

GAZETA L E K A R S K A

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

SEKS PO POLSKU

**INTYMNOŚĆ W KRYZYSIE
SPADA NAM LIBIDO, CIERPIMY
NA UZALEŻNIENIA I CHOROBY
PRZENOSZONE DROGĄ
PŁCIOWĄ**

BEZPIECZEŃSTWO
RZĄD CHCE WYŻSZYCH
KAR ZA PRZEMOC
WOBEC MEDYKÓW

ONKOLOGIA
IMMUNOTERAPIA
I ABLACJA ZMIENIAJĄ
LECZENIE RAKA

PRAKTYKA
NISKI WZROST, WIELKIE
MARZENIA. NOWA
SZANSA DLA DZIECI

PRAWO
MEDYCYNĄ
NA INSTAGRAMIE:
TESTOSTERON ZAMIAST
STANDARDÓW

Obietnice nam nie wystarczą

Nowa minister zdrowia to szansa na nowe otwarcie. Trzymam za nie kciuki, bo gruntowne zmiany są niezbędne, a jednocześnie zdaję sobie sprawę, jak bardzo są trudne do przeprowadzenia. Bez nich cały system ochrony zdrowia pograży się w jeszcze głębszym kryzysie. Jeżeli nic nie zrobimy, jeżeli rządzący nie zaczną traktować zdrowia Polaków jako priorytetu, czeka nas krach w NFZ i załamanie się systemu publicznego.

To dlatego pod koniec 2023 r. udzieliśmy ogromnego kredytu zaufania nowej ekipie rządowej. Nadzieje były duże, obietnice jeszcze większe. Wyrażaliśmy też wprost wolę współpracy w najważniejszych dla lekarzy i lekarzy dentystów sprawach. Z tej nadziei zostało dokładnie tyle, ile ze składanych nam wtedy obietnic – prawie nic. W Naczelnej Izbie Lekarskiej przygotowaliśmy podsumowanie półtorarocznych rządów w obszarze zdrowia i nie będzie chyba dla nikogo zaskoczeniem, że było ono, biorąc pod uwagę brak działań w tej sferze, krytyczne.

To nakłada się na ogromną dziurę w kasie Narodowego Funduszu Zdrowia. Według naszych szacunków w 2026 r. zabraknie co najmniej 40 mld zł – być może więcej. A wiemy też, że stan budżetu może nie pozwolić na dotowanie NFZ w takiej wysokości, aby tę dziurę załatać. Czasu na reformę jest coraz mniej. W tej sytuacji dziwi mnie marazm, jaki zapanował w Ministerstwie Zdrowia – rekonstrukcja póki co niewiele zmieniła, a na pewno nie przyspieszyła działań. A trzeba działać, i to już!

Chcę bardzo jasno powiedzieć, że nie zgadzamy się na obciążanie nas odpowiedzialnością za dysfunkcyjny system, który nie gwarantuje pacjentom dostępu do świadczeń medycznych i każe im czekać na wizytę po kilka miesięcy. Próbuje się obwiniać za te niedostatki właśnie nas – lekarzy – rzekomo „przejadających” nakłady na system ochrony zdrowia. Politycy i niektóre media regularnie urządzają polowania z nagonką, tworzona jest

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



atmosfera niechęci, pojawia się hejt i agresja. Przecistawiani są sobie pacjenci i lekarze – w myśl zasady *divide et impera*. A wiemy już, że prowadzi to prostą drogą do tragedii.

Deklarując gotowość do współpracy z ministerstwem, chcę wyraźnie zaznaczyć, że lekarze nie zamierzają rezygnować ze swoich postulatów dotyczących jakości świadczeń, a także wynagrodzeń oraz bezpieczeństwa – tak fizycznego, jak i prawnego, czyli wprowadzenia systemu *no fault*. Nie akceptujemy przeciągania sprawy uproszczonych trybów wykonywania zawodu przyznawanych osobom bez odpowiedniej znajomości języka polskiego i z wykształceniem odbiegającym od tego, jakie wymagane jest w Polsce od polskich lekarzy. Efektem tych praktyk jest to, że dziś Polak ma trudniejszy dostęp do zawodu niż osoby z zagranicy. To niedopuszczalne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta – docierają do nas bowiem przykłady pogorszenia zdrowia chorego na skutek działań „lekarzy”, którzy na przykład źle zrozumieli opis badania obrazowego. Będziemy się też upominać o wprowadzenie stosunkowo prostych sposobów usprawnienia działania systemu, takich jak np. pełna automatyzacja refundacji czy centralna e-rejestracja.

Widoczne są jednak pewne zwiaštuny zmiany podejścia i szansy na współpracę. Rząd przyjął projekt nowelizacji Kodeksu karnego,

w której znalazło się zaostrzenie kar za agresję wobec pracowników medycznych. Prokuratorzy po konsultacjach z NIL otrzymali wytyczne dotyczące postępowania w takich sprawach. Zaapelowałem do prezydenta Karola Nawrockiego o zawetowanie tzw. ustawy ukraińskiej utrzymującej przyznawanie uproszczonego dostępu do wykonywania zawodu.

Jestem też po pierwszym spotkaniu z minister Jolantą Sobierańską-Grendą. No cóż, mówiąc otwarcie, w wielu miejscach nasze stanowiska są rozbieżne. Ale usłyszałem, że pani minister nie zamierza kontynuować czysto PR-owej strategii obarczania lekarzy odpowiedzialnością za błędy systemu i że nie będzie ograniczać swobody gospodarczej osób pracujących na kontraktach. To bardzo ważna dziś deklaracja, ale muszę przypomnieć, że według badania przeprowadzonego przez NIL jedna trzecia lekarzy chciałaby wrócić z kontraktu na etat, o ile dostaliby wynagrodzenie na poziomie trzech średnich krajowych. Czekamy więc na takie zmiany, które zresztą przedstawiciele rządu już nieraz nam obiecywali. W innych ważnych dla samorządu sprawach pani minister zadeklarowała przeprowadzenie analiz.

Tyle że po półtora roku rządów czas obietnic i analiz już się kończy. A rozgoryczeni lekarze mogą w którymś momencie powiedzieć „sprawdzam”.

- 3 Obietnice nam nie wystarczą
Łukasz Jankowski
- 5 Pierwsza pomoc – wspólna odpowiedzialność
Klaudiusz Komor
- 6 Newsy z kraju i ze świata
- 8 O tym, czego nie widać
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 Seks? Raczej nie dziś
Polacy coraz rzadziej uprawiają seks. Czy lekarze są gotowi, by zająć się zdrowiem seksualnym pacjentów? I kto właściwie powinien!
- 14 Wstydliva epidemia
- 16 Uzależnieni od seksu
- 19 Jak leczyć i nie wykluczać.
O zdrowiu osób transpłciowych

AKTUALNOŚCI

- 22 Dziecko to nie content.
Uważaj, co wrzucasz do sieci
Eksperci ostrzegają: nie publikujmy zdjęć dzieci lekkomyślnie. Zanim coś wrzucimy, zapytajmy: komu to służy?
- 24 E-profil pacjenta ułatwi lekarzom pracę
- 25 Surowsze kary za ataki na personel medyczny

WAŻNE SPRAWY

- 28 Zdrowie w zawieszeniu.
Rekonstrukcja rządu nie przyniosła przełomu
Zmiana na stanowisku ministra zdrowia miała być nowym otwarciem. Tymczasem zamiast przyspieszenia – stagnacja.

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 31 Lekarka na cenzurowanym: doping i kontrowersyjne terapie
- 32 Płeć metrykalna: wybór czy fakt?
- 34 Kamery w gabinecie?
Tylko na jasnych zasadach

PODATKI I FINANSY

- 36 Czy warto inwestować w złoto? (cz. 1)
- 37 Ceny mieszkań na widoku
- 37 Wynajmujesz w Hiszpanii?
Uważaj na nowe przepisy i kary



TEMAT NUMERU STRONY 8-21

Spada libido, rośnie liczba pacjentów z zaburzeniami erekcji, obniżonym popędem czy odczuwającym ból przy stosunku – a seksuologów w Polsce jak na lekarstwo.

PRAKTYKA LEKARSKA

- 38 Nieobecni nie mają głosu
- 40 Diler w białym kitlu
Wystarczy, że pacjent przeczyta w internecie, jakie objawy przedstawić lekarzowi, by zażądać recepty na psychostymulanty.
- 42 Seks, stres i sildenafil.
Historie bez recepty
Mariusz Politowicz
- 43 Terapia na miarę
- 46 Lekarze na pierwszej linii.
Cywile w służbie armii
- 48 Profesor z ego, lekarz z klasą.
Co się liczy w medycynie
Anna Gołębicka
- 49 Jakość i dostępność kształcenia
muszą iść w parze
- 51 Skalpel przestaje być symbolem walki z rakiem
- 54 O naszych portfelach
Jakub Sieczko
- 56 Głos lekarzy w kształtowaniu polityki Unii Europejskiej
- 58 Ruszyła rejestracja na zjazd medycznej Polonii

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 59 Nie wystarczy tylko dobrze leczyć

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 62 Nasze priorytety pozostają bez zmian
Jakub Kosikowski
- 62 O tym się mówi/Mówią o nas

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 64 Nietolerancje pokarmowe – wyzwanie dla lekarza i pacjenta

NOWE TECHNOLOGIE

- 68 Startuje konkurs na najlepsze innowacje w zdrowiu

PO GODZINACH

- 69 Lekcje tańca
Jarosław Wanecki
- 70 Słonie: od narodowego symbolu do ofiary turystyki
- 74 Błąd malarski – Jeden, dwa, trzy
- 76 Przychodzi wena do lekarza
- 77 Odeszła Monika Szymczakowska
Czytelnia
- 78 Lekarka z Ciechanowa mistrzynią w brydżu sportowym
- 78 44. Mistrzostwa Świata za nami
- 79 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

JEDNYM GŁOSEM

Pierwsza pomoc – wspólna odpowiedzialność

Ratowanie życia to największa wartość i sens pracy lekarza. A jednak nawet najlepsze umiejętności medyków nie wystarczą, jeśli świadkowie zdarzenia nie będą wiedzieli, jak działać w sytuacji zagrożenia.

To, co w zawodzie lekarza jest chyba największym magnesem przyciągającym wiele osób do jego wyboru, to możliwość ratowania życia. Oczywiście, znajdą się malkontenci, którzy powiedzą, że chodzi raczej o dobre zarobki i szacunek społeczny. Jednak jeszcze całkiem niedawno pensje lekarskie szorowały po dnie, każdy musiał pracować w kilku miejscach albo brać po kilka dyżurów, by jakoś wiązać koniec z końcem, a mimo to liczba chętnych na kierunek lekarski była jeszcze większa niż teraz. A co do szacunku społecznego – wystarczy spojrzeć na statystyki ataków na medyków, które pokazują zupełnie inny obraz.

Każdy z nas zna (i uwielbia) to uczucie, które pojawia się, gdy uda się uratować czyjeś życie. Zupełnie na drugim biegunie znajduje się uczucie związane z niepowodzeniem ratowania życia – niestety, w pracy lekarza spotykane zdecydowanie częściej. W wielu sytuacjach powodzenie naszych działań zależy od tego, czy potrzebującemu udzieli pomocy osoby obecne na miejscu zdarzenia. Tymczasem pomimo olbrzymiego rozwoju medycyny i coraz szerszego dostępu do automatycznych defibrylatorów rozmieszczonych w wielu łatwo dostępnych miejscach nadal niewiele ludzi wie, jak udzielić pierwszej pomocy, kiedy i w jaki sposób użyć tego „magicznego” urządzenia wiszącego na ścianie. Najczęściej kończy się na telefonie do pogotowia albo – co gorsza – na zupełnym braku reakcji.

A przecież, żeby praca lekarzy i ratowników na SOR-ach czy w karetkach miała sens, jak najwięcej ludzi musi wiedzieć,

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



jak uratować drugiemu człowiekowi życie. Właśnie temu ma służyć inicjatywa „Save a life”, podjęta przez Naczelną Izbę Lekarską wraz z Polskim Towarzystwem Lekarskim w ramach Światowego Zjazdu Polonijnych Środowisk Medycznych. To innowacyjne wydarzenie, objęte wsparciem finansowym w ramach Konkursu Senat-Polonia 2025. W trakcie zjazdu przedstawiciele różnych zawodów medycznych – na co dzień zaangażowanych w ratowanie życia – spotkają się i wymienią doświadczeniami dotyczącymi tego, jak uczyć osoby niemające wykształcenia medycznego udzielania pomocy. Więcej o tym wydarzeniu możecie przeczytać w dalszej części tego numeru „Gazety Lekarskiej”.

W tym zakresie naprawdę jest jeszcze wiele do zrobienia – i to nie tylko w Polsce. Nie istnieje chyba system idealny, ale podejście do tematu w różnych krajach bywa odmienne. Czy powinniśmy zaczynać naukę już od przedszkola? Jak miło jest usłyszeć w mediach, że kilkuletnia

dziewczynka zadzwoniła na pogotowie i uratowała życie swojej mamie. A może właściwszy jest wiek szkolny, gdy dziecko potrafi już dokładnie zrozumieć, na czym polega pierwsza pomoc? Jaka jest najlepsza metoda nauczania? Być może w dzisiejszych czasach to krótkie filmy na TikToku?

Jestem bardzo ciekaw, czy Wy – drodzy Czytelnicy – macie w tym względzie własne doświadczenia i przemyślenia? Gorąco zachęcam do dyskusji i do przesyłania swojego głosu w tej sprawie. I oczywiście do udziału w samym zjeździe, który – choć z założenia skierowany jest do środowisk polonijnych – pozostaje otwarty także dla wszystkich zainteresowanych tematyką ratowania życia.

Warto uczyć jak największą liczbę osób udzielania pierwszej pomocy, choćby z czysto egoistycznych pobudek – bo jeśli kiedyś my sami lub ktoś z naszych bliskich będzie tego potrzebował, szansa, że w pobliżu znajdzie się ktoś, kto potrafi uratować życie, będzie po prostu większa. ●

*Z głębokim żalem i wielkim smutkiem przyjęliśmy informację
o śmierci Mamy wiceprezesa NRL Pawła Baruchy.
Składamy wyrazy współczucia dla Rodziny i Bliskich w tym trudnym czasie.*

*Prezes NRL Łukasz Jankowski,
wiceprezesa NRL oraz Pracownicy NIL*

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

Gorzej oceniamy swoje zdrowie

Tylko 19 proc. mężczyzn i 14 proc. kobiet uważa swój stan zdrowia za bardzo dobry – wynika z raportu NIZP-PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”. To znaczący spadek wobec 2018 r., gdy odsetek ten wynosił 38,2 proc. u mężczyzn i 28,5 proc. u kobiet. Pogorszenie samooceny koreluje ze wzrostem liczby osób zgłaszających przewlekłe choroby. Najlepiej oceniają się osoby młodsze i lepiej wykształcone.

Mniej zakażeń szpitalnych

W 2024 r. do Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 1959 ognisk zakażeń w polskich szpitalach – czytamy w niedawno opublikowanym raporcie Głównego



Fot.: Shutterstock.com

▲ Przeważają zakażenia bakteryjne i wywołane wirusem grypy

Inspektoratu Sanitarnego. To mniej w porównaniu z latami 2020-2023, kiedy liczba raportowanych ognisk wyniosła odpowiednio: 2827 (2023 r.), 5107 (2022 r.), 4431 (2021 r.),

2800 (2020 r.), ale nadal znacząco więcej niż przed wybuchem pandemii COVID-19 (wówczas zgłaszalność oscylowała w granicach 600-700 ognisk rocznie).

Z danych GIS wynika, że co prawda w 2024 r. nadal najczęstszym czynnikiem etiologicznym ognisk zakażeń szpitalnych był wirus SARS-CoV-2, ale nie w takiej skali, jak w latach wcześniejszych. Jeśli chodzi o inne czynniki etiologiczne, przeważały zakażenia bakteryjne (najczęściej wywołane przez *Clostridioides difficile*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*) oraz zakażenia wywołane wirusem grypy. Najmniej było zakażeń pasożytniczych i grzybiczych. W 2024 r. zgłoszenia napłynęły w sumie z 491 szpitali.

Śmierć po ataku ransomware

Brytyjskie media informują o śmierci pacjenta w Londynie w następstwie cyberataku z 3 czerwca 2024 r. na firmę obsługującą laboratorium NHS. Opóźnienia w uzyskaniu wyników badań krwi miały się przyczynić do zgonu – podał King's College Hospital NHS Foundation Trust.

Źródło: BBC

Głód dotyka 8 proc. ludności

Według danych opublikowanych w najnowszej analizie o stanie bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia na świecie (The State of Food Security and Nutrition in the World, SOFI) oszacowano, że w 2024 r. 8,2 proc. globalnej populacji doświadczyło głodu. To spadek o 0,3 punktu procentowego

w porównaniu z 2023 r. i 0,5 p.p. w odniesieniu do 2022 r. Zauważalna poprawa dotyczy południowej Azji i Ameryki Łacińskiej. Niestety, poprawy nie odnotowano w większości podregionów Afryki i zachodniej Azji – tam wskaźniki dotyczące głodu nadal pną się do góry. W raporcie podkreślono, że do 2030 r. nawet 512 mln ludzi może cierpieć na



Fot.: Shutterstock.com

▲ W 2024 r. 8,2 proc. globalnej populacji doświadczyło głodu

chroniczne niedożywienie, z czego niemal 60 proc. będzie mieszkac w Afryce.

Analiza została opracowana przez Organizację Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO), Międzynarodowy Fundusz Rozwoju Rolnictwa (IFAD), Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF), Światowy Program Żywnościowy (WFP) oraz Światową Organizację Zdrowia (WHO). Źródło: www.fao.org / WHO

Lek na astmę i anafilaksja

Badania na myszach wykazały, że zileuton – stosowany w astmie – może blokować przedostawanie się alergenów do krwiobiegu i chronić przed

wstrząsem anafilaktycznym. Wyniki opublikowano w „Science”.

Kobiety dominują

We Francji praktykuje nieco ponad 237 tys. lekarzy, z czego połowę stanowią kobiety – informuje Dyrektoriat Badań, Studiów, Oceny i Statystyki (Directorate for Research, Studies, Evaluation and Statistics, DREES) w komunikacie opublikowanym pod koniec lipca i uwzględniającym dane na dzień 1 stycznia 2025 r. Zjawisko feminizacji zawodu lekarza we Francji systematycznie rośnie. DREES przypomina, że jeszcze w 2012 r. odsetek kobiet lekarzy wynosił 41 proc. Największa reprezentacja kobiet jest wśród lekarzy rodzinnych (52 proc.



Fot.: Pixabay.com

▲ Połowę praktykujących we Francji lekarzy stanowią kobiety

ogólnej liczby lekarzy), a 48 proc. w pozostałych specjalizacjach.

Niedawno informowaliśmy o podobnej sytuacji w Wielkiej Brytanii. Tamtejsza instytucja sprawująca nadzór nad wykonywaniem zawodu, czyli General Medical Council (GMC), poinformowała, że zarejestrowanych jest 164 440 kobiet (50,04 proc.) i 164 195 mężczyzn (49,96 proc.) posiadających licencję na wykonywanie zawodu (dane z końca lutego).

Setki wypadków na hulajnogach w miesiąc

Popularność jazdy na hulajnogach elektrycznych nie słabnie, a wypadki, szczególnie w letnim okresie, są na porządku dziennym. Od 27 czerwca do 28 lipca 2025 r. ratownicy interweniowali przy 756 wypadkach



Fot.: Pixabay.com

▲ Ratownicy interweniowali przy 756 wypadkach z udziałem hulajnóg

z udziałem hulajnóg elektrycznych, w tym 422 wśród dzieci – podało KCMRM. Eksperci przypominają o konieczności noszenia kasków, które zmniejszają ryzyko śmiertelnych obrażeń głowy o ponad 60 proc.

Upały zwiększają śmiertelność w Europie

Śmiertelność związana z upałami wzrosła o 30 proc. w ciągu ostatnich dwóch lat – alarmuje Paneuropejska Komisja ds. Klimatu i Zdrowia przy WHO. Jak ostrzegają eksperci, ekstremalne temperatury to jedno z największych zagrożeń dla zdrowia i życia.

W 2022 r. i 2023 r. odnotowano łącznie ponad 100 tys. zgónów w 35 krajach europejskich. Zgodnie z przewidywaniami liczba ofiar śmiertelnych wysokich temperatur wzrośnie w nadchodzących latach. Czerwiec 2025 r. był najcieplejszym miesiącem w historii pomiarów w Europie Zachodniej.

Słowacja: zmarł najstarszy praktykujący lekarz

Wwieku 98 lat zmarł Karol Mika – lekarz rodzinny, który pracował nieprzerwanie przez 72 lata. Był autorem książek, prowadził audycje radiowe i telewizyjne oraz czasopismo o ziołolecznictwie. Wydał także wspomnienia o pracy lekarza i swojej rodzinie. Mika miał trzy córki, które poszły w ślady taty i zostały lekarkami.

Owoce i warzywa na lepszy sen

Naukowcy z University of Chicago Medicine oraz Columbia University wykazali, że spożywanie owoców i warzyw w ciągu dnia może poprawiać jakość snu w nocy, a w szczególności sprawiać, że jest on głębszy i mniej przerywany. Podobne zjawisko zaobserwowano w przypadku jedzenia zdrowych węglowodanów, np. produktów pełnoziarnistych. Praca z ich odkryciem ukazała się na łamach „Sleep Health”.

W badaniu uczestniczyli młodzi, zdrowi dorośli ludzie. Badacze na podstawie swojego odkrycia oraz zastosowania modelowania statystycznego oszacowali, że zjedzenie pięciu porcji owoców i warzyw w ciągu dnia może poprawić jakość snu nawet o 16 proc.

Źródło: www.uchicagomedicine.org ●

O tym, czego nie widać

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



O seksie napisano już wszystko. Zresztą niczego innego nie można było się spodziewać – wszak mówimy o aktywności, która, technicznie rzecz ujmując, towarzyszy (bo musi) naszemu gatunkowi od jego zarania. A jednak nasza intymność się zmienia, co obserwują lekarze i naukowcy zajmujący się życiem seksualnym.

Niewiele osób wie, że fenomenalna komedia Woody'ego Allena z 1972 r. „Wszystko, co chcielibyście wiedzieć o seksie, ale baliście się zapytać” została zainspirowana wydaną trzy lata wcześniej książką o tym samym tytule napisaną przez renomowanego lekarza psychiatrę Davida Reubena. Tytuł ten utrzymywał się na szczycie listy bestsellerów przez 55 tygodni z rzędu, a autora katapultował na pozycję telewizyjnego celebryty. Książka stała się symbolem wyzwolenia seksualnego i poruszała tak „szokujące” wówczas tematy, jak antykoncepcja, pornografia i choroby przenoszone drogą płciową, a sam autor był krytykowany za dość kpiące podejście do homoseksualizmu.

W 1999 r. – po 30 latach od premiery – dr Reuben zdecydował się zaktualizować treść książki. Jak sam przyznał, zmienił 96 proc. oryginalnej zawartości. „Kiedy wydawałem tę książkę pierwszy raz, aborcja była nielegalna, prezerwatyw nie można było kupić w każdym supermarkecie i były

tylko trzy lub cztery choroby weneryczne. Dziś chorób przenoszonych drogą płciową jest więcej niż znaków zodiaku” – mówił dr David Reuben. Choć w XXI wieku zapewne wielu ekspertów chętnie zarzuciłoby amerykańskiemu psychiatrze nadmierne uproszczenia czy wręcz błędy, przykład „Wszystko, co chcielibyście wiedzieć...” pokazuje, jak szybko dezaktualizuje się wiedza na „te tematy” i jak bardzo potrzebna jest edukacja. Z rozmów, jakie „Gazeta Lekarska” przeprowadziła z polskimi ekspertami, wynika, że znajomość zagadnień zdrowia seksualnego jest u wielu lekarzy niewystarczająca. A przecież pojawiają się stosunkowo nowe zjawiska, takie jak nieznane szerzej choroby z małąpią ospą na ciele czy nowe grupy pacjentów szukających pomocy w związku z życiem seksualnym. Lekarze muszą aktualizować wiedzę nie tylko czy-

sto medyczną, ale również podnieść zdolności komunikacyjne (niezależnie od tego, czy uznają to za przejaw taktu, czy poprawności politycznej).

A zatem choć – jak mówi dr Reuben – „w tych sprawach nasze potrzeby są takie same, jak 30 lat temu i jak 30 tysięcy lat temu”, w rzeczywistości zmieniło się tak wiele. I dlatego warto rozmawiać o seksie. ●



Aktywność seksualna Polek i Polaków systematycznie spada. Winny bywa stres, zmęczenie i chroniczne przeciążenie, ale przyczyn jest znacznie więcej – biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych. Seks wciąż pozostaje tematem wstydliwym – zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy.

Z „Narodowego Testu Zdrowia Polaków 2024” wynika, że Polki i Polacy coraz rzadziej uprawiają seks. 30 proc. kobiet uczestniczących w tym badaniu odpowiedziało, że współżyje kilka razy w miesiącu, 23 proc. raz w miesiącu albo rzadziej, natomiast 11 proc. kilka razy w tygodniu – w każdej z tych kategorii nastąpił spadek w stosunku do poprzednich edycji raportu. W przypadku mężczyzn trend jest podobny – 34 proc. ankietowanych odpowiedziało, że uprawia seks kilka razy w miesiącu, 25 proc. raz w miesiącu albo rzadziej, a 14 proc. kilka razy w tygodniu. Systematycznie rośnie za to liczba osób, które w ogóle nie są aktywne seksualnie. „Nigdy” odpowiedziało 36 proc. badanych kobiet (26 proc. w 2020 r.) i 24 proc. mężczyzn (16 proc. w 2020 r.). Największy odsetek takich osób jest wśród 18–24-latków i osób powyżej 65. r. ż. Z kolei najaktywniejsi są 35–44-latkowie. A to tylko jeden z raportów pokazujący, że nasze społeczeństwo dotyka recesja seksualna.

ZMĘCZENI, ZESTRESOWANI I ZDEZORIENTOWANI

Życie seksualne Polek i Polaków od niemal trzech dekad zgłębia prof. Zbigniew Izdebski, seksuolog, pedagog, specjalista w zakresie zdrowia publicznego, kierownik Katedry Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego i koordynator Wydziału Medycznego UW. Wyniki jego wieloletnich badań pokazują dobitnie, że nie jest dobrze.

– Od 1997 r. do lat 2020–2021 aktywność seksualna naszego społeczeństwa spadła o około

TEMAT NUMERU

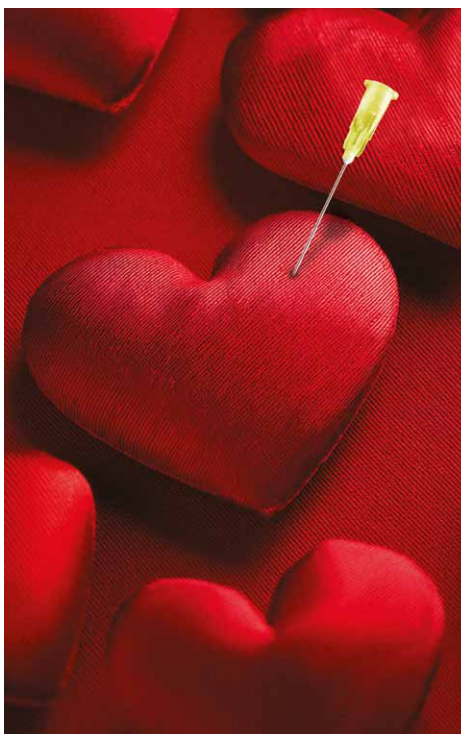
Seks? Raczej nie dziś

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Zmęczeni, zestresowani, chorzy, niedoinformowani – Polacy coraz rzadziej uprawiają seks. Recesja seksualna zatacza coraz szersze kręgi, a temat ten wciąż jest tabu, także w gabinetach lekarskich. Czy lekarze są gotowi, by zająć się zdrowiem seksualnym pacjentów? I kto właściwie powinien?

10 punktów procentowych. Co ciekawe, zdecydowana większość z nas jest zadowolona ze swojego życia seksualnego, ale ta satysfakcja w dużej mierze wynika z tego, że jesteśmy dość mało wymagający w relacjach intymnych – mówi prof. Zbigniew Izdebski. Dodaje, że niestety z jego badań wynika również, że dla większości kobiet po 50–60. r.ż. seks jest zupełnie nieistotną sprawą w ich życiu. – To w dużej mierze wina społeczno-kulturowego stereotypu, że kobieta w okresie pomenopauzalnym bardziej powinna się zająć wnukami, niż myśleć o współżyciu. Przecież w tym wieku nie wypada – tłumaczy badacz. Z jego badań wynika również, że w ostatnich 15–20 latach bardzo wzrosła świadomość seksualna kobiet. – Niestety, wśród mężczyzn takiego zjawiska nie obserwujemy. Co więcej, lepsza wiedza w tematach dotyczących seksu u kobiet może wzmacniać lęki u mężczyzn, bo coraz więcej kobiet potrafi wprost wyrażać swoje oczekiwania albo niezadowolenie – zwraca uwagę prof. Izdebski.

– W mojej ocenie z życiem seksualnym naszych rodaków jest coraz gorzej – przyznaje także dr n. med. Andrzej Depko, neurolog i seksuolog, konsultant krajowy w dziedzinie seksuologii. Jak wyjaśnia, dzieje się tak m.in. dlatego, że jesteśmy narodem zapracowanym, a przez to przemęczonym i zestresowanym. – Zmęczenie i stres są jednymi z głównych czynników pogorszenia życia seksualnego. Przemęczony organizm potrzebuje wypoczynku, a nie dodatkowego wydatku energetycznego. To jeden



rys.: Michał Trusz

z głównych czynników powodujących, że częstość i jakość podejmowanych kontaktów seksualnych spada. Oczywiście niejedyny, bo mamy wiele czynników zarówno biologicznych, psychologicznych, jak i społeczno-kulturowych, przez które nie uprawiamy seksu – zaznacza dr Depko.

Dla części osób barierą w kontaktach seksualnych stanowią

problemy ze zdrowiem seksualnym. Obejmują one w dużej mierze różnego rodzaju dysfunkcje seksualne, do których zaliczamy obniżenie pożądania seksualnego, zaburzenia podniecenia seksualnego, zaburzenia orgazmu (w tym anorgazmia), zaburzenia wytrysku. – Reakcja seksualna człowieka obejmuje cztery fazy: pożądania, podniecenia, orgazmu i odprężenia. W obrębie każdej z nich klasyfikujemy różne zaburzenia. W pierwszej fazie możemy mieć albo nadmierne pożądanie, albo obniżone libido lub jego brak. W drugiej fazie może dojść do zaburzeń erekcji u mężczyzn i zaburzeń reakcji genitalnej u kobiet. W trzeciej fazie u mężczyzn może pojawić się przedwczesny lub opóźniony wytrysk, jego brak albo wytrysk bolesny, a także nasieniotoł, a u kobiet mamy problem z uzyskaniem orgazmu – tłumaczy dr Andrzej Depko. Odrębną grupę problemów stanowią zaburzenia związane z bólem podczas współżycia (dyspareunia i pochwica).

CEL: ZNALEŹĆ PRZYCZYNĘ

Wyniki światowych badań epidemiologicznych pokazują, że średnio około 40 proc. kobiet i 30 proc. mężczyzn dotyka problem zaburzeń seksualnych. Podkreśla się jednak, że między poszczególnymi badaniami występują różnice i że generalnie zjawisko jest



◀ Zaburzenia seksualne dotyczą milionów Polek i Polaków, ale brakuje specjalistów, ścieżek leczenia i... odwagi, by mówić o tym głośno

niedoszacowane ze względu na wstydlivą dla badanych tematykę.

Które z zaburzeń występują najczęściej? – W przypadku mężczyzn najczęściej występuje przedwczesny wytrysk i zaburzenia erekcji, a u kobiet obniżone pożądanie i ból podczas stosunku płciowego – wymienia dr n. med. Sławomir Jakima, psychiatra i seksuolog, prezes Polskiego Towarzystwa Seksuologii Medycznej.

Przyczyny obniżenia jakości zdrowia seksualnego i pojawienia się różnego rodzaju zaburzeń funkcji seksualnych mogą mieć podłoże organiczne. Wiele stanów chorobowych, w tym choroby i zaburzenia endokrynologiczne, otyłość, choroby nerek, choroby neurologiczne oraz schorzenia układu sercowo-naczyniowego, może wpływać negatywnie na funkcjonowanie seksualne. Problemy mogą się też pojawić na tle psychogenym, a nierzadko jedno łączy się z drugim. To powoduje, że proces diagnostyczny bywa utrudniony. – Ważne, aby wykonać dokładną diagnostykę różnicową pozwalającą ustalić przyczyny zaburzenia, bo tylko wtedy będziemy w stanie skutecznie leczyć chorego, nie narażając go na niepotrzebne terapie. Jeśli problem jest stricte somatyczny, pacjentowi nie pomoże nawet wielomiesięczna psychoterapia – zaznacza

dr Andrzej Depko. I dodaje, że np. w przypadku cukrzycy dochodzi do pogorszenia kondycji naczyń krwionośnych, rozwija się mikro- i makroangiopatia, a także neuropatia cukrzycowa, ponadto spada

Spada libido, rośnie liczba pacjentów z zaburzeniami erekcji, obniżonym popędem czy odczuwających ból przy stosunku – a seksuologów w Polsce jak na lekarstwo

poziom hormonów płciowych, często pojawia się też otyłość – to wszystko wpływa negatywnie na różne aspekty zdrowia seksualnego, w tym zaburzenia erekcji i obniżenie popędu seksualnego.

Choroba otyłościowa zaburza stężenia hormonów płciowych. Stan ten jest wywołany przez nadmiar tkanki tłuszczowej. – Produkuje ona ponad 200 różnych cytokin uszkodzających między innymi śródbłonek naczyniowy

i zawiera enzym aromatazę, który zamienia testosteron w estradiol. W związku z tym u 15–78,8 proc. mężczyzn z chorobą otyłościową spada stężenie testosteronu i występują u nich objawy osiowe hipogonadyzmu pochodzące ze sfery seksualnej – zwraca uwagę prof. Dariusz Kałka, specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, androlog, seksuolog i lekarz certyfikowany w obestitologii, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Seksuologii Medycznej i przewodniczący Sekcji Andrologii i Seksuologii Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości. – Zasadniczo niedobór testosteronu wpływa negatywnie na wszystkie etapy reakcji seksualnej mężczyzny – od pożądania, reakcji naczyniowej opartej na procesach tworzenia tlenku azotu w zakończeniach nerwowych i śródbłonek naczyniowym gałęzi tętnicy sromowej wewnętrznej, po regulację stężenia enzymu kończącego proces erekcji oraz mechanizm zatrzymania krwi w ciałach jamistych. Szczególnie ten ostatni, oparty o mięsień opuszkowo-gąbczasty, jest silnie związany ze stężeniem testosteronu, a pole powierzchni tego mięśnia jest nowym markerem hipogonadyzmu – tłumaczy prof. Kałka. Dodaje, że według zaleceń Europejskiej Akademii Andrologii wszyscy pacjenci cierpiący na hipogonadyzm, którzy nie przygotowują się do prokreacji i nie mają przeciwwskazań do stosowania testosteronu, powinni być poddani testosteronowej terapii zastępczej.

– Nie bójmy się ordynować testosteronu, to mit, że jest on niebezpieczny ze względu na wywoływanie raka gruczołu krokowego czy zwiększenie ryzyka wystąpienia ostrych incydentów sercowo-naczyniowych – przekonuje prof. Kałka.

KARDIOPROBLEMY I SCHORZENIA DNA MIEDNICY

Istnieje też zależność pomiędzy chorobami układu sercowo-naczyniowego a zaburzeniami erekcji.

fot.: Shutterstock.com

– U pacjentów z chorobą wieńcową bardzo często występują naczyniopochodne zaburzenia erekcji. Zmiany patologiczne w śródbłonku naczyniowym i ścianie naczyń doprowadzających krew do ciał jamistych pogarszają wypełnienie krwią ciał jamistych prącia – wyjaśnia prof. Dariusz Kałka i uczula, że w większości przypadków, jak pokazują badania braci Montorsich, zaburzenia erekcji są pierwszym objawem choroby sercowo-naczyniowej, która z czasem prowadzi do powikłań pod postacią ostrych incydentów naczyniowych w sercu lub mózgu. Zaznacza jednak, że zaburzenia erekcji mogą mieć oczywiście i inne podłoża, zarówno organiczne, jak i psychogenne.

– Jedną z zasadniczych przyczyn organicznych może być zaburzone funkcjonowanie mięśni dna miednicy, w tym dwóch mięśni erekcyjnych: kulczowo-jamistego i opuszkowo-gąbczastego. To one łączą się z ciałami jamistymi, tworząc tzw. aparat erekcyjny, warunkując wytworzenie w ciałach jamistych wysokiego ciśnienia przekraczającego nawet 10-krotnie skurczowe ciśnienie systemowe – wyjaśnia prof. Kałka. Dodaje, że zaburzenia funkcjonowania mięśni erekcyjnych najczęściej spotykamy u pacjentów z hipogonadyzmem (bo mięsień opuszkowo-gąbczasty należy

do tkanek androgenozależnych), chorobą otyłościową, cukrzycą II typu, wadami postawy, po urazach miednicy, prowadzących siedzący tryb życia, ale także u pacjentów ponadnormatywnie uprawiających sport.

W przypadku kobiet różnego typu schorzenia dna miednicy mogą znacząco wpłynąć na jakość życia seksualnego. – W zasadzie wszystkie problemy z zakresu uroginekologii mogą negatywnie oddziaływać na zdrowie seksualne kobiet, stanowiąc zarówno przeszkodę fizyczną, utrudniającą lub wręcz uniemożliwiającą odbycie stosunku płciowego, jak również wpływając na sferę emocjonalno-psychiczną – mówi prof. Ewa Barcz, specjalista ginekologii i położnictwa, kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym. – Pacjentka, u której występują parcia nagłace, nietrzymanie moczu bądź stolca albo która cierpi na obniżenie/wypadanie narządów miednicy, w sposób naturalny będzie unikała zbliżeń, bo taka sytuacja powoduje duży dyskomfort, a także

wzbudza wstyd i zażenowanie – zwraca uwagę prof. Barcz. Dodaje, że medycyna jest bardzo skuteczna w leczeniu schorzeń uroginekologicznych, ale mamy niewielu specjalistów zajmujących się tymi chorobami. – Czasami pacjentki błędzą latami, zanim otrzymają odpowiednią opiekę. To nowa dyscyplina medyczna leżąca na styku urologii, ginekologii i proktologii. Obecnie kształcenie specjalizacyjne z zakresu ginekologii i urologii nie zapewnia kadry, która byłaby w pełni kompetentna do leczenia chorób dna miednicy – zwraca uwagę prof. Barcz.

Na funkcje seksualne mogą też negatywnie wpływać przyjmowane leki, np. przeciwdepresyjne, które mogą indukować m.in. zaburzenia erekcji, a także obniżać libido i zaburzać osiąganie orgazmu. Zaburzenia erekcji mogą też być związane z przyjmowaniem leków hipotensyjnych. – Niektóre z leków obniżających ciśnienie tętnicze, a zarazem ciśnienie perfuzji przez ciała jamiste, są bardziej niekorzystne po tym względem, inne mniej. Na szczęście pacjentom z zaburzeniami erekcji możemy

AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA POLAKÓW

KOBIETY

MĘŻCZYŹNI

	2024	2023	2022	2021	2020	2024	2023	2022	2021	2020
codziennie	1%	1%	1%	1%	1%	2%	2%	2%	2%	2%
kilka razy w tygodniu	11%	12%	13%	14%	15%	14%	16%	16%	19%	20%
kilka razy w miesiącu	30%	32%	33%	34%	35%	34%	37%	35%	38%	39%
raz w miesiącu lub rzadziej	23%	24%	23%	22%	22%	25%	25%	25%	22%	23%
nigdy	36%	32%	30%	29%	26%	24%	21%	22%	19%	16%

EDUKACJA SEKSUALNA DZIECI I MŁODZIEŻY

1 września 2025 r. do szkół została wprowadzona edukacja zdrowotna. W podstawie programowej znalazły się zagadnienia z zakresu zdrowia seksualnego dostosowane do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Liczne środowiska, w tym Naczelna Rada Lekarska, postulowały, by przedmiot ten był obowiązkowy – niestety bez skutku.

pomóc, a elementem niezbędnym w tym wypadku jest zainteresowanie się ich zdrowiem seksualnym. Informacja na ten temat zapobiega odstawieniu leków hipotensyjnych u wielu mężczyzn, którzy po włączeniu terapii zauważyli pogorszenie sprawności seksualnej – zwraca uwagę prof. Kałka.

– Niestety, wielu mężczyzn nie korzysta z pomocy specjalistycznej i „leczy” się na własną rękę inhibitorami fosfodiesterazy typu 5, takimi jak sildenafil i tadalafil, które w Polsce występują w małych dawkach jako leki OTC. Są to leki skuteczne i bezpieczne, jednak korzystniej byłoby poszukać przyczyny zaburzeń erekcji, niż stosować jedynie leczenie objawowe, gdyż trzeba się liczyć z tym, że w pewnym momencie przestanie ono być skuteczne – dodaje wiceprezes PTMS.

Sporo ciekawych informacji na temat zdrowia seksualnego Polaków w kontekście wielochorobowości mogą nam dostarczyć dane z dużego projektu badawczego, do którego przygotowuje się prof. Zbigniew Izdebski. – Badania będą realizowane w ramach grantu z Agencji Badań Medycznych. Ruszamy jesienią, a wiosną przyszłego roku będziemy znać wyniki – informuje.

SOMA I PSYCHE

Co jest częstszą przyczyną zaburzeń: ciało czy psychika?

– To zależy, o jakiej dysfunkcji seksualnej mówimy. Częstość występowania zaburzeń erekcji u mężczyzn rośnie wraz z wiekiem i pojawieniem się chorób współistniejących, szczególnie układu krążenia, hormonalnych i metabolicznych. Natomiast problem

związany z obniżeniem pożądania seksualnego bardzo często wynika z czynników stricte psychogennych – tłumaczy prof. nadzw. dr hab. n. med. Michał Lew-Starowicz, psychiatra i seksuolog, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, kierownik Bielańskiego Centrum Zdrowia Psychicznego i Kliniki Psychiatrii CMKP w Warszawie.

Dodaje, że psychogenne czynniki powstawania zaburzeń seksualnych dotyczą kilku obszarów. Po pierwsze, skąpa wiedza o seksualności związana z brakiem edukacji seksualnej oraz brakiem pozytywnych doświadczeń seksualnych w przeszłości może budzić obawy przed podejmowaniem kontaktów intymnych. – Ten lęk i poczucie niekompetencji oraz negatywne doświadczenia z przeszłości w sferze seksualnej mogą być czynnikami wyzwalającym różne dysfunkcje seksualne. Kolejnym przykładem psychogennych uwarunkowań mogą być konflik-

ty wywołuje lęk w sytuacji zbliżenia, a ten stymuluje aktywność układu współczulnego, tym bardziej utrudniając prawidłową reakcję hemodynamiczną związaną z podnieceniem seksualnym. Lęk zatem podtrzymuje, a często nasila problem dysfunkcji seksualnej.

PRZELAMAĆ TABU

Gdzie pacjenci cierpiący z powodu zaburzeń seksualnych mogą szukać pomocy?

– Najpierw należałoby zadać sobie pytanie, czy szukają pomocy. Wielu nie szuka, bo wstydzi się opowiedzieć o problemie swojemu lekarzowi – zauważa dr Sławomir Jakima. – Co gorsza, temat zaburzeń seksualnych niestety jest rzadko poruszany w rozmowach z pacjentami przez lekarzy, psychologów i psychoterapeutów. To zjawisko bardzo powszechne i udokumentowane w licznych badaniach na całym świecie – dodaje szef PTSM.

Zdaniem prof. Zbigniewa Izdebskiego lekarze często nie mają świadomości traktowania seksualności w kategorii zdrowia i nie czują się swobodnie w podejmowaniu tej tematyki z pacjentami. A przecież zdrowie seksualne to też zdrowie, i to bardzo ważne, bo jest szczęściadajne. – Niestety, w procesie kształcenia przeddyplomowego lekarzy w Polsce nie ma seksuologii jako osobnego przedmiotu obowiązkowego. Na niektórych uczelniach taki przedmiot funkcjonuje, ale nie jest to normą. To samo dotyczy także psychologów czy fizjoterapeutów – zauważa prof. Izdebski.

Bardziej odważni pacjenci pytają, ale czy uzyskują pomoc? Problem jest złożony. – W wielu przypadkach, przynajmniej częściowo, pomocny może okazać się lekarz POZ, diabetolog, kardiolog, urolog czy ginekolog, pod warunkiem że ma wiedzę na temat seksuologii i możliwość przeprowadzenia diagnozy różnicowej, a następnie wdrożenia leczenia – mówi dr Sławomir Jakima. Zaznacza jednak, że niestety zazwyczaj każdy widzi problem z perspektywy swojej specjalizacji, a przecież zaburzenia mogą mieć podłoże wieloczynnikowe.

Od 1997 r. aktywność seksualna Polaków spadła o 10 punktów procentowych. Lekarze przyznają: jest coraz gorzej

ty w relacji, gdy dochodzi np. do zmiany postrzegania partnera, gdy pojawia się problem z komunikacją w seksie etc. Typowym psychogennym czynnikiem zaburzającym funkcjonowanie seksualne jest również depresja – wyjaśnia prof. Michał Lew-Starowicz.

