczenia. Możemy przepisać najlepszy lek, wykonać operację, ale nie osiągniemy sukcesu, jeżeli pacjent nie zmieni stylu życia.

Przez lata leczylimy powikłania otyłości: nadciśnienie, cukrzycę, hiperlipidemię, a nie nazywaliśmy problemu. Rzadko kiedy pacjent wychodził ze szpitala z głównym rozpoznaniem otyłości jako przyczyny innych chorób. Na kartach informacyjnych widniały: nad-

ciśnienie, cukrzyca, hiperlipidemia, stłuszczenie wątroby, a otyłość gdzieś umykała. Nienazwanie problemu, tak jak nienazwanie otyłości chorobą, sprawia, że pacjenci nie szukają pomocy, nie wiedzą, że mogą ją otrzymać.

Gdyby uzyskali takie rozpoznanie, leczyłoby się ich więcej?

To nieprawda, że pacjentom jest obojętne, jak wyglądają, że nie obchodzi ich zdrowie. Otyłość to choroba, której nie da się przegapić. Wpływa na jakość życia, pacjenci codziennie odczuwają jej konsekwencje. Powoli godzą się z tym, że z powodu otyłości są wykluczeni z różnych aspektów funkcjonowania.

Dopiero gdy uda im się zredukować masę ciała, np. po operacjach bariatrycznych, mówią: „Pierwszy raz od trzech lat założyłem nogę na nogę” albo „Mogę sobie wreszcie kupić buty sznurowane”, albo „Poleciałem samolotem, bo nie bałem się, że miejsce będzie dla mnie za małe”. To są rzeczy, z których oni byli wykluczeni przez lata.

Wspomniała pani o powikłaniach otyłości, ale są też choroby współwystępujące, które mają wpływ na przyrost masy ciała. Na co zwracać uwagę?



fol. Connectmedica Sp. z o.o.



Przede wszystkim na przyjmowane przez pacjenta leki. Na czarnej liście znajdują się głównie glikokortykoidy i leki stosowane w psychiatrii: neuroleptyki, część leków przeciwdepresyjnych, ale również takie, które przepisuje każdy lekarz rodzinny, m.in. wykorzystywane w diabetologii pochodne sulfonilomocznika oraz insulina.

Wśród wtórnych przyczyn otyłości na pierwszym miejscu umieściłabym właśnie leki, a potem przyczyny hormonalne: niedoczynność tarczycy, niedobór testosteronu, zespół policystycznych jajników. Egzotyczne, choć poważne choroby powodujące wzrost masy ciała, np. zespół Cushinga, zdarzają się rzadko.

Do kanonu diagnostyki pod kątem wtórnych przyczyn otyłości należy zatem oznaczenie stężenia TSH, czyli badania w kierunku niedoczynności tarczycy. Każdego mężczyznę z otyłością powinniśmy zapytać o libido (które dobrze koreluje z poziomem testoste-

ronu), pamiętając jednak, że choć niedobór testosteronu i hipogonadyzm sprzyjają wzrostowi masy ciała, również często to właśnie otyłość powoduje niedobór testosteronu. Z kolei każdej kobiecie trzeba zadać pytanie, czy kiedykolwiek rozpoznano u niej zespół policystycznych jajników. Choruje na niego 15 proc. kobiet w Polsce, a 70 proc. z nich ma insulinooporność uwarunkowaną genetycznie, co predysponuje do wzrostu masy ciała.

Czy w przypadku pacjenta, który ma jedną z tych chorób, motywacja do leczenia nie jest mniejsza? „Mam PCO lub niedoczynność tarczycy, więc i tak nie schudnę”. Czy można skutecznie leczyć taką osobę z otyłości?

Oczywiście, ale punktem wyjścia będzie tu np. dobre leczenie niedoczynności tarczycy. Chory, który jest w eutyreozie biochemicznej, ma takie same

szanse na redukcję masy ciała i na leczenie choroby otyłościowej jak osoba, która nie cierpi na niedoczynność tarczycy.

Większy problem mają kobiety z zespołem policystycznych jajników. Muszą bardzo uważać na styl życia, stosować dietę o niskim indeksie glikemicznym, być aktywne fizycznie. I te zasady muszą im towarzyszyć całe życie. Trudniej im osiągnąć dobre efekty leczenia bez farmakoterapii.

Tymczasem farmakoterapię jeszcze niedawno proponowano tylko około 3–5 proc. chorych. Czy coś się zmieniło?

Mam nadzieję, że tak. Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości podejmuje wiele działań, żeby zwiększyć wiedzę lekarzy w tym zakresie i zachęcić ich do stosowania farmakoterapii. Czasami sami pacjenci proszą o leki, więc lekarz powinien być w tej kwestii kompetentny, umieć rozwiązać ewentualne wątpliwości

pacjenta dotyczące stosowania nowocześniejszych leków zarejestrowanych do leczenia otyłości. A dzieje się naprawdę dużo. Od roku mamy już na rynku tirzepatyd – podwójnego agonistę receptorów GLP-1 i GIP. W marcu do aptek wchodzi semaglutyd w dużej dawce, zarejestrowanej do leczenia otyłości. Musimy się ciągle uczyć, bo wciąż prowadzone są badania kliniczne, które pokazują nam, jak najlepiej dobierać leki, kto najbardziej z nich skorzysta. W marcu ODZ Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie organizuje szkolenie na ten temat.

We wrześniu 2024 r. PTLO opublikowało nowe wytyczne leczenia otyłości. Czym różnią się od tych z 2022 r.?

Najistotniejsze zmiany to przede wszystkim uwzględnienie nowych metod farmakoterapii. Pojawiły się dwa bardzo dobre leki, czyli wspomniane semaglutyd i tirzepatyd. Podjęliśmy też temat personalizacji leczenia, bo wciąż uczymy się, jak dobierać lek na miarę.

Farmakoterapia to jednak nie wszystko.

Ważne, czy towarzyszy jej profesjonalna pomoc w zakresie zmiany nawyków. Tylko farmakoterapia wsparta zmianą stylu życia może przynieść zakładany efekt.

Wskazana jest współpraca z innymi specjalistami?

Jak najbardziej. Leczenie chorych z otyłością często przekracza kompetencje jednego lekarza. Najchętniej leczylibyśmy pacjentów z otyłością w zespołach terapeutycznych, we współpracy z przedstawicielami innych zawodów medycznych: dietetykami, fizjoterapeutami, psychologami i psychodietetykami. Każdy z nich może zaofiarować pacjentowi coś korzystnego.

Ważna też jest ciągłość opieki i wsparcie, które pacjent dostaje podczas kolejnych wizyt. Nie wystarczy przepisać lek i zobaczyć pacjenta po trzech czy czterech miesiącach. W tym czasie on może mieć szereg pytań, wątpliwości, więc warto, żeby spotkał na swojej dro-

dze inne osoby profesjonalnie zajmujące się leczeniem choroby otyłościowej.

Media społecznościowe wręcz huczą o „cudownym zastrzyku” na odchudzanie. Czy to zawsze dobry wybór?

Rozumiem, że pacjenci oczekiwali by od lekarza cudownego środka, który pozwoli im szybko i z niewielkimi wyrzeczeniami osiągnąć upragniony efekt. Zawsze powinniśmy pomyśleć o farmakoterapii w przypadku pacjenta, który ma BMI 30 i więcej lub 27 i więcej z chociaż jednym związanym z otyłością powikłaniem, np. bólem stawów. Obowiązuje zasada, że musimy dobrać lek do charakterystyki pacjenta, z jednej strony wynikającej z powikłań związanych z otyłością, a z drugiej – z potencjalnych przyczyn choroby otyłościowej.

Jeżeli mamy pacjenta z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, lekiem z wyboru powinien być właśnie semaglutyd. Do niedawna nie był w Polsce dostępny w dawkach, które są zarejestrowane do leczenia otyłości. Jest to lek numer jeden dla osób, u których występuje wysokie ryzyko chorób kardiologicznych.

Natomiast jeżeli mamy do czynienia z chorym tzw. metabolicznym, czyli trzeba leczyć otyłość i równocześnie cukrzycę, hiperlipidemię, stłuszczenie wątroby, równie dobrze możemy sięgnąć po liraglutyd czy tirzepatyd. Dla pacjentów, u których dużą rolę w rozwoju otyłości odgrywają emocje, leczeniem z wyboru jest kombinacja naltreksonu z bupropionem w formie tabletek. Są wreszcie pacjenci, o których mówimy, że mają fenotyp *slow burn*, wolno spalają kalorie. Dla nich lekiem z wyboru jest kombinacja fenterminy z topiramatem – to jednak nowy na polskim rynku lek i dopiero zbieramy doświadczenia z jego stosowania. Pamiętajmy też, że po trzech miesiącach zawsze powinniśmy ocenić, czy dobrze dobraliśmy leczenie.

Kiedy najlepszym wyjściem jest operacja bariatryczna?

To bez wątpliwości najskuteczniejsza metoda leczenia choroby otyłościowej,

jaką dysponujemy. Jest też najbardziej kosztowna dla systemu i związana z największym ryzykiem, bo przeprowadzana w znieczuleniu ogólnym. Ale dla wielu pacjentów stanowi jedyne sensowne rozwiązanie. Mamy sztywne kryteria kwalifikacji pacjenta do operacji bariatrycznej: BMI 40 i więcej oraz BMI 35 i więcej z chociaż jednym związanym z otyłością powikłaniem. Zazwyczaj dodajemy do tego również nieskuteczność leczenia farmakologicznego albo nawrót otyłości po leczeniu farmakologicznym. Jeśli dla uzyskania komfortu życia konieczna jest redukcja masy ciała na poziomie 50 kg, operacja bariatryczna jest jedyną metodą, która może zagwarantować to na stałe.

Ten sposób leczenia wymaga szczególnego reżimu w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym. Po zabiegu pacjenci muszą przejść pięć etapów rozszerzania diety. Trzeba też pamiętać, że do końca życia wymagają suplementacji mikroelementami oraz witaminami.

W jakim stopniu trudność leczenia otyłości zależy od podejścia pacjenta? Bez silnej woli się nie uda?

Uważa się, że nadwaga i otyłość u 40 proc. pacjentów ma podłoże emocjonalne, więc sfera psychiki ewidentnie odgrywa bardzo istotną rolę. Nie ma mowy, żeby osiągnąć sukces, jeżeli chory nie podda się wcześniej pracy z psychologiem, psychoterapeutą i nie nabędzie prawidłowego stosunku do jedzenia.

Współpraca z pacjentem jest absolutnie kluczowa. Możemy mu dać lek klasy premium i zrobić najlepszą operację, ale to nie przyniesie żadnych efektów, jeżeli pacjent nie znajdzie w sobie motywacji do tego, żeby codziennie o siebie zawalczyć.

Najtrudniej zmotywować pacjentów po kilkunastu nieudanych próbach redukcji masy ciała. W ich przypadku często motywująco działa lek, ponieważ pacjent, który wielokrotnie próbował różnych diet i aktywności fizycznej, nagle dostrzega, że starania mogą mieć sens. Największą siłą leków widzę właśnie w tym, że dają nadzieję i pozwalają zobaczyć efekty wysiłku. ●



RADOŚĆ Z JAZDY DLA PROFESJONALISTÓW.

SPECJALNA OFERTA DLA LEKARZY
W BMW AUTO FUS GROUP.

Skontaktuj się z nami, aby poznać szczegóły lub zeskanuj kod QR.

Dealer BMW
Auto Fus Group Warszawa
ul. Ostrobramska 73
Warszawa
Tel.: +48 22 613 90 03
warszawa.bmw-autofus.pl



Dealer BMW
Auto Fus Group Białystok
Porosły Kolonia 1K
Choroszcz
Tel.: +48 85 741 88 88
bialystok.bmw-autofus.pl



Stres, niewyspanie, niekończąca się troska. O tym, że wraz z dzieckiem choruje cała rodzina, doskonale wiedzą w Fundacji Ronalda McDonalda. W Domach Ronalda McDonalda, jednym z misyjnych programów Fundacji, rodziny chorych dzieci znajdują pomoc na czas pobytu małego pacjenta w szpitalu, zgodnie z ideą skoncentrowanego na rodzinie leczenia pediatrycznego.

Aby rodzina mogła być razem

KAROLINA STĘPNIWSKA



Upodstaw działalności Domów Ronalda McDonalda i pozostałych programów Fundacji leży koncepcja opieki pediatrycznej skoncentrowanej na rodzinie (z ang. *Family-Centered Care*). Opierając się na badaniach naukowych, FCC wspiera rozwój procedur włączających całą rodzinę w opiekę nad dzieckiem w szpitalu. Zakłada obecność nie tylko jednego z rodziców, ale także bliskość zdrowego rodzeństwa i dziadków, a sukces młodego pacjenta w walce z chorobą łączy z psychologicznym poczuciem bezpieczeństwa i z ochroną rodziny przed przewlekłym stresem i traumą.

W stanowisku Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk wydanym 21 stycznia 2025 r. w sprawie leczenia pediatrycznego skoncentrowanego na rodzinie przeczytamy, że ten model leczenia dzieci z chorobami przewlekłymi „uznawany jest za najbardziej skuteczny i opłacalny – gdyż poprawia efektywność procesu leczenia pacjenta, (...) zapobiega złym skutkom choroby przewlekłej dziecka dla rodziny, takim jak separacja, kryzys, uzależnienia, (...) zwiększa satysfakcję zawodową personelu medycznego”.

Znajduje to potwierdzenie zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych. – *Istnieje wiele publikacji na temat wpływu rodziny na skuteczność leczenia dzieci* – mówi prof. Adam Jelonek, prezes honorowy zarządu Fundacji Ronalda McDonalda. – *Nic nie zastąpi choremu dziecku poczucia bezpieczeństwa, które daje rodzic. Jego nieobecność sprawia, że przeżywa ono nagle znalezienie się w szpitalu jako źródło poważnej traumy.*

Trauma spotęgowanej tym, że mały pacjent wie, że choruje. Boi się, że może umrzeć. Wystarczy, że słyszał pełne przejścia rozmowy rodziców, wylapywał słowa o chorobie i zagrożeniu. Gdy nagle zostaje sam na oddziale, bez bliskich, w obcym miejscu, zastyga z przerażenia. Nie chce jeść, odmawia picia, nie śpi.

– *Żadne procedury lecznicze, operacyjne czy zachowawcze, nie dadzą takiego efektu, jaki osiągnęlibyśmy w sytuacji, kiedy dziecko byłoby napojone, odżywione i wyspane. A to może zapewnić dziecku obecność bliskiej osoby, członka rodziny* – podkreśla prof. Jelonek.

W modelu *Family-Centered Care* rodzic uczestniczy w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji dziecka. Mu-

simy jednak pamiętać, że długotrwała obecność przy hospitalizowanym dziecku jest wyzwaniem i dla niego, szczególnie jeśli wymaga pobytu poza miejscem zamieszkania. Trzeba zawiesić pracę zawodową, zostawić pozostałych bliskich, a troska o nich nakłada się na stres związany z chorobą dziecka. Dołożymy do tego obciążenia finansowe oraz brak miejsca, które spełni rolę domu, a obraz trudnego położenia takiego rodzica jest (niemal) kompletny.

Naprzeciw potrzebom tych rodzin, które mieszkają z dala od miejsca hospitalizacji dziecka, wychodzą Domy Ronalda McDonalda, które z zasady Fundacja buduje obok szpitali leczących dzieci z całego kraju. Dzięki nim odpada zmartwienie, kto przejmie opiekę nad rodzeństwem chorującego dziecka. Rodziny mogą przebywać razem: rodzice, dzieci i dziadkowie, których rola w opiece jest nie do przecenienia. Co równie ważne, pomoc tę otrzymują bezpłatnie. Do tej pory polskie Domy zapewniły rodzinom pacjentów już ponad 74 tys. noclegów.

– *Jako Fundacja Ronalda McDonalda tworzymy infrastrukturę wspierającą największe szpitale* – wyjaśnia

Katarzyna Rodziewicz, prezes zarządu i dyrektor wykonawcza. W Polsce działają obecnie dwie takie placówki – jedna przy Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie-Prokocimiu, druga w Warszawie, przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym WUM. Budowa trzeciego Domu trwa teraz przy Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, czyli także w stolicy Polski.

Zapewnienie dachu nad głową to jednak tylko jeden z celów Domów. Owszem, są w nich prywatne pokoje, bo przecież każda rodzina potrzebuje intymności. Dom Ronalda McDonalda daje jednak rodzinom coś dużo ważniejszego niż miejsce do życia bardzo blisko szpitala, daje poczucie wspólnoty. Prof. Jelonek wyjaśnia: – *Sam fakt kontaktu z ludźmi, którzy mają podobne problemy, sprawia, że rodziny są silniejsze. Ludzi z podobnym doświadczeniem łączy troska i naturalna chęć wzajemnej pomocy.*

Na wagę złota jest także wsparcie, które rodziny otrzymują od personelu Domu Ronalda McDonalda. – *Nie jesteśmy z nikim związani rodzinnie, ale nasze zachowanie w stosunku do obcych nam ludzi jest bardzo rodzinne* – podkreśla prezes Rodziewicz. – *Obchodzi nas to, co się z nimi dzieje. Rodzic chorego dziecka musi czuć wsparcie innych dorosłych* – dodaje prof. Jelonek.

– *Nasze Domy są mostem komunikacyjnym między rodzicami, między rodzicem a dzieckiem, opiekunem a szpitalem partnerskim* – stwierdza Katarzyna Rodziewicz. – *Pomagamy wszystkim stronom się spotkać, a najważniejsze, że potrafimy wytłumaczyć rodzicowi, jak ma poprosić o informację w szpitalu i jak się dzielić swoimi obserwacjami.*

To działa! Ludzie, którzy przebywają w Domu Ronalda McDonalda, są bardziej wypoczęci, a więc i bardziej otwarci na dialog. W Domu znaczenie mają nawet pozornie błahe drobiazgi, takie jak zapach świeżo wypiekanego chleba o poranku, który przynosi skojarzenia z prawdziwym domem. Daje siłę, by zmierzyć się z tym, co przyniesie rozporządzający się dzień.

Pierwszy Dom Ronalda McDonalda powstał w 1974 r. w Filadelfii. Położoną tuż za płotem szpitala willę z siedmioma sypialniami kupiła dr Audrey



fot. Krzysztof Baraniecki

Evans, ordynator oddziału onkologii. Po 50 latach działalności Domów nie ma żadnych wątpliwości, że przebywające w nich codziennie setki rodzin często potrzebują profesjonalnej pomocy psychologicznej. Domy są miejscami, gdzie rodzinie łatwiej prosić o pomoc, a Fundacja nie pozostawia takiej prośby bez odpowiedzi. Dziś organizacja współpracuje głównie z zespołami psychologów szpitali partnerskich, ale w przyszłości do nich i do wolontariuszy – psychologów mogą dołączyć kolejni profesjonaliści. Na świecie trwa właśnie badanie skali potrzeb rodzin mieszkających w blisko 400 Domach w 62 krajach. Już pierwsze wyniki sugerują, że poziom stresu doświadczanego przez opiekunów chorych dzieci jest bardzo wysoki, a niemożność fizycznej obecności przy dziecku jest jedną z głównych przyczyn tego stresu.

W działalności Domów Ronalda McDonalda istotny jest aspekt praktyczny każdego rozwiązania. – *Bardzo ważna jest bliskość szpitala, w którym przebywa dziecko* – mówi prezes Rodziewicz. – *Aby otrzymało odpowiednie wsparcie od rodziny, ta odległość nie może być duża. Już jeden przystanek autobusowy to za daleko. Chodzi o to, by rodzice przez całą dobę, w dowolnym momencie, mogli w trzy, cztery minuty znaleźć się przy dziecku. Żaden hotel, mieszkanie do wynajęcia w pobliżu szpitala nie spełnia tego kryterium tak dobrze jak Domy.*

Rekomendacja Komitetu Rozwoju Człowieka PAN dla modelu opieki pediatrycznej skoncentrowanej na rodzinie bardzo cieszy Katarzynę Rodziewicz i prof. Adama Jelonek. – *Mamy nadzieję, że to sprawi, iż środowisko medyczne będzie z większą uwagą korzystało z Family-Centered Care i kształciło w myśl tej idei przyszłe pokolenia lekarzy. Na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco już od kilku lat działa katedra Family-Centered Care, która zajmuje się rozwojem naukowym tego modelu leczenia pediatrycznego.*

– *Ta idea ma ogromny sens* – przekonuje prof. Jelonek. – *Poza OIOM czy blokiem operacyjnym rodzina powinna brać czynny udział w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. To nieodzowne z punktu widzenia dziecka i całej rodziny.*

W FCC ważne jest, żeby nie traktować obecności rodziców w szpitalu jako przeszkody w wykonywaniu obowiązków zawodowych, tylko zauważyć w tym korzyść dla procesu leczniczego. Przyjęcie tej perspektywy być może wymaga czasu, ale moi rozmówcy wierzą, że się uda. – *Robimy dobre rzeczy, sprawdzone przez inne systemy medyczne na świecie. To jeden z naszych celów: żeby idea, która działa, była upowszechniana* – mówi prof. Jelonek, a prezes Rodziewicz dodaje: – *FCC to dziś wspólna wiedza, która powinna być standardem wszystkich szpitali pediatrycznych.* ●

Protetyka – estetyka?

Nowoczesna protetyka łączy medycynę, inżynierię i technologie cyfrowe, oferując rozwiązania, które nie tylko przywracają piękny uśmiech, ale przede wszystkim poprawiają jakość życia. Jak przebiega ten proces, wyjaśnia **prof. dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka.**



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

Protetyka nie tylko chroni zdrowie, ale pełni także istotne funkcje estetyczne.

Poprawia komfort życia, podnosi poczucie własnej wartości. Możemy używać wielu określeń, ale wniosek jest jeden – protetyka znacząco polepsza nasze codzienne funkcjonowanie. Czy uważasz, że dzisiejsza technologia nadąża za rosnącymi oczekiwaniami estetycznymi pacjentów?

Bez wątpienia tak. Rehabilitacja protetyczna, choć niełatwa, ma ogromną zaletę – przynosi wielką satysfakcję z końcowego efektu. Protetyka nie tylko poprawia jakość życia, często zmienia je diametralnie! Po zakończeniu leczenia pacjent dostrzega ogromną różnicę. Polepsza się jego samopoczucie, rośnie pewność siebie, ponieważ zaczyna się sobie podobać, pozbywa

się kompleksów wynikających z problemów z uzębieniem. Pierwsze wrażenie, jakie robimy na rozmówcy, często zależy od naszego uśmiechu, leczenie protetyczne ma więc wpływ nie tylko na samopoczucie, ale także na relacje międzyludzkie, zarówno prywatne, jak i zawodowe. Oczywiście, podstawą protetyki jest poprawa funkcji żucia i mowy. Warto wspomnieć o trudnych przypadkach, takich jak pacjenci po operacjach nowotworów w obrębie głowy i szyi. Dzięki rehabilitacji protetycznej mogą znów przyjmować pokarmy, żuć i mówić. Estetyka również jest dla nich istotna, ale w początkowej fazie leczenia najważniejsze jest przywrócenie podstawowych funkcji narządu żucia. W takich przypadkach rehabilitacja protetyczna ma fundamentalne znaczenie dla jakości życia pacjenta.

Tu warto poruszyć także inną kwestię – dotyczącą wyboru rodzaju uzębienia.

Młodsze osoby często chcą pokazywać w uśmiechu duże, białe zęby. Starsi pacjenci częściej wolą naturalny wygląd i subtelne odcienie bieli, ale wielu też oczekuje znaczącej zmiany i chcą mieć piękne, białe zęby. Preferencje są więc bardzo indywidualne.

Czy jednak nie jest naszą rolą, jako specjalistów, wskazywać pacjentom optymalne rozwiązania? W końcu to my pełniemy funkcję przewodników w zakresie estetyki. Lekarz dentysta powinien doradzać pacjentowi i proponować metodę leczenia, która zapewni mu długotrwały komfort, a nie tylko chwilową satysfakcję.

Zdecydowanie się z tym zgadzam. Kluczowe jest jednak określenie oczekiwań pacjenta. Po dokładnej diagnostyce i zaplanowaniu leczenia lekarz ocenia, czy może spełnić te oczekiwania. Jeśli nie, musi wyjaśnić pacjentowi ograniczenia wynikające np. z jego stanu zdrowia. Trzeba również poruszyć aspekt finansowy – w ramach ubezpieczenia mogą być wykonane płytowe, akrylowe protezy ruchome, stosowane w przypadku braku od pięciu zębów po bezzębie. Pozostałe procedury są komercyjne, ewentualnie częściowo refundowane przez indywidualne ubezpieczenia, które proponują niektórzy pracodawcy.

Lekarz powinien omówić z pacjentem jego oczekiwania. Zazwyczaj staramy się nie narzucać własnej estetyki, to pacjent ma być zadowolony. Oczywiście, jednak staramy się pacjentowi zaproponować jak najlepsze zmiany. W planowaniu estetyki uzupełnień stosujemy np. regułę złotego podziału, aby zachować optymalne proporcje. Problem pojawia się wtedy, gdy pacjent upiera się przy „swojej” estetyce, np. nienaturalnie białych, zbyt dużych zębach.



fot. archiwum UCS

Nie zawsze jednak estetyka idzie w parze z funkcjonalnością. Często zastanawiam się, dokąd współczesna protetyka prowadzi pacjentów. Mam na myśli wpływ Internetu i influencerów, którzy kształtują także modę stomatologiczną.

Niestety, skupianie się tylko na estetyce podczas leczenia protetycznego może prowadzić albo do destrukcji uzupełnień protetycznych, albo do wystąpienia objawów dysfunkcji w obrębie narządu żucia w trakcie ich użytkowania.

Pojęcie „stomatologii estetycznej” odnosi się do uzupełnień wykonywanych zarówno w stomatologii zachowawczej, jak i protetyce, mających na celu poprawę koloru czy kształtu zębów. W tym zakresie należy jednak zachować szczególną ostrożność. Nawet jeśli są to zabiegi głównie ze względów estetycznych, musimy pamiętać, że każda ingerencja wpływa na układ ruchowy narządu żucia, dlatego powinna być zgodna z zasadami gnatofizjologii. Stosowane materiały „nie wybaczą” błędów – stabilizują położenie żuchwy i w sposób jednoznaczny odtwarzają zarówno okluzję statyczną, jak i dynamiczną.

W konsekwencji niewłaściwie przeprowadzona procedura może doprowadzić do powstania jatrogennego zgryzu urazowego ze wszystkimi jego objawami. Ponadto, niepoprawnie dostosowana do czynności budowa może przyspieszyć destrukcję uzupełnienia i zdarza się, że piękna wizualnie proteza w wyniku codziennych czynności pacjenta, takich jak żucie czy reakcja na stres (np. zgrzytanie lub zaciskanie zębów), ulega zniszczeniu i przestaje być estetyczna. Z tego względu estetyka

protezy zawsze musi być ściśle powiązana z jej funkcjonalnością. W niektórych przypadkach, zwłaszcza przy nasilonych parafunkcjach zwarciowych, konieczne jest zastosowanie dodatkowych rozwiązań, takich jak relaksacyjna szyna zgryzowa na noc.

Estetyka jest subiektywna, ale dysponujemy narzędziami, które pomagają w jej ocenie – komputerową wizualizacją, fotografią. Możemy pokazać pacjentowi, jak będzie wyglądał po zastosowaniu różnych wariantów, ale docelowa realizacja należy do technika protetycznego. Jego umiejętności mają kluczowe znaczenie dla uzyskania doskonałego efektu.

W przypadku rozległych rekonstrukcji protetycznych, zarówno na zębach własnych pacjenta, jak i na implantach, warto zastosować metody indywidualizacji pracy – i w gabinecie stomatologicznym, i w pracowni protetycznej. Dlatego często u pacjenta przeprowadzamy dodatkowe badania, umożliwiające wizualizację, rejestrację i precyzyjne przeniesienie danych o budowie i czynności narządu

żucia do pracowni protetycznej, która dysponuje urządzeniami, wykorzystującymi te dane do symulacji indywidualnych ruchów żuchwy, czyli artykulatorami. Dzięki temu możliwe jest uzyskanie najlepszego efektu zarówno pod względem funkcjonalnym, jak i estetycznym.

Prace o niewielkim zakresie i małej ingerencji w układ ruchowy narządu żucia, wykonywane u ogólnie zdrowych pacjentów, są zazwyczaj dobrze tolerowane, co oznacza, że nie zawsze wymagają stosowania skomplikowanych, czasochłonnych i kosztownych procedur. Natomiast w przypadku rozległych rekonstrukcji zwarcia, nawet jeśli wykonywane są głównie ze względów estetycznych, indywidualizacja leczenia staje się niezbędna. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów starszych, osób z problemami psychosomatycznymi oraz pacjentów, u których stan ogólny ogranicza zdolności adaptacyjne i kompensacyjne organizmu. W takich sytuacjach sięgnięcie po specjalistyczne procedury jest bardzo wskazane.

Współczesna protetyka oferuje szerokie możliwości rekonstrukcji zwarcia zarówno pod względem estetycznym, jak i funkcjonalnym, włączając w to postępowanie chirurgiczne w ramach leczenia implantoprotetycznego. W związku z tym współczesna rehabilitacja protetyczna może w bardzo dużej mierze spełniać oczekiwania pacjenta, a jej zakres zależy przede wszystkim od ogólnego i miejscowego stanu pacjenta oraz środków finansowych, jakimi dysponuje.

Podkreślam, każde uzupełnienie protetyczne powinno być wkomponowane w budowę i funkcję narządu żucia. Wówczas pacjent może cieszyć się nie tylko estetyką uzupełnienia, ale także jego długotrwałą funkcjonalnością, bez ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych.

Bardzo dziękuję za rozmowę i mówię do zobaczenia na IX Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych 6–8 czerwca, na których odbędzie się również XXXIX Naukowo-Szkoleniowa Konferencja Sekcji Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. ●

OPG na NFZ – dostępność bez zmian?



ANNA PRAWDZIK
Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Wykonanie zdjęć pantomograficznych to fragment procesu diagnostycznego i leczniczego, a same zdjęcia są częścią dokumentacji medycznej i w związku z tym stanowią własność podmiotu leczniczego. Pacjent ma prawo wglądu, może także wystąpić o udostępnienie za pokwitowaniem ich odpisu lub kopii. Podmiot zobowiązany jest do przechowywania dokumentacji medycznej przez co najmniej 20 lat, a w przypadku, gdy zdjęcia RTG przechowywane są poza dokumentacją medyczną pacjenta, przez okres co najmniej 10 lat.

Z początkiem stycznia 2025 r. weszło w życie długo dyskutowane i wyczekiwane rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Jednym z wprowadzonych świadczeń jest wykonanie zdjęcia pantomograficznego z opisem raz na pięć lat w ramach leczenia endodontycznego i protetycznego. Sza-

cowany koszt wdrożenia tego świadczenia przekracza 26 mln zł rocznie.

Komisja Stomatologiczna NRL 17 stycznia 2025 r. zwróciła się do ministra zdrowia m.in. w kwestii braku wyceny obowiązujących już nowych świadczeń. Powoduje to niemożność ich realizacji. W apelu zwrócono uwagę także na wymóg kierowania na zdjęcie pantomograficzne wyłącznie przez specjalistów. Zarówno świadczenia z zakresu stomatologii zachowawczej, jak i protetyki realizowane są i przez lekarzy specjalistów, i przez lekarzy dentystów nieposiadających specjalizacji, zapis ten wydaje się więc nie korespondować z realiami pracy stomatologów.

W ostatniej dekadzie odsetek specjalistów w stomatologii spadł z 52 proc. w roku 2013 do 43 proc. w sierpniu 2024 r. Wyznaczona średnia krajowa miejsc specjalizacyjnych odnosi się do oczekiwanej liczby tych miejsc na 100 tys. mieszkańców. W 2024 r. tyl-

ko cztery specjalizacje stomatologiczne osiągnęły lub przekroczyły wyznaczony próg w którymś z województw, a w części województw liczba miejsc specjalizacyjnych jest nawet dziesięciokrotnie niższa.

Z jednej strony nie wzrasta liczba miejsc specjalizacyjnych i spada odsetek specjalistów wśród lekarzy dentystów, z drugiej – rozporządzenia dotyczące świadczeń gwarantowanych zarówno dla dzieci, jak i dorosłych zawierają wymóg realizowania tak zasadniczych w stomatologii procedur jak rentgenodiagnostyka wyłącznie przez lekarzy specjalistów. Kolejki na leczenie stomatologiczne w ramach NFZ w obu grupach pacjentów nadal są wielomiesięczne.

Stan zdrowia jamy ustnej społeczeństwa to wyzwanie i zadanie dla kolejnych pokoleń lekarzy dentystów. Ewentualna odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na apel, choć może przyczynić się do usunięcia istniejącego problemu, nadal stanowi tylko wycinek niezbędnych i wymagających natychmiastowego podjęcia działań. Rozszerzanie zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych i dostępności leczenia stomatologicznego, w tym specjalistycznego, stanowią podstawę, by stwierdzenie „ponad 90 proc. Polaków ma próchnicę” stało się w bliższej lub dalszej przyszłości wspomnieniem. ●

Szanowni Lekarze Dentyści, Koleżanki i Koledzy,

z okazji Dnia Dentysty oraz Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej składam Państwu wyrazy uznania i serdeczne podziękowania za codzienną troskę o zdrowie pacjentów.

Państwa profesjonalizm, zaangażowanie i pasja mają ogromny wpływ nie tylko na zdrowie jamy ustnej pacjentów, ale także na ogólną jakość ich życia. Życzę, aby każdy dzień pracy przynosił satysfakcję i zadowolenie oraz obfitował w sukcesy na polu zawodowym i osobistym.

Niech rozwój, innowacje i nieustające doskonalenie w dziedzinie stomatologii towarzyszą Państwu w codziennej praktyce, a zdrowy uśmiech pacjentów będzie najlepszą nagrodą za trud i poświęcenie oraz motywacją do dalszej pracy.

Dr n. med. Dariusz Paluszek
wiceprezes ORL w Warszawie

IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne.

Nauka – praktyka – innowacje

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne odbywają się już od dziewięciu lat i są jedną z najważniejszych konferencji stomatologicznych w Polsce. **IX MSS KIERUNEK PRZYSZŁOŚĆ – INNOWACJA I TRADYCJA W STOMATOLOGII**, które odbędą się **6–8 czerwca** w hotelu Narvil w Serocku, to przede wszystkim wydarzenie edukacyjne.

W programie przewidziano ponad 30 wykładów, trzy dni spotkań i debat, w których uczestniczyć będą też przedstawiciele samorządu lekarskiego wsłuchujący się w potrzeby środowiska lekarzy dentyków. MSS to prestiżowa konferencja naukowa, która jest okazją do spotkań stomatologów z Polski i Europy. Gromadzi największe krajowe autorytety ze wszystkich dziedzin stomatologii. Wezmą w niej udział konsultanci krajowi i wojewódzcy, akademicy, przedstawiciele środowisk naukowych z całej Polski, doświadczeni praktycy, a także reprezentanci MZ, NFZ, NIL, OIL w Warszawie oraz wiele firm z branży stomatologicznej.

W ramach IX MSS odbędzie się też XXXIX Naukowo-Szkoleniowa Konferencja Sekcji Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, IX Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej, III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej, I Na-

ukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej oraz wiele innych interesujących wykładów wygłoszonych przez autorytety polskiej stomatologii.

W tym roku MSS będą skoncentrowane na elementach łączących różne obszary stomatologii, np. pedodoncję z ortodoncją czy protetykę z gerostomatologią i leczeniem pacjentów obciążonych wielochorobowością. Prelegenci wyjaśnią m.in., jak przyjmować pacjentów z problemami onkologicznymi czy kardiologicznymi, porozmawiają o wyzwaniach, możliwościach, nowych technologiach, innowacjach i trendach w stomatologii. Przekazą wiedzę opartą na holistycznym podejściu do pacjenta. Dyskusje dotyczyć będą idealnej opieki stomatologicznej oraz zabiegów, które przynoszą sukces lekarzom i satysfakcję pacjentom. Za udział w konferencji uczestnicy otrzymają 25 punktów edukacyjnych (w tym 5 punktów radiologicznych). Dzięki temu, że kontynuujemy projekt związany z radiologią, można zdobyć właśnie 5 punktów w ramach kształcenia ustawicznego, umożliwiając-

ych uzyskanie certyfikatu ochrony radiologicznej pacjenta.

W programie znajdują się wystąpienia z zakresu pedodoncji, pod kierownictwem prof. Doroty Olczak-Kowalczyk, oraz gerostomatologii, prowadzone przez prof. Agnieszkę Mielczarek. Referaty wygłoszą prof. Jolanta Kostrzewa-Janicka (protetyka), prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy ds. protetyki, a także dr hab. Kornel Krasny (implantologia). Gośćmi będą również prof. Andrzej Wojtowicz (chirurgia) i prof. Mariusz Szuta, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej. Nie zabraknie również prof. Szopińskiego i jego zespołu, który przedstawi wykłady dotyczące radiologii. Dość powiedzieć, że wykłady i seminaria poprowadzą autorytety polskiej stomatologii.

Najważniejszymi uczestnikami MSS są jednak lekarze praktycy. To właśnie dla nich organizowana jest konferencja. Każdy lekarz ma możliwość rozmowy z byłymi nauczycielami, kolegami po fachu i ekspertami w interesującej go dziedzinie. MSS to wyjątkowe wydarzenie, łączące naukę z praktyką. ●

IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



- ✓ XXXIX Naukowo-Szkoleniowa Konferencja Sekcji Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
- ✓ IX Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej
- ✓ III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej
- ✓ III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej
- ✓ I Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej
- ✓ oraz wiele innych interesujących wykładów wygłoszonych przez autorytety polskiej stomatologii

Kierunek przyszłość innowacja i tradycja w stomatologii

• 6-8.06.2025 • Hotel Narvil • Serock

- ➔ Ponad 30 wykładów, trzy dni debat, spotkań, wymiany poglądów
- ➔ Możliwość zdobycia 25 punktów edukacyjnych w tym 5 punktów radiologicznych

Rejestracja na IX MSS oraz szczegółowy program:
mss.izba-lekarska.pl

Efekt trzech średnich



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Większość medyków pozytywnie ocenia postulat samorządu lekarskiego dotyczący ustalenia minimalnego wynagrodzenia specjalisty, zatrudnionego na umowę o pracę, na poziomie trzech średnich krajowych – wynika z badania przeprowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską.

Badanie zrealizowane w listopadzie ubiegłego roku poprzedziła trwająca wiele tygodni publiczna dyskusja na temat zarobków lekarzy. Dyskusja to może nie do końca odpowiednie słowo, bo narracja była dość jednostronna, mocno animowana przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia. Podano m.in. przykłady pojedynczych faktur opiewających na setki tysięcy złotych, jakie lekarze wystawiają szpitalom. Miał to być dowód, jak bająnskie sumy zarabiają lekarze w systemie publicznym (faktur powyżej 100 tys. zł w skali kraju jest niewiele ponad 200, trzeba też pamiętać, że kwota na fakturze nie musi oznaczać wynagrodzenia lekarza).

Raport „3XM” powstał na podstawie ponad 5,5 tys. ankiet wypełnionych przez lekarzy i lekarzy dentyistów. W badaniu uczestniczyło blisko 7,6 tys. osób, jednak wzięto pod uwagę tylko kompletne, prawidłowo wypełnione ankiety. – *To czyni je prawdopodobnie największym przedsięwzięciem badawczym w Polsce przeprowadzonym na tak licznej grupie zawodowej* – zaznaczył podczas spotkania z dziennikarzami Artur Białoszewski, ekspert NIL ds. badań i analiz.

– *W tej kadencji samorządu jako Ośrodek Badań i Analiz opieramy się na danych i dostarczane przez nas informacje nie są subiektywnym „widzimisię”. Staramy się słuchać głosu środowiska, słuchać głosu pacjenta. Nigdy w Polsce nie było tak dużego odzewu grupy lekarskiej na zadane pytania. Być może także dlatego, że wynagrodzenia to temat zawsze gorący. Grupy, które odpowiadały na pytania, są bardzo zróżnicowane pod względem płci, wieku itp., dzięki czemu dobrze oddają poglądy całego środowiska lekarzy i lekarzy dentyistów* – podkreślał dr n. med. Artur Drobniak, dyrektor COBIK NIL, prezes ORL w Warszawie. Wśród badanych członkowie OIL w Warszawie stanowili blisko 21 proc.

Uwagę mediów przykuł zwłaszcza jeden aspekt raportu, przedstawionego w NIL w styczniu: większość lekarzy ewentualną decyzję o przejściu na umowę o pracę wiąże z dużo większymi zarobkami niż postulowane trzy średnie krajowe. Mowa o kwotach od 30 000 do 60 000 zł. Czy jednak to na pewno najważniejsza informacja, jaka płynie z tego raportu?

Kluczowa wydaje się zupełnie inna kwestia – brak zgody na obligatoryj-

ne „przejście na etat”. Politycy (nie tylko obecna szefowa resortu zdrowia, takie pomysły pojawiały się już w latach 2018–2023) zapewniają, że są skłonni rozważyć „trzy średnie krajowe” dla specjalistów, pod warunkiem likwidacji kontraktów. Niekiedy ten pomysł jest dodatkowo rozbudowywany o kolejny warunek – konieczność wyboru między sektorem publicznym i prywatnym, a nawet – możliwość pracy łącznie w jednym miejscu.

Badani wyrazili opinię tylko na temat jednego z wymienionych pomysłów, bo tylko ten jeden został sformułowany niemal oficjalnie. Zdecydowana większość (61 proc.) sprzeciwia się idei likwidacji umów innych niż umowa o pracę (to pojęcie szersze niż kontrakt). Do najważniejszych przyczyn takiej postawy należy chęć zachowania elastyczności czasu pracy, ale też obawa o kondycję systemu publicznego. – *Przejście wszystkich lekarzy na umowę o pracę załamałoby system* – ocenił prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. Jednym z powodów jest fakt, że lekarze kontraktowi mogą być wykazywani w kontraktach z NFZ przez wszystkie ośrodki, w których świadczą usługi, więc wiele szpi-

tali i poradni zostałyby „odciętych” od możliwości podpisania umów. Przeniesienie wszystkich lekarzy na etat ograniczyłoby również dostępność świadczeń dla pacjentów.

Warto jednak zauważyć, że choć większość lekarzy nie zgadza się na likwidację kontraktów, również w tej sprawie nie ma jednomyślności.

Jakie są zalety pracy etatowej? Prawo do urlopu, świadczenia pracownicze, stabilność zatrudnienia i uregulowany czas pracy. Wielu medyków uważa, że stałe zatrudnienie ułatwia organizację pracy zespołowej i może mieć znaczenie dla jakości leczenia, bo eliminuje problem lekarzy, którzy zapewniają obsadę dyżurową, ale pojawiają się na oddziałach sporadycznie, co nie sprzyja ciągłości leczenia. Kolejną istotną kwestią jest równowaga między życiem zawodowym a prywatnym, krótszy czas pracy, a tym samym możliwość dłuższego przebywania z rodziną. Etat sprzyja też rozwojowi zawodowemu ze względu na wsparcie pracodawcy w zakresie szkoleń specjalizacyjnych.

Są i wady: mniejsza elastyczność, wyższe podatki, ryzyko utraty dodatkowych źródeł dochodu. Widać, że lekarze śledzą zapowiedzi (czy też raczej pomysły) polityków: niektórzy wskazywali możliwe ograniczenia łączenia zatrudnienia na etacie w systemie publicznym i pracy w sektorze prywatnym. „Pojawiły się opinie, że nowe zasady zatrudnienia mogą prowadzić do większej rotacji kadr, wydłużenia kolejek do specjalistów, a także obniżenia jakości usług medycznych” – podkreślają autorzy raportu.

A co lekarze sądzą o samym postulacie „3XM”? Blisko dwie trzecie ocenia

go pozytywnie, choć absolutnie nie jest to równoznaczne z gotowością podjęcia decyzji dotyczącej przejścia na etat. Tu akurat można mówić o pęknięciu na dwie niemal równe części: w grupie lekarzy, którzy nie są zatrudnieni na etacie, 47,7 proc. zadeklarowało gotowość do zmiany, 45 proc. – sprzeciw, a 7,3 proc. nie miało sprecyzowanej opinii na ten temat.