Jest też duża grupa chorych, u których problem ma mieszane podłoże. – Typowym przykładem jest sytuacja, w której pierwotna przyczyna jest organiczna, np. spowodowana chorobą układu krążenia czy zaburzeniami hormonalnymi, ale nakładają się na nią reakcje psychiczne – zwraca uwagę Michał Lew-Starowicz. Przykładowo mężczyzna ma trudności z erekcją w wyniku choroby naczyń obwodowych. Dysfunkcja

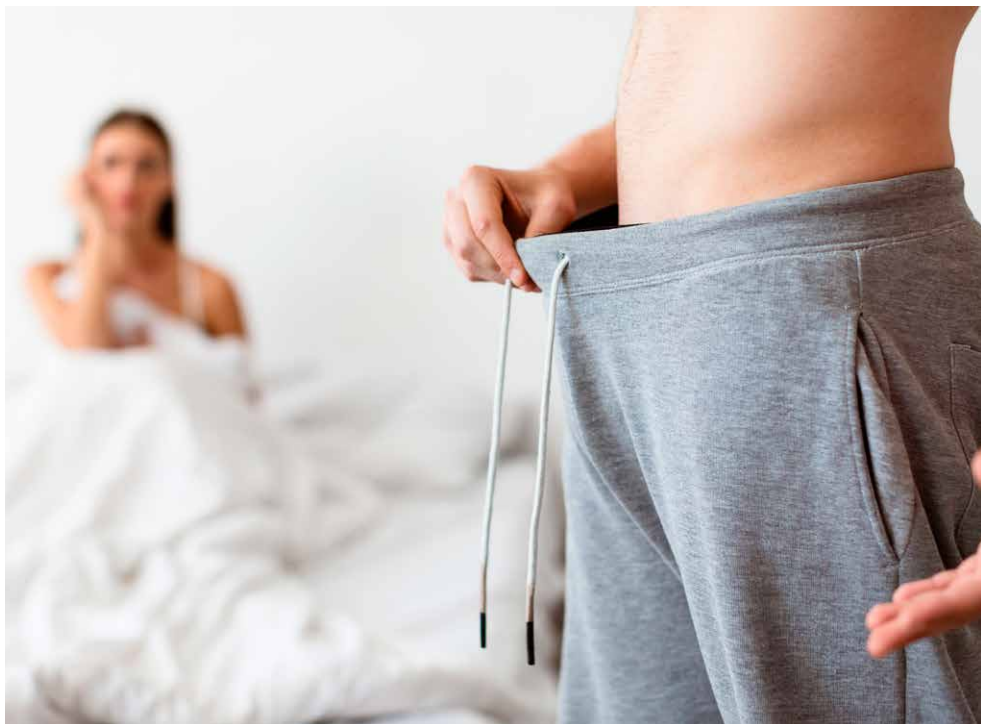
► *Przemęczenie i stres to jedne z głównych czynników obniżających sprawność seksualną. Zestresowany organizm częściej reaguje zaburzeniami erekcji, a lęk przed niepowodzeniem tylko nasila problem*

– Dlatego pacjentem powinien się zająć lekarz ze specjalizacją z seksuologii albo seksuolog kliniczny certyfikowany przez Polskie Towarzystwo Seksuologiczne, który będzie w stanie spojrzeć na niego całościowo i ocenić, czy zaburzenie jest wywołane czynnikami biologicznymi, czy psychogennymi. Niestety, w Polsce seksuologami tytułują się też psychologowie niemający certyfikatu PTS, którzy ukończyli studia podyplomowe z seksuologii o jakości często pozostawiającej wiele do życzenia. Ta sprawa jest niestety nieuregulowana – zwraca uwagę dr Sławomir Jakima.

SYSTEMOWA IMPOTENCJA

Niestety, jak informuje konsultant krajowy w dziedzinie seksuologii, w Polsce aktywnie praktykuje niewiele ponad 220 lekarzy seksuologów. – Brakuje 170–300 specjalistów w tej dziedzinie medycyny. W wersji minimalistycznej jeden lekarz seksuolog powinien przypadać na 100 tys. mieszkańców, w wersji optymalnej powinno być ich dwóch, u nas ten współczynnik wynosi 0,6, a na dodatek niemal 40 proc. obecnie pracujących jest w wieku emerytalnym. Mamy zbyt mało miejsc akredytacyjnych i ośrodków, w których można się specjalizować. Dużym błędem jest to, że seksuologiem można robić tylko w trybie pozarezydenckim – wylicza dr Andrzej Depko, gorzko konstatując, że przez ostatnie trzy dekady rządzący nie byli i nadal nie są zainteresowani zdrowiem seksualnym obywateli. Podkreśla, że dopiero od niedawna zwiększyła się liczba konsultantów wojewódzkich w dziedzinie seksuologii i nadal w części województw są wakaty oraz że leczenie zaburzeń seksualnych w ramach NFZ jest bardzo ograniczone. W Polsce działa 14 placówek seksuologicznych udzielających świadczeń w ramach NFZ. W siedmiu województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim nie ma ani jednej ambulatoryjnej placówki udzielającej świadczeń zdrowotnych z seksuologii w ramach NFZ. – Nie mamy poradni seksuologicznych na NFZ z prawdziwego zdarzenia. W pojedynczych placówkach są realizowane świadczenia

foto: Shutterstock.com



seksuologiczne i patologii współżycia, okres oczekiwania na wizytę trwa tam od kilku miesięcy do roku. Mało kto decyduje się otworzyć taką poradnię, bo świadczenia są bardzo słabo wyceniane – podsumowuje dr Depko.

W tak dużych regionach, jak woj. łódzkie czy wielkopolskie jest po jednej placówce, gdzie są udzielane świadczenia z zakresu seksuologii. Podobnie w Śląskiem, gdzie na całe województwo działa jedna poradnia seksuologii i patologii współżycia – świadczenia są realizowane w Centrum Zdrowia Psychicznego Feniks w Tychach.

– U nas wolne terminy do lekarza seksuologa są na początek przyszłego roku – mówi dr n. med. Maciej Matuszczyk, psychiatra i seksuolog, dyrektor medyczny CZP Tychy. Wylicza, że w ich poradni seksuologicznej jest dwa razy więcej mężczyzn niż kobiet. – W przypadku mężczyzn rozpoznania dotyczą głównie zaburzeń erekcji u osób powyżej 50 r.ż. ze współistniejącymi chorobami przewlekłymi. Na drugim miejscu są młodzi mężczyźni cierpiący na przedwczesny wytrysk. Z kolei u kobiet w naszej poradni najwięcej jest rozpoznań dotyczących

transpłciowości oraz obniżonego popędu seksualnego. Często też współrozpoznajemy depresję. Zdarzają się również pacjenci z nadmiernym popędem seksualnym, ale to rozpoznawanie dotyczy w głównej mierze mężczyzn. Najczęściej chodzi o uzależnienie od pornografii / masturbacji, które stało się sposobem regulowania emocji – wymienia dr Matuszczyk.

Słaba dostępność do poradni seksuologicznych rodzi jeszcze jeden bardzo istotny problem. Chodzi o leczenie osób, które skończyły odbywanie kary z powodu przestępstwa przeciwko wolności seksualnej. – Ci ludzie wychodzą na wolność z zakładów karnych albo ze szpitala psychiatrycznego i nie mają zapewnionej kontynuacji terapii zaburzeń preferencji seksualnych, nawet jeśli została nakazana przez sąd. W Polsce, gdzie działa kilkanaście placówek oferujących świadczenia seksuologiczne na NFZ, bardzo trudno jest im kontynuować terapię. Taki człowiek, nawet jak ma nakaz leczenia, w praktyce często nie ma gdzie go zrealizować. W efekcie często znowu dopuszcza się przestępstwa – podsumowuje prezes PTSM dr Sławomir Jakima. ●

TEMAT NUMERU

Wstydliva epidemia

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Infekcji przenoszonych drogą płciową przybywa, a większość z nich przebiega bezobjawowo. Wzrosty zachorowań to efekt zmiany zachowań seksualnych, niedostatecznej edukacji i ograniczonego testowania.

Profilaktyka i leczenie zakażeń powodowanych przez bakterie, wirusy, pasożyty i grzyby przenoszone poprzez kontakt seksualny są jednym z fundamentów zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Niestety wiele infekcji przebiega bezobjawowo, a nieleczone mogą prowadzić do niepłodności, nowotworów, powikłania ciąży, zwiększać ryzyko zakażenia wirusem HIV, a nawet prowadzić do śmierci. Dane epidemiologiczne dobitnie pokazują, że zakażenia przenoszone drogą płciową (sexually transmitted infections, STI) wciąż stanowią poważne globalne wyzwanie zdrowotne.

WIELKA CZWÓRKA

Najczęstsze patogeny wywołujące infekcje bakteryjne STI – krętek błady powodujący kiłę, a także chłamydia, dwoinki rzeżączki i rżęstki pochwy – odpowiadają za ponad milion nowych zakażeń każdego dnia na świecie wśród osób w wieku 15–49 lat. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2020 r. doszło do 374 mln nowych infekcji w tej grupie wiekowej. Najwięcej przypadków dotyczyło rżęstki (156 mln) i chłamydiozy (129 mln), mniej rzeżączki (82 mln) i kiły (ponad 7 mln). W swoim raporcie z maja 2024 r. WHO alarmuje, że liczba zakażeń rośnie w większości regionów świata. Szczególnie niepokoi wzrost liczby nowych przypadków kiły – z 7,1 mln w 2020 r. do 8 mln w 2022 r. – choroby niebezpiecznej, mogącej prowadzić do poważnych powikłań, a nawet śmierci. W 2022 r. zmarło z jej powodu 230 tys. osób. Kiła to szczególnie przebiegły przeciwnik – często przybiera postać bezobjawową lub manifestuje się niespecyficznym, co utrudnia rozpoznanie. Niepokoi też globalny wzrost liczby

przypadków kiły wrodzonej oraz rozwijająca się oporność na antybiotyki stosowane w leczeniu rzeżączki. Z kolei chłamydioza jest o tyle kłopotliwa, że bardzo często przebiega bezobjawowo, ale może powodować różne odległe powikłania, w tym problemy z zajściem w ciążę lub wręcz bezpłodność.

Problem infekcji STI nie omija Europy. Z danych Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) wynika, że

Infekcje przenoszone drogą płciową nie są problemem marginalnym – to cicha epidemia, która wymaga lepszej diagnostyki i edukacji

w 2023 r. w krajach UE/EEA odnotowano niemal 100 tys. przypadków rzeżączki (o 31 proc. więcej niż w 2022 r. i o ponad 300 proc. więcej niż w 2014 r.), 40 tys. zakażeń kiłą (13 proc. więcej niż w 2022 r. i 100 proc. więcej niż w 2014 r.) oraz 230 tys. infekcji chłamydią (wzrost o 3 proc. w porównaniu z 2022 r. i o 13 proc. względem 2014 r.). Wzrosty te tłumaczone są m.in. zaległościami diagnostycznymi z czasów pandemii COVID-19, powrotem do ryzykownych zachowań seksualnych po lockdownach oraz wznowieniem działań profilaktycznych i zwiększeniem dostępności testowania.

Statystyki dla Polski, publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH), również

pokazują wyraźne wzrosty. O ile mediana potwierdzonych zachorowań na kiłę w latach 2016–2020 wynosiła ok. 1600 rocznie, to w 2023 r. odnotowano niemal 3 tys. przypadków, a w 2024 r. już 3271. Podobny trend dotyczy rzeżączki – w latach 2016–2020 było to średnio nieco ponad 300 przypadków rocznie, w 2023 r. – ponad 1300, a w 2024 r. – 1190. W przypadku chłamydiozy do 2020 r. potwierdzano średnio poniżej 260 zachorowań rocznie, w 2023 r. było ich 977, a w 2024 r. – 1156. W pierwszym półroczu bieżącego roku potwierdzono już ok. 1600 przypadków kiły, prawie 700 rzeżączki i 637 chłamydiozy. Rżęstkowica – jedna z najczęstszych chorób przenoszonych drogą płciową – nie podlega w Polsce obowiązkowi zgłaszania, przez co brak jest dokładnych danych o jej rozpowszechnieniu.

– Dużą grupę pacjentów z infekcjami przenoszonymi drogą kontaktów seksualnych stanowią bardzo młode osoby, przed 25. rokiem życia, ale także osoby starsze. Często zakażeni są mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami. Ważnym czynnikiem ryzyka jest także przemoc seksualna, do której dochodzi w domach, między partnerami – podkreśla prof. Anna Wojas-Pelc, specjalista dermatologii i wenerologii, kierownik Oddziału Klinicznego Dermatologii i Alergologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

NIE WIEMY, JAK JEST

Skąd wynikają wzrosty zakażeń STI w Polsce? W debacie publicznej

► Skala zakażeń jest niedoszacowana, największy problem dotyczy zakażeń chłamydii

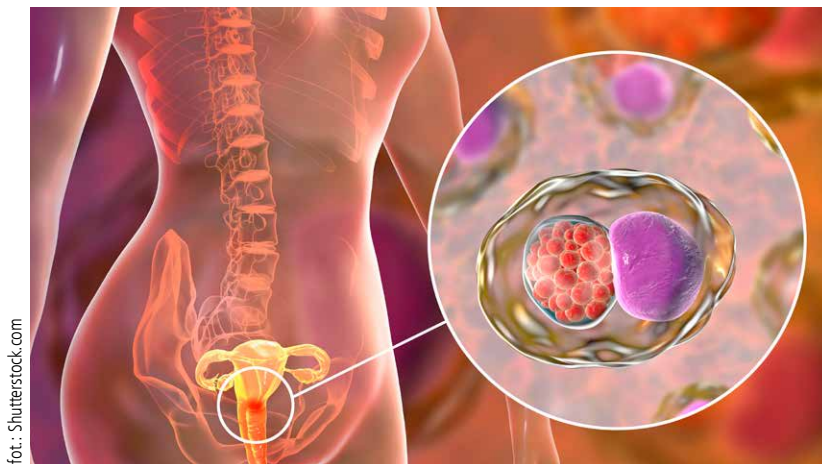
pojawiają się sugestie o związku z napływem migrantów, w szczególności uchodźców z Ukrainy.

– Migranci nie są populacją, która przynosi choroby przenoszone drogą płciową, ale są na nie wyjątkowo podatni. Często są to osoby żyjące w niepewności, szukające stabilizacji z nowymi partnerami, finansowo zależne od lokalnej społeczności – tłumaczy prof. Justyna Kowalska, specjalistka chorób zakaźnych z Kliniki Chorób Zakaźnych dla Dorosłych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie. – Wzrosty, które obserwujemy, są przede wszystkim efektem zmiany zachowań seksualnych w naszym społeczeństwie: większej otwartości na kontakty seksualne, również grupowe. Podróżujemy więcej, mamy więcej partnerów niż kiedyś, a przy tym brakuje wiedzy o STI. To także efekt zwiększonego testowania, choć nadal jest ono wysoce niewystarczające – zaznacza.

Polskie statystyki mogą sprawiać wrażenie, że problem nie jest szczególnie duży, ale – jak podkreślają eksperci – to złudzenie.

– Skala zakażeń jest znacznie niedoszacowana. W przypadku kiły mówimy o niedoszacowaniu kilkakrotnym, ale największy problem dotyczy zakażeń chłamydii – zauważa prof. Kowalska. – Wynika to z kilku czynników: częstego bezobjawowego przebiegu infekcji, niskiej świadomości w społeczeństwie, ograniczonego testowania i słabej zgłaszalności przypadków do nadzoru epidemiologicznego. Obowiązek imiennej rejestracji zakażeń i zwyczaj podejmowania wywiadu epidemiologicznego przez Sanepid działa stygmatyzująco. Pacjenci często wywierają nacisk na lekarzy, by nie zgłaszali zakażeń. Rejestracja powinna być kodowana lub anonimowa. Do tego dochodzi problem z bezpłatnym dostępem do diagnostyki, w wielu przypadkach to pacjent musi zapłacić z własnej kieszeni – dodaje.

WHO planuje redukcję liczby zakażeń kiłą, chłamydii, rzeżączką i rzeżyszkowicą o 60 proc. do 2030 r. Jednak – jak sama przyznaje – świat nie zmierza w dobrym kierunku. W skali globalnej problemem są też infekcje wywoływane przez wirusy HIV, HPV, HSV oraz WZW typu B i C, a także Mpox (ospa małpia). Według danych WHO w 2022 r. na WZW B i C zmarło 1,34 mln ludzi, z powodu HIV – 630 tys., a nowotwory zależne od HPV



fot.: Shutterstock.com

zabiły 350 tys. osób. Niestety liczba zakażeń HIV oraz WZW B i C na świecie nie maleje w zakładanym tempie. W Polsce, choć większość zakażeń WZW B i C ma charakter przewlekły, rośnie liczba nowych zakażeń HIV. Odnotowuje się też przypadki ospy małpiej – trzy w 2022 r., 10 w 2024 r. i już 21 w pierwszej połowie tego roku.

EDUKACJA, TESTY I SZCZEPIENIA

Ekspert przypomina, że jedną z najskuteczniejszych metod ochrony przed STI jest stosowanie prezerwatyw. Tymczasem – jak pokazuje ubiegłoroczna edycja Narodowego Testu Zdrowia Polaków – aż 26 proc. respondentów przyznało, że zdarza im się uprawiać seks bez zabezpieczenia.

– Potrzebna jest szeroka edukacja o objawach, rodzajach zakażenia, metodach zabezpieczania się, ale także o ograniczeniach niektórych metod. Pacjenci nie zawsze wiedzą, że profilaktyka przedekspozycyjna HIV (PrEP) chroni wyłącznie przed HIV, a antykoncepcja hormonalna nie chroni w ogóle przed STI – podkreśla prof. Wojas-Pelc. Dodaje, że warto rozważyć kampanie informacyjne w mediach społecznościowych i aplikacjach randkowych, wszędzie tam, gdzie zawierane są nowe znajomości.

Edukacja obejmuje również informowanie o szczepieniach przeciwko HPV, WZW B i Mpox, a także o możliwości zakażenia przez kontakt skórny (np. w przypadku opryszczki narządów płciowych czy kłykcin kończystych), ze śluzówkami i płynami ustrojowymi

a także, że infekcja może się przenosić z matki na dziecko w trakcie ciąży, porodu i karmienia piersią (np. HIV, kiła).

Jak szeroko prowadzić badania przesiewowe? – To zależy. Na pewno testy powinny być łatwiej dostępne dla osób podejmujących ryzykowne kontakty seksualne, m.in. dla nastolatków, osób niestosujących zabezpieczeń, mających wielu partnerów. Nie chodzi o badanie wszystkich. Gorąco zachęcam lekarzy do rozmowy z pacjentem, dzięki której będziemy w stanie określić jego wzorzec zachowań seksualnych, i na tej podstawie zalecić ewentualną diagnostykę – wyjaśnia prof. Justyna Kowalska.

Szczegółnej uwagi wymagają kobiety w ciąży. W Polsce co roku diagnozuje się kilka-kilkanaście przypadków kiły wrodzonej – choroby mogącej skutkować urodzeniem martwego dziecka lub śmiercią noworodka. – Warto wzmocnić program badań przesiewowych dla kobiet ciężarnych i w okresie okołoporodowym. Wczesne wykrycie zakażenia daje szansę na skuteczną pomoc jeszcze przed porodem. Niestety, często zdarza się, że partner pacjentki odmawia leczenia, co zwiększa ryzyko ponownego zakażenia – zaznacza prof. Anna Wojas-Pelc.

Poprawy wymaga także realizacja programu szczepień przeciwko HPV. Z danych Centrum e-Zdrowia wynika, że z bezpłatnych szczepień dla dzieci w wieku 9–18 lat skorzystało zaledwie 11,8 proc. uprawnionych (stan na luty 2025 r.). Tymczasem wirus HPV jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju raka szyjki macicy.

TEMAT NUMERU

Uzależnieni od seksu

Kompulsywne zachowania w tej sferze życia mogą mieć swoje źródła nie tylko w genetyce czy traumie w wieku rozwojowym. Mogą je napędzać również depresja, lęk i gniew – mówi **dr hab. n. med. Michał Lew-Starowicz** w rozmowie ze Sławomirem Zagórskim.

Gdzie przebiega granica pomiędzy częstym bądź bardzo częstym seksem związanym z wysokim libido a uzależnieniem od seksu?

Dobre pytanie. Ważne jest bowiem, by rozsądnie stawiać granice i nie utożsamiać hiperseksualności czy też kompulsywnych zachowań seksualnych, zwanych popularnie uzależnieniem od seksu, z wysokim poziomem pożądania czy popędu seksualnego. On wcale nie musi być wysoki.

Zeby to zrozumieć, trzeba wiedzieć, że kompulsywne zachowania seksualne nie muszą być motywowane popędem seksualnym. Są bardziej formą rozładowania napięcia psychicznego, radzenia sobie z różnymi negatywnymi stanami emocjonalnymi, niż realizacją samej potrzeby popędowej.

Kompulsywność seksualna może wprawdzie współistnieć z wysokim poziomem popędu. To znaczy, że ten wysoki poziom stymulacji czy łatwość reagowania, ulegania impulsom seksualnym, może być istotny, natomiast równie istotny może być deficyt ich hamowania.

Nie mierzy się punktu odcięcia wystąpienia hiperseksualności wysokością popędu seksualnego. W obowiązującej nas jeszcze formalnie klasyfikacji ICD-10 jest takie rozpoznanie jak „nadmierny popęd seksualny”. Ale jest ono zupełnie martwe, nie ma bowiem żadnych kryteriów diagnostycznych. Dziś w kontekście kompulsywnych zachowań seksualnych zwraca się głównie uwagę na trudność kontroli. Uważa się, że jest to raczej forma dysregulacji między

mechanizmami pobudzenia i hamowania, często w reakcji na trudne stany emocjonalne, niż sensu stricto zachowanie popędowe. Łatwo jest to pomylić, bo same myśli i impulsy seksualne mogą być tutaj natarczywe i uciążliwe.

Spotkałem się ze zdaniem, że za osobę uzależnioną od seksu uważa się kogoś, kto od pół roku miewa od sześciu do ośmiu orgazmów na tydzień.

Na tej podstawie na pewno nie powinniśmy stawiać diagnozy. Ten parametr określa się

Mózg osoby przejawiającej kompulsywne zachowania seksualne jest szczególnie uwrażliwiony na poszukiwanie seksualnej nagrody

jako TSO, Total Sexual Outlet, i został użyty pierwszy raz przez amerykańskiego badacza Alfreda Kinseya w połowie ubiegłego wieku.

Osoby uzależnione od seksu twierdzą, że byłoby nieźle, gdyby rzeczywiście było to tylko siedem orgazmów na tydzień.

I tak, i nie. W modelu statystycznym, jeżeli ktoś faktycznie przez pół roku podejmuje aktywność seksualną z tą częstością, mieści się w górnym przedziale rozkładu statystycznego i jest też większe

prawdopodobieństwo, że jest osobą kompulsywną seksualnie. Z drugiej strony jest bardzo wiele osób, które wykazują kompulsywność seksualną i wcale nie mają tak częstej aktywności seksualnej.

Liczy się tu nie tyle liczba orgazmów, ile występowanie wysokiego poziomu zaabsorbowania myślami, impulsami seksualnymi, podejmowanie niekontrolowanych i obarczonych konsekwencjami zachowań, np. ryzykownych kontaktów seksualnych, zarywanie nocy wielogodzinnymi sesjami przy pornografii itp. Kluczowe w tym wszystkim jest to, że takie osoby z powodu trudności z kontrolowaniem swojej seksualności wyrażnie gorzej funkcjonują także w innych obszarach życia i zaczyna im to przynosić różne inne szkody.

Czy w uzależnieniu od seksu, podobnie jak np. w uzależnieniu od alkoholu, występuje zawsze pierwiastek destrukcyjny? Innymi słowy, czy można być zadowolonym, dobrze funkcjonującym człowiekiem i być uzależnionym od seksu?

Pierwiastek destrukcyjny jest wpisany w definicję zaburzenia. Przywołując porównanie do uzależnień, proszę pamiętać, że nazywa się je symbolicznie chorobą kłamstw i zaprzeczeń. Osoba uzależniona sama bardzo długo nie konfrontuje się z konsekwencjami swojego uzależnienia. Tym, że np. gorzej funkcjonuje w pracy, zaniedbuje

ważne relacje, że często cierpi cała rodzina. Nieraz mówi się, że musi ona sięgnąć dna, żeby zrozumieć problem, skonfrontować się z nim i odbić od tego.

Przy rozpoznawaniu kompulsywnych zachowań seksualnych jednym z podstawowych kryteriów diagnostycznych są doświadczane konsekwencje negatywne i doświadczane cierpienie z tego powodu.

Bez tego nikt nie szukałby przecież pomocy. Nieraz moi pacjenci, którzy są już na etapie wychodzenia z problemu, mówią, że dopiero teraz zaczynają czuć, czym jest dobra relacja seksualna, czym jest wartościowy, przyjemny seks. Bo wcześniej był on kompulsywny, mechaniczny, pozbawiony głębszej przyjemności.

Jest to spójne z naszymi badaniami naukowymi, które wskazują, że mózg osoby przejawiającej kompulsywne zachowania seksualne jest szczególnie uwrażliwiony na poszukiwanie seksualnej nagrody. O ile uwaga takich osób jest szczególnie zwrócona ku bodźcom seksualnym, temu, co zapowiada doświadczenie erotyczne, to gdy już ono przychodzi, wcale nie doświadczają więcej satysfakcji zarówno subiektywnie, jak i mierzonej aktywnością mózgu. Stąd dysproporcja między „głodem” a znikomą satysfakcją, w miejsce której często pojawia się wstyd i poczucie winy.

Użył Pan kilka razy terminu „kompulsywny”. Kompulsywny znaczy tylko powtarzalny czy też, że my nie chcemy powtarzać takich zachowań, a jednak powtarzamy?

Co do zasady kompulsja jest czymś uciążliwym, nieprzyjemnym, niechcianym, ale powtarzalnym. Często po to, by zmniejszyć na chwilę poziom napięcia.

Chociaż popularnie mówi się o uzależnieniu od seksu, to w klasyfikacjach diagnostycznych nie ma formalnie takiego rozpoznania. Zostało spopularyzowane w latach 80. przez Patricka Carnesa, autora książki „Out of the Shadows. Understanding Sexual Addiction”. Naukowcy przez kilkadziesiąt lat spierali się, na ile jest to uzależnienie, a na ile kompulsja, zaburzenie kontroli impulsów czy zaburzenie seksualne. Współczesne miejsce



fot.: lew-starowicz.pl

◀ **Prof. nadzw. dr hab. n. med. Michał Lew-Starowicz**, psychiatra, seksuolog, psychoterapeuta. W latach 2014-2019 kierował Oddziałem Leczenia Pierwszych Objawów Psychozy i Zapobiegania Nawrotom w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Obecnie pełni funkcję kierownika Kliniki Psychiatrii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie i Bielańskiego Centrum Zdrowia Psychicznego oraz prowadzi Centrum Terapii Lew-Starowicz. Autor i współautor ponad 130 prac naukowych z obszaru psychiatrii i seksuologii

w klasyfikacji odzwierciedla pewien kompromis tych podejść. Zostało to umieszczone w rozdziale psychiatrycznym jako zaburzenie kontroli impulsów, z nazwy zachowania seksualnie kompulsywne, a definicja podkreślająca utratę kontroli i negatywne konsekwencje silnie kojarzy się z nałogowością.

Jak częste to zjawisko?

W różnych badaniach ocenia się częstość występowania kompulsywnej seksualności na 3–6 proc. populacji z przewagą mężczyzn. Najczęstszą formą jest niekontrolowane korzystanie z pornografii i kompulsywna masturbacja.

Inne to niekontrolowane, przygodne kontakty seksualne, korzystanie z różnych płatnych usług seksualnych, cyberseksu czy uporczywe zaabsorbowanie obsesyjnymi myślami o treściach seksualnych i trudności z kontrolowaniem innych seksualnych zachowań.

Dodam, że badania na całym świecie, w szczególności

w kontekście problemowego używania pornografii, wskazują na bardzo duże rozbieżności – chodzi o badania, w ramach których uczestnicy sami u siebie rozpoznają problem na podstawie zadawanych pytań. W niektórych krajach jest to nawet kilkanaście procent społeczeństwa, w innych – w okolicach jednego, dwóch procent, co pokazuje, jak ważną rolę grają tu czynniki kulturowe.

W tego typu badaniach należy brać pod uwagę, czy mamy do czynienia z osobą, która faktycznie przejawia kompulsywne zachowania seksualne, czy raczej z kimś, kto z przyczyn związanych z wiarą, wychowaniem, nie akceptuje myśli czy impulsów seksualnych jako takich. Jest np. na takim etapie życia, że jeszcze nie zawarł małżeństwa, i oczekuje, że dopiero wtedy będzie realizować swoje potrzeby seksualne. Tymczasem człowiek jest istotą seksualną cały czas, niezależnie od sakramentów. I nie ma to nic wspólnego z uzależnieniem od seksu czy kompulsywnością seksualną.

Co takiego jest w męskim mózgu, że myśl o seksie pojawia się w nim częściej niż w kobiecym?

Zróznicowanie płciowe mózgu może mieć o tyle istotne znaczenie, że obecny w dużo wyższych stężeniach u mężczyzn testosteron jest czynnikiem bardzo uwrażliwiającym na bodźce o charakterze seksualnym. Ale to nie znaczy, że fantazjom seksualnym musi towarzyszyć utrata kontroli. Aczkolwiek jeśli na dużą wrażliwość na bodźce seksualne nałożą się trudności z hamowaniem, samokontrolą, rezultatem może być właśnie hiperseksualność.

W badaniach, które przeprowadziliśmy w polskiej populacji ok. 20 proc. mężczyzn i ok. 10 proc. kobiet twierdziło, że ma trudności z kontrolowaniem własnej seksualności, kontrolowaniem swoich myśli i impulsów.

Gdybyśmy jednak przyłożyli do tego kryteria diagnostyczne, tylko u części z tych osób rozpoznalibyśmy zaburzenie. Pozostałe, jak już wskazywałem, prawdopodobnie mają trudności z akceptowaniem spontanicznych myśli, fantazji seksualnych albo odczuwają konflikt moralny między realizowaniem potrzeb seksualnych a wyznawanymi konserwatywnymi normami.

Gdzie szukać źródła kompulsywnych zachowań seksualnych?

Wiedza na ten temat bardzo intensywnie się rozwija. Przyczyny wydają się sięgać m.in. czynników genetycznych, czyli pewnych wrodzonych uwarunkowań, które nie są specyficzne wyłącznie dla hiperseksualności, ale także dla uzależnień.

Inną przyczyną mogą być traumy przeżywane w okresie rozwojowym. Chodzi np. o doświadczenie nadużyć emocjonalnych i seksualnych, które potem skutkują trudnościami w tworzeniu bliskich relacji, a także w zakresie panowania nad własnymi emocjami.

W trudnych stanach emocjonalnych, jak obniżenie nastroju, smutek, depresyjność, lęk, gniew, zachowanie seksualne staje się swoistym regulatorem. Przekształcenie trudnej emocji w napięcie seksualne, które można łatwo rozładować za pomocą orgazmu, z początku daje poczucie krótkotrwałej ulgi,

jakkolwiek w żaden sposób nie rozwiązuje istniejących problemów.

Nasi pacjenci bardzo często cierpią też z powodu zaburzeń, które mają wspólny mianownik, i są to właśnie zaburzenia lękowe, depresyjne, uzależnienia chemiczne czy nałogi behawioralne.

Takim osobom chyba niełatwo pomóc?

Hiperseksualność to obszar, którym sporo zajmują się zarówno w obszarze klinicznym, jak i badawczym. Dużo pracuję z tymi osobami i muszę powiedzieć, że ci, którzy z własnej inicjatywy

Napięcie seksualne można łatwo rozładować za pomocą orgazmu. Z początku daje to poczucie krótkotrwałej ulgi, ale nie rozwiązuje istniejących problemów

przychodzą po pomoc, to pacjenci bardzo wdzięczni do terapii. Są na ogół bardzo zmotywowani, a to zwiększa szanse na powodzenie terapii.

W tej chwili mamy już różne wypracowane metody działania zarówno w zakresie psychoterapii, jak i oddziaływań farmakologicznych. Realizujemy akurat duży projekt naukowy związany z leczeniem farmakologicznym kompulsywnych zachowań seksualnych. Badamy też funkcjonowanie mózgu w kontekście hiperseksualności, w tym jak ono się zmienia pod wpływem leczenia. Wyniki badań są bardzo interesujące, a efekty terapeutyczne dają dużą podstawę do optymizmu.

Jakie leki są pomocne w tym przypadku?

Badamy leki przeciwdepresyjne oraz wpływające na mózgowy układ nagrody. Wykorzystujemy przede wszystkim leki wpływające na regulację emocji i reaktywność na bodźce erotyczne. Trzeba też rozumieć pacjenta

z głębszej perspektywy, uwzględniającej złożoność seksualności człowieka.

W ramach International Society for Sexual Medicine opublikowaliśmy też niedawno rekomendacje, w jaki sposób powinny wyglądać dobre praktyki postępowania z osobami zgłaszającymi się po pomoc z powodu kompulsywnych zachowań seksualnych.

Pacjenci uzależnieni od seksu mówią z góry, o co im chodzi, czy też raczej musi Pan wydobywać z nich takie informacje?

Są pod tym względem trzy grupy pacjentów. Pierwsza to ci, którzy rozpoznają w sobie te trudności. Podejmują nieudane próby radzenia sobie, dlatego zwracają się do nas po pomoc. Mówią o wszystkim, co dla nich trudne. To pacjent, który jest najbliższej podjęcia terapii ukierunkowanej na ten problem, bo dokładnie tego szuka.

Druga grupa to osoby, które przychodzą na konsultacje pod wpływem presji partnerki czy partnera. Często nie traktują swoich zachowań w zbyt krytyczny sposób. Zdarzają się też osoby, które są niekoniecznie hiperseksualne, ale np. świadomie decydują się na zdradzanie swojego partnera.

I wreszcie trzecia grupa osób, które przychodzą poszukiwać pomocy z powodu różnych problemów w życiu seksualnym i w toku rozmowy diagnostycznej okazuje się, że istotnym źródłem ich kłopotów są kompulsywne zachowania seksualne.

Problem hiperseksualności to bardzo ciekawe zagadnienie, w którym jest jeszcze wiele obszarów niezbadanych. Badania na ten temat prowadzone są obecnie w wielu krajach i mogę z przyjemnością powiedzieć, że nasz polski wkład w ten obszar nauki jest bardzo znaczący. Osoby, które chcą dowiedzieć się więcej na ten temat lub wziąć udział w badaniach, zachęcam do zajrzenia na stronę www.hiperseksualnosc.pl lub napisania na adres Kliniki Psychiatrii CMKP. ●

TEMAT NUMERU

Jak leczyć i nie wykluczać. O zdrowiu osób transpłciowych

Brak wiedzy, niepewność i bariery komunikacyjne – to wciąż codzienność wielu transpłciowych pacjentów w gabinetach lekarskich. O tym, jak budować relację zaufania i jakiej edukacji potrzebują lekarze, opowiada **Bartosz Grabski**, specjalista psychiatrii i seksuologii oraz psychoterapeuta, w rozmowie z Sylwią Wamej.

Czy transpłciowość w Polsce to rosnące zjawisko?

Bardzo trudno odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ brakuje nam systematycznych danych. Na pewno jest to temat, który wzbudza coraz większe zainteresowanie, ale jednocześnie bywa przedstawiany w negatywnym świetle. Płeć, tożsamość płciowa, transgresja czy transpłciowość zostały mocno upolitycznione i stały się elementem gry politycznej. Zdarzało się wręcz, że osoby transpłciowe przedstawiano jako zagrożenie, co budziło nieuzasadnione lęki u ludzi mających ograniczoną wiedzę na ten temat.

Dostępne dane z badań populacyjnych sugerują, że około 1 proc. społeczeństwa nie przeżywa swojej tożsamości płciowej w zgodzie z płcią przypisaną przy urodzeniu. Podobny wynik uzyskaliśmy w naszym jeszcze nieopublikowanym badaniu. Z kolei inne statystyki wskazują, że nie więcej niż jedna na 10 osób transpłciowych żyjących wśród nas będzie na tyle silnie odczuwała problem niezgodności płciowej, że będzie dążyć do tego, by ją w medyczny sposób usunąć.

Patrząc na kraje zachodnie, w ostatnich 10–15 latach zanotowano znaczący wzrost zgłoszeń dysforii płciowej, szczególnie wśród młodzieży. Wynika to zarówno z większej wiedzy samych zainteresowanych, jak i z łatwiejszej wymiany informacji o możliwych formach działań czy interwencji. Nie wiemy natomiast, jakie jeszcze inne czynniki mogą odgrywać tu rolę.

Komunikacja z osobami transpłciowymi to bardzo delikatny temat. Czy lekarze w Polsce mają wystarczającą



foto: archiwum prywatne

◀ **Bartosz Grabski**, kierownik Pracowni Seksuologii Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego UJ CM. Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego (PTS), jedyny certyfikowany członek WPATH (World Professional Association for Transgender Health) w Polsce, ISSM/ESSM (International/European Society for Sexual Medicine), PTP (Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) i PTPB (Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej). Specjalizuje się w pomocy osobom transpłciowym doświadczającym dysforii płciowej. Obszar jego zainteresowań klinicznych obejmuje także problemy osób homoseksualnych, zaburzenia nastroju i zaburzenia seksualne.

wiedzę i swobodę w rozmowie na ten temat?

Myślę, że niestety nie. Są różnego rodzaju badania czy raporty, które sugerują, że problem zaczyna się już na etapie kształcenia na studiach. Wyniki tych badań czy też rozmowy z lekarzami pokazują, że większość z nich nie uczy się czy nie zdobywa informacji na temat różnorodności płciowej ani też nie zna problemów osób transpłciowych, takich jak dysforia czy niezgodność płciowa. Często to tylko wzmianka przy okazji specjalizacji z psychiatrii.

Gdyby zapytać samych osób transpłciowych o ich doświadczenia z medykami, również i one zauważają, że lekarze albo w ogóle nie mają wiedzy, albo mają, lecz

jest ona ograniczona. Przeprowadziliśmy badanie na grupie specjalistów zdrowia psychicznego w Polsce, którzy zadeklarowali posiadanie pacjentów transpłciowych. Zadaliśmy pytanie o znajomość podstawowych dokumentów związanych z opieką nad tą populacją i wypadło to, krótko mówiąc, niesatysfakcjonująco – zbyt wiele osób po prostu tych dokumentów nie знаło lub znało marginalnie. A były to osoby zajmujące się zdrowiem psychicznym. Ekstrapolując dane, uznalibyśmy, że wiedza lekarzy na temat zaleceń, samej populacji, jak jej pomagać i tego, jak komunikować się z tymi pacjentami, pozostawia wciąż wiele do życzenia i jest to obszar, który wymaga jeszcze zmian.

Zalóżmy, że osoba transpłciowa trafia do lekarza, który nie czuje się kompetentny w tym temacie. Będzie uczciwie, jeśli skieruje ją do innego specjalisty?

Tak, w pełni akceptuję sytuację, w której lekarz odmawia transpłciowemu pacjentowi i przekierowuje opiekę, bo nie czuje się kompetentny. To jest bardziej uczciwe niż udawanie kompetencji. Jeśli na przykład niewiedza połączy się z uprzedzeniem, dystansem społecznym, emocjonalnym, to w efekcie otrzymamy sytuację, w której pojawi się rodzaj negatywnego komunikatu, odrzucenie i brak odpowiedniej opieki. Taka uczciwa komunikacja wprost do pacjenta jest czymś znacznie lepszym. Chodzi tutaj o rozmowę w stylu: proszę mi wybaczyć, ale nigdy do tej pory nie pracowałem świadomie z transpłciowym pacjentem. Chciałbym być jak najlepszym lekarzem dla pana/pani, ale ja się dopiero uczę, a konkretna koleżanka czy kolega ma większe doświadczenie.

Oczywiście idealne byłoby, aby taki lekarz miał otwartość na naukę i świadomość, że czasami za zgodą pacjenta i z braku dostępnej alternatywy będzie musiał podjąć rękawicę i wkroczyć na mniej znany sobie teren – niezbędne może wtedy okazać się wsparcie specjalistów posiadających większe doświadczenie.

Potencjalne problemy występują już na całkiem podstawowym poziomie komunikacji. Jeśli lekarz rodzinny przypuszcza, że będzie opiekować się osobą transpłciową, w jaki sposób ma się do niej zwracać?

Jeśli lekarz widzi zachowanie danej osoby, nabiera przekonania, nawet nie wprost z jej werbalnych komunikatów, że do gabinetu przyszła transpłciowa osoba, wskazana byłaby pewna proaktywna postawa. Lekarz może zacząć wizytę od nieużywania form rodzajowych. Jeśli ktoś wchodzi do gabinetu, niekoniecznie trzeba zaczynać rozmowę od słów: „Dzień dobry, proszę pana czy pani”. Można powiedzieć po prostu: „dzień dobry” i zapytać serdecznie, dlaczego się widzimy lub z jakiego powodu się widzimy. Tworzy to niezbędną przestrzeń i z dużym prawdopodobieństwem taki pacjent zauważy otwartość i uważność lekarza, co powinno ułatwić mu ujawnienie swojej tożsamości. Ogromną pomocą może być jakiś

komunikujący otwartość i bezpieczeństwo szczególnie w gabinecie, taki jak publikacja afirmatywnie poruszająca temat transpłciowości czy strona internetowa/ulotka mówiąca o polityce otwartości i inkluzywności.

Jak powinna wyglądać edukacja medyczna w odniesieniu do osób transpłciowych?

Paradoks polega na tym, że żyjemy w świecie z ogromną dostępnością informacji i wydaje się, że wszystko jest na wyciągnięcie ręki. Inna twarz tej dostępności jest taka, że osoby, które nie znają danego

Mamy nieograniczony dostęp do informacji, ale lekarze – jak wszyscy – narażeni są na chaos i dezinformację. Dlatego tak ważne są rzetelne treści już na etapie studiów

tematu – również lekarze nie są od tego wolni – są narażeni na wiele sprzecznych, czasem wręcz fałszywych czy przekłamujących, informacji. A zatem będzie się pojawiać problem źródła.

Idealnie byłoby, żeby podstawowe informacje na temat transpłciowości czy niezgodności płciowej były obecne na studiach medycznych. Niestety, nie ma ich. Mam przyjemność prowadzić od lat fakultet z seksuologii dla studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdzie część czasu poświęcam zdrowiu osób transpłciowych, dodatkowo od kilku lat prowadzę inny fakultet poświęcony explicity zdrowiu mniejszości seksualnych i płciowych. Są to jednak zajęcia fakultatywne, czyli dotyczą jakiegos drobego odsetka naszych studentów. Rutynowo w programach nauczania na polskich studiach medycznych tego tematu brakuje. Pojawia się dodatkowo przy okazji chociażby psychiatrii. Dobrze by było, gdyby w ramach nauczania chociażby psychologii lekarskiej wprowadzić podstawowe kompetencje pracy z pacjentem LGBTQ+ i pokazywać, jak pracować nad komunikacją czy

budowaniem relacji z pacjentem. Później – w formie mikrobloku czy wykładów – mogłyby się pojawić elementy transmedycyny. Brakuje też kursów doskonalących, które w ramach CMKP byłyby organizowane, aby pracować z populacją osób trans.

A czy temat transpłciowości jest obecny na konferencjach seksuologicznych i psychiatrycznych?

Tak, nie można powiedzieć, że nic się nie dzieje. Sam od wielu lat na konferencjach psychiatrycznych czy seksuologicznych staram się edukować kolegów i koleżanki w tym temacie. Wiem, że robią to też niektórzy inni specjaliści. Są też organizacje zrzeszające osoby transpłciowe oraz ich rodziców, które można uznać za rzetelne. Starają się one kształcić specjalistów różnych dziedzin w zakresie podstawowych spraw dotyczących osób trans. Dostępne są także książki i podręczniki psychoedukacyjne wydawane przez odpowiednie organizacje. Osobiście miałem przyjemność redagować podręcznik psychoedukacyjny „Zdrowie osób transpłciowych i niebinarnych”, przeznaczony głównie dla pacjentów oraz ich rodzin, wydany kilka lat temu w ramach projektu koordynowanego przez Fundację Trans-Fuzja. Kilka lat temu wydaliśmy też specjalistyczną monografię „Dysforia i niezgodność płciowa”, która wciąż może okazać się pomocna.

Potrzeby zdrowotne osób transpłciowych mogą być większe niż reszty populacji. Jak wygląda dostęp do opieki?

Mamy złożoną sytuację, ponieważ osoby transpłciowe i różnorodnie płciowo będą potrzebowały opieki i tego kontaktu z lekarzami także w związku z różnymi problemami, które nie są związane z dysforią płciową i nie są w procesie tranzycji. Są to osoby, które na przykład złamały rękę. Wtedy problemem może być ujawnienie swojej tożsamości z lęku przed niezrozumieniem lub odrzuceniem oraz brak właściwej komunikacji. Ważne, by w gabinetach lekarskich tworzyć bardziej inkluzywną przestrzeń i język, który nie będzie

od razu galopował do pytań o żonę czy męża, zakładających heteronormatywność. To przykład zbędnych pytań, które mogą jeszcze bardziej utrudniać otwarcie się pacjentów.

Można pogodzić pewne sprzeczne oczekiwania wielu grup społecznych, jeśli gabinet lekarski lub też klinika mają w swojej polityce – czy to na stronie internetowej, czy w postaci wywieszki – informację, że jest to bezpieczna przestrzeń dla różnych osób. Chodzi o osoby, które różnią się pochodzeniem etnicznym, religią, orientacją seksualną czy tożsamością płciową. To przykład bardzo prostego kroku, który inaczej pozycjonuje osobę przychodzącą do danego specjalisty, dając jej podstawowe poczucie bezpieczeństwa, by powiedzieć, kim jest. Gabinet czy instytucja mogą być właśnie taką bezpieczną przestrzenią.

Czy osoby, które doświadczają niezgodności płciowej, mogą uzyskać pomoc w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia?