Ostatniej grupie oraz lekarzom, którzy nie mieli zdania, zadano pytanie: „Jaka wysokość wynagrodzenia skłoniłaby Pana/Panią do przejścia z kontraktu na umowę o pracę?”. Najwięcej osób (36 proc. odpowiedzi) wskazało przedział 40 001–60 000 zł brutto. Blisko jedna czwarta lekarzy (24 proc.) odpowiedziała, że byłaby to kwota 30 001–40 000 zł brutto. Niemal co piąty respondent stwierdził, że musiałby otrzymać ofertę powyżej 60 000 zł brutto. 5 proc. lekarzy wskazało kwotę 24 000–30 000 zł brutto. 16 proc. badanych odmówiło odpowiedzi. „Wyniki pokazują, że oczekiwania respondentów są zróżnicowane, jednak większość (60 proc.) oczekuje wynagrodzenia w przedziale 30 001–60 000 zł brutto. Wskazuje to na znaczną różnicę między obecnym poziomem wynagrodzeń a oczekiwaniami finansowymi lekarzy, którzy aktualnie pracują na kontraktach i rozważają zmianę formy zatrudnienia na umowę o pracę” – czytamy w raporcie.

Czy realizacja postulatu 3XM ma szansę zwiększyć liczbę lekarzy pracujących w systemie publicznym? Niemal połowa (47 proc.) uczestników badania wątpi w ten efekt, 41 proc. wyraziło opinię, że jest on możliwy.

Lekarze uważają, że do osiągnięcia celu, jakim jest zwiększenie liczby pracujących w systemie publicznym, regulacje płacowe nie wystarczą. Na pierwszym miejscu wskazują realną „debiurokratyzację” zawodu lekarza: wprowadzenie i systemowe umocowanie zawodu asystenta lekarza, automatyzację refundacji. Ważne miejsce zajmuje też spełnienie postulatu środowiska lekarskiego i wprowadzenie systemu *no-fault*, gwarantującego bezpieczeństwo prawne lekarzom w przypadku popełnienia błędu. Podczas spotkania z dziennikarzami prezes NRL zwracał też uwagę na alarmujący poziom wypalenia zawodowego, które może dotyczyć ponad połowy pracujących lekarzy. Powody wypalenia zawodowego są znane od lat: złe warunki pracy, brak ochrony prawnej, kiepska organizacja systemu, przez którą m.in. niezadowolone pacjentów skupia się na lekarzach. Poza tym politykom „zdarza się” wręcz napaść opinię publiczną na lekarzy. Szerokim echem odbił się wpis w mediach społecznościowych, zamieszczony przez jedną z posłanek Lewicy, która „pochwaliła się”, że termin badania w systemie publicznym wyznaczono jej na drugą połowę 2026 r., a komercyjnie w tej samej placówce można je wykonać praktycznie od ręki. „Taki nasz obraz” – zwróciła się do NIL, opatrując swój wpis kontrowersyjnym memem. Przedstawiciele samorządu lekarskiego natychmiast przypomnieli posłance, że kilka tygodni wcześniej poparła ustawę obniżającą składkę zdrowotną, a kolejki do badań i wizyt są uzależnione przede wszystkim od poziomu wydatków na ochronę zdrowia. ●



USŁUGI KSIĘGOWE



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



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

Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.

Dieta na lekach

czyli jak biznes odchudza Polaków



PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”

Nasza ucieczka przed kaloriami nasila się, ale czy problem otyłości uda się rozwiązać tylko za pomocą leków i cudownych diet?

W Polsce, gdzie co drugi dorosły ma nadwagę, a co piąty zмага się z otyłością, walka z nadprogramowymi kilogramami stała się nie tylko wyzwaniem zdrowotnym, ale również prawdziwą złą złotą. Apteki, sklepy z ziołami, kliniki odchudzania i producenci cudownych tabletek (od dwóch lat także zastrzyków) prześcigają się w pomysłach, jak zarobić na rozpaczliwych próbach zrzucenia wagi przez rodaków. Wartość globalnego rynku suplementów diety i leków na odchudzanie przekracza już 100 mld dol., a Polska – choć jeszcze daleko jej do światowych liderów – nie pozostaje w tyle.

Według raportu PMR tylko w 2023 r. wydaliśmy na suplementy wspomagające odchudzanie ponad 600 mln zł, a sprzedaż specyfików przeciw cukrzycom, w dużej mierze wykorzystywanych wtedy jeszcze *off-label* do redukcji wagi (przed oficjalną rejestracją), wzrosła o 70 proc. To nie przypadek, że w aptekach półki uginają się od „spalaczy tłuszczu”, a w mediach społecznościowych hashtag #Ozempic bije rekordy popularności. Tylko czy ten farmakologiczny szal służy rzeczywiście zdrowiu, czy głównie portfelem producentów lub magów od odchudzania?

To zawsze był dochodowy biznes. Pamiętajcie może, jak kilka lat temu kolorowe magazyny kobiece rozpisywały się na temat genodiet? Firmy oferujące je za 2–3 tys. zł obiecywały, że test DNA wskaże idealny jadłospis, który pomoże stracić kilogramy. Nie było istotne, że poznane geny odpowiadają za zaledwie 5 proc. przypadków otyłości. Genetyczne (a żeby było jeszcze bardziej naukowo: spersonalizowane!) odchudzanie kwitło w najlepsze, podsyćane przez celebryckie zwierzenia i namowy. W praktyce amatorzy genodiet otrzymywali dość ogólne zalecenia. Choć mogły być słuszne (*„unikaj tłuszczów, nie dodawaj cukru do herbaty”*), nie musieliby za nie tak słono płacić, gdyby po prostu w tradycyjny sposób zmodyfikowali swoją dietę.

Takie samo działanie można przypisać suplementom. Rynek załazy preparaty z „zieloną kawą”, forskoliną lub garcynią, które – jak dowodzą badania – mają marginalny wpływ na metabolizm. Mimo to ich sprzedaż rośnie w tempie 10 proc. rocznie, ponieważ reklamy obiecują cuda: *„Schudniesz 10 kg w miesiąc bez diety!”*. Tymczasem, jak zauważają eksperci, produkty te często zawierają śladowe dawki substancji aktywnych, a ich skuteczność opiera się na

efekcie placebo. Poza tym w ich składzie kryje się niebezpieczeństwo. W 2022 r. GIS wycofał z rynku 23 suplementy na odchudzanie zawierające niedozwolone substancje, np. sybutraminę (wycofaną w 2010 r. z powodu ryzyka zawałów serca). Mimo to w sieci wciąż można kupić „spalaczy tłuszczu” z jej podejrzany mieszankami. Problemem jest niska wiedza pacjentów: według badania CBOS 45 proc. Polaków wierzy, że suplementy są bezpieczniejsze niż leki, a co najmniej 30 proc. rodaków sięga po nie bez konsultacji z lekarzem.

Leki na otyłość mają rzeczywiście długą i mroczną historię. W latach 50. XX w. amfetamina była reklamowana jako „cudowny środek na ograniczenie apetytu”, ale szybko okazało się, że uzależnia i prowadzi do powikłań sercowych. W latach 90. królował fenphen – połączenie fenfluraminy i fen-terminy – który wycofano, bo okazało się, że uszkadza zastawki serca. Nawet meridia, lek hamujący apetyt, zniknęła z rynku w 2010 r., gdyż wiązało się z nią ryzyko udarów. Dziś w czołówce sprzedaży są analogi GLP-1: semaglutyd (ozempic, wegovy), tirzepatyd (mounjaro, zepbound) i liraglutyd (saxenda), które początkowo miały pomóc schudnąć diabetykom i lepiej wyrównywać

poziom cukru, ale stały się hitem wśród celebrytek i influencerów (Elon Musk). Ozempic, formalnie zarejestrowany tylko dla osób z cukrzycą, od początku był masowo przepisywany „na talię”. Popyt na niego tak przerósł podaż, że w sieci rozkwitł czarny rynek.

To nie magiczny eliksir, tylko narzędzie, które wymaga stosowania pod kontrolą lekarza – podkreślają wszyscy obesitolodzy. Niestety, korzystanie z porad tych specjalistów jest znacznie utrudnione, a NFZ refunduje jedynie operacje bariatryczne (spośród 1,5 mln kwalifikujących się może na nie liczyć kilka tysięcy osób rocznie), pacjenci szukają więc dróg na skróty. Paradoks polega na tym, że państwo wydaje miliardy na leczenie powikłań otyłości (np. cukrzyca), ale na prewencję – kwoty śladowe. NFZ finansuje głównie usuwanie skutków, i to tych najcięższych. Trzeba więc najpierw solidnie przytyć, aby skorzystać z łaskawości refundacji leczenia choroby otyłościowej.

Właśnie – otyłość jest chorobą! Ostatnie ustalenia międzynarodowego zespołu ekspertów, opublikowane w połowie stycznia na łamach „Lancet Diabetes and Endocrinology”, po raz pierwszy tak jednoznacznie zrywają z dogmatem wskaźnika BMI, uwzględniającego jedynie wzrost i wagę, a kładą nacisk na stan zdrowia pacjenta i pomiar składu ciała (głównie chodzi o zawartość tłuszczu i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej). Zaproponowano rozróżnienie na otyłość przedkliniczną i kliniczną, co ma tylko pozbawiać złudzeń, że jest to problem jedynie estetyczny. A niestety za taki ją wielu uważa, również w środowisku lekarskim. Według badań Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości aż 31 proc. pacjentów z chorobą otyłościową doświadczyło dyskryminacji ze strony personelu medycznego. *„Nie byłam u ginekologa od siedmiu lat, bo pani doktor stwierdziła, że przypominam jej hipopotama, a ona nie jest weterynarzem”* – wyznała jedna z pacjentek w mediach społecznościowych. Prof. Mariusz Wyleźoł, chirurg bariatryczny ze Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie, twierdzi, że uszczypliwe komentarze lekarzy są pokłosiem czasów, kiedy otyłych pacjentów nie było czym leczyć, więc medycy czuli się po

prostu bezradni. Mogli nie zdawać sobie sprawy, jak większość, że nadmier-na tusza to nie problem słabej woli ani winy, lecz schorzenie, do którego należy podejść jak do innych. Bez zmiany tego nastawienia pacjenci nadal będą stosować suplementy i „cudowne” leki zdobywane w Internecie.

Tym bardziej że przemysł farmaceutyczny już szykuje kolejne hity, a rynek suplementów wciąż rośnie, napędzany przez influencerów i pseudonaukowe reklamy. Ale jest coś jeszcze: ponieważ wszyscy chcą zarobić na otyłych i na ich względach zależy nie tylko magom od diet, obecna sytuacja zdopingowała do działania również przemysł spożywczy. Bo kiedy za sprawą nowych leków drastycznie obniżających łaknienie najwierniejsi konsumenci zaczęli odwracać się od przekąsek oraz innych niezdrowych zapychaczy, branża podjęła badania, jakie nowe technologie zastosować w produkcji żywności, jakich nowych składników użyć, by obniżyć skuteczność GLP-1. Perspektywa dziesiątek milionów ludzi ograniczających spożycie kalorii słusznie zaniepokoiła wielkie koncerny, bo amatorzy leków przeciwotyłościowych podczas zakupów wkładają mniej jedzenia do koszyków. Ale od czego są innowacje? Okazuje się, że w sojuszu z branżą chemicz-

ną można zacząć wytwarzać produkty, takie jak chipsy ziemniaczane, popcorn i dania z serem, bardziej mdłe, by uniknąć uczucia sytości (mocno aromatyzowane pokarmy stają się mniej pożądane w miarę ich spożywania).

Taka zabawa w kotka i myszkę z rzeszą osób pragnących się odchudzić i państwem, które za to płaci, wychodzi na razie na zdrowie wyłącznie biznesowi. W przemyśle spożywczym, podobnie jak w farmaceutycznym, zatrudniono wielu lobbystów skutecznych w zdobywaniu przychylności polityków, dla których walka z niezdrowym jedzeniem jest po prostu nieopłacalna. A te same firmy, które je sprzedają, zarabiają później na dietach i produktach odchudzających. Zupełnie jak kolorowa prasa kobieca – na jednej stronie zwierzenia czytelniczek, które chcą mieć wąską talię Claudii Schiffer, a na drugiej barwnie ilustrowana rubryka kulinarna. Mocne postanowienie przegrywa z ochotą na degustację proponowanego słodkiego deseru, ale w mediach społecznościowych można bez trudu znaleźć radę na te dylematy: kolejny suplement lub zastrzyk. Poleganie na samej farmakoterapii nie prowadzi do niczego dobrego. Rytualne liczenie kalorii prowadzi do obsesji. Zdaje się, że znowu najzdrowiej liczyć po prostu na siebie. ●

Fot. Jennifer Burk / Unsplash



Pacjent w labiryncie



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Kasia ma 31 lat, męża i troje dzieci. Pracuje zdalnie, „ogarnia rodzinę i rachunki”. Poprosiła mnie o rozmowę, żeby opowiedzieć o swoim pobycie w szpitalu.

Kasia ma wiele ciepłych słów dla personelu medycznego i na temat opieki, ale „*trzeba to opowiedzieć, bo większość medyków nie zdaje sobie sprawy, co czuje pacjent przyjęty do szpitala*”.

– Od czego się zaczęło?

– Od tego, że chciałam wyjść z domu przez okno.

– Które piętro?

– Siódme.

Chwila niezręcznego milczenia.

– Nie, nie chciałam się zabić – uprzedza moje pytanie Kasia. – Po prostu poczułam, że doszłam do ściany i chciałam wyjść z tego, w czym tkwiłam, w jakikolwiek sposób. Ale oczywiście, gdybym poszła za impulsem, nie byłoby tej rozmowy. To była bardzo ciężka sobota, od rana sprzątanie, zakupy, dzieci jak zwykle ciągle czegoś ode mnie chciały. Mar-

cin [mąż] jak zawsze zatopiony w telefonie lub laptopie, zero pomocy z jego strony, tylko pretensje, że za dużo wydaję, że dzieci ciągle hałasują, a ja nie potrafię ich wychować, że rachunki znów nam się nie spinają. W końcu, po moich naciskach, ubrał się i zabrał dzieci na spacer. Myślałam, że będę miała chwilę dla siebie, ale wtedy wpadła bez zapowiedzi moja mama „na kawę” i jak zwykle zaczęła mi dokładać, że mam leniwego męża, który nie umie zarobić i zwala na mnie wychowanie dzieci, że powinnam znaleźć lepszą pracę, że nie dbam o siebie i wyglądam fatalnie, i tak dalej. Jak wyszła, zostałam wreszcie sama, ale kumulacja zrobiła swoje – rozplakałam się, dopadł mnie bilans życiowy, poczułam się kimś kompletnie bezwartościowym, niepotrzebnym, bezsensownym. Jedyna droga ewakuacji, jaka mi wtedy przyszła na myśl, to było okno. Kiedy je otworzyłam i stałam, myśląc, że zaraz przez nie wyskoczę, zadzwonił telefon. To był mój brat.

– *Halo, Kasiu, coś się dzieje? Ty płaczesz?* – Kuba natychmiast wyczuł mój nastrój. Szlochając, opowiedziałam mu historię poranka i to, jak doszłam do otwartego okna.

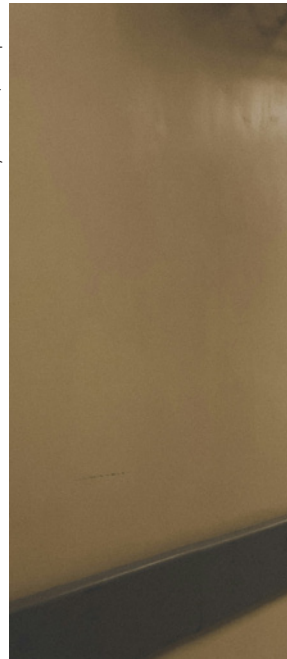
– *Kaska* – ton Kuby był łagodny, lecz stanowczy – *masz się nie rozłączać, jadę do ciebie. Jeśli przerwiesz połączenie, to dzwonię na policję.*

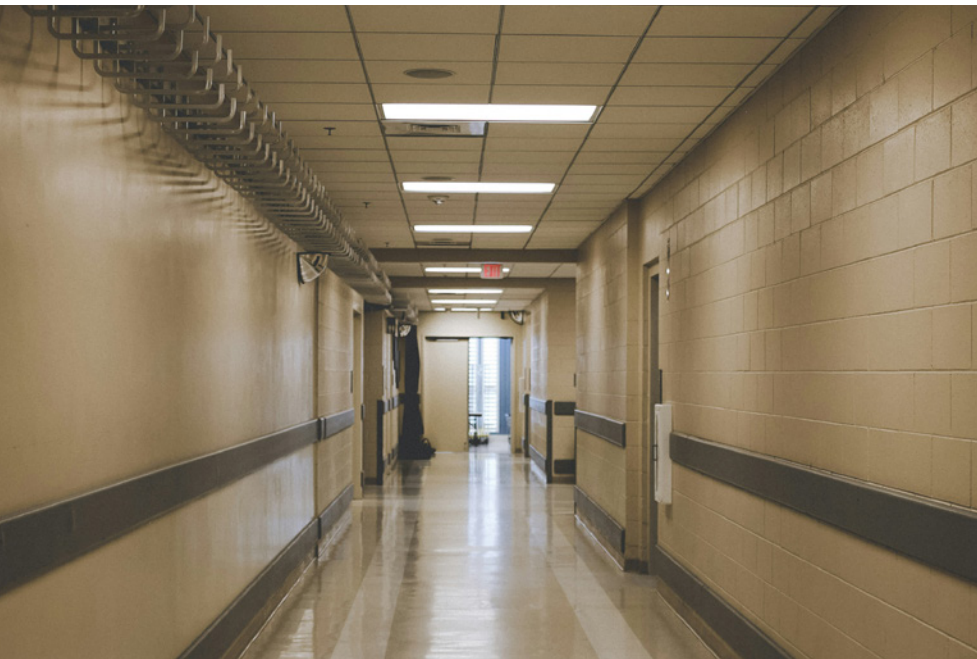
Kuba szybko dotarł do mnie i chciał wzywać karetkę, ale go ubłagałam, żeby tego nie robił, zgodziłam się, żeby sam mnie zawiózł na SOR.

Kazano nam czekać, ale dość szybko podszedł do nas mężczyzna w medycznym mundurku, który przedstawił się jako opiekun medyczny i powiedział, że zaprowadzi nas od razu na izbę przyjęć psychiatrii, żebym nie czekała. Poczulałam pierwszy powiew miłego poczucia bezpieczeństwa. W izbie poprosił mnie lekarz psychiatra. Doktor emanował spokojem i empatią, czułam, że rozumie wszystko, co mówię, i że mnie nie ocenia – znowu poczułam to miłe bezpieczeństwo. Po półgodzinnej rozmowie lekarz zapytał, czy zgadzam się zostać na obserwacji. Zgodziłam się natychmiast, bo czułam, że potrzebuję tego bezpieczeństwa, i że nie dostanę go w żadnym innym miejscu.

– *Pani Kasiu, pierwszą dobę spędzi pani na sali obserwacyjnej, bo taka jest procedura, a jutro przeniesiemy panią na zwykły oddział, jak tylko będzie miejsce* – wyjaśnił lekarz, po czym dał mi do przeczytania regulamin pobytu na oddziale. Przeczytałam bez zrozumienia, podpisałam mechanicznie wszystkie zgody. Chciałam tylko łóżka, snu i poczucia bezpieczeństwa.

Przyjęcie na oddział przypominało aresztowanie, co było trochę zabawne,





jak rola w thrillerze. Miła pani pielęgniarka ważyła mnie i mierzyła różne parametry, musiałam oddać do depozytu klucze, telefon, a nawet ubranie, w zamian za które dostałam szpitalną piżamę i szlafrok, bez paska oczywiście.

– *Jutro przejdzie pani na zwykły oddział* – tłumaczyła pielęgniarka. – *Tam można nosić własną odzież i mieć przy sobie swoje rzeczy osobiste.*

Zaprowadziła mnie na łóżko w sali obserwacyjnej. Położyłam się i czułam bliska spełnienia marzenia o odcięciu się od nieznośnej świadomości i coraz bardziej oddalających się wydarzeń tego poranka. Przyszła jeszcze inna pielęgniarka i postawiła na stoliku przy moim łóżku dużą butelkę wody mineralnej i książkę.

– *Mąż był przed chwilą, przyniósł to dla pani.*

Pomyślałam, że Marcin pierwszy raz w życiu zrobił coś z sensem, potem dowiedziałam się, że wcześniej dzwonił do dyżurki i pielęgniarka poradziła mu, co ma mi przynieść. Dostałam leki i zalecenie: „*pić dużo wody*”.

Na sali było nas siedem. Siedem nie szczęść. Pani po mojej prawej stronie zagadała przyjaźnie, ale nie byłam w stanie z nią rozmawiać. Kiedy wyszłam na chwilę do toalety, po powrocie zastałam ją leżącą w moim łóżku. Zmieszana, poprosiłam, żeby wróciła

na swoje, zrobiła to, wesoło mnie przepraszając i tłumacząc się kiepską pamięcią. Dwa łóżka w lewo leżała pani, która non stop recytowała bezbarwnym tonem te same opowieści o swoich psach i jakimś Andrzeju, pewnie mężu. Naprzeciwko jej łóżka leżała inna pani, też mówiła co kilka zdań o Andrzeju. Próbowalam czytać, ale nie dało się, obie panie mówiły jednocześnie albo na przemian, miałam wrażenie, że jak ta pierwsza zaczyna o Andrzeju, to tej drugiej też natychmiast uruchamia się Andrzej. Może to ten sam Andrzej – myślałam – może mają wspólnego męża. Próbowalam być trochę empatyczna, trochę podchodzić z humorem do sytuacji, ale powoli cudowne początkowe poczucie bezpieczeństwa zaczęło ustępować poczuciu uciążliwości. Próbowalam zasnąć, ale to była sala obserwacyjna, więc jak w piosence Macieja Maleńczuka było światło, które „*nigdy nie gaśnie, ktoś zawsze obserwuje*”. Pojawiło się uczucie irytacji, że „*chyba za słabe leki dostałam*”. Jednak w końcu zasnęłam, ale nie na długo, bo pani leżąca na łóżku po mojej lewej stronie z jakichś powodów próbowała przejść na moje łóżko, choć znacznie jej to utrudniały podniesione barierki. Do rana już pozostałam w *standby*, a w pałecie tego, co czułam, znowu pojawiło się poczucie zagrożenia.