Dostępność leczenia będzie mocno różnić się w zależności od miejsca zamieszkania, ponieważ wciąż mamy deficyt miejsc w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie taką pomoc można uzyskać. Poradni seksuologicznych w Polsce jest wyjątkowo mało i są one oblegane, i praktycznie niedostępne. Część opieki nad zdrowiem osób transpłciowych, które doświadczają niezgodności/dysforii płciowej, przejęły też poradnie zdrowia

psychicznego. Ale już na przykład z opieką endokrynologiczną jest gorzej, podobnie jak z dostępnością chirurgii w systemie publicznym. Ona praktycznie nie istnieje.

Duża część opieki nad problemem dysforii/niezgodności płciowej spada przede wszystkim na opiekę prywatną. Tu w ciągu kilku ostatnich lat dostępność w dużych miastach poprawiła się w znaczący sposób. Przykładowo w Krakowie mamy przynajmniej kilka miejsc, które określają siebie jako klinika dla osób transpłciowych lub też wyraźnie adresują do nich swoją pomoc. Natomiast morał jest taki, że możliwości będą bardzo mocno zależały od sytuacji finansowej oraz demograficznej osoby transpłciowej.

Jaką rolę odgrywają seksuolog i psychiatra w opiece nad takimi osobami?

Tak jak u każdego człowieka seksuolog może wspierać osobę transpłciową w obszarze życia seksualnego. Natomiast gdyby ograniczyć się do sytuacji, w której dana osoba zgłasza problem niezgodności płciowej i chęci włączenia medycznych działań afirmujących płeć, to w rozumieniu dominującego modelu pracy, czyli modelu zaleceń Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, seksuolog jest częścią

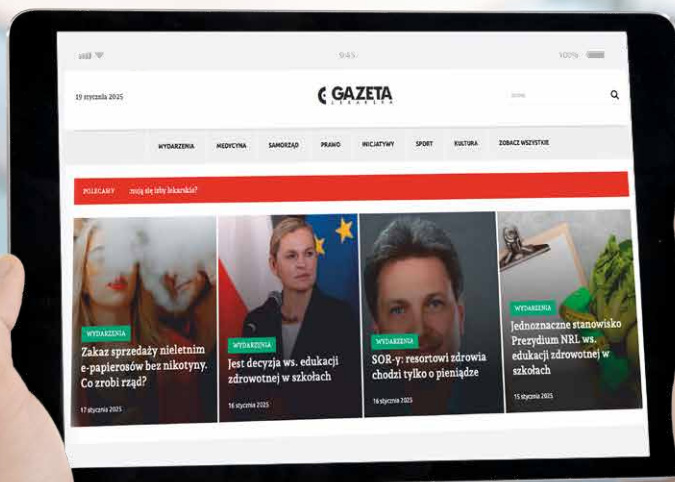
zespołu kwalifikującego i przygotowującego pacjenta do tych interwencji. Polskie zalecenia mówią, że powinno wziąć udział w tym procesie dwóch specjalistów: lekarz seksuolog, który idealnie by był seksuologiem i psychiatrą zarazem. Ważny jest także psycholog. Preferowana jest osoba z certyfikatem seksuologa klinicznego PTS lub ze specjalizacją z psychoseksuologii.

Sam proces oceny polega m.in. na tym, że potwierdzamy diagnozę niezgodności płciowej. Jeśli lekarz seksuolog jest także psychiatrą, to ma możliwość oceny stanu psychicznego, stwierdzenia zdolności do podjęcia świadomej zgody, przeprowadzenia diagnostyki różnicowej i niezgodności płciowej. Jako specjalista z wykształceniem medycznym może przeprowadzić wstępną edukację na temat planowanych interwencji medycznych, przedyskutować różne ich ograniczenia, przeciwwskazania, potencjalne działania uboczne i możliwe powikłania, tak jak przy wprowadzeniu każdej interwencji medycznej. Ważne będzie także przedyskutowanie społecznych aspektów tranzycji. Edukacja ta, a raczej psychoedukacja, ma służyć zarówno wspieraniu pacjentów w podejmowaniu świadomych decyzji, jak i poprawie wyników oraz satysfakcji ze zintegrowanych działań afirmujących płeć. •

reklama

gazetalekarska.pl

więcej niż myślisz



- Wydarzenia i opinie
- Z kraju i ze świata
- Z rządu i samorządu
- Praktyka lekarska
- Prawo i finanse
- Edukacja i technologie
- Na serio i po godzinach

AKTUALNOŚCI

Dziecko to nie content. Uważaj, co wrzucasz do sieci

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Radosne zdjęcie z plaży, ujęcie z urodzin, filmik z zabawy w ogrodzie – pozornie niewinne publikacje w mediach społecznościowych bywają początkiem hejtu, cyberprzemocy, a nawet przemocy seksualnej. Eksperti ostrzegają: nie publikujmy zdjęć dzieci lekkomyślnie. Zanim coś wrzucimy, zapytajmy: komu to służy?

Sharenting, czyli udostępnianie prywatnych zdjęć dzieci przez rodziców w internecie, na pozór wydaje się niewinnym zjawiskiem, lecz może prowadzić do wielu niebezpiecznych sytuacji – włącznie z przemocą seksualną. Jakich zdjęć dziecka nie wolno publikować i jak chronić jego wizerunek w sieci?

RODZICE RZADKO PYTAJĄ O ZGODĘ

Wakacje to czas, kiedy chętnie dzielimy się zdjęciami i nagrańiami z rodzinnych wyjazdów w mediach społecznościowych. Rodzice z dumą publikują także fotografie swoich pociech. Eksperti alarmują jednak, że takie działania mogą naruszać prywatność dziecka i narażać je na realne niebezpieczeństwa. Z pozoru niewinne kadry z wakacyjnego wypoczynku mogą przynieść więcej szkody niż pożytku. Udostępnianie wizerunku dziecka w internecie sprzyja hejtowi i cyberprzemocy, a także może zagrażać jego bezpieczeństwu w świecie offline.

Z najnowszych danych Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę wynika, że aż 45,5 proc. polskich nastolatków deklaruje, że ich rodzice lub opiekunowie publikują ich zdjęcia w sieci. Blisko jedna czwarta z nich – 23,8 proc. – przyznaje, że czuje się z tego powodu zawstydzona, a niemal 19 proc. odczuwa niezadowolenie. Wielu rodziców nie zdaje sobie sprawy z tego, że ich działania mogą być dla dziecka niekomfortowe.

Tylko 25 proc. rodziców deklaruje, że przed publikacją zdjęcia lub nagrania pyta dziecko o zgodę. Tymczasem beztrudno

udostępniane materiały – zwłaszcza wakacyjne, przedstawiające dzieci w strojach kąpielowych czy prywatnych sytuacjach – mogą zostać wykorzystane przez osoby o złych intencjach, w tym przez przestępców zajmujących się nielegalnym obrotem treści z udziałem nieletnich. Co więcej, ujawnienie lokalizacji, codziennego harmonogramu czy szczegółów z życia dziecka zwiększa ryzyko kradzieży tożsamości i naraża je na cyberprzemoc.

CZYM JEST SHARENTING?

Termin „sharenting” powstał z połączenia angielskich słów share (udostępniać, dzielić się) oraz parenting (rodzicielstwo). Według raportu „Sharenting po polsku, czyli ile dzieci wpadło do sieci?” z 2019 r. aż 40 proc. polskich rodziców publikuje w mediach społecznościowych materiały dokumentujące dorastanie swoich dzieci, a 81 proc. z nich ma pozytywny lub neutralny stosunek do tego zjawiska. 42 proc. rodziców udostępnia zdjęcia dzieci grupie do 200 osób (rodzinie i znajomym), natomiast 20 proc. pokazuje je także dalszym znajomym i nieznanym.

Najczęściej sharenting wynika z potrzeby wyrażenia rodzicielskiej dumy (65 proc.) lub chęci dzielenia się informacjami z bliskimi (57 proc.). Dla 9 proc. to sposób na pokazanie trudów rodzicielstwa, 10 proc. powieła zachowania obserwowane w sieci,

a 5 proc. robi to dla zabawy. Ponad połowa rodziców (61 proc.) publikuje zdjęcia lub filmy z udziałem swojego dziecka przynajmniej raz w miesiącu, a 21 proc. – raz w tygodniu lub częściej. W ciągu roku udostępniają średnio 72 zdjęcia i 24 filmiki. Najczęściej dotyczą one ważnych wydarzeń (urodziny, koniec roku szkolnego) lub codziennych sytuacji (posiłek, spacer, zabawa).

– Publikując zdjęcia dzieci w internecie, często nie zastanawiamy się, kto je naprawdę zobaczy i jak długo będą dostępne. Internet nie zapomina, a raz wrzucone zdjęcie może zostać wykorzystane w nieprzewidywalny sposób. Chronimy prywatność naszych dzieci. Publikujemy z myślą o dziecku, a nie dla zaspokojenia własnych potrzeb – apeluje Marta Wojtas, psychoterapeutka z Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę.

ZDJĘCIA W PIASKOWNICY WSTĘPEM DO PRZEMOCY SEKSUALNEJ

Podczas kwietniowej debaty w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej Karolina Bućko – przewodnicząca Państwowej Komisji ds. Przeciwdziałania Wykorzystaniu Seksualnemu Małoletnich poniżej Lat 15 (PKDP) – podkreślała, jak ważne jest, by chronić wizerunek dzieci i nie pozwalać, by ich zdjęcia trafiały do sieci.

– Przemoc seksualna to nie tylko fizyczny kontakt. Do gwałtu może

dojść bez kontaktu, wyłącznie przez łącze audio lub czat internetowy. Wystarczy, że sprawca doprowadza dziecko do wykonania czynności seksualnej – mówiła ekspertka.

Justyna Kotowska, zastępczyni przewodniczącej PKDP, dodała, że sprawcy działający w sieci często czują się bezkarni.

– Ta bezkarność przesuwa granice. Rodzice nie przypuszczają, że dziecko siedzące w pokoju obok może w tym czasie doznawać krzywdy – tłumaczyła. Według szacunków ok. 8 proc. małych doświadcza wykorzystania z kontaktem fizycznym, a bez kontaktu – aż 26-27 proc. To m.in. sytuacje, gdy dziecko wykonuje czynności seksualne przed kamerą podczas transmisji na żywo lub jest nagrywane.

– Sprawca często po takim zdarzeniu szantażuje dziecko, grożąc ujawnieniem materiału, by wymusić kolejne nagrania. Konsekwencje są dramatyczne: dzieci żyją w potwornym lęku, niektóre podejmują próby samobójcze – zaznaczała Justyna Kotowska.

WAŻNE WNIOSKI DLA ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO

Wnioski z debaty w NIL były jasne – zagadnienia dotyczące ochrony dzieci przed przemocą seksualną muszą znaleźć się w programach nauczania kierunków medycznych.

– List otwarty opracowany podczas spotkania podkreśla potrzebę uzupełnienia programu kształcenia o kwestie wykorzystywania seksualnego małoletnich – mówił Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Dokument został przekazany m.in. Ministerstwu Zdrowia, kancelarii premiera i Ministerstwu Edukacji Narodowej.

REAGUJ, NAWET GDY TYLKO PODEJRZEWASZ

– Jeśli dziecko doświadcza przemocy seksualnej, dorośli muszą reagować – apeluje Justyna Kotowska. – Nie trzeba mieć 100 proc. pewności. Lepiej zareagować raz za dużo niż raz za mało. Nie wpadamy w pułapkę myślenia, że musimy mieć pewność. To nie my mamy ustalać winę, od tego są organy ścigania. My mamy zareagować, w sytuacji kiedy podejrzewamy, że doszło do przestępstwa – dodaje. I podkreśla: – Lekarz nie powinien być osamotniony w takiej sytuacji. Powinien mieć wsparcie przełożonych, zespołu i pracodawcy.

NAJMŁODSI NIE SĄ WŁASNOŚCIĄ DO PUBLICZNEGO POKAZYWANIA

Zjawisko sharentingu nie ogranicza się do zagrożenia wykorzystaniem seksualnym

Eksperci ostrzegają przed zjawiskiem sharentingu, czyli nadmiernym eksponowaniem w sieci zdjęć lub materiałów wideo dzieci. Tymczasem influencerka Aniela Woźniakowska, znana jako Lil Masti, a wcześniej SexMasterka założyła fundację, która ma nie tylko popularyzować wizerunek dzieci w przestrzeni publicznej, ale również edukować i chronić ich prawa w cyfrowym świecie. Pomyśl spotkał się z olbrzymią krytyką pediatrów oraz środowiska marketingowego.

Aniela Woźniakowska założyła fundację „Dzieci są z nami”, popularyzując wizerunek dzieci w przestrzeni publicznej oraz mającą stawiać czoła ruchom, które chcą wyeliminować wizerunek dzieci z internetu.

Niepokój budzą nie tylko hasła tej fundacji, ale także przeszłość Woźniakowskiej, biorąc pod uwagę, że kiedyś prowadziła kontrowersyjny kanał dla dorosłych i jeszcze do niedawna brała udział we freak fightach, uchodzących za patologie internetu. Odkąd dwa lata temu osobiście influencerka urodziła córkę, zmienił się także content w jej profilach społecznościowych. Aniela regularnie pokazuje w sieci rodzinne życie, zwłaszcza dziecko.

Biorąc pod uwagę, jak ogromne zagrożenie niesie za sobą sharenting, m.in. prowadząc do cyberprzemocy, wykorzystywania seksualnego czy hejtu rówieśników, pomyśl Lil Masti jest bardzo szkodliwy. Z kolei hasło, które głosi Aniela, pisząc o swojej fundacji „wspieramy rodziców w decyzjach

związanych z sharentingiem” brzmi jak z horroru. W końcu influencerka sówicie zarabia na kampaniach z udziałem swojej córeczki Arii. Podkładka w postaci fundacji rzekomo pomagającej dzieciom w oczach wielu twórców internetowych jest czymś bardzo niestrawnym.

Mateusz Chrobok, twórca specjalizujący się w cyberbezpieczeństwie i AI, na swoim kanale YouTube nie szczędził krytycznych słów fundacji Anieli Woźniakowskiej, podkreślając, że sharenting otwiera drzwi dla kradzieży tożsamości, nadużyć i naruszania prywatności dziecka. „Nie da się bezpiecznie dzielić dzieckiem w sieci. Ryzyko zawsze istnieje, bez względu na to, jak ładnie się to opisać” – napisał. W podobnym tonie wybrzmiewa komentarz pediatry Moniki Działowskiej.

„Naprawdę? W dobie tak licznych zagrożeń dla dzieci w internecie? Ja rozumiem czasem częściowo pokazać dzieci, są częścią naszego życia. Ale upowszechniać ich prace w internecie od najmłodszych lat? Przeciwdziałać ruchom, które miałyby to regulować dla dobra dzieci i ich zdrowia psychicznego?” – pisze lekarka na swoim instagramowym kanale.

Pod postem na Instagramie promującym fundację Lil Masti bardzo krytycznie wypowiedzieli się zwykli użytkownicy internetu, którzy zgodnie podkreślają, że nowy projekt influencerki nie ma absolutnie nic wspólnego z miłością do dzieci i działa tylko i wyłącznie na ich szkodę. ●

– to także furta do przemocy rówieśniczej i hejtu. Zabawne czy radosne zdjęcie udostępnione przez rodzica może stać się memem internetowym, który spowoduje ośmieszenie czy upokorzenie dziecka. Najmłodsi często nie mają wpływu na to, co trafia do sieci, a brak ich zgody narusza ich prawo do prywatności. Udostępniając fotografie nawet kilkuletniego dziecka bez jego zgody, odbieramy mu prawo do własnego wizerunku.

– Dziecko to nie przedmiot do pokazywania w internecie. To osoba, która ma prawo do prywatności

i bezpieczeństwa – również cyfrowego. Zanim wrzucimy zdjęcie do sieci, zapytajmy: dla kogo to robimy? Dla dobra dziecka czy dla siebie? – przypomina psychoterapeutka Marta Wojtas z Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę.

To nie znaczy, że publikacja zdjęć dzieci jest całkowicie zabroniona. Warto jednak zadbać o prywatność kont, ograniczyć widoczność materiałów do grona najbliższych i – co najważniejsze – pytać dziecko o zgodę. Zdjęcia powinny służyć dobru dziecka, a nie potrzebom dorosłych. ●

AKTUALNOŚCI

E-profil pacjenta ułatwi lekarzom pracę

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Nowe rozwiązanie wprowadzane przez Centrum e-Zdrowia zmniejszy ryzyko popełnienia błędu, umożliwi dostęp do recept pacjenta i poinformuje, gdy nie zastosuje się on do zaleceń lekarskich.

Elektroniczny profil pacjenta pozwalający podejrzeć recepty i skierowania ma ruszyć w marcu przyszłego roku.

– E-profil ma być narzędziem wspomagającym analizę stanu zdrowia pacjenta – podkreśla Jan Poleszczuk, członek zespołu budującego to narzędzie w Centrum e-Zdrowia. – Głównym adresatem tego narzędzia są oczywiście profesjonaliści medyczni, w pierwszej kolejności lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści, ale także farmaceuci – podkreśla Poleszczuk, dodając, że e-profil pacjenta pozwoli zapoznać się w dużo bardziej efektywny sposób z historią danych pacjenta.

DANE OD OGÓŁU DO SZCZEGÓŁU

E-profil będzie pomocny dla lekarzy chcących sprawdzić historię leczenia pacjenta. Pozwoli m.in. zmniejszyć ryzyko popełnienia błędu i umożliwi reagowanie na sytuację, gdy dana osoba nie stosuje się do zaleceń lekarskich. W pierwszej odsłonie umożliwi medykom dostęp m.in. do recept pacjenta oraz diagnoz i procedur sprawozdanych za pomocą zdarzeń medycznych oraz komunikatów do NFZ. Wszystkie elementy mają być zaprezentowane przejrzystie, czytelnie i atrakcyjnie.

– Chcemy, by świadczenia, recepty czy skierowania prezentowały się efektywnie, dlatego staramy się wprowadzić atrakcyjną i przejrzystą warstwę wizualną, tak by można było zapoznać się z tymi danymi: od ogółu do szczegółu – podkreśla Jan Poleszczuk.

WAŻNE ALERTY

Istotnym elementem e-profilu mają być powiadomienia. Na przykład Polskie Towarzystwo Alergologiczne, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej oraz Koalicja na rzecz Leczenia Astmy przygotowały algorytm, dzięki któremu lekarze mogliby być powiadomieni, że pacjent przyjmuje zbyt dużo leków z danej grupy, a to powoduje zwiększenie ryzyka zaostrzenia się astmy.

– Chodzi nam o takie sytuacje, kiedy na przykład zgodnie z wytycznymi przepisanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy więcej niż dwóch

w niedalekiej przyszłości planowana jest na razie wstępna pula alertów. Centrum e-Zdrowia chce, by w przyszłości powstała przestrzeń, która pozwoliłaby wprowadzić automatyzowane powiadomienia.

ŁATWO DOSTĘPNY

Warto podkreślić, że e-profil pacjenta będzie dostępny zarówno po zalogowaniu się do systemu Gabinet.gov.pl, a następnie wpisaniu numeru PESEL danej osoby, jak też będzie możliwość zintegrowania z nim systemów usługodawców. Z kolei pacjent wyrazi zgodę na dostęp do swojego profilu poprzez internetową wersję Internetowego Konta Pacjenta, aplikację mobilną mojeIKP lub podając kod otrzymany w wiadomości SMS. Przewidywany start tego narzędzia to marzec 2026 r.

Centrum e-Zdrowia ma także w planach prace nad uproszczeniem udzielenia zgody przez pacjenta na dostęp do danych dla lekarzy. – Chcemy wprowadzić takie uproszczenie udzielania zgody przez pacjenta na dostęp do danych dla lekarza, nie formalne, lecz techniczne, przez kod QR lub przez powiadomienia push. Chcemy w tym przypadku spróbować uprościć tę ścieżkę po to, by profil był wykorzystywany w większym odsetku kontaktów z lekarzem – podsumował Jan Poleszczuk.

E-Profil pacjenta jest jednym z projektów realizowanych przez Centrum e-Zdrowia dzięki środkom z Krajowego Planu Odbudowy na cyfryzację ochrony zdrowia. ●

Elektroniczny profil pacjenta pozwoli lekarzowi w jednym miejscu sprawdzić historię leczenia, recepty, skierowania i istotne zdarzenia medyczne

opakowań z pewnej grupy leków zwiększa ryzyko zaostrzenia się astmy. Alert mógłby także wskazać, że pacjentowi nagle pogorszył się stan zdrowia czy też zakończył hospitalizację w ostatnim czasie. Mógłby też wskazać, że dany pacjent doświadczył niedawno istotnego zdarzenia medycznego, na przykład zabrała go karetka, zgłosił się na SOR, omdlał, lub że jest uczulony na konkretną substancję leczniczą – wyjaśnia Jan Poleszczuk, dodając, że

AKTUALNOŚCI

Surowsze kary za ataki na personel medyczny

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji Kodeksu karnego i Kodeksu wykroczeń, który ma zapewnić m.in. lekarzom, ratownikom medycznym i pielęgniarcom bardziej skuteczną ochronę przed przemocą.

Minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda nie ma wątpliwości, że to dobry projekt. – Liczę na jego szybkie procedowanie – mówi. I dodaje, że jest to odpowiedź na postulaty środowiska medycznego i efekt współpracy między kilkoma resortami. Zgadza się też, że kary za agresywne zachowania wobec pracowników ochrony zdrowia powinny być surowe i nieuchronne.

– W ostatnich latach coraz częściej dochodzi do ataków na służby ratunkowe, a także na osoby cywilne, które zdecydowały się pomóc, narażając własne życie. Nowe przepisy mają temu przeciwdziałać. W ubiegłym roku zespoły ratownictwa medycznego interweniowały ponad 3,2 mln razy, a aż trzy tysiące razy same potrzebowały wsparcia po aktach przemocy – mówi szefowa resortu zdrowia.

Minister sprawiedliwości Waldemar Żurek podkreśla, że nie może być przyzwolenia na przemoc wobec osób pomagających innym, niezależnie od tego, czy jest to ratownik medyczny, policjant, czy strażak. – Wszyscy musimy też czuć się bezpiecznie, idąc np. do przychodni, szpitala czy urzędu. Bezkarność tych, którzy odważą się zaatakować, musi się skończyć – twierdzi minister.

JASNY KIERUNEK

Projekt nowelizacji Kodeksu karnego i Kodeksu wykroczeń przyjęty 19 sierpnia przez Radę Ministrów zakłada wprowadzenie surowszych kar za przemoc wobec osób niosących pomoc innym. Za atak na policjanta, strażaka, ratownika medycznego lub np. kogoś, kto powstrzymuje napastnika, rozdzielając

bójkę czy ratując ludzi w trakcie pożaru, grozić będzie kara od trzech miesięcy do pięciu lat więzienia.

Taką samą ochroną jak funkcjonariusze publiczni zostaną objęte także osoby podejmujące interwencję (dotychczas kara za naruszenie nietykalności funkcjonariusza publicznego wynosiła do trzech lat, a obywatela ratującego innych – do dwóch lat więzienia).

Projektowane przepisy zwiększają też sankcje za agresję słowną. Każda osoba, która podczas interwencji

Nowelizacja prawa przewiduje m.in. wyższe kary za przemoc wobec medyków oraz traktowanie agresji słownej tak samo poważnie jak fizycznej

zostanie znieważona np. wyzwiskami, będzie traktowana jak funkcjonariusz publiczny. Co ważne, wystarczy wniosek pokrzywdzonego, a sprawę będzie dalej prowadziła prokuratura, a nie znieważony.

**PRZYSPIESZONY TRYB
DLA SZPITALNYCH AGRESORÓW**

Zgodnie z projektem za agresywne zachowanie w miejscu publicznym, np. w szpitalu czy urzędzie, grozić będzie kara aresztu, ograniczenia wolności, grzywny od 1 tys. do 5 tys. zł lub 1 tys. zł mandatu. Taka sama kara będzie mogła

zostać wymierzona za zakłócanie spokoju i porządku publicznego pod wpływem alkoholu lub narkotyków i innych środków odurzających, np. dopalaczy.

Projektowane przepisy zakładają, że jeśli sprawca zostanie skazany, na wniosek pokrzywdzonego sąd będzie musiał opublikować wyrok np. na stronie internetowej. Personel medyczny zainteresuje także jeszcze jedna zmiana – jeśli do ataku dojdzie w szpitalu, przychodni, urzędzie lub w trakcie prowadzenia akcji medycznej, a agresor zostanie złapany na gorącym uczynku, policja będzie miała obowiązek zatrzymać go i doprowadzić przed sąd, gdzie zostanie osądzony w trybie przyspieszonym.

PRIORYTET PAŃSTWA

W uzasadnieniu dołączonym do projektu ustawy wskazano, że wzmocnienie ochrony funkcjonariuszy publicznych, osób udzielających świadczeń zdrowotnych oraz osób, które mogą się stać obiektem agresji w trakcie ochrony porządku publicznego, powinno być traktowane poważnie przez organy państwa.

„Zmiany te wpisują się w aktualne tendencje w doktrynie prawa karnego, zgodnie z którymi ochrona osób narażonych na agresję w związku z pełnieniem swoich funkcji powinna być priorytetem państwa. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wielokrotnie podkreślano, że atak na funkcjonariusza

RAZEM RATUJMY ŻYCIE

W związku z tym, że tysiące medyków staje na pierwszej linii walki o zdrowie i życie, a mimo to spotykają się z brakiem zrozumienia, a nawet agresją, Ministerstwo Zdrowia zainaugurowało ogólnopolską kampanię „Ratujmy życie. Razem”. Jej kluczowym elementem jest spot w wersji video i audio.

Resort podkreśla, że jest to jedno z działań na rzecz budowania solidarności społecznej i wsparcia dla środowiska medycznego oraz niejako apel o współdziałanie i aktywną postawę społeczeństwa w ratowaniu ludzkiego życia. „W ratowaniu życia liczy się także postawa świadków – ich szybka reakcja i akceptacja decyzji medyków. To od Twojej reakcji może zależeć ludzkie życie” – podkreślono na stronie internetowej.

Kampanijny spot jest już emitowany w środkach masowego przekazu. W jego realizacji uczestniczyła Krajowa Izba Ratowników Medycznych, Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie i Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu, a w role statystów wcielili się pracownicy ministerstwa i ich dzieci.

publicznego stanowi atak na autorytet państwa. Nowelizacja wpisuje się także w kierunek ochrony funkcjonariuszy określony przez Trybunał Konstytucyjny, który uznał, że funkcjonariusze publiczni wymagają szczególnej ochrony ze względu na istotne funkcje, jakie pełnią w społeczeństwie” – czytamy w uzasadnieniu.

Celem zmian jest ponadto odstraszenie potencjalnych sprawców i zwiększenie ochrony osób ratujących życie i zdrowie innych przed bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. „Stopień społecznej szkodliwości tego rodzaju zachowań jest na tyle wysoki, że wymaga surowszej penalizacji aniżeli przewidziana w obecnie obowiązujących przepisach” – dodano.

SZYBKO I SKUTECZNIE

– Cieszę się, że na wniosek samorządu lekarskiego rząd zajmuje się problemem

agresji w ochronie zdrowia. Chcę jednak zaznaczyć, że w naszej ocenie najważniejsza jest przede wszystkim natychmiastowa reakcja na takie przypadki i nieuchronność kary, a nie jej wysokość, choć oczywiście to też jest istotne. Nasze państwo powinno reagować szybko, stanowczo i skutecznie – mówi sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorz Wrona, komentując rządowy projekt.

– Samorząd lekarski z zadowoleniem przyjmuje też to, że nowe przepisy mają dotyczyć zarówno

Pacjenci, w związku z agresją, mogą zostać pozbawieni możliwości leczenia czy spokojnego przebiegu hospitalizacji

agresji fizycznej, jak i zachowań werbalnych. Agresja słowna, której obiektem padają lekarze i lekarze dentyści, to przecież także poważny problem w naszej pracy. Chcielibyśmy jednak, by organy ścigania w takich sytuacjach reagowały z urzędu, a nie na wniosek pokrzywdzonego lekarza – podkreśla sekretarz NRL. I dodaje, że podawanie do publicznej wiadomości imienia i nazwiska osoby dopuszczającej się agresji fizycznej lub słownej wobec lekarza jest dobrym pomysłem.

WYTYCZNE PROKURATORA GENERALNEGO

Grzegorz Wrona traktuje sierpniowy projekt ustawy jako ważny krok po wydaniu w połowie lipca przez ówczesnego prokuratora generalnego Adama Bodnara wytycznych mających usprawnić i zaostrzyć reakcję organów ścigania w przypadku przestępstw popełnianych na szkodę osób udzielających świadczeń zdrowotnych. Treść wytycznych została opracowana m.in. w oparciu o wyniki konsultacji prokuratorów ze środowiskiem ratowników medycznych oraz z przedstawicielami Naczelnej Izby Lekarskiej.

– To ważny sygnał ze strony państwa. Każdy lekarz, pielęgniarka czy ratownik musi mieć pewność, że

prawo znajduje się po jego stronie, gdy staje się ofiarą agresji – mówi prezes NRL Łukasz Jankowski, odnosząc się do wytycznych prokuratora generalnego, i dodaje, że bezpieczeństwo osób niosących pomoc medyczną nie może być spychane na margines. – Te wytyczne to krok w dobrą stronę, bo pokazują, że przemoc wobec medyków nie będzie dłużej tolerowana. Najważniejsze, aby teraz organy państwa wcieliły te przepisy w życie – dodaje szef samorządu lekarskiego.

ŚMIERĆ DR. TOMASZA SOLECKIEGO

Jedną z przyczyn stojących za rozpoczęciem prac nad nowymi przepisami jest tragedia w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, do której doszło pod koniec kwietnia. 35-letni mężczyzna – jak się później okazało, był nim funkcjonariusz Służby Więziennej – wtargnął do jednego z gabinetów i zaatakował nożem ortopedę Tomasza Soleckiego. 47-letniego lekarza nie udało się uratować.

Po tym wydarzeniu Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwróciło się m.in. do premiera Donalda Tuska o stanowczą reakcję i zmianę przepisów. „W obliczu takich sytuacji, nasilających się w ostatnich miesiącach, żądamy podjęcia działań zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa chorym i opiekującym się nimi lekarzom” – zaapelowało Prezydium NRL tuż po tragedii w Krakowie.

Samorząd lekarski podkreśla, że tylko bezpieczny lekarz może zapewnić właściwą pomoc medyczną, a każdy atak wymierzony w przedstawiciela tej grupy zawodowej jest w istocie atakiem na pacjentów, ponieważ w związku z agresją mogą zostać pozbawieni możliwości leczenia czy spokojnego przebiegu hospitalizacji.

ZAPOBIEC PRZYSZŁYM TRAGEDIOM

W obliczu rosnącej agresji wobec pracowników ochrony zdrowia 10 maja ulicami Warszawy przeszedł Marsz Milczenia Medyków zorganizowany przez Naczelną Izbę Lekarską, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i inne organizacje zrzeszające przedstawicieli zawodów medycznych.

► Marsz Milczenia Medyków w Warszawie był wyrazem sprzeciwu wobec narastającej agresji wobec personelu ochrony zdrowia i hołdem dla tragicznie zmarłego lekarza z Krakowa



foto: M. Tomczak

W czasie marszu oddano hołd tragicznie zmarłemu lekarzowi z Krakowa.

Uczestnicy wyruszyli sprzed Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus przy ul. Lindleya pod gmach Ministerstwa Zdrowia, gdzie przekazali Izabeli Leszczynie, ówczesnej szefowej resortu, postulaty dotyczące poprawy bezpieczeństwa w czasie pracy. Leszczyna zapewniła, że dojdzie do zmian w przepisach, a policja wspólnie z izbami lekarskimi wypracuje mechanizmy dotyczące zgłaszania gróźb kierowanych wobec medyków.

Grzegorz Wrona, który m.in. wraz z prezesem Łukaszem Jankowskim wziął udział w Marszu Milczenia Medyków, podkreśla, że trzeba zrobić wszystko, aby zapobiec przyszłym tragediom. – Przypadki agresji wobec lekarzy są niedopuszczalne. Należy je piętnować i nagłaśniać, a sprawcy muszą jak najszybciej ponieść karę. Dobrze, że media informują o takich zdarzeniach, choć mam nadzieję, że będzie ich coraz mniej – podkreśla sekretarz NRL.

W jego opinii po tragicznej śmierci dr. Tomasza Soleckiego organy ścigania zmieniły nastawienie wobec przypadków przemocy w placówkach medycznych. – Można zadać pytanie: dlaczego tak późno? Będziemy się temu bacznie przyglądać – dodaje Grzegorz Wrona.

CO DALEJ?

Z przyjętym przez Radę Ministrów projektem ustawy o zmianie ustaw: Kodeks

karny, Kodeks wykroczeń oraz Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia można się zapoznać na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji. Osobą odpowiedzialną za niego jest Arkadiusz Myrcha, sekretarz stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości. Prawdopodobnie wkrótce projekt zostanie skierowany do laski marszałkowskiej.

Wydaje się, że w parlamencie jest szerokie poparcie dla kierunku zmian określonego w nowelizacji. Wielu polityków jest bowiem szczerze zszokowanych rozmiarami agresji w ochronie zdrowia. Jeśli ustawa zostanie uchwalona i podpisana przez prezydenta, przyjęte rozwiązania wejdą w życie po 14 dniach od ogłoszenia w Dzienniku Ustaw.

POLICJA REAGUJE SZYBCIEJ

W ostatnich miesiącach obiektem agresji padali nie tylko lekarze, ale również ratownicy medyczni, co doprowadziło już do pewnych zmian w przepisach, a kolejne wejdą w życie za kilka miesięcy na mocy nowelizacji m.in. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Przewiduje ona regularne – co najmniej raz na pięć lat

– szkolenia z samoobrony, technik deeskalacji i reagowania w trudnych sytuacjach oraz wsparcie psychologiczne w radzeniu sobie ze stresem i skutkami agresji.

Obowiązkowym elementem wyposażenia wszystkich zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) będą kamizelki nożoodporne. Aby lepiej monitorować skalę agresji, pojawiają się ankiety – anonimowe i dobrowolne. W połowie sierpnia Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że już ponad 9,9 tys. członków ZRM, reprezentujących 80 proc. dysponentów zespołów, skorzystało ze szkoleń z zakresu samoobrony, a do końca roku planowane jest przeszkolenie łącznie 15 tys. osób.

Wzmocniony został system reagowania na zagrożenie – przycisk „Pomoc” zintegrowano z Systemem Wspomagania Dowodzenia PRM, a dyspozytorzy i policja działają według jednolitych wytycznych operacyjnych. Z kolei na mocy decyzji komendanta głównego Policji wszystkie zgłoszenia dotyczące zagrożenia bezpieczeństwa medyków otrzymują status „pilny”, co oznacza natychmiastowe skierowanie odpowiednich sił i środków na miejsce zdarzenia. ●

WAŻNE SPRAWY

Zdrowie w zawieszeniu. Rekonstrukcja rządu nie przyniosła przełomu

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Zmiana na stanowisku ministra zdrowia miała być nowym otwarciem.
Tymczasem zamiast przyspieszenia – stagnacja, a w tle narastające
problemy finansowe i brak decyzji, które mogłyby ustabilizować system.
Marazm kosztuje, a cena rośnie z każdym miesiącem.

Jolanta Sobierańska-Grenda za Izabelę Leszczynę. Doświadczona menedżerka szpitali samorządowych w miejsce polityczki, której doświadczenie nie pomogło w przebicciu się z problemami ochrony zdrowia. Mimo ciepłych słów, jakie Donald Tusk skierował pod adresem odwołanej minister, jej misja zakończyła się fiaskiem. Symboliczne jest to, że ustawa o szpitalnictwie, z którą Leszczyna po raz pierwszy przyszła „na rząd” w listopadzie 2024 r., rozpoczęła etap parlamentarny dokładnie w momencie, gdy premier ogłaszał zmianę personalną w Ministerstwie Zdrowia.

NIESKUTECZNA MINISTER, BŁĘDY PREMIERA

Izabela Leszczyna popełniła wiele błędów, ale te najpoważniejsze – decydujące o sytuacji ochrony zdrowia – obciążają przede wszystkim premiera. – Nie potrafiłam przekonać premiera i moich kolegów do decyzji o podwyższeniu składki zdrowotnej – mówiła jesienią 2024 r. Izabela Leszczyna. To nieoczekiwanie szczere wyznanie ujawniło, że nie była w stanie przebić się z informacją, iż realna luka finansowa w systemie sięga 25–30 mld zł (stan na 2025 r.), a w kolejnym roku wzrośnie do blisko 50 mld zł.

Już w lipcu – jeszcze przed rekonstrukcją – komisje sejmowe oraz nowa Rada NFZ opiniowały plan finansowy

na 2026 r. Tyle że rok 2025 NFZ realizuje na podstawie planu, który mimo pozytywnych opinii nie został zaakceptowany przez ministrów zdrowia i finansów. Izabela Leszczyna bagatelizowała to, twierdząc, że ministerialne podpisy stały się „fetyszem”.

W przypadku planu na 2026 r. opinie rozłożyły się 2:1 – „za” były Komisja Finansów Publicznych i Rada NFZ, „przeciw” Komisja

Bez znacząco większego wsparcia z budżetu państwa plan finansowy NFZ na 2026 r. jest niewykonalny – to fakt, którego nie zakryją żadne deklaracje o solidnym przygotowaniu

Zdrowia. Wynik ten nie oddaje jednak skali problemu. Już pobieżna analiza pokazuje, że bez znacznie większej niż zaplanowana dotacji z budżetu państwa plan jest niewykonalny.

Wiceminister Wojciech Konieczny zapewniał, że plan przygotowano „solidnie”, a dotacja rośnie o ponad 40 proc. To jednak klasyczny przykład „dobrej miny do

złej gry”. Już w lipcu 2025 r. dotacja podmiotowa przekroczyła 23 mld zł – i wiadomo było, że to nie koniec wydatków budżetu państwa. Alternatywą byłoby wstrzymanie większości działań leczniczych w ostatnim kwartale, poza bardzo pilnymi. Plan na 2026 r. zakłada 26 mld zł dotacji, ale przy usztywnieniu finansów publicznych (reguła wydatkowa) zdobycie dodatkowych środków będzie coraz trudniejsze.

NA KURSIE KOLIZYJNYM

Trzeba powiedzieć jasno: zmiana ministra nie przyniosła zmiany narracji na temat sposobów wyjścia z kryzysu. Wręcz przeciwnie – wypowiedzi Donalda Tuska z 23 lipca dowodzą, jak daleko na liście jego priorytetów znajduje się ochrona zdrowia. Dwa wątki z tego wystąpienia warto wypunktować, bo będą się one kłaść długim cieniem. Premier powiedział wprost: – Celem rządu będzie poprawa sytuacji pacjentów, nie lekarzy – podkreślając dodatkowo, że „na pewno” poprawa nie obejmie lekarzy.

Środowisko lekarskie zareagowało, nie kryjąc oburzenia, ale przede wszystkim rozczerwienia. W wielu wypowiedziach podkreślano, że

► **Jolanta Sobierańska-Grenda** objęła resort w momencie, gdy system stoi na krawędzi kryzysu finansowego. Doświadczenie menedżerskie może okazać się atutem, ale bez decyzji politycznych nawet najlepsze zarządzanie nie wystarczy

słowa premiera wpisują się w klimat wieloletniej nagonki na lekarzy, skutkującej wzrostem agresji ze strony pacjentów. Jej dramatyczne konsekwencje dotknęły w kwietniu dr. Tomasza Soleckiego. Rząd – mimo licznych obietnic po tej tragedii – zrobił niewiele. Wytyczne dla prokuratorów czy wzmocnienie kontaktów policji z izbami lekarskimi to za mało, by lekarze czuli się bezpieczni.

19 sierpnia rząd przyjął zapowiadany od maja projekt zmian w przepisach Kodeksu karnego i Kodeksu wykroczeń, zastrzegający kary dla osób dopuszczających się agresji wobec medyków (grożą też osobom zakłócającym porządek w placówkach ochrony zdrowia), to jednak również półśrodek, bo zaostrenie kar niekoniecznie musi się przełożyć na zwiększenie bezpieczeństwa.

Premier, przeciwstawiając lekarzy pacjentom, wzmocnił przekaz, że to medycy są odpowiedzialni za bolączki systemu, które w rzeczywistości wynikają z zaniedbań państwa. Lekarze powtarzają: „dobro pacjenta najwyższym prawem”. A przecież rząd, podejmując decyzje, powinien kierować się dobrem obywateli – zarówno pacjentów, jak i lekarzy czy pielęgniarek. System może działać stabilnie tylko wtedy, gdy jednocześnie zapewnia pacjentom dostęp do świadczeń, a pracownikom – godne warunki pracy.

ROZMOWY O PIENIĄDZACH

Wrażenie jest takie, że rząd próbuje realizować te dwa cele osobno. „Wynagrodzenia w publicznym systemie osiągnęły godny poziom” – przekonują przedstawiciele resortu zdrowia, NFZ i organizacji pracodawców. Równie zgodnie przyznają, że na więcej nas przy obecnym poziomie finansowania nie stać. A na dobrą sprawę obecny poziom wynagrodzeń w stosunku do wysokości nakładów już jest „na wyrost” czy też raczej – na kredyt. Dalsze działanie ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w obecnym kształcie grozi katastrofą.

Dlatego ministerstwo próbuje rozmawiać o zmianach w Trójkątnej Zespole



foto: MZ

ds. Ochrony Zdrowia. 31 lipca odbyło się posiedzenie plenarne z symbolicznym udziałem nowej minister. Na stole leżą propozycje: przesunięcie podwyżek z lipca na styczeń (od 2027 r., w 2026 r. bez podwyżek) oraz odejście od kwoty bazowej i współczynników pracy na rzecz waloryzacji obecnych wynagrodzeń analogicznej do budżetówki. W tym roku waloryzacja wyniosła ok. 4 proc., podczas gdy ustawowe podwyżki sięgały 11–12 proc.

Problem z rozmowami jest taki, że związki zawodowe nie chcą dyskutować o ustawie o wynagrodzeniach minimalnych, argumentując wprost, że każda zmiana na niekorzyść pracowników będzie odczytana jako odebranie praw nabytych, natomiast chętnie rozmawiałyby o zmianach zasad kontraktowania pracy profesjonalistów medycznych, przede wszystkim lekarzy.

PROBLEM „KOMIWOJAŻERA”

Określenie „komiwojażer” – użyte przez Izabelę Leszczyń – szybko przyjęło się w mediach. – Lekarz nie może być komiwojażerem, który z walizką jeździ od szpitala do szpitala – mówiła krótko przed swoją dymisją minister, nawiązując do danych przygotowanych przez NFZ. A ten zaprezentował dane o pracy lekarzy w wielu miejscach. Wynika z nich, że większość specjalistów pracuje na jednej lub dwóch

umowach (w systemie publicznym, w tej samej kategorii umów, osobno analizowano opiekę ambulatoryjną i szpitalnictwo, przy czym uwaga skupia się przede wszystkim na tej ostatniej grupie). W marcu 2025 r. blisko 85 proc. lekarzy było tylko raz wykazanych w umowach na świadczenia szpitalne, blisko 13 proc. – dwa razy. Większa liczba umów dotyczyła więc niewielkiego odsetka specjalistów.

W niektórych specjalizacjach te proporcje są zupełnie inne. Patrząc na dane za cały 2024 r., najczęściej zgłaszanymi specjalistami przez więcej niż jednego świadczeniodawcę byli kardiochirurdzy, kardiologowie, anestezjologowie, urologowie, neurochirurdzy, radiologowie, ortopedzi i ginekolodzy. W przypadku kardiochirurgów ok. 70 proc. pracowało u więcej niż jednego świadczeniodawcy, zaś więcej niż co czwarty był wykazany w umowach minimum pięciu podmiotów (choć dane za marzec 2025 r. pokazują już, że 80 proc. specjalistów było wykazanych w jednej umowie i nie odnotowano żadnego numeru PWZ kardiochirurga, który by był zgłoszony w więcej niż trzech umowach).

Fundusz podaje przykłady zanonimizowanych numerów PWZ dla dwóch specjalizacji, porównując lipiec 2024 r. i marzec 2025 r. Pod lupę wzięto kardiologię i okulistykę. I tak, jeden z kardiologów w ubiegłym



◀ **Donald Tusk** powołując nową minister zdrowia mówił, że celem rządu będzie poprawa sytuacji pacjentów, a nie lekarzy

foto: MZ

roku wykonał 40 zabiegów w ciągu 24 dni, pracując w czterech województwach Polski południowej dla (prawdopodobnie) siedmiu świadczeniodawców. W marcu tego roku dni pracy było 17, zabiegów – 29, liczba województw bez zmian. Inny lekarz tej samej specjalizacji wykonał w tym samym czasie odpowiednio: 65 zabiegów (19 dni pracy, dwa województwa, trzech świadczeniodawców) oraz 53 zabiegi (15 dni pracy, pozostałe bez zmian). W przypadku okulistyki jeden z lekarzy został wykazany w obu porównywanych miesiącach przez świadczeniodawców z pięciu województw ze zbliżoną liczbą zabiegów (odpowiednio 127 i 120) – w niektóre dni ujęte w raportach wykonywał zabiegi w tym samym dniu u świadczeniodawców w dwóch województwach. Inny specjalista wykonał znacząco więcej zabiegów (186 i 187), pracując w trzech województwach, ale położonych w jednym makroregionie.

Ministerstwo Zdrowia argumentuje, że skutkuje to brakiem podstawowej ciągłości opieki, a pacjent po zabiegu ma niewielkie szanse na kontakt z lekarzem, który go przeprowadzał. Resort chce rozwiązać ten problem, wprowadzając sztywne zapisy do umów cywilnoprawnych, jakie szpitale mogłyby podpisywać z lekarzami. Chodzi o to, by lekarz pracował na kontrakcie w wymiarze minimum połowy etatu i by mógł zawrzeć maksymalnie trzy umowy.