Rano z ulgą przyjąłam decyzję lekarza o przeniesieniu mnie na zwykły oddział. Dostałam z depozytu klucze i telefon, miałam nieodebrane połączenia. Zadzwoiłam najpierw do męża – pierwszy raz od bardzo długiego czasu słyszałam w jego głosie dawną czułość i troskę.

Na sali byliśmy cztery. Ewelina, trochę młodsza ode mnie, miała silny ból gardła. Słyszałam, jak rozmawia z matką: „*Mamo, przemyć mi tu jakieś pastylki do ssania. Nie, tu nic takiego nie ma. Nie, lekarz nie badał mi gardła, to psychiatria. Tylko pamiętaj, nie pokazuj tych tabletek pielęgniarce dyżurnej, bo ci je zhaltuje*”. Powiało Bareją.

Mirka, najstarsza z nas, kilka razy prosiła pielęgniarkę o lek nasenny i za każdym razem słyszała, że jak lekarz zleci, to dostanie. W końcu sama zasnęła. Około północy przyszła pielęgniarka, obudziła ją i podała zlecony lek nasenny. Znowu duch Barei.

Iza, w moim wieku, od dwóch miesięcy w szpitalu z powodu ciężkiej depresji, podeszła do mnie z kawałkiem ciasta.

– *Proszę, jedz. Sama upiekłam na zęciach. Musisz jeść, żeby tu przetrwać.*

Po korytarzu chodził chłopak, przemierzał ten korytarz z jednego końca na drugi, czasem zatrzymywał się, składał ręce, jakby miał w nich karabin, mierzył, szykował się do strzału. I tak przez cały dzień.

– *To Maciek* – tłumaczyła mi Ewelina. – *Był policjantem, widział śmierć kolegi w akcji. Nie mówi, chodzi tylko i „strzela”.*

Marcin odwiedzał mnie codziennie, aż w końcu poprosiłam o wypis na własne życzenie. Moja lekarka prowadząca radziła, żebym została.

– *Pani doktor, muszę wyjść. Tęsknię za dziećmi. Będę chodzić na wizyty do poradni i na terapię. Mąż chyba trochę się przestraszył tym, co zaszło, może się zmienić, będzie mnie bardziej wspierał.*

– *Proszę się nie gniewać* – uśmiech pani doktor zdradzał doświadczenie – *nie liczyłabym na to. Proszę dbać o siebie i pamiętać, że zawsze pani może tu wrócić, gdyby znów było źle.*

Znów jest sobota. Marcin odbiera mnie ze szpitala, w milczeniu jedziemy do domu. Zabieram ze sobą do domu depozyt poczucia bezpieczeństwa i nowe okno. Bezpieczne okno życia. ●

Degresja w AOS



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Zniesienie limitów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nie skróciło kolejek, więc Ministerstwo Zdrowia i NFZ chcą wprowadzić inne rozwiązanie: zgodnie z planem w połowie roku wejdą w życie nowe zasady finansowania. Poradnia, by utrzymać dotychczasowy poziom wyceny, będzie musiała wykazać określony odsetek przyjęć pacjentów pierwszorazowych. Placówki, które będą miały ich zbyt mało, dostaną mniej pieniędzy.

Minister zdrowia Izabela Leszczyńska w styczniu kilka razy publicznie mówiła o swoich planach wobec AOS. Wprowadzenie regresywnego finansowania uznała wręcz za jeden ze swoich priorytetów na bieżący rok. Resort wiąże z tym krokiem duże nadzieje, chce bowiem zrealizować jedną z kluczowych obietnic Koalicji Obywatelskiej z 2023 r. – skrócenia, a może nawet likwidacji kolejek do specjalistów. Raport Fundacji WHC, opublikowany na początku stycznia, mówi, że są najdłuższe od 2012 r., czyli od rozpoczęcia pomiarów. Barometr kolejkowy wskazuje, że w 2024 r. pacjenci czekali na świadczenie zdrowotne (łącznie: poradę lekarską, badanie, zabieg, operację) ponad cztery miesiące. Na wizytę u specjalisty – średnio 4,3 miesiąca (duży skok w porównaniu z sytuacją w 2023 r., kiedy czas oczekiwania wynosił 3,7 miesią-

ca). Najdłużej pacjenci czekali na wizytę u: angiologów – 13,9 mies., endokrynologów – 12,1 mies. oraz u chirurgów naczyniowych – 11,6 mies., najkrótsze były kolejki do pediatrów (bez kolejki), neonatologów – 0,2 mies., onkologów – 0,4 mies., ginekologów położników – 0,4 mies. i chirurgów onkologów – 0,6 mies. Jednym z powodów, dla których kolejki do specjalistów nie maleją, ale wręcz rosną (potwierdzają to również dane NFZ), jest fakt, że zbyt wielu pacjentów kontynuuje leczenie w opiece specjalistycznej. Specjaliści, według pożądanego modelu, powinni pacjentów z chorobami przewlekłymi diagnozować, dobierać prawidłowe leczenie, a po ustabilizowaniu – kierować na kontynuację leczenia do POZ. Jednak w przypadku znaczącej części pacjentów to rozwiązanie po prostu nie działa. Dlatego resort zdrowia oraz płatnik chcą w tej chwili

zmusić (choć minister zdrowia woli mówić o motywowaniu, nie zmuszaniu) poradnie AOS do zrobienia miejsca pacjentom pierwszorazowym.

Zastosowanie modelu stawki regresywnej było postulowane już od dłuższego czasu, choć koncepcja zawierała nieco inne rozwiązanie: znaczącą podwyżkę wyceny przyjęć pacjentów pierwszorazowych i mocną regresywność stawek za kolejne wizyty. Ponieważ, jak się można domyślać, kondycja finansowa płatnika nie pozwala na taką „rozrzutność”, wybrano wariant oszczędnościowy: poradnie mają walczyć o utrzymanie obecnego poziomu finansowania. Czy to okaże się skuteczne?

Przede wszystkim jednak, jakie będą konsekwencje tego rozwiązania? Podczas konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2025”, która odbyła się 29 stycznia na Zamku Królewskim w Warszawie, Jakub Adamski, przedstawiciel rzecznika praw pacjenta, zwracał uwagę na konieczność zapewnienia bardzo dobrej komunikacji z pacjentami. – *Pacjenci są przyzwyczajeni do leczenia się u specjalistów. Trzeba ich wcześniej poinformować o dokonywanych zmianach* – podkreślał. Kto powinien to zrobić? Adamski zwracał się do przedstawicieli MZ i NFZ, ale można mieć obawy, czy te instytucje wezmą sobie jego rekomendacje do serca. Przedstawiciele środowiska lekarskiego oraz menedżerowie podmiotów leczniczych boją się, że to na nich zostanie przerzucony obowiązek informowania pacjentów, a co za tym idzie – na nich spadnie ewentualne niezadowolone i rozczarowanie chorych. Jest to tym bardziej prawdopodobne, że szwankuje również komunikacja z tymi, którzy mają zmiany realizować: o swoich planach MZ nie informowało np. środowiska lekarzy POZ, choć to ich poradnie będą przejmować emigrujących z AOS.

Zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia mają zostać opublikowane w lutym, zmiany wejdą w życie w połowie roku, a płatnik, jak informował podczas wspomnianej konferencji wiceprezes NFZ Marek Augustyn, powie świadczeniodawcom „sprawdzam” w IV kwartale. Jak zareagują wtedy świadczeniodawcy, specjaliści i pacjenci? Sprawdźmy.

Nie uchybiać godności zawodu

Ta jakże dobitna myśl, różnie sformułowana, znajduje się w wielu kodeksach etyki zawodów zaufania publicznego. Nie bez powodu.

To rodzaj zobowiązania wobec koleżanek i kolegów po fachu, ale też społeczeństwa. Niestety, nie wszyscy o tym pamiętają.



KAROL STĘPNIEWSKI

wiceprezes ORL w Warszawie,
przewodniczący Zespołu ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia

Wzasadzie mój felieton miał być o czymś zupełnie innym. Już został napisany (ale będzie musiał poczekać na swój czas), kiedy dotarły do mnie szokujące informacje o wystąpieniu radcy prawnego w Sejmie RP. Osoba ta publicznie wypowiadała się na temat lekarzy, ich pracy oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej w sposób zasługujący na najwyższe potępienie. Na domiar złego jeszcze w kontekście terapii daremnej, czyli czegoś wyjątkowo delikatnego, kiedy każde zdanie powinno być przemyślane, bo tu chodzi o ludzkie życie, uczucia, wiarę i godność. Z szacunku do Państwa nie będę przytaczał treści wystąpienia. Nadmienię tylko, że samorząd lekarski zadziałał błyskawicznie i wspomnianą osobę pociągnięto do odpowiedzialności karnej oraz zawodowej. Bo nie ulega wątpliwości, że jej słowa i zachowanie naruszają godność zawodu lekarza, ale i radcy prawnego.

O nowym Kodeksie Etyki Lekarskiej już wielokrotnie wspomniano na łamach „Pulsu”. Większość autorów zwracała uwagę na dostosowanie przepisów do współczesnych realiów medycyny i oczekiwań społecznych. I bardzo dobrze, bo te zmiany były potrzebne. Ale nie zmieniły się podstawowe zasady, jakimi powinien kierować się w codziennym życiu lekarz, czyli zapisy dotyczące przestrzegania praw człowieka, dbania o godność zawodu, poszanowania ogólnych norm etycznych. Wartości te nie straciły na aktualności. Powiem więcej – nawet zyskały w dobie coraz luźniejszych kontaktów

społecznych, zacierania się granic między pokoleniami czy osobami o odmiennym statusie społecznym. Niezmiennie pozostają podstawowe zasady, gdy w chorobie i potrzebie jeden człowiek obdarza zaufaniem drugiego, z nadzieją na powrót do zdrowia. Bez tego nigdy nie będziemy mieli ani sukcesów terapeutycznych, ani poważania i szacunku społecznego. Nie tylko nie możemy swoim zachowaniem podważać zaufania do zawodu, ale musimy strzec go przed innymi osobami próbującymi to robić. Zaufanie to fundament codziennej pracy nie tylko lekarzy, ale też adwokatów, radców prawnych. Nie bez powodu stanowi podstawę kodeksów etyki zawodowej tych profesji. Na braku zaufania tracą wszyscy. To nieformalna umowa między nami a społeczeństwem, gdy człowiek powierza nam w jednej chwili, bez zastanowienia, to, co dla niego najcenniejsze. To właśnie charakteryzuje te zawody.

Dlatego powinniśmy stanowczo reagować nie tylko wtedy, gdy lekarz mija się z przepisami zawartymi w KEL, ale również wówczas, gdy osoby niemające wiedzy i wykształcenia medycznego udzielają porad lekarskich i korzystają z mozolnie wypracowanego przez nas zaufania społecznego. Bądź, co gorsza, kiedy ktoś w swoich wystąpieniach pomawia i dyskredytuje lekarzy, ich ciężką pracę, burząc fundament, na którym opiera się nasz zawód.

Wymagajmy od siebie, ale i od innych. Mam nadzieję, że nie jest za późno, by rzec *noblesse oblige*.

Zrozumieć starość

Czy starość to czas zasłużonego odpoczynku, czy raczej samotności i trudności? W rozmowie z **dr Agnieszką Skoczylas**, pełnomocnikiem OIL w Warszawie ds. opieki senioralnej i geriatry, ordynatorem Oddziału Geriatryczno-Internistycznego Szpitala Wolskiego, poruszamy temat wyzwań, jakie niesie ze sobą jesień życia.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Jak długo czeka się na wizytę u geriatry w Polsce?

Długość kolejki można sprawdzić na stronie NFZ. U nas czas oczekiwania na wizytę w poradni geriatrycznej jest krótszy niż na przyjęcie na oddział szpitalny. Obecnie, ze względu na sezon infekcyjny, kolejki się wydłużają. Do końca grudnia prowadziliśmy zapisy na początek maja.

W poradni jednak nie zawsze można wykonać wszystkie niezbędne badania. Czasami pacjent jest tak obciążony chorobami, że lekarz potrzebuje znacznie więcej czasu na diagnostykę. Zebranie wywiadu od osoby starszej trwa średnio od półtorej do dwóch godzin. Sprawny internista przeprowadzi badanie pacjenta w 15 minut (łącznie z podstawowym badaniem neurologicznym). Natomiast wywiad geriatryczny i analiza dokumentacji medycznej, która często liczy setki stron, wymagają znacznie więcej czasu. To wszystko jednak jest kluczowe dla postawienia właściwej diagnozy. Dlatego lekarze w poradniach często kierują starszych pacjentów na oddział geriatryczny.

A jeśli pacjent wymaga opieki na cito, wtedy z SOR zostaje skierowany na internę?

Główne problemy, z którymi osoby starsze zgłaszają się na SOR, to infekcje, zaostrzenia niewydolności serca, zapalenia płuc, a nawet posocznica. Takie przypadki wymagają natychmiastowe-

go leczenia na oddziałach internistycznych. Rola geriatryi polega na tym, by leczenie pacjenta zoptymalizować, aby rzadziej trafiał na oddział internistyczny. Osoby starsze mają obniżoną odporność, a ich organizmy nie są tak wydolne jak u osób młodszych.

Przyjęcia na oddział geriatryczny powinny być planowe. Geriatra zajmuje się kompleksowym spojrzeniem na pacjenta – uwzględnia wszystkie jego schorzenia, aspekty psychologiczne, rehabilitacyjne, neurologiczne i na tej podstawie decyduje o dalszych konsultacjach oraz badaniach. Wykonuje tzw. całościową ocenę geriatryczną, w skład której wchodzi m.in. ocena funkcjonalna, ocena stanu odżywienia, ocena funkcji poznawczych. Dopiero po zebraniu pełnej informacji i zdefiniowaniu potrzeb zdrowotnych osoby starszej geriatra ustala plan opieki.

Jak wygląda proces starzenia się z punktu widzenia medycyny?

Starzenie zaczyna się już od urodzenia. Przebiega indywidualnie, zależy od genów, stylu życia i dbałości o zdrowie, od chorób przewlekłych. Starzeją się wszystkie komórki organizmu, dlatego nie ma narządu, który byłby wolny od tego procesu. Najbardziej widać to w czynności nerek. Na starość u zdrowego człowieka czynna jest mniej więcej połowa nefronów. Serce również ulega zmianom – pojawia się więcej tkanki



foto: archiwum prywatne

włóknistej w układzie bodźco-przewodzącym, a powszechne nadciśnienie tętnicze prowadzi do niewydolności rozkurczowej. Zmienia się metabolizm leków, niektóre są przyswajane szybciej, inne wolniej. Dlatego w geriatryi stosujemy zasadę *start low, go slow* – zaczynamy od małych dawek i stopniowo je zwiększamy. Reakcja na leczenie także jest wolniejsza. Przykładowo leki przeciwdepresyjne u osób starszych działają w ciągu miesiąca czy półtora, a nie jak u młodszych – w dwa tygodnie. Łatwo mówić o widocznych efektach starzenia się, o zmianie skóry lub wyglądu, wzroście ilości tkanki tłuszczowej, ale tak naprawdę dla lekarza najważniejsze są konsekwencje tych zmian.

Co dzieje się z wiekiem w psychice człowieka?

Starszy człowiek staje się bardziej łatwowerny i ma tendencję do patrzenia na świat w sposób ogólny, bez dostrzegania szczegółów. To sprawia, że jest bardziej podatny na oszustwa. Z wiekiem zmieniamy także podejście do życia – stajemy się bardziej refleksyjni, rozliczamy się z przeszłością, mamy wyrzuty sumienia. Samotność, zwłaszcza wśród kobiet, które żyją dłużej, prowadzi do depresji, stanów lękowych i zaburzeń nastroju.

Postępuje utrata wszystkich funkcji, również motorycznych, jesteśmy słabsi, zmniejsza się siła mięśniowa. Występu-

ją zmiany fizjologiczne, np. spadek ilości wydzielanego kwasu żołądkowego, zwiększenie pH żołądka, zaburzenia węchu i smaku. Pojawiają się tendencje do zaparc, ponieważ zmniejsza się motoryka przewodu pokarmowego. Zdarza się także nietolerancja laktozy. Na starość lubimy to, co słodkie, cała reszta, jeśli jest źle przyprawiona, nie pachnie odpowiednio, nie pobudza kubków smakowych, wydaje się niesmaczna. Staramy się więc pomóc sobie sami. Jemy mniej, tylko wybrane produkty, co z kolei prowadzi do niedożywienia. Dużo jest tych zmian, wymagają całego wykładu.

Dużo, ale pierwsze słowo, które przychodzi mi do głowy, to cierpliwość, a właściwie jej brak w stosunku do osób starszych.

Osoba starsza również nie ma do siebie cierpliwości. Ona też chciałaby być od razu zdrowa. Wiedza, którą dysponują geriatrzy, o tym, jak postępować z osobą starszą, jak zbierać wywiad, jak „manipulować” farmakoterapią, jest cenna szczególnie dla lekarzy POZ. Przecież to głównie na lekarzu rodzinnym powinna spoczywać odpowiedzialność za leczenie seniora. Lekarz rodzinny nie może się skupiać wyłącznie na przepisywaniu leków i wystawianiu skierowań, a do tej roli często jest sprowadzany przez samych pacjentów. Powinien wiedzieć, jak sobie poradzić z wielkimi zespołami geriatrycznymi i kiedy kierować na oddziały geriatryczne. Skierowanie *cito* z kodem R54 – starość albo M15 – uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów – jest nadużyciem. Skierowanie z rozpoznaniem „ostatnie stadium otępienia, pacjent nie je i nie pije”, też nie powinno trafić do nas, bo to jest pacjent do opieki długoterminowej czy paliatywnej. Oddziały geriatryczne są traktowane jako przejściowe pomiędzy internami, neurologami czy chirurgami a zakładami opiekuńczo-leczniczymi. W rzeczywistości powinny być uznawane za interdyscyplinarne i specjalistyczne, i jako takie rozwijane.

Geriatrów jest za mało, żeby każdy oddział internistyczny miał geriatrę. Powinniśmy dążyć do tego. Niestety, nie ma odpowiednio dużego zainteresowania tą specjalizacją. A szkoda.

Cierpliwa i wyrozumiała musi być przede wszystkim rodzina, a z tym bywa różnie. Od lat opieka zdrowotna mylona jest z opieką społeczną i stąd przypadki pozostawiania starszych osób w szpitalach.

Pamiętajmy, że szpitale są od rozwiązywania kwestii zdrowotnych, a nie społecznych. Nie ma jednak trudniejszej opieki niż ta nad osobą starszą, zwłaszcza jeśli ma ona otępienie. Taka opieka wypala bardzo mocno. To ciężka praca, zazwyczaj niestety podejmowana przez jedną osobę. Nawet jeżeli senior ma kilkoro dzieci, zwykle tylko jedno zaczyna się nim opiekować. I taka osoba ma wrażenie, zresztą bardzo często słuszne, że jest sama z problemem. Nie ma odpowiedniego wsparcia. Inni dają „dobre” rady – „Zajmij się sobą”, kwitują – „Co ty robisz w życiu? Przecież tylko opiekujesz się mamą”. A rodzic wymaga zmiany pieluchy, jest ciężki, czasami się obraża, buntuje, pluje, uderza. Nikt teraz nie pokazuje, jak wygląda starość, króluje konsumpcjonizm. Wszyscy są piękni, młodzi i atrakcyjni, a stary człowiek w żaden sposób nie wpisuje się w ten obrazek.

Jak więc kształcić młodych, aby rozumieli starość?

Przed wszystkim należy uczyć szacunku i wrażliwości wobec drugiego człowieka. Ważne jest kształtowanie postawy otwartości i empatii, aby młodzi potrafili zrozumieć ograniczenia wynikające z wieku. Trzeba przygotować młodego człowieka do życia na każdym etapie. Dlatego program edukacji zdrowotnej w szkołach powinien obejmować podstawowe zagadnienia, takie jak znajomość własnego ciała, procesy biologiczne, zmiany psychologiczne oraz problem przemocy – również wobec seniorów.

Czy niepodanie wody, niewymięnienie pampersa jest również swego rodzaju przemocą?

To zaniedbanie, które osoby starsze często odbierają jako przemoc. Takie działania nie zawsze są intencjonalne, bo opiekunowie bywają przeciążeni i wymagają wsparcia psychologicznego. Opieka nad osobą starszą jest niezwykle trudna, a frustracja i zmęczenie

mogą prowadzić do nieumyślnych zaniedbań. Dlatego tak ważna jest opieka wytechnieniowa i wsparcie instytucji społecznych, które pozwalają opiekunom odpocząć. Często powtarzam rodzinom moich pacjentów: – *To ty jesteś najważniejszy, bo jeśli nie zadbasz o siebie, kto zadba o twoją mamę?*

Niestety, przemoc wobec osób starszych występuje we wszystkich formach. Najrzadsza jest przemoc seksualna, choć i takie przypadki się zdarzają. Badania PolSenior 1 i 2 pokazują, że seniorzy często skarżą się na zaniedbanie emocjonalne – opuszczenie, brak uwzględniania ich potrzeb, pozostawienie samym sobie. Doświadczają również wyzisk, poniżania, izolowania, a niekiedy nawet przemocy fizycznej – popychania czy bicia.

Dlatego powstał „Formularz oceny ryzyka przemocy”?

Tak, powstał z potrzeby reagowania na te sytuacje, we współpracy z fundacją Projekt Starsi oraz wieloma ekspertami, m.in. z Niebieskiej Linii. To pierwsze takie rozwiązanie w Polsce, które umożliwia lekarzowi zebranie w delikatny sposób informacji na temat ewentualnej przemocy, bez naruszania granic prywatności pacjenta. Formularz stanowi punkt odniesienia, pytania w nim zawarte można zadawać wprost lub dostosowywać do sytuacji. Nie testowaliśmy go jednak u osób z jawnym klinicznie otępieniem, które są szczególnie narażone na przemoc.

Najważniejsze dla lekarza jest to, że formularz powiązany z procedurą, która w zależności od udzielonych odpowiedzi umożliwia podjęcie właściwych działań. Jeśli ujawni przemoc fizyczną lub nałożenie się kilku określonych czynników ryzyka, uruchamiana jest procedura Niebieskiej Karty. W innych przypadkach przydatna może być rozmowa, wzmocnienie poczucia wartości osoby doświadczającej przemocy lub kontakt ze sprawcą. Formularz pomaga także pacjentom – niektórzy wracają z przemyślaną odpowiedzią po kilku dniach, inni dopiero wtedy otwierają się na rozmowę. Ludzie doświadczający przemocy częściej chorują, częściej mają depresję, a nawet podejmują próby samobójcze. Dlatego tak istotne jest uważne wsłuchiwanie się w ich potrzeby. ●

Debata senioralna

21 stycznia – w szczególnym dniu, Dniu Babci – odbyła się w siedzibie naszej izby debata dotycząca opieki senioralnej. Spotkanie wpisuje się w akcję #WspólneŚwięta i jest pierwszym w tym roku poświęconym opiece nad osobami starszymi.



Przybyli na nie lekarze, prawnicy, przedstawiciele organizacji pozarządowych oraz dziennikarze. Moderatorem debaty była dr Agnieszka Skoczylas, pełnomocnik OIL w Warszawie ds. opieki senioralnej i geriatry, ordynator Oddziału Geriatryczno-Internistycznego Szpitala Wolskiego. Udział wzięły w niej także dr hab. Olga Sitarz, profesor UŚ, ekspertka z zakresu prawa karnego, kryminologii i sprawiedliwości naprawczej, Maja Kuźmicz, psycholożka, kierowniczką Niebieskiej Linii, reprezentująca Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, i Magdalena Rutkiewicz, prezeska Zarządu Fundacji Projekt Starsi.

Spotkanie rozpoczęła Aleksandra Sokalska, redaktor naczelna „Pulsu”, który był jego patronem medialnym. Witając zaproszonych gości, podkreśliła, jak wielkie znaczenie ma dyskusja w kontekście rosnącej liczby osób starszych w Polsce. Następnie głos zabrał prezes ORL w Warszawie dr n. med. Artur Drobnik: – *My, przedstawiciele izby, chcemy zadać nurtujące nasze środowisko pytanie: czy jesteśmy gotowi do opieki nad starzejącym się społeczeństwem? Wychodząc naprzeciw temu zjawisku demograficznemu, które dotyczy również naszej grupy zawodowej, powołaliśmy pełnomocnika OIL ds. opieki senioralnej*

i geriatry. Izba chce też rozpocząć debatę na temat potrzeb osób starszych. Dzisiejsza dyskusja stawia ważne pytanie, czy każdy lekarz powinien być geriatrą.

Następnie głos zabrała dr Skoczylas, która powiedziała, że nie tylko medycyna jest kobietą, ale również starość, bo większość seniorów to właśnie kobiety. – *Zgadzam się ze stwierdzeniem, że każdy lekarz powinien być geriatrą, ponieważ mamy starzejące się społeczeństwo i bardzo niewiele geriatrów. (...) Geriatra musi być wszechstronnie wykształcony, nie tylko w zakresie chorób wewnętrznych, ale także chirurgii. Musi zwracać uwagę na leki przyjmowane przez pacjenta, musi umieć opatrywać odlegliny, zszywać rany, kwalifikować*

do operacji i sprawdzać, czy jest ona dla seniora bezpieczna. (...) Geriatra musi też znać się na rehabilitacji, żywieniu klinicznym i neurologii, bo połowa pacjentów po 80. roku życia ma różnego rodzaju otępienia. Geriatria w Polsce do tej pory była specjalizacją ostrą. Większość pacjentów do oddziałów geriatrycznych trafiała z SOR w momencie, kiedy już nie do końca można było im pomóc. (...) Stoimy przed wielkim problemem, dlatego geriatrię jako specjalizację trzeba wspierać. Dr Skoczylas przedstawiła również 10 złotych zasad opieki nad seniorem.

Panelistki rozmawiały o seniorach w kontekście polskiego prawa, o kwestiach opieki na starość, o braku płynnej komunikacji między pracownikami opieki zdrowotnej i społecznej, a przede wszystkim o braku realnej ochrony przed przemocą – zarówno ze strony obcych, jak i bliskich. Rozważano również kwestię szpitalnych porzuceń osób starszych, która jest najbardziej utrwaloną formą przemocy. Kolejnym tematem poruszonym w debacie była przemoc wobec starszych, która nie jest nigdzie zgłaszana, a procedura Niebieskiej Karty rzadko uruchamiana. Specjalistki odniosły się też do formularza „Oceny ryzyka przemocy”, który ma ułatwić pomoc seniorom doświadczającym przemocy. Takie formularze mogą wejść do standardowej dokumentacji dla każdego oddziału i są bezpłatne.

Podsumowując debatę, prezes ORL zapowiedział kolejne. W kwietniu spotkanie zostanie poświęcone kwestiom organizacyjno-prawnym, a we wrześniu – kształceniu kadry medycznej w kontekście opieki nad osobami starszymi. ●



European Health Data and Innovation Summit

Podczas szczytu European Health Data and Innovation Summit, który odbył się 30 stycznia w CIC Innovation Campus, w budynku Varso, słowa „dane” i „innowacje” odmieniane były przez wszystkie przypadki. Trudno się dziwić – to właśnie one są kluczowe w debacie o przyszłości opieki zdrowotnej.



fol. Alina Gajdamowicz

Podczas trwających cały dzień debat i prelekcji międzynarodowi eksperci z sektora publicznego, prywatnego oraz instytucji europejskich przedstawili najnowsze rozwiązania wspierające rozwój medycyny spersonalizowanej oraz poprawę jakości usług zdrowotnych. Dzielili się też swoimi doświadczeniami oraz wizjami rozwoju systemu ochrony zdrowia w obliczu dynamicznie zmieniającego się świata technologii.

– Szczyt ma na celu upowszechnienie wiedzy o europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (EHDS) i pokazanie, że innowacje w ochronie zdrowia to przede wszystkim technologia – mówił Łukasz Sosnowski, partner operacyjny NIL IN – Sieci Lekarzy Innowatorów, jednego z organizatorów spotkania.

– Dokument dotyczący utworzenia europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia, znanej jako European Health Data Space, został podpisany przez Komisję Europejską 21 stycznia tego roku, już podczas polskiej prezydencji. Jest wydarzeniem bez precedensu – stwierdził dr n. med. Artur Dro-

bnik, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, dyrektor COBIK NIL i założyciel NIL IN, który wraz z lek. Grzegorzem Wroną, sekretarzem NRL, otworzył spotkanie.

– To projekt, który może zmienić oblicze medycyny, przede wszystkim dlatego, że uzyskamy interoperacyjne, powszechnie dostępne dane medyczne pacjentów europejskich. Dzięki temu będziemy mogli znacznie lepiej przeprowadzać procesy diagnostyczne i badania nad metodami leczenia, a co za tym idzie – skuteczniej leczyć polskich pacjentów – podkreślił dr Drobnik. – Ważne jest też wykorzystanie odpowiednio zanonimizowanych danych medycznych do tworzenia narzędzi i algorytmów wykorzystujących sztuczną inteligencję. Sprawdzone narzędzia bazujące na AI staną się bardzo dużym wsparciem dla lekarzy podczas analizy potężnych ilości danych medycznych.

A jest co analizować. Co roku na świecie zbieranych jest 150 zetabajtów danych, z czego 30 proc. stanowią dane medyczne. Entuzjastą wykorzystania nowych technologii w medycynie jest

również Wiktor Możarowski, wiceprzewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy ORL w Warszawie, który wyraził nadzieję, że będą one wprowadzane falowo w placówkach ochrony zdrowia. Przytoczył też pytanie dr Mélo die Bernaux, reprezentantki Komisji Europejskiej: – Dlaczego jako obywatele Unii Europejskiej możemy podróżować i wypłacać pieniądze w dowolnym banku na całym świecie, a idąc do lekarza w innym kraju nie mamy dostępu do naszej dokumentacji medycznej? Zdaniem Wiktora Możarowskiego należy ujednoczyć systemy, tak aby ochrona zdrowia była międzynarodowa, a nie przypisana do miejsca urodzenia czy zamieszkania.

Organizatorami konferencji European Health Data and Innovation Summit byli: Naczelna Izba Lekarska, NIL IN – Sieć Lekarzy Innowatorów, TEHDAS2 oraz EOSC4Cancer, a współorganizatorami Ministerstwo Zdrowia, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, EIT Health i Komisja Europejska. Patronat medialny nad konferencją objęły „Puls”, „Gazeta Lekarska”, „Rzeczpospolita” i portal Rynek Zdrowia. ●

EHDS. Ambitny, ale czy



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Po latach przygotowań legislacyjnych europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia (EHDS) wchodzi w fazę realizacji. Projekt zakłada m.in. stworzenie transgranicznej e-kartoteki pacjenta z najważniejszymi danymi medycznymi oraz wymianę danych między państwami UE do celów naukowych. Wszystko ma być gotowe do 2029 r.

Podczas Europejskiego Szczytu Danych Zdrowotnych i Innowacji, zorganizowanego 30 stycznia 2025 r. przez Naczelną Izbę Lekarską, NIL IN – Sieć Lekarzy Innowatorów oraz przedstawicieli TEHDAS2 (projektu mającego na celu przygotowanie gruntu pod zharmonizowane wdrożenie wtórnego wykorzystania danych w EHDS), eksperci dyskutowali o przyszłości cyfrowej opieki zdrowotnej w Europie.

Jeśli wszystko pójdzie dobrze, dzięki EHDS naukowcy uzyskają dostęp do największego na świecie repozytorium danych medycznych, co pozwoli przyspieszyć badania nad nowymi lekami i pomoże firmom medtech opracować algorytmy sztucznej inteligencji dla lep-

szej diagnostyki, leczenia i profilaktyki. Polityka zdrowotna będzie oparta na faktach, a pacjenci zyskają większą kontrolę nad swoimi danymi medycznymi. Dane będą podróżować po Europie razem z pacjentami, dzięki czemu nawet podczas pobytu pacjenta za granicą lekarz będzie miał dostęp m.in. do informacji o zażywanych przez niego lekach oraz chorobach przewlekłych, co ułatwi podejmowanie bezpiecznych decyzji medycznych.

Realizacja EHDS wymaga jednak zaangażowania wszystkich stron – od decydentów politycznych w państwach członkowskich po liderów branży, środowisko akademickie i pracowników ochrony zdrowia. Urszula Demkow, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, otwierając Europejski Szczyt Danych Zdrowotnych i Innowacji powiedziała wprost, że dane są zasobem niezbędnym dla wzrostu gospodarczego, konkurencyjności, innowacyjności i zdrowia społeczeństwa.

EHDS TO PROJEKT AMBITNY, ALE KONIECZNY

Mélodie Bernaux z Komisji Europejskiej zapewniła, że wdrażanie EHDS trwa już od dłuższego czasu i przebiega zgodnie z planem. – *Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia wchodzi w życie, ale to nie oznacza, że dopiero zaczynamy przygotowania. Pracujemy nad projektem od czasu pierwszych negocjacji rozporządzenia, bo zdajemy sobie sprawę, że czasu jest bardzo mało* – stwierdziła Bernaux. Wyjaśniła, że Komisja Europejska skupia się na budowie wspólnej infrastruktury wymiany danych, opracowaniu wy-

tycznych (to cel projektu TEHDAS2) oraz promocji przedsięwzięcia.

W dyskusji wziął też udział dr Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie. Reprezentując lekarzy, zwrócił uwagę na potrzebę edukacji środowiska medycznego: – *Planujemy zorganizować kampanię informacyjną na temat EHDS, aby lekarze poznali jej założenia i cele, a z czasem – wytyczne dotyczące wymiany danych, które obecnie są opracowywane*. Jego zdaniem powodzenie projektu zależy od akceptacji ze strony środowiska lekarskiego i dlatego EHDS nie może być dla lekarzy kolejnym biurokratycznym obciążeniem.

Z kolei Salvador Capella-Gutierrez z Europejskiej Otwartej Chmury Danych Naukowych o Nowotworach (European Open Science Cloud for Cancer) podkreślił potencjał EHDS w badaniach nad nowymi terapiami. Według eksperta EOSC4Cancer EHDS może być przełomowy dla postępów w leczeniu raka. Zaznaczył przy tym, że oprócz dostępu do danych dotyczących badań naukowych potrzebujemy zmiany kulturowej w zakresie dzielenia się danymi i ich wykorzystywania.

Myriam Fernández z firmy Amazon Web Services, dostawcy usług chmurowych, mówiła o tym, że modernizacja przestarzałej infrastruktury gromadzenia danych ma fundamentalne znaczenie dla projektu, bo jego głównym założeniem jest bezpieczna wymiana, przetwarzanie i zarządzanie danymi. To będzie wymagało przejścia na rozwiązania chmurowe, które zapewniają większą elastyczność dzielenia się informacjami, przełamując siłosy baz tworzących lokalnie, a jednocześnie gwarantując wysokie standardy bezpieczeństwa.

EUROPA MUSI NADROBIĆ ZALEGŁOŚCI CYFROWE

– *Idealem byłoby, gdyby nie tylko lekarze, ale każdy obywatel kończył edukację, rozumiejąc, jak działa AI i dlacze-*

realny projekt UE?

go jest tak ważna – zwrócił uwagę na konieczność podnoszenia umiejętności cyfrowych Jean-Marc Bourez z EIT Health Europe. Podkreślił, że Europa ma mocny atut w postaci współpracy między ośrodkami naukowymi a przemysłem, którą należy dalej rozwijać.

Europa potrzebuje też długoterminowych inwestycji, zwłaszcza w kontekście opublikowanego w październiku 2024 raportu Dragiego „Przyszłość europejskiej konkurencyjności”. W swoim opracowaniu były szef Europejskiego Banku Centralnego wezwał UE do zwiększenia inwestycji o dodatkowe 800 mld euro rocznie w celu wzmocnienia konkurencyjności Europy, zwłaszcza w zakresie gospodarki cyfrowej. W raporcie czytamy m.in., że słaba pozycja UE w rozwoju sztucznej inteligencji grozi utratą przewagi konkurencyjnej w kilku sektorach przemysłu. Draghi skrytykował też unijne przepisy RODO i ustawę o sztucznej inteligencji, zwracając uwagę, że ich złożoność może utrudniać rozwój sztucznej inteligencji w UE.

Jednak Mélo die Bernaux broniła europejskiego podejścia do regulacji. – *Tak, jesteśmy liderem w regulacjach, ale regulacje nie są słabością. To także motor innowacji. Jeśli nie ma zaufania do systemu, jasnych zasad gry na kilka lat do przodu, firmy będą unikały inwestowania, nie wiedząc, czego się spodziewać* – argumentowała przedstawicielka Komisji Europejskiej. Zgodził się z nią Salvador Capella-Gutierrez, który dodał, że Europa powoli wprowadza zmiany, a wynika to z charakteru Unii Europejskiej, która składa się z 27 państw z różnymi systemami ochrony zdrowia, językami, regulacjami prawnymi i priorytetami politycznymi. Aby udało się wdrożyć projekty takie jak EHDS, wszystkie kraje muszą się porozumieć i zaangażować, bo dotyczą one życia i zdrowia 450 mln obywateli UE.

CIĘŃ RODO NAD INNOWACJAMI CYFROWYMI

Duże emocje wzbudziła dyskusja o wpływie rozporządzenia o ochronie

danych RODO na innowacje w opiece zdrowotnej. Dr Artur Drobnia k zauważył, że RODO stwarza realne bariery dla innowacji i udostępniania danych. – *W Polsce lekarze często nie chcą dzielić się danymi, ponieważ obawiają się RODO i wynikających z niego konsekwencji prawnych. Obowiązuje zasada, że najbezpieczniejszym podejściem do udostępniania danych jest... ich nieudostępnianie* – skonkludował. Inni uczestnicy dyskusji dodawali, że intencje twórców RODO były słuszne, ale problemem jest interpretacja przepisów. Za RODO ciągnie się zła opinia, która powstała w początkowym okresie wdrażania przepisów, kiedy było wiele niedomówień i niejasności.

Mélo die Bernaux stwierdziła, że rozwiązywanie problemów wymaga współpracy, bo tylko dzięki niej uda się zrealizować ten projekt, jeden z najbardziej ambitnych w ochronie zdrowia. Dr Artur Drobnia k zaapelował, aby skupić się na interoperacyjności, infrastrukturze, zaufaniu pacjentów i zaangażowaniu lekarzy jako priorytetach podczas wdrażania EHDS. Jean-Marc Bourez podkreślił z kolei znaczenie rozwoju partnerstwa publiczno-prywatnego opartego na transparentnych zasadach. Europa ma silne zaplecze naukowe, ale nie zawsze potrafi tak skalować rozwiązania, jak robi się to w amerykańskiej Dolinie Krzemowej.

Decydujące dla realizacji EHDS będzie znalezienie równowagi między innowacjami i wymianą danych a ochroną prywatności, między regulacjami a elastycznością niezbędną do rozwoju nowych technologii. USA i Chiny toczą wojnę o dominację w obszarze sztucznej inteligencji. Europa zatem, jeśli nie chce w niej uczestniczyć, musi skupić się na budowaniu przewagi w oparciu o respektowanie takich wartości jak etyczne przetwarzanie danych. Tylko w ten sposób można zdobyć zaufanie społeczne niezbędne do realizacji EHDS. ●



Sytuacja w norweskiej ochronie zdrowia



DOMINIK HÉJ
politolog
autor książki „Węgry na nowo”

Kontynuujemy podróż po europejskich krajach i przyglądamy się sytuacji w tamtejszej ochronie zdrowia, nie tylko od strony systemowej, ale także z punktu widzenia lekarzy i polityków. Po Austrii, opisanej w ostatnim ubiegłorocznym numerze „Pulsu”, przyszła kolej na Norwegię.

Wydatki ponoszone na system opieki zdrowotnej w Norwegii sięgają 10 proc. PKB (dane z 2021 r.), co jest jednym z najwyższych wskaźników w Europie. Według danych OECD Norwegia na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na mieszkańca wydaje ponad 20 proc. więcej niż wynosi średnia unijna (ponad 15 proc. więcej niż sąsiednie Szwecja czy Dania), chociaż w odniesieniu do PKB – o 1 punkt procentowy mniej niż wynosi unijna średnia (11 proc. w UE, 9,9 proc. w Norwegii). W raporcie „Norway: Country Health Profile 2023” czytamy, że z norweskiego budżetu na koszty administracyjne związane z zarządzaniem opieką zdrowotną przeznaczają się środki o ponad połowę niższe od średniej dla całej Unii Europejskiej (1,4 proc. wobec 3,7 proc.). Jednym z priorytetów władz jest podnoszenie efektywności ochrony zdrowia, dlatego wydatkowanie tych środków jest regularnie monitorowane.

Ponad 85 proc. wydatków na opiekę zdrowotną w Norwegii pokrywa się z funduszy publicznych. Środki na opiekę długoterminową w przeliczeniu na mieszkańca i jako część ogólnych wydatków na opiekę zdrowotną należą do najwyższych na kontynencie. Jednakże ochrona zdrowia nie jest w pełni bezpłatna. W części usług występuje współpłacenie. Większość nakładów finansowych obywateli dotyczyła opieki stomatologicznej (25 proc.), leków (24 proc.), ambulatoryjnej opieki medycznej (19 proc.) i opieki długoterminowej (16 proc.). Ubezpieczenie zdrowotne jest powszechne dla wszystkich legalnie mieszkających w kraju. System prywatnych ubezpieczeń w zasadzie nie istnieje.

Sam system opieki zdrowotnej jest częściowo zdecentralizowany. Ministerstwo Zdrowia i Opieki (*Helse- og omsorgsdepartementet*) odpowiada za jego planowanie, regulowanie i nadzo-

rowanie. Najważniejszym dokumentem przygotowywanym przez państwo jest opracowywany co cztery lata Narodowy Plan Zdrowia i Szpitalnictwa (*Nasjonalt helse- og sykehusplan*). Zawiera on analizę aktualnego stanu systemu opieki zdrowotnej, wyzwania, przed którymi stanie system, oraz propozycje działań, które należy podjąć, aby skutecznie stawić im czoła. Dokument na lata 2024–2027 przyjęto w marcu 2024 r.

Regionalne Urzędy Zdrowia (*Regionalt helseforetak, RHF*) odpowiadają za opiekę specjalistyczną. Cztery regiony RHF: środkowy, północny, południowo-wschodni oraz zachodni, realizują politykę za pośrednictwem Helseforetak – przedsiębiorstw opieki zdrowotnej, których od 2022 r. jest 32. Świadczą one usługi nie tylko szpitalne, ale także laboratoryjne i naukowe. Gminy w Norwegii odpowiedzialne są za organizowanie i świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej oraz usług opiekuńczych, rehabilitacji, opieki: pielęgniarskiej, fizjoterapeutycznej, logopedycznej, dentystycznej.

Narodowy Plan Zdrowia i Szpitalnictwa na lata 2020–2023 wprowadził 19 sieci „społeczności zdrowotnych” – *Helsefelleskap*. Mają one ułatwiać koordynację działań na poziomie POZ i specjalistycznym. W ich skład wchodziły poszczególne gminy i regiony Norwegii, a także przedsiębiorstwa opieki zdrowotnej. Państwo norweskie zainwestowało w e-usługi zdrowotne. Wprowadzony w 2020 r. program Agder 2030 obejmuje działania mające na celu poprawę koordynacji opieki zdrowotnej, obserwację i monitorowanie pacjentów z chorobami przewlekłymi (w domu). Według danych ujętych



foto: Ignacio Ceballos / Unsplash

przez WHO, w ciągu ostatnich dwóch dekad liczba łóżek szpitalnych w Norwegii stale malała: z 500 na 100 tys. mieszkańców w 2002 r. do 340 łóżek w 2020 i 2021 r. Większość szpitali znajduje się w regionie południowo-wschodnim, a największe odległości do najbliższego szpitala występują w regionie północnym, np. w Nordland, którego stolicą jest Bodø, przekraczają nawet 500 km.

Według danych za 2021 r. liczba lekarzy przypadająca na 1 tys. mieszkańców wynosiła 5,2, czyli 27 proc. więcej niż średnia notowana w UE (4,1). Wysoka jest także liczba pielęgniarek przypadająca na 1 tys. mieszkańców – ponad 18, co oznacza przeszło dwa razy więcej niż wynosi unijna średnia (8,5). Problem stanowi jednak nierównomierne rozłożenie kadry medycznej. W niektórych regionach mówi się wręcz o brakach personelu. Rząd podejmuje działania zmierzające do zwiększenia zarówno liczby lekarzy, jak i pielęgniarek.