W piśmie wiceministra Jerzego Szfranowicza do przedstawicieli strony społecznej w Zespole Trójstronnym umieszczono też propozycję, by umowy mogły być oparte wyłącznie na

System może działać stabilnie tylko wtedy, gdy jednocześnie zapewnia pacjentom dostęp do świadczeń, a pracownikom – godne warunki pracy

stawce godzinowej, bez możliwości ujmowania jako podstawy wynagrodzenia odsetka od wykonanych procedur.

Natychmiast pojawiła się kontrpropozycja, by powstał zamknięty katalog świadczeń, w przypadku których dopuszczalna byłaby konstrukcja umowy w oparciu o procent od procedury. Czy te plany zostaną zrealizowane? Zdecyduje zapewne polityka.

GDZIE SĄ BEZPARTYJNI FACHOWCY

I właśnie polityki dotyczy drugi wątek z „rekonstrukcyjnej” konferencji premiera. 23 lipca Donald Tusk zapowiedział odpolitycznienie i odpartyjnienie resortu zdrowia w ciągu „kilku

najbliższych dni”. – Ministerstwo Zdrowia zostanie oddane w ręce fachowców od zarządzania ochroną zdrowia – przekonywał szef rządu. – Cieszę się, że koalicjanci przyjęli to do wiadomości.

Tusk nie zostawił marginesu na interpretację: było jasne, że w ciągu kilku dni współpracownicy Izabeli Leszczyny, zaczynając od delegowanych przez koalicjantów wiceministrów (zgodnie z umową w kierownictwie wszystkich resortów są reprezentowani przedstawiciele wszystkich partii tworzących rząd), spakują się i odbiorą dymisję, do resortu wejdą zaś fachowcy. Minęła jednak połowa sierpnia, a odpartyjnienia jak nie było, tak nie ma.

Pojawiły się też spekulacje, że z tym „przyjmowaniem do wiadomości” przez koalicjantów też premier przeszarżował. Lewica zresztą nawet tego nie ukrywała: dwa dni po zapowiedzi odpartyjnienia resortu zdrowia najmniejszy koalicjant zablokował uchwalenie ustawy o szpitalnictwie, formułując przeciw niej fundamentalne zarzuty dotyczące zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów i perspektyw prywatyzacji. Słowem, wpisując się w to, co o ustawie mówił przedstawiciel PiS i Partii Razem. Ostatecznie ustawę szpitalną udało się uchwalić 5 sierpnia br. (7 sierpnia zajął się nią Senat, nie wprowadzając poprawek). Lewica zmieniła zdanie po „dobrej rozmowie” swojego wiceministra z Joanną Sobierańską-Grendą, po której okazało się, że obawy związane z ustawą były daleko przesadzone.

Pytania o fachowców można mnożyć, ale realia są takie, że zdrowie nigdy nie było ponad ani poza polityką, a myślenie, że można je wyłączyć z bieżącej polityki, również tej partyjnej, jest mrzonką. Zwłaszcza teraz, gdy potężnym wyzwaniem stojącym przed rządem jest ostatni etap procesu legislacyjnego, czyli Pałac Prezydencki. Jak sprawić, by odpowiedzialność za ewentualne blokady ustaw nie obciążała tych, którzy będą je przygotowywać?

To jest polityka przez duże „P”, od której ani premier, ani jego współpracownicy nie uciekną, również w ochronie zdrowia. ●

Autorka jest dziennikarką portalu *Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Służba Zdrowia”*

PRAWO I MEDYCYNĄ

Lekarka na cenzurowanym: doping i kontrowersyjne terapie

Sprawa, którą rozpatrywał Naczelny Sąd Lekarski, pokazuje, jak cienka bywa granica między promocją wizerunku a narażaniem chorych na poważne ryzyko.

Okregowy sąd lekarski (OSL) uznał lekarkę odbywającą staż z chirurgii ogólnej winną promowania w sieci – na Instagramie i YouTube – poglądów sprzecznych z aktualnym stanem wiedzy medycznej. W swoich nagraniach przedstawiała bowiem doping farmakologiczny jako akceptowalną i skuteczną metodę budowania sylwetki oraz stosowała u pacjentów preparaty niezgodne z zarejestrowanymi wskazaniami, w tym testosteron, drostanolon, kłomifen czy hormon wzrostu. Używała również preparatów niedopuszczonych do obrotu w Polsce – takich jak meldonium czy turanabol.

Ponadto w filmach dyskredytowała standardy przyjęte przez towarzystwa naukowe oraz lekarzy endokrynologów, określając ich metody jako „absurdalne” i „nieaktualne”. OSL wymierzył jej karę pieniężną w wysokości 15 500 zł (równowartość dwóch średnich krajowych). Dodatkowo za niedopuszczalną reklamę własnej praktyki lekarskiej – zachęcanie do zapisów na konsultacje – otrzymała upomnienie.

Drugim zarzutem było, że poprzez te filmy w sposób niedopuszczalny reklamowała swoje usługi, zachęcając do zapisywania się na konsultacje w swojej praktyce, za co OSL wymierzył karę upomnienia.

ODWOŁANIE I DECYZJA SĄDU

Od orzeczenia odwołała się obwiniona i jej obrońca do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), wnosząc o uniewinnienie. NSL stwierdził, że brak jest jednoznacznych podstaw do uznania, że jedynym celem tych wszystkich nagrań była promocja praktyki obwinionej i sugerowanie jej wysokich kompetencji w zakresie leczenia i prowadzenia sportowców i zawodników. Filmy nie ostrzegały przed zagrożeniami, lecz wprost zachęcały do stosowania substancji w „optymalnych dawkach”, pod rzekomą kontrolą lekarską. Obwiniona instruowała, jak łączyć środki z dietą i treningiem, a nawet jak

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



uniknąć ich wykrycia podczas kontroli antydopingowych. Ponieważ w postępowaniach przed sądami lekarskimi nie można domniemywać istnienia okoliczności mogących stanowić podstawę przewinienia, a ustawowo należy wszelkie wątpliwości, których nie da się usunąć, tłumaczyć na korzyść obwinionego lekarza, sąd uniewinnił obwinioną od drugiego zarzutu. Natomiast w pełni podtrzymał orzeczenie o winie i karze w zakresie pierwszego zarzutu.

PODWAŻANIE AUTORYTETU

Szerszy problem społeczny, czyli kult „idealnej sylwetki”, sprawił, że anaboliki i testosteron stały się jednymi z najczęściej nadużywanych substancji, zaraz po kanabinoidach i amfetaminie. Badania pokazują, że aż 30 proc. młodych osób przyjmujących testosteron uzależnia się od niego, a skutki uboczne obejmują m.in. bezpłodność, uszkodzenia narządów, choroby sercowo-naczyniowe i ciężką depresję przy próbach odstawienia.

Mimo to obwiniona w nagraniach bagatelizowała ryzyko, a niektóre wypowiedzi – jak deklaracja „ja się DNP nie boję” – budzą szczególne zaniepokojenie.

Lekarka stawiała się w roli jedynego eksperta zdolnego pomóc osobom stosującym doping, podważając wiedzę specjalistów, zwłaszcza

endokrynologów. Kreowała własne „standardy leczenia”, które nie miały oparcia w dowodach naukowych. Przykładem była decyzja o odradzeniu biopsji nerki mimo jednoznacznych wskazań nefrologów – działanie, które mogło prowadzić do nieodwracalnej niewydolności nerek. Sama decyzja o opóźnieniu diagnostyki nie pozwala na włączenie celowanego leczenia immunosupresyjnego, co może skutkować nieodwracalnym zwłóknieniem kłębuszków nerkowych i przewlekłą nieodwracalną niewydolnością nerek.

Zdaniem NSL takie zachowania świadczą nie tylko o braku samokrytycyzmu, ale i o niebezpiecznej pewności siebie u osoby z niewielkim doświadczeniem zawodowym. Udział w kilku kursach czy pasja do treningów na siłowni nie daje prawa do kreowania własnych standardów medycyny.

Naczelny Sąd Lekarski nie mógł zaostriżyć kary, ponieważ odwołała się wyłącznie obwiniona. Gdyby zrobił to także Rzecznik, sankcją prawdopodobnie byłoby zawieszenie prawa wykonywania zawodu.

Sprawa pokazuje jednak, jak groźne może być przenoszenie medycyny do świata social mediów, zwłaszcza gdy zamiast rzetelnej wiedzy pojawia się autopromocja, a zamiast ostrzeżeń – pochwała dla środków zagrażających zdrowiu i życiu. ●

PRAWO I MEDYCYNĄ

Płeć metrykalna: wybór czy fakt?

TOMASZ JUSTYŃSKI

PROF. UMK DR HAB., KIEROWNIK KATEDRY PRAWA CYWILNEGO UMK W TORUNIU, LL.M.

Coraz więcej państw pozwala na uzgodnienie płci prawnej bez zabiegów medycznych czy opinii psychiatrycznych. Także w Polsce prawo ewoluuje, choć wolniej. Gdzie dziś przebiega granica między biologią, tożsamością a statusem cywilnym? I co te zmiany oznaczają dla lekarzy – również jako biegłych czy świadków narodzin?

Od zarania dziejów znane są przypadki przychodzenia na świat osób o nieprzesądzonej przynależności płciowej. Dawniej chodziło niemal wyłącznie o tzw. hermafrodytyzm (obojnactwo). Obecnie rzecz jest bardziej skomplikowana nie tylko biologicznie, ale też kulturowo i społecznie.

Współczesna medycyna zmuszona jest pomagać naturze i korygować jej „błędy”. Zarówno te bardziej oczywiste, jak obojnactwo, jak i te mniej manifestujące się, wiążące się z faktem (jedynie psychicznego) braku identyfikacji z płcią biologiczną. A więc poczuciem przynależności do innej płci niż wskazywałaby na to budowa biologiczna.

Medycyna (lepiej lub gorzej) radzi sobie również z takimi przypadkami. Aktualnym i bardziej skomplikowanym problemem jest natomiast płeć prawna albo potocznie: metrykalna. Chodzi przede wszystkim o status prawny osoby, która skorygowała swą – nie do końca przesądzoną przez naturę – płeć albo też dokonała tranzykcji (czyli będąc urodzoną kobietą, stała się mężczyzną lub odwrotnie). Jedną rzeczą jest natura biologiczna, drugą rzeczywistość prawna. To właśnie ta druga określa tzw. stan cywilny osoby. A zatem umożliwia zawarcie małżeństwa, przejście na emeryturę w określonym wieku czy całkiem

prozaiczne korzystanie z toalet dla osób określonej płci.

POMIĘDZY BIOLOGIĄ A TOŻSAMOŚCIĄ

W Polsce płeć określana jest (przez kierownika urzędu stanu cywilnego) w akcie urodzenia na podstawie oceny lekarza dokonanej po

Płeć coraz wyraźniej staje się dobrem, którym można – nawet jeśli nie całkiem, to dość swobodnie – dysponować

urodzeniu dziecka (przy niemal powszechnej dziś praktyce porodów szpitalnych wkrótce po urodzeniu dziecka). W przypadku obojnactwa decydują cechy przeważające (a w praktyce wola rodziców lub personelu medycznego). W razie wątpliwości rozstrzyga w postępowaniu sąd, opierając się na opinii biegłego.

Problem pojawia się, gdy zainteresowany pragnie zmienić swój status cywilny określony w akcie urodzenia. Nie od razu wypracowano tu jednolite i satysfakcjonujące stanowisko. Początkowo Sąd Najwyższy wskazywał (np. uchwała z 25 lutego 1978 r., III CZP 100/77),

że możliwe jest sprostowanie aktu urodzenia, gdy dokonany został już stosowny zabieg korekcyjny albo nawet jeszcze „przed dokonaniem korekcyjnego zabiegu zewnętrznym narządów płciowych, jeżeli tylko cechy nowo ukształtowanej płci są już przeważające, zaś wskazany stan jest nieodwracalny”. Podstawą miał być art. 31 dawnej ustawy o aktach stanu cywilnego pozwalający na sprostowanie aktu stanu cywilnego w razie błędnego lub nieścisłego zredagowania.

Prawnicy wiedzą, z jak frontalną krytyką spotkała się uchwała. W pełni słusznie podkreślano, że o żadnym nieścisłym, tym bardziej błędnym, zredagowaniu mowy być nie może. Stan rzeczy w momencie sporządzania aktu był zgodny z jego treścią. Zmiana płci nastąpiła przecież później. Pod wpływem krytyki Sąd Najwyższy zmienił stanowisko i... zdecydowanie wykluczył transseksualizm jako podstawę zmian w zakresie płci człowieka określonej w akcie urodzenia. W uchwale z 22 czerwca 1989 r. mającej moc zasady prawnej (III CZP 37/89) orzekł, że „żaden przepis nie przewiduje możliwości zmiany płci na drodze sądowej”, i zamiast aplauzu spotkał się z równie zdecydowaną krytyką. Tym razem wskazywano na naruszenie praw osobistych

człowieka, do których należy również płeć. Dopuszczalność zmiany uważano nie tylko za uzasadnioną, ale za bezwzględnie potrzebną.

Obecnie w Polsce przyjmuje się dopuszczalność sądowego ustalenia, iż nastąpiła zmiana płci człowieka, a w konsekwencji ujawnienie tej okoliczności w formie wzmianki dodatkowej w aktach stanu cywilnego. A więc zmiana „na przyszłość”, nie zaś korekta „przeszłości”. Dalszymi skutkami są m.in. możliwość korekty imienia na zgodne z nową płcią oraz zmiana numeru PESEL (skoro wskazuje on również płeć osoby).

Całkiem niedawno Sąd Najwyższy (w pełnym składzie Izby Cywilnej, uchwała z 4 marca br., III CZP 6/24) orzekł, że postępowanie toczy się w trybie nieprocesowym, a oprócz wnioskodawcy jego uczestnikiem może być wyłącznie małżonek. Uchwała znacznie ułatwia zainteresowanym osiągnięcie zmiany. Uczestnikami postępowania przestali być rodzice, co dotychczas utrudniało proces w przypadku braku ich zgody.

REWOLUCJA W NIEMCZECH

U naszego zachodniego sąsiada (podobnie jest już w kilkunastu innych krajach europejskich) sprawy mają się inaczej. Od dość dawna (od 2017 r., a nawet – w pewnym zakresie – od 2013 r.) system rejestracji stanu cywilnego, w tym określania płci, uwzględnia potrzeby tzw. osób niebinarnych. Przewiduje możliwość rejestracji „trzeciej płci”, a właściwie deklarację wykluczającą przynależność do dwóch tradycyjnych (tj. mężczyzna i kobieta). Istnieją więc trzy rodzaje określenia płciowości człowieka w niemieckich aktach stanu cywilnego. Można być: kobietą, mężczyzną lub nie identyfikować się (prawnie) z żadną z tych płci. Rejestracja w zakresie „trzeciej płci” (oficjalnie: płeć odmienna) nie zawsze następuje tuż po urodzeniu (chodzi o czas do namysłu dla rodziców dziecka z obojactwem). Rejestracja późniejsza (czyli wynikająca z woli osób niebinarnych) wymaga aktywności samych zainteresowanych, a więc wytoczenia procesu. Podobnie zmiana płci oparta jest (a precyzyjniej: była do niedawna) na procedurze sądowej. Tę ostatnią od 1980 r. reguluje (albo raczej regulowała) ustawa o transseksualizmie.

Od jakiegoś czasu sprawy nabrały prawdziwej rewolucyjnej dynamiki. 12 kwietnia 2024 r. Bundestag przyjął ustawę o samostanowieniu. Ułatwia ona osobom transpłciowym,

interseksualnym i niebinarnym zmianę płci metrykalnej, a także imienia (na dopasowane do tożsamości płciowej). W miejsce dotychczasowej czasochłonnej i absorbującej procedury, wymagającej m.in. dwóch niezależnych ekspertów psychiatrycznych i finalnie orzeczenia sądowego, wprowadzono regulację opartą na oświadczeniu składanym w urzędzie stanu cywilnego. Każdy może zmienić płeć, nawet wielokrotnie (ustawa wprowadza tu ograniczenie, tzn. kolejnego wniosku nie można złożyć przed upływem 12 miesięcy od poprzedniego). Wniosek, a następnie osobiste oświadczenie, mogą złożyć także małoletni. Jeśli nie ukończyli 14 lat, nie mogą wpisać samodzielnie złożyć oświadczenia, ale mogą to za nich zrobić rodzice. Gdy już ukończyli 14 lat, złożenie przez nich wniosku wymaga jedynie zgody rodziców albo – w wypadku jej braku – zezwolenia sądu rodzinnego. Nowe przepisy weszły w życie 1 listopada 2024 r. i już budzą bardzo mieszane uczucia.

Z założenia chodziło o poprawę sytuacji osób transpłciowych, transseksualnych i niebinarnych, skarżących się na dotychczasową dyskryminującą, a nawet – zdaniem wielu – poniżającą procedurę (środowiska te od lat wskazywały m.in. na to, że ich tożsamość płciowa traktowana jest nierzadko jak schorzenie psychiczne). Chodziło również o usunięcie nadmiernych barier związanych m.in. z kosztownymi ekspertyzami psychiatrycznymi oraz niepewnym rezultatem długotrwałego najczęściej postępowania sądowego. Dotychczas orzeczenie sądu uzależnione było w Niemczech od prowadzenia przez pewien czas życia zgodnie z wewnętrzną tożsamością płciową wnioskodawcy.

Krytycy zarzucają, że nowa regulacja może nie tylko prowadzić do częstej (nawet corocznej) zmiany płci przez tę samą osobę, ale też wytykają nazbyt liberalne zasady zmiany płci małoletnich. Niepokój budzi brak automatyzmu w informowaniu policji o zmianach (ta może uzyskać informację, ale jedynie na żądanie), co może ułatwić życie przestępcom ukrywającym się przed wymiarem sprawiedliwości.

Co ciekawe, do grona krytyków domagających się uchylecia obowiązującej ustawy o samostanowieniu dołączyła ostatnio Valerie Wilms, urodzona jako chłopiec, jako dorosła kobieta polityk niemieckiej Partii Zielonych i parlamentarzystka. Jej zdaniem ustawa paradoksalnie zagraża społecznej akceptacji transseksualistów. Umożliwia nazbyt swobodną i nieprzemyślaną zmianę płci (dostępna nie tylko dla rzeczywistych transseksualistów, do tego nawet każdego roku).

SAMOSTANOWIENIE BEZ GRANIC

Nowa niemiecka ustawa nie jest wyjątkiem. Już 11 krajów europejskich posiada analogiczne (Belgia, Dania, Finlandia, Hiszpania, Irlandia, Islandia, Luksemburg, Malta, Norwegia, Portugalia, Szwajcaria). Prawozorem i ideałem dla środowisk transseksualnych jest ustawa argentyńska (Ley de Identidad de Género z 2012 r.). W Argentynie już od dawna każdy ma prawo wnioskować o zmianę zapisanej płci metrykalnej i imienia, jeżeli nie są one zgodne z własną tożsamością. Od 1 listopada ubiegłego roku podobnie rzecz ma się w Niemczech.

Trudno oprzeć się wrażeniu, że rozwiązując realny problem, prawodawcy zbliżyli się do stworzenia swoistego „prawa do wyboru dla każdego”. Płeć coraz wyraźniej staje się dobrem, którym można – nawet jeśli nie całkiem, to dość swobodnie – dysponować, i to nie zawsze po to, aby rzeczywiście realizować prawo do samostanowienia płciowego. Tym łatwiej, że do zmiany płci metrykalnej coraz częściej nie jest wymagana medyczna korekta wyglądu płciowego. W konkretnych przypadkach rzeczywistym powodem tranzycji może stać się nawet chęć uniknięcia służby wojskowej lub zamiar przejścia na wcześniejszą emeryturę.

Nie sposób nie wspomnieć o jeszcze jednej kwestii. Swoistym cieniem tranzycji jest pojawiający się już coraz wyraźniej problem niedostatecznie przemyślanych decyzji o zmianie płci. Szczególnie tych połączonych z korektą medyczną, co jest szczególnie dramatyczne. Pojawiają się już pierwsze pozwy odszkodowawcze.

PRAWO I MEDYCyna

Kamery w gabinecie? Tylko na jasnych zasadach

Monitoring musi być zgodny z przepisami i zdrowym rozsądkiem. W przeciwnym razie grożą wysokie kary i utrata zaufania. O tym, co wolno, a czego nie, mówi **Adam Klimowski**, specjalista ds. ochrony danych osobowych z Audyteł S.A., w rozmowie z Antoniną Kryńską.

Śmierć lekarza w Krakowie z rąk niezadowolonego pacjenta. Nietrzeźwi pacjenci, którzy pobili lekarza i pielęgniarkę na dyżurze. Przypadki przemocy w stosunku do personelu medycznego przybierają na sile. Czy dla własnego bezpieczeństwa wolno zainstalować monitoring w przychodni lub gabinecie lekarskim?

Tak, ale nie w każdym miejscu. Ważne jest też, jaki obszar obejmuje kamera.

A konkretnie?

Przepisy pozwalają na montaż kamer w pomieszczeniach ogólnodostępnych, takich jak recepcja, klatka schodowa, korytarz, poczekalnia, parking czy teren wokół placówki. Chodzi o przestrzeń, po której pacjenci i personel poruszają się swobodnie, bez szczególnej kontroli. Co istotne – można nagrywać tylko obraz, bez dźwięku.

A co z nagrywaniem dźwięku?

Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych stale podkreśla, że grono podmiotów, które mogą używać monitoringu audio, jest bardzo wąskie. Wykorzystywanie go przez podmioty nieuprawnione, w tym placówki medyczne, może zakończyć się nałożeniem kary.

Których pomieszczeń monitoring w ogóle nie może obejmować?

Z drobnymi wyjątkami – pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, czyli gabinetów lekarskich, zabiegowych, sal operacyjnych, fizjoterapeutycznych. Zakaz dotyczy też łazienek i sal pobytu pacjentów.

Jakie przepisy stanowią podstawę prawną do montażu kamer i kto za nie odpowiada?



foto: archiwum własne

Za system odpowiada kierownictwo placówki, a w przypadku gabinetu prywatnego – sam lekarz. Podstawą prawną jest Kodeks pracy, który ogólnie określa, w jaki sposób pracodawca może stosować monitoring na terenie zakładu pracy – a placówka medyczna też jest takim zakładem. Poza tym ustawa o działalności leczniczej oraz przepisy szczególne, np. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Trzeba też pamiętać o RODO.

A co z prywatnością, jak jej nie naruszyć?

Trzeba wyważyć dwa dobra: ochronę prywatności osób nagrywanych i potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa personelowi i pacjentom. Należy znaleźć balans, by placówka była bezpieczna, ale bez naruszeń praw pacjenta.

A jednak dochodziło do naruszeń. Były głośne przypadki, jak ten z Krakowa.

◀ Monitoring ma służyć bezpieczeństwu, a nie naruszać prywatność – twierdzi **Adam Klimowski** z Audyteł S.A.

Takie przypadki się zdarzają, choć rzadko. Dwa lata temu w jednym z krakowskich szpitali na oddziale neonatologii zainstalowano kamery, o których nikogo nie poinformowano. Były ukryte w zegarach i routerach. Dyrekcja tłumaczyła to troską o dobro małych pacjentów. Skończyło się skandalem i karą ponad miliona złotych.

Jak prawidłowo informować o monitoringu? Wystarczy piktogram?

W widocznych miejscach muszą znajdować się informacje, że monitoring jest prowadzony – gdzie się zaczyna, a gdzie kończy. Może to być piktogram przedstawiający kamerę albo tabliczka z informacją słowną. Osoba ma prawo wiedzieć, że jest nagrywana.

Z raportu Najwyższej Izby Kontroli z września 2024 r. wynika, że 18 proc. placówek narusza przepisy w tym zakresie.

Zgadza się. Wiele podmiotów leczniczych myśli, że obowiązki kończą się na instalacji kamer i zawieszeniu tabliczek „obiekt monitorowany”. Ochrona danych osobowych, analiza ryzyka, walenie interesów pacjentów i pracowników – często są pomijane. Tymczasem to wszystko kosztuje mniej niż ewentualne kary i utrata reputacji.

Jakie najczęstsze błędy popełniają placówki medyczne?

Najczęściej: montaż kamer w nieodpowiednich miejscach i brak odpowiednich informacji – w regulaminie, na stronie internetowej, w Biuletynie Informacji Publicznej, brakuje też odpowiednich tabliczek.

Do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wpływały skargi dotyczące znowelizowanych przepisów ustawy o działalności leczniczej poszerzających uprawnienia kierowników placówek w zakresie monitorowania pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Zdaniem skarżących nadmiernie ingerują w prawo do prywatności i ochronę danych osobowych pacjentów. Co Pan o tym sądzi?

Nie przepis jest problemem, tylko jego stosowanie. Art. 23a ustawy wskazuje, że kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może w regulaminie organizacyjnym określić zasady monitorowania pomieszczeń. Monitoring może obejmować pomieszczenia ogólnodostępne, jeżeli jest to niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników, oraz dotyczyć pomieszczeń, w których

udzielane są świadczenia zdrowotne lub przebywają pacjenci, takich jak pokoje łóżkowe, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, przebieralnie czy szatnie – o ile obowiązek ten wynika z odrębnych przepisów. Dopuszcza się również monitoring pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub dla zapewnienia im bezpieczeństwa, w szczególności w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej oraz hospicjach.

Intencję tego przepisu uważam za słuszną. Mogą istnieć sytuacje, w których korzystanie z systemu kamer w gabinecie lekarza, na sali operacyjnej lub w innym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych lub pobytu pacjentów będzie uzasadnione. Konieczne jest jednak, by odbywało się to w sposób bezpieczny, zapewniający prywatność i nie prowadziło do nadużyć.

Ustawa o działalności leczniczej wskazuje przykładowo, że monitoring nie może obejmować ukazywania intymnych czynności fizjologicznych. Oznacza to konieczność zapewnienia prywatności, np. w trakcie oddawania moczu przez ustawienie parawanu lub wyłączenie kamery, w zasięgu której znajduje się pacjent. Należy także dbać o to, by dostęp do nagrań miało jak najmniejsze grono osób oraz by nośniki z plikami wideo były zabezpieczone przed zniszczeniem, kradzieżą lub innymi negatywnymi skutkami. Zasadne jest, jeśli to jeszcze nie nastąpiło, nawiązanie współpracy z prawnikiem, inspektorem ochrony danych lub innym specjalistą.

Jakie są kary za naruszenia przepisów?

Bardzo surowe. Prezes UODO może nałożyć karę do 20 mln euro (to ok. 84 mln zł) lub do 4 proc. rocznego obrotu. Dla podmiotów publicznych, jak samodzielne zakłady opieki zdrowotnej, do 100 tys. zł. Najwyższą dotychczas karę – ponad 1,4 mln zł – otrzymała American Heart of Poland S.A.

A jeśli dojdzie do incydentu, np. napisać pacjenta na innego pacjenta czy na lekarza – kto może zażądać nagrania?

Osoba znajdująca się na nagraniu – nawet jeśli była tylko w pobliżu – może na podstawie art. 15 RODO zażądać nagrania ze swoim wizerunkiem. Decyzja należy do kierownika placówki.

A jeśli kierownik odmówi?

Można złożyć skargę do prezesa UODO, rzecznika praw pacjenta lub rzecznika praw obywatelskich. Można też domagać się odszkodowania, jeśli poniesiono konkretną szkodę.

A co, jeśli to placówka chce wykorzystać nagranie przeciwko pacjentowi lub pracownikowi?

Tu sytuacja wygląda trochę inaczej. Jeśli na przykład doszło do kradzieży i pacjent twierdzi, że winę ponosi placówka lub jej personel, a kierownictwo chce się oczyścić z zarzutów, może wskazać, że istnieje nagranie. Jednak to sąd decyduje, czy może być ono dowodem. Placówka powinna jedynie poinformować o jego istnieniu i przekazać je zgodnie z procedurą. ●

MIEJSCA, W KTÓRYCH PODMIOTY WYKONUJĄCE DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ MOGĄ STOSOWAĆ MONITORING WIZYJNY (PO SPEŁNIENIU WYMOGÓW W ZAKRESIE DOKUMENTACJI, ANALIZY RYZYKA, ZABEZPIECZEŃ TECHNICZNYCH ITD.).

Rodzaj pomieszczenia	Przykłady pomieszczeń	Uzasadnienie dla monitoringu	Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą	Szpitala, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej lub hospicja
pomieszczenia ogólnodostępne	rejestracja, recepcja, klatka schodowa, korytarz, parking	niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników	TAK	TAK
pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoje łóżkowe, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, przebieralnie, szatnie	gabinet lekarza, gabinet zabiegowy, pokój łóżkowy, łazienka, toaleta, szatnia	przepisy odrębne zezwalają na taki monitoring (np. ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w przypadku pomieszczeń przeznaczonych do izolacji)	TAK	TAK
pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne	gabinet lekarza, gabinet zabiegowy	niezbędne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa	NIE	TAK

PODATKI I FINANSE

Czy warto inwestować w złoto? (cz. 1)

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Najkrótsza odpowiedź brzmi: tak, ale z głową. Imponujący wzrost cen złota od jesieni 2022 r. jest faktem, ale to jeszcze nie powód, by kupić „królewski metal” za wszystkie oszczędności.

Inwestować w złoto da się na różne sposoby. Można nabyć monety i sztabki o różnej wadze albo biżuterię. Istnieje możliwość zakupu jednostek funduszu notowanego na giełdzie śledzącego cenę złota, który jest określany skrótem ETN (ang. exchange traded note), lub funduszu ETF (ang. exchange traded fund) dającego ekspozycję na spółki wydobywające złoto. Jeszcze inni preferują akcje pojedynczych spółek lub kontrakty terminowe, ale to są rozwiązania wymagające większej wiedzy.

Na pierwszy rzut oka najłatwiejszy wydaje się zakup wyrobów jubilerskich, ale z inwestycyjnego punktu widzenia nie jest to optymalne. Kupno pierścienia, sygnetu czy naszyjnika wiąże się z wyższymi marżami niż w przypadku sztabki czy monety.

MONETY BULIONOWE I SZTABKI

Z inwestycyjnego punktu widzenia większość ekspertów radzi kupno monet. Ważne jednak, by nie były to produkty kolekcjonerskie, ale doskonale znane na całym świecie, a zatem łatwe do weryfikacji i spieniężenia. Do najbardziej popularnych monet bulionowych należą m.in. kruggerand produkowany przez mennicę w Republice Południowej Afryki, amerykański orzeł, kanadyjski liść klonowy, australijski kangur, bity w Austrii wiedeński filharmonik i brytannia mająca status pełnoprawnego środka płatniczego w Wielkiej Brytanii. Swoje nazwy zwykle zawdzięczają temu, co się znajduje na awersie lub rewersie.

Dobrym wyborem są również sztabki produkowane w różnych gramaturach,

z tym, że te najmniejsze – zwłaszcza 1 g, 2 g, 5 g czy 10 g – są bardzo mało opłacalne z uwagi na wyższą cenę za gram i wyższy spread, czyli różnicę między ceną kupna i sprzedaży. Warto dodać, że w Polsce złoto inwestycyjne jest zwolnione z 23-proc. podatku VAT, choć pod pewnymi warunkami.

WZROST CEN TO FAKT, ALE...

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że mające ograniczoną podaż złoto w długim terminie zachowuje swoją wartość, a w ostatnich latach przyniosło satysfakcjonującą stopę zwrotu. Na początku sierpnia 2025 r. uncja złota była wyceniana na ok. 2900 dolarów amerykańskich (ceny są zazwyczaj wyrażane w tej walucie). Dla porównania: pod koniec grudnia 2024 r., czyli kilka miesięcy temu, trzeba było za nią zapłacić ok. 2600 dolarów, a pod koniec grudnia 2020 r., czyli w pierwszym okresie pandemii COVID-19, ok. 1900 dolarów.

Czy to oznacza, że warto za wszystkie oszczędności kupić „królewski metal”? Nie, bo cena złota – niezależnie od tego, czy jest wyrażana w dolarze, w złotym polskim, czy w innej walucie – nie rośnie liniowo z miesiąca na miesiąc czy każdego roku. W rzeczywistości to bardzo zmienne aktywo, które mimo swoich zalet miewa bardzo długie okresy, gdy jego cena rynkowa znacząco spada, a w niektórych dekadach realna, tzn. uwzględniająca

inflację, średnia roczna stopa zwrotu bywa rozzaczarowująca.

KILKA LUB KILKANAŚCIE PROCENT

„W roku 1975 wartość nabywczą 16 dolarów była mniej więcej na poziomie 100 dolarów z roku 2022. Gdyby ktoś zainwestował w 1975 roku taką kwotę, po 48 latach miałby na koniec roku 2022 około 156 dolarów. Fakt, złoto pokonało inflację, ale dla kontrastu inwestycja odpowiednika 100 dolarów w 1975 roku w S&P 500 pomnożyłaby w tym samym okresie kapitał do kwoty ponad 3,5 tys. dolarów. Czyli ponad 22 razy więcej!” – pisze Jacek Lempart w portalu atlasETF.pl.

I niech nikogo nie zwiedzie fakt, że w latach 70. XX wieku nie było jeszcze możliwości tak łatwego zainwestowania w koszyk akcji spółek z amerykańskiego indeksu giełdowego S&P 500 jak obecnie. Przytoczony przykład ma bowiem pobudzić do refleksji, a nie czeplania się szczegółów.

Są osoby, które przechowują pokaźną część, a nawet większość swojego majątku w złocie. Niektórzy starannie ukrywają je w domu, inni zakopują pod domową jabłónką, a jeszcze inni wynajmują sejf lub skrytkę depozytową, np. w banku. W środowisku osób związanych z inwestowaniem dominuje opinia, że w złocie należy przechowywać niewielką część swoich oszczędności, np. 5-10 proc., a maksymalnie 15-20 proc.

PODATKI I FINANSE

Ceny mieszkań na widoku

ANNA WOJDA

Najpóźniej 11 września br. wszyscy deweloperzy muszą zacząć publikować na swoich stronach internetowych ceny ofertowe mieszkań i domów.

Nowe regulacje to efekt nowelizacji ustawy o ochronie praw nabywcy lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego oraz Deweloperskim Funduszu Gwarancyjnym. Przepisy weszły w życie 11 lipca br., ale to, kiedy klient zobaczy cenę na stronie, zależy od tego, kiedy deweloper formalnie rozpoczął sprzedaż inwestycji. Jeśli rozpoczęła się ona przed 11 lipca, obowiązek publikacji cen zacznie obowiązywać dopiero od 11 września 2025 r. Jeśli zaś zaczęła się 11 lipca lub w kolejnych dniach – ceny powinny być widoczne od razu.

Przepisy oznaczają obowiązek publikowania na stronie internetowej dewelopera ofert wraz ze szczegółowymi informacjami o cenach mieszkań i domów – bez konieczności kontaktowania się ze sprzedawcą czy wysyłania dodatkowych zapytań. Cena ma być widoczna od razu.

Nowe przepisy nakładają na deweloperów obowiązek informowania o:

- cenie metra kwadratowego powierzchni użytkowej każdego oferowanego lokalu (mieszkania i domu),
- cenie pomieszczeń przynależnych (np. komórek lokatorskich czy boksów rowerowych) lub miejsc postojowych,
- wszystkich dodatkowych kosztach związanych z zakupem nieruchomości, które nabywca będzie zobowiązany ponieść na rzecz dewelopera.

Wszystkie informacje muszą być publicznie dostępne na stronie internetowej firmy, w miejscu umożliwiającym ich łatwe odnalezienie przez klienta. Co ciekawe, jeśli ceny są publikowane wyłącznie na portalach

ogłoszeniowych lub stronach pośredników, nie spełnia to wymogów ustawy.

Obowiązek prowadzenia i aktualizowania strony internetowej obowiązuje tak długo, jak długo w danej inwestycji dostępne są niesprzedane lokale mieszkalne lub domy jednorodzinne. A to oznacza, że deweloper musi utrzymywać stronę aż do momentu przeniesienia własności wszystkich nieruchomości na nabywców.

Nowe przepisy nie obejmują lokali usługowych (przeznaczonych pod działalność handlową, usługową czy biurową), a także lokali przeznaczonych pod najem krótkoterminowy (np. apartohotele, condohotele). W tym wypadku nie ma obowiązku publikowania cen.

Wynajmujesz w Hiszpanii? Uważaj na nowe przepisy i kary

Każdy, kto kupił mieszkanie na Półwyspie Iberyjskim i chce je wynajmować turystom za pośrednictwem platform internetowych, musi od lipca 2025 r. posiadać specjalny numer NRA.

To tzw. número de registro único de alquiler, czyli numer jednolitego rejestru najmu. Aby go uzyskać, trzeba się zarejestrować w Registro de la Propiedad – jest to hiszpański odpowiednik ksiąg wieczystych. Rejestrując się, trzeba przedstawić licencję turystyczną, a dodatkowo uiścić opłatę – 27 euro plus VAT.

Obowiązek posiadania NRA spoczywa tylko na właścicielach nieruchomości chcących korzystać z platform, na których umowy są zawierane online, czyli np. Airbnb, Booking czy TripAdvisor. Nie muszą go mieć wynajmujący apartamenty poza takimi platformami.

Numer NRA musi być umieszczony w widocznym miejscu we wszystkich ogłoszeniach o zakwaterowaniu na platformach cyfrowych. Obowiązek tego lepiej nie bagatelizować, bo za nieprzestrzeganie przepisów grożą surowe kary – od 600 do nawet 600 tys. euro. A kontrole są intensywne.

Właściciele mieszkań przeznaczonych na najem krótkoterminowy posiadający numer NRA muszą też co roku składać formularz informujący o zawartych umowach najmu.

I na koniec niekoniecznie dobre wiadomości dla posiadających nieruchomości w Alicante i Maladze. Nie można tu wynajmować nowo nabywanych mieszkań. Wszystko przez moratoria na wydawanie nowych licencji turystycznych (a bez nich nie da się uzyskać NRA). W Maladze dodatkowo nie można od stycznia br. rejestrować nowych obiektów najmu krótkoterminowego. W Alicante zakaz taki obowiązuje przez dwa najbliższe lata.

awa

PRAKTYKA LEKARSKA

Nieobecni nie mają głosu

Po raz pierwszy w historii lekarze i lekarze dentyści mogą głosować elektronicznie w wyborach do organów izb lekarskich. O nowym narzędziu, sytuacji lekarzy dentyistów oraz o tym, co oznacza zmiana na stanowisku ministra zdrowia, mówi wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej **Paweł Barucha** w rozmowie z Arturem Pedrycem.

Ruszyły wybory w okręgowych izbach lekarskich. W tym roku czeka nas nowość – po raz pierwszy będziemy mogli głosować w formie elektronicznej.

Tak, samorząd lekarzy i lekarzy dentyistów jest pierwszym, który wprowadza nowoczesną formę głosowania elektronicznego. 17 maja 2025 r. Krajowa Komisja Wyborcza certyfikowała system informatyczny przeznaczony do przeprowadzenia wyborów X kadencji. Wprowadzenie możliwości głosowania elektronicznego było jednym z głównych postulatów naszego środowiska. Ponad rok temu, podczas Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy w dniach 16–18 maja 2024 r., delegaci przyjęli uchwały w tej sprawie. Stało się to podstawą do rozpoczęcia prac nad stworzeniem od podstaw bezpiecznego i funkcjonalnego systemu głosowania elektronicznego. Lekarze mogą już z niego korzystać.

Czy uważa Pan, że forma elektroniczna zachęci do głosowania tych, którzy dotychczas nie brali udziału w wyborach?

Tak. Lekarze zwykle mają bardzo mało wolnego czasu. Niejednokrotnie łączą wiele obowiązków, takich jak praca w szpitalu czy przychodni z prowadzeniem prywatnego gabinetu albo spółki medycznej, wykładami na uczelni albo badaniami naukowymi. Mieliśmy wiele sygnałów, że ktoś chciał wziąć udział w wyborach, ale procedury z tym związane były zbyt czasochłonne. Dlatego właśnie został stworzony system głosowania elektronicznego. Na dodatek zaprojektowano go w taki sposób, aby wszystko można było zrobić w czasie nie dłuższym niż pięć minut. Dzięki temu nawet bardzo zapracowana osoba będzie mogła wziąć udział w wyborach.

Mamy już pierwsze dowody na to, jak system elektroniczny wpływa na frekwencję. W Warszawie zgłosiło się więcej kandydatów na delegatów, niż jest mandatów do obsadzenia. Wcześniej takie sytuacje się nie zdarzały.

Jakie najważniejsze funkcje i udogodnienia oferuje nowy system głosowania elektronicznego?

System obsługuje większość czynności związanych z wyborami. Począwszy od przeniesienia się do innego rejonu wyborczego, przez możliwość zgłoszenia swojej kandydatury, po oddanie głosu.

W systemie brakuje pieniędzy. Są sygnały, które świadczą o zakusach, by pacjenci musieli zapewnić sobie opiekę medyczną we własnym zakresie

su. Jego głównymi zaletami jest bezpieczeństwo, prostota, krótki czas wykonywania poszczególnych czynności. Logowanie odbywa się za pośrednictwem profilu zaufanego. Wszystko jest banalnie proste.

Czy uważa Pan, że lekarze dentyści są obecnie właściwie reprezentowani w strukturach naszego samorządu?

Zdecydowanie tak.

Zadałem to pytanie, ponieważ zdarzają się sytuacje, że w czasie wyborów brakuje kandydatów na funkcje, które przysługują lekarzom dentyistom.

Najlepszym dowodem na to, że lekarze dentyści są właściwie reprezentowani oraz mają silną pozycję w strukturach naszego samorządu, jest choćby fakt, iż prezesami wielu okręgowych izb są właśnie dentyści. Tak jest np. w Olsztynie, Opolu, Gdańsku, Zielonej Górze, Krakowie czy Toruniu.

Oczywiście, w przeszłości bywało, że brakowało dentyistów chętnych do ubiegania się o mandat delegata na zjazd okręgowy. Mam nadzieję, że teraz to się zmieni dzięki wprowadzeniu elektronicznego systemu głosowania. To ogromne ułatwienie. Praktycznie wszystkie rzeczy związane z wyborami można teraz wykonać w ciągu kilku minut bez wychodzenia z domu. Potrzebny jest tylko telefon lub komputer z dostępem do internetu.

Co powiedziałby Pan lekarzom, zwłaszcza lekarzom dentyistom, którzy mimo tych wszystkich udogodnień nie planują udziału w wyborach do samorządu? Jak ich przekonać, że warto?



Jak zalogować się i korzystać z systemu elektronicznego – filmy instruktażowe znajdziecie Państwo na www.nil.org.pl/dla-lekarzy/wybory-elektroniczne-do-organow-izb-lekarskich

Nieobecni nie mają głosu. Jeśli ktoś nie uczestniczy w wyborach, godzi się, by inni zdecydowali za niego. Tymczasem warto pamiętać, że wybory do samorządu lekarskiego różnią się – i to bardzo – od tych powszechnych. Tu o wiele łatwiej zostać delegatem na zjazd niż posłem czy senatorem i ma się znacznie większy realny wpływ na proces decyzyjny. Każdy delegat na zjeździe okręgowym może zgłosić pomysł, który ma szansę stać się przedmiotem uchwały, która będzie realizowana przez okręgową radę lekarską. Izby mają naprawdę okazałe budżety. Na co te pieniądze zostaną wydane, zależy od tych, którzy angażują się w działalność samorządu lekarskiego.

Biorąc udział w wyborach na poziomie izb okręgowych, ma się bezpośredni wpływ na decyzje Naczelnej Rady Lekarskiej. Każdy prezes okręgowej izby lekarskiej z automatu, z racji pełnionej funkcji, jest jednocześnie członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Szczególnie zachęcam do angażowania się w działalność samorządu osoby młode, które mają świeże spojrzenie na świat i przyszłość. Jak mawiał klasyk – aby rodziły się dobre pomysły, trzeba wielu głów, a my potrzebujemy dobrych pomysłów i nowych metod, by pokonywać problemy naszej grupy zawodowej.

Skoro już wspomniał Pan o problemach, czy rekonstrukcja rządu i nowa minister zdrowia pomoże w ich rozwiązywaniu?

Mam nadzieję, że tak. Od kilku miesięcy obserwowaliśmy niepokojące zjawisko w resorcie zdrowia. Wszystko, co było ustalane, o czym zapewniano nas, że będzie realizowane, nieoczekiwanie i nagle trafiało do kosza. Kolejne posiedzenie Rady ds. Rozwoju Stomatologii, ustalone na 25 lipca, zostało odwołane. Ewidentnie ministerstwo przestało słuchać głosu doradczego ciała, które samo powołało do życia.

Zmiany wycen świadczeń stomatologicznych utknęły w martwym punkcie. Nasze uwagi w sprawie higienistek nie zostały uwzględnione. Taki stan nie mógł dłużej trwać. Zmiana na stanowisku ministra zdrowia była więc potrzebna. Inną kwestią jest to, czy nowa szefowa resortu, która zajmowała się szpitalnictwem, będzie przykładała odpowiednio dużą wagę do problemów stomatologii. Oczywiście będziemy o to walczyć, ale tak długo jak rząd nie znajdzie dodatkowych pieniędzy na służbę



foto: NIL

zdrowia, nie uda nam się uciec z błędnego koła.

Czy to znaczy, że nad stomatologią zawisły czarne chmury?

Ewidentnie brakuje pieniędzy w systemie i dostrzegam sygnały mogące świadczyć o zakusach, aby stomatologia była działem medycyny, w którym pacjenci będą musieli zapewnić sobie opiekę we własnym zakresie. Oczywiście zrobimy wszystko, aby tak się nie stało. Nastawieni jesteśmy na walkę o dobro pacjenta oraz interesy lekarzy i lekarzy dentystów.

O co samorząd musi zabiegać w pierwszej kolejności?