Według informacji norweskiego Ministerstwa Zdrowia i Opieki wzrost środków przeznaczonych na ochronę zdrowia ujęty w budżecie na 2025 r. jest najwyższy od 2008 r. Przykładowo wydatki na funkcjonowanie szpitali zostaną podniesione o 5,5 mld koron norweskich, tj. około 2 mld zł. Zwiększenie finansowania uwzględnił ma zmiany demograficzne oraz skróciło czas oczekiwania na usługi medyczne. Na utworzenie 1500 miejsc opieki dla osób starszych państwo przeznaczy 3,25 mld koron (około 1,18 mld zł).

Problem związany z utrzymaniem personelu medycznego występuje przede wszystkim na północy kraju. W budżecie na 2025 r. rząd zwiększy

budżet Regionalnego Urzędu Zdrowia Północnej Norwegii, przeznaczony na rekrutację nowych pracowników oraz utrzymanie dotychczasowych, o 350 mln koron (około 126 mln zł). W Norwegii kształci się mniej lekarzy niż średnio w UE, ale o wiele więcej pielęgniarek. Wpisuje się to w opracowywaną długoterminową strategię rozwoju pracowników ochrony zdrowia, która ma zmierzyć się z podstawowym wyzwaniem – starzeniem się społeczeństwa. Istotnie zwiększane są także nakłady na ochronę zdrowia psychicznego. Działania państwa w tym obszarze realizowane są w Planie na rzecz Zdrowia Psychicznego 2023–2033 (*Escalation Plan for Mental Health 2023–2033*).

Norwegia stanowi popularny kierunek wyjazdów do pracy dla personelu medycznego (każdego typu) pochodzącego z krajów UE i z państw trzecich. Większość lekarzy pierwszego kontaktu w Norwegii jest samozatrudniona i pracuje na podstawie umowy z gminami. W latach 2022–2023 rząd norweski przeprowadził kompleksowy przegląd systemu lekarzy pierwszego kontaktu w celu zbadania jego organizacji i finansowania oraz kompetencji zawodowych medyków. W wyniku audytu powstały zalecenia, które wdrażane są w ramach trwającej wciąż reformy podstawowej opieki zdrowotnej. Jej nadrzędnym celem jest likwidacja nierówności społecznych, a także poprawa wydajności systemu.

W Norwegii największą i najstarszą (powstała w 1886 r.) organizacją samorządu lekarskiego jest *Den Norske Legerforening* (Norweskie Stowarzyszenie Lekarzy). Zrzesza 94 proc. lekarzy wszystkich specjalności w Nor-

wegii, pracujących zarówno w publicznych, jak i prywatnych placówkach medycznych. NSL reprezentuje również lekarzy zajmujących się badaniami naukowymi, nauczycieli akademickich w dziedzinie medycyny oraz osoby pełniące różne funkcje w administracji ochrony zdrowia. Według danych z 2023 r. liczba członków organizacji sięgała 40 tys.

W tym roku w Norwegii odbędą się wybory parlamentarne. Norwegowie do urn pójdą we wrześniu, tradycyjnie w pierwszy poniedziałek po 10 września. Już teraz wiadomo, że różnice poszczególnych partii w podejściu do kluczowych kwestii będą dotyczyć m.in. sposobów skrócenia kolejek do lekarzy. Zgodnie z danymi raportu OECD, czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty wzrósł w latach 2021–2022 z 61 do 66 dni, a w przypadku opieki psychiatrycznej dla dzieci z 50 do 53 dni. Kolejnym zagadnieniem będzie wysokość zasiłku chorobowego. Część środowisk politycznych uważa, że państwo powinno wspierać lekarzy w podejmowaniu decyzji o odmawianiu długotrwałych zwolnień lekarskich.

W Norwegii chorzy przebywają na pełnopłatnym zwolnieniu średnio przez 28 dni w roku. Wśród postulatów pojawia się m.in. propozycja, by w przypadku osób na długotrwałych zwolnieniach wnioski były rozpatrywane przez dwóch lekarzy. Przedmiotem debaty będą również ubezpieczenia zdrowotne, a zwłaszcza kwestia, czy należy wprowadzić dodatkowe daniny na ochronę zdrowia lub zachęcać do częstszego korzystania z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. ●

Obowiązki lekarza w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi



KRZYSZTOF GOŁĘBIOWSKI
radca prawny

Gabinety lekarskie oraz przychodnie należą do miejsc, w których – w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – dochodzi do wytwarzania różnego rodzaju odpadów. Istotną ich część stanowią odpady medyczne o charakterze niebezpiecznym lub obojętne.

Przez odpady medyczne rozumiemy odpady powstające podczas udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny (art. 3 ust. 1 pkt 8 Ustawy z 14 grudnia 2012 r.). Mają różne formy, a lista miejsc, w których mogą powstawać, została zawężona do tych, gdzie udzielane są świadczenia zdrowotne. Zatem odpady medyczne będą wytwarzane w gabinetach i przychodniach, w szpitalach, klinikach, hospicjach, laboratoriach, uzdrowiskach i innych placówkach medycznych. Jednocześnie należy zauważyć, że odpady medyczne będą również powstawały w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania.

Najczęściej wytwarzanymi, wręcz powszechnymi, odpadami medycznymi są: strzykawki, igły, skalpele, nożyczki chirurgiczne, opatrunki, zużyte peloidy,

przeterminowane leki oraz odpady biologiczne w postaci tkanek, organów i płynów ustrojowych.

KLASYFIKACJA ODPADÓW MEDYCZNYCH

Sposób klasyfikacji odpadów medycznych został wskazany w rozporządzeniu ministra zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, zgodnie z którym odpady medyczne dzielimy na:

1. zakaźne, do których zaliczamy odpady o kodach: 18 01 02* (części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania, z wyłączeniem 18 01 03), 18 01 03* (inne odpady zawierające żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego,

o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt, np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady, z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82), 18 01 80* (zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej o właściwościach zakaźnych) i 18 01 82* (pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych);

2. niebezpieczne, inne niż zakaźne, do których zaliczamy odpady o kodach: 18 01 06* (chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne), 18 01 08* (leki cytotoksyczne i cytostatyczne) i 18 01 10* (odpady amalgamatu dentystycznego);

3. inne niż niebezpieczne, do których zaliczamy odpady o kodach: 18 01 01 (narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki, z wyłączeniem 18 01 03), 18 01 04 (inne odpady niż wymienione w 18 01 03, np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy), 18 01 07 (chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06), 18 01 09 (leki inne niż wymienione w 18 01 08) i 18 01 81 (zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej, inne niż wymienione w 18 01 80).

Za właściwą kwalifikację odpadów, tj. przypisanie danego odpadu do właściwego kodu, odpowiada jego wytwórca, którym co do zasady jest osoba fizyczna lub prawna świadcząca daną usługę zdrowotną. Od tego, w jaki sposób sklasyfikujemy dany odpad, zależy, jak będziemy musieli z nim postępować.

JAK NALEŻY POSTĘPOWAĆ Z ODPADAMI MEDYCZNYMI?

Rozporządzenie ministra zdrowia z 5 października 2017 r. normuje zarówno kwestie związane z postępowaniem z odpadami medycznymi powstałymi w miejscu wezwania, jak również postępowanie w przypadku gromadzenia odpadów medycznych w obiektach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych.

Ogólną zasadą postępowania z odpadami medycznymi jest obowiązek ich gromadzenia w pojemnikach lub workach w miejscu powstawania oraz wstępne magazynowanie, uwzględnia-

jące ich właściwości i sposób unieszkodliwiania lub odzysku.

Odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania są przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych zbierane do pojemników lub worków o właściwym kolorze, a następnie przekazywane niezwłocznie do pomieszczenia lub urządzenia, w którym są wstępnie magazynowane, z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności.

Odpady medyczne powstałe w obiekcie zbiera się w pojemnikach lub workach jednorazowych odpowiedniego koloru umieszczonych na stelażach lub w sztywnych pojemnikach jednorazowego lub wielokrotnego użycia w sposób pozwalający na uniknięcie zakażenia osób mających kontakt z workiem lub pojemnikiem.

W pojemnikach jednorazowego użycia, odpornych na wilgoć oraz na mechaniczne przekłucie lub przecięcie, zbiera się w miejscu powstania odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach (np. igły, skalpele i inne narzędzia chirurgiczne).

Kolory worków lub pojemników, w jakich zbieramy odpady medyczne, odpowiadają ich klasyfikacji i wynikają bezpośrednio z przepisów. W worku lub pojemniku:

1. czerwonym zbieramy odpady medyczne zakaźne,
2. żółtym zbieramy odpady medyczne niebezpieczne, inne niż zakaźne,
3. w kolorze innym niż czerwony albo żółty (zazwyczaj kolor czarny lub niebieski) zbieramy odpady medyczne inne niż niebezpieczne.

Należy pamiętać, że wyjątek od tej zasady stanowią odpady medyczne uznawane za wysoce zakaźne, któ-

re zbiera się w opakowaniu wewnętrznym w postaci worka koloru czerwonego (w przypadku odpadów ostrych – sztywnego pojemnika) umieszczonym w opakowaniu zewnętrznym, które stanowi pojemnik koloru czerwonego, wytrzymały, odporny na działanie wilgoci i środków chemicznych, wykonany w sposób umożliwiający dezynfekcję, z możliwością jego szczelnego zamknięcia.

Pojemniki lub worki zapełnia się najwyżej do 2/3 objętości w sposób umożliwiający ich bezpieczne zamknięcie. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia. Pojemniki lub worki wymienia się tak często, jak pozwalają na to warunki przechowywania oraz właściwości odpadów medycznych w nich gromadzonych, nie rzadziej niż co 72 godz., a w przypadku odpadów wysoce zakaźnych nie rzadziej niż co 24 godz.

W przypadku uszkodzenia pojemnika lub worka umieszcza się go w całości w innym, większym, nieuszkodzonym pojemniku lub worku spełniającym te same wymagania.

Na workach i pojemnikach z odpadami medycznymi umieszczane są specjalne oznakowania identyfikacyjne, które zawierają:

- kod odpadów medycznych w nim przechowywanych,
- nazwę wytwórcy odpadów medycznych,
- numer REGON wytwórcy odpadów medycznych,
- numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej, wraz z podaniem organu rejestrowego,

- datę i godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),
- datę i godzinę zamknięcia.

Odpady medyczne zebrane w opisany sposób mogą być wstępnie magazynowane w miejscu ich wytworzenia w pomieszczeniach spełniających wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia z 5 października 2017 r. (m.in. posiadających odpowiednie zabezpieczenia przed dostępem osób trzecich i możliwość zachowania właściwej temperatury), a następnie przekazanie do dalszego zagospodarowania lub przekazane bezpośrednio, bez wstępnego magazynowania, do podmiotu zagospodarowującego, posiadającego zezwolenia uprawniające do unieszkodliwiania odpadów medycznych, w tym zakaźnych odpadów medycznych, które mogą być unieszkodliwione wyłącznie w wyniku termicznego przekształcania.

Ewidencję odpadów medycznych od 1 stycznia 2021 r. prowadzi się wyłącznie w formie elektronicznej w Bazie Danych Odpadowych (tzw. system BDO). Wytwórca odpadów medycznych jest zobowiązany do dokonania wpisu do systemu BDO, który uzyskujemy z urzędu lub na wniosek złożony do właściwego marszałka województwa.

Ewidencję prowadzimy w sposób pełny (karty przekazania odpadów i karty ewidencji miesięcznej) lub uproszczony (karty przekazania odpadów). Ewidencję uproszczoną prowadzą podmioty, które m.in. wytwarzają odpady niebezpieczne w ilości do 100 kg rocznie lub wytwarzają odpady inne niż niebezpieczne, niebędące odpadami komunalnymi, w ilości do 5 t rocznie. ●



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



Zmiany w prawie



FILIP NIEMCZYK
adwokat

W tym numerze piszemy o kontrowersjach, jakie budzi wprowadzenie medycyny alternatywnej do Polskiej Klasyfikacji Działalności, oraz o ustawie, która daje lekarzom większe uprawnienia do wydawania recept na bezpłatne leki.

KONTROWERSJE WOKÓŁ MEDYCYNY ALTERNATYWNEJ W PKD

1 stycznia 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności,* które zmienia klasyfikację stosowaną w statystyce, ewidencji, a także urzędowych rejestrach i systemach informacyjnych administracji publicznej. W dziale 86, obejmującym opiekę zdrowotną, w tym działalność szpitali, praktykę lekarską, dentyścianą, pielęgniarstwą i fizjoterapeutyczną, wyróżniono nową podklasę, obejmującą działalność w zakresie medycyny tradycyjnej, uzupełniającej i alternatywnej (86.96.Z).

Zgodnie z przywołanym rozporządzeniem, podklasa ta obejmuje działalność usługową w zakresie profilaktycznej, leczniczej lub rehabilitacyjnej opieki zdrowotnej, prowadzoną przez pracowników medycznych. Przy czym ich czynności nie są oparte na danych naukowych dotyczących diagnozowania oraz leczenia chorób i nie mają udowodnionych naukowo korzyści leczniczych. Zakresem opisanej działalności objęte są praktyki w zakresie medycyny tradycyjnej, takiej jak akupunktura i chińskie leki ziołowe, medycyny uzupełniającej (aromaterapia, terapia kwiatowa i zioło-

lecznictwo), a także medycyny alternatywnej, m.in. homeopatii i terapii kryształami, oraz działalność uzdrowicieli.

Stanowczy sprzeciw wobec wprowadzenia do PKD medycyny tradycyjnej, uzupełniającej i alternatywnej, jako drogie do legitymizacji takiej działalności, wyraziło Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.* W stanowisku z 29 stycznia 2025 r. podkreślono, że ustawodawca powinien być zachować w tym zakresie daleko większą ostrożność, zwłaszcza po negatywnych doświadczeniach stosowania i propagowania pseudonaukowych metod zwalczania chorób, znanych z niedawnego okresu epidemii COVID-19. Rozporządzenie Rady Ministrów można tymczasem interpretować w ten sposób, że osoby wykonujące działalność uzdrowiciela należą do grupy pracowników medycznych, chociaż ich działania nie są oparte na danych naukowych. Zaznaczono, że metody z zakresu medycyny alternatywnej nie tylko nie mają udowodnionych naukowo korzyści leczniczych, ale również mogą być niebezpieczne, powodując opóźnienie lub nawet unikanie skorzystania z naukowo potwierdzonych metod stosowanych w Polsce. Samo określenie tych metod przymiotnikiem „medycyna” może wprowadzać w błąd przez

nasuwające się skojarzenie z prawdziwą wiedzą medyczną.

Ministerstwo Zdrowia opublikowało wyjaśnienie,* zgodnie z którym nowości w klasyfikacji PKD nie zmieniają przepisów dotyczących działalności leczniczej, którą prowadzić mogą wyłącznie osoby z prawem wykonywania zawodu medycznego. Nie poszerzają więc kręgu osób uprawnionych do leczenia pacjentów. Dodatkowo wskazano, że Ministerstwo Zdrowia nie jest autorem omawianych zmian, a klasyfikację opracował Główny Urząd Statystyczny. Resort zgłosił uwagi do projektu, jednak ze względu na konieczność dostosowania do międzynarodowych standardów nie zostały uwzględnione. Zaapelowano jednocześnie, aby w przypadku problemów zdrowotnych zawsze korzystać z pomocy przedstawicieli zawodów medycznych.

RECEPTY NA BEZPŁATNE LEKI

14 lutego 2025 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,* która istotnie rozszerza uprawnienia lekarzy do wystawiania recept na darmowe leki dla pacjentów w wieku 65 lat i starszych oraz dla dzieci do 18. roku życia.

Zgodnie z nowymi przepisami, recepty na bezpłatne leki będą mogli wypisywać wszyscy lekarze – mający kontrakt z NFZ i niemający go, w tym lekarze prowadzący praktykę w zakresie stomatologii, psychiatrii, leczenia uzależnień oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dotychczas recepty na leki z listy „S” i „Dz” mogli wystawiać wyłącznie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, a także wykonujący zawód w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego.

RZECZNIK PRAW PACJENTA PODSUMOWAŁ UBIEGŁY ROK DZIAŁALNOŚCI

Biuro rzecznika opublikowało podsumowanie działalności w 2024 r.* Wynika z niego, że w roku ubiegłym wszczęto 322 postępowania dotyczące praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Rzecznik wydał 32 decyzje uznające za takie praktyki działalność tzw. receptomatów. Inne sprawy w zakresie naruszania zbiorowych praw pacjentów związane były m.in. z badaniem kleszczy w kierunku boreliozy. W 2024 wydano także przeszło 2100 rozstrzygnięć w ramach prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych. Sprawy cywilne z udziałem rzecznika zakończyły się ugodami o łącznej wartości odszkodowań przekraczającej 3 mln zł. W 2024 r. do rzecznika wpłynęło także ponad 1500 wniosków o przyznanie świadczenia z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Wydanych zostało ponad 260 decyzji o przyznaniu świadczenia, w tym

162 pozytywne. Łączna kwota wypłat to blisko 9,5 mln zł. Średnia przyznana kwota wynosi około 60 tys. zł.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH W SPRAWIE DOSTĘPNOŚCI ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Rzecznik zwrócił się z wystąpieniami* do prezesów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w sprawie dostępności świadczeń medycznych dla osób z różnymi niepełnosprawnościami.

Jedną z grup, która mierzy się z brakiem dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, są osoby słabo słyszące i niesłyszące. Do biura rzecznika wpływają skargi na konieczność zapewnienia we własnym zakresie osoby, która informacje lekarza przetłumaczy na język migowy. Często w tę rolę muszą wejść osoby najbliższe, np. małoletnie dzieci słabo słyszących i niesłyszących. Rodzi to nie tylko wątpliwości w kwestii prywatności lub ochrony małoletnich, ale także w zakresie rzetelności tłumaczenia realizowanego przez osobę najbliższą lub przybraną. Zdaniem rzecznika należy zatem podjąć kroki w celu systemowego zapewnienia tym pacjentom tłumaczenia na język migowy podczas korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia. Rzecznik podniósł także sprawę zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami świadczeń ochrony zdrowia z zakresu ginekologii i położnictwa.

W odpowiedzi prezes PFRON poinformowała,* że w ostatnim czasie podpisano umowy z 63 podmiotami leczniczymi o dofinansowanie, na łączną kwotę ponad 4 mln zł, których celem jest likwidacja barier technicznych, informacyjno-komunikacyjnych oraz wyposażenie w technologie wspomagające i urządzenia umożliwiające skorzystanie przez osoby z niepełnosprawnością z usług ginekologiczno-położniczych świadczonych przez te podmioty.

NACZELNA RADA LEKARSKA W SPRAWIE PRZEDMIOTU „EDUKACJA ZDROWOTNA”

Od września 2025 r. przedmiotem przewidzianym dla uczniów klas IV–VIII szkół podstawowych, a także klas I–III szkół ponadpodstawowych będzie edukacja zdrowotna.* Celem nauczania przedmiotu ma być wyrobienie zdrowych nawyków oraz profilaktyka zdrowotna młodzieży. Prezydium NRL podjęło uchwałę* w sprawie wypowiedzi medialnych niektórych polityków, że przedmiot ten powinien mieć charakter wyłącznie fakultatywny. W przywołanej uchwale czytamy jednak, że kwestie takie jak profilaktyka zdrowotna, zapobieganie chorobom cywilizacyjnym, propagowanie szczepień i prawidłowych postaw prozdrowotnych powinny stanowić obowiązkowy element nauczania na wszystkich etapach edukacji. ●



* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ



Lekarzu, możesz skorzystać z usług doradcy podatkowego w ramach opłaconej składki członkowskiej.



Umów się na konsultację

Nieetyczna reklama z „lekarzem”



MONIKA POTOCKA
rzecznik praw lekarza
OIL w Warszawie i NIL

Do Biura Rzecznika Praw Lekarza wpłynęło zgłoszenie dotyczące reklamy, co do której istniały podejrzenia, że wprowadza w błąd odbiorcę przez wykorzystanie wizerunku aktora wcielającego się w postać lekarza.

Materiał Medonet.pl, reklamujący sponsorowaną przez Decathlon akcję „#Tak dla roweroterapii”, obiecywał konsumentom, że dzięki codziennej jeździe na rowerze utrzymają dobrą kondycję fizyczną i psychiczną, obniżą poziom „złego” cholesterolu oraz ryzyko chorób serca i płuc.

Wykorzystanie wizerunku aktora w roli lekarza mogło uwiarygodnić ten przekaz, bazując na braku doświadczenia lub wiedzy odbiorców, a dodatkowo narażając lekarzy na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu.

Jako rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zwróciłam się do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z prośbą o analizę zgłoszonej reklamy i sprawdzenie, czy nie wprowadza odbiorcy w błąd.

W reakcji na moje pismo prezes UOKiK zwrócił się do obu podmiotów z wnioskiem o złożenie wyjaśnień oraz skierował do Komisji Etyki Związku

Stowarzyszeń Rady Reklamy zawiadomienie dotyczące wspomnianej reklamy jako potencjalnie naruszającej zapisy Kodeksu Etyki Rady Reklamy.

W wyniku mojej interwencji i zgłoszenia dokonanego przez prezesa UOKiK Komisja Etyki Związku Stowarzyszeń Rady Reklamy orzekła, że wykorzystanie wizerunku osób wykonujących zawody medyczne lub podających się za nie jest niezgodne z normami etyki.

W uzasadnieniu podano, że wykorzystywanie autorytetu tej grupy zawodowej jest nadużyciem zaufania konsumentów. Komisja zwróciła również uwagę na fakt, że wspomniana reklama może mylnie sprawiać wrażenie kampanii społecznej, chociaż w rzeczywistości jest promocją podmiotu gospodarczego.

W efekcie skargi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów do Związku Stowarzyszeń Rady Reklamy sporna reklama została usunięta ze strony internetowej.

• fot. 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

Piłkarskie emocje już wiosną

Największa polska liga piłkarska lekarzy wraca do gry! Komisja ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentyistów do zgłaszania się do składu 10 istniejących drużyn. Najlepsi zawodnicy warszawskiej ligi OIL będą nominowani do reprezentacji izby na turniejach ogólnopolskich! Osoby zainteresowane dołączeniem do rozgrywek prosimy o kontakt: sport@oilwaw.org.pl.

Wiosenne mecze V rundy Ligi OIL w Warszawie będą rozgrywane w Bemowskim Ośrodku Piłki Nożnej przy ul. Obrońców Tobruku 11. Zachęcamy też do śledzenia wyników i przebiegu meczów oraz oglądania nagrań wideo na stronie Lekarskiej Ligi Mistrzów OIL. Zagrajmy razem kolejny raz!



foto: Paweł Maui Fotografia

Naucz się (samo)obrony



foto: licencja OIL w Warszawie

Jak zachować się w gabinecie i innych miejscach podczas ataku? – to przewodni temat kursu samoobrony, od czterech lat organizowanego dla lekarzy przez Komisję ds. Sportu ORL w Warszawie. Przed nami kolejny cykl szkoleń!

Na kursie samoobrony poznasz rodzaje agresji i różne formy ataku fizycznego, weźmiesz udział w symulowanych starciach i nauczysz się reagować na agresję, np. podczas napaści w gabinecie lekarskim, sprawdzisz swoje granice i siłę. Wszystko pod okiem profesjonalnego trenera Borysa Czyhina, byłego funkcjonariusza Sił Specjalnych, instruktora bojowych systemów walki wręcz oraz specjalisty ds. bezpieczeństwa. Pierwsze zajęcia już 7 kwietnia o godz. 19.00 w hali sportowej Zespołu Szkół nr 7 im. Szczepana Bońkowskiego, przy ul. Chłodnej 36/46 w Warszawie. Treningi przewidziano dla 30 osób. Cykl składa się z ośmiu spotkań.

SPORTOWE NIEDZIELE



**Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie**



Terminy marcowe:
2.03 | 9.03 | 16.03 | 23.03 | 30.03



Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1

Spotkanie Noworoczne Środowisk Medycznych

BOŻENA HOFFMAN-GOLAŃSKA

przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL

fot. Mirosław Żydecki



Spotkanie Noworoczne Środowisk Medycznych odbyło się 16 stycznia 2025 r. w Domu Arcybiskupów Warszawskich. W imieniu metropolity warszawskiego arcybiskupa Adriana Galbasa honory gospodarza pełnił biskup Michał Janocha, profesor Uniwersytetu Warszawskiego na Wydziale Artes Liberales.

Oprawę artystyczną przygotowała Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie. Swoje prace prezentowali lekarze malujący: Włodzimierz Cerański, Katarzyna Chojnowska-Pniewska, Maryla Beniger, Krystyna Dowgier-Malinowska, Krystyna Rusiniak-Kubiak i Waldemar Rogala, oraz lekarze fotograficy: Mirosław Żydecki, Jordana Dranchuk, Bożena Hoffman-Golańska, Olga Żydecka i Dariusz Osiak. Motywem przewodnim obrazów i zdjęć była bożonarodzeniowa szopka. Lekarze poeci: Katarzyna Wierzbicka i Krzysztof Schreyer, czytali swoje wiersze o tematyce świątecznej.

Na część muzyczną składał się występ chóru lekarskiego i orkiestry lekarzy pod dyrekcją Beaty Herman. Wspólnie śpiewano piękne polskie kolędy. W spotkaniu wzięli udział licznie zgromadzeni przedstawiciele zawodów me-



fot. Dariusz Osiak

dycznych: lekarzy, aptekarzy, pielęgniarzy i ratowników medycznych, a także: prof. Urszula Demkow – wiceminister zdrowia, Marek Augustyn – wiceprezes NFZ, Jarosław Fiks – dyrektor generalny Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Daniel Rutkowski – prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, prof. Rafał Krenke – rektor WUM, prof. Filip Szymański – dziekan Collegium Medicum UKSW, dr Dariusz Paluszek – wiceprezes ORL w Warszawie, dr Michał Sutkowski – prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych, dr Janusz Meder – prezes Polskiej Unii Onkologii, Mariola Łódzińska – prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, oraz Anna Dudzińska – prezes Warszawskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Honorowymi gośćmi spotkania byli: prof. Jerzy Woy-Wojciechowski – prezes senior Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, prof. Tadeusz Tołłoczko – rektor senior Akademii Medycznej w Warszawie, prof. Marek Krawczyk – rektor senior WUM oraz prof. Jerzy Jurkiewicz – prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Fragment przeszłości okolic świętokrzyskich

Stareńki z szarobiałych ciosów kamiennych
 Znacznie potęgują liturgii niebiańskie pieśni
 Powiewem opodal do wieczystych Morfeusza
 Człapu-człapu uciążliwością wzgórze do ościennej wioski
 Ulga przy drewnianym wiadrze mocy minerałów
 Lodowatej wody z mroku międzyskalnej głębi
 Chronionej okoleniem i czarnolicym gontem
 Naówczas łańcuchem wyciągali gniadym w kieracie
 Poranna mgła w omodlonej dolinie poległych
 Zasmuceni ku słońcu drożynami wśród żółtokłosych
 Przydrożem gościńca maszeruje upamiętnienie
 Nasypem męstwa z przetrwałym postumentem
 Zwieńczony styczniowym krzyżem kosynierów
 Niezniszczalny carożołdackim niwelowaniem mogił
 Nikczemne widoki rozjuszzonego łotrostwa
 Ocalał i po ohydzie późniejszych wydarzeń
 Aleją starodrzewu miodojasnych czereśni
 Na pobojuwisko dworskiego dziedzińca
 Przypomina zbrodnicze szable kozaków
 Uszczęśliwieni chamskim niehonorem
 Odcinania zdrowych dłoni rannym powstańcom
 „Wot buntowuszczyk nie udziejysz ty użę gwintowki...”
 Wtrąceni w muzealną ciszę kiedy niekiedy przypominani
 Odrodzenie bezgranicznym szacunkiem Marszałka
 Wielokroć odżywa pamięć o zamężonej nadziei
 Wiarusy jak pierwowzór nieustraszonych defensorów macierzy



Piotr Edward Gołębski

Amerykański sen



RAFAŁ ZADYKOWICZ
lekarz

Kto z lekarzy wychowanych na medycznych serialach nie marzył, by pewnego dnia spełnić swój amerykański sen i pracować w USA? Droga jest jednak długa, kosztowna – wiele miesięcy (lub lat) przygotowań do egzaminów medycznych i językowych oraz odbycie licznych staży zagranicznych.

Wprzeszłości alternatywnym sposobem, aby posmakować medycyny w Stanach Zjednoczonych, był udział w globalnych programach badań naukowych dla polskich lekarzy. Obecnie nie są one już tak łatwo dostępne, ponieważ Polska z kraju o niskim dochodzie (*low-income country*) stała się państwem o dochodzie wysokim (*high-income country*). Czy rzeczywiście nasza medycyna może równać się z zaawansowaną medycyną w innych krajach należących do tej zaśczytnej grupy?

Wszystkie stypendia i wymiany, które mam za sobą, odbyłem w topowych europejskich klinikach, lecz nigdy programy te nie obejmowały wyjazdów za

ocean. Z pomocą przyszedł mi program stypendialny Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, który nie jest ograniczony do żadnego kontynentu. Jego zakres wyznaczają jedynie nasze aspiracje, potrzebna kwota finansowania oraz determinacja, aby znaleźć się w wymarzonym ośrodku – w moim przypadku w Fetal Care Center w NewYork-Presbyterian Hospital.

DLACZEGO CHCIAŁEM POZNAĆ MEDYCYNĘ W USA?

Najbardziej ciekawiły mnie trzy aspekty, o których słyszałem wcześniej: pionierskie rozwiązania i technologie medyczne wprowadzane szybciej niż w konserwatywnej Europie, legendarne podejście do pacjenta w ujęciu bardziej holistycznym oraz możliwość spełnienia amerykańskiego snu niezależnie od kraju pochodzenia. I właśnie z tymi mitami chciałem się zmierzyć w relacji z wyjazdem do Stanów Zjednoczonych.

Warto zaznaczyć, że staż odbyłem w jednym z najbardziej prestiżowych ośrodków w USA, który jest szpitalem klinicznym dla uczelni należących do tzw. Ligi Bluszczonej (*Ivy League*) – grupy uniwersytetów uznawanych za najlepsze na świecie. Standardy tam stosowane nie odnoszą się do wszystkich ośrodków w USA. Podobnie sprawa wygląda z prawem stanu Nowy Jork. Każdy stan Ameryki ma swoje prawo i własną konstytucję, a stan Nowy Jork uznawany jest za jeden z najbardziej liberalnych, szczególnie jeśli chodzi o wsparcie dla praw reprodukcyjnych czy mniejszości seksualnych. Znany jest

także z szerokiej oferty usług publicznych. To właśnie dlatego istnieje tak silna konkurencja między absolwentami medycyny w USA pragnącymi zdobyć miejsce specjalizacyjne i szkolić się w zakresie ginekologii i położnictwa.

TELEMEDYCYNĄ

Nie można zakłamywać historii, twierdząc, że wszelkie nowoczesne rozwiązania medyczne opracowano w USA. W Europie, Azji, Australii, a nawet w Afryce powstały terapie, które obecnie warunkują postępowania medyczne w Polsce. Szkopuł tkwi jednak w systemie szybkiej implementacji rozwiązań, które są już na wyciągnięcie ręki. Jednym z tych, które mnie ujęły, jest szerokie zastosowanie telemedycyny. Mogłem je obserwować podczas stażu w Nowym Jorku. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, konsylia lekarskie z pacjentem, wizyty kontrolne w przypadkach, gdy badanie lekarskie jest zbędne, nierzadko organizuje się w formie telekonsultacji. Takie rozwiązanie sprawdza się doskonale np. w przypadku pionierskiego w skali kraju projektu konsultacji genetycznych lub konsyliów, gdy przyszli rodzice, u których dziecko podejrzewa się np. wadę płodu, mogą przeżyć ten trudny moment w intymnym otoczeniu, we własnym mieszkaniu, w obecności bliskich, co pozwala nieco zredukować stres i napięcie.

DWA MAGICZNE SŁOWA: KOMFORT I KOMUNIKACJA

W USA o komforcie pacjenta myśli się często. Koordynatorka pielęgniarek dba, by po wizycie chory miał pewność, że wszystko zrozumiał. Omawia z nim logistykę, by bezproblemowo dotarł na kolejną wizytę. Dla korzystających z polskiego systemu ochrony zdrowia i pracujących w nim, ze względu na często występujące niedobory kadrowe, wydaje się to abstrakcją. Co zrobić, aby i u nas zastosować podobne rozwiązania? Moim zdaniem przede wszystkim



fot. Rafał Zadykiewicz

należy zmienić język komunikacji. Casualowy lekarz z amerykańskiego serialu to nie fikcja. Choć szpital zlokalizowany jest na Manhattanie, pełni rolę ośrodka referencyjnego, dlatego trafiają do niego pacjenci o różnym statusie socjoekonomicznym. Wielokrotnie widziałem jak absolwenci Yale, Harvardu czy Columbii „znizali się” i rozmawiali z pacjentem takim językiem, aby mógł zrozumieć zalecenia. Wielokrotnie widziałem też lży lekarza i trzymanie pacjenta za rękę, co nie jest częstą reakcją w naszym kręgu kulturowym.

Mnóstwo czasu poświęcaliśmy na rozmowy nie tylko z pacjentami. Uczestnictwo w dialogach personelu medycznego jest niezwykłym przeżyciem dla polskiego lekarza. Referowanie przypadków podczas otwartej rozmowy między pielęgniarkami, położnymi, asysten-

tami, lekarzami rezydentami, specjalistami powoduje, z mojej obserwacji, że zyskuje na tym każdy – zarówno młodzi lekarze, którzy uczą się różnicować przypadki przez analizę objawów i wyników badań z każdej możliwej strony, jak i lekarze specjaliści szlifujący w ten sposób swoje kompetencje lidarskie.

Mimo że był to mój pierwszy wyjazd do Stanów Zjednoczonych, od początku towarzyszyło mi wrażenie *déjà vu*. Wszystko wydawało się znajome. Być może dlatego, że w Polsce jesteśmy wychowani na amerykańskich produkcjach. Ale widzę tu jeszcze jeden ważny powód. Szkołąc się w jednym z najlepszych szpitali na świecie, nie czułem się gorszy ze względu na swoje pochodzenie. Lekarze reagowali wręcz entuzjastycznie, dowiadując się, że jestem z Polski. Paradoksalnie, zupełnie od-

wrotne doświadczenia miałem w przeszłości z pobytów w Szwajcarii, Austrii, Belgii czy Francji. Jak to ujął jeden z amerykańskich lekarzy, pionier w leczeniu niepłodności, od którego miałem przyjemność się uczyć: „*Wszyscy tu jesteście imigrantami*”. I chyba to najlepiej tłumaczy sukcesy medycyny w USA, gdzie solidna praca jest odpowiednio wynagradzana, a znane z wielkich korporacji hasło *diversity and inclusion* (różnorodność i otwartość) funkcjonuje i procentuje w praktyce.

Czas pokaże, czy w kontekście ostatnich zawirowań politycznych opieka nad pacjentką w Nowym Jorku utrzyma się na tak wysokim poziomie, jaki obserwowałem podczas swego pobytu na stypendium. Lekarze, z którymi rozmawiałem, byli przekonani, że autonomiczność stanu pozwoli nadal świadczyć usługi doskonałej jakości w zakresie praw reprodukcyjnych kobiet. Przyszłości nie przewidzimy, dlatego skupiam się na tym, aby wiedzę, którą zdobyłem w czasie nowojorskiego stypendium, wykorzystać w praktyce klinicznej w Polsce.

Dziecięcy Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w którym pracuję, ma zbliżony profil do placówki, którą odwiedziłem w USA. Dlatego wiele zaobserwowanych rozwiązań w zakresie opieki interdyscyplinarnej możemy wprowadzić z łatwością. W Klinice Położnictwa, Perinatologii, Ginekologii i Rozrodczości każdego dnia intensywnie pracujemy, aby zapewnić najlepszą opiekę kobietom w ciąży i nowo narodzonym dzieciom. Mam nadzieję, że moje ostatnie doświadczenia zagraniczne pozwolą tę jakość wprowadzić na kolejny poziom! ●



PROGRAM STYPENDIALNY



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

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

Moja turecka przygoda

WŁODZIMIERZ CERAŃSKI



foto. archiwum prywatne

Rok 1981. 10 grudnia dostałem propozycję wyjazdu do Turcji jako chirurg, lekarz zakładowy na budowie elektrowni Yatağan. Musiałem zdecydować szybko, więc w domu odbyła się długa nocna rozmowa. Dodam tylko, że mieliśmy plany budowy segmentu, ponieważ PKP (byłem lekarzem kolejowym) chciały przekazać ziemię w Aninie, na której miało powstać osiedle dla pracowników kolei. Zatem wyjazd był atrakcyjny – dewizy przydałyby się na budowę. Zapadła decyzja – jadę.

Zdecydowaliśmy w sobotę 12 grudnia, ponieważ w poniedziałek, 14 grudnia, musiałem się zgłosić do firmy Megadex, która miała mnie zatrudnić. Ale, jak powszechnie wiadomo, 13 grudnia 1981 r. w telewizji nie było „Teleranka”... Konsternacja. Ponieważ miałem jechać z kolegą internistą, razem postanowiliśmy jednak w poniedziałek wybrać się do Megadeksu.

Oczywiście – stan wojenny. W drodze wielokrotnie nas legitymowano, ale w końcu udało się dotrzeć do siedziby Megadeksu. Tam dowiedzieliśmy się, że ta „wojna” nas nie dotyczy i że wszystko idzie dalej zgodnie z planem, czyli wyjeżdżamy. Wypełniliśmy więc odpowiednie dokumenty i mieliśmy czekać na dalsze informacje.

Kolega internista już 28 grudnia poleciał do Turcji, natomiast ja żadnej informacji o wyjeździe nie dostałem. Minął styczeń, powoli zaczął mijać luty. Nareszcie, pod koniec miesiąca, wezwał mnie dyrektor mojego szpitala w Międzylesiu i zapytał:

– *Panie kolego, coś pan narozrabiał? Przyszli do mnie z ambasady tureckiej i mówią, że pożyczył pan jakieś książki i ich nie oddał. O co tu chodzi?*

Odpowiedziałem, że nawet nie wiem, gdzie jest ambasada turecka, a to jest po prostu pretekst, żeby mnie tylko spraw-

dzić, bo przecież mam wyjechać na budowę elektrowni.

To było chyba 26 lutego, ale już 2 marca poinformowano mnie, że wylatuję do Turcji.

Okej, spakowałem walizkę, żona odwiozła mnie na Okęcie. Idę do samolotu – szpaler żołnierzy z karabinami. Przechodzimy na pokład i odlatujemy. Lądujemy w Stambule. Wsiadam z samolotu i widzę podobny szpaler żołnierzy – inne mundury, inne karabiny. Okazało się, że w Turcji również obowiązuje stan wyjątkowy z powodu zamieszek wywołanych przez miejscowych komunistów.

Jednak wszystko przebiegało bez przeszkód. Czekał na mnie autobus i razem z grupą pracowników elektrowni wracających po świętach wyruszyliśmy do Yatağanu. Podróż trwała długo, bo ze Stambułu do Yatağanu jest ponad 600 km – to nie bagatela. Dotarliśmy rankiem w sobotę. Powitał nas silny wiatr, kurz i zamieć. Yatağan położone jest w rejonie Turcji egejskiej, w prowincji Muğla, w starożytnej Karii. Miasteczko wyglądało ponuro – niewielkie domki, jeden trochę większy i nowszy.

Czekał tam na mnie Polak, przedstawiciel elektrowni, który zaprowadził mnie do kwatery – właśnie do tego większego budynku. Miałem tam mieszkać z dwoma innymi lokatorami, ale byłem sam. Do dyspozycji miałem pokój o powierzchni około 30 mkw., dodatkowo gabinet. Była też wspólna kuchnia i łazienka.

Siedziałem w pustym mieszkaniu. Na szczęście miałem kanapki, ale nie było wody pitnej. Woda z kranu nie nadawała się do spożycia, trzeba było korzystać z butelkowanej, dostarczanej w dużych baniakach, ale akurat ich nie było. Siedzę więc w pokoju nad tymi kanapkami, myślę, jak będzie wyglądać moja praca, powoli się rozpakowuję. Przed 17.00 zadzwonił telefon:

– *Panie doktorze! Mamy wypadek samochodowy, proszę natychmiast przyjechać!*

– *Ale czym mam jechać? Jak? Dopiero przyjechałem, nie mam nawet walizki medycznej, nic! Poza tym jestem głodny.*

– *W porządku, zaraz po pana przyjedziemy* – odpowiedział głos w słuchawce.

Po chwili zjawili się dwóch mężczyzn – kierowca i jednocześnie tłumacz oraz

sanitariusz. Przywieźli mi ciepłe jedzenie. Nie wiem, skąd je wzięli, ale nieważne. Wsiadliśmy do samochodu i ruszyliśmy na miejsce wypadku.

Trzeba wiedzieć, że w Turcji odległości mierzy się inaczej niż w Polsce – 90 km to jak „tuż za płotem”. Do tego musieliśmy pokonać przełęcz na wysokości 1600 m. Dojechaliśmy do miejsca zdarzenia – na poboczu leżał mikrobus, przewrócony na dach. Nie było w nim nikogo.

Udaliśmy się do pobliskiego miasta Milas, gdzie w przychodni dowiedzieliśmy się, że dwóch rannych zostało już zabranych. Jeden, lekko ranny, wyszedł już do domu, drugiego przewieziono do szpitala wojewódzkiego w Muğli.

Jedziemy zatem do Muğli, kolejne 90 km, plus 27 km dodatkowych, czyli w sumie ponad 100. Docieramy do szpitala późną nocą i widzimy rannego – młodego, 26-letniego mężczyznę. Miał zmiążdżoną klatkę piersiową i obustronną odmę prężną – był cały napompowany. Sytuacja dramatyczna. Miejscowy chirurg oznajmił nam, że zamierza operować. Miał plan – otworzyć jedną stronę klatki piersiowej, zeszyć płuco, potem otworzyć drugą stronę i zrobić to samo. Gdy to usłyszałem, przeraziłem się. Jako torakochirurg wiedziałem, że to oznacza pewną śmierć pacjenta.

Powiedziałem stanowczo: – *Nie będzie żadnej operacji.* Wywołało to konsternację. Na szczęście był ze mną sanitariusz, który za dwa tygodnie kończył

swój kontrakt. Bardzo się przydał. Wysłałem go do apteki, ponieważ w tureckich szpitalach nie było leków. Wszystkie należało kupować właśnie w całodobowych aptekach usytuowanych w bezpośrednim sąsiedztwie szpitala. Według moich wskazań kupił najgrubsze dostępne cewniki. Były to cewniki Foley'a, przeznaczone do drenażu pęcherza moczowego, ale nadawały się do tego, co chciałem zrobić. Miały światło szerokości palca. W międzyczasie zmontowałem układ ssący, podłączyłem go do dostępnej pompki elektrycznej. Założyłem drenaż do jam opłucnowych, a następnie zacząłem podwieszać mostek pacjenta, bo miał zmiążdżone żebra. Skorzystałem z wyciągu Fibaka, wynalazku prof. Jana Fibaka (ojca znanego tenisisty), który pozwalał unieruchomić mostek za pomocą specjalnej konstrukcji.

Zabieg się udał – pacjent zaczął normalnie oddychać, skóra mu się zaróżowiła. Był to prawdziwy cud. Miejscowy chirurg, dr Ali Ylmas, nie mógł uwierzyć. Liczył na skomplikowaną operację, a tu przyjechał „jabandża” (cudzoziemiec), włożył dwie rurki i uratował pacjenta. Dodam tylko, że zabieg przeprowadzaliśmy w warunkach polowych – chyba nawet nie na sali operacyjnej, bo pamiętam, że korzystaliśmy ze stojących lamp. Przyglądało się temu mnóstwo ludzi, bo wszyscy chcieli zobaczyć „cud”.