Problemy wywołane przez rządzących od wielu lat narastają, a zmiany w naszym kraju są procesem bardzo długim. Przykładem niech będzie nowa wycena w chirurgii i periodontologii. Początek to rok 2018, a koniec 2023. A gdyby zabrakło determinacji na finiszu, to mimo że procedury są gotowe, z powodu braku gotowości systemu informatycznego NFZ nie udało się wprowadzić zmian jeszcze długo. Trochę krócej trwała nowa wycena protetyki. Niestety, pomimo małej liczby procedur nie obyło się bez problemów. Moim zdaniem

◀ Jeśli ktoś nie uczestniczy w wyborach, godzi się, by inni zdecydowali za niego – podkreśla **Paweł Barucha**, wiceprezes NRL

ministerstwo nie chce zrozumieć, że chcemy pomóc w lepszym działaniu systemu. To jest nasz jedyny cel. Zaznaczyć należy, że sporo rzeczy było już przepracowanych z poprzednią panią minister i jej zastępcami, część procesów weszła w fazę realizacji. Zrobię wszystko, aby te procesy nie zostały zahamowane.

Równolegle jest kilka rzeczy do załatwienia „na już”. Najważniejsze, a jednocześnie najtrudniejsze, to zwiększenie funduszy na publiczną opiekę dentystyczną. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczają na nią mniej niż 2 proc. swojego budżetu. To stanowczo za mało. Przy takim finansowaniu nie jest możliwe zabezpieczenie wszystkich pacjentów chętnych do leczenia na NFZ. Cierpią na tym również uczelnie medyczne, a bez nich nie będzie młodych dentystów. Problemem jest zmiana w dotowaniu wyższych uczelni medycznych, w szczególności trzeba zadbać o to, aby lekarze dentyści specjaliści nie uciekali do sektora prywatnego, tylko godziwie zarabiali jako nauczyciele uniwersyteccy i chcieli kształcić kolejne pokolenia. Stomatologia to dziedzina medycyny odpowiedzialna za pierwszy etap leczenia wielu chorób ogólnoustrojowych. Objawy wielu z nich są obecne w jamie ustnej. Potrzebujemy kadry naukowej rozwijającej badania w tej materii. Zmian wymaga także proces kształcenia podyplomowego. Od lat postulujemy zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach stomatologicznych i rozwiązanie problemu blokowania tych miejsc. ●

Trwające wybory w izbach okręgowych wyłonią także delegatów na krajowy zjazd lekarzy, który jest najważniejszym organem samorządu lekarskiego. Krajowy zjazd lekarzy odbędzie się w dniach **21-23 maja 2026 r.** w Jachran-
ce w Hotelu Warszawianka.

PRAKTYKA LEKARSKA

Diler w białym kitlu

MAREK KRZYSTANEK

PROF. DR HAB. N. MED. I N. O ZDROWIU

Wystarczy, że pacjent przeczyta w internecie, jakie objawy przedstawić lekarzowi, by zażądać recepty na psychostymulanty. Czy medycyna niebezpiecznie zbliża się do granicy, za którą leczenie staje się legalizacją narkotyków?

Ostatnie akty przemocy wobec lekarzy, a także obserwowana w poradniach i szpitalach agresja słowna, gniew oraz wrogość pacjentów wobec personelu medycznego mogą budzić zdziwienie dziennikarzy, którzy pytają o przyczyny tych zjawisk. Dla lekarzy jednak powinny być one oczywiste. Reakcje tego rodzaju stają się zrozumiałe, jeśli odwołamy się do wiedzy o naturze człowieka i mechanizmach, które nią rządzą. U każdego człowieka reakcja może przebiegać inaczej, ponieważ ludzie są odmiennie ukształtowani przez swoją przeszłość, kulturę, indywidualne predyspozycje osobowościowe oraz system przekonań i zasad, który tworzy ich charakter. Mimo tej złożoności, podstawy osobowości opierają się na wspólnych wszystkim ludziom instynktownych wzorcach zachowania, co sprawia, że reakcje te są w dużej mierze proste i przewidywalne.

Jak ma się to do zjawiska sięgania po narkotyki? Już tłumaczę.

STRES CYWILIZACYJNY

Behawioryzm wyjaśnia, że w sytuacji zagrożenia człowiek uruchamia jedną z trzech podstawowych reakcji: ucieczkę, zneruchomienie lub agresję. To właśnie instynktowna agresja – wyrażająca się złością, gniewem, a nawet krzykiem, przemocą czy niszczeniem przedmiotów – stanowi podłoże obserwowanej obecnie na całym świecie fali przemocy. Jej powszechność wskazuje, że we współczesnym świecie istnieje realna, aktywna przyczyna tego stanu – jest nią poczucie ciągłego zagrożenia.

Zagrożenie to ma swoje źródło w zjawisku określanym mianem stresu

cywilizacyjnego, którego początki – według historii nowożytnej – sięgają około dziesięciu tysięcy lat wstecz. Wcześniej ludzie żyli w społecznościach zbieracko-łowieckich, funkcjonując w powtarzalnym rytmie trwającym przez dziesiątki tysięcy

Fundamentem zdrowia pozostaje styl życia, a nie farmakologiczna iluzja dobrostanu

lat. Ludzki organizm został zaprojektowany właśnie w tamtym okresie, a ponieważ ewolucja wymaga milionów, a nie tysięcy lat, by wykształcić nowe adaptacje, człowiek nie zdołał przystosować się do dynamicznego tempa życia – zwłaszcza w ostatnich dwustu latach.

Stałe poczucie zagrożenia zdrowia, życia, pracy czy stabilności finansowej, a także problemy rodzinne, społeczne, polityczne i ekonomiczne, trudności wychowawcze, konflikty w grupach rówieśniczych i społecznych – wszystko to tworzy gęstą sieć stresorów. Ich oddziaływanie prowadzi do zaburzeń dezadaptacyjnych, wynikających z wyczerpania rezerw czynnościowych układów serotoninowego i dopaminowego w mózgu. Osłabienie tych układów skutkuje odczuwaniem nieuzasadnionego strachu, stałego poczucia zagrożenia, a także bólu psychicznego i fizycznego – objawów, które składają się na stan

chronicznego stresu i permanentnego napięcia.

UCIECZKA OD CODZIENNOŚCI

Trzecia, poza agresją i zneruchomieniem, typowa reakcja na stan zagrożenia to ucieczka. A współczesny świat oferuje bardzo szeroki wachlarz propozycji pozwalających uciec od cywilizacyjnego stresu: alkohol, substancje psychoaktywne, hazard, pornografia, gry komputerowe, zakupy, ćwiczenia fizyczne, seriale, media społecznościowe i wiele, wiele innych. Definicja narkotyku jest bardzo szeroka. Mówi, że jest nim wszystko to, co pozwala uciec od rzeczywistości i uczynić nieznosne znosnym.

Lekarze zawsze wolą leczenie przyczynowe, a nie objawowe. Skoro przyczyną opisanych zachowań jest stan zagrożenia związany z bodźcami środowiskowymi lub osłabieniem podzespołów mózgu związanych z adaptacją do rzeczywistości – leczenie powinno polegać na zmianie środowiska wokół człowieka na takie, w którym będzie chciał żyć. Ewentualnie można dołączyć farmakoterapię, która wzmocni układ serotoninowy i dopaminowy.

Leczenie zawsze polega na wzmacnianiu siły, a nie słabości. Dlatego lekarz nie zaleca przewlekłego używania pochodnych benzodiazepin, alkoholu, narkotyków ani dopalaczy.

LEKI CZY „REKREACJA”

Niestety, obserwowane ostatnio zjawisko wprowadzania na rynek

► Medycyna coraz częściej służy nie zdrowieniu, lecz zaspokajaniu potrzeb ucieczki od rzeczywistości

legalnych narkotyków – medycznej marihuany, ecstasy, psylocybiny i pochodnych amfetaminy – które są rejestrowane jako leki, jest zaprzeczeniem tego etycznego kierunku.

Oczywiście kanabinoły zawarte w marihuanie mogą mieć działanie prozdrowotne. Są osoby, którym przynoszą ulgę i pomoc w chorobie. Do poradni zgłaszają się jednak ludzie, którzy mówią otwarcie lekarzowi, że nie chcą go okłamywać, iż mają dolegliwości bólowe, zaburzenia snu czy inne zaburzenia neurologiczne, psychiatryczne, gastrologiczne, okulistyczne, dermatologiczne albo dolegliwości z bardzo długiej listy wskazań. Po prostu proszą o przepisanie recepty na medyczną marihuane. A nie ma w tej chwili żadnego problemu, by taką listę dolegliwości poznać, opowiedzieć o nich lekarzowi i otrzymać receptę.

Trzeba pamiętać, że palenie marihuany nie jest obojętne dla zdrowia. Hamuje ona aktywność układu dopaminowego, co może powodować zespół demotywacyjny tym częściej, w im młodszy wiek jest nadużywana. Przewlekłe palenie marihuany prowadzi do wzrostu receptorów dopaminowych i zwiększenia się ich reaktywność. To zaś może prowadzić do psychoz toksycznych lub do uaktywnienia podatności na schizofrenię. Wykazano, że marihuana zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na schizofrenię. A to mocny medyczny argument przeciwko jej legalizacji i zwiększaniu jej powszechnej dostępności.

Jeszcze większy niepokój budzi fakt, że Australia jako pierwszy kraj na świecie dopuściła do leczenia depresji odpornej ecstasy (MDMA), a zespołu stresu pourazowego – psylocybinę. Można się obawiać, że w przyszłości podobne decyzje mogą zapaść także w innych państwach.

MDMA to silny psychostymulant, który nie tylko uzależnia, ale również przyspiesza biologiczną degradację i zużycie organizmu. Psylocybina, choć nie wywołuje fizycznego uzależnienia, działa halucynogennie i może prowokować stany przypominające psychozy. Na kilkanaście godzin można poczuć się jak chory na schizofrenię i doświadczyć halucynacji wzrokowych i słuchowych oraz

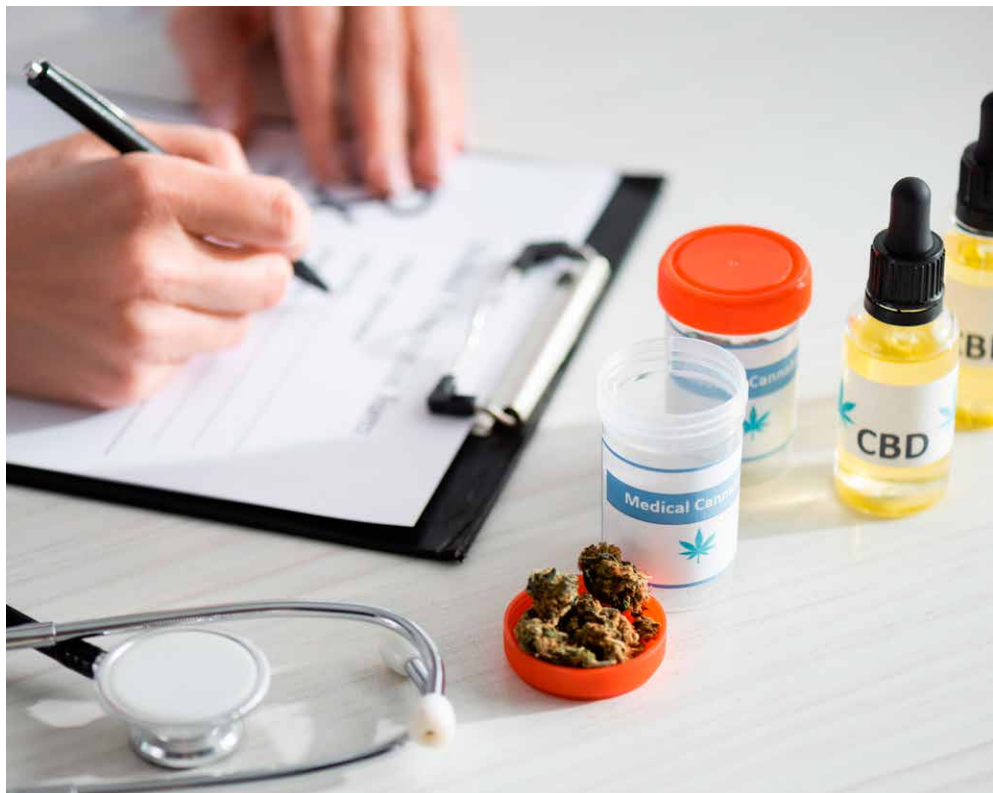


foto: Shutterstock.com

innych przeżyć, których charakter zależy od osobowości i aktualnego stanu emocjonalnego człowieka.

Podobnie jak w przypadku medycznej marihuany, nietrudno dziś opanować listę objawów depresji czy zespołu stresu pourazowego i zgłosić się do lekarza po receptę na jeden z „nowoczesnych” środków. W efekcie pacjent może legalnie otrzymać narkotyk o farmaceutycznej czystości. Trudno nie dostrzec zagrożenia, że w tej sytuacji lekarz zaczyna pełnić rolę pośrednika w legalnym obrocie substancjami odurzającymi.

RECEPTA NA DOBRY NASTRÓJ

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku psychostymulantów wykorzystywanych do leczenia ADHD. Od kilkudziesięciu lat znane jest zjawisko podkradania leków dzieciom z ADHD i zażywania ich przez rodziców. W USA opisywano, że w ten sposób „ginie” nawet połowa leków, na które trzeba powtarzać recepty. W Polsce od ubiegłej jesieni, kiedy wprowadzono internetowy test do diagnozy przesiewowej ADHD, liczba rozpoznań tej choroby wzrosła pięciokrotnie.

Dorośli pacjenci przychodzą do lekarzy psychiatrów i wyklócą się, że oni już mają diagnozę i chcą tylko uzyskać receptę na psychostymulant. Nie dociera do nich, że ADHD jest chorobą, która zaczyna się przed 12. rokiem życia, i jeżeli istnieje w wieku dziecięcym, nie da się jej nie rozpoznać. ADHD może przeciągnąć się do dorosłości, jednak wtedy objawy łagodnieją, znika nadpobudliwość i w większości przypadków leczenie nie jest już konieczne.

Niepokój budzi wizja psychiatry, którego główną rolą staje się wypisywanie recept na substancje poprawiające nastrój osobom bez realnych wskazań. Medycyna powinna wspierać siłę, nie słabość – a leczenie być drogą do odzyskania zdrowia, nie formą ucieczki od rzeczywistości. Fundamentem zdrowia pozostaje styl życia, nie farmakologiczna iluzja dobrostanu. ●

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdrowiu Marek Krzystanek jest kierownikiem Katedry i Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Seks, stres i sildenafil. Historie bez recepty

Ćwierć wieku po premierze niepozorna tabletką nadal odśladnia lęki, napięcia i paradoksy współczesnych pacjentów – od nastolatków po kuracjuszy z sanatoriów. Apteczne obserwacje mówią więcej, niż się wydaje.

Gdy pojawił się sildenafil, mało kto przewidywał skalę popularności tej substancji. Nie żeby ludzkość wcześniej nie szukała afrodyzjaków – ślady tych prób znajdziemy w podręcznikach historii medycyny i farmacji. Ale jak to w farmakologii bywa, nieoczekiwany efekt uboczny staje się czasem celem głównym – zarówno dla producentów, jak i pacjentów.

Pamiętam początki sildenafilu, gdy dostępny był jedynie na receptę. Mniej więcej czterdziestoletni pacjent zapytał o żeń-szeń. W rozmowie w cztery oczy zdradził swoje problemy. Poprosił mnie o zapisanie nazwy leku z sildenafiliem, by mógł pokazać ją lekarzowi. Po pewnym czasie wrócił z receptą, a potem – z nieoczekiwaną wdzięcznością. „Panie magistrze, dziękuję! Pan mi uratował małżeństwo”.

Ta historia – jak wszystkie, które tu opisuję – wydarzyła się naprawdę. I choć przykładów udanych terapii nie brakuje, nie miały wpływu na sukces rynkowy leku miały również anegdoty. Dziś sildenafil i tadalafil są dostępne bez recepty, a ich apteczna ekspedycja często przybiera formy dalekie od powagi. Tabletki na potencję kupuje się „dla kolegi” lub wręcza w ramach prezentu na urodziny.

Tak, to wciąż tabu – seks w polskim społeczeństwie. Kobiety rzadko przychodzą po sildenafil dla partnera, częściej w dużych miastach niż małych. Wolą zwrócić się do farmaceutki, nie farmaceuty. Ale gdy już kupują – robią to regularnie. Jeśli mężczyzna zacznie korzystać z leku z sukcesem, pilnuje się, by trafił na stałe do zestawu recept.

Zresztą 83 proc. farmaceutów to kobiety. Więc siłą rzeczy to do nich częściej trafiają pacjenci z tym tematem.

Widać też różnice pokoleniowe. W starszych dzielnicach miast sprzedaż

jest niższa. Zachowawczy starsi mężczyźni traktują temat z dystansem. Młodszy z kolei coraz częściej sięgają po „niebieską tabletkę” jak po suplement codzienności. Ich rzeczywistość to permanentny stres, praca do późna, kredyty, presja otoczenia, by żyć „ponad stan” – nawet jeśli oznacza to tylko jeszcze jeden urlop więcej.

Zauważmy, że reklamy niemal nie pokazują starszych mężczyzn. Przekaz jest jasny: kup nie dlatego, że masz problem – ale żeby było jeszcze lepiej. To trafia nie tylko do zamierzonej grupy wiekowej. Coraz częściej po sildenafil sięgają... nastolatki. Nie z powodów medycznych, ale by zaimponować – partnerce i kolegom. Bezrefleksyjność młodzieży? Z pewnością. Ale to zjawisko jest realne i widoczne zza aptecznego kontuaru.

Pewien farmaceuta opowiedział mi historię stałego pacjenta. Starszy pan kilka razy do roku realizował recepty od kilku lekarzy – na hurtowe ilości najdroższego sildenafilu. Nie chciał zamienników, cena go nie obchodziła. W końcu zdradził tajemnicę: jeździł do sanatoriów i na miejscu zyskiem sprzedawał leki innym kuracjom. I tak to się kręci...

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



Czy ktoś sprawdzi i powstrzyma ten nielegalny, choć półoficjalny obrót lekami? Wszyscy znamy odpowiedź. Efekt uboczny tej uzdrowskiej „eksportowej działalności”? Wzrost chorób wenerycznych u osób starszych. Brak obaw o niechcianą ciążę = brak prezerwatyw.

Również zamówienia internetowe nie pozostawiają złudzeń. Ci, którzy kupują, zamawiają więcej – najczęściej preparaty w większych dawkach. Podobnie jak przy antykoncepcji – zamówienia są przemyślane i hurtowe. Porównując adresy pacjentów i lekarzy, widać wyraźnie, że chodzi o receptomaty. Nikt tych recept nie kwestionuje, nie ma podstaw. A gdyby NFZ lub Ministerstwo Zdrowia chciały coś zmienić, powstałyby odpowiednie przepisy, prawda?

Ciekawostką socjologiczną innego rodzaju jest tzw. turystyka lekowa w wykonaniu turystów z Niemiec i Danii. Systematycznie przyjeżdżają na zakupy do zachodnich i północnych części Polski. I wtedy w aptekach chętnie i bez opowiadania, że „dla kolegi”, kupują dużo opakowań z tabletkami na potencję, które w ich krajach nie są powszechnie znanymi preparatami OTC. Cóż, czasy się zmieniają, a my razem z nimi. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Terapia na miarę

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Jak to jest, gdy wszyscy na ulicy się za tobą oglądają? Dzieci z achondroplazją twierdzą, że bardzo niefajnie. Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił specjalny program umożliwiający leczenie kilkuset pacjentów z tą rzadką chorobą genetyczną.

Marcin ma 16 lat i dokładnie 128,5 cm wzrostu. Wszystko przez rzadką chorobę: achondroplazję. Choruje na nią jedna osoba na 25 tysięcy. Jej przyczyną jest mutacja pojedynczego genu, a choroba jest dziedziczona autosomalnie dominująco. W 80 proc. powstaje *de novo*, czyli występuje u dzieci, których rodzice są zdrowi. W 20 proc. przypadków jest odziedziczona po jednym z rodziców. Postaci homozygotyczne są letalne.

– Achondroplazja jest uwarunkowana genetycznie – mówi prof. Renata Stawerska z Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” (ICZMP) w Łodzi. Jednym z czynników, które odpowiadają za prawidłowe kostnienie chrząstek wzrostowych, jest czynnik wzrostu fibroblastów, w skrócie FGF. Działa on przez swoisty receptor – FGFR3. Mutacje w genie kodującym prawidłową aktywność tego właśnie receptora powodują, że receptor jest cały czas pobudzony. Efekt? Kostnienie chrząstek zachodzi w sposób nieprawidłowy. Kości nieprawidłowo rosną i się zniekształcają. Ten proces rozpoczyna się już w okresie płodowym. Czyli dzieci rodzą się z już zniekształconymi kośćmi i proces ten niestety postępuje przez cały okres wzrastania. Dotyczy to głównie kości długich. Dochodzi więc do zniekształceń kończyn górnych i dolnych.

Tułów u osób z achondroplazją jest względnie proporcjonalny, choć zazwyczaj występuje pogłębienie lordozy lędźwiowej i kifozy piersiowej. Jeśli chodzi o głowę – zwraca uwagę powiększony jej obwód, wydatne guzy czołowe i zapadnięta nasada nosa.

Oprócz deformacji kostnych specjaliści do listy typowych objawów u dzieci dopisują: przykurcze stawów, nawracające zapalenia ucha środkowego, częste infekcje dróg oddechowych i obturacyjny bezdech senny.

BEZ SZNUROWADEŁ

Według prognoz lekarzy Marcin powinien urosnąć jeszcze półtora centymetra. – Z brakiem centymetrów raczej się pogodziliśmy – mówi mama chłopca. – Gorzej, że choroba uniemożliwia synowi normalne funkcjonowanie. Weź-

Tułów u osób z achondroplazją jest względnie proporcjonalny, choć zazwyczaj występuje pogłębienie lordozy lędźwiowej i kifozy piersiowej

my na przykład zakładanie butów. Dla nas coś tak oczywistego, że nie zastanawiamy się nad tym, jak to robimy. Dla Marcina to poważne wyzwanie. Musi usiąść i bardzo się nagimnastykować, żeby wykonać tę „prozaiczną” czynność. Dodam tylko, że sznurowane buty nie wchodzą w grę. Syn bez naszej pomocy nie poradzi sobie z nimi. Po prostu nie sięgnie do sznurowadeł. Pozostaje tylko obuwie na rzepy albo inne wsuwane modele.

Do niedawna, poza rehabilitacją, medycyna nie była w stanie

zaoferować skutecznej terapii pacjentom z achondroplazją.

– Bardzo to było przykre dla nas jako lekarzy, bo tak naprawdę nie można było tym dzieciom pomóc – mówi prof. Stawerska. – Czasami niektórym z naszych podopiecznych mogliśmy podawać hormon wzrostu, a to wtedy, gdy chorobie towarzyszył niedobór hormonu wzrostu. Efekty były jednak różne. Rzeczywiście, zdarzało się, że dzieci rosły naprawdę spektakularnie. Moją pacjentką rekordzistką jest dziewczynka, która po terapii hormonem osiągnęła wzrost 145 cm. Ale zdarzały się dzieci, które mimo podawania hormonu wzrostu zatrzymywały się na 128 cm.

Bez leczenia dziewczynki z achondroplazją rosną maksymalnie do 125 cm, a chłopcy do 130 cm.

Jedyną metodą leczenia, która przynosiła dotychczas wymierne efekty, było wydłużenie kości metodą Ilizarowa. Polega na tym, że kość długą po prostu przecina się na pół, zakłada się specjalny aparat, który rozsuwa przecięte części o 1 mm dziennie. W miejscu nacięcia kość się nadbudowuje. W ten sposób można zyskać nawet do 7 centymetrów na jednej kości. Najczęściej operuje się w ten sposób kończyny dolne, i robi się to „na krzyż”. Najpierw zabieg na podudziu po jednej stronie i na udzie po drugiej. Potem rehabilitacja i powtórka w lustrzanym odbiciu. Ta metoda jest długotrwała. Trzeba na nią poświęcić nawet dwa lata. Gorzej, że jest bolesna i obciążona ryzykiem powikłań. Obecnie

► Aktor Peter Dinklage, znany m.in. z „Gry o tron”, chory na achondroplazję, ma 135 cm wzrostu

stosuje się nowsze metody z wykorzystaniem ramy Taylora lub magnetycznego gwoźdźdza, jednak ich koszt znacznie przekracza koszt procedury standardowej, co wiąże się z koniecznością indywidualnego rozliczenia, na które nie zawsze jest możliwość uzyskania zwrotów z NFZ. Leczenie to nie jest jednak rutynowo polecane pacjentom z achondroplazją.

SAMA SIĘ UCZESZE

Marcin i jego rodzice długo zliczali plusy i minusy. W ich rachunku tych drugich było więcej. – Opuściliśmy. Aż tak na dodatkowych centymetrach nam nie zależało.

Dużo rzadziej wydłuża się ręce. Tu ból nie daje kosmetycznego efektu wow, ale poprawia komfort życia. Prof. Stawerska: – Jedna z moich pacjentek zdecydowała się na tę metodę i była niezwykle szczęśliwa, kiedy wreszcie mogła się sama uczesać.

Wiele dzieci może trafić także na neurochirurgię. U części pacjentów dochodzi bowiem do zwężenia/zniekształcenia otworu wielkiego czaszki czy też zwężenia kanału kręgowego w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa. Może to powodować ucisk na rdzeń kręgowy i nerwy, wywołując bóle pleców i nóg, drętwienia i mrowienia, osłabienie mięśni, problemy z chodzeniem, a nawet zaburzenia funkcji pęcherza i jelit.

Reasumując: achondroplazja prowadzi do rzucającej się w oczy karłowatości. Jeden z najsłynniejszych chorych na achondroplazję – znany m.in. z „Gry o tron” aktor Peter Dinklage mawia: – Mam metr trzydzieści pięć wzrostu i wbrew pozorom trudno mnie nie zauważyć.

– On ma żonę, dzieci, prowadzi światowe życie, jest bardzo uznanym aktorem, ale mimo to jest traktowany jako osoba niepełnosprawna – zauważa prof. Stawerska. – I mimo wspaniałego życia, jakie zapewne prowadzi, jest po prostu bardzo niski. Pewnie jemu i innym osobom z achondroplazją bardzo uprzykrza to życie.

– Bardzo, bardzo – potwierdza mama Marcina. – Przekonaliśmy się o tym, gdy syn poszedł do liceum. Najpierw były niewinne żarty „kolegów”. Później zaczęło się podnoszenie syna, wieszanie



fot. Gage Skidmore/CC BY-SA 3.0

w szatni... Trzeba było to przeciąć. Jesteśmy w Szkole w Chmurze.

SZEŚĆ CENTYMETRÓW ROCZNIE

Kilka lat temu zaczęły pojawiać się informacje o nowym, przełomowym leku, który może poprawić wzrost u dzieci z achondroplazją.

– Wosorytyd to zmodyfikowana wersja peptydu natriuretycznego typu C (CNP) – mówi prof. Stawerska. – Wiąże się ze swoim receptorem na powierzchni komórek chrzęstnych obecnych w płytkach wzrostowych kości. Przekazywany przez niego sygnał zakłóca (hamuje) przekazywanie sygnału z FGFR3, odblokowując prawidłowy wzrost kości. W ciągu trwających kilka lata badań klinicznych stwierdzono, że dzieci leczone wosorytydem rosły około 6 cm rocznie, zamiast stwierdzanych wcześniej 3–4 cm rocznie, co po pięciu latach leczenia dawało 10 cm więcej. Ważne jest zatem, aby leczenie rozpoczynać jak najwcześniej.

DO HOLANDII PO LEK

Nazwa handlowa preparatu to Voxzogo. Został zarejestrowany w 2021 r. Od tamtego czasu można go stosować w Europie. W praktyce był kompletnie niedostępny ze względu na cenę. Jedno opakowanie zawierające 10 fiolek kosztuje ponad 23 tys. zł. A stosuje się 1 ampulkę

dziennie pod postacią zastrzyku podskórnego. Koszt rocznej terapii przekracza zatem 800 tys. zł. Prof. Stawerska: – To niestety kwota przekraczająca nasze i rodziców wyobrażenia o cenie leku. Żadnego z rodziców naszych pacjentów nie stać było na taką terapię, choć lek był już dostępny, a badania kliniczne wskazywały na jego skuteczność w poprawie tempa wzrastania dzieci. W kilku przypadkach udało się zastosować terapię w ramach RDTL. Znam też rodzinę, która przeprowadziła się do Holandii tylko po to, żeby można było skorzystać z refundowanej tam terapii Voxogo.

– Polskie dzieci chorujące na tę rzadką chorobę genetyczną muszą mieć szansę funkcjonować na takim samym poziomie jak ich rówieśnicy z innych krajów Europy – ogłosiła Monika Horna-Cieślak, rzeczniczka praw dziecka. Po jej apelach oraz dzięki dobrej woli wielu osób i kilku wezwaniach Ministerstwa Zdrowia do producenta wniosek o refundację został ostatecznie złożony, a po jego aplikacji sprawa została przeprowadzona w Ministerstwie Zdrowia zaledwie w 45 dni.

– I tak oto możemy zaoferować to leczenie całkowicie bezpłatnie dla naszych pacjentów – mówi prof. Stawerska. Od stycznia 2025 r. w Polsce realizowany jest program lekowy dla achondroplazji, oznaczony jako B.166. Terapią mogą być objęci pacjenci, którzy ukończyli 4. miesiąc życia, achondroplazja została potwierdzona badaniem genetycznym, a nasady kości długich nie skostniały (co ocenia się na podstawie badania radiologicznego kośćca nadgarstka i ręki niedominującej).

Wnioski o objęcie programem lekowym rozpatruje powołany przez prezesa NFZ Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Rzadkich. – Najpierw zapoznajemy się z wnioskami przygotowanymi przez lekarzy prowadzących, a następnie podczas spotkań, które odbywają się raz na kilka tygodni, wspólnie je rozpatrujemy – mówi dr n. med. Ewa Starostecka, koordynator Regionalnego Centrum Chorób Rzadkich w łódzkim ICZMP. – Jeśli pacjent spełnia kryteria, włączenie do programu jest formalnością.

W Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” z programu korzysta

już dziewięć dzieci. – W pierwszej kolejności wysłaliśmy wnioski dwójga naszych najstarszych podopiecznych – wylicza prof. Stawerska. I dodaje: – Takich, u których farmakologicznie wstrzymywaliśmy zakończenie dojrzewania płciowego, żeby nie skostniały nasady kości. Wnioski zostały rozpatrzone pozytywnie i w kwietniu 2025 r. dzieci rozpoczęły terapię. Miesiąc później włączyliśmy leczenie u kolejnych sześciorga. Dziewiąta dziewczynka to podopieczna Regionalnego Centrum Chorób Rzadkich.

Oczekiwania? Dr Starostecka: – Liczymy na podwojenie tempa wzrastania. Ale zadowoleni będziemy z każdego dodatkowego centymetra. A jeśli każdemu pacjentowi uzbiera się ich 10, to będzie fantastyczny wynik.

WIELKIE NADZIEJE

Marcinowi po dwóch tygodniach terapii przybyło półtora centymetra. – Świetnie – mówi jego mama. Nie chcemy liczyć

na wiele, żeby się nie przeliczyć. Ale syn ma nadzieję, że nawet jeśli on już za bardzo nie urośnie, to kiedyś, w przyszłości, jego dzieci na pewno go przerosną, bo dostaną lek zaraz po urodzeniu.

Endokrynolodzy z ICZMP planują uważnie przyrzeć się działaniu Voxzogo. – Weszliśmy we współpracę z naszymi ortopedami, którzy dokonali dokładnych pomiarów osi kostno-stawowych, zakresu ruchomości stawów i siły mięśniowej u naszych pacjentów przed rozpoczęciem leczenia Voxzogo – mówi prof. Stawerska. – Będziemy te pomiary powtarzać co pół roku przez dwa lata trwania terapii. Dzięki temu można będzie udokumentować, czy i jak prostują się kości, jak zmieniają się proporcje ciała i pozostałe zniekształcenia. Takie badania nie były do tej pory przeprowadzane, więc mamy nadzieję, że nasze wniosą nową wiedzę na temat

ewentualnych korzyści płynących z tej terapii.

Specjaliści szacują, że w Polsce jest około 560 osób z achondroplazją. Z programu lekowego będzie mogło skorzystać około 200.

Dr Starostecka: – Jeśli gdzieś jest jakieś przeoczone dziecko z achondroplazją, do którego nie dotarła wiadomość, że jest nowy lek i że są ośrodki mogące go zastosować, serdecznie zapraszamy. Do nas albo do innych specjalistów realizujących program. Mamy lek, mamy możliwości i bardzo chętnie je wykorzystamy.

W lipcu w ICZMP urodziło się dziecko, u którego zdiagnozowano achondroplazję. Już pomału szykujemy je do kwalifikacji do nowego programu lekowego B.166, co będzie możliwe, gdy skończy czwarty miesiąc życia – mówi prof. Stawerska. Mam nadzieję, że efekty tego leczenia będą naprawdę dobre. ●

Pacjentka na medal

Nie mam tylu centymetrów, ile bym chciała, ale choroba nigdy mnie nie zatrzymała – mówi Oliwia Szmigiel, mistrzyni Europy w parabadmintonie.

Mimo achondroplazji jest Pani człowiekiem sukcesu.

Bo ja i moi rodzice nie pozwoliliśmy, żeby choroba coś mi odbierała. Nie mam może tylu centymetrów, ile bym chciała, ale mogę powiedzieć, że paradoksalnie achondroplazja otworzyła mnie na życie. Nie myślę, że mogło się inaczej potoczyć. Wydaje mi się raczej, że jest jak miało być.

Ale próbowała Pani leczenia.

Korzystałam m.in. z leczenia hormonem wzrostu i mam 128 centymetrów. Ale mną i rodzicami nie kierowała chęć zdobycia kilku dodatkowych centymetrów. Zależało im raczej, żebym np. nie miała krzywych nóg. I to się udało. Ja i najbliżsi nie postrzegają mnie jak osoby niepełnosprawnej.

A o wydłużaniu kości nie myśleście?

Proponowano nam to. Ale od najmłodszych lat byłam bardzo aktywna



◀ Oliwia Szmigiel o pomoc prosi tylko, gdy trzeba włożyć walizkę na szafę

foto: archiwum prywatne

fizycznie. Wiecznie chodziłam na jakieś treningi i myślałam o karierze sportowej. Wydłużanie kości raz na zawsze by ją przekreśliło. Po pierwsze, przez dwa lata nie mogłabym trenować. Po drugie, ortopedzi powiedzieli, że przedłużone kości są bardziej narażone na złamania, więc jeśli bym się zdecydowała na zabieg, o sporcie wyczynowym nie byłoby mowy.

Słyszała Pani o najnowszej terapii?

Oczywiście. Ja z niej nie skorzystam. Już się nie kwalifikuję. Ale cieszę się, że inni zyskują szansę.

Ostatnio dzwonił do mnie kolega czekający na to leczenie. Bardzo się cieszył, że się zakwalifikował. I ja się cieszę, że jemu się udało. Jak wspominałam, dzięki chorobie jestem w miejscu bogactwa. Mam wspinałką rodzine, przyjaciół. Złote, srebrne, brązowe medale, mistrzostwo Europy z 2023 r., którego będę bronić we wrześniu, i piąte miejsce na paraolimpiadzie w Paryżu. Nie usłyszy pan ode mnie, że mi ciężko. Mieszkam sama i ze wszystkim sobie radzę. O pomoc proszę tylko wtedy, gdy trzeba włożyć walizkę na szafę. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Lekarze na pierwszej linii. Cywile w służbie armii

Rosnące zagrożenie militarne stawia nowe wyzwania przed systemem ochrony zdrowia. O tym, dlaczego potrzebna była funkcja pełnomocnika MON ds. współpracy z podmiotami leczniczymi, jak szkolić w zakresie medycyny pola walki i jak uniknąć chaosu w powołaniach na ćwiczenia, mówi **prof. Jerzy Sieńko** w rozmowie z Anną Wojdą.

W lipcu został Pan powołany na stanowisko pełnomocnika ds. współpracy z podmiotami leczniczymi podległymi MON, co było jedną z ostatnich decyzji byłej minister zdrowia Izabeli Leszczyny. Skąd decyzja o utworzeniu takiego stanowiska?

W ostatnim czasie w przestrzeni medialnej pojawiały się informacje dotyczące wykorzystania cywilnej ochrony zdrowia w różnych aspektach wojskowych. Nie były one konsultowane z resortem zdrowia, dlatego minister Izabela Leszczyna zdecydowała o utworzeniu funkcji pełnomocnika.

Jeżeli mówi się o szkoleniach cywilnej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej czy ratowniczej, to trzeba je poprzedzić analizą środowiskową i uregulować odpowiednimi przepisami wykonawczymi. Obecnie każdy lekarz i pielęgniarka w Polsce mogą raz na dwa lata zostać powołani na tygodniowe ćwiczenia wojskowe. Premier zapowiedział, że ćwiczenia te będą miały charakter powszechny. Jeżeli mają się odbywać na masową skalę, muszą być zaplanowane w taki sposób, aby nie zakłóciły funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – zarówno w czasie pokoju, jak i w warunkach wojny. Projekty szkoleniowe wymagają zatem analizy i MON, i MZ.

Czy zatem jako pełnomocnik będzie Pan chronił lekarzy przed „pójściem w kamasze”, o czym swego czasu mówił Ludwik Dorn?

Nie chodzi o to, by unikać szkoleń wojskowych. Jestem przekonany, że środowisko lekarskie ma poczucie odpowiedzialności – zwłaszcza zabiegowcy wiedzą, że w razie konfliktu zbrojnego to na nich będzie spoczywał obowiązek wsparcia wojska. Dzięki współpracy z MON jesteśmy w stanie

Chirurg w każdym szpitalu musi wiedzieć, jak wygląda opatrunek założony przez ratownika wojskowego, bo pacjent z frontu może trafić właśnie do niego

odpowiednio się do tego przygotować. Chodzi o to, by w powołaniach na ćwiczenia panował porządek, a same ćwiczenia były nakierowane na dostosowanie procedur do realiów działań wojennych.

W działania łączące medycynę cywilną z wojskową angażuje się Pan już od dawna. W ubiegłym roku zorganizował Pan szkolenia wojskowe dla kadry medycznej w woj. zachodniopomorskim. Mam świadomość, że od likwidacji Wojskowej Akademii Medycznej w 2002 r., która kształciła lekarzy na potrzeby wojska, wśród kadry medycznej brakuje wiedzy z zakresu medycyny pola walki. Próba reaktywacji

WAM nie gwarantuje szybkiego uzupełnienia kadry medycznej wobec ustawicznego zagrożenia wojną. Ta świadomość doprowadziła m.in. do zakupu szpitali polowych. Problem polega jednak na tym, kto – jako wysoko wykwalifikowana kadra – miałby w nich pracować.

Dlatego jesienią 2024 r. w województwie zachodniopomorskim uruchomiłem pilotażowy program szkolenia cywilnych kadr medycznych. Zaczęło się od spotkania dowództwa 12. Brygady Zmechanizowanej w Szczecinie z konsultantami wojewódzkiemi chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii, anestezjologii oraz pielęgniarstwa operacyjnego i anestezjologicznego. Zobligowano konsultantów do zrekrutowania lekarzy i pielęgniarzek ze szpitali w regionie w takiej liczbie, aby nie zakłóciły ich funkcjonowania ani w czasie pokoju, ani wojny.

W styczniu 2025 r. w jednostce odbyło się zebranie szkoleniowo-rekrutacyjne. Komendant Wojskowego Centrum Rekrutacji zebrał dane uczestników i umówił się z nimi na indywidualne rozmowy. Z wyprzedzeniem poinformowano ich również o następnym spotkaniu w październiku 2025 r. na poligonie w Drawsku Pomorskim.

Nasze działania wsparł gen. Marek Sokołowski, dowódca

generalny Rodzajów Sił Zbrojnych RP, który jako wielokrotnie sprawdzony w boju żołnierz dostrzegł sens tego projektu. W październiku, tuż po ćwiczeniach na poligonie, odbędzie się Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich, podczas którego wygłoszę wykład „Chirurgia polska wobec zagrożenia wojną”. To będzie dobry moment, by podsumować projekt i rozpocząć jego wdrażanie w całym kraju.

Na początku roku zapowiedział Pan wprowadzenie modułu z medycyny pola walki do programu specjalizacji z chirurgii ogólnej.

Program specjalizacji jest pisany od nowa, a jesienią zaprezentujemy ostateczny projekt i przekażemy go do analizy środowiskowej. Chcemy zwłaszcza poznać opinię najmłodszych specjalistów chirurgii, którzy mają najświeższe informacje z zakresu działania systemu kształcenia.

Medycyna pola walki pojawia się w programie specjalizacyjnym, ponieważ każdy chirurg, niezależnie od tego, czy pracuje w szpitalu polowym drugiego stopnia, czy w szpitalu cywilnym, może mieć do czynienia z pacjentem rannym na froncie. Musi wiedzieć, jak ranny został zaopatrzony, np. że ma wepchnięty 1,5-metrowy opatrunek hemostatyczny. Lekarz musi wiedzieć wszystko o opatrunkach stosowanych przez ratowników wojskowych – jak, kiedy i dlaczego są zakładane – by umieć „rozpakować” pacjenta.

To nie jest wiedza oczywista, bo na studiach nie uczono nas opatrywania ran postrzałowych, które mają inną specyfikę niż spotykane przez nas na co dzień. Na początku wojny w Ukrainie tamtejsi lekarze musieli zmierzyć się z wielkimi drewnianymi drzazgami w ciałach rannych żołnierzy, trudnymi do wydobycia i utrudniającymi gojenie się ran. Pochodziły z belek używanych do umacniania okopów. Dzięki uwagom chirurgów na drewniane belki zakładane są teraz solidne siatki, które w razie wybuchu nie dopuszczają do zranienia żołnierzy.

Moduł z medycyny pola walki będzie trwał pięć dni i będzie prowadzony stacjonarnie w jednym z ośrodków wojskowych. Zakończy go egzamin praktyczny i teoretyczny.

Czy kurs z medycyny pola walki zastąpi inne kursy?



foto: larchiwum prywatne

Zespół ekspertów powołany przez konsultanta krajowego opracowuje program specjalizacji również pod kątem redukcji i zmiany niektórych kursów dotychczasowych, które są niepotrzebne, np. dlatego że stanowią powtórzenie niektórych kursów z okresu stażu podyplomowego czy nawet studiów. Chodzi o to, by stworzyć jak najwięcej przestrzeni dla medycyny praktycznej, likwidując i minimalizując kursy teoretyczne.

Zmieniła się nie tylko rzeczywistość geopolityczna, ale również chirurgia ogólna. Za chwilę w większości szpitali pojawią się roboty, które dystrybuuje coraz więcej firm w Polsce. Dlatego chcemy, by w kilku miejscach w Polsce każdy rezydent chirurgii ogólnej mógł przejść podstawowy kurs operowania na takim robocie.

Dziś nie ma takiej możliwości. Robotami operują tylko specjaliści, którzy uzyskali specjalny certyfikat. Jeżeli w szpitalu wykonuje się rocznie np. 80 operacji robotowych na jelicie grubym, to według obecnych przepisów może wykonywać je tylko jeden chirurg. Żeby uzyskać refundację, należy robić przynajmniej 50 takich operacji rocznie, tyle samo, ile musi w ciągu roku wykonać chirurg, by utrzymać certyfikat. Nie ma więc mowy, by w takim szpitalu operacje robotowe wykonywało dwóch lub więcej chirurgów. Jeżeli w tym

◀**Prof. Jerzy Sieńko**, konsultant krajowy chirurgii ogólnej, chirurg onkologiczny, transplantolog, pełnomocnik ds. współpracy z podmiotami leczniczymi podległymi Ministerstwu Obrony Narodowej

ośrodku mamy ośmiu rezydentów, z których każdy do specjalizacji musi wykonać 30 operacji na jelicie grubym – 15 jako operator, 15 jako asysta, to żaden z nich nie ma szansy wypełnić książeczki specjalizacyjnej. Dzień zakupu robota do oddziału jest dniem żałoby dla rezydentów, a konsultant krajowy mógłby odebrać akredytację szkoleniową dla takiego oddziału, aby nie tworzyć fikcji. Nie możemy udawać, że nic się nie dzieje.

To niejedyna zmiana, którą Pan planuje.

Chcę również zrewidować katalog operacji tak, by specjaliści doskonalili te najczęściej wykonywane zabiegi w chirurgii. Nowością będzie egzamin kompetencji po II roku specjalizacji. Nie możemy wrócić do obowiązujących dawniej I i II stopnia specjalizacji, bo przepisy unijne mówią, że specjalizacja nie może trwać krócej niż pięć lat i jest jednostopniowa. Dlatego chcemy, by po dwóch latach szkolenia specjalizacyjnego lekarz mógł przystąpić do kompetencyjnego egzaminu ustnego przed komisją złożoną z praktyków. Jeśli zda, uzyska dokument potwierdzający kompetencje, ważny dożywotnio.

Obecnie po dwóch latach specjalizacji lekarz staje się tzw. lekarzem systemu i może przyjmować pacjentów w poradni, a wizyty mogą być rozliczane przez NFZ, pod warunkiem że nad poradnią sprawuje pieczę lekarz specjalista. Jeśli jednak nie ukończy specjalizacji, traci te uprawnienia wraz z końcem rezydentury. Dziś kierownik specjalizacji ma związane ręce – jeśli widzi, że jego podopieczny nie nadaje się do chirurgii, może mu zasugerować zmianę specjalizacji, ale szkolący się lekarz nie musi go posłuchać. Dzięki egzaminowi kompetencyjnemu nawet w przypadku rezygnacji z dalszej specjalizacji lekarz będzie mógł pozostać w systemie z określonym zakresem kompetencji. ●

Profesor z ego, lekarz z klasą. Co się liczy w medycynie

Jedno spotkanie wystarczy, by odsłonić wszystko. W świecie pełnym tytułów, gdzie łatwo o urazę, a trudno o rozmowę, dojrzewa prawdziwa lekcja o komunikacji, autorytecie i roli mistrza. Zaczęło się od przewracania oczami i banalnych pytań. Skończyło? Zaskakująco dobrze.

Duży szpital. Spotkanie z lekarzami i kierownictwem na temat organizacji pracy oddziałów. Rozmawiamy o zarządzaniu, finansach i poszukiwaniu sprawniejszych rozwiązań z korzyścią dla lekarzy i pacjentów. Żeby dotrzeć do sedna problemu, trzeba temat rozłożyć na czynniki pierwsze. Pomaga w tym metoda pozornie naiwnych pytań – to właśnie pod nimi często chowają się najprostsze i najskuteczniejsze odpowiedzi.

Pani siedząca naprzeciwko przewraca oczami. Pytana o powód tej postawy odpowiada, że pytania są zbyt banalne, a poza tym nie mówi się „doktorze” do profesora belwederskiego. I do niej, nawiasem mówiąc, także nie. W bonusie pada jeszcze stwierdzenie, że mężczyźni profesorów się docenia, kobiety nie.

Kilka minut spotkania – a już cały pakiet spraw do uporządkowania.

Po pierwsze, żeby nie było takich niespodzianek, że ktoś nie rozumie, po co się spotykamy i o czym mówimy, trzeba zbudować solidne podstawy. Samo zakomunikowanie celu spotkania często nie wystarcza. Trzeba się upewnić, że wszyscy naprawdę to zrozumieją. Każdy uczestnik przynosi ze sobą „plecak” własnych doświadczeń i patrzy na sprawy przez własną soczewkę. Jeśli lekarz nie wyjaśni pacjentowi, na czym polega badanie per rectum, tylko zapyta o nie swoim językiem, to mimo zgody pacjent może poczuć się bardzo niekomfortowo. To, że coś się mówi, nie oznacza jeszcze, że zostało usłyszane. A co dopiero zrozumiane i użyte w działaniu.

Po drugie, warto ustalić formy zwracania się do siebie. To kwestia ego, a ego w medycynie to sprawa niebagatelna.

Po trzecie, to, co dla kogoś oswojone i oczywiste, może kryć klucz do zmiany. Jak nierozpakowana walizka po podróży

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



po jakimś czasie przestaje przeszkadzać, więc nikt się nią nie zajmuje. Konsultantów z zewnątrz zaprasza się po to, by dostrzegli te walizki i zadali pytanie: dlaczego wciąż stoją nierozpakowane? Takie pytania bywają drażniące, ale mogą przynieść realną korzyść. Trzeba tylko dojrzałości, żeby to zrozumieć i zaakceptować.

Po czwarte, jeśli naprawdę chcesz wiedzieć, co ktoś myśli, nie zakładaj niczego z góry. Po prostu go zapytaj. To, co ty myślisz, że on myśli, to nadal tylko twoja soczewka.

Po piąte, w medycynie podobnie jak w biznesie nie powinno mieć znaczenia, czym się jest synem, córką ani jakiej się jest płci. Liczy się to, co ktoś potrafi, jakim jest człowiekiem, jak rozmawia z innymi. Czy potrafi przekonać zespół, by poszedł za nim – nie siłą, lecz zaufaniem. Tę umiejętność mają zarówno kobiety, jak i mężczyźni. I właśnie w taki równy sposób powinniśmy o sobie myśleć.

A na koniec kilka słów o profesorowaniu. W tym samym szpitalu przy jednym ze stolików w stołówce codziennie siadywał starszy pan – może miał już dziewięćdziesiąt lat. Biła od niego dobra energia – serdeczność, spokój i klasa. Co chwilę ktoś wchodził i z ciepłem mówił: „dzień dobry, panie profesorze”. Lekarze starsi i młodszy, pielęgniarki. To nie

były tylko gesty dobrego wychowania ani „inwestycyjne ukłony”. To były szczerze oznaki szacunku.

To profesor, który wychował siedmiu młodszych profesorów. Ci, którzy do niego przychodzili i chcieli się uczyć, dziś sami są wybitnymi lekarzami. Taki właśnie mistrz, jakiego wciąż szukają młodzi studenci. W czasach kryzysu autorytetów tacy ludzie nadal istnieją. Piotr Suwalski, Robert Gałązkowski, Cezary Kępka, Marcin Grabowski i wielu innych nie muszą przypominać, co stoi przed ich nazwiskiem. I tak wszyscy wiedzą, kim są i co potrafią. I to jest prawdziwy autorytet.

Wracając do wspomnianego spotkania – zakończyło się całkiem dobrze. Zespół ma chęć, ma wolę i rusza dalej. Tak właśnie kształtuje się proces grupowy: na początku bywa trudno, żeby potem coś przepracować, wyciągnąć wnioski i zrobić krok naprzód.

Pani profesor w pewnym momencie powiedziała, że jest przede wszystkim lekarzem, i to było naprawdę z klasą. Choć w ochronie zdrowia – ze względu na wagę materii odpowiedzialność, stres, ryzyko i, nie oszukujmy się, obecne tu i ówdzie ego – bywa naprawdę trudno.

Ale właśnie wtedy warto zadawać pytania. I słuchać odpowiedzi.

PRAKTYKA LEKARSKA

Jakość i dostępność kształcenia muszą iść w parze

Absolwentom kierunku lekarskiego trzeba zapewnić odpowiednią liczbę miejsc specjalizacyjnych, a jednocześnie dbać o jakość szkolenia – mówi **prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak**, kardiolog, internista, hipertensjolog, farmakolog kliniczny, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Został Pan powołany na stanowisko dyrektora CMKP w nowej procedurze, zakładającej udział m.in. samorządu lekarskiego. Będzie Pan szefem połączonego centrum kształcenia podyplomowego dla lekarzy i pielęgniarek. Co to zmienia w samej procedurze kształcenia podyplomowego?

Cieszę się, że zostałem powołany w takiej procedurze konkursowej i na dodatek w której wzięło udział kilku znakomitych profesorów medycyny. W odróżnieniu od instytutów resortowych podległych Ministerstwu Zdrowia, w których wyboru dyrektora dokonuje minister, CMKP w rozumieniu nowej ustawy stanowi pewną hybrydę prawną: uczelni wyższej i ważnej instytucji podległej resortowi zdrowia, przez którą to właśnie ministerstwo realizuje politykę kształcenia podyplomowego wszystkich pracowników systemu ochrony zdrowia w Polsce – nie tylko lekarzy, ale również pozostałych pięciu zawodów medycznych: pielęgniarek i położnych, farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych. Biorąc pod uwagę, że najliczniejsze grupy zawodowe to pielęgniarki i lekarze, ustawodawca stworzył dla nich przywilej udziału w komisji konkursowej. CMKP staje się zatem instytucją, która ma się orientować na szkolenie podyplomowe wszystkich wymienionych zawodów medycznych, ale zwłaszcza tych najliczniejszych: pielęgniarek i lekarzy.

Co nowego wnosi nowelizacja ustawy o CMKP w zakresie poprawy jakości kształcenia lekarzy i lekarzy

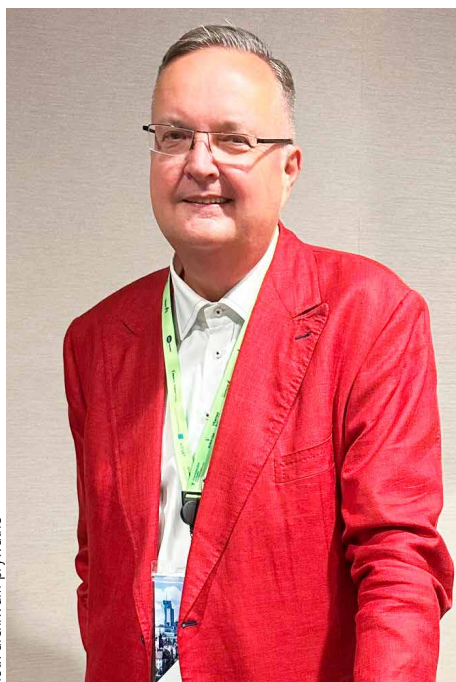


foto: archiwum prywatne

dentystów? Jakie są najpilniejsze potrzeby i wyzwania w tym obszarze?

Ustawa daje tylko pewne ramy prawne działania, a wypełnić je trzeba treścią i praktyką. Programy specjalizacji wymagają stałego udoskonalania, uprządkować trzeba także kwestię kursów wymaganych w programach specjalizacji. Zwrócimy też uwagę na monitorowanie jakości kształcenia w podmiotach akredytowanych, a nie tylko, jak dotychczas, na spełnianie wymogów akredytacyjnych. Już za kilka lat do systemu specjalizacji będzie wchodzić w każdym roku ponad

◀ Liczba internistów w Polsce dramatycznie spada. Potrzebujemy rozwiązań, które odwrócą ten trend – uważa **prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak**

10 tys. absolwentów kierunku lekarskiego. Trzeba im zapewnić odpowiednią liczbę miejsc specjalizacyjnych, co będzie wiązało się z koniecznością poszerzania listy podmiotów akredytowanych. Z drugiej strony CMKP musi dbać o jakość kształcenia, w związku z tym trzeba zachować równowagę i bardzo uważnie przyglądać się tym nowym podmiotom.

Jakie będą pierwsze decyzje nowego szefa CMKP?

Ustawa wymaga od nowego dyrektora CMKP szybkiego opracowania nowego statutu instytucji, który odpowiadałby zadaniom ustawowym. Zdradzę też, że po raz pierwszy w historii CMKP jednym z nowych wicedyrektorów będzie osoba ze środowiska pielęgniarskiego. Dokonamy oceny stanu instytucji – Ministerstwo Zdrowia rozpoczyna właśnie kontrolę niektórych aspektów działania CMKP, mam nadzieję, że wnioski z tej kontroli pozwolą nam jeszcze lepiej określać kierunek dalszego rozwoju tej specyficznej uczelni. Jako uczelnia będąca organem założycielskim szpitali własnych, jak i mająca swoje jednostki również na bazie obcej, musimy szczególnie zadbać o aspekty działalności klinicznej i kondycję, w tym finansową,

własnych jednostek. Jest w tej kwestii sporo wyzwań.

Czy widzi Pan szansę, aby umożliwić lekarzowi realizację drugiej specjalizacji w ramach rezydentury?

Jest to pytanie do Ministerstwa Zdrowia, a nie dyrektora CMKP, ale jeżeli pyta mnie Pani o moją opinię – tak, przychyłalbym się do takiego rozwiązania zwłaszcza w kontekście specjalizacji deficytowych. Pomiędzy w perspektywie najbliższych 8–10 lat liczba lekarzy wzrośnie do ponad 180 tysięcy, to nadal ogromnym problemem będzie na przykład deficyt internistów. Dysponujemy danymi, które wskazują, że do 2028 r. ubędzie ich prawie 2000. W rozwiązaniu tej sytuacji pomogłaby zgoda na realizowanie w pierwszym wyborze rezydentem interny, jeżeli dla takiego internisty specjalizacje, jak kardiologia, pulmonologia, nefrologia, endokrynologia, gastrologia i inne, byłyby dostępne w trybie drugiej rezydentury. Być może mogłoby to być rozwiązanie przejściowe, które pozwoliłoby doraźnie zwiększyć liczbę internistów, być może część z nich pozostałaby tylko przy tej specjalizacji, a część realizowała się w internie chociaż częściowo, jednocześnie szkolić się dalej. Dla systemu byłoby to dobre rozwiązanie.

Jaką rolę w szkoleniu podyplomowym powinny odgrywać izby lekarskie?

Szkolenie podyplomowe musi być nadzorowane przez CMKP, ale dobra współpraca z samorządem lekarskim jest tutaj oczywiście niezbędna. Bardzo doceniam profesjonalny system szkolenia podyplomowego stworzony zarówno przez Naczelną Izbę Lekarską, jak i Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie – wspominam o tych dwóch podmiotach, bo sam również mam ogromną przyjemność uczestniczyć w tych szkoleniach jako wykładowca. Jestem otwarty na szerszą dyskusję na temat roli izb lekarskich w szkoleniu podyplomowym zarówno z władzami samorządu, jak i z Radą Ekspertów NIL. To zresztą szerszy problem, w kontekście ciągnących się od lat dyskusji nad umiejętnościami lekarskimi, tu także widziałbym rolę samorządu

lekarskiego współdziałającego z towarzystwami naukowymi.

W środowisku medycznym kontrowersje wzbudzają niektóre Pańskie wypowiedzi dotyczące strategii walki z nalogiem tytoniowym. „Less harm” to dziś hasło chętnie używane przez koncerny produkujące „innowacyjne produkty tytoniowe”. Jak się Pan do tych zarzutów odniesie?

Tak się akurat składa, że te „zarzuty” pojawiły się, gdy szczególnie mocno wraz z innymi ekspertami włączyłem się w walkę z największym epidemicznie zagrożeniem dla polskiej młodzieży – czyli z e-papierosami. Walkę wygraną, bo wprowadzono zresztą skuteczne instrumenty prawne w Polsce w zakresie ochrony nieletnich przed tymi produktami.

Mam wiele przesłanek, aby sądzić, że to „wzmocnienie” zainteresowania i nagłaśnianie od lat przez nas dyskutowanych kwestii stało się grą pomiędzy koncernami produkującymi różne rodzaje produktów tytoniowych i beztytoniowych. A przecież powtarzamy tylko to, co znajduje się w najnowszych zaleceniach niektórych organizacji medycznych na świecie. Przykładowo najnowsze stanowisko z 2025 r. amerykańskiej National Comprehensive Cancer Network (NCCN) mówi wyraźnie, że każdy lekarz musi wspierać całkowitą rezygnację z palenia papierosów, bez względu na jej formę, co jest zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Z drugiej strony to samo NCCN przypomina, że niektóre tzw. wyroby tytoniowe zmodyfikowanego ryzyka (ang. MRTF – modified risk tobacco products) oceniane były i badane przez amerykańską agencję rządową FDA, a ich używanie wiąże się z niższym ryzykiem zdrowotnym niż palenie papierosów. Oczywiście żaden z tych produktów nie został zatwierdzony przez FDA do leczenia nikotynizmu, ale wiele towarzystw naukowych, w tym polskich, dyskutuje o możliwości stosowania takiego produktu u dotąd palącego pacjenta, gdy wyczerpią się wszystkie metody

odzwyczajania: behawioralne, edukacyjne, farmakologiczne, a pacjent nie daje się przekonać do rzucenia nalogu. Ma to być droga do rzucenia nalogu.

Jestem przekonany, że ta dyskusja będzie kontynuowana – nasze inicjatywy w tym względzie postulują m.in. bardziej szczegółowe przeprowadzanie wywiadu lekarskiego, pytania nie tylko o papierosy tradycyjne, ale też o e-papierosy nikotynowe i beznikotynowe, o podgrzewacz tytoniu i o woreczki (snusy) z nikotyną. Jako lekarze praktycy nie możemy zamykać oczu na te zupełnie nowe zjawiska wśród naszych pacjentów, musimy je lepiej poznać, porównywać pomiędzy sobą i rozumieć związane z nimi zagrożenia.

Bardzo krytycznie oceniał Pan działalność poprzedniej koalicji rządzącej i działania w obszarze zdrowia. Jednocześnie angażował się Pan w inicjatywy jednoznacznie polityczne – takie jak Campus Polska. Jak Pan ocenia dokonania byłej już minister Izabeli Leszczyńskiej?

Trzy pytania w jednym? I to w ograniczonym objętościowo wywiadzie? No dobrze, spróbuję. Tak, bardzo krytycznie oceniam działalność poprzedniej koalicji rządowej w sferze ochrony zdrowia, ale przynajmniej, że całościowej wizji i dobrych pomysłów na ochronę zdrowia brakowało w Polsce od 1989 r., od początku zmiany ustrojowej. Tak, uczestniczyłem dwukrotnie w spotkaniach z młodzieżą w ramach paneli dyskusyjnych podczas Campus Polska i niezwykle doceniam, że mogłem tam być. Były to czasy okolicy covidowej w 2022 i 2023 r., była tam możliwość dyskusowania o wielu patologiach ochrony zdrowia i edukacji medycznej: o ruchach antyszczepionkowych, o zaufaniu do lekarzy, o priorytetach kształcenia medycznego, o przyszłości medycyny. Znaleźć się w gronie takich prelegentów, jak m.in.: Marian TurSKI, Olga Tokarczuk, prof. Jerzy Buzek, ambasador Marek Brzeziński, Agnieszka Holland, Wanda Traczyk-Stawska,

PRAKTYKA LEKARSKA

Skalpel przestaje być symbolem walki z rakiem

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI
DZIENNIKARZ

Coraz więcej nowotworów można dziś leczyć bez rozcinania ciała, wyniszczającej chemii i długiej rekonwalescencji. Immunoterapia, terapia radioligandowa czy ablacja zmieniają podejście do leczenia nowotworów. Potrzeba tylko jednego – systemowego wdrożenia tych metod w Polsce.

ks. Kazimierz Sowa, ks. Arkadiusz Nowak, prof. Ewa Łętowska, Radosław Sikorski i wielu, wielu innych, to w mojej ocenie wyjątkowy zaszczyt. Każdy, kto był na Campus Polska, z pewnością potwierdzi niesamowitą atmosferę tego miejsca. I ostatnie pytanie: bardzo pozytywnie oceniam kilka elementów, które udało się wprowadzić do systemu ochrony zdrowia od grudnia 2023 r., ale przede wszystkim próby racjonalizacji i porządkowania systemu. Napisałem na ten temat cały felieton na łamach „Świata Lekarza”, serdecznie zapraszam do lektury.

Jest Pan bardzo aktywny w mediach społecznościowych. Pańskie konto na Instagramie ma prawie 30 tys. obserwujących. Czy to dobry sposób na popularyzację często trudnych zagadnień medycznych? Na co uważać, prowadząc taką formę edukacji w sieci?

Dziękuję za reklamę. Nie można dzisiaj podejmować się roli edukatora medycznego, nie można wypowiadać się o postępach medycyny, zaniedbując nowoczesne kanały technologiczne. Uświadomić to sobie powinien każdy pracownik systemu ochrony zdrowia. Ja wybrałem te dla „starszego” i „średniego” pokolenia XXI wieku, czyli Facebook (konto @Prof. Krzysztof J. Filipiak, obserwowane przez 17 tysięcy osób) oraz Instagram (konto @profkrzysztofjfilipiak, obserwowane przez 28 tysięcy osób). A czy to dobry sposób na popularyzację wiedzy medycznej? Proszę samemu sprawdzić. Oczywiście edukacja w sieci musi być odpowiedzialna i zgodna z prawem. Bardzo doceniam tutaj nie tylko wysiłki blogerów lekarzy, pielęgniarek, ratowników, farmaceutów – dużo bardziej ode mnie popularnych w sieci, ale też inicjatywy samorządu lekarskiego, gdzie m.in. dzięki dr Marii Kłosińskiej z NIL udało się zbudować platformę do dyskusji na ten temat. Mam oczywiście wiele obiekcji, gdzie medycyna nie powinna „wchodzić”, stąd, jak powyżej, nie zdecydowałem się na media „młodsze” pokolenia, które się dopiero kształtują i nie wiemy, jaką ostatecznie przybiorą formę w przyszłości. ●

Zaskakujące wyniki badań przedstawiono podczas tegorocznego kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Badań nad Rakiem (AACR) w Chicago. Opublikowane również w „New England Journal of Medicine”, pokazały, że immunoterapia może pozwolić pacjentom z niektórymi guzami litymi uniknąć operacji i uciążliwej chemioterapii.

Prof. Luis Diaz z Memorial Sloan Kettering Cancer Center w Nowym Jorku wskazał, że jeśli guz jest jedynie miejscowo zaawansowany i wykazuje tzw. deficyt naprawy niesparowanych nukleotydów DNA, zastosowanie immunoterapii (blokada PD-1) daje dużą szansę na uniknięcie operacji i chemioterapii, jak również radioterapii – i to bez względu na umiejscowienie guza.

To tylko 1–2 proc. pacjentów, ale sukces może być znaczący, o ile potwierdzą go dalsze badania kliniczne i dane z praktyki.

Prezes Polskiej Unii Onkologii dr Janusz Meder zaleca ostrożność. Jego zdaniem należy jeszcze poczekać z ogłoszeniem sukcesu. Potwierdza jednak, że byłoby to kolejne znaczące osiągnięcie. Podobnie było z terapią celowaną, jak też z immunoterapią.

Na razie immunoterapię lekiem dostarlimab stosowano jako pierwszą linię leczenia (a nie dopiero wtedy, gdy dojdzie do nawrotu choroby) przez sześć miesięcy u pacjentów z rakiem odbytu, a później także z innymi nowotworami – przełyku, endometrium, nerki, wątroby, cewki moczowej, pęcherzyka i przewodów żółciowych. Efekty są obiecujące. – U 80 proc. pacjentów sama immunoterapia może wystarczyć – uważa prof. Luis Diaz.

LECZENIE PRZYCZYN, A NIE OBJAWÓW

To nie pierwszy raz, gdy skuteczna farmakoterapia zmienia oblicze leczenia. W latach 80. XX wieku inhibitory pompy protonowej zastąpiły operacje w zaawansowanej chorobie wrzodowej przewodu pokarmowego, a od dekady leki bezinterferonowe skutecznie eliminują wirusowe zapalenie wątroby typu C, zapobiegając konieczności przeszczepu tego organu. Korzyść jest podwójna, bo z takiej transplantacji częściej mogą skorzystać inni pacjenci.

Przełom nastąpił również w leczeniu zapalenia zatok przynosowych. Dzięki lekom blokującym

interleukinę piątą można skutecznie leczyć przyczynę choroby – bez sterydów donosowych lub doustnych i operacji, które często kończyły się nawrotem. U 40 proc. pacjentów zdarzało się to w ciągu 18 miesięcy od operacji.

– Obecnie dzięki nowoczesnym terapiom biologicznym możemy leczyć przyczynę choroby, a nie tylko jej objawy – zapewnia prof. Piotr Kuna, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

PRECYZYJNY RADIOFARMACEUTYK

Gdy nie ma odpowiednich leków, pomocą służy terapia radioligandowa (RLT) – połączenie radioaktywnego izotopu z nośnikiem, który precyzyjnie trafia do komórek nowotworowych, by je zniszczyć promieniowaniem jonizującym. Jak wyjaśnia konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej prof. Leszek Królicki, promieniowanie beta działa na komórki położone w zasięgu dosłownie kilku milimetrów od miejsca emisji, natomiast promieniowanie alfa niszczy kilka, kilkanaście najbliższych komórek. – Wystarczy zaledwie 10 cząsteczek radiofarmaceutyku, by uszkodzić komórkę nowotworową. W przypadku chemioterapeutyku podobny efekt wywołuje dopiero działanie co najmniej 1000 cząsteczek leku na komórkę – mówi prof. Leszek Królicki.

Terapia stosowana jest w leczeniu m.in. neuroblastomy u dzieci, przerzutów raka prostaty, guzów neuroendokrynnych i niektórych nowotworów tarczycy. Lista wskazań stale się poszerza.

LUTET PRZECIWKO RAKOWI

W przypadku raka prostaty obiecującym nośnikiem jest peptyd PSMA, który swoiście łączy się z komórkami nowotworowymi. Po scyntygrafii możliwe jest podanie radiofarmaceutyku znakowanego lutetem 177.

– Duże badanie kliniczne VISION potwierdziło skuteczność i bezpieczeństwo tej terapii u chorych, u których zawiódła hormonoterapia i chemioterapia – podkreśla prof. Królicki.

Metoda jest od niedawna testowana w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie i Świętokrzyskim Centrum Onkologii, które ma wieloletnie doświadczenie w RLT i jest pierwszym ośrodkiem w Polsce, gdzie rozpoczęto badanie kliniczne z wykorzystaniem tej terapii.

Informacje o badaniu w rozsiały raku prostaty dostępne są w Onkologicznym Centrum Wsparcia Badań Klinicznych ŚCO pod mailem: badania.kliniczne@onkol.kielce.pl.

ZAMIAST SKALPELA – ABLACJA

W onkologii coraz częściej wykorzystuje się małoinwazyjne metody. Standardem na świecie jest radiologia interwencyjna, która u nas wciąż raczkuje, choć jej rozwój uwzględniono w Narodowej Strategii Onkologicznej. Dopiero w styczniu 2025 r., po pięciu latach starań, wpisano termoaablację guzów płuc i kości i krioablację guzów

Wystarczy 10 cząsteczek radiofarmaceutyku, by zniszczyć komórkę rakową. Dla porównania: chemioterapia potrzebuje ich aż 1000

nadnerczy do koszyka świadczeń gwarantowanych. Zapóźnienia w upowszechnieniu tej metody sięgają u nas 15–20 lat.

Polscy pacjenci nie mają świadomości, że guzy mogą być usuwane bez rozległych operacji. Radiologia interwencyjna nie ma tak silnego lobby jak roboty chirurgiczne, choć często bywa skuteczniejsza. Wiele nowoczesnych metod małoinwazyjnych jest u nas powszechnie stosowanych, na przykład w kardiologii i neurochirurgii, w zawałach serca i udarach mózgu, w leczeniu tętniaków. Brakuje ich tylko w onkologii, gdzie są tak bardzo potrzebne.

Dr n. med. Grzegorz Rosiak z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przekonuje, że szersze wykorzystanie radiologii interwencyjnej mogłoby znacząco poprawić skuteczność leczenia nowotworów. Przykładem jest termoaablacja guzów płuc u pacjentów z rakiem jelita grubego z przerzutami do płuc. Według amerykańskich wytycznych National Comprehensive Cancer Network (NCCN) z marca 2021 r. taki zabieg powinno się wykonać u pacjenta,

który nie może być operowany, ale ma dwa, trzy drobne przerzuty.

W przypadku guza nerki o średnicy do 4 cm termo- lub krioablacja stosowana jest u starszych pacjentów z chorobami współistniejącymi. Połączenie ablacji z cementoplastyką pozwala z kolei uniknąć złamań kręgosłupa i złagodzić ból przy przerzutach do kości.

– Trzeba tylko dobrze wyselekcjonować grupę pacjentów kwalifikujących się do zabiegów onkologii interwencyjnej – zaznacza dr Rosiak.

NOWE DANE, MNIEJ POWIKŁAŃ

Badanie kliniczne COLLISION (opublikowane podczas kongresu ASCO w 2024 r.) pokazało, że termoaablacja przerzutów raka jelita grubego do wątroby (do 10 zmian o średnicy do 3 cm) daje podobne wyniki jak klasyczna operacja, ale rzadziej dochodzi do powikłań.

Radiologia interwencyjna jest też jedyną opcją dla wielu pacjentów, którzy nie kwalifikują się do klasycznej operacji. Przykładowo w raku wątrobowokomórkowym jedynie 10 proc. pacjentów kwalifikuje się do resekcji, a znacznie więcej, bo 50–70 proc. chorych może być leczonych metodami radiologii interwencyjnej.

Dodatkowo metoda ta pozwala interweniować przy powikłaniach pooperacyjnych, takich jak ropnie powstające w wyniku operacji z zakresu ginekologii onkologicznej. Ich drenaż umożliwia uniknięcie kolejnej operacji. – Z naszych doświadczeń wynika, że jest to możliwe w 95 proc. przypadków, a kolejna operacja wiąże się z wyższą śmiertelnością – podkreśla dr Rosiak.

W 2025 r. specjaliści WUM przeprowadzili jednoczesną ablację czterech zmian przerzutowych w trzech różnych narządach u jednej pacjentki – to przykład skoordinowanego, małoinwazyjnego leczenia onkologicznego. – Przerzut zlokalizowany w wątrobie został skutecznie zniszczony za pomocą termoaablacji mikrofalowej, natomiast przerzut w obrębie szyi oraz dwa ogniska w płucu poddano precyzyjnej krioablacji – wyjaśnia dr Rosiak.

W tym samym roku przeprowadzono pierwszy w Polsce zabieg

► Laserowa termoablacja pod kontrolą rezonansu magnetycznego to przełom w operacjach głęboko położonych struktur mózgu, pozwala przeprowadzić zabieg bez otwierania czaszki



for Shutterstock.com

termoablacji pierwotnego raka płuca u pacjenta z niewydolnością oddechową. Guz, który poddano ablacji, miał średnicę 18 mm. Jak zaznacza dr Rosiak, zabieg ten otwiera nowe możliwości terapeutyczne dla pacjentów, którzy nie kwalifikują się do leczenia operacyjnego ani radioterapii.

PRECYZJA LASERA W MÓZGU

Zabiegi małoinwazyjne stosowane są także w operacjach głęboko położonych struktur mózgu. Przełomem jest laserowa termoablacja (LITT) pod kontrolą rezonansu magnetycznego. Pozwala operować guzy, ogniska padaczkowe i naczyniaki jamiste bez otwierania czaszki.

Pierwszy taki zabieg wykonał w Polsce w październiku 2022 r. u 10-letniego chłopca zespół pod kierunkiem dr. Wojciecha Nowaka z Kliniki Neurochirurgii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Do czerwca 2025 r. zoperowano już ponad 30 pacjentów w wieku od 2 do 18 lat

z takimi schorzeniami, jak guzy mózgu, hamartoma podwzgórza, dysplazje korowe oraz naczyniaki jamiste. Zabieg rozpoczyna się od precyzyjnego wprowadzenia cien-

Zamiast rozległej operacji – precyzyjna ablacja. W jednym zabiegu można zniszczyć przerzuty w wątrobie, płucach i szyi

kiej przewodnicy lasera do operowanego miejsca wewnątrz czaszki, bez jej otwierania. Po znieczuleniu pacjent jest umieszczany wewnątrz rezonansu magnetycznego. Lekarze, śledząc badania obrazowe, uruchamiają terapię laserową kontrolując jej przebieg i zakres niszczenia tkanek.

Laser precyzyjnie niszczy chorobą tkankę, nie uszkodzając zdrowych struktur. Można go stosować

zarówno przy guzach o niższym, jak i o wyższym stopniu złośliwości – pod warunkiem że są one niewielkie (nie mogą przekraczać 2 cm średnicy) i mają regularne kształty. – Taki zabieg można powtórzyć. Nie wyklucza on zastosowania innej metody: radioterapii czy operacji neurochirurgicznej – dodaje dr Nowak.

Zabiegi są mniej inwazyjne. Jedynie u 15 proc. pacjentów zdarzają się na przykład krwiaki podtwardówkowe. Szybsza jest też rekonwalescencja. 10-letni chłopiec, pierwszy operowany tą metodą, został wypisany ze szpitala już po dwóch dniach.

Laserowa termoablacja mózgu wykonywana jest także u dorosłych. Pierwszy taki zabieg w czerwcu 2021 r. przeprowadzili specjaliści Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, drugi u 49-letniej pacjentki z guzem mózgu we wrześniu 2023 r. lekarze Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu. ●

FELIETON

O naszych portfelach

Zarabiamy dobrze. Niektórzy – bardzo dobrze. I słusznie. Bo lekarz powinien zarabiać godnie. Ale może właśnie dlatego najwyższy czas przestać udawać, że żyjemy w nędzy, i zająć się tym, co naprawdę boli w polskiej ochronie zdrowia.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat zarobki polskich lekarek i lekarzy z tematu, o którym lubiliśmy mówić publicznie, stały się zagadnieniem nieco wstydliwym. Wzrost wynagrodzeń naszej grupy zawodowej jest niezaprzeczalny, a jednak mam wrażenie, że sprawa jest na tyle osobista, że trudno o niej rozmawiać otwarcie, bez krygowania się. Narosło wokół naszych zarobków wiele legend, mitów i półprawd, powstały na ten temat niezbyt mądre powiedzonka („Pokaż, lekarzu, co masz w garażu”) i równie niemądre opinie („Lekarze zarabiają siedemdziesiąt do stu dwudziestu tysięcy złotych, a każą pacjentom na SOR-ach siedzieć na zydłu”). Żądania płacowe przez lata były na pierwszych miejscach listy postulatów wszystkich ważnych protestów lekarskich (patrz strajk anesteziologów pod koniec lat dziewięćdziesiątych czy protest rezydentów z 2017 r.). Opinię publiczną bombardowano a to zdjęciami pasków wynagrodzeń, z których wynikało, że ledwo da się związać koniec z końcem, a to relacjami z wizyt w gabinetach, po których pacjencki portfel był lżejszy o dobrych kilkaset złotych, a wizyta trwała sześć minut. Od ściany do ściany: albo przymieramy głodem i żyjemy kątem w zapuszczonej suterenie, albo mamy rezydencję z siedmioma sypialniami, lokajem, basenem i prywatnym masażystą. No i wreszcie łapówki! Kto bierze, kto daje, ile dać trzeba, ergo – jaką część dochodów nasi koledzy i nasze koleżanki otrzymują pod stołem.

Tyle o lekarskich placach mówiono, tyle podawano o nich dowodów anegdotycznych i zasłyszanych historii, wreszcie tyle razy temat naszych zarobków używano instrumentalnie do politycznych celów, że nie da się

JAKUB SIECZKO
ANESTEZIOLOG



dziś o naszych pensjach wyrazić jakiegokolwiek opinii, nie narażając się na krytykę. Nie wierzycie Państwo? No to przetestujmy trzy możliwości.

Opinia pierwsza: lekarze w Polsce zarabiają dziś zbyt mało. Kontrargumenty, które na pewno usłyszymy: biorą w łapę trzy razy tyle, w prywatnych gabinetach ceny są absurdalnie wysokie; zawsze im

Narracja o biedujących lekarzach
dawno straciła kontakt
z rzeczywistością

mało; mam kolegę, którego szwagier zna brata czyjegoś wujka, który zna lekarza, który ma dwanaście rolls-royce’ów.

Opinia druga: lekarze w Polsce zarabiają dziś w sam raz. Kontrargumenty, które na pewno usłyszymy: informatycy zarabiają tyle samo, a jednak człowiek to nie komputer; tyle lat biedowania, to wreszcie się należy; za trzysta godzin pracy to żadne pieniądze.

Opinia trzecia: lekarze w Polsce zarabiają dziś zbyt dużo. Kontrargumenty, które na pewno usłyszymy: to zapraszam na sześć lat bardzo trudnych studiów i sześć lat wyczerpującej rezydentury; nie ma w naszym kraju szacunku dla lekarskiego fachu, nie to, co gdzie indziej; przy tej skali odpowiedzialności to wcale nie takie duże pieniądze.

Widzą Państwo? No, nie da się. Jesteśmy przedstawicielami dyscypliny naukowej, absolwentami uniwersytetów, zobowiązanymi w naszej codziennej praktyce trzymać się medycyny opartej na dowodach naukowych, na materiale opisanym liczbami. Porozmawiajmy więc o liczbach, one bowiem są jakie są. Oto dane z marca bieżącego roku (podaję za portalem Rynek Zdrowia): mediana zarobków specjalistów na etatach (przypominam – mediana to wartość w szeregu, powyżej i poniżej której znajduje się równa liczba obserwacji) wynosi 21 585 zł, a specjalistów pracujących na umowach kontraktowych 24 600 zł. Zarobki rezydentów wzrosły natomiast 1 lipca 2025 r. i wynoszą obecnie w dziedzinach niepriorytetowych

► Wciąż zdarza nam się pracować w niegodnych warunkach – sprzętowych, organizacyjnych i mentalnych

9737 zł brutto przez pierwsze dwa lata kształcenia, a po tym okresie 10 030 zł brutto. W dziedzinach priorytetowych wartości te to odpowiednio 10 711 zł i 11 685 zł.

Oczywiście – na co zwraca uwagę choćby portal Rynek Zdrowia, ale mówili też o tym politycy czy prezes NRL – są wśród naszych kolegów i koleżanek tacy, którzy wystawiają szpitalom faktury na kilkaset tysięcy złotych miesięcznie (uściślając: według Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dane z 90 proc. szpitali wskazują, że osób z zarobkami w przedziale od 100 do 300 tys. zł miesięcznie jest w Polsce 431). Znajdą się też tacy, którzy zarabiają pomimo posiadanego tytułu specjalisty połowę mediany. Jednak jak uczy nas Evidence Based Medicine – dowody anegdotyczne mają wartość najniższą. Według tegorocznych danych Business Insider Polska zarabiający medianę lekarz specjalista na kontrakcie plasuje się w górnych pięciu procentach najlepiej zarabiających Polaków. Czy rzeczywiście są to zarobki okupione trzystoma czy czterystoma godzinami pracy w miesiącu? Na kontrakcie, jak wiadomo, tylko wydolność psychofizyczna i zdrowy rozsądek ograniczają przepracowany czas. Spójrzmy więc na stawki z ogłoszeń o pracę dla specjalistów. Wszedłem na facebookową stronę „Praca w Medycynie” i losowo wybrałem oferty z pięciu miejsc: neurolog, województwo mazowieckie: 200-250 zł/h, lekarz medycyny rodzinnej, województwo dolnośląskie: 150-280 zł/h, internista, województwo opolskie: 200 zł/h, okulista, województwo pomorskie: 20-30 tys. zł/miesiąc, internista, województwo łódzkie: 230-250 zł/h.

Nie będzie więc ryzykownym napisanie, że stawka 200 zł za godzinę jest dziś absolutnie w zasięgu ręki. Przypominam, że etat w Polsce to 168 godzin, a 168 pomnożone przez 200 daje 33 600. W ogromnej większości przypadków nie trzeba dziś spędzać w szpitalu dwudziestu dób w miesiącu, aby znaleźć się w górnych pięciu procentach najlepiej zarabiających Polaków. Da się to zrobić, pracując tyle, ile na etacie.

Stawiam więc hipotezę tyleż ryzykowną, co opartą na twardych danych



– po raz pierwszy, odkąd pamiętam, zarobki personelu lekarskiego nie są znaczącym problemem polskiej ochrony zdrowia. Zarabiamy godnie. I bardzo dobrze. Doskonale. Znakomicie. Sprawiedliwie. Tak, jak trzeba. Alleluja.

Jesteśmy w takiej sytuacji od kilku, może kilkunastu lat. Może jeszcze nie zdążyliśmy się do tego przyzwyczaić. Może dlatego niektórzy z nas publicznie i prywatnie powtarzają opowieść o rzekomym biedowaniu polskich lekarzy i lekarek. Szanowni Państwo, czas tę opowieść zakończyć. Biedowania nie ma. Zarabiamy godnie pieniądze. Wyjazdy na lekarzskie sakso do krajów Europy Zachodniej coraz mniej się opłacają, zwłaszcza gdy wzmniemy pod uwagę tamtejsze koszty życia. Dziś nie jest już w naszym interesie czynić z podwyższenia lekarskich pensji czołowego postulatu naszej grupy zawodowej. Czas domagać się rozwiązania kolejnych, bardziej w mojej opinii obecnie palących problemów. Zarabiamy godnie, ale wciąż zdarza nam się pracować w niegodnych warunkach. Mam tu na myśli i warunki sprzętowo-lokalowe, i feudalno-pańszczyźnianą mentalność panującą w wielu miejscach – od prestiżowych klinik po zapomniane powiatowe oddziały. Zarabiamy godnie, ale wciąż zbyt często jesteśmy krajem, który lekarskie talenty i inicjatywy gasi, zamiast wspierać. Jesteśmy krajem, gdzie zbyt często normą w miejscach naszej pracy staje się przemoc psychiczna silniejszych wobec słabszych.

Zarabiamy godnie, ale wciąż stawiamy zbyt często na przestarzałym pionowym modelu zarządzania – z jednym wszechwiedzącym bogiem-ordynatorem na górze. Świat już dawno zrozumiał, że najlepiej działa praca zespołowa i niwelowanie hierarchii i że przede wszystkim pacjentom i pacjentkom opłaca się system, w którym nikt (niezależnie od doświadczenia) nie boi się podzielić pomysłem. Zarabiamy godnie, ale wciąż, w XXI wieku, wypełniamy setki stron papierów (większości naprawdę nie wiemy po co), na czym cierpią rodzime lasy oraz nasza równowaga psychiczna. Zarabiamy godnie, ale ciągle nie potrafimy przekonać społeczeństwa i polityków do tego, że klauzula *no fault* ratuje życia, bo pozwala systemowi ochrony zdrowia się uczyć. Wreszcie – last, but not least – zarabiamy godnie, ale nasza organizacja pracy i obłożenie nią bywają skandalicznie nieracjonalne.

Dziś to właśnie te problemy, to brnięcie przez nieprzyjazny (dla pacjenta i pracownika) system, to coś, o czym powinniśmy mówić najgłośniej, czego zmiany powinniśmy się domagać, co powinniśmy naprawić, aby uczynić naszą ochronę zdrowia prawdziwie nowoczesną, zachodnioeuropejską, na miarę ambicji dużego europejskiego kraju w trzeciej dekadzie XXI wieku. Czas przestać mówić przede wszystkim o naszych zarobkach. Mamy ważniejsze sprawy do załatwienia. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Głos lekarzy w kształtowaniu polityki Unii Europejskiej

DR OLE JOHAN BAKKE
PREZES CPME

Przeciwdziałanie kryzysowi kadrowemu, etyczne wdrażanie technologii cyfrowych, zagwarantowanie szerokiej dostępności leków na równych zasadach w krajach UE i promowanie zdrowego stylu życia to najważniejsze wyzwania Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, do którego należy Naczelna Izba Lekarska.

Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) jest stowarzyszeniem o charakterze non profit, reprezentującym 37 krajowych organizacji lekarskich z Europy zrzeszających ponad 1,7 mln europejskich lekarzy. CPME jest dumny, że Naczelna Izba Lekarska od ponad 20 lat jest jego członkiem, aktywnie uczestnicząc w pracach grup roboczych i w procesie kształtowania polityki organizacji. Przedstawiciele NIL pełnili w przeszłości kluczowe funkcje w CPME – dr Konstanty Radziwiłł był prezesem w latach 2010–2012, a dr Maciej Hamankiewicz wiceprezesem w latach 2017–2018.

Naszą wspólną misją jest reprezentowanie interesów środowiska lekarskiego w instytucjach unijnych i w procesie kształtowania polityki europejskiej poprzez aktywną współpracę w szerokim zakresie spraw związanych ze zdrowiem i opieką zdrowotną. Powstały w 1959 r. CPME wypełnia tę misję przez ponad 65 lat.

W ubiegłym roku w dokumencie „Health Check 2024–2029” przedstawiliśmy pięć celów europejskich lekarzy w zakresie priorytetów zdrowotnych UE.

BEZPIECZEŃSTWO I STABILNOŚĆ PRACY

Najpilniejszym problemem jest kryzys kadrowy. Pandemia zaostrzyła istniejące problemy i postawiła nowe wyzwania, takie jak możliwość zwiększenia

wydolności ochrony zdrowia w razie nagłej potrzeby. Obserwujemy przypadki nadmiernego obciążenia pracą, przemocy i agresji werbalnej wobec pracowników ochrony zdrowia oraz przykłady tworzenia nowych zawodów lub stanowisk bez należytego uwzględnienia bezpieczeństwa pacjentów. Stwierdzamy, że medycyna traci na atrakcyjności jako zawód na całe życie. Obecnie zbieramy dane niezbędne do opracowania standardów bezpiecznego poziomu zatrudnienia.

Uważamy, że stworzenie stabilnej kadry medycznej wymaga współpracy europejskiej. Choć organizacja systemów ochrony zdrowia pozostaje w kompetencji państw członkowskich, kwestie, takie jak zapewnienie wysokiej jakości kształcenia, bezpiecznych warunków pracy i mobilności, mają istotny wymiar europejski.

Wzywamy Komisję Europejską do przedstawienia strategii dla kadry medycznej i w marcu zwróciliśmy się z tym apelem do Parlamentu Europejskiego, gdzie przedstawiciele 30 krajowych organizacji lekarskich zebrali się, aby podkreślić pilność tego problemu. Nasza kampania wideo #DoctorsVoice pozwala lekarzom przedstawić swoje doświadczenia – można dołączyć do niej, przesyłając krótki film. W tym kontekście

uważnie śledzimy również kampanię „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” w Polsce.

Nasze stanowisko w sprawie podstawowego kształcenia lekarskiego, przyjęte w listopadzie 2024 r., wzywa władze na szczeblu krajowym i europejskim do podjęcia działań w celu ochrony wysokich standardów i sprzeciwia się jakimkolwiek obniżeniom minimalnych wymagań w zakresie kształcenia zawodowego określonych w dyrektywie UE w sprawie kwalifikacji zawodowych. Jesteśmy wdzięczni polskiej Naczelnej Izbie Lekarskiej za podzielenie się doświadczeniami związanymi z integracją lekarzy z Ukrainy.

Ponadto kontynuujemy współpracę z WHO/Europe, w tym badanie dotyczące zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia lekarzy. Mamy nadzieję, że te dane skłonią władze do zaprzestania ignorowania problemu i zaniedbywania inwestycji w lepsze warunki pracy kosztem zdrowia samych lekarzy.

TRANSFORMACJA CYFROWA MEDYCYN

Kolejnym tematem wymagającym pilnej uwagi jest cyfryzacja ochrony zdrowia zapewniająca bezpieczeństwo pacjenta i uwzględniająca aspekty etyczne. Pracujemy nad tym, aby polityka i rozwój

technologiczny uwzględniały rzeczywiste problemy. Musimy obalić narrację przedstawiającą cyfryzację jako rozwiązanie wszystkich problemów.

W listopadzie 2024 r. przyjęliśmy stanowisko podkreślające, że głównym celem integracji sztucznej inteligencji w opiece zdrowotnej powinno być usprawnienie praktyki klinicznej, a technologia musi być wbudowana w proces leczenia. Twórcy narzędzi cyfrowych muszą poznać rzeczywiste potrzeby pracowników ochrony zdrowia i pacjentów.

Kładziemy na to również nacisk przy wdrażaniu europejskiej przestrzeni danych medycznych dotyczących zdrowia (EHDS). CPME uczestniczy w paneuropejskim projekcie i2X, który określi standard techniczny łączący systemy elektronicznej dokumentacji medycznej w całej Europie. Naszą rolą jest zapewnienie, aby potrzeby lekarzy były zaspokojone dzięki przyjaznym dla użytkownika i intuicyjnym systemom elektronicznej dokumentacji medycznej.