Ranny mężczyzna okazał się kimś więcej niż zwykłym pracownikiem – był

dyrektorem budowy innej elektrowni, a jednocześnie synem wysoko postawionego polskiego generała. Po dwóch dniach został przetransportowany do Izmiru. Do dyspozycji mieliśmy karetkę – luksusowego chevroleta, jakiego wtedy w Polsce jeszcze nie widziano. Poleciłem kierowcy jechać powoli, ale 400 km pokonaliśmy w mniej niż trzy godziny. Mimo to wewnątrz pojazdu zupełnie nie czuło się prędkości.

W Izmirze, w klinice Uniwersytetu Egejskiego, młody chirurg krytycznie oglądał moje drenaży Foley'a. Profesor, który nadzorował oddział, powiedział mu jednak:

– Jak kiedyś dokonasz czegoś takiego, w takich warunkach jak ten polski doktor, to wtedy możesz się wymądrzać.

Warto dodać, że w Turcji obowiązywała zasada, że każdy pacjent musi mieć własnego opiekuna. Na szczęście sanitariusz, który mi pomagał, został z chorym przez dwa tygodnie jego pobytu w szpitalu. Tak zakończyła się moja pierwsza interwencja medyczna w Turcji.

Mojego pierwszego pacjenta po pobycie w izmirskim szpitalu zabrano do Polski na dalsze leczenie. Zadowolony wracałem więc do Yatağanu. Po przyjeździe okazało się jednak, że doszło do kolejnego wypadku – tym razem z udziałem polskiego kierowcy ciężarówki. Niestety, odniósł poważne obrażenia i konieczny był natychmiastowy transport do Polski.

Ale to już temat na inną opowieść... ●

Szanowni Lekarze i Lekarze Dentyści,

każdy z Was ma w pamięci wyjątkowe momenty – pierwszego pacjenta, niezapomniane dyżury, ciekawe przypadki, anegdoty z czasów studenckich. Chwile, które kształtowały Was jako lekarzy i które warto ocalić od zapomnienia.

Zapraszamy do podzielenia się swoimi wspomnieniami na łamach naszego miesięcznika. Może to być zabawna historia, refleksyjna opowieść lub poruszający moment z codziennej praktyki. Zachęcamy do nadsyłania tekstów (maks. 6 tys. znaków ze spacjami) i kilku zdjęć, którymi ubarwimy opowieść. Najciekawsze wspomnienia opublikujemy w kolejnych numerach „Pulsu”.

Czekamy na Wasze historie pod adresem puls@oilwaw.org.pl



**OBWIESZCZENIE NR 1/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 16 STYCZNIA 2025 R.**

**w sprawie uzyskania mandatu członka Okręgowej Komisji
Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów, oraz Uchwały nr 2/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 14 stycznia 2025 r. w sprawie stwierdzenia uzyskania mandatu członka Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026, obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się uzyskanie 14 stycznia 2025 r. mandatu członka Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 przez lek. Jacka Piątkiewicza.

§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 2/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 30 STYCZNIA 2025 R.**

**w sprawie ogłoszenia wyników wyborów uzupełniających
na stanowisko członka Prezydium 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 (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.) oraz §42 ust. 1 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów, oraz na podstawie protokołu Komisji Wyborczej zgromadzenia wyborczego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, obwieszcza się, co następuje:

§1

22 stycznia 2025 r. w wyborach uzupełniających na stanowisko członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 został wybrany lekarz Jan Kowalczyk.

§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

**UCHWAŁA NR 644/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 11 GRUDNIA 2024 R.**

**w sprawie wyrażenia zgody na wydatkowanie kwoty do
150 tys. zł brutto w celu przyznania refundacji doskonalenia
zawodowego lekarzom i lekarzom denty stom – członkom
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie art. 25 pkt 10, art. 5 pkt 7 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.) w zw. z Uchwałą nr 643/R-IX/24 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 11 grudnia 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu refundacji doskonalenia zawodowego dla lekarzy i lekarzy denty stom – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, niniejszym uchwała się, co następuje:

§1

Wyraża się zgodę na wydatkowanie kwoty do 150 tys. zł brutto (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy złotych 00/100) w celu przyznania refundacji doskonalenia zawodowego lekarzom i lekarzom denty stom – członkom Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Celem refundacji, o której mowa w ust. 1, jest pomoc materialna lekarzom, służąca realizacji ich ustawowego obowiązku i prawa w zakresie doskonalenia zawodowego.

§2

Kwota, o której mowa w §1 ust. 1, wyasygnowana zostanie z bieżących środków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przewidzianych w preliminarzu budżetowym na rok 2024.

§3

Wykonanie uchwały powierza się prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 645/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 11 GRUDNIA 2024 R.**

**w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie umowy
dotyczącej programu ubezpieczeniowego dla lekarzy
i lekarzy denty stom – członków Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie**

Na podstawie art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.), w zw. z Uchwałą nr 27/R-VIII/21 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 10 marca 2021 r. w sprawie upoważnienia skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia czynności mających na celu dokonanie analizy rynku ubezpieczeniowego pod kątem możliwości optymalizacji kosztów ponoszonych w związku z realizacją programu ubezpieczenia OC dla lekarzy i lekarzy denty stom – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wyraża zgodę na przedłużenie umowy z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Społecznych Spółka Akcyjna w sprawie programu ubezpieczeniowego dla lekarzy i lekarzy denty stom – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§2

Wykonanie uchwały powierza się prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

OBWIESZCZENIE NR 23/OKW-IX/24
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 20 GRUDNIA 2024 R.
w sprawie wygaśnięcia stanowiska członka Prezydium 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 (j.t. Obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz Uchwały nr 41/OKW-IX/24 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 20 grudnia 2024 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 11 grudnia 2024 r. stanowiska członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Michała Gontkiewicza.

§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

UCHWAŁA NR 4/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 22 STYCZNIA 2025 R.

w sprawie ustalenia liczby członków rejonu wyborczego, uprawnionych do wyboru jednego delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie X kadencji 2026–2030, oraz określenia minimalnej liczby członków rejonu wyborczego, utworzonego do przeprowadzenia wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie X kadencji 2026–2030

Na podstawie art. 22 ust. 2 i ust. 3 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.), w zw. z §13 ust. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 i 13 Uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w zw. z Uchwałą nr 1/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 16 stycznia 2025 r. w sprawie wystąpienia do Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o ustalenie liczby członków rejonu wyborczego, uprawnionych do wyboru jednego delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie X kadencji 2026–2030, oraz określenie minimalnej liczby członków rejonu wyborczego utworzonego do przeprowadzenia wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie X kadencji 2026–2030, uchwała się, co następuje:

§1

Na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:

- 1) ustala się liczbę członków rejonu wyborczego, uprawnionych do wyboru 1 (jednego) delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030, na 93 (dziewięćdziesiąt trzy) osoby;
- 2) ustala się minimalną liczbę członków rejonu wyborczego, utworzonego w celu przeprowadzenia wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030, na 93 (dziewięćdziesiąt trzy) osoby.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

KOMUNIKAT

Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie z 16 stycznia 2025 r.

Na podstawie §4 ust. 5 Regulaminu działania Okręgowej Komisji Wyborczej, będącego załącznikiem do Uchwały nr 4 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 18 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu działania Okręgowej Komisji Wyborczej, Okręgowa Komisja Wyborcza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie stwierdziła uzyskanie mandatu członka komisji przez kol. Jacka Piątkiewicza oraz dokonała wyboru kol. Wojciecha Grabczana na zastępcę przewodniczącej komisji.

Skład Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przedstawia się następująco:

kol. Mery Topolska-Kotulecka, lekarz dentysta – przewodnicząca komisji,
kol. Wojciech Grabczan, lekarz – zastępca przewodniczącej komisji,
kol. Jacek Sowiński, lekarz – sekretarz komisji,
kol. Jacek Piątkiewicz, lekarz – członek komisji,
kol. Bożena Sulma-Urban, lekarz dentysta – członek komisji.

Komunikat podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls”.

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

Janusz Garlicki, „Doktor Orłów Górskiego” – samorządowiec

26 grudnia 2024 r. odszedł na wieczny lekarski dyżur dr n. med. Janusz Garlicki, lekarz wielkiego serca, niezwykle zaangażowany w pracę zawodową i działalność społeczną.

DR KRZYSZTOF MAKUCH



Na zdjęciu widzimy dr. n. med. Janusza Garlickiego w towarzystwie trenera kadry narodowej w piłce nożnej Kazimierza Górskiego. Doktor bowiem spełniał się na wielu polach, ale zacznijmy od początku...

LWOWSKIE KORZENIE

Janusz Maria Garlicki urodził się 11 listopada 1936 r. we Lwowie. Był synem Mariana (lekarza) i Stanisławy z domu Goetz, pracownicy lwowskiego banku. Beztroskie dzieciństwo w pięknym, wielonarodowościowym, pełnym polskich tradycji mieście przerwał wybuch wojny. Terror niemieckiego, a później sowieckiego okupanta wspieranego przez UPA oraz nasilające się w 1944 r. działania NKWD (rodzice Janusza byli związani z ruchem oporu) zmusiły rodzinę Garlickich do opuszczenia Lwowa. Dalsza droga życiowa była związana z działal-

nością zawodową, wojskową i medyczną ojca Janusza, wybitnego lekarza chirurga ortopedy, generała brygady prof. Mariana Garlickiego. Profesor po studiach na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie i odbyciu służby w Szkole Podchorążych Sanitarnych w Warszawie otrzymał dyplom lekarza medycyny. Następnie kierował m.in. klinikami ortopedii w Poznaniu, Zabrzu, Warszawie. Był rektorem Śląskiej Akademii Medycznej, WAM w Łodzi, naczelnym chirurgiem Wojska Polskiego w stopniu generała brygady, profesorem zwyczajnym, posłem na Sejm, a przede wszystkim wielkim autorytetem.

LEKARZ PRACOHOLIK

Janusz ukończył studia w AM w Warszawie w 1961 r. Jako specjalizację, wzorem ojca, wybrał ortopedię, której II stopień uzyskał w 1972 r. Dwa

lata później otrzymał II stopień z medycyny sportowej. Zdobył również specjalizację z organizacji ochrony zdrowia (1966) oraz zdrowia publicznego. W roku 1971 uzyskał tytuł doktora nauk medycznych po obronie rozprawy „Kształtowanie się form opieki zdrowotnej w skali światowej na podstawie analizy dwudziestoletniej działalności Światowej Organizacji Zdrowia”, której promotorem był prof. B. Kozusznik. W roku 1982 Janusz Garlicki ukończył Akademię Wychowania Fizycznego. Pracę zawodową rozpoczął w Szpitalu Praskim i równocześnie w Katedrze Organizacji Ochrony Zdrowia CMKP (1962–1975), a w latach 1967–1979 był adiunktem w Klinice Ortopedii AM w Warszawie. W roku 1965 pełnił obowiązki lekarza Komisji Kontroli i Nadzoru w Wietnamie. Od 1979 do 1987 r. był dyrektorem Centralnej Przychodni Sportowo-Lekarskiej w Warszawie, do 1991 pracował jako chirurg i lekarz klubowy oraz kadry narodowej w Zjednoczonych Emiratach Arabskich. Był również dyrektorem naczelnym Centrum Rehabilitacji i Leczenia Schorzeń Narządu Ruchu im. prof. Mariana Weissa w Konstancinie-Jeziornie (1998–2003), a następnie do 2024 r. pracował w Centrum Medycznym LUX MED w Warszawie i prowadził indywidualną praktykę lekarską. Aktywnie działał w Polskim Towarzystwie Medycyny Sportowej i Polskim Towarzystwie Ortopedii i Traumatologii, których został honorowym członkiem. Współtworzył czasopisma medyczne „Medycyna Sportowa” i „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”, współredagował podręcznik „Traumatologia sportowa”. Praca stanowiła sens Jego życia, uważał opiekę nad pacjentami za najważniejsze zadanie. Za działalność zawodową i społeczną został odznaczony Krzyżem Kawalerskim i Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, odznaką „Za zasługi dla ochrony zdrowia”, złotą odznaką „Zasłużony Działacz Kultury Fizycznej”, Medalem Komisji Edukacji Narodowej.

„DOKTOR ORŁÓW GÓRSKIEGO”

Taki przydomek Janusza Garlickiego zapisał się w historii polskiej piłki nożnej. Mówił o sobie, że jest dzieckiem

szczęścia, czego miała dowodzić m.in. Jego praca jako lekarza kadry narodowej piłkarzy w okresie sukcesów polskiej piłki nożnej, w latach 1971–1976, kiedy trenerem był legendarny Kazimierz Górski. W tym czasie nasi piłkarze zdobyli złoty medal na olimpiadzie w Monachium (1972) i srebrny w Montrealu (1976) oraz brązowy medal Mistrzostw Świata w Niemczech (1974). Lekarz kadry cieszył się ogromnym autorytetem, a w sztabie szkoleniowym filarami byli lwowiacy: Kazimierz Górski i Janusz Garlicki. Przygoda Janusza z kadrą trwała 12 lat, ponad 100 meczów reprezentacji. Do wspomnianych sukcesów należy dodać brązowy medal Mistrzostw Świata w Hiszpanii (1982) i piąte miejsce w Argentynie (1978). Na igrzyskach w Moskwie w 1980 r. Garlicki kierował zespołem medycznym polskiej reprezentacji. Za wybitne zasługi dla rozwoju piłki nożnej otrzymał złoty medal Polskiego Związku Piłki Nożnej oraz Diamentowe Odznacze-

nie PZPN. Był honorowym członkiem PZPN, a także współzałożycielem Fundacji Kazimierza Górskiego.

W IZBIE LEKARSKIEJ

Po powrocie z zagranicy Janusz włączył się aktywnie w działalność odrodzonego samorządu lekarskiego. Przez pięć kadencji, czyli 20 lat, był delegatem na okręgowe i krajowe zjazdy lekarskie. W II kadencji pełnił funkcję przewodniczącego Komisji ds. Informacji, powołanej na VI Zjeździe OIL. Wspólnie z red. Jerzym Wunderlichem zainicjowali nową formę biuletynu informacyjnego naszej izby „Puls”. Janusz był jego pierwszym redaktorem naczelnym (do roku 1999). Przez cztery kolejne kadencje uczestniczył w pracach ORL, pełniąc funkcję zastępcy prezesa ORL i dwukrotnie członka Prezydium ORL. Został uhonorowany przez Okręgową Izbę Lekarską Medalem im. Jerzego Moskwy, a także odznaczeniem „Laudabilis” (godny uznania) i tytułem Honorowego Delegata OIL.

OJCIEC RODZINY

W 1969 r. Janusz Garlicki poślubił Małgorzatę Monasterską, absolwentkę historii Uniwersytetu Warszawskiego, dziennikarkę i nauczycielkę. Wielokrotnie podkreślał, że dzięki jej wyrozumiałości mógł realizować swoje pasje i służyć medycynie. Janusz i Małgorzata byli rodzicami Katarzyny, psycholożki i psychoterapeutki w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, dziadkami ukochanych wnuczek: Weroniki – etnolożki i antropolożki kultury, oraz Marty – studentki Uniwersytetu Maltańskiego. Młodszy brat Janusza, Marek, absolwent Akademii Wychowania Fizycznego, z żoną Krystyną i córką Gabriellą prowadzi galerię z antykami. Dla Janusza rodzina była najważniejsza, zawsze mógł na nią liczyć, towarzyszyła Mu i wspierała Go w walce z chorobą nowotworową do ostatnich dni.

Dr n. med. Janusz Garlicki został pochowany na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach. ●

Drogiej Koleżance

dr Małgorzacie Butkiewicz

wyrazy szczerego współczucia
i wsparcia w trudnych chwilach
po śmierci

Mamy

składają lekarze orzecznicy
i pracownicy II Oddziału ZUS
w Warszawie

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 8 stycznia 2025 r.
zmarła w wieku 65 lat

dr Mariola Malicka

Pogrążona w smutku rodzina



Z żalem żegnamy zmarłego
7 stycznia 2025 r.

przyjaciela, lekarza,
wieloletniego dyrektora Centrum
Leczenia Bólu i Akupunktury,
które działało w Warszawie
w latach 1987–2009,
prezesa Mazowieckiego
Oddziału i wiceprezesa Polskiego
Towarzystwa Akupunktury,
nadzwyczaj dobrego człowieka

Wiesława Salacha

Pozostanie w naszej pamięci.

Wyrazy współczucia dla bliskich.

Zarząd, koleżanki
oraz koledzy z PTA

Drogiej Koleżance

dr Dorocie Grzybowskiej

wyrazy współczucia z powodu śmierci

Taty

składają lekarze orzecznicy
i pracownicy II Oddziału ZUS
w Warszawie



26 stycznia 2025 r.
odeszła Nasza Droga Koleżanka,
Przyjaciółka i Starościna Roku,
lekarz dentysta

dr n. med. Helena Deszczyńska

Żal, smutek i serdeczną pamięć
dzielimy z Jej Najbliższymi.

Koleżanki i koledzy stomatolodzy
z roku akademickiego 1974

Wspomnienie o dr Grażynie Chrapkowskiej-Macierzyńskiej



Doktor Grażyna Chrapkowska-Macierzyńska, z domu Uszyńska, urodziła się 8 października 1928 r. w Sulejówku pod Warszawą, zmarła 7 grudnia 2024 w Warszawie.

Wczesne lata spędziła w Rembertowie, gdzie w fabryce „Pocisk” zatrudniony był Jej ojciec. Wybuch Powstania Warszawskiego zastał Ją wraz z rodziną w Warszawie. Na przełomie września i października 1944 r., podobnie jak większość warszawiaków, musiała na rozkaz Niemców opuścić miasto. Została zesłana do obozu Dulag 121 w Pruszkowie.

Po wojnie kontynuowała naukę, w 1949 r. zdała maturę i została przyjęta na studia stomatologiczne, podczas których pracowała nieodpłatnie jako pomoc stomatologiczna. Zamiłowanie do nauk medycznych i niesienia pomocy ludziom zostały Jej zaszczerpione przez matkę Stefanię Uszyńską (z domu Pawlik), która przed II wojną była wie-

oletnią, zasłużoną wychowawczynią ZHP oraz członkinią i aktywistką PCK.

Rodzina była ze sobą niezwykle żyta, darzyła się wielką miłością, wsparciem i zaufaniem. Śmierć ojca Bogusława w 1951 r. stała się wielkim ciosem dla młodej Grażyny. Równie boleśnie przeżyła to Jej matka, którą troskliwie opiekowała się aż do jej śmierci w 1994 r.

Dr Chrapkowska ukończyła studia stomatologiczne w 1954 r. i rozpoczęła pracę w pogotowiu jako lekarz stomatolog. Mimo wielu przeszkód formalnych i nieprzychylniej polityki kadrowej, chcąc poszerzyć wiedzę medyczną, podjęła równocześnie studia na wydziale lekarskim. Po ich ukończeniu w 1961 r. pracowała m.in. jako lekarz wyjazdowy oraz lekarz stomatolog w Pogotowiu Ratunkowym w Warszawie przy ul. Hożej, angażując się w tę pracę całym sercem. Równocześnie jako lekarz medycyny pracy z wielkim poświęceniem, nie zważając na szkodliwe warunki zatrudnienia, troszczyła się o zdrowie i życie pracowników większości zakładów przemysłowych na warszawskiej Woli. W trosce o pacjentów musiała się zmagać z panującymi wówczas trudnymi warunkami pracy, nieprzychylną polityką kadrową oraz „wysrubowanymi normami socjalistycznymi”. Dr Grażyna Chrapkowska aktywnie uczestniczyła również w tzw. Białych Niedzielach, czyli nieodpłatnych, ochotniczych akcjach organizowanych przez Pogotowie Ratunkowe, w czasie których lekarze jeździli do miejscowości, gdzie dostępność usług medycznych była mocno ograniczona. W latach 50. i 60., pracu-

jąc już jako lekarz, ochotniczo uczestniczyła w akcjach kształcenia analfabatów. Tuż przed emeryturą, w połowie 1994 r. oraz przez kilka następnych lat, dr Chrapkowska aktywnie pomagała kombatantom, m.in. świadcząc nieodpłatne porady medyczne.

W życiu dr Chrapkowskiej wydarzyło się wiele tragedii, m.in. w 1982 r., w ponurych realiach stanu wojennego, zmarł tragicznie Jej drugi mąż, bohaterski obrońca Helu z 1939 r. W 2001 r. dr Grażynę Chrapkowską spotkała największa tragedia życiowa. Była nią choreba nowotworowa jedyne go syna, cenionego architekta. Opiekowała się nim do końca, organizując w mieszkaniu „jednosobowe hospicjum”. Kolejnym ciosem było ustanie kontaktów z jedyną wnuczką. Dr Chrapkowska spotkała się również z niesprawiedliwością systemową – mimo prawie pół wieku ciężkiej i ofiarnej pracy nie otrzymała emerytury w należytym wysokości. Przyczyną były tzw. braki w dokumentacji płacowej.

Na szczęście ostatnie lata życia spędziła w otoczeniu kochających Ją ludzi, nigdy nie tracąc pogody ducha oraz zainteresowania światem i naturą. Miała na YouTube swój własny kanał, na którym umieszczała wspomnienia oraz piosenki, których śpiewanie sprawiało Jej tak dużo radości.

Nie sposób opisać wszystkich zasług oraz dokonań dr Chrapkowskiej-Macierzyńskiej. Żadne słowa nie są też w stanie wyrazić bólu i tęsknoty po Jej stracie ani też podziękowań za to wszystko, co zrobiła dla potrzebujących ludzi.

Wiesław Gliński, mąż

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 Lebidzińska

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

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Dominik Héjji, Maria Libura, Filip Niemczyk, Hanna Odziemska, Artur Olesch, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski, Małgorzata Wódz

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-Szlaga

DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

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

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

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

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

1,5%

Przekaż 1,5% swojego podatku
na szczytny cel



KRS 0000250527

Nr konta
34 2030 0045 1170 0000 0330 4290



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.**



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.**

DRUK RECEPT

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

w środy w godz. 12.00–15.00.

Trzeba mieć PIN i hasło do druku recept z NFZ.





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. „Współdziałajmy w osiąganiu 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.



Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Seniorów serdecznie zaprasza na
spotkanie wielkanocne lekarzy seniorów,

które odbędzie się w poniedziałek 14 kwietnia 2025 r. w Klubie Lekarza,
przy ul. Raszyńskiej 54, o godz. 14.00.

Zapisy do 31 marca 2025 r. u Renaty Sobolewskiej, tel.: 22 54 28 330.
Liczba miejsc ograniczona.



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.**