DOŚTĘPNOŚĆ LEKÓW

CPME aktywnie działa również na rzecz zrównoważenia polityki farmaceutycznej – opieka nad pacjentem i jego bezpieczeństwo są ważniejsze niż zyski. Po raz pierwszy od ponad 20 lat przeglądane są obecnie unijne ramy prawne dotyczące produktów farmaceutycznych. Apelujemy o zapewnienie wszystkim pacjentom w Europie dostępu do przystępnych cenowo i bezpiecznych leków, co oznacza, że to krajowe systemy opieki zdrowotnej, a nie firmy farmaceutyczne, powinny decydować o dostępności danego leku w danym kraju.

Włączamy się w prace nad proponowanym aktem o lekach krytycznych. Dostępność leków od dawna stanowi wyzwanie w UE. Krajowe organizacje lekarskie zgłaszają, że problem niedoborów leków stał się problemem systemowym, niezależnie od pory roku i rodzaju produktów leczniczych. Zwracamy uwagę na potrzebę jasnego określenia odpowiedzialności dla zapewnienia dostępności leków oraz skutecznego systemu monitorowania i ostrzegania, aby móc reagować na niedobory w odpowiednim czasie. Dostrzegamy również potrzebę zwiększenia odporności łańcuchów dostaw.

Poza tym powinniśmy obserwować, gdzie opieka farmaceutyczna jest zastępowana komercyjnymi produktami związanymi ze stylem życia. Na przykład branża suplementów diety wykorzystuje słabe regulacje i agresywny marketing,

aby generować zyski, co może się odbywać kosztem bezpieczeństwa pacjentów, równości i opieki opartej na dowodach naukowych. Apelujemy o interdyscyplinarną współpracę między lekarzami i farmaceutami w zakresie samoleczenia, w tym suplementów.

DOBRE NAWYKI – LEPSZE ŻYCIE

Nadal podkreślamy wagę profilaktyki. Opowiadamy się za podejściem „Zdrowie we wszystkich obszarach polityki”, aby zapewnić ludziom zdrowie fizyczne i psychiczne oraz dobre samopoczucie. UE może zwiększyć działania na rzecz budowy zrównoważonych systemów żywnościowych, promocji zdrowszej diety i poprawy warunków dla aktywnej mobilności. Konieczne są dalsze działania na rzecz osób w trudnej sytuacji finansowej lub ubóstwie, co sprzyja zaostrzeniu chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca i schorzenia układu krążenia.

Plan UE na rzecz walki z rakiem zawierał liczne propozycje, których wprowadzenie zostało opóźnione. W odniesieniu do alkoholu obejmuje to rewizję unijnych przepisów dotyczących opodatkowania i zakupów transgranicznych, a także wprowadzenie obowiązkowych zasad informowania na etykietach o składnikach, wartościach odżywczych i ostrzeżeniach zdrowotnych.

W odniesieniu do tytoniu nie została jeszcze zakończona rewizja unijnej dyrektywy podatkowej i ram prawnych dotyczących zakupów transgranicznych. Ponadto oczekuje się na rewizję dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych i dyrektywy w sprawie reklamy wyrobów tytoniowych. Istnieje pilna potrzeba podjęcia tych działań, zwłaszcza ze względu na głębokie obawy dotyczące nowych produktów, takich jak e-papierosy, saszetki nikotynowe i podgrzewane wyroby tytoniowe.

W 2023 r. przyjęliśmy stanowisko ostrzegające przed poważnym zagrożeniem zdrowia publicznego związanym z marihuaną, sprzeciwiające się dalszej legalizacji i wzywające do podjęcia działań na rzecz ograniczenia jej używania przez obywateli. Podkreślamy również negatywny wpływ czynników komercyjnych na zdrowie i apelujemy o etyczne i oparte na dowodach

naukowych kształtowanie polityki. Obecnie opracowujemy stanowisko w sprawie wpływu hazardu na zdrowie, które odnosi się do uzależniających modeli biznesowych.

KLIMATYCZNE PRIORYTETY

Zapobieganie chorobom jest również uzależnione od polityki klimatycznej i środowiskowej. Skupiliśmy się na kwestii jakości powietrza jako członek Koalicji UE na rzecz Zdrowego Powietrza (EUHAC), zrzeszającej różne podmioty z sektora zdrowia. W zeszłym roku popieraliśmy i z zadowoleniem przyjęliśmy rewizję dyrektywy UE w sprawie jakości powietrza, ustanawiająca nowe normy jakości powietrza, które mają zostać osiągnięte do 2030 r. i które są bardziej zgodne z wytycznymi WHO. Dostrzegamy szczególne znaczenie tej sprawy w Europie Wschodniej.

Ponadto CPME wzywa UE do osiągnięcia celu neutralności klimatycznej do 2050 r., w tym celu pośredniego na 2030 r., jakim jest redukcja emisji gazów cieplarnianych netto o co najmniej 55 proc. w porównaniu z poziomami z 1990 r.

WSPÓŁPRACA NA RZECZ ZDROWEJ EUROPY

Dostrzegamy również rosnące znaczenie wspólnego działania na rzecz obrony niezależności zawodu lekarza i roli krajowych organizacji lekarskich w kształtowaniu polityki zdrowotnej. Rezultat naszej pracy jest silniejszy, gdy jednoczymy głosy wszystkich europejskich krajowych organizacji lekarskich.

Członkowie CPME są siłą napędową naszej organizacji. To ich doświadczenie, wiarygodność i zaangażowanie pozwalają nam się rozwijać. Dziękujemy Naczelnej Izbie Lekarskiej za jej stały wkład w pracę i zarządzanie naszą organizacją. Lekarze są ambasadorami nie tylko zdrowia i opieki nad pacjentami, ale także Europy i europejskiej solidarności. Z radością będziemy kontynuować i pogłębiać współpracę z polskimi lekarzami na rzecz zdrowszej Europy jako całości. ●

Nasze działania można śledzić na stronie internetowej www.cpme.eu, w mediach społecznościowych oraz w magazynie CPME.

PRAKTYKA LEKARSKA

Ruszyła rejestracja na zjazd medycznej Polonii

PIOTR KOŚCIELNIAK

Integracja i wymiana doświadczeń polskich i polonijnych środowisk medycznych jest celem Światowego Zjazdu Polonijnych Środowisk Medycznych „Save a life”. Wydarzenie organizowane przez Polskie Towarzystwo Lekarskie i Naczelną Izbę Lekarską zaplanowane jest na 21-22 listopada 2025 r.

Rejestracja uczestników zjazdu już działa: wystarczy na stronie www.swiatowyzjazdpsm.pl wybrać przycisk „zarejestruj się”, podać dane oraz uregulować opłatę wpisową. W zjeździe mogą wziąć udział lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarzy, studenci oraz ich rodziny i osoby najbliższe.

Dlaczego „Save a life”? Wydarzenie poświęcone będzie edukacji i wymianie doświadczeń w zakresie przedszpitalnego ratowania życia. Uczestnicy będą mogli wziąć udział w wykładach, warsztatach i posłuchać debat specjalistów. W programie przewidziane są omówienia systemów ratowania życia funkcjonujących w różnych krajach, metod edukacji dzieci, młodzieży i seniorów w zakresie Basic Life Support, a także prezentacje innowacji w dziedzinie medycyny ratunkowej. Goście Centrum Dydaktycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego będą mogli również posłuchać

o doświadczeniach medyków ratujących ludzkie życie w warunkach pola walki.

Dyskusje będą również dotyczyły wykorzystania sztucznej inteligencji w medycynie, profilaktyki i promocji zdrowego stylu życia. Równolegle prowadzone będą przez lekarzy i ratowników ze środowisk polonijnych prezentacje praktyczne oraz szkolenia dla młodzieży z użycia automatycznych defibrylatorów i resuscytacji.

„Zjazd będzie miał interaktywną formę łączącą panele dyskusyjne służące wymianie doświadczeń i zajęcia praktyczne oparte na bogatej i nowoczesnej bazie szkoleniowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Towarzyszyć mu będą różne wydarzenia kulturalne, edukacyjne i rozrywkowe skierowane nie tylko do uczestników zjazdu, ale również ich rodzin i osób

towarzyszących” – zachęca do wzięcia udziału w tym wydarzeniu Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Zjazdu.

Istotnym aspektem dwudniowego spotkania medycznej Polonii będzie integracja i nawiązywanie kontaktów. W programie organizatorzy umieścili m.in. koncert, uroczystą kolację, możliwość zwiedzania warszawskich muzeów czy wycieczki z przewodnikami po Starym Mieście.

Organizatorami zjazdu są Polskie Towarzystwo Lekarskie i Naczelna Izba Lekarska, a partnerami wspomniany już WUM, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Ratowników Medycznych oraz Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”. Wydarzenie zostało objęte patronatem Ministerstwa Zdrowia.

**SAVE A LIFE**
ŚWIATOWY ZJAZDPOLONIJNYCH
ŚRODOWISK
MEDYCZNYCH**21-22 listopada**
2025 rokuCENTRUM DYDAKTYCZNE
WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO,
UL. KS.TROJDENA 2A, WARSZAWA

WYWIAD LEKAR(S)KI

Nie wystarczy tylko dobrze leczyć

Medycyna to praca z ludźmi, pacjentami, zespołem, i dlatego niezbędne są kompetencje miękkie – mówi **Monika May-Maciejewska**, lekarka, coach i mentorka z ponad 20-letnim doświadczeniem w branży medycznej i farmaceutycznej, w rozmowie z Marią Kłosińską.

Gdy kończymy studia, mamy często wyobrażenie o jakimś fragmencie swojej przyszłości: o specjalizacji, gdzie będziemy pracować, jak połączymy życie zawodowe z prywatnym. A potem przychodzi życie i... pisze swój scenariusz. Jak sobie z tym radzić? Dobrze mieć plan jako pewien kompas, który wskazuje kierunek. Ale jednocześnie trzeba mieć w sobie elastyczność, bo życie przynosi rzeczy nieprzewidywalne. Nie wszystko od nas zależy. I czasami ten pierwotny plan to wcale nie jest nasz plan, tylko coś, co przejęliśmy z otoczenia. Czasem trzeba sobie na nowo odpowiedzieć: co dla mnie dziś jest ważne? Co jest moje? Jednocześnie warto mieć wsparcie bliskich, przyjaciół, ludzi, z którymi budujemy relacje. To nasz zasób. Nikt nie przechodzi przez trudne momenty sam i badania to potwierdzają. Jest więc z jednej strony plan, a z drugiej świadomość, że plan może się zmieniać. I nie jesteśmy sami.

Studia medyczne uczą nas wytrwałości i pokonywania własnych granic. Ale życie szybko pokazuje, że trzeba czegoś więcej – elastyczności. Jak ją w sobie budować?

Na studiach medycznych uczy się nas determinacji, pokonywania własnych ograniczeń, a nawet niewrażliwości na zmęczenie czy emocje. Ale przecież jesteśmy tylko ludźmi. Elastyczność bierze się z refleksji, z umiejętności stanięcia naprzeciw własnym emocjom i myślom. To nie musi być psychoterapia; to po prostu kontakt ze sobą. Zastanowienie się, czego potrzebuję teraz. Gdzie jestem. Co jest możliwe. Bardzo często spotykam lekarzy, którzy



fot.: A. Boguski

już osiągnęli wiele: mają specjalizację, doświadczenie kliniczne i nagle zadają sobie pytanie: co dalej? Bo chcą np. założyć rodzinę albo czują, że potrzebują innego tempa. Wtedy pracujemy nad tym, żeby nie rezygnować z rozwoju, ale może trochę go przeformułować. Zwolnić na chwilę, żeby zadbać o inne obszary życia. To nie jest porażka, to dojrzałość.

I tu pojawia się temat rodzicielstwa. Kiedy przychodzi ten moment w życiu lekarki, że decyduje się na dziecko, to często zderza się to z rozwojem zawodowym. Cięża, poród, urlopy. A partnerzy, ich kariera, zwykle nie zwalniają. Jak przejść ten czas bez żalu?
A może z żalem, ale świadomie? Żal to część życia. I to, że nas to boli, nie znaczy, że robimy coś

◀ **Monika May-Maciejewska** (z lewej) jest lekarką, coachem i mentorką z międzynarodową akredytacją, z ponad 20-letnim doświadczeniem w branży medycznej i farmaceutycznej. Wspiera liderów ochrony zdrowia w rozwijaniu odporności psychicznej, skutecznego przywództwa i zespołów odpornych na presję. Pracuje na styku świata medycyny, biznesu i psychologii, pomagając liderom przekształcać kryzysy w rozwój i dbać o dobrostan – własny i zespołu.

źle. Mówię to także jako matka trojga dzieci. Dla mnie rozwój zawodowy był zawsze ważny, choć w różnych momentach przyjmował różne formy. Stawiałam sobie pytania: co teraz jest dla mnie ważne? Co chcę robić? Był czas urlopu macierzyńskiego, potem powrotu do pracy. To wymagało organizacji i rozmów.

Ale to też kwestia struktury pracy w ochronie zdrowia. Czy potrafimy się dogadać w zespole, w rodzinie, w miejscu pracy? Bo każdy ma inne potrzeby: ktoś chce pracować na cały etat, ktoś na pół. A kariera rodzica lekarza to maraton, nie sprint. Trzeba szukać momentu, kiedy wrócimy do intensywnego rozwoju, i wtedy oczekiwać wsparcia od partnera czy zespołu. Jako matki lekarki czasem próbujemy „ciągnąć wszystko same”. A tak się albo nie da, albo koszt jest za duży. I potem przychodzą kryzysy. Dlatego tak ważna jest rozmowa: o priorytetach, o wartościach, o tym, jak chcemy żyć. Wspólnie. To dotyczy kariery, rodziny, miejsca zamieszkania, finansów. Bez tej rozmowy jesteśmy sami – nawet w duecie.

Jak wracać do zawodu po przerwie – z poczuciem siły, a nie winy, że „muszę coś nadrobić”?

Tu najpierw trzeba wrócić do siebie. Do pytania: jakie mam zasoby? Co potrafię? W czym jestem dobra? W kryzysie często tracimy kontakt z własną siłą. Zaczynamy wierzyć, że może jesteśmy nie dość dobre. A to nieprawda. Każdy ma swoją „superpower”. Tylko trzeba ją na nowo odkryć. Samodzielnie jest to trudne. Dlatego tak cenna jest rozmowa, mentoring, wsparcie.

Trwa wrzesień, dzieci wracają do szkół. To dobry moment, żeby lekarze pomyśleli o własnej edukacji. Ustawiczne kształcenie to obowiązek, ale i szansa. Jak nie zaniedbać ani kompetencji twardej, ani miękkich?

To zawsze kwestia priorytetów. W medycynie obowiązkowe punkty edukacyjne narzucają tempo. Ale jest też nasza własna potrzeba. Przecież świat się zmienia, badania przynoszą nowe rozwiązania. Grzechem byłoby z tego nie korzystać. Tyle że... brakuje czasu. Mamy tendencję do „gonitwy za kompetencją”: nowy kurs, nowa technika. A przecież medycyna to praca z ludźmi – pacjentami, zespołami,

współpracownikami. I w tym świecie różnorodnych doświadczeń i pokoleń potrzebne są kompetencje miękkie. One nie zawsze przychodzą naturalnie i często wymagają autorefleksji i wsparcia.

Na przykład dziś w jednym zespole mogą pracować osoby tuż po studiach i osoby po sześćdziesiątce. Mają inne potrzeby, inne style komunikacji. To nie musi prowadzić do konfliktu, ale wymaga nauki. Bez kompetencji miękkich nie da się tego dobrze poukładać. Dlatego cieszę się, że są inicjatywy szkoleniowe w tym zakresie również w samorządzie lekarskim. Także we wrześniu, choćby w Centralnym Ośrodku Badań i Kształcenia NIL, odbywają się szkolenia z kompetencji miękkich, komunikacji, zarzą-

Lider najpierw musi poznać siebie i dopiero wtedy może rozwijać innych

dzania zespołem. Różne poziomy, różne potrzeby. Ale ważne, żeby te szkolenia przekładać na działanie. Samo uczestnictwo nic nie zmienia. Wdrożenie, próbowanie, refleksja i dopiero wtedy zaczyna się widzieć zmianę.

Czyli szkolenie to jedno, ale potem trzeba podjąć wysiłek zmiany.

Tak. Można pójść na dziesięć szkoleń i nic z nich nie wziąć. A można pójść na jedno i zmienić swoje podejście do zespołu, do siebie, do pacjentów. Kompetencje miękkie są trudniejsze do uchwycenia, ale mają ogromne znaczenie.

Lekarze często są liderami zespołów, praktyk, oddziałów. Warto zadbać o ich rozwój przywódczy.

To nie znaczy, że trzeba rzucać wszystko i iść na MBA. Czasem wystarczy rozmowa, refleksja, dobre szkolenie. Skończyłam Akademię Psychologii Przywództwa, co bardzo mi pomogło zrozumieć

dynamikę zespołu, własne mechanizmy, sposób zarządzania. Pomogła też odzyskać sens w pracy. Bo czasem nie chodzi o zmianę zawodu, tylko o zmianę sposobu, w jaki go wykonujemy. I o uświadomienie sobie, że kompetencje leaderskie można rozwijać z poszanowaniem wartości, zespołu, siebie.

Jak zmieniły się relacje lekarz–pacjent w kolejnych pokoleniach?

Bardzo. Pochodzę z lekaarskiej rodziny: mój dziadek miał gabinet w domu, pacjenci przyjeżdżali do niego z całego Mazowsza. Ale to były inne czasy – pacjent przychodził po receptę, diagnozę i nie rozmawiało się o stylu życia. Teraz ta relacja jest bardziej partnerska, ale też bardziej wymagająca. Nie chodzi już tylko o wiedzę merytoryczną, ale o umiejętność rozmowy, motywowania, czasem przekonywania. A my często mówimy, że „nie mamy czasu”, choć w rzeczywistości nie mamy do tego narzędzi. I to też jest do nadrobienia.

Nawet rejestratorka dziś ma znacznie bardziej złożoną rolę niż kiedyś. Świat się zmienił.

Tak i my też musimy się zmieniać. Ale mam wrażenie, że jesteśmy na etapie refleksji, że nie wystarczy już „dobrze leczyć”. Trzeba też budować relację, współpracę w zespole, dbać o dobrostan swój i ludzi wokół.

I tu płynnie przechodzimy do pytania: jak przetrwać kryzys? Zawodowy, prywatny, wypalenie?

Najpierw trzeba go nazwać. Uświadomić sobie, że coś się dzieje. A potem szukać wsparcia. To nie musi być od razu psychoterapia. Czasem wystarczy dobra rozmowa, czasem mentoring. Ale ważne, żeby nie zostawać z tym samemu. Liderzy lekarze często są ostatnimi, którzy sięgają po pomoc. Bo przecież „muszą sobie radzić”. Ale to nieprawda. Jesteśmy ludźmi. I potrzebujemy kontaktu z innymi, żeby odzyskać siłę. A z kryzysu można też wyjść silniejszym, jeśli przejdziemy go świadomie.

Czy mentoring naprawdę jest potrzebny?

Jest. Sama jestem mentorką, ale też korzystam z mentoringu. To ogromna oszczędność czasu i energii, bo nie musimy wszystkiego odkrywać sami. Dobrze prowadzony mentoring nie polega na dawaniu gotowych rad, tylko na towarzyszeniu w odkrywaniu własnych odpowiedzi. Szczególnie w medycynie, gdzie ścieżki są trudne i złożone, ktoś, kto już przez coś przeszedł, może być wielkim wsparciem. I to działa w obie strony: czasem starsi uczą się od młodszych. To też jest wartość.

Jakie błędy popełniają liderzy, gdy chcą dbać o dobrostan swój i zespołu?

Najczęstszy błąd to brak równowagi między wymaganiem i wspieraniem. Niektórzy myślą, że „dobrostan” to „żeby było miło” i boją się egzekwować. Inni przeciwnie: wymagają, ale nie rozmawiają o emocjach, potrzebach. Tymczasem dobrostan to m.in. relacje, rozwój, poczucie sensu. Drugi błąd to przekonanie, że w medycynie „zawsze było ciężko” i „tak już musi być”. A to nieprawda. Możemy i powinniśmy budować przestrzeń do rozmowy, do szacunku, do współpracy. I lider ma tu ogromną rolę.

Lider też musi się rozwijać. Najpierw musi poznać siebie, swoje mocne strony i swoje ograniczenia. Musi wiedzieć, jaki ma wpływ na ludzi, jak działa w stresie, jak buduje relacje. I dopiero wtedy może rozwijać innych. Nie ma idealnych ludzi, ale każdy może być dobrym liderem, jeśli ma świadomość, co chce osiągnąć i jak. To wymaga pracy, ale daje ogromną satysfakcję.

I tu wracamy do Fundacji Matki Lekarki. Tworzy ją grupa Matki Lekarki, licząca 17 tys. lekarek, Rada Programowa i zarząd Fundacji. Zarząd tworzymy z osób, które mają różne doświadczenie zawodowe i życiowe: jest dentystka, przedsiębiorczyni z OIL w Koszalinie – Hanna Suckiel-Góra, lekarka związkowiec z OIL w Krakowie – Justyna Bogucka-Czapska, aktywistka internetowa – Anna Szarla, matka lekarka założycielka – Dorota Bębenek, i jestem ja jako matka lekarka organizatorka. A Ty, Moniko – jesteś coachem, mentorką, liderką. Dlaczego zdecydowałaś się

dołączyć właśnie do tej fundacji? Co Cię przyciągnęło?

Po pierwsze ludzie. Kobiety, którym się chce pomóc. Odważne, mądre, różnorodne. Po drugie moment w moim życiu, w którym poczułam, że chcę się dzielić tym, co mam. Że mogę pomóc innym doświadczeniem, wiedzą, obecnością. A po trzecie przekonanie, że to jest właśnie ten czas, żeby działać razem. Na rzecz środowiska, na rzecz zmiany, na rzecz przyszłości.

Dlatego z ogromną radością organizujemy listopadowy IV Kongres Matek Lekarek pod hasłem „Budujemy więzi”, wspólnie z Fundacją, zespołem ML OIL w Warszawie, Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, z patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej.

Dla mnie więzi są podstawą. Jesteśmy różnorodni, więc dobrze jest się wspierać i budować te więzi. Wielokrotnie to padało w naszej rozmowie, że one są potrzebne, a wiele raportów pokazuje, że lekarze są samotni. Społeczności, w tym Matki Lekarki, są niesłychanie potrzebne, żeby się wzajemnie inspirować, żeby trochę dodawać skrzydeł, odzyskać moc i dzięki tej mocy móc działać dla dobra środowiska i społeczeństwa, dla dobra swoich rodzin i dla dobra pacjentów. •

reklama



◀ Cała rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube

NIL NA SZYBKO

Nasze priorytety pozostają bez zmian

Udało nam się przekonać rząd do poważnego zajęcia się problemem przemocy wobec personelu medycznego. Będziemy pilnować, by zaproponowane rozwiązania weszły w życie.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



D oczekaliśmy się rekonstrukcji rządu. Czy coś to zmienia? Nie, bo moc ministra zdrowia w tym kraju jest zależna wyłącznie od zakresu władzy, jaki otrzyma od premiera, i strumienia pieniędzy, które przekieruje mu minister finansów. Dlatego nie spodziewamy się wielkiej reformy, ale raczej kosmetyki. Nasze priorytety pozostają bez zmian, walczymy o automatyczną refundację, klauzulę wyższego dobra, ochronę przed agresją, o jakość kształcenia i ograniczenie WPWZ.

Jeśli chodzi o ograniczenie trybów uproszczonych, to przez Sejm i Senat przeszła nowelizacja ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy. Przywraca ona warunkowe prawo wykonywania zawodu, którego wygaśnięcie udało nam się uzyskać 24 października 2024 r. W chwili gdy piszę ten tekst, nie wiadomo jeszcze, co zrobi z nią prezydent, ale wszelkimi możliwymi sposobami zabiegamy o to, by zawetował te niebezpieczne dla systemu i polskiego pacjenta zmiany.

Dwie uczelnie z negatywną opinią PKA nie otrzymały miejsc na kierunek lekarski na rok akademicki 2024/2025. Chciałbym tutaj podziękować za

tytaniczną pracę Komisji Kształcenia Medycznego NRL i Porozumienia Rezydentów OZZL.

Były prokurator generalny Adam Bodnar wydał wytyczne postępowania dla prokuratorów mające za zadanie usprawnić i zaostrzyć reakcje organów ścigania na przemoc wobec personelu medycznego. To pierwszy krok w kierunku zapewnienia większego bezpieczeństwa medyków. Drugi krok wykonano, gdy rząd przyjął projekt ustawy, która ma zaostrzyć i uczynić nieuchronnymi kary za agresję wobec personelu szpitali i przychodni. Policja będzie miała obowiązek zatrzymać agresorów, prokuratura – ścigać agresję, także słowną, z urzędu, a sądy na wniosek pokrzywdzonego podać do wiadomości publicznej wyroki za agresję wobec lekarzy i innych funkcjonariuszy publicznych. Będziemy nadzorować dalsze losy tych zmian w prawie i wraz z innymi samorządami medycznymi pilnować, by weszły one w życie.

Z przyjemniejszych spraw – zapraszamy do Zakopanego na Igrzyska Lekarskie, to już 10-14 września 2025 r.

O TYM SIĘ MÓWI

Uproszczone tryby do kosza

P odczas briefingu prasowego prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski przedstawił proces uzyskiwania w trybie uproszczonym prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty w Polsce przez osoby spoza Unii Europejskiej. W wystąpieniu podkreślił, że samorząd lekarski od lat sprzeciwia się rozwiązaniom, które zostały wprowadzone jeszcze w czasie pandemii, a ich celem jest umożliwienie szybkiego i uproszczonego dostępu do zawodu bez odpowiedniej weryfikacji kompetencji.

Prezes Łukasz Jankowski zaapelował do Prezydenta RP o weto wobec ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, a także podjęcie inicjatywy ustawodawczej mającej na celu całkowitą likwidację uproszczonych trybów. Taka zmiana jest niezbędna dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom. Prezes zadeklarował gotowość samorządu lekarskiego do udzielenia wsparcia eksperckiego przy opracowaniu rzetelnych przepisów.

Wytyczne dla organów ścigania

B yły już prokurator generalny Adam Bodnar wydał 14 lipca 2025 r. długo oczekiwane wytyczne, które mają usprawnić i zaostrzyć reakcję organów ścigania w przypadku przestępstw popełnianych na szkodę osób udzielających świadczeń zdrowotnych. „To ważny sygnał ze strony państwa: bezpieczeństwo osób niosących pomoc medyczną nie może być dłużej ignorowane. Prokuratura po konsultacji z NIL wprowadza nowe wytyczne – każdy lekarz, pielęgniarka czy ratownik musi mieć pewność, że prawo stoi po jego stronie, gdy staje się ofiarą agresji. Te wytyczne to krok w dobrą stronę – pokazują, że przemoc wobec medyków nie będzie dłużej tolerowana ani marginalizowana. Najważniejsze, aby teraz organy państwa wcieliły te przepisy w życie – będziemy się temu przyglądać” – powiedział Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Sprzeciw wobec pomysłu MRiRW

Prezydium NRL sprzeciwia się pomysłowi Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, który zakłada, że z powodu niedoboru lekarzy orzeczników czy też braku efektywności systemu orzeczniczego KRUS zostaną nałożone dodatkowe obowiązki na innych lekarzy, tj. lekarzy leczących osoby wnioskujące o wydanie orzeczenia. „Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje na fakt, że wspomniani lekarze na co dzień nie wykorzystują do oceny stanu zdrowia swoich pacjentów skali takiej jak CCI lub ADL (...). Dokumenty takie byłyby wykorzystywane jedynie przez KRUS, wydaje się więc, że tworzeniem ich nie powinno się obciążać lekarzy prowadzących leczenie” – pisze w swoim stanowisku PNRL.

Szczepienia w aptekach

Prezydium NRL w swoim stanowisku dotyczącym wykazu zalecanych szczepień ochronnych przeprowadzanych w aptece, które mogą być w całości lub w części finansowane ze środków publicznych, rekomenduje dokonanie przeglądu istniejących wytycznych i wymogów organizacyjnych dla aptek. „Szczepienia powinny być wykonywane wyłącznie w placówkach ochrony zdrowia. Istotnym jest, że placówki te – mając na uwadze obowiązujące przepisy prawa – jako jedyne dają rękojmię odpowiedniego przygotowania pod względem lokalowym i sprzętowym. Powyższe przekłada się nie tylko na bezpieczeństwo pacjentów, ale również daje gwarancje zapewnienia intymności udzielanego świadczenia oraz ochrony i poufności danych” – zaznaczają przedstawiciele samorządu lekarskiego.

W trosce o bezpieczeństwo

Samorząd lekarski kontynuuje działania na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa medyków w miejscu pracy oraz nagłaśniania problemów związanych z agresją wobec personelu medycznego. W ramach tych inicjatyw odbyło się kolejne

spotkanie z przedstawicielami prokuratury, tym razem Prokuratury Rejonowej Warszawa-Mokotów, w którym wziął udział sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorz Wrona. Omówiono m.in. rosnące zjawisko hejtu, przemocy i agresji wobec lekarzy i lekarzy dentystów w szpitalach, przychodniach czy internecie.

Obietnice bez pokrycia

Podczas konferencji prasowej Łukasz Jankowski, prezes, wyraził głębokie rozczarowanie i zaniepokojenie brakiem realizacji kluczowych obietnic złożonych środowisku lekarskiemu przez rządzących w ostatnich dwóch latach. Choć deklaracji nie brakowało – zarówno ze strony Ministerstwa Zdrowia, jak i Ministerstwa Sprawiedliwości – żaden z kluczowych postulatów lekarzy nie został wdrożony. Zamiast konkretnych działań pojawiły się narracje medialne antagonizujące lekarzy i pacjentów oraz próby zrzucania odpowiedzialności za kryzys w ochronie zdrowia na środowisko medyczne.

– Usłyszeliśmy wiele obietnic. Wiele słów. Tymczasem te obietnice pozostały jedynie w sferze mamienia nas pewną poprawą, która się nie ziściła (...). Zamiast wdrożenia obiecanych rozwiązań – znów gra na czas. Nowe zespoły, nowi ludzie, te same pytania. A pacjent i lekarz nadal bez ochrony – podkreślił Łukasz Jankowski, prezes NRL.

Pseudomedycyna w PKWiU?

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wystosowało stanowisko dotyczące projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU), które przewiduje wprowadzenie do stosowania w praktyce usług w zakresie medycyny tradycyjnej, uzupełniającej i alternatywnej. – Samorząd lekarski od wielu lat walczy z pseudomedycyną, z wszelkiego rodzaju szarlatanami, którzy

żerują na ludziach chorych. Szkoda, że rządzący po raz kolejny uwierzyli w jakąś magiczną wiedzę niedostępną światu medycznemu. To w przyszłości przyniesie bardzo negatywne konsekwencje, to zagraża zdrowiu i życiu pacjentów – komentuje wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej Paweł Barucha.

MÓWIĄ O NAS

Zapobiec agresji

Dla portalu WP.pl prezes Naczelnej Rady Lekarskiej komentował sprawę agresji wobec lekarzy oraz potrzebnych rozwiązań zapobiegawczych. – Przede wszystkim zgłaszaniem przypadków agresji wobec medyków powinna zajmować się placówka medyczna, w której pracuje, a nie sam lekarz czy ratownik medyczny. W USA odpowiada za to system, u nas takiej odpowiedzialności nie ma – podkreślał w rozmowie Łukasz Jankowski. Wskazywał, że system zgłaszania powinien być jednolity, a placówki powinny w ten sposób chronić swoich pracowników. – Aktualnie to medyk zostaje uwikłany w postępowania, z których finalnie niewiele wynika. Kary nie są egzekwowane, więc samo ich zaostrożenie to za mało – zaznaczył.

Koszty opieki psychiatrycznej

Dla „Dziennika Gazety Prawnej” wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk mówił o kosztach leczenia psychiatrycznego i leczenia uzależnień. – Postawienie takiego chorego na nogi wymaga nie tylko więcej czasu, lecz także pieniędzy. Szczególnie że tego rodzaju pacjenci nie zmagają się tylko z uzależnieniem od alkoholu czy leków, lecz także z innymi problemami zdrowotnymi. Bywa, że ich uzależnienie jest krzyżowe, czyli związane z zażywaniem więcej niż jednej substancji psychoaktywnej – komentował, dodając, że często też wymagają oni hospitalizacji, bo leczenie ich ambulatoryjnie nie jest możliwe. •

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Nietolerancje pokarmowe – wyzwanie dla lekarza i pacjenta

Kluczem do właściwego postępowania jest precyzyjne rozpoznanie – podkreśla **prof. Natalia Ukleja-Sokołowska** specjalistka chorób wewnętrznych i alergologii z Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Czym są i jak klasyfikować alergię i nietolerancje pokarmowe?

To złożone zagadnienie, które bywa trudne zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy. Nadwrażliwość pokarmowa to nieprawidłowa reakcja organizmu na spożyty pokarm. Najczęściej objawia się dolegliwościami przewodu pokarmowego – wzdęciami, nudnościami, biegunką – ale może powodować także zmiany skórne, a nawet wstrząs anafilaktyczny. Pod względem mechanizmu wyróżniamy dwa główne typy: nietolerancję pokarmową, niezwiązaną z układem immunologicznym, oraz alergię pokarmową, będącą skutkiem reakcji immunologicznych. Nietolerancje są znacznie częstsze – typowym przykładem jest nietolerancja laktozy wynikająca z niedoboru laktazy.

Dlaczego ten podział jest tak istotny w praktyce?

Ponieważ determinuje diagnostykę i leczenie. Reakcje alergiczne mogą być IgE-zależne lub IgE-niezależne. Te pierwsze są lepiej poznane, a ich diagnostyka jest skuteczniejsza. Z kolei reakcje IgE-niezależne często rozpoznaje się późno lub wcale. Nietolerancje mogą mieć podłoże enzymatyczne, farmakologiczne lub być nieswoistą reakcją na produkt. Właściwe rozpoznanie wymaga starannie zebranego wywiadu i obserwacji pacjenta. W diagnostyce alergii stosuje się testy skórne, oznaczenia swoistych IgE czy diagnostykę molekularną, a złotym standardem pozostaje podwójnie ślepa próba prowokacyjna kontrolowana placebo. W przypadku podejrzenia nietolerancji laktozy pomocne są m.in. testy oddechowe.

A gluten? To moda czy realny problem?

Gluten poprawia smak i konsystencję potraw, ale rzeczywiście jest trudniejszy



fot.: archiwum prywatne

do strawienia. Coraz częściej obserwujemy nadwrażliwość na gluten i inne białka zawarte w mieszkach zbożowych wykorzystywanych w przemyśle piekarniczym. Zależna od glutenu jest celiakia – choroba przewlekła o podłożu autoimmunologicznym. Spożycie glutenu w tej chorobie uruchamia reakcję immunologiczną prowadzącą do uszkodzenia kosmków jelitowych, co skutkuje zespołem złego wchłaniania, niedożywieniem, a nawet niedokrwistością. Niektóre osoby mają alergię na gluten, czasem zależną od wysiłku fizycznego, i reakcje te mogą być gwałtowne, a nawet niebezpieczne dla życia.

Coraz powszechniej występuje też tzw. nieceliakalna nadwrażliwość na gluten u pacjentów, u których nie potwierdza się ani celiakii, ani alergii, ale którzy odczuwają wyraźne pogorszenie samopoczucia po spożyciu glutenu. Objawy często obejmują zaburzenia trawienne, bywają też one związane z zespołem jelita nadwrażliwego czy współistniejącymi

◀ Wokół glutenu narosło wiele mitów, poprawa samopoczucia nie zawsze wynika z jego eliminacji – twierdzi **prof. Natalia Ukleja-Sokołowska**

nietolerancjami. Wokół glutenu narosło wiele nieporozumień. Nie zawsze jest jasne, czy poprawa samopoczucia wynika z wykluczenia glutenu, czy raczej ze zmiany całych nawyków żywieniowych.

Jaki jest poziom wiedzy lekarzy na temat alergii i nietolerancji pokarmowych?

Wciąż niewystarczający. Dlatego Ośrodek Kształcenia działający w strukturach Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL zwrócił się do specjalistów z prośbą o wsparcie merytoryczne w tym zakresie. Szkolenia odbywają się na mocy porozumienia zawartego między samorządem lekarskim a Polskim Towarzystwem Alergologicznym i dotyczą różnych postaci alergii. Jedno z takich szkoleń, które poprowadzę, odbędzie się 24 września tego roku. Jego celem jest przekazanie lekarzom praktycznej wiedzy na temat postępowania z pacjentem z alergią i nietolerancją pokarmową – co można zrobić na poziomie lekarza POZ, a kiedy należy skierować pacjenta do specjalisty. Zależy nam na tym, by szkolenie miało wymiar praktyczny i odpowiadało na codzienne potrzeby kliniczne. ●

PARTNER EDUKACYJNY I MERYTORYCZNY



KALENDARZ SZKOLEŃ - WRZESIEŃ 2025

- **15.09.2025** - Konieczność zwrotu do NFZ kwoty refundacji za leki i inne sankcje - kiedy grozi i jak się przed tym bronić.
- **17.09.2025** - Odpowiedzialność cywilnoprawna zawodowa lekarzy i podmiotów świadczących usługi medyczne.
- **18.09.2025** - CYKL: Wstęp do publikowania – od pomysłu do artykułu Cz. I. Jak unikać typowych błędów w publikacjach medycznych.
- **26.09.2025** - Jak postępować w kontakcie z trudnym, agresywnym pacjentem? Ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu.

SZKOLENIA ORGANIZOWANE Z PARTNERAMI

- **11.09.2025** - Leczenie otyłości u dzieci.
- **19.09.2025** - Patomorfologia najczęstszych zmian nowotworowych i nienowotworowych w przewodzie pokarmowym cz.2.
- **22.09.2025** - Diagnostyka endokrynologiczna u kobiet.
- **24.09.2025** - Alergia i nietolerancja pokarmowa - wybrane aspekty praktyczne diagnostyki i leczenia.
- **25.09.2025** - Bezpieczna Farmakoterapia w Praktyce: Co Lekarz Powinien Wiedzieć o Narzędziach Edukacyjnych i DHPC?.
- **29.09.2025** - Kompleksowe podejście do niedoborów magnezu u dzieci: od diagnozy do efektywnej komunikacji z pacjentem.

WTORKI Z INNOWACJAMI

- **02.09.2025** - Webinar na temat konkursu NIL IN "Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej".
- **16.09.2025** - Praktyczny cykliczny przegląd AI dla lekarzy.
- **23.09.2025** - Potencjał pracownika placówki medycznej w doskonaleniu procesów, budowaniu systemów jakości i zarządzaniu ryzykiem z wykorzystaniem podejścia lean healthcare.
- **30.09.2025** - Prostą drogą do innowacji, czyli o skutecznym wdrażaniu nowatorskich urządzeń medycznych.

SZKOLENIA STACJONARNE

- **11.09.2025** - Budowanie efektywnej współpracy w zróżnicowanym kulturowo zespole medycznym.
- **12.09.2025** - Jak sobie radzić z emocjami?
- **26.09.2025** - Jak odpoczywać? Warsztat relaksacyjny dla lekarzy i lekarzy dentystów.



PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 20/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 4 LIPCA 2025 R.**

w sprawie zatwierdzenia
sprawozdania finansowego oraz
przeznaczenia zysku netto Naczelnej
Izby Lekarskiej za rok 2024

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023 r. poz. 120) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1 Zatwierdza się sprawozdanie finansowe Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2024, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 42.616.046,67 zł.

2 Sprawozdanie finansowe stanowi załącznik Nr 1 do uchwały.

3 Postanawia się przeznaczyć zysk netto za 2024 rok w kwocie 627.779,92 zł na pokrycie straty za 2022 rok.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 21/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 4 LIPCA 2025 R.**

w sprawie wyboru firmy na
przeprowadzenie remontu
nieruchomości, położonej przy
ul. Jana III Sobieskiego 110 lok. 1U

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342), uchwała się, co następuje:

§ 1.

1 Dokonać wyboru firmy AJ PROFIBUD sp. z o.o., NIP 8133643267 na wykonanie remontu zakupionej nieruchomości położonej przy ul. Jana III Sobieskiego 110 lok. 1U (dawna siedziba Banku Pekao S.A.).

2 Wyraża się zgodę na wydatkowanie kwoty do 6.000.000,00 złotych brutto (słownie: sześć milionów złotych) na

wykonanie remontu, o którym mowa w ust. 1.

3 Środki, o których mowa w ust. 1, będą pochodziły z funduszu remontowo-inwestycyjnego.

4 Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego

i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorza Mazura do zawarcia umowy w przedmiocie, o którym mowa w ust. 1.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 22/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 4 LIPCA 2025 R.**

w sprawie organizacji posiedzenia
Naczelnej Rady Lekarskiej
poza siedzibą Naczelnej Izby
Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 oraz art. 5 pkt 20 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 poz. 1342), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Postanawia się zorganizować posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 19 września 2025 r. w Gdańsku, w związku z uroczystym otwarciem Ośrodka Szkoleniowo-Naukowego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 23/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 4 LIPCA 2025 R.**

w sprawie ustanowienia
odznaczenia „Amicus
Medicorum” i ustalenia
regulaminu jego przyznawania

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342, z późn. zm.), uchwała się co następuje:

§ 1.

Ustanawia się odznaczenie „Amicus Medicorum” i ustala się regulamin jego przyznawania stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**STANOWISKO NR 3/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 4 LIPCA 2025 R.**

w sprawie przyjęcia
rekomendacji w zakresie
przyznawania warunkowego
prawa wykonywania zawodu
lekarza lub lekarza dentysty na
podstawie przepisów ustawy
o pomocy obywatelom Ukrainy
w związku z konfliktem
zbrojnym na terytorium tego
państwa

Wejście w życie ustawy z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2024 r. poz. 854 – dalej: ustawa o zmianie ustawy o pomocy) spowodowało rozbieżności w zakresie stosowania przepisów dotyczących przyznawania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty dla obywateli Ukrainy, którzy uzyskali kwalifikacje lekarza lub lekarza dentysty poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej.

Naczelna Rada Lekarska proponuje przyjęcie i stosowanie następujących rekomendacji w tym zakresie. Zgodnie z art. 61 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem

zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 337) od dnia 24 lutego 2022 r., przez okres 32 miesięcy, niezależnie od trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, obywatelowi Ukrainy, który uzyskał kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, można udzielić zgody na wykonywanie zawodu lekarza albo zgody na wykonywanie zawodu lekarza dentystry oraz przyznać warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza albo warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry, jeżeli spełnia warunki, o których mowa w art. 7 ust. 2a pkt 3-5 i 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zgodnie zaś z art. 61 ust. 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, do osób, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 7 ust. 9-14 i 17-24 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Jak wynika z zacytowanego powyżej przepisu, warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry mogło być przyznawane obywatelom Ukrainy przez okres 32 miesięcy, liczonych od dnia 24 lutego 2022 r. Termin ten upłynął dnia 24 października 2024 r. Ustawa z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2024 r. poz. 854) zawiera jednak przepisy przejściowe, które mogły być źródłem niejednolitej praktyki. (...)

W rezultacie, w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, dla przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry obywatelowi Ukrainy konieczne jest, aby wniosek o przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu został złożony w okręgowej radzie lekarskiej najpóźniej w dniu 24 października 2024 r.

STANOWISKO NR 4/25/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 4 LIPCA 2025 R.

w sprawie projektu ustawy
o zmianie ustawy o prawach
pacjenta i Rzeczniku Praw
pacjenta oraz ustawy o systemie
powiadamiania ratunkowego

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego, przekazany przy piśmie pana Jerzego Szafranowicza, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 11 czerwca 2025 r. (znak: DSZ.0210.2.2025.AD) zdecydowanie popiera kierunek zmian ustawowych w zakresie, w jakim dotyczą one zwalczania zjawiska działalności pseudomedycznej. Naczelna Rada Lekarska od wielu lat podkreśla, że praktyki pseudomedyczne są wysoce szkodliwe społecznie i niebezpieczne dla zdrowia ludzkiego, dlatego wyraźny przepis ustawy, który stwierdza, że są one zakazane, zasługuje na poparcie.

Zastrzeżenia Naczelnej Rady Lekarskiej budzi fakt, że w projekcie ustawy przewidziano jedynie administracyjnoprawny model zwalczania praktyk pseudomedycznych - tj. przewiduje się wyposażenie Rzecznika Praw Pacjenta w narzędzie do prowadzenia postępowania i wydania decyzji administracyjnej o uznaniu praktyki za praktykę pseudomedyczną i nakazania jej zaniechania oraz możliwość nakładania kar pieniężnych. Przewidziane w projekcie ustawy postępowanie w sprawie praktyk pseudomedycznych, jak każde postępowanie administracyjne, będzie musiało się toczyć z poszanowaniem sformalizowanej procedury, wymagać będzie dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego, zgromadzenia obszernego

materiału dowodowego i zapewnienia stronie czynnego udziału w postępowaniu. Można z dużym prawdopodobieństwem założyć, że „branża pseudomedyczna” będzie przygotowana na taką sytuację, np. poprzez wykonywanie działalności za pomocą podmiotów prawa handlowego nieposiadających kapitału i majątku, co doprowadzi do tego, że po wydaniu decyzji przez Rzecznika Praw Pacjenta podmiot prowadzący praktyki pseudomedyczne szybko zlikwiduje swoją działalność, a w jego miejsce powstanie formalnie nowy podmiot, na którym nie ciąży decyzja Rzecznika Praw Pacjenta, który jednak będzie kontynuował dotychczasową działalność najczęściej w oparciu o te same zasoby kadrowe.

W ocenie samorządu lekarskiego jedynym środkiem mogącym realnie ukrócić praktyki pseudomedyczne byłoby wprowadzenie zmian w przepisach o odpowiedzialności karnej osób, które biorą udział w ich wykonywaniu, zwłaszcza w sytuacjach gdy praktyka pseudomedyczna ma na celu lub prowadzi do rezygnacji przez pacjenta z leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną w placówkach medycznych do tego uprawnionych lub do niepodjęcia takiego leczenia. Wprowadzenie surowego reżimu odpowiedzialności karnej do zakazanych przez ustawę praktyk pseudomedycznych oznaczałoby, że odpowiedzialność za te praktyki ciążyłaby trwale na osobie, która te usługi świadczyła, przy czym osoba ta nie mogłaby zwolnić się z odpowiedzialności karnej poprzez likwidację podmiotu prawa handlowego, w którym praktyki były wykonywane.

(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

Pełna treść stanowisk dostępna na stronie www.nil.org.pl

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

NOWE TECHNOLOGIE

Startuje konkurs na najlepsze innowacje w zdrowiu

Ruszyła trzecia edycja ogólnopolskiego Konkursu „Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej”, organizowanego przez Sieć Lekarzy Innowatorów NIL IN. Zgłoszenia można przysyłać w trzech kategoriach: opieka ambulatoryjna, szpitalnictwo oraz self care, czyli samoopieka.

W konkursie „Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej” mogą wziąć udział lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarzy, kierownicy placówek medycznych, eksperci IT, specjaliści ds. innowacji oraz przedstawiciele organów założycielskich.

Organizatorzy zapraszają zarówno autorów lokalnych projektów, jak i twórców rozwiązań wdrażanych na szeroką skalę. Warunkiem jest realizacja innowacji w ciągu ostatnich dwóch lat.

Konkurs jest promocją nie tylko nowoczesnych technologii, ale również usprawnień organizacyjnych i procesowych, działań edukacyjnych oraz inicjatyw poprawiających jakość obsługi pacjenta. Aby wziąć w nim udział, należy przesłać zgłoszenie poprzez formularz dostępny na stronie organizatora: <https://nilin.org.pl/konkurs>.

Jak tłumaczy dyrektor COBIK NIL i prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Artur Drobnik, organizatorom zależy na tym, by podkreślać zmieniające się trendy systemu opieki zdrowotnej i wpływu innowacji na lepszą jakość opieki nad pacjentem i lepszą organizację pracy. W tym roku pierwszy raz przyznane zostanie także szczególne wyróżnienie „Wdrożenia: jak sztuczna inteligencja zmieniła opiekę nad pacjentem”.

– Chcemy pochylić się nad projektami, które w sposób realny usprawniły jakość opieki nad pacjentem, przyniosły wyraźne korzyści finansowe czy też usprawniły proces kontaktu i relacji pomiędzy specjalistą medycznym a pacjentem – mówi Artur Drobnik, zachęcając do nadsyłania zgłoszeń.

Do głosowania w I etapie dopuszczone będą osoby należące do społeczności NIL IN lub takie, które dołączą do niej do 15 września 2025 r. W II etapie projekty oceniać będzie kapituła konkursowa składająca się z ekspertek i ekspertów w dziedzinie ochrony zdrowia. Przyjmowanie zgłoszeń projektów zakończy się 15 września, z kolei od 22 września do 6 października potrwa głosowanie społeczności NIL IN. Później oceny dokona kapituła konkursu. Ogłoszenie zwycięzców nastąpi 18 listopada. ●

Sylvia Wamej

„Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym konkursu NIL IN.



Informacje
o konkursie

KONKURS WDROŻENIE INNOWACJI W OPIECE ZDROWOTNEJ

KATEGORIE
OPIEKA AMBULATORYJNA
SZPITALNICTWO
SAMOOPIEKA/SELF CARE

+ wyróżnienie w AI

wyślij zgłoszenie: nilin.org.pl/konkurs

EPIKRYZA (150)

Lekcje tańca

Teatr coraz chętniej opowiada o przypadłościach zdrowotnych, które klasyfikujemy międzynarodowymi kodami ICD-10. Scenariusze przyjmują bardziej lub mniej edukacyjne formuły, przez co stają się czasem lepsze, ale częściej gorsze. Irytują w nich nienaturalne dialogi. Nie zmienia to jednak faktu, że narracja prowadzona jest w dobrej wierze.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Oferta wakacyjnych spektakli z roku na rok rośnie. Sceny zapraszają na farsy i musicale, ale jak się dobrze poszuka, można zobaczyć także przyzwoicie wyreżyserowany i zagrany dramat. Letnia moda na festiwale sprzyja kumulacji kulturalnych wrażeń, którymi warto się dzielić, wracając z urlopu. W Zakopanem sezon trwa bez przerwy. Do Gdańska nieodmiennie zagląda Szekspir. W Warszawie od osiemnastu lat słychać „Lament na placu Konstytucji”. Głos o kondycji, wrażliwości i bólu człowieka przebija się ze wszech stron. Od lalkowego teatrzyku przed sopockim klubem dla najmłodszych aż po monumentalną operę na Wawelu stawiane są rozpoznania i wdrażane terapie na dolegliwości codzienności: miłość, zazdrość, chciwość, mściwość, samotność i żądze władzy... Elikksir ze słów i nut płynie strumieniami, a jego działanie na przemian przeraża, wyciska łązy i powoduje wybuchy niepomahomowego śmiechu.

Pół wieku temu powstał stołeczny Teatr Kwadrat, specjalizujący się w farsach. Historyczne afisze aż skrzą się od gwiazd polskiego kabaretu, filmu i telewizji. Rekordy popularności były tutaj spektakle z udziałem między innymi: Ireny Kwiatkowskiej, Anny Seniuk, Ewy Wiśniewskiej, Gabrieli Kownackiej oraz Edwarda Dziewońskiego (pierwszego dyrektora), Wojciecha Pokory, Janusza Gajosa, Krzysztofa Kowalewskiego, Mieczysława Czechowicza, Jaremy Stępowskiego, Bohdana Łazuki, Pawła Wawrzeckiego (nadal) czy Wiktora Zborowskiego. W lipcowy wieczór postanowiłem zatem odwiedzić złotego jubilata, uciekając przed ulewnym deszczem i omijając „Szalone nożyczki” głównej sceny, schodząc do kameralnej salki im. Jana Kobuszelewskiego – mistrza

bajek dla dorosłych. Widownię ustawiono tam w układzie stadionowym, który bardzo lubię. Patrzę wówczas nie tylko na aktorską grę, ale także reakcję publiczności z naprzeciwka. Wykonawcy pewnie mają trudniej, ale efekt wizualny jest lepszy, naturalny i nie wprost.

W pierwszej wymianie zdań scenicznych, po wyjawieniu złych rokowań rekonwalecencji poszkodowanej w wypadku komunikacyjnym Sengi, usłyszałem od jej sąsiada Evera mniej więcej taki passus: „Zanim uwierzysz w to, co mówi twój lekarz, sprawdź, czy nie ma postępowania dyscyplinarnego”. Stało się więc. Jesteśmy w komedii.

„Lekcje tańca” Marka St. Germaina są niezbyt skomplikowaną historyjką o relacjach. Ona – tancerka, która nie będzie już nigdy tańczyć. On – profesor z zespołem Aspergera. Pretekstem do spotkania staje się bankiet z okazji przyznania wykładowcy nagrody i zwyczaj udziału w uniwersyteckim balu. Cóż, kiedy on nie tańczy i boi się ludzi, a ona... też nie tańczy, bo połamana noga i brak perspektyw doprowadziły ją do kalectwa i głębokiej depresji. Naprzeciw siebie stają Anna Karczmarczyk – laureatka piątej edycji „Tańca z gwiazdami”, i Andrzej Andrzejewski – coraz bardziej rozpoznawalny aktor filmowy,

który przykuł moją uwagę rolą generała w serialu „Bodo”. Stają naprzeciw i, jak to ze słabymi tekstami bywa, mają tylko warsztat zawodowy, którym muszą zawojować setkę czekających na śmiech i łązy widzów. I robią to – odrabiają lekcje – ucząc się rozumieć potrzeby innych, wspierając wzajemnie, odgadując prawdę o sobie i demaskując kłamstwa, bez których trudno spojrzeć w lustro. Katharsis w formie lekkiej, momentami nawet wzruszającej. Ach, gdyby lekcje walczyły czy samby mogły aż tak uzdrawiać.

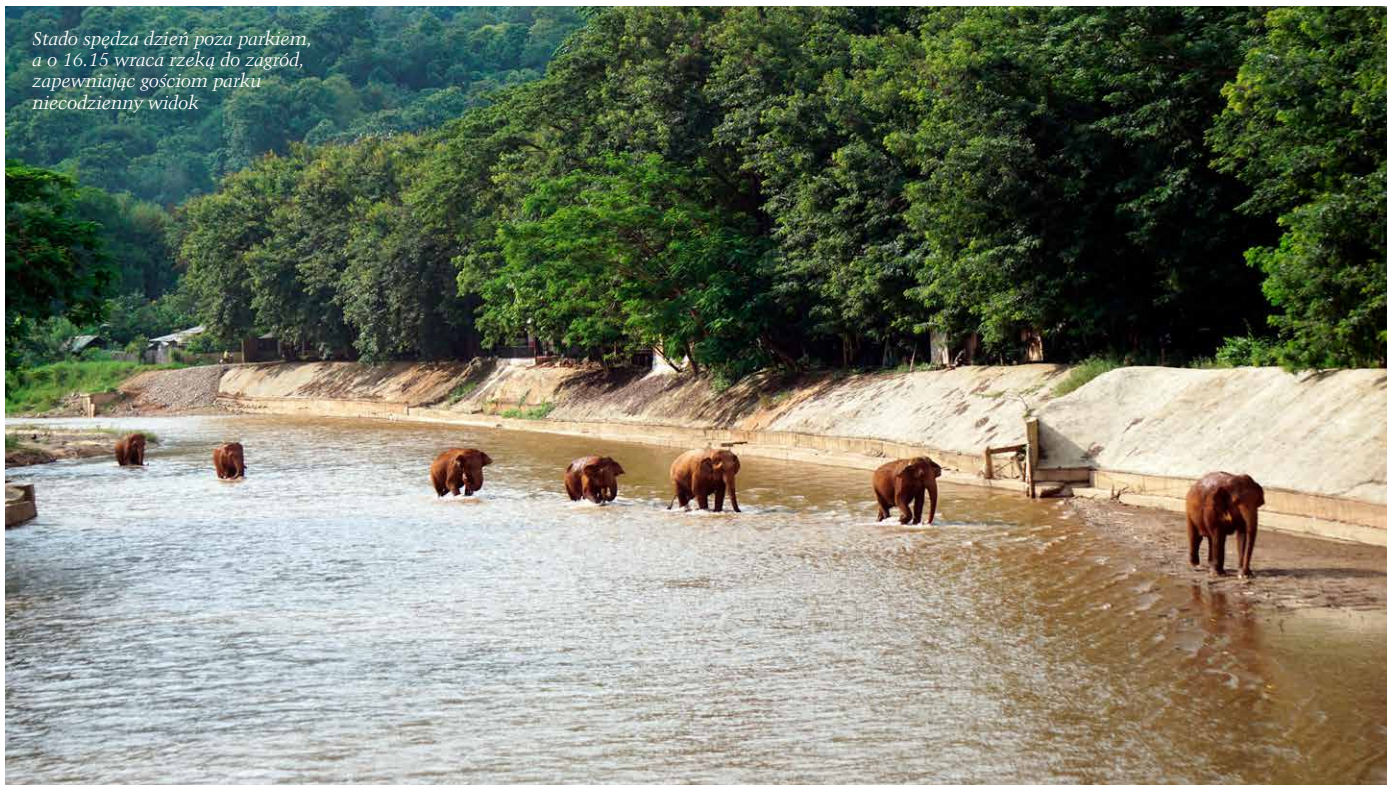
Kwadratura koła jest synonimem trudnego do rozwiązania zadania. Stadion przeciwstawia sobie drużyny i trybuny. Polityka polaryzuje i przypomina czasem farsę. Parkiet na kilka kroków w przód i w tył pozwala się zbliżyć i oddalić jak w tangu, gdy trwa licytacja: kto kogo, kto z kim? Natręctwa codzienności szukają wentyla w gabinecie lekarskim, aptece, używkach. Ludzie kręcą się w kółko, nie wyciągając nauki z porażek i porad. Danse macabre.

Teatr chętnie opowiada o pacjentach i chorobach. Czy może z tego wynikać dla lekarzy jakaś lekcja?

„Lekcje tańca” Marka St. Germain w reżyserii Michała Staszczaka, Teatr Kwadrat

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Stado spędza dzień poza parkiem, a o 16.15 wraca rzeką do zagród, zapewniając gościom parku niecodzienny widok



fot.: Krzysztof Jakubik

Słonie: od narodowego symbolu do ofiary turystyki

KRZYSZTOF JAKUBIK

Wystarczył tydzień spędzony wśród słoni w północnej Tajlandii, by zburzyć wszystkie moje wcześniejsze wyobrażenia o tych majestatycznych zwierzętach. Wolontariat w Elephant Nature Park uświadomił mi, jak wielka przepaść dzieli nasze romantyczne pojęcie o „pomocy” zwierzętom od rzeczywistości pełnej cierpienia, przemocy i bezdusznego biznesu.

Słoń od wieków zajmuje w Tajlandii wyjątkowe miejsce – jako narodowy symbol pojawia się w legendach, świątyniach, herbach i na dawnej fladze państwowej. Od pokoleń towarzyszy ludziom, ale ta bliskość coraz częściej staje się źródłem konfliktu. Dziko żyjące słonie, wypierane z naturalnych siedlisk przez plantacje, wsie i drogi, wchodzą na pola uprawne,

niszczą plony, a nawet zaglądają do domów i sklepów. Coraz częściej pojawiają się też w lokalnych wiadomościach – jako sprawcy wypadków i strat. To błędne koło: im bardziej ograniczamy ich przestrzeń, tym częściej – dosłownie – wchodzą nam w drogę.

Słoń od dawna postrzegany był także jako zwierzę „użyteczne”

– chociaż w kontekście tego, co dalej opiszę, słowo to wymaga sporego dystansu. Już 300–400 lat temu zaczęto wykorzystywać słonie do komercyjnego wyrębu lasów. Ich siła i zdolność poruszania się po trudnym terenie czyniły je idealnymi „narzędziami” do przeciągania pni, zwłaszcza drewna tekowego. Szczyt tego procederu przypadł na

► Lek Chailert, założycielka ENP, osobiście dogląda terytorium całego parku (na zdjęciu z autorem tekstu)

XIX i początek XX wieku. W odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie na drewno, w tym eksportowane do Europy, słonie masowo wykorzystywano do niszczenia lasów, czyli ich własnych domów.

W 1989 r. rząd Tajlandii zakazał komercyjnego wyrębu lasów państwowych. Choć był to krok w dobrą stronę, pozostawił wielu właścicieli słoni bez źródła dochodu. Tymczasem dorosły słoń zjada dziennie pokarm o wadze nawet 10 proc. swojej masy ciała (samice, które zdecydowanie łatwiej oswoić, ważą średnio 2000–3500 kg). W odpowiedzi rozpoczęła się nowa, równie kontrowersyjna „kariera” słoni w branży turystycznej. Przejazdźki, karmienie, kąpiele, sesje zdjęciowe, a nawet pokazy cyrkowe, podczas których zwierzęta malują obrazy – oto atrakcje, które od dekad przyciągają turystów do Tajlandii.

CIEŃ CIERPIENIA

Czy to rzeczywiście coś złego? Przecież słoń to zwierzę silne, mądre, duże – musi przecież na siebie zarobić... Niestety,

fot.: Krzysztof Jakubik



to sposób myślenia, który pomija najważniejsze fakty. Skóra słonia jest cienka i bardzo wrażliwa – bez problemu czuje ukąszenie komara. Jego kręgosłup bezpiecznie znosi nacisk do ok. 50 kg, tymczasem samo siedzisko dla turystów waży

ponad 100 kg, nie wspominając o pasażerach.

Jednak to nie cierpienie fizyczne, ale psychiczne jest dla tych największych lądowych ssaków największym wyzwaniem. Słoń nie jest zwierzęciem posłusznym. Co więcej, przez biologów określany jest mianem najbardziej niebezpiecznego ssaka na ziemi, bo jako jedyny jest w stanie zaatakować człowieka, nie będąc przez niego prowokowanym. W ciągu ostatniej dekady tylko w Tajlandii doszło do ponad 200 wypadków śmiertelnych z udziałem dzikich słoni. Dlatego słoń, który ma brać udział w nielegalnym wyrębie lasu lub jako atrakcja turystyczna, trzeba „oswoić”.

Proces ten jest zaprzeczeniem człowieczeństwa, więc powstrzymam się od opisywania jego szczegółów. Zainteresowane osoby o wybitnie mocnych nerwach mogą poszukać filmów zawierających słowo „phajaan” w tytule. W ramach tego proceduru młode dzikie słonie są odławiane, oddzielane od matek, a następnie poddawane brutalnemu rytuałowi „łamania ducha”. Są to trwające przez tydzień lub dłużej fizyczne i psychiczne tortury mające

◀ Niektóre słonie uwielbiają fizyczne aktywności



fot.: Krzysztof Jakubik



fot.: Krzysztof Jakubik

sprawić, że zwierzę podporządkuje się człowiekowi i zapomni o swojej matce. Z tortur wyzwadza słonia przyszły właściciel, który do końca życia traktowany jest przez niego jako wybawca. Choć oficjalnie pozyskiwanie słoni z natury jest w Tajlandii nielegalne, proceder ten nadal istnieje i sam w sobie nie jest jednoznacznie zabroniony prawnie.

SANKTUARIUM SZACUNKU

Przez lata temat phajaan był w Tajlandii tabu. Do przerwania zмовy milczenia wielu osobom brakowało odwagi. Dopiero pod koniec lat 90. zaczęły pojawiać się głosy sprzeciwu. Jednym z nich była Saengduean „Lek” Chailert – kobieta, która podejmując walkę o prawa zwierząt i zakończenie praktyk przyczyniających się do ich cierpienia, zaburzyła funkcjonowanie wielomilionowego biznesu. Dwie dekady temu wraz z mężem Darrikiem Thomsonem założyli fundację Save Elephant Foundation, w ramach której powstał Elephant Nature Park (ENP) – znajdujący się 50 km na północ od Chiang Mai projekt o statusie etycznego sanktuarium dla słoni. Jego

głównym założeniem jest ratowanie osobników, które ucierpiały z rąk człowieka, i zapewnianie im godziwej emerytury przez ostatnie lata życia.

◀ Typowy sielski widok w ENP – słonie w towarzystwie opiekunów i wolontariuszy

Park zapewnia schronienie ponad 100 słoniom uratowanym z niewoli, a łącznie ocalał już ponad 200 osobników. Goście mogą zwiedzać go z przewodnikiem – środki z biletów pokrywają codzienne koszty utrzymania zwierząt. Zwiedzający poznają historie słoni (zobacz, jak dużym wysiłkiem jest zapewnienie im komfortowych warunków życia nadal w niewoli, bo wypuszczone na wolność nie przetrwałyby), uczą się o skutkach ich wykorzystywania i widzą fizyczne ślady przemocy: blizny, uszkodzone oczy, złe zrośnięte kończyny. Emocje są trudne do opisanie: łzy same napływają do oczu, i to nawet największym twardzielom...

TYDZIEŃ Z DRUGIEJ STRONY OGRODZENIA

Jednym z najważniejszych aspektów funkcjonowania ENP jest wolontariat dla osób, które chcą pogłębić swoją wiedzę o słoniach, a także solidnie spociec się, wykonując różne prace. Sam wziąłem w nim udział – i choć długo to odkładałem (atrakcja ta od kilku lat znajdowała się na



fot.: Krzysztof Jakubik

► Przez kuchnię dla słoni codziennie przechodzi kilka ton owoców

► Koordynatorka pracy wolontariuszy Phitchphisitsed „GR” Singkaew zna historie wszystkich słoni w parku

mojej turystycznej liście marzeń), dziś wiem, że będę tam wracał.

Już na miejscu okazało się, że ENP zapewnia najlepszą psychoterapię, jaką można sobie wyobrazić. Na początku odczuwa się smutek, a nawet gniew, widząc, do czego ludzie są zdolni wobec zwierząt. Jednak w ciągu kolejnych dni smutek ten zamienia się w czystą radość, gdy zdajemy sobie sprawę, że nawet niewielki wysiłek z naszej strony może przynieść tak fantastyczne rezultaty. Pozytywna atmosfera, tworzona przez wyjątkowo empatycznych ludzi wokół, udziela się każdemu, kto przekroczy bramę ENP. A w przypadku wolontariuszy wzmacniali ją dodatkowo koordynatorzy naszej pracy, którzy cierpliwie wyjaśniali wszystkie szczegóły.

Co robiliśmy? Harmonogram jest różny i zależy od aktualnych potrzeb. To praca fizyczna – przygotowywanie posiłków dla słoni z uszkodzonymi zębami, ścinanie drzew bananowca, zbieranie siana czy... odchodów. Do tego mycie i krojenie owoców, rozładowywanie ton arbuzów, bananów i mango, do tego przygotowywanie koszy „delikatesowych”, które przez cały dzień po terenie parku rozwożą opiekunowie zwierząt.

NIE KAŻDA KĄPIEL TO RELAKS

Jak nietrudno się domyślić, dość szybko powstały konkurencyjne projekty – zarówno w najbliższej okolicy, jak i w innych regionach Tajlandii. Niestety, tylko część z nich to prawdziwe azyle, gdzie słonie mogą żyć bez przymusu i przemocy. Lek Chailert współpracuje z większością z nich, dzieląc się doświadczeniem – w końcu sama prowadzi pierwszą i największą tego typu organizację w Tajlandii. Ale w większości przypadków „etyczne sanktuarium” jest etyczne tylko z nazwy. Nie ma tam, co prawda, jeżdżenia na słoniach (społeczna świadomość dotycząca tej wątpliwej atrakcji jest już zbyt duża), ale wciąż turystom oferuje się kąpiele ze słoniem, karmienie czy długotrwałe sesje zdjęciowe. Zwierzęta nadal są poddawane stresowi i presji, tylko w innej formie – bo wciąż nie ma możliwości zapytania ich o zdanie, na jaką aktywność w danym momencie mają ochotę.

– W naszym parku to słonie decydują, co robią. Nie są uwiązane, więc

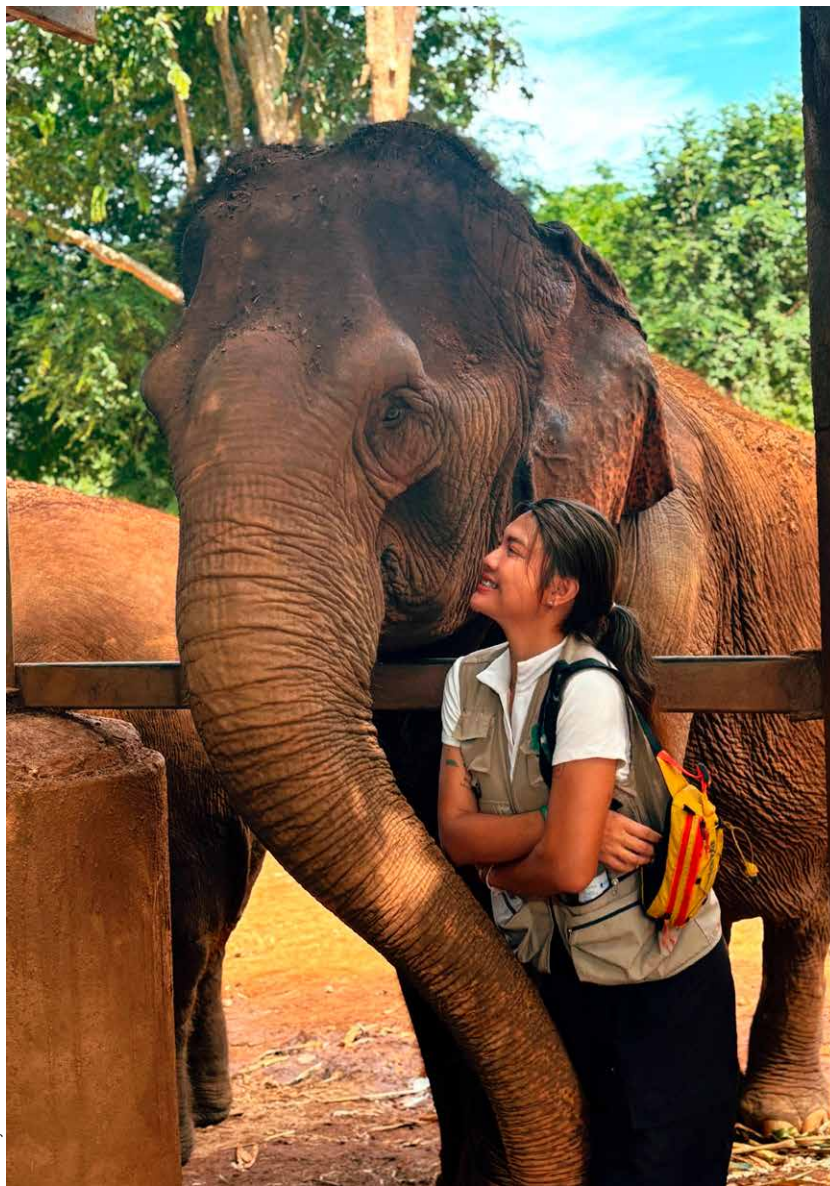


foto: Krzysztof Jakubik

same dobierają się w stada. Kluczową kwestią jest świadomość stanu psychicznego oraz wcześniejszych doświadczeń każdego ze słoni. Mamy tę wiedzę, dlatego potrafimy zapewnić pełne bezpieczeństwo zarówno zwierzętom, jak i ludziom. Traumatyczne przeżycia niektórych naszych słoni były tak silne, że reagują stresem na widok każdej nieznanej osoby, dlatego są odizolowane i żyją spokojnie w odosobnieniu. Ale mamy też kilka słoni, które lubią ludzi i są bardzo przyjaźnie nastawione. Dlatego tak ważne są indywidualne podejście

oraz obserwacje prowadzone przez naszych weterynarzy i opiekunów.

Elephant Nature Park to nie tylko słonie – działa tu także klinika weterynaryjna opiekująca się ponad 1000 psów, 2000 kotów oraz wieloma innymi uratowanymi zwierzętami: kozami, bawołami, królikami, dzikami, kaczkami, gęsiami czy małpami. Całość tworzy wyjątkowe, pełne empatii miejsce.

Wyjeżdżając po tygodniu spędzonym w ENP, niemal każdy wolontariusz ma w głowie tylko jedno pytanie: nie „czy”, ale kiedy znów tu wróci.

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Jeden, dwa, trzy

Od Freuda i Ericksona po niezapomniane „odin, dwa, tri” Kaszpirowskiego – hipnoza w psychoterapii wciąż budzi kontrowersje. Podróże w głąb podświadomości fascynują jednak nie tylko psychiatrów, ale i artystów. A co się dzieje, gdy psychiatr stosujący hipnozę sam jest malarzem?



Obraz: Adolf Bierbrauer, obraz hipnozy „Upadek H”, 1953

Düsseldorf, lata pięćdziesiąte XX wieku. Trzydziestokilkuletni wówczas Adolf Bierbrauer rozpoczyna pracę w Akademii Medycznej, specjalizując się w leczeniu hipnozą. Pasję do medycyny łączy z zamiłowaniem do rysunku i malarstwa – zainteresowanie to z czasem popchnie go do podjęcia studiów artystycznych. W Düsseldorfie pracuje z pacjentami zmagającymi się z traumą wojenną. Wprowadza ich w stan transu, podczas którego pojawiają się wizje i obrazy.

Bierbrauer zaczyna je dokumentować – nie w formie skrupulatnych notatek, lecz malowanych gwaszem obrazów. Przyjmując podwójną rolę lekarza i artysty, stara się prowadzić pacjenta ku uzdrowieniu. Tak powstaje cykl „obrazów hipnotycznych”, które przyniosły mu największy rozgłos i – obok Josepha Beuysa – zapewniły miejsce w gronie pionierów zaangażowanej sztuki konceptualnej. Bierbrauer wykorzystywał te

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



obrazy w rozmowach z pacjentami jako pomoc terapeutyczną.

„Upadek H” z 1953 r. to obraz naznaczony szybkimi ruchami pędzla, zapisujący jedną z wizji pacjenta. Na bliżej nieokreślonym tle lewituje ukazana z profilu, bujnie owłosiona głowa. Brutalnie ucięta na wysokości szczytu ucha, wyłania się z tła samotnie i bez kontekstu. A może w tym tle tonie? Podwinięte

kreski rzęs, pod którymi nie ma oczu, wprowadzają do przedstawienia dodatkowego elementu napięcia.

To tajemniczy, wizualny zapis terapii. Balansując na pograniczu medycyny, sztuki i eksperymentu, Bierbrauer stara się uchwycić kondycję ludzką – z jej niewiadomymi, z tym, co jeszcze nieodkryte, a zarazem głęboko kształtujące naszą tożsamość.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 7-8/2025

Szczegóły różniące obrazy:

1. Usunięcie kawałka materiału ze środkowej postaci.

Rubens wzmacnia jeszcze efekt nagości trzech postaci, otulając je częściowo przezroczystym materiałem, który jednak bardziej odkrywa, niż zakrywa wdzięki Gracji.

2. Zmodyfikowanie ciała postaci z prawej strony poprzez większe wcięcie w tali.

Rubens słynął z umiłowania obfitych kształtów, zatem wychudzone modelki nie miały miejsca w jego dziełach.

3. Dodanie złotego jabłka w dłoni postaci z lewej strony.

Trzy Gracie czasami przedstawiane są z jabłkami w dłoniach. W interpretacji Rafaela trzymały złote jabłka, prawdopodobnie symbol nieśmiertelności.

4. Dodanie naszyjnika środkowej postaci.

Trzy Gracie bardzo często przedstawiano z klejnotami, zatem obecność dodatkowej biżuterii nie byłaby nieuzasadniona.



Obraz: Peter Paul Rubens, „Trzy Gracie”, 1630-1635, Prado, Madryt

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 16 września 2025 r.

W temacie maila należy wpisać GL09 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 07-8/2025

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Zbigniew Przybyła (Wodzisław Śląski)

Nagrody dodatkowe: Daniel Rams (Kraków), Michał Płachta (Poznań), Łukasz Bryliński (Lublin)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet 3 zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
- aromatyczny masaż relaksacyjny częściowy, zabieg nawadniający express na twarz, aquamassage
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, ufundowało Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego:



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa; 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@hipokrates.org; 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku; 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – POEZJA

PATRYCJA ANNA SIDŁO



foto: materiały prasowe

Laureatka XIV edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. I miejsce w kategorii poezja.

Urodziła się w 1998 r. w Kielcach. Absolwentka kierunku lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Przed podjęciem studiów medycznych studiowała również psychologię na Uniwersytecie Jagiellońskim. W szkole średniej laureatka wielu konkursów literackich. Obecnie pracuje jako lekarz stażysta. Zawodowo interesuje się zagadnieniami z obszaru onkologii, psychiatrii i psychologii. Czas wolny spędza aktywnie, praktykuje jogę, lubi góry, książki i dobrą kuchnię.

Matki od Aniołów

(wybrany fragment)

Nie ma takich świętych
Co by tu pomogli
Ani takich modlitw

Nawet czas nie ma dla nich
Nic do zaproponowania
Czasem
Się dłuży a czasem znika

Zostały same matki i czuwają
Siwe wilczyce
Wyją po cichutku do księżyca

Ale znów przylecą bociany
Wiosną odnowią się drzewa
Opuścimy sinoblade ściany
I sinoblade twarze zwrócimy do nieba

Trują nas i ratują jednocześnie
Czekamy
Aż zadecydują
Czy już za późno czy jeszcze za wcześnie

Już na zawsze będziemy się bać
Co by było gdyby
Nie zadzwonił ozdrowieńczy dzwon
Gdyby to było na niby

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



Odeszła Monika Szymczakowska

Monika polowała obiektywem aparatu fotograficznego na owady, kwiaty i ptaki. Zatrzymywała ulotne chwile i piękne krajobrazy. Za swoje wyjątkowe prace zdobywała nagrody w konkursach fotograficznych.

Lubiła anioły, ceramikę Bolesławca, sosny i paprocie. A przede wszystkim maki i chabry. Lubiła spacerować po lesie i brzegiem morza. Kochała książki. Doceniała i podziwiała codzienne-niecodzienne piękno. Pisała o tym w wierszach, których wersy jak drżące z emocji listki drzew wzruszały, a jednocześnie mocne, trafne słowa zapadały w nas na zawsze. Wielokrotnie była nagradzana w konkursach literackich w Warszawie i Krakowie w kategorii poezji i prozy.

Malowała też obrazy i mandale. Wyszywała haftem krzyżowym, na szydełku wyczarowywała piękne chusty. Kochała zwierzęta, a zwłaszcza psy. Ostatnio w domu mieszkali trzy urocze suczki.

Wrażliwa Kobieta wielu talentów, wspaniała lekarka, mama trojga dzieci, żona, przyjaciółka, poetka. W czerwcu przysłała mi zdjęcie pazia żeglarza.



▲ **Monika Szymczakowska (29.07.1980 – 11.06.2025)**
– lekarz psychiatra, poetka, członkini Komisji ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i Unii Polskich Pisarzy Lekarzy.

Złowiła go swoim czujnym okiem i aparatem. Dzień przed nagłą śmiercią wysłała mi łąkę i maki. Motyle żyją krótko, ale pięknie. Monika była najpiękniejszym motylem.

Zostawiła za sobą szal tęsknoty jak woal mgły i łąkę pełną maków, których czerwień aż boli. Zostawiła rozgwieżdżone niebo, wszystkie wschody i zachody słońca. Ciszę do bólu. Jej nieobecność jest wszędzie.

W naszych sercach i w poezji zostanie na zawsze. Na swoich fotografiach, które nazywała efemerydami czasu. W obrazach i szumie otwóckich sosen. W ulotności motyli. Niecodzienna, niepowtarzalna, niezwykła. W wierszu „Baba piaszkowa” napisała:

w zachodach słońca zostaną
powoli codziennie ubędzie mnie
spokojnie zwyczajnie...

Moniko, nie odeszłaś powoli,
zwyczajnie... Bezcenna była każda
chwila z Tobą.

Katarzyna Wierzbicka

CZYTELNI

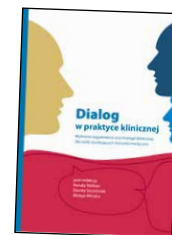


Skarby serca Celina Maria Niwald, Wiesław Niwald Wydawnictwo A&K

Zbiór bajek dla dzieci, który stworzyli Wiesław i Celina Niwaldowie, to podróż w głąb emocji, potrzeb i marzeń będących fundamentem budowania dobrych relacji z innymi, ale przede wszystkim z samym sobą. On – ginekolog-położnik, ona – terapeutka i trenerka rozwoju osobistego, wspólnie napisali „Skarby serca”, które, jak sami mówią, są listem miłości do ich własnych wnuków i wszystkich dzieci zasługujących na to, by wiedzieć, że ich głos ma znaczenie. Historie Hani i jej czarodziejskiego zegara, Tomka z magicznym lustrem czy asertywnego rycerza i smoka wymuszają na czytelnika coś więcej niż tylko opowieści na dobranoc. To lektura, która przypomina, co w życiu naprawdę ważne, i to nie tylko, gdy jesteśmy dziećmi. Książka została wydana w wersji polsko-angielskiej i wzbogacona uroczymi ilustracjami. (LS)

Dialog w praktyce klinicznej Renata Wallner, Dorota Szcześniak, Błażej Misiak Wydawnictwo UMW

Rozmowa jest nieodłączną częścią pracy lekarza, bywa jednak wyzwaniem w trudnych sytuacjach klinicznych. Specjaliści Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w praktycznym podręczniku podpowiadają, jak się komunikować, by poprawiać wyniki leczenia i minimalizować ryzyko ewentualnych sytuacji konfliktowych. Podając przykładowe scenariusze obrazujące różne postawy i problemy pacjentów, ułatwiają wejście w konkretną sytuację. Publikacja zawiera wskazówki, jakich form dialogu i wsparcia używać w rozmowie m.in. z pacjentami agresywnymi i roszczeniowymi, niechętnymi do współpracy, stojącymi w obliczu niepomyślnej diagnozy, przeżywającymi żal lub strasę i cierpiącymi z powodu zaburzeń psychicznych. Daje tym samym konkretne narzędzia doskonalące umiejętności komunikacyjne. Autorzy dzielą się także sposobami radzenia sobie z własnymi emocjami. (LS)



PO GODZINACH – SPORT

Lekarka z Ciechanowa mistrzynią w brydżu sportowym

Iwona Czajka zdobyła złoty i brązowy medal podczas XI Mistrzostw Europy w Brydżu Sportowym w Poznaniu, pokonując rywali z całego świata.

Od 21 czerwca do 5 lipca w Poznaniu odbywały się XI Mistrzostwa Europy w Brydżu Sportowym. Wzięła w nich udział rekordowa liczba uczestników – ponad 2 tys. osób z 45 krajów, w tym ok. 100 brydżystów z USA. Iwona Czajka z warszawskiej izby lekarskiej, zawodniczka I-ligowego klubu Płockie Towarzystwo Gier Umysłowych, zdobyła złoty medal w klasyfikacji mikstowej, pokonując ponad 160 par. Oprócz



▲ Mistrzyni Iwona Czajka w czasie rywalizacji

złotego medalu, zdobyła również brązowy w drużynie mikstowej polsko-szwajcarsko-francuskiej po zaciętej rywalizacji z 46 drużynami.

Nasza mistrzyni posiada najważniejsze cechy potrzebne w tej dyscyplinie sportu: koncentrację, zdolność przewidywania, doskonałą pamięć i wyobraźnię, a przede wszystkim zdolność współpracy z partnerem. Zachęcam do brydżowej rywalizacji w naszym środowisku już we wrześniu na Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem, a także w październiku podczas XXVI Mistrzostw Polski Lekarzy w Warszawie. ●

Krzysztof Makuch

44. Mistrzostwa Świata za nami

KRZYSZTOF MAKUCH

Gospodarzem World Medical and Health Games był hiszpański kurort na Costa Brava Lloret de Mar. W zawodach uczestniczyło 1117 lekarzy z 49 krajów, którzy rywalizowali w 20 dyscyplinach.



Fot.: archiwum prywatne

Polscy lekarze tradycyjnie już odnieśli wiele sukcesów. Najliczniejszą grupą, która zdobyła 19 złotych, 14 srebrnych i 15 brązowych medali, byli nasi lekkoatleci. Multimedalistami okazali się: Marta Parol – sześć złotych i trzy srebrne, Krzysztof Gidziński – pięć złotych, dwa srebrne i brązowy, Konrad Bońda – cztery złote. Medale zdobyli również: Mateusz Kulbat – po jednym złotym i srebrnym oraz trzy brązowe, Szymon Warwas – złoto, dwa brązowe, Ewa Bienieć – po jednym złotym i srebrnym, Nelly Czyż – złoto, dwa srebrne i jeden brązowy, Leszek Albiniak – dwa srebrne i brązowy, Dominika Opałko – dwa srebrne i brązowy, Maciej Gajda – srebro i brąz, Przemysław Wojciechowski – dwa srebrne, Danuta Ziarko – dwa srebrne i brązowy, Małgorzata Piela – srebro i dwa

▲ Lekarze biorący udział w 44. Mistrzostwach Świata

brązowe, Dariusz Środa oraz Iwona Olszewska-Czyż – po brąz.

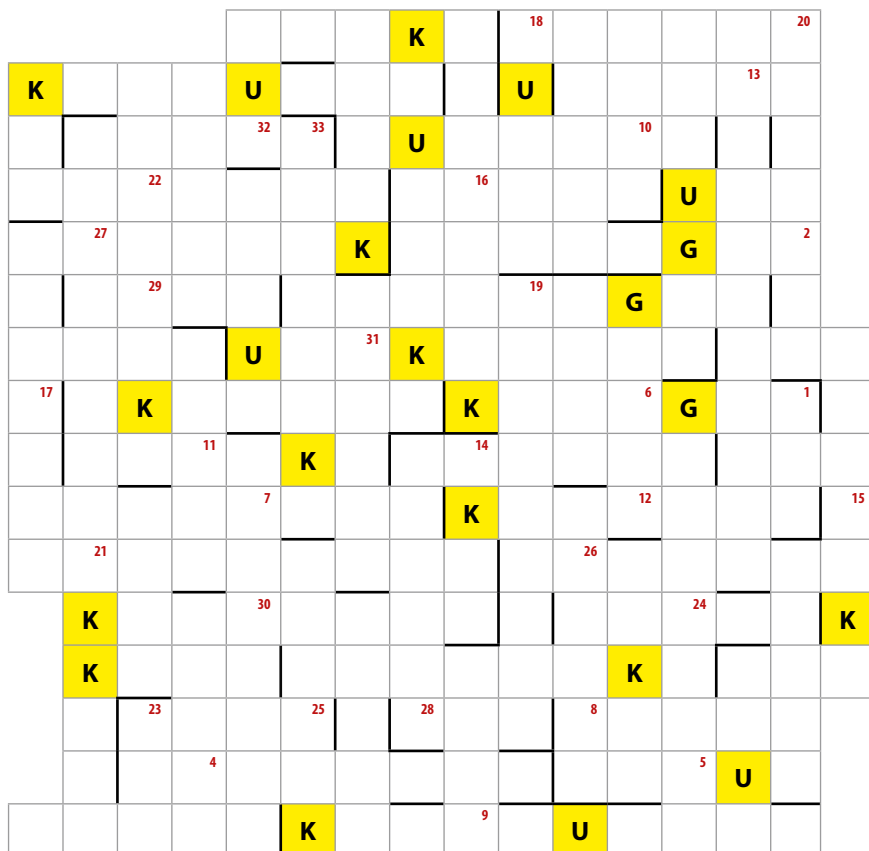
Dużym sukcesem zakończyli swój występ również nasi pływacy: Marek Trzensiok zdobył dziewięć złotych medali, Danuta Ziarko i Maciej Gajda – po sześć, a Sonia Nowak – trzy.

Sukcesów nie zabrakło również w golfie, trójboju siłowym, a także m.in. w badmintonie, tenisie stołowym czy cross-country. Emocji nie brakowało również w turnieju piłki nożnej – brąz zdobyła drużyna OIL z Gdańska.

W przyszłym roku mistrzostwa w chorwackiej Puli. ●

JOLKA LEKARSKA 307

Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 76 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, K i U. Na
pomerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi
rozwiązanie. Jest to myśl Arystotelesa.
Hasło należy przysłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na
adres: jolka@gazetalekarska.pl do 16 września 2025 r. Wśród autorów
prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody
książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* piękne zakorzenie elewacji * katalizuje powstawanie plazminy * pomagał Niemcom w Auschwitz * połowa połówki * japońska mata * ubijająca część młota * periosteum * łuk po burzy * Centralna Agencja Wywiadowcza * krzaczki powiat * trójtlenek arsenu * świętego Wita * reguluje pomiary optyczne * obecne Reate * ptasi zwany świńską trawą
* włoski na cieple płodu * premier ZSRR (1964-80) * zaciśnięta dłoń * sakwa * tętnica główna * twarda skale krzemionoka * bliski krewny pismowola * zakład przemysłowy * łączy końce łuku * znawca łuku * sole kwasu azotowego * Al... , meczet w Jerozolimie * ślimaki, małże i głownonogi * amerykańska liga koszykowi * głowowa lub łonowa * alkoholowej zespół abstynencyjny * największy port Chorwacji * mordownik * stałe lub niebieskie * poddał się * poprzednik materacy * do wycierania ciała * ogarnięci niemocą * świeży śnieg wierzchniowy * koagulacja tkanek elektrodami * gorąc, upał * uzdrowisko nad Raba * przedpokój * premier

Belgii (1974-78) * Pakt Bezpieczeństwa Pacyfiku * lamblioza * brak
współpracy różnych części ciała * Czerwona lub Kijowska * cyanosis * artysta
meblowy * zespół Skrzeka * kordonek i kutgut * łosiowata mniejsza od siei
* stolica Umbrii * fundus * gladiator walczący na ślepo * tlenek węgla
* nadaje winu cierpki smak * rodzaj lodów owocowych * uchodzi w Karaczi
* elaboret * podgatunek * 12. księżyc Uraua * naprężeni zenitu * nazajutrz
* kryształ antyseptyczny * muzeumński sędzia * matka Grakchów, wójt
rzymskiej matrony i matki * nągże dzungli * fluorek sodu * cykliczna forma
muzyczna * kurze ziele z leczniczymi kłaczami * nordycki bóg myślistwa
* 126p * wiedza o religii * stres poniedziałkowy

Rozwiązanie jolki lekarskiej 305
Głupszym od nieuka jest głupiec uczony

Nagrody otrzymują:
Krzysztof Borski (Poznań), Bartosz Furmaniak (Biała Podlaska),
Anna Miśkiewicz (Wrocław), Jolanta Kluz-Zawadzka (Łańcut),
Tomasz Trochanowski (Zielona Góra)
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwł.pl. Nagrody przesyła pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 75/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl



WYDAWCA



Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 42 614 egz.

Kolegium redakcyjne

Kolegium Redakcyjne
Piotr Kościelniak, Jacek Bujko, Paweł
Doczekalski, Klaudiusz Komor, Maria
Kłosińska, Ryszard Golański, Dariusz
Samborski, Mikołaj Sinica, Anna Wojda,
Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

**Dyżur telefoniczny w każdy wtorek
w godz. 10.00 - 14.00.**

Poza tym terminem prosimy kontaktować się mailowo: redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak
(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda
(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska
(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak
(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Sylwia Wamej
(redaktor portalu internetowego)
sylwia.wamej@nil.org.pl

Reklama i ogłoszenia
Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują
Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka, Małgorzata
Solecka, Jarosław Wanecki

Projekt, projekt okładki
Michał Trusz

Skład
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontynuować się z właściwą adresową izbą lekarską.

Materiałów niezamierzonych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adaptacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrotu produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami) i rozpoznających:

