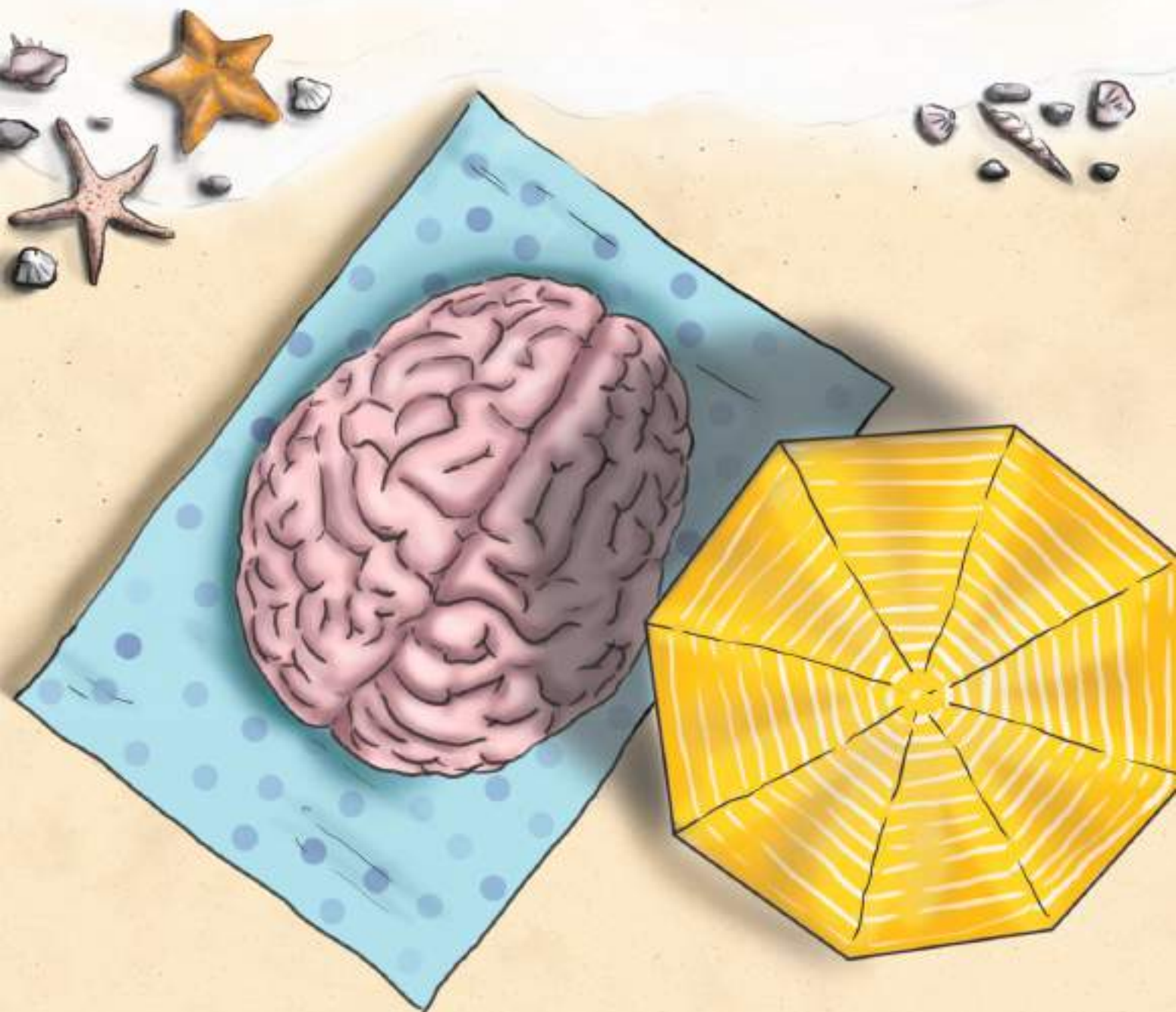


Miesięcznik
Okręgowej
Izby Lekarskiej
w Warszawie
im. prof. Jana
Nielubowicza

puls

LIPIEC-SIERPIEŃ 2021 (nr 315-316)



» Wybory delegatów na OZL
» 100 działań na 100-lecie
aktywnego samorządu

» Informować, szkolić, pomagać
» Wylogowani z natury
» *Regeneracja* – prof. Jerzy Bralczyk

» Było. Jest. Będzie?
» Sanitariuszka „Małgosia”
– doktor Janina

SPIS TREŚCI

- ▶ NA DZIEŃ DOBRY (str. 2) _____
- ▶ DZIŚ I JUTRO (str. 3) _____
- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 46, 51) _____
- 20** „Było. Jest. Będzie?”
– konferencja ekspercka w OIL w Warszawie
- 22** Aktor w roli pacjenta, lekarz w roli lekarza
– warsztaty umiejętności komunikacji
- 24** Szkolenie dla lekarzy
spoza Unii Europejskiej
- 25** Lekarski spływ kajakowy Wisłą
- 40** Interwencje rzecznika praw lekarza
- ▶ SAMORZĄD _____
- 4** 100 działań na 100-lecie
aktywnego samorządu
- 7** Wybory delegatów na okręgowy zjazd lekarzy
- ▶ WYNURZENIA I IDEOLOGIE... _____
- 11** Ruminacje
– Jarosław Biliński
- ▶ OPINIE _____
- 12** Wylogowani z natury
– Małgorzata Solecka
- 14** Z certyfikatem na wirusa
– Paweł Walewski
- 15** Lekarski urlop
– Artur Drobnik
- 18** Świat uziemiony
– Paweł Kowal
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA _____
- 16** Psychiatria środowiskowa
– Marek Balicki
- ▶ MEDIA _____
- 17** #SPRAWDZAM
– Małgorzata Solecka
- 36** #W_ETERZE
- ▶ SŁOWA NA ZDROWIE _____
- 19** Regeneracja
– Jerzy Bralczyk
- ▶ ZDROWIE PSYCHICZNE _____
- 26** Natura na receptę
– Magdalena Flaga-Łuczkiwicz



Graf. na okładce: P. Łajek

www.miesiecznik-puls.org.pl

- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW _____
- 28** Informować, szkolić, pomagać
– rozmowa
z Dariuszem Paluszkiem
- 30** Negocjacje, czyli związek partnerski
– rozmowa
z Hubertem Gołąbkim
- ▶ OKIEM WUM _____
- 32** Sztuczna inteligencja
a długoterminowe EKG dzieci
– rozmowa
z Bożeną Werner i Radosławem Pietrzakiem
- ▶ ZABIEGI WIZERUNKOWE _____
- 34** Zmęczony? (Nie)widać
– rozmowa
z Maciejem Orłosiem
- ▶ PRAWO _____
- 41** Staranność
– Aleksandra Powierża,
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- 42** Prawo lekarza do urlopu
– Filip Niemczyk
- ▶ PO GODZINACH _____
- 44** Profesor wśród ślimaków
– rozmowa
z Henrykiem Skarżyńskim
- ▶ NA PRZESTRZENI LAT _____
- 48** Sanitariuszka „Małgosia” – doktor Janina
– rozmowa
z Janiną Kępską
- ▶ W PIGUŁCE (str. 6) _____
- ▶ BIULETYN ORL (str. 47) _____
- ▶ WSPOMNIENIA (str. 52) _____

Jak założyć gabinet lekarski – krok po kroku.

Od pomysłu do pierwszego pacjenta

Szkolenie online dla lekarzy z OIL w Warszawie
13–18 września, godz. 18.00–20.00

Zapisy od 25 sierpnia



OPERACJA RÓWNOWAŻA

Cykl warsztatów z pełnomocnikiem ds. zdrowia psychicznego
 lekarzy i lekarzy dentyistów OIL w Warszawie

3 TEMAT: Uzależnienia – alkohol, leki, pracoholizm

6 września 2021



SPOTKANIA ONLINE
 izba-lekarska.pl





Fot. K. Bortyzel

RENATA JEZIÓLKOWSKA

redaktor naczelna

Gorąco

To dobrze, czy źle? Jeżeli mowa o pogodzie w kontekście wyjazdu wakacyjnego – to raczej dobrze. Zwłaszcza gdy chodzi o oczekiwania względem polskiej nadbałtyckiej plaży.

Gorzej, gdy słowo „gorąco” odnosi się do sytuacji w pracy. „Robi się gorąco” – gdy w ten sposób mówimy o epidemii, też nie brzmi to najlepiej. Jednak, kiedy myśli się ogólnie o systemie ochrony zdrowia, określenie „gorąco” jest za słabe.

Choć w ochronie zdrowia stale jest co najmniej gorąco, nie ma dla niej czegoś takiego jak wakacje. Jeżeli nie COVID, to inne choroby, jeśli nie batalie z rezydentami, to spory z lekarzami POZ, jeśli nie chaos z procedurami, to przepychanki związane z wynagrodzeniami. Itp., itd...

A może rzucić to wszystko i wyjechać (niekoniecznie w Bieszczady i niekoniecznie na zawsze)? Na pewno na chwilę wyjechać warto, oderwać się, zdystansować. Wziąć urlop. Niby to oczywiste, ale eksperci podkreślają, że po obciążającej pracy, wielu ciężkich dyżurach, traumatycznych sytuacjach trudno się wyluzować i człowieka mogą dopaść skutki stresu. Wtedy najlepiej sięgnąć po fachową pomoc. Znaleźć ją można np. w izbie.

W tym numerze „Pulsu” – wakacyjnym – sporo miejsca poświęcamy pracownikom, odpoczywaniu, pracy i wynagrodzeniom. Poruszamy aktualne sprawy – szczepień, paszportów covidowych, zmian przepisów. Przybliżamy pracę kolejnej komisji, tym razem Komisji ds. Lekarzy Dentystów. Relacjonujemy izbowe wydarzenia, m.in. naszą konferencję ekspercką dotyczącą płac w ochronie zdrowia oraz bezpieczeństwa pacjentów. Izbowe spotkania, szkolenia, przedsięwzięcia wskazują, że tak po ludzku próbujemy wrócić do normalności, do realiów sprzed epidemii. Jednocześnie jednak dostrzegamy prawdopodobieństwo nadejścia czwartej fali koronawirusa. To jeden z tematów, na który na prośbę dziennikarzy wypo-

wiadali się przedstawiciele OIL w Warszawie. Zestawienie wypowiedzi wielu różnych osób w wielu różnych mediach prezentujemy w rubryce #W_ETERZE. Wracamy do czasów wojny, powstania dzięki wspomnieniom 99-letniej lekarki.

Okładka ilustruje życzenie kierowane przez nas do Państwa. By Państwo odpoczęli. By odpoczęła głowa, by odpuściły złe emocje, obciążenia. Bo przecież czasem, nawet leżąc na miękkim piasku i wsłuchując się w odprężający szum fal, nie jesteśmy w stanie oderwać myśli od tego, co męczy, smuci, niepokoi. Oby w te wakacje możliwe było odprężenie i zadbanie o relaks ciała i umysłu.

Mamy nadzieję, że „Puls” będzie dla Państwa ciekawą lekturą zarówno na urlopie, jak i w przerwach w pracy. Dokładamy wszelkich starań i wciąż modyfikujemy gazetę, by dostosować ją do potrzeb lekarzy. Prócz wspomnianych tekstów w biuletynie zamieszczamy zaproszenia na kolejne wydarzenia. Publikujemy następny „odcinek” naszego cyklu z okazji 100-lecia samorządu lekarskiego oraz przypominamy o wyborach! Zachęcamy serdecznie do włączenia się w tworzenie samorządu.

Następny „Puls” trafi do Państwa na początku września. Co nie oznacza, że w czasie wakacji izba zwolni obroty. Dalej organizujemy, planujemy, wdramy i niezmiennie o wszystkim informujemy na naszej stronie internetowej i na profilach w mediach społecznościowych. Po dwumiesięcznej przerwie w cyklu wydawniczym zapewne trudno będzie w „Pulsie” zmieścić wszystko, co chcielibyśmy przekazać.

Dużo słońca/cienia, spokoju/atrakcji, ciszy/zgiełku, plażowania/zwiedzania... Co kto woli. I bezwzględnie każdemu – zdrowia i zdrowego systemu!

Bądźmy w kontakcie!

@oilwarszawa ■



ŁUKASZ JANKOWSKI
prezes ORL w Warszawie

Koleżanki i Koledzy,

wakacje w tym roku będą dla ochrony zdrowia inne niż w latach ubiegłych. Skala długu zdrowotnego zaciągniętego podczas pandemii jest ogromna. Może o tym zaświadczyć każdy z nas – przyjmujemy przecież pacjentów z zaawansowanymi nowotworami, pogorszonym stanem zdrowia psychicznego, krytyczną niedokrwistością, „przechodzonym” zawałem. Pacjentów, którzy mimo nasilających się objawów, nie otrzymali pomocy w systemie – nie znaleźli jej lub zrezygnowali z poszukiwania. „Bo COVID”.

Dominującym uczuciem, które nam towarzyszyło podczas heroicznej walki z koronawirusem, była bezsilność. Dziś tę bezsilność potęguje inna epidemia – epidemia chorób przewlekłych nieleczonych podczas pandemii COVID-19. W rozmowach w lekarskich dyżurkach daje się wy czuć tę bezsilność i zawiedzione nadzieje. Liczyliśmy, że kiedy pandemia zelżeje, obudzimy się w nowym systemie, z nowymi narzędziami i lepszym przygotowaniem do leczenia. Tymczasem po covidowej partyzantce (bo biorąc pod uwagę zasoby kadrowe, sprzętowe i organizacyjne, była to partyzantka oparta na naszym lekarskim wysiłku) obudziliśmy się w starym, równie partyzanckim systemie. Ale z pacjentami wymagającymi zwiększonego nakładu sił i narzędzi, w skrajnie zaawansowanym stanie choroby.

Widzimy, jak postcovidowa sytuacja oddziałuje na pacjentów. A jak wpływa na nas? Wypalenie, bezsilność, chroniczne zmęczenie, przewlekły stres, zaburzenia somatyczne, ale również psychiczne, jak lęk czy depresja, uzależnienia, na które przecież jako środowisko nie jesteśmy impregnowani. Apeluję i proszę – zadbajmy o siebie. Zastanówmy się, czy w naszym otoczeniu nie ma lekarzy, którzy potrzebują w tym trudnym czasie wsparcia, np. psychologicznego. W naszej izbie pracuje pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy. Rolę tę pełni specjalista psychiatrii Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, która razem z grupą izbowych psychologów służy Państwu pomocą. Izba zapewnia konsultację, a każdemu lekarzowi, który tego potrzebuje, cykl 10 konsultacji psychologicznych. Jeśli potrzebna jest pomoc finansowa w rehabilitacji pocovidowej z powodu ciężkiego przebiegu choroby – dysponujemy w izbie funduszem samopomocy z przeznaczonymi na ten cel środkami. Jeśli macie Państwo jakiegokolwiek pomysły związane z pro-

gramami zdrowotnymi służącymi walce z pogorszeniem stanu zdrowia po pandemii, które moglibyśmy wprowadzić, nie wahajcie się zgłaszać je do izby. Mam poczucie, że ten obszar działalności środowiskowej w obecnej sytuacji pozornego spokoju po pandemii nabiera nowego znaczenia.

Drugim negatywnym zjawiskiem, które szczególnie nas dotyka w ostatnim czasie, jest hejt. Po okresie braw i podziękowań obserwujemy niestety jego nasilanie się. Szczególnie Internet staje się w coraz większym stopniu miejscem, w którym jeden nienawistny wpis niezadowolonego, czującego się bezkarnie pacjenta może zniszczyć budowany latami wizerunek, a przez to praktykę i zaufanie do lekarza. Podejmujemy działania w takich sprawach, stając w obronie godności i dobrego imienia lekarzy. Niestety, zawiadomienia składane do organów ścigania często kończą się umorzeniem postępowania. Pozostaje jednak droga cywilna, która daje efekty. Przesyłane przez izbę jako instytucję wezwania do zaprzestania naruszeń i usunięcia wpisów, a także widmo kolejnych konsekwencji prawnych przynoszą pozytywny skutek. Jesteśmy już na tyle sprawni, m.in. (co trzeba ze smutkiem podkreślić) dzięki dużej liczbie takich spraw, że mogę zapewnić: żaden lekarz, którego będzie dotyczył hejt w Internecie, nie zostanie pozostawiony sam sobie. Staramy się reagować błyskawicznie, możemy jednak działać jedynie w sprawach, o których wiemy. Zatem jeśli będziecie Państwo świadkami lub ofiarami hejtu, natychmiast przyslijcie zgłoszenie do izbowego Zespołu ds. Hejtu i do rzecznika praw lekarza.

Myślę, że koszty, jakie ponieśliśmy z powodu pandemii jako środowisko, są rozłożone w czasie i wciąż będą dawały o sobie znać. Tym bardziej zachęcam: zadbajmy o wypoczynek! Ten codzienny i ten wakacyjny. I właśnie tego wypoczynku – spokoju, wakacyjnego słońca i bez troski – Państwu życzę. Bo jesień może przynieść różne wydarzenia, na które system – biorąc pod uwagę poprzednie doświadczenia – może nie być przygotowany. ■

100 działań na 100-lecie

Szósta dziesiątka tworząca nasze jubileuszowe zestawienie to mieszanka bardzo różnorodnych przedsięwzięć izby. Są wśród nich inicjatywy dotyczące aktywności fizycznej, działalności w mediach społecznościowych, zdrowia psychicznego, zdrowego odżywiania, ale również zdrowego systemu wynagradzania w ochronie zdrowia. Zapraszamy do udziału w kolejnych szkoleniach i warsztatach, które tu wymieniamy, oraz do zapoznania się z funkcjonowaniem izbowych komisji.

1

Zorganizowaliśmy **konferencję ekspercką** dotyczącą wynagrodzeń lekarzy oraz bezpieczeństwa pacjentów. Dyskusja, która odbyła się 22 czerwca w naszej siedzibie, toczyła się pod hasłem „**Było. Jest. Będzie?**”. Łączące się ze sobą wątki prowadziły do ciekawych wniosków związanych z podejściem do systemu płac. Wydarzenie spotkało się z bardzo pozytywnym odbiorem lekarzy i mediów. Wpisywało się w ideę „Z sercem po stronie zdrowia”, która towarzyszy izbowym debatom i merytorycznym spotkaniom. Relacja z konferencji na str. 20.



2

Jesteśmy aktywni w **mediach społecznościowych** – budujemy markę samorządu lekarskiego, dostarczamy informacji naszym członkom oraz dbamy o wizerunek lekarzy. Wykorzystujemy nowoczesne kanały komunikacji, by docierać również poza środowisko lekarskie. Mamy profil na Facebooku, konta na Instagramie i Twitterze. By być na bieżąco z tym, co dzieje się w OIL w Warszawie, warto nas obserwować. Wystarczy wpisać w wyszukiwarkę: @oilwarszawa.



3

Przygotowujemy się do **Kick off meeting dla lekarzy stażystów**, czyli wyjazdu szkoleniowo-integracyjnego, podczas którego młodzi lekarze będą mieli okazję usłyszeć odpowiedzi na pytania związane z etapem drogi zawodowej, na jakim się znajdują, i realiami pracy medyka, dowiedzą się, na czym polegają działania i wsparcie izby oraz podzielą się doświadczeniami. Zorganizowane przez Komisję Młodych Lekarzy i Komisję ds. Stażu Poddyplomowego OIL w Warszawie spotkanie odbędzie się 1–3 października w Otwocku. To drugie takie wydarzenie, pierwsze miało miejsce w 2019 r., kolejne nie odbyło się z powodu pandemii. Zapisy na Kick off meeting 2021 już się rozpoczęły. Szczegóły:



4

Pod hasłem „**Cztery pory smaku**” organizujemy cykl **warsztatów dotyczących komponowania posiłków na dyżur** – zdrowo, łatwo, szybko, na cały dzień. Zajęcia w ramach edycji #lato odbędą się 19 sierpnia w godz. 15.00–18.00. Do przygotowania posiłków wykorzystane zostaną przede wszystkim sezonowe produkty. Będzie można uczestniczyć w spotkaniu w siedzibie izby (liczba miejsc ograniczona) lub online. W przeprowadzenie izbowych warsztatów zaangażuje się Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia. Zapisy od 3 sierpnia. Więcej informacji: grafika na str. 46.



e aktywnego samorządu

5

Przy wsparciu naszej izby, z inicjatywy Fundacji na rzecz Edukacji „Sentio”, w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie odbyły się **warsztaty umiejętności komunikacji „Sentio ergo sum”** z udziałem Macieja Zakościelnego. Aktor wcielił się w pacjentów i ich bliskich, natomiast uczestnicząca w zajęciach grupa lekarzy mogła pod nadzorem psychoterapeutek sprawdzić swoje reakcje, emocje, przećwiczyć zachowanie w sytuacjach kryzysowych. Relacja z warsztatów na str. 22.



6

OIL w Warszawie jest współorganizatorem konferencji „**Polki w medycynie**” zaplanowanej na 11 września o godz. 10.00 w naszej siedzibie. Ma na celu wsparcie kobiet pracujących w ochronie zdrowia oraz identyfikację problemów, z jakimi spotykają się w codziennej pracy. Wśród tematów wykładów i warsztatów znajdują się: rozwój kariery, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, komunikacja w zespole. Zapisy przez stronę internetową OIL w Warszawie rozpoczną się 10 sierpnia. Można będzie uczestniczyć w zajęciach na miejscu – w izbie (liczba miejsc ograniczona) bądź online. Więcej: grafika na str. 24.



7

Zachęcamy lekarzy do korzystania ze wsparcia psychologicznego oferowanego przez izbę. Trzecie z cyklu spotkań online „**Operacja równowaga**” odbędzie się 6 września. Tematem warsztatów z pełnomocnikiem ds. zdrowia psychicznego lekarzy i lekarzy dentyistów OIL w Warszawie będą uzależnienia – od alkoholu, leków, pracoholizm. Zapisy prowadzone są na naszej stronie internetowej, kod QR do zakładki znajduje się w grafice na str. 1.



8

Kibicujemy lekarzom dbającym o kondycję fizyczną. Tych, którzy nad formą pracują w ponownie otwartych obiektach sportowych, zachęcamy do korzystania z kart FitSport i FitProfit. By wyrobić sobie **kartę rekreacyjno-sportową**, należy zgłosić się do izby i wypełnić formularz. Więcej w grafice na str. 46.



9

Organizacja szkoleń, podejmowanie współpracy z towarzystwami i placówkami naukowymi, propagowanie działań i inicjatyw izby wśród stomatologów to część działań, w jakie angażuje się **Komisja ds. Lekarzy Dentyistów OIL w Warszawie**. Lekarze dentyści, członkowie naszej izby, mogą w sprawach związanych stricte ze swoją dziedziną kontaktować się bezpośrednio z komisją. Więcej w wywiadzie na str. 28.



10

Nasza izba honoruje osoby, firmy, organizacje oraz instytucje, które szczególnie zasłużyły się dla środowiska lekarzy dentyistów OIL w Warszawie, **Statuetką św. Apolonii**. Nagroda jest dość nowym pomysłem, przyznana została pierwszy raz w ubiegłym roku (trafiła do prof. dr hab. n. med. Doroty Olczak-Kowalczyk). Do końca lipca można składać wnioski w ramach tegorocznej edycji. Więcej informacji:



Oprac. Renata Jeziólkowska

Okres wakacyjny jednym kojarzy się z urlopem, innym z trudami pracy w czasie, gdy przyroda i otoczenie raczej sprzyjają odpoczynkowi. Zarówno wzmożona praca, jak i czas wolny są obszarami zainteresowania naukowców. Dlatego tym razem postanowiliśmy w pigułce przedstawić temat przepracowania i wypoczynku.

Swiatowa Organizacja Zdrowia alarmuje, że liczba zgonów spowodowanych przepracowaniem rośnie lawinowo. WHO na łamach czasopisma „Environment International” publikuje ustalenia dotyczące pracy w wymiarze ponad 55 godz. tygodniowo i jej wpływu na przedwczesne zgony. Agenda ONZ wskazuje, że przepracowanie przyczynia się rocznie do około 750 tys. przypadków śmierci. Ryzyko zgonu z powodu udaru mózgu w grupie przepracowanych wzrasta aż o 35 proc. w porównaniu z grupą pracujących 35–40 godz. tygodniowo. Ryzyko śmierci w wyniku chorób serca jest zaś wyższe o 17 proc. Co więcej, okazuje się, że owe statystyki pogarszają się z upływem lat. Między 2000 a 2016 r. ryzyko śmierci spowodowanej chorobą serca związaną z przepracowaniem zwiększyło się prawie dwukrotnie. Badacze jako przyczynę pogarszającej się sytuacji wskazują zjawisko *gig economy*. To model pracy, w którym specjalista w danej dziedzinie (np. grafik, programista) nie współpracuje stale z jednym kontrahentem, ale opiera swoje dochody na zleceniach (ang. *gig* – fucha). Kolejną przyczyną jest zyskująca na popularności praca zdalna, która utrudnia rozgraniczanie czasu pracy od wolnego. Autorzy opracowania dodają, że choć ich analiza nie uwzględnia roku 2020, można przewidywać, że pandemia tylko pogłębi istniejący problem.

Brytyjskie czasopismo „Industrial and Organizational Psychology” poruszyło temat wypalenia zawodowego w szczególności w zawodach związanych z ochroną zdrowia psychicznego, a zatem psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów klinicznych, opiekunów i pielęgniarek psychiatrycznych. W artykule podkreślono, że już przed pandemią wśród wykonujących zawody związane z medycyną i opieką nad pacjentami wzrastało ryzyko wypalenia zawodowego. Autor zwraca uwagę, że niedostatki organizacyjne, przepracowanie, zmiana sposobu kontaktu z pacjentem na zdalny przyczyniają się do pogłębienia tego zjawiska. Do środków zaradczych zalicza stosowanie odpowiedniej zdrowej diety, zajęcia w czasie wolnym od pracy niezwiązane z wykonywanym zawodem. Ale przede wszystkim jego zdaniem potrzebne są zmiany systemowe, m.in. zapewnienie pracownikom podmiotowości w miejscu pracy, by mieli poczucie samodzielności w ramach systemu, a nie wrażenie, że są jedynie trybikami maszyny.

Lamy swojego portalu internetowego BBC poświęciło traumie, jaką może powodować toksyczne środowisko pracy. Portal zwraca uwagę, że pracownicy skarżący się na dolegliwości psychosomatyczne związane z negatywnymi przeżyciami w miejscu pracy (lęki, bóle w klatce piersiowej itp.) są skłonni łączyć je wręcz z rozwojem zespołu stresu pourazowego. Cytowany przez BBC psychiatra Chi-Chi Obuaya sądzi jed-

nak, że z reguły są to objawy innego rodzaju zaburzeń, np. depresji. BBC przekonuje, że zdalne wykonywanie obowiązków służbowych podczas pandemii wzmacnia negatywne aspekty pracy, które już wcześniej dawały o sobie znać. Przyczynia się do tego niemożność „ucieczki” do bezpiecznego miejsca, jakim jest dom, skoro on faktycznie stał się miejscem pracy, i komunikacja przez Internet, a nie twarzą w twarz, bo ta ma charakter bardziej emocjonalny i sprzyja empatii.

Odpuzynek, urlop jest z pewnością szansą zmniejszenia ryzyka wielu chorób, w tym COVID-19. W przypadku tej pandemicznej choroby także w nieco nieoczywistym sensie. Chociaż szczepionka przeciwko koronawirusowi jest formalnie bezpłatna, w praktyce wiele osób kosztuje np. dzień urlopu. Nie tylko polski ustawodawca nie przewidział, by na dzień szczepienia przysługiwało wolne. Portal amerykańskiej telewizji ABC News zwraca uwagę, że to jeden z czynników zniechęcających do udziału w programie szczepień. W USA jest to szczególnie istotne ze względu na inną niż w większości krajów europejskich, mniej przyjazną pracownikom politykę urlopową. Niektórzy Amerykanie są zmuszeni bowiem na czas szczepienia brać urlop bezpłatny. Amerykański prezydent wprawdzie zaapelował do pracodawców, by płacili pracownikom za czas poświęcony na szczepienie się, ale apel ów do niczego nie obliguje. W Polsce trwają prace nad projektem ustawy, która dzień szczepienia ustanawiałaby dniem wolnym od pracy. W momencie zamykania tego numeru „Pulsu” proces ustawodawczy nie został zakończony.

Wakacje kończą się, nim zdążą się na dobre zacząć – to paradoksalne stwierdzenie pewnie wielu naszym czytelnikom przemikało przez głowę przy okazji urlopu i nie jest związane ze zbyt małą liczbą dni wolnych (a przynajmniej nie tylko). Naukowcy z Uniwersytetu Stanowego w Ohio sądzą, że taki sposób myślenia o wakacjach jest związany z ogólnymi mechanizmami odbioru pozytywnych zjawisk przez nasze mózgi. Badania, w których ankietowani wyznaczali subiektywne odczucie długości obiektywnie tego samego czasu oczekiwania na pozytywne wydarzenie (w skali od 1 do 100, gdzie 1 oznaczało skrajnie krótki czas, a 100 skrajnie długi), pokazały, że jest ono przez nas postrzegane jako umieszczone niemal w tym samym momencie przyszłości, co spodziewane zakończenie owego pozytywnego zdarzenia. Natomiast wyniki analogicznych ankiet oceniających czas do początku i końca wydarzeń negatywnych wskazują, że w naszej świadomości owe wydarzenia trwają długo. Te mechanizmy mogą tłumaczyć niektóre zachowania konsumpcyjne. Przykładowo na wakacjach jesteśmy skłonni wydawać więcej, prawdopodobnie właśnie dlatego, że oczekujemy ich rychłego końca. ■ **mn**

Lekarzu,

weź czynny udział w tworzeniu samorządu!

✓ Znajdź się na liście rejonów wyborczych*
Wyszukiwarka: www.izba-lekarzy.pl/w/zakladce/wybory

✓ Kandyduj

✓ Zgłoś delegata (można zgłosić siebie)
Kandydatów na delegatów można zgłaszać do **12 sierpnia**.

✓ Oddaj głos

Udział w wyborach delegatów na zjazd lekarzy to Twoje prawo i przywilej.
Samorząd zawodowy to dobro, o które warto dbać!

*Liście rejonów są także do wglądu w siedzibie Izby w Warszawie,
przy ul. Puławskiej 18, oraz w siedzibie delegatury w Radomiu, przy ul. Tatarskiej 16.



OKRĘGOWA IZBA LEKARZY
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Mikulowicza

Izba zachęca do zadawania pytań w związku z wyborami.
Jeśli macie Państwo wątpliwości związane z rejestracją,
z adresem, pod jakim przyjdzie pakiet wyborczy,
harmonogramem wyborów,

prosimy o kontakt telefoniczny:
☎ 22 542 83 06 (biuro warszawskie);
☎ 48 334 35 63 (delegatura Radomska).



Wybory delegatów na OZL – formularz zgłoszeniowy

Szanowni Państwo,

zachęcamy do udziału w kolejnym etapie procesu wyboru delegatów na okręgowy zjazd lekarzy. Zgodnie z uchwałą nr 60/2021/VIII (całość dokumentu na str. 47) Okręgowa Komisja Wyborcza przyjmuje zgłoszenia kandydatów na delegatów do **12 sierpnia 2021 r.** Na następnej stronie znajdą Państwo formularz zgłoszenia kandydata (można także zgłosić siebie). **Podpisany formularz** prosimy przesłać do OKW OIL w Warszawie pocztą tradycyjną (pod adresem: Okręgowa Komisja Wyborcza OIL w Warszawie, 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18) lub – zeskanowany – pocztą elektroniczną (e-mail: wybory@oilwaw.org.pl) albo złożyć osobiście w biurze Okrę-

gowej Komisji Wyborczej w siedzibie naszej izby przy ul. Puławskiej 18 lub w siedzibie Delegatury Radomskiej (ul. Rwańska 16, Radom). Prosimy o dostarczenie wraz z kartą zgłoszenia kandydata na delegata ankiety kandydata (formularz znajdują Państwo na stronie 10). W związku z epidemią gorąco zachęcamy do udziału w procesie wyborczym drogą korespondencyjną. Po zamknięciu listy kandydatów, zgodnie z kalendarzem wyborczym, sukcesywnie od początku września będą rozsyłane do Państwa pakiety wyborcze do głosowania pocztą. Dodatkowe informacje i pozostałe dane kontaktowe znajdują się w grafice powyżej oraz na stronie internetowej izby. ■

Okręgowa Komisja Wyborcza OIL w Warszawie

Delegat, czyli kto?

Już wkrótce w naszym okręgu odbędzie się głosowanie na delegatów na okręgowy zjazd lekarzy. Kimże jednak są owi delegaci, czym się zajmują, jakie są ich obowiązki i kompetencje?

Fot. licencja OIL w Warszawie

Kluczem do wyjaśnienia zadań delegatów jest ustawa o izbach lekarskich, która mówi: „Do obowiązków delegata należy udział w okręgowym zjeździe lekarzy, uczestniczenie w działalności okręgowej izby lekarskiej oraz utrzymywanie kontaktów z lekarzami rejonu wyborczego”. To zwięzłe sformułowanie wymaga jednak odpowiedniego wytłumaczenia.

Jak często odbywają się zjazdy? Zgodnie z przepisami wspomnianej ustawy – raz do roku, niemniej jednak istnieje możliwość, by delegaci spotykali się na zjazdach częściej. Służy temu instytucja nadzwyczajnego okręgowego zjazdu, który zwołać może okręgowa rada lekarska z własnej inicjatywy, ale także na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej lub co najmniej 1/3 członków okręgowej izby lekarskiej.

Bardziej ogólny charakter ma dalsza część przepisu mówiąca o uczestniczeniu w działalności OIL. W praktyce oznacza to przede wszystkim pełnienie funkcji samorządowych, których część jest zarezerwowana wyłącznie dla delegatów: stanowiska prezesa i członków okręgowej rady lekarskiej, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, członków okręgowej komisji rewizyjnej, członków okręgowej komisji wyborczej oraz delegatów na krajowy zjazd lekarzy. Do organów ustawowych izby należy także okręgowy sąd lekarski, do którego – zgodnie z ustawą – mogą być wybierani delegaci lub lekarze wskazani przez ustępujący okręgowy sąd. Delegaci mogą swój mandat realizować, zasiadając także w innych ciałach kolegialnych izby lub rady: komisjach stałych (np. ds. rejestracji prawa wykonywania zawodu, ds. stażu podyplomowego), problemowych (m.in. ds. młodych lekarzy, lekarzy seniorów) i zespołach (ds. szczepień, ds. matek lekarek itp.), w których pracować mogą także lekarze niebędący delegatami.

Jak wyjaśnia w rozmowie z „Pulsem” jeden z delegatów, trzon wielu komisji i tak stanowią właśnie oni. Obszar tematyczny

działania wybierają w zależności od swoich kompetencji i zainteresowań. Wiele w pracy delegata zależy od tego, z jaką intensywnością może lub chce angażować się w życie komisji czy zespołu.

Ustawowe zobowiązanie do utrzymywania kontaktów z lekarzami rejonu wyborczego nie jest sprecyzowane. Jeden z delegatów, który podzielił się z „Pulsem” swoimi doświadczeniami, wyjaśnił, że w jego rozumieniu delegat jest przedstawicielem i swojego rodzaju łącznikiem części swojego środowiska z izbą. Dlatego podpowiada czasem koleżankom i kolegom, co mają zrobić, kieruje ich do odpowiednich organów. Jeśli próbują coś załatwić, stara się im pomóc i ułatwić tę drogę.

Delegat pełni więc ważną funkcję w środowisku lekarskim, która nie ogranicza się do podnoszenia ręki podczas głosowania raz do roku, choć świadomość jej znaczenia nie jest powszechna. Zdaniem naszego rozmówcy, duża część środowiska nie angażuje się w proces wyboru delegatów, przez co w znacznej części te wybory pozostają nierozstrzygnięte. Dla ważności wyboru delegata w danym rejonie wyborczym konieczne jest bowiem kworum wynoszące 20 proc. ogólnej liczby jego członków. W wyborach na zjazd sprawozdawczo-wyborczy w 2018 r. wyłoniono zaś 207 delegatów na 400 istniejących mandatów. Oznacza to, że w niemal połowie rejonów nie udało się nikogo wybrać, mimo że uczestnictwo w procesie wyborczym to względnie mało angażujący proces. Rozmówca „Pulsu” twierdzi, że największym wyzwaniem w kontekście wyborów jest zaktywizowanie lekarzy, np. przez pokazywanie pozytywnych zmian, których motorem jest samorząd. Sam stara się o aktywizację przez rozmowy z lekarzami, z którymi pracuje w szpitalu. Przyznaje jednak, że są nieco zaskoczeni, i ma poczucie, że gdyby takich rozmów nie prowadził i nie przedstawił się jako kandydat, być może nikt by do koperty z kartą do głosowania nawet nie zajrzał. ■

mn

ANKIETA KANDYDATA NA DELEGATA NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY KADENCJI 2022-2026

DANE LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY - UMIESZCZENIE W ANKIECIE DANYCH OD PKT 1-3 JEST OBOWIĄZKOWE

1.	Numer i nazwa rejonu wyborczego	
----	---------------------------------	--

2.	Lekarz / lekarz dentysta	
----	--------------------------	--

3.	Imię i nazwisko	
----	-----------------	--

UMIESZCZENIE W ANKIECIE DANYCH OD PKT 4-14 NIE JEST OBOWIĄZKOWE

4.	Rok rozpoczęcia pracy w zawodzie lekarza / lekarza dentysty	
----	---	--

5.	Specjalizacja wykonywana lub w trakcie szkolenia specjalizacyjnego	
----	--	--

6.	Inne kwalifikacje zawodowe	
----	----------------------------	--

7.	Stopień naukowy		Tytuł naukowy
----	-----------------	--	---------------

8.	Obecne podstawowe miejsce pracy szpital / NZOZ / praktyka lekarska / uczelnia / instytut / inne	
	nazwa jednostki	
	miejsowość / ulica / nr	
	stanowisko	

9.	Wykonuję / nie wykonuję zawodu	
----	--------------------------------	--

10.	Przynależność do towarzystw naukowych	
	Pełnione w przeszłości lub obecnie funkcje w towarzystwach naukowych	

11.	Osiągnięcia zawodowe	
-----	----------------------	--

12.	Aktywność pozazawodowa w zakresie działalności publicznej	
-----	---	--

13.	Funkcje pełnione dotychczas w samorządzie lekarskim	
-----	---	--

14.	Posiadane odznaczenia	
-----	-----------------------	--

DANE DO KONTAKTU DLA WYBORCÓW

telefon		e-mail
---------	--	--------

Problemy, którymi chciałbym / chciałabym się zająć jako delegat na ZJAZD OKRĘGOWY

--

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Ust. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowy Izba Lekarska w Warszawie z siedzibą przy ul. Pałowskiej 18, 02-512 Warszawa.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres email: iod@izba.org.pl
- 3) Pani/Pana dane będą przetwarzane do czasu zakończenia cykliczności związków z organizacją wyborczą na delegata na okręgowy zjazd lekarzy kadencji 2022-2026
- 4) Osobom Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podjęty sprawnie do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, zmian do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- 6) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 7) Podanie danych osobowych określonych w pkt 1-3 jest dobrowolne, ale niezbędne do zgłoszenia swojej kandydatury na delegata na okręgowy zjazd lekarzy (IZL) w Warszawie i, z realizacją obowiązków Administratora Danych wynikających z § 5 lit. e-d Regulaminu przeprowadzania wyborów stanowiącego załącznik nr 3 do Regulaminu do organów izb lekarskich, stowarzyszeń w organach i trybie odbywania członków tych organów osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów kadencji wyborczych. Podanie danych danych tj. określonych w pkt 4-14 ankiety, a określonych w par 3.30, o-m Regulaminu przeprowadzania wyborów jest dobrowolne.

Zgodnie z art.6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U.UE.L.119.1) wyrażam zgodę na publikację moich danych osobowych wraz ze zdjęciem na stronie internetowej: www.izba-lekarska.pl

data

podpis



Fot. K. Bartyzel

Ruminacje

JAROSŁAW BILIŃSKI, członek Prezydium ORL w Warszawie

Wracają na tapetę: finansowanie ochrony zdrowia, wynagrodzenia w ochronie zdrowia, finansowanie świadczeń zdrowotnych i tym podobne. Zastanawiałem się przy tej okazji, co się dla systemu bardziej opłaca – lekarze „geniusze” czy lekarze „konowały”? Całkiem poważnie.

Przypatrując się bowiem temu zagadnieniu, nie jest wcale tak łatwo odpowiedzieć na to pytanie. Lekarze „geniusze” diagnozują pacjentów szybko, sprawnie, często wyciągają słuszne wnioski na wczesnym etapie postępowania diagnostycznego, zatem mogą zlecić mniej badań, szybciej wdrożyć leczenie i w rezultacie zaoszczędzić dzięki unikaniu świadczeń niecelowych lub nietrafionych. Z drugiej jednak strony lekarze „geniusze” w trudnych przypadkach medycznych, w momentach, w których dochodzą do muru lub stają na zakręcie, gdyż nie wytyczono odpowiednich standardów, ścieżek postępowania, zaczynają wdrażać nowe procedury, korzystają z nowoczesnych technik, technologii, naciskają, aby w leczeniu wykorzystywać nowe leki, aby iść z postępem wiedzy. To kosztuje. Lekarze „konowały” postępują odwrotnie, w dodatku można im wszystko wmówić i nimi sterować. Niestety, mamy w zawodzie i takich kolegów, którzy nie chcą się wykazać. Dla dobra nas wszystkich nie będę się rozpisywał na ten drugi temat. Choć na pewno kiedyś go poruszę, taką mam misję, by dążyć do perfekcji całego zawodu i sektora.

Co się bardziej opłaca – leczyć skutecznie, nawet jeżeli wychodzi drogo, czy leczyć jak najtaniej, licząc się z większą zapadalnością na choroby i śmiertelnością? Przed takimi dylematami stoją nie lekarze, ale decydenci. Finansując dane świadczenie medyczne lub nie, ograniczając

limitami liczbę świadczeń wyznacza się standardy leczenia w Polsce. Prawda jest taka, że poza prostymi chorobami i podstawowymi świadczeniami to pieniądze decydują o naszym zdrowiu, sposobie leczenia, poziomie opieki medycznej.

Wycena procedur to temat rzeka. Podczas niejednej rozmowy z osobami, które projektowały systemy ochrony zdrowia lub zjadły na zarządzaniu w tych systemach zęby, słyszałem, że nasz system miał być na „kontrolowanym długu”. W miarę jedzenia apetyt rośnie, a nigdy do tej pory żadna władza nie miała na liście swoich priorytetów ochrony zdrowia. Ciekawe, czy dla rządzących leczenie obywateli na najwyższym poziomie, w warunkach zapewniających godność, z dbałością o najmniejszy nawet detal, ale również

o psychikę pacjentów jest fanaberią najbogatszych społeczeństw? Może było to zostawione na koniec, kiedy nasz kraj będzie zaliczał się do tych rozwiniętych? Toć słyszymy obecnie, że jesteśmy w absolutnej szpicy, jeśli chodzi o rozwój. Dlaczego zatem temat jest nadal spychany na margines?

Robi się człowiekowi niedobrze, bo to wszystko mielone jest od 30 lat. Te same sceny, schematy, scenariusze, powtarzające się cyklicznie zwroty akcji, pseudoreformy, tłumaczenia.

Ruminacje – to chyba najlepsze określenie, jakie przychodzi mi do głowy. Nie dość, że się człowiekowi cofa, to jeszcze robimy z tego korzyść i przemielimy, połknimy. Tak widzę historię, która toczy się na naszych oczach. Starsi koledzy pamiętają losy ochrony zdrowia w Polsce po 1989 r. i mają podobne odczucia. Tu należy jawnie i głośno zwymiotować. Może wtedy zrobi się nam lepiej. ■

Co się bardziej opłaca – leczyć skutecznie, nawet jeżeli wychodzi drogo, czy leczyć jak najtaniej, licząc się z większą zapadalnością na choroby i śmiertelnością?



Fot. archiwum

Wylogowani z natury

MAŁGORZATA SOLECKA

Workation? Wyjeżdżałam, zanim to było modne. Od wielu lat wyjazdy wypoczynkowe łączyłam z pracą. Po kilkunastu miesiącach pandemii powiedziałam sama sobie: – Stop!

Workation, czyli łączenie pracy z wakacjami, pozostawanie dyspozycyjnym i wykonywanie obowiązków z możliwością bycia w nowych albo znanych, ale różnych od stałego miejsca zamieszkania zakątkach (kraju, Europy, świata), to trend związany z pandemią. Pracę zdalną można wszak wykonywać (oczywiście, o ile pracodawca wyrazi zgodę) z dowolnego miejsca. Jedynym warunkiem jest dostęp do szybkiego Internetu. A zanim podniosą się głosy, że nie we wszystkich zawodach możliwa jest praca zdalna (głosy jak najbardziej uzasadnione), przypomnę, iż na długo (wiele lat) przed pandemią na workation wyjeżdżali np. radiolodzy, dla których równie ważna lub wręcz ważniejsza niż liczba gwiazdek hotelu lub jakość serwisu plażowego była szybkość Internetu, np. w Kenii czy Meksyku.

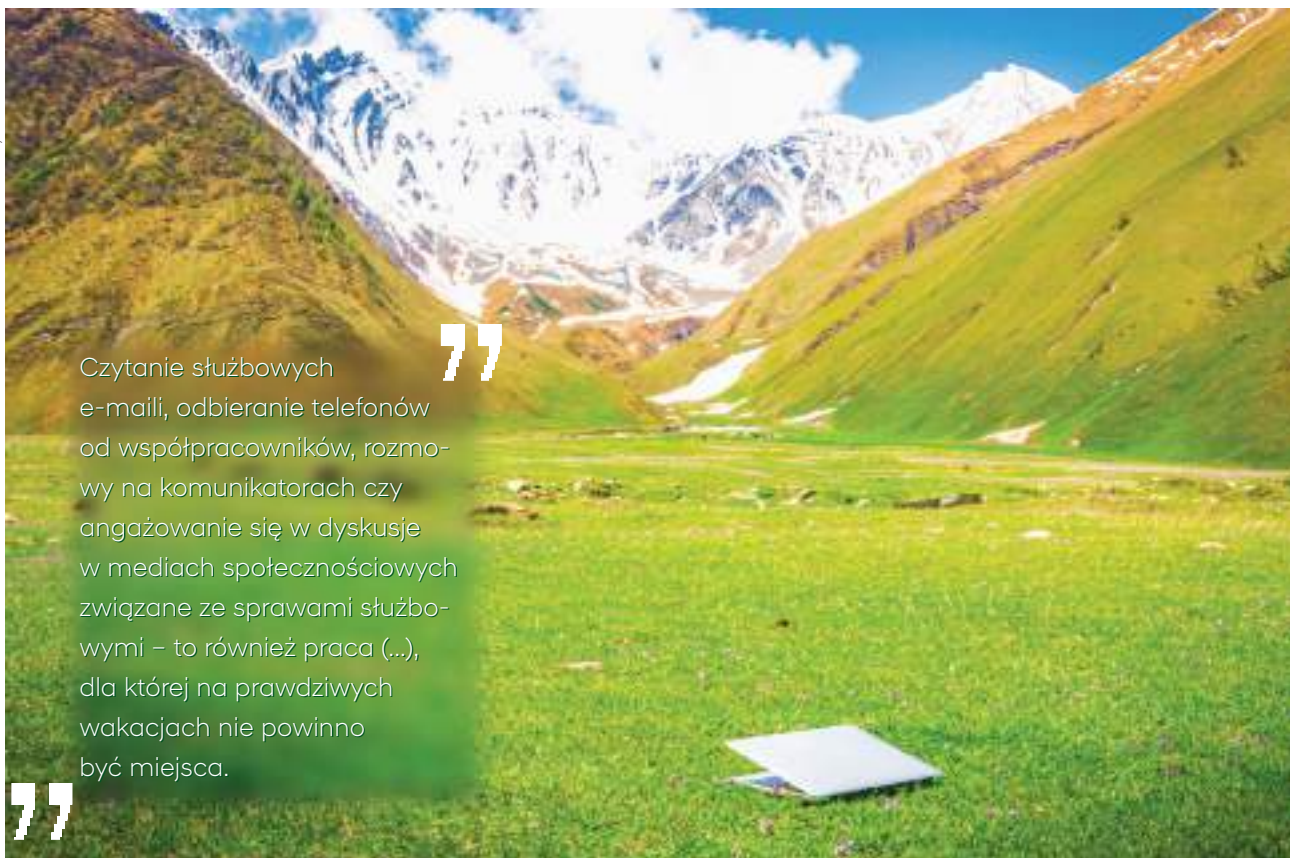
Ale łączyć pracę z wakacjami można nie tylko, bezpośrednio wykonując swoje podstawowe obowiązki. Czytanie służbowych e-maili, odbieranie telefonów od współpracowników, rozmowy na komunikatorach czy angażowanie się w dyskusje w mediach społecznościowych związane ze sprawami służbowymi – to również praca (czy raczej strefa aktywności zawodowej), dla której na prawdziwych wakacjach nie powinno być miejsca. W 2019 r. przeprowadzono badania, których wyniki nie szokują, ale na pewno dają do myślenia: Polacy spędzają wakacje online. Tylko 1 proc. przechodzi w czasie wypoczynku na „off”. Z tych samych badań wynikało, że niemal 60 proc. z nas pracuje na wakacjach, tyle samo zabiera na nie służbowy sprzęt (telefon, tablet, laptop). To również oznacza, że nie jesteśmy w stanie odizolować się choćby od strumienia bieżących informacji. Jeszcze na początku XXI w. dużo łatwiej było wylogować się, choćby na kilka dni, np. wyjeżdżając zagranicę. Dziś np. pod greckim niebem możemy surfować nie tylko po falach Morza Śródziemnego, ale przede wszystkim po portalach społecznościowych czy informacyjnych. W dodatku jest to praktycznie nieodczuwalne dla naszych kieszeni. Potrzeba (?) bycia ciągle „w kontakcie” rujnuje to, co jest esencją wakacji – całkowitą zmianę kontekstu, oderwanie od codzienności.

Mój plan jest prosty: w tym roku, po kilkunastu miesiącach pracy non stop, prawdziwy urlop, bez pisania tekstów i sprawdzania newsów. To mi się po prostu należy.

Jeśli skrajne zmęczenie, skutkujące m.in. problemami z koncentracją i nieustannym niemal rozdrażnieniem, odczuwa dziennikarz piszący o pandemii COVID-19, o ileż bardziej zmęczeni muszą być (i są) lekarze? Tym bardziej podczas tegorocznych wakacji warto zadbać o wypoczynek i regenerację sił. Optymalnie – odciąć się od pracy, zostawić problemy służbowe za sobą. Skupić się na tym, by wypoczywać starannie i efektywnie. Jak to zrobić?

Teorii na temat optymalizacji wypoczynku jest wiele. Jedna z nich głosi, że po wielkim i przewlekłym wysiłku natychmiastowe przestawienie się na tryb wypoczynkowy grozi... komplikacjami zdrowotnymi, wręcz zawałem serca. Zwolennicy tej teorii radzą, by planując dwutygodniowy wypoczynek, pierwsze dwa dni poświęcić na porządki w domu lub „ogarnianie” innych, codziennych spraw, by w tryb basenowo-leżakowy nie wpadać bezpośrednio z wiru zawodowych, a więc obciążających i psychicznie, i fizycznie, obowiązków. Oczywiście, jeśli w ramach wakacji planujemy np. rowerowe eskapady po górach lub spływ kajakowy (czyli wypoczywać będziemy czynnie), nie musimy się martwić: odciążamy „jedynie” głowę.

Lepiej wziąć tydzień urlopu czy dwa? A może trzy? Prawda leży tam, gdzie leży, niekoniecznie pośrodku, choć większość ekspertów od wypoczynku zaleca, by przynajmniej jeden urlop w roku trwał dwa tygodnie. Taki czas pozwala zregenerować siły fizyczne i zresetować umysł, o ile oczywiście zachowujemy podstawowe zasady higieny wypoczynku, z których fundamentalna to umiarkowanie. We wszystkim: w jedzeniu i picciu, biernym odpoczynku i odwrotnie – w forsowaniu organizmu, zwłaszcza gdy na co dzień aktywność fizyczna waha się od niemal żadnej do małej. Umiarkowanie powinno dotyczyć również rodzajów aktywności. Trenerzy wypoczynku radzą, by łączyć formy wypoczynku biernego (czytanie książek na leżaku) i aktywnego. To, co znamy i lubimy (np. zwiedzanie ciekawych miejsc), z tym, co dla nas nowe i na co dzień niedoświadczane (bardziej intensywny wysiłek fizyczny). Rozrywki, które zapewniają fitness dla umysłu (czytanie książek, słuchanie dobrej muzyki), z różnorodnymi bodźcami dla ciała (tańce, długie spacery,



”
Czytanie służbowych e-maili, odbieranie telefonów od współpracowników, rozmowy na komunikatorach czy angażowanie się w dyskusje w mediach społecznościowych związane ze sprawami służbowymi – to również praca (...), dla której na prawdziwych wakacjach nie powinno być miejsca.
”

zabiegi wellness). Nieumiarkowanie powinno dotyczyć tylko jednej kwestii: oderwania od spraw zawodowych, które najlepiej, by było radykalne i całkowite.

Wniosek: udany i przynoszący korzyści urlop warto dokładnie zaplanować. Eksperti nie mają wątpliwości, że lepiej i bardziej efektywnie wypoczywają ci, którzy nie ulegają pokusie puszczenia urlopu na żywioł i nie utożsamiają wakacyjnego luzu z brakiem celów do zrealizowania. I choć, jak we wszystkim, ważna jest elastyczność, a sztywne trzymanie się planu może zrujnować wakacyjną atmosferę, ramowy plan mieć po prostu trzeba.

Przeprowadzone kilka lat temu badania pokazały, że Polacy mają duży problem z wypoczynkiem. Nie powinno to dziwić, zważywszy jak wysoki odsetek osób aktywnych zawodowo prowadzi własne, większe lub mniejsze firmy lub pracuje „na samozatrudnieniu”, co nie sprzyja zostawianiu spraw zawodowych za przysłowiową bramą urlopu. Ale przedsiębiorcy i samozatrudnieni czy pracujący na umowach cywilnoprawnych nie mają ani innej psychiki, ani innej wydolności organizmu. Wypoczynku potrzebują tak samo, jak osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę. W ich przypadku, jeśli sytuacja życiowa i zawodowa wyklucza optymalny, dwutygodniowy urlop choć raz w roku (niekoniecznie z powodu ograniczeń finansowych, dużo większym wyzwaniem jest logistyka), rozwiązaniem są krótsze (tygodniowe) przerwy wakacyjne, ale zaplanowane minimum trzy, cztery razy w roku.

Pozostałe zasady są takie same: obowiązuje pełny detoks od spraw zawodowych, bo tylko on umożliwi „ładowanie akumulatorów”, bez którego trudno myśleć o podejmowaniu nowych wyzwań po powrocie do pracy.

Urlop i wakacje nie są przepisywane na receptę, choć na dobrą sprawę powinny być. Nie zastąpią systematycznego dbania o dobrostan organizmu i psychiki, ale ich brak może pogłębić nawarstwiające się problemy, w pierwszej kolejności w obszarze zdrowia psychicznego, np. wzmocnić efekt wypalenia zawodowego. Brak umiejętności wypoczyniania i przepracowanie przyspieszają proces wypalenia zawodowego (choć może być powodowany zupełnie innymi czynnikami). Psychologowie zwracają jednak uwagę, że o dobry wypoczynek potrafią zadbać przede wszystkim ci, którzy – niezależnie od stopnia zaangażowania w pracę – żyją higienicznie na co dzień. I nie chodzi tu o higienę w podstawowym tego słowa znaczeniu, ale o świadomość i potrzebę utrzymywania *work-life balance*, najlepiej w modelu 8-8-8. Osiem godzin na pracę, osiem na sen, osiem – na życie prywatne. Najlepiej – na co dzień.

Osobom, którym z racji wykonywanego zawodu czy charakteru pracy – tak jak lekarzom, ale również (dostrzegając belkę we własnym oku) dziennikarzom – ów *work-life balance* wydaje się nieosiągalnym mirażem, trudniej przejść ze stanu, który właściwiej byłoby nazwać kieratem niż pracą, do stanu idealnego wypoczynku. Co nie znaczy, że nie można i nie warto próbować. Trening czyni mistrza. ■



Fot. L. Zychy „Polityka”

Z certyfikatem na wirusa

PAWEŁ WALEWSKI

W ubiegłym roku w lipcu ogłoszono koniec pandemii, wszyscy rozjechali się na wakacje, a potem uderzyła druga i trzecia fala, dobijając ochronę zdrowia. Czy ten scenariusz może się powtórzyć?

To będzie kolejne lato i kolejne wakacje z pandemią w tle. A właściwie podporządkowane pandemicznym rygorom, bo choć więcej osób jest odpornych na koronawirus niż w ubiegłym sezonie i masowe szczepienia objęły prawie cały świat, wciąż krąży nad nim widmo niespodziewanych zwyżek liczby zakażeń, nowych wariantów i ofiar. Klasyczna sytuacja nieznanego ryzyka i niepewności, która jednych napawa strachem, a innych już zwalnia z ostrożności.

Akurat czytelnikom „Pulsu” nie trzeba użysławiać grozy COVID-19 wynikającej z jego nieprzewidywalności ani przekonywać do przestrzegania reguł sanitarnych. Choć nie wykluczam, że również wśród medyków z Mazowsza są sympatycy nowo powstałego, kuriozalnego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców, które rozpoczęło działalność od kontestowania epidemii, szczepionek, testów i wreszcie wprowadzonych w Unii Europejskiej certyfikatów covidowych. Certyfikaty mają być zaporą przed kolejną falą zachorowań po wakacjach. Ale czy wobec nowych mutacji koronawirusa to wystarczy? Zdaniem niektórych naukowców w przypadku odmiany Delta, zawleczonej z Indii do Europy, która jest od 30 do 90 proc. bardziej zaraźliwa od wariantu pierwotnego z początku pandemii, nie zapewni nam odporności zbiorowej uodpornienie populacji na poziomie 70 proc., lecz aż 90 proc. A to jeszcze w skali globalnej bardzo, bardzo odległy cel.

Ale ludzie chcą znów żyć normalnie, więc po rozluźnieniu restrykcji wyruszą masowo w świat. Choć wielu wirusologów odradza takie eskapady, twierdząc nie bez racji, że może powstać z tego wczesną jesienią niebezpieczna mieszanka nowych odmian koronawirusa, oczywiście bardziej zakaźna od poprzednich. Gdy trafi do Polski, najbardziej będzie zagrażała kilkunastu milionom wciąż w żaden sposób nieuodpornionych rodaków, którzy nie cho-

rowali na COVID-19, a unikają szczepień. Tak pokaźna liczba potencjalnych chorych może znów być bolesnym ciosem dla ochrony zdrowia.

Nie da się jednak ukryć, że europejskie certyfikaty, zwane pierwotnie paszportami covidowymi, do wojaży będą zachęcać. Polska znalazła się w pierwszej grupie krajów wystawiających takie dokumenty osobom w pełni zaszczepionym. Bez trudu można je ściągnąć na swój smartfon z internetowego konta pacjenta, pobrać w aplikacji mObywatel lub dla pewności wydrukować. Na pewno są lepszym rozwiązaniem niż potwierdzanie swojego statusu testami PCR, bo są wciąż drogie i ich wykonywanie na 24–48 godzin przed przekroczeniem granicy może być kłopotliwe.

Problem polega na tym, czy wszystkie kraje wprowadzą na swoim terytorium zalecenie Komisji Europejskiej, by ozdrowieńców i turystów zaszczepionych, legitymujących się wspomnianym dokumentem, traktować tak samo jak osoby z aktualnym negatywnym wynikiem testu na obecność SARS-CoV-2? Wiadomo jedno: posiadacz kodu QR ma być zwolniony z odbywania kwarantanny, dodatkowego testowania, samoizolacji.

Niestety, decyzje poszczególnych państw są bardzo różne i co gorsze mogą się zmienić w środku lata. Nawet jeśli na początku wakacji w Polsce pandemia odpuszcza, wyjazd zagranicę trzeba planować elastycznie, rozpoczynając przygotowania od dokładnego sprawdzenia zasad obowiązujących w kraju, który

ma być celem podróży. I trzymać kciuki, by nie zmieniono niczego w ostatniej chwili, bo wtedy wszelkie certyfikaty, zaświadczenia i kody staną się bezwartościowe.

Dlatego nie należy do wyjątków opinia co bardziej powściągliwych wirusologów, by epidemię nadal traktować jak sytuację ryzykowną i nie zwiększać zagrożenia. A zagraniczny urlop, w obli-

czu tak delikatnej równowagi, jaką do tej pory zapewniły szczepienia, do takich okoliczności niestety należy. Ja mam wątpliwości, czy nad polskim morzem lub w górach można sobie zapewnić większe bezpieczeństwo (choć argument wspierania rodzimej turystyki na pewno się liczy). Ale to już kwestia wyboru. I zasobności portfela, bo właściciele krajowych kurortów postanowili w tym roku odkuć się po lockdownie. ■

Europejskie certyfikaty, zwane pierwotnie paszportami covidowymi, do wojaży będą zachęcać.



Lekarski urlop

ARTUR DROBNIAK
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Ładowanie nadwzrostłych całorocznym tyranem po kilkanaście godzin dziennie nadhercy czas zacząć!

Wzbudzające zazdrość niektórych zdjęcia z bardziej luksusowych niż Egipt czy Tunezja celów podróży będą zdobić profile na Facebooku lub Instagramie części naszych koleżanek i kolegów. I dobrze, odpoczynek – rzecz święta, niech dla każdego będzie w tym roku wyjątkowo udany.

Potem niektórzy znajomi powiedzą już nie tylko „pokaż lekarzu, co masz w garażu”, ale „tym to się powodzi, na pandemii się dorobili”. Nieważne, że dziś wczasy w hotelu w Kołobrzegu czy Sopocie są droższe niż zagraniczne wojaże. Ważne, że doktor może sobie na jedne i drugie pozwolić. Właśnie tak powinno być, lekarz powinien móc bez większego zastanowienia wyjechać z rodziną na porządny odpoczynek. Mijamy nadzieję, że ten obraz „bogatego doktora” będzie powszednia i przestanie robić wrażenie.

Mnie i zapewne części z Was nasuwa się refleksja: za jaką cenę ten porządny wyjazd można zrealizować? Kto z Państwa pracuje mniej niż 180 godz. miesięcznie, czyli tyle, ile przeciętny Kowalski? I stać go na taki wyjazd przy spłacaniu kredytu? Ile tym razem było godzin pracy w miesiącu? 240, 280? Średnio miesięcznie polski lekarz pracuje ponad 230 godz.

Nadal około 20 tys. lekarzy w Polsce zatrudnionych jest na tzw. biedaetatach w szpitalach. Właśnie ta grupa, jako główne spoiwo, utrzymuje system opieki zdrowotnej w Polsce. To oni od poniedziałku do piątku opiekują się pacjentami na mniej lub bardziej specjalistycznych, niekiedy klinicznych oddziałach w ciągu dnia. W ramach pracy etatowej przysługuje im odpowiednia odpłatność za godzinę dyżuru. Tych dyżurów biorą miesięcznie przynajmniej cztery. Właśnie tej grupie lekarzy polski rząd podniósł wynagrodzenie z 6750 do 6769 zł brutto, czyli o 19 zł miesięcznie. Ile to jest na godzinę? Mniej niż 15 gr brutto. Na nic wielotygodniowe walki na argumenty w Ministerstwie Zdrowia, na nic protesty przedstawicieli zawodów medycznych przed Sejmem, kularowe spotkania, setki telefonów do parlamentarzystów. 19 zł brutto miesięcznie – na tyle wyceniono nagrodę dla lekarzy za walkę z COVID-19.

O tę właśnie grupę lekarzy oraz o pielęgniarki, położne, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, farmaceutów szpitalnych

i diagnostów laboratoryjnych walczyli związkowcy, samorządowcy. Zjednoczyli się, poszli na ogromne ustępstwa, dogadali się (tak dogadali się związkowcy i samorządowcy zawodów medycznych!), by wypracować kompromisowe współczynniki nikogo niesatysfakcjonujące. By dać szansę rządzącym na zmazanie tej wizerunkowej plamy. Lekarze postulowali zastosowanie współczynnika minimalnie wyższego niż 1,6 średniej krajowej, zaproponowanego w 2019 r. przez ministra Szumowskiego podczas protestu rezydentów. Prosił o 1,7 średniej krajowej. Jak to się ma do notowań dotyczących innych krajów OECD z ostatniego sprzed pandemii raportu (2019)?

Współczynniki w stosunku do średniej krajowej: Austria 4,2; Niemcy 3,5; Włochy 3,5; Węgry 2,5; Czechy 2,4; Słowacja 2,4; Szwecja 2,3; Litwa 1,7; Łotwa 1,6; Polska 1,4.

Propozycja ministra Niedzielskiego uchwalona przez Sejm RP: wynagrodzenie lekarza specjalisty od lipca 2021 r. będzie wynosiło rekordowe (jego zdaniem) 1,31 średniej krajowej! Kolejny gwóźdź do trumny systemu.

Ustawa o minimalnych wynagrodzeniach jest tylko wierzchołkiem góry lodowej. Wszystkie obecne ruchy w systemie prowadzą do ograniczenia liczby świadczonych ze środków publicznych usług medycznych oraz do zmniejszenia liczebności personelu w systemie publicznej opieki zdrowotnej (to rozumiałe, że pracownicy odchodzą i odchodzić będą przy takim finansowaniu i takich warunkach pracy). Zwiększa się przez to oczywiście odsetek wydatków na komercyjne usługi medyczne. W 2019 r. stanowiły 31 proc. wszystkich wydatków na ochronę zdrowia w Polsce.

Ci, którzy zostaną w publicznym systemie, będą bić coraz wyższe rekordy wypracowanych godzin miesięcznie. Być może będą coraz lepiej opłacani przez postawionych pod ścianą dyrektorów zadłużających się coraz bardziej placówek (zaznaczam, że tylko „być może”).

Aż w końcu ostatni, którzy zostaną w systemie, zgaszą światło.

Najbardziej straci na tym pacjent. Pacjencie, to politycy gotują Ci ten los w blasku fleszy i przy gromkich oklaskach przeciwników „doktorów”. ■



Fot. archiwum

Psychiatria środowiskowa

MAREK BALICKI

Na początku czerwca odbył się w Warszawie III Kongres Zdrowia Psychicznego. Było to jedno z pierwszych tego typu spotkań po poluzowaniu antycovidowych obostrzeń związanych z trzecią falą. W amfiteatrze na warszawskiej Woli zgromadziło się blisko 500 uczestników kongresu, a kilkakrotnie więcej obserwowało jego przebieg za pośrednictwem Internetu. Kongres odbywa się co dwa lata, uczestniczą w nim zarówno profesjonaliści opieki psychiatrycznej i pomocy społecznej, jak i osoby z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego oraz ich bliscy. Jego celem jest działanie na rzecz nowoczesnej i dostępnej opieki psychiatrycznej w lokalnej społeczności. Nie tylko zapewnia prowadzenie dyskusji, ale także jest sposobem wywierania nacisku na władze.

Temat tegorocznego kongresu: „Od instytucji do środowiska – dostępność i szacunek”, dobrze odzwierciedlał jego przebieg. Motywem przewodnim dyskusji były zmiany w opiece psychiatrycznej mające na celu wprowadzenie modelu środowiskowego. Debatowano o problemach psychiatrii dorosłych, młodzieży i dzieci.

”

Nawet pozornie niewielkie korekty niespójne z całościową koncepcją mogą obrócić wniwecz dotychczasowe wysiłki budowania w Polsce psychiatrii środowiskowej.

W wypowiedziach uczestników przewijał się niepokój o dalszy przebieg i tempo reform. Sygnały płynące z instytucji odpowiadających za ochronę zdrowia są bowiem niejednoznaczne, zwłaszcza w odniesieniu do psychiatrii dorosłych. Z jednej strony przedstawiciele władz przy każdej okazji deklarują poparcie dla rozpoczętych zmian, m.in. dla pilotażu centrów zdrowia psychicznego, z drugiej słyszymy o możliwych zmianach

w sposobie i wysokości finansowania centrów. Wiemy, że diabeł tkwi w szczegółach. Nawet pozornie niewielkie korekty niespójne z całościową koncepcją mogą obrócić wniwecz dotychczasowe wysiłki budowania w Polsce psychiatrii środowiskowej. Ciągłe nie znamy też terminu objęcia całego kraju

siecią centrów zdrowia psychicznego. Z dotychczasowego tempa wynikałoby, że potrzeba na to 30 lat.

Przy okazji kongresu po raz pierwszy przedstawiono polskie tłumaczenie europejskiego dokumentu „Konsensus w sprawie podstawowych zasad środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego” (do pobrania w wersji elektronicznej na stronie czp.org.pl). Został opracowany w 2017 r. z inicjatywy europejskiej sieci placówek opieki psychiatrycznej EUCOMS przez zespół reprezentujący badaczy, usługodawców i użytkowników. Kluczowe elementy opieki środowiskowej zostały przedstawione z sześciu perspektyw. Od perspektywy etycznej przez perspektywę zdrowia publicznego po perspektywę ekspertyzy rówieśniczej. W tej ostatniej chodzi o ekspertów, którzy sami przeżyli kryzys zdrowia psychicznego i po odpowiednim przeszkoleniu mogą wspierać profesjonalistów, dzieląc się własnym doświadczeniem. Dla pacjentów są żywym dowodem, że powrót do zdrowia jest możliwy.

Autorzy „Konsensusu...” podkreślają, że przejście do modelu środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego może być utrudnione przez dotychczasowy sposób finansowania, faworyzujący tradycyjną opiekę instytucjonalną, np. w formie nagradzania w zależności od liczby zajmowanych przez pacjentów łóżek. Dlatego zalecają finansowanie prospektywne, niepowiązane z rozliczaniem punktów czy procedur. I takie właśnie jest finansowanie pilotażowych centrów zdrowia. Każde z nich otrzymuje ryczałt będący iloczynem określonej stawki (obecnie to około 88 zł rocznie) i liczby mieszkańców obszaru jego działania. Pozwala to na optymalne organizowanie opieki w wymiarze społeczności lokalnej. Należy mieć nadzieję, że minister zdrowia tego nie zmieni. Takie oczekiwanie wyrazili uczestnicy kongresu w przyjętej „Deklaracji warszawskiej”. ■

#SPRAWDZAM

Minister na wojennej ścieżce, czyli kontrakty dla POZ

MAŁGORZATA SOLECKA

Czy od 1 lipca kilka milionów Polaków nie będzie mogło pozostawać pod opieką dotychczasowego lekarza POZ? Przez cały czerwiec między częścią świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej a Narodowym Funduszem Zdrowia trwa klincz. Trudno nawet nazwać ten stan przeciąganiem liny, bo do tego trzeba aktywności dwóch stron. Tymczasem po krótkich rozmowach w maju, kiedy lekarze usłyszeli, że nie ma mowy o podwyższeniu kontraktów o wskaźnik inflacji, zapadła głucha cisza.

Mogłaby dziwić, jeśli się pamięta, że Polska wychodzi z trzeciej fali pandemii i trwającego ponad rok częściowego paraliżu systemu opieki zdrowotnej oraz przeorientowania go w pierwszej kolejności na leczenie COVID-19. I że o ile od jesieni ministrowi zdrowia Adamowi Niedzielskiemu przyświecało hasło „wszystkie ręce na pokład”, teraz powinno jaśnieć pełną mocą nie tylko ministrowi, ale całemu systemowi. Bo choćby zapowiadany w Polskim Ładzie „Program 40 plus” wygeneruje znacznie większy popyt na usługi lekarskie – również (a może przede wszystkim) w POZ.

Jednak ci, którzy śledzą w miarę uważnie zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia, dziwić się nie powinni. Problemy z kontraktowaniem świadczeń POZ można było przewidzieć już jesienią, gdy fundusz w samym środku drugiej fali rozesłał do świadczeniodawców aneksy, oczekując ich podpisania bez żadnych negocjacji. Zaoferował przy tym kontrakty na pół roku (do czerwca 2021), motywując to m.in. spodziewanymi zmianami w systemie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, czyli sieci szpitali. Relacjonując ówczesny stan gry, pisałam na portalu mp.pl: „*Kilka dni wcześniej przedstawiciele lekarzy skupionych w Porozumieniu Zielonogórskim rozmawiali z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i NFZ na temat przedłużenia kontraktów na 2021 r. Podczas tych rozmów, jak wynika z relacji prezesa FPZ Jacka Krajewskiego (zawartej w liście skierowanym do członków organizacji), wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski i wiceprezes NFZ Bernard Waško oświadczyli, że ich jedynym celem jest zapewnienie dostępności świadczeń POZ po 31 grudnia 2020 r. i w razie niepodpisania przez podmioty POZ aneksów przedłużających kontrakty »znajdą alternatywny sposób udzielania tych świadczeń«*”.

Wówczas udało się konflikt zażegnać. Teraz natomiast wydaje się, że i resort zdrowia, i NFZ spełnili zapowiedzi – znaleźli alternatywny sposób udzielania świadczeń POZ. Albo przynajmniej im się tak wydaje. Covidowe rozporządzenie rządu, opublikowane 22 czerwca, daje możliwość poradniom nocnej pomocy lekarskiej udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej tam, gdzie wystąpią problemy z dostępnością świadczeń POZ. To siłowe rozwiązanie mocno osadzone w ideach, jakie przyświecają resortowi zdrowia – tworzenia wokół szpitali, przede wszystkim pierwszego poziomu zabezpieczenia (ale również wyższych) centrów opieki zdrowotnej. Można się spodziewać, że z czasem, być może wcale nie tak długim, nastąpi etap wygaszania albo przynajmniej mocnego ograniczania świadczeń szpitalnych przez te placówki na rzecz kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych. Czy to dobry kierunek? Być może. Jednak albo „wszystkie ręce na pokład”, albo ministerialny dyktat.

Nie jest to przecież pierwszy raz, gdy z ul. Miodowej płyną w kierunku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej niezakamuflowane sygnały ostrzegawcze. Było groźenie „wzięciem w kamasze” (Ludwik Dorn), były zapowiedzi mobilizacji szpitali, w tym szpitali wojskowych, w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów (Bartosz Arłukowicz). Wydawać by się mogło, że kilkanaście lat doświadczeń to dość, by wypracować alternatywne metody rozwiązywania problemów. Sytuacja, w której władza odpowiedzialna za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia (w środku kryzysu, pandemia jeszcze się nie kończy) wznosi barykadę, by dowieść swojej racji, budzi zdumienie. A raczej – budziłyby, gdyby nie była logiczną konsekwencją wcześniejszych słów, zapowiedzi, decyzji.

Nie po to minister zdrowia centralizuje system, by musieć negocjować z lekarzami. Albo z kimkolwiek. ■



Fot. archiwum

Świat uziemiony

PAWEŁ KOWAL

Świat przed pandemią był bardzo „turystyczny”. Tanie bilety i niezliczone połączenia pozwalały zaplanować wyjazd niemal w ostatniej chwili. Podróże stały się powszechnie dostępne także dla mniej zamożnych. Świat dzięki temu jawi się, jak w słynnej książce Zygmunta Baumana „Liquid Modernity”, światem płynnym, światem na walizkach. Płynna nowoczesność u Baumana dotyczyła oczywiście pewnej ambiwalencji, poczucia niepewności jednostki, wszystko w jej ramach było pokawałkowane, epizodyczne, chwilowe. Ale przecież wyrażało się to także w stylu życia. W życiu na lotniskach i autostradach, w wiecznej podróży zapracowanego człowieka przemierzającego świat z charakterystyczną dla naszych czasów walizką na kółkach. W życiu człowieka Zachodu, który sądzi, że jeżeli coś więcej zobaczy, jeszcze jeden zamek, jeszcze jeden luksusowy hotel, zaliczy dodatkowe spa – będzie inny, jego życie będzie bogatsze, bardziej wartościowe.

Człowiek Zachodu jeździł, interesował się przyrodą i kulturą, ale jednocześnie wpływał negatywnie na środowisko, zanieczyszczał przyrodę, eksploatował zabytki i centra miast. Aż przyszedł wirus i wszyscy zostali uziemieni. Obserwaliśmy w czasach pandemii siebie i znajomych. Jedni zamknięci w domu popadali w depresję, inni szukali celów podróży w kraju, odkrywali go. Jeszcze inni czekali aż się wyrwą i szukali kierunków, gdzie można polecieć, choćby

na Zanzibar, i wrzucić na Instagram zdjęcie z przekazem: jesteśmy jakby nigdy nic. W ruchu.

Tym, co zostali uziemieni w domu, może to dobrze zrobiło. Tym, co żyli z turystyki, bieda zadrzała w oczy. Tak stało się np. z Gruziniami. To stosunkowo biedne państwo całą swoją gospodarkę ustawiło pod kątem turystyki. Po 2016 r. liczba turystów odwiedzających Gruzję wzrosła z 5,4 do 7,2 mln w 2018 r. Przed pandemią turystyka przynosiła Gruzinom około 8 proc. PKB. W 2020, tragicznym roku pandemii, w miesiącach wakacyjnych ruch turystyczny do tego kraju spadł o ponad 90 proc. Mimo że Gruzji nie było stać na wyłączenie gospodarki, nikt nie przyjeżdżał. Straty ponieśli wszyscy: pracownicy i właściciele hoteli, restauracji, rolnicy, producenci żywności.

Tegoroczne wakacje będą popandemiczne. Część ludzi odrabia straty i planuje wyjazd w przyszłym roku. Inni – już w blokach startowych. Wyjazd do Gruzji i państw o podobnej strukturze gospodarki to nie tylko nasza fanaberia i szczęśliwy powrót do walizki na kółkach, ale też decyzja pomocy komuś. Pozostanie w domu albo wycieczka na Podlasie – to jakaś mała ulga dla środowiska, któremu oszczędzimy spalonego paliwa lotniczego. Ekskluzywna wyprawa za Zanzibar i szansa na fotografię w mediach społecznościowych? Nie ma prostych wyborów. Udanego wypoczynku! ■

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niechwiejowskiego



BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

Dla lekarzy i lekarzy dentyistów
członków OIL w Warszawie

Diżury prawników odbywają się:
w poniedziałek w godz. 10.00–18.00
od wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00

Adres: Warszawa, ul. Puławska 18 (wejście C)
Kontakt: prawnikdialekarza@oilwaw.org.pl
728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



Fot. Flickr/P. Drabik

Regeneracja

Prof. JERZY BRALCZYK

Jest w tym słowie jakaś *generacja*, to *racja*, ale tych słów dziś nie łączymy. *Generacja* to ‘pokolenie’, już z łacińskim ‘rodzeniem’ mało ma dla nas wspólnego – choć słowa *generować* wciąż używamy, zwłaszcza jak się wymądrzamy, w znaczeniu ‘powodować’, ‘prowadzić do utworzenia’, czyli właściwie ‘tworzyć’, ‘wytwarzać’, czyli przenośnie ‘rodzić’. Regularny rzeczownik odczasownikowy *generowanie* także jest tak używany. I wiemy, że *generatory generują*, czyli ‘produkują’, np. prąd. Ale generalnie tyle tych słów z *genem* w środku, że ich znaczenia pooddalały się od siebie.

Regenerowanie znaczy dziś ‘odnawianie’, ‘odradzanie’ (oczywiście nie od ‘namawiania do zaniechania’, odradzamy takie skojarzenia). Jest to czynność niedokonana lub powtarzana, dokonane jest *zregenerowanie*. A bardziej obca, niemal łacińska *regeneracja* obejmuje i to, co robione, i to, co zrobione – taka jest *racja* używania słów pochodzenia łacińskiego jako nazw czynności. O *generacji* nie mówimy już jako o niedokonanym lub powtarzanym ‘rodzeniu’ (czy dokonanym ‘urodzeniu’), ale w *regeneracji* te łacińskie znaczenia się, by tak rzec, *regenerują*. Częstka *re-* odnosi się zazwyczaj do działań wstecznych, niejako ‘w tył’, ale i ‘ponownie’. Tu zresztą akurat nie chodzi o ‘cofnięcie urodzenia’, ale o cofanie tego, co się w nieuchronnym procesie niszczenia wydarzyło. Bo przecież to, co się niszczy, można odnowić, a to, co zginęło, może się (mamy nadzieję) odrodzić. Taka *regeneracja* odnawia, odradza, czasem i odtwarza.

Przeciwieństwem *regeneracji* byłaby *degeneracja*, niezwykle negatywnie przez zwyczaj językowy obciążona. To ‘zwyrod-

nienie’, ‘wynaturzenie’, coś naturze przeciwnego (tak jakby regeneracja nie była!). I *degenerat* to człowiek już zdegenerowany, ratunku nie ma prawa oczekiwać. Ciekawe, że kogoś odrodzonego *regeneratem* nie nazwiemy (nasuwający się tu *renegat* to całkiem kto inny, też potępienia godny), *regenerat* to odtworzona część ciała, tkanki albo nowa część maszyny.

Bo *regeneracja* odnosi się nie tylko do tego, co żywe (*degeneracja* owszem). *Regeneruje* się także urządzenia, różne mechanizmy, tam też właśnie są i *regeneraty*, i *regeneratory*. Sama *regeneracja* może być również odzyskiwaniem tego, co w technicznych procesach tracone. Mówi się o *regeneracji ciepła* i np. o *regeneracji piasku*.

Ale generalnie, potocznie, *regeneracja* łączy się w naszym języku codziennym z organizmami, i to najczęściej naszymi, ludzkimi. *Regeneracja* to słowo pokazujące, a może i dające nam nadzieję. Straciłem siły? Mogę je *zregenerować*, wystarczy odpoczynek albo, ostatecznie, ćwiczenia fizyczne. Dawniej mówiono o *regeneracji narodów* (tak!), o *regeneracji uczuć* (dziś to niespotykane konteksty), teraz, co notują nowe słowniki, *regeneracja* to głównie ‘odzyskiwanie zdrowia, sił, sprawności fizycznej’, choć i ‘równowagi duchowej’. Jedziemy na wieś albo chodzimy po górach i *regenerujemy się*. Pewnie tak, choć ja akurat skłonny jestem wtedy myśleć o utracie sił...

Przeciwieństwem *regeneracji* byłaby *degeneracja*, niezwykle negatywnie przez zwyczaj językowy obciążona. To ‘zwyrodnienie’...

A jak siły stracimy, może nam pomóc choćby *posiłek regeneracyjny*. ■

„Było. Jest. Będzie?” KONFERENCJA EKSPERCKA W OIL W WARSZAWIE



Fotografie: K. Bartylzel

O błędach przeszłości, wyzwaniach terażniejszości i perspektywach na przyszłość w systemie ochrony zdrowia w kontekście wynagrodzeń lekarzy oraz innych pracowników ochrony zdrowia, a także troski o bezpieczeństwo pacjentów rozmawiali uczestnicy konferencji zorganizowanej 22 czerwca przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

Dyskusjom organizowanym przez naszą izbę zawsze towarzyszy idea „Z sercem po stronie zdrowia”. Mając ją na uwadze, skupiamy się na tym co było, jest, a przede wszystkim, co będzie – mówiła, otwierając debatę ekspertów, rzecznik prasowa OIL w Warszawie Renata Jeziólkowska. W prowadzonej przez nią merytorycznej dyskusji wziął udział lek. Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, oraz goście: dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka (dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego), Jakub Kraszewski (dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku), dr hab. n. med. Adam Maciejczyk (dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego), Izabela Marcewicz-Jendrysik (członek Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali, dyrektor Warszawskiego Szpitala dla Dzieci) i lek. Artur Prusaczyk (wiceprezes zarządu Centrum Medyczno-Diagnostycznego).

Prezes Łukasz Jankowski zwrócił uwagę, że dyskurs publiczny nie powinien obracać się wyłącznie wokół kwestii wysokości wynagrodzeń lekarzy, choć w ostatnim czasie te właśnie suche obliczenia szczególnie często stawały się tematem dyskusji w związku z pracami nad nową ustawą zmieniającą wskaźniki wynagrodzeń w zawodach medycznych. – *Mówi się o tym, ile lekarze zarabiają, ile powinni zarabiać, ale już nie o tym, jak powinien wyglądać system wynagrodzeń, by miał charakter motywacyjny i odpowiadał uwarunkowaniom rynkowym* – stwierdził Łukasz Jankowski i zaznaczył, że spotkanie ekspertów ma na celu wypracowanie wskazówek dla rządzących, by taki system wynagrodzeń mogli stworzyć.

Uczestnicy dyskusji zwracali uwagę na dużą różnorodność problemów związanych z wynagradzaniem medyków wynikającą ze specyfiki placówek ochrony zdrowia. Jakub Kraszewski opowiadał się za autonomią zarządzających w kwestii zarobków kadry medycznej. – *W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku mamy trzydzieści kilka klinik i trzydzieści kilka systemów wynagrodzeń, bo każdy zespół sam o nich decyduje* – wyjaśnił. Dodał, że usztywnienie systemu płac może wręcz skłaniać do ucieczki z owego systemu.

Artur Prusaczyk podkreślał natomiast, że nieco inne niż w wielospecjalistycznych jednostkach z dużych miast są pro-



blemy placówek działających w obrębie mniejszej społeczności, np. w powiatach. – *Medycyna rodzinna w Polsce Wschodniej mierzy się z innymi wyzwaniami. Tu rozproszenie usług jest nieuniknione i nieuchronnie wiąże się z wyrabianiem „kilotrogo godzin” podczas dojazdów lekarzy do placówek medycznych. Dlatego potrzebne są elastyczne umowy, uwzględniające dbałość o work-life balance* – wyjaśniał.

Izabela Marcewicz-Jendrysik mówiła o tym, że potrzebne są lokalne sieci dostępu do specjalizacji i świadczeń, bo dzięki temu będzie też można na mniejszym niż dotychczas obszarze zapewnić kompletność usług medycznych. Tymczasem, zdaniem dyrektora Warszawskiego Szpitala dla Dzieci, obecnie niektóre placówki muszą szukać specjalistów w odległych miastach. – *Brak personelu danej specjalizacji wymusza przemieszczanie się lekarzy między placówkami. Wtedy 11 godzin przerwy między dyżurami bywa fikcją* – twierdziła. Ubolewała, że jako pracodawca nie ma nawet możliwości sprawdzić, czy lekarze pracujący jednocześnie w kilku miejscach są dostatecznie wypoczęci.

Kwestię struktury wynagrodzenia konkretnego pracownika ochrony zdrowia poruszył Adam Maciejczyk. – *Bliskie jest mi podejście do wynagrodzenia złożone z bazy i elementu motywacyjnego* – powiedział. Skuteczność tego rozwiązania udawał przykładem z własnej placówki: – *Gdy ustandaryzowaliśmy zadania patomorfologów, ich praca stała się łatwiejsza, ale też bardziej przejrzysty stał się ich system wynagradzania. Wiedzieliśmy, za co płacimy*.

Zdaniem Małgorzaty Gałązki-Sobotki problemem teraźniejszości, który stanowi dziedzictwo przeszłości, jest mnożenie struktur w systemie ochrony zdrowia. – *Doprowadziliśmy do niekontrolowanego rozrostu liczby placówek obsługiwanych przez kurczące się kadry* – przekonywała.

W dalszej części dyskusji eksperci zwracali uwagę, że i dla systemu, i dla konkretnego lekarza liczy się coś więcej niż wysokość wpływów na konto. – *Przykładowo dla onkologa, technika, chirurga jest ważne, z kim pracuje. Koordynacja i współpraca są sprawą kluczową, zarówno pionowa, jak i pozioma. Możemy być wtedy bardziej skuteczni* – zapewniał Adam Maciejczyk. Wtórował mu Jakub Kraszewski: – *Jednostki budujące kulturę i organizację pracy placą mniej za jednostkę pracy. Placówki o niższym prestiżu i gorszych standardach placą więcej. Praca zawodowa ma bowiem nie tylko walor zarobkowy, ale też wiele innych*.

W segmencie debaty poświęconym przyszłości Łukasz Janowski zwrócił uwagę na potrzebę stworzenia opartego na merytorycznych przesłankach systemu bieżącej oceny pracy.



– *Niezbędny jest lekarzom jako kryterium w celu uzyskiwania wyższego wynagrodzenia, wskazówka dotycząca własnych braków oraz konieczności szkolenia. A podnoszenie kwalifikacji opłaca się lekarzowi, pacjentowi i menedżerowi placówki medycznej* – wyjaśniał. Zdaniem Artura Prusaczyka elementem rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia musi być kompletność pracy zespołów medycznych. – *Zespołowa praca całego personelu medycznego i kompleksowość leczenia przedłuża życie choremu. Dlatego razem z pacjentami musimy przekonać regulatora, by na to stawiał* – stwierdził wiceprezes zarządu Centrum Medyczno-Diagnostycznego.

Zdaniem dziekan CKP Uczelni Łazarskiego, by sprostać wyzwaniom następnych dekad, trzeba podporządkować dyskusję o zmianach potrzebom młodych ludzi, bo oni przez lata będą decydować o kształcie systemu ochrony zdrowia. – *To osoby, które będą dbały o higienę życia zawodowego i psychicznego, dlatego musimy skupić się na efektywnym wykorzystaniu ich czasu i wspaniałych, wyjątkowych kompetencji. Trzeba budować ramy pracy zespołowej i sięgać po nowe technologie* – przekonywała. Należy więc korzystać z bardziej wyrafinowanych metod zarządzania zasobami ludzkimi, niż stosowane obecnie, i ograniczać się do kierowania pracownikami. Izabela Marcewicz-Jendrysik dodała, że dla zmiany obrazu przyszłości ochrony zdrowia decydująca jest rola menedżera. – *Powinien zwracać uwagę na potencjał poszczególnych osób i właściwie pokierować ich rozwojem zawodowym* – wyjaśniła.

Uczestnicy konferencji odnieśli się także do tematu dodatków covidowych jako systemowego pomysłu na rozwiązanie kwestii metod wynagradzania. Samo ich wprowadzenie oceniali pozytywnie, choć w wypowiedziach podkreślano m.in. niejasne reguły ich przyznawania, co mogło sprzyjać nadużyciom. Natomiast doświadczenia pandemiczne Artur Prusaczyk podsumował następująco: – *Pandemia spowodowała, że do nowych zadań zaangażowano studentów, stażystów, ratowników, pielęgniarki. Sytuacja ta pokazała, jak wiele można zmienić w naszym systemie*. ■ *mn*

Aktor w roli pacjenta, lekarz w roli lekarza

WARSZTATY UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACJI

Podczas warsztatów pod hasłem „Sentio ergo sum” grupa lekarzy ze Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie mogła przećwiczyć postępowanie w sytuacjach kryzysowych, które zdarzają się w pracy z pacjentami i ich bliskimi. W pacjentów i członków rodziny wcielił się aktor Maciej Zakościelny. Inscenizowano, a później analizowano, autentyczne historie. Warsztaty zostały zorganizowane z inicjatywy dr Olgi Troniny i Fundacji na rzecz Edukacji „Sentio” przy wsparciu OIL w Warszawie. Był to pomysł lekarzy z oddziału covidowego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus. Dzięki dalszemu wsparciu naszej izby oraz Fundacji „Sentio” kolejne szkolenia dla wszystkich członków OIL w Warszawie odbędą się w naszej siedzibie.

Warsztaty w szpitalu przy ul. Lindleya przygotowano z myślą o lekarzach pracujących z pacjentami wymagającymi opieki medycznej z powodu powikłań zakażenia SARS-CoV-2. Pierwszą część prowadziły: Magdalena Flaga-Łuczkiwicz – lekarz psychiatra, psychoterapeuta, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków OIL w Warszawie, oraz dr n. med. Marta Kulpa – psycholog, psychoterapeuta systemowy, trener, adiunkt w Zakładzie Psychologii i Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, od wielu lat działająca w obszarze

psychoonkologii i medycyny paliatywnej. Poruszano problemy związane z komunikacją werbalną, niewerbalną, kwestie dotyczące emocjonalnego angażowania się, asertywności oraz konieczności dbania o własne zdrowie psychiczne. Przytaczano wiele przykładów barier komunikacyjnych, ale też mnemotechnik pomagających w trudnych sytuacjach.

Druga część szkolenia, typowo praktyczna, z gościnnym udziałem aktora Macieja Zakościelnego odbyła się pod okiem prowadzących, które na bieżąco komentowały przedstawiane scenki. Były to sytuacje z ostatnich miesięcy, którym lekarze rzeczywiście musieli stawić czoło. Jak powiedzieć mężowi pacjentki, która za chwilę zostanie podłączona do respiratora, że żona najprawdopodobniej umrze? Czy dawać jakąkolwiek nadzieję, czy zasugerować pożegnalną rozmowę? Jak zachować się wobec pacjenta umierającego, który w ostatnich chwilach życia potrzebuje poczucia bliskości? Jak wytłumaczyć synowi zmarłego pacjenta, że za zaginięcie dowodu osobistego ojca nie odpowiada lekarz? Uczestnicy zajęć mieli okazję sprawdzić swoje reakcje oraz próbować konfrontować się z emocjami „pacjenta” i „członka rodziny” zgodnie ze wskazówkami psychoterapeutek. Odgrywane emocje udzielały się wszystkim biorącym udział w spotkaniu, panowała atmosfera pełnej koncentracji. Podkreślano, że zdobyta wiedza niewątpliwie będzie bardzo pomocna w dalszej pracy.

Cel warsztatów to zrozumienie mechanizmów stresu, złości, bezsilności, smutku i frustracji pojawiających się w interakcjach z pacjentami oraz praktyczne nauczenie się komunikacji w ekstremalnych emocjonalnie sytuacjach. Może to zmniejszyć obciążenie psychiczne zarówno lekarzy, jak i pacjentów, poprawić jakość relacji lekarz – pacjent i zapobiegać wypaleniu zawodowemu. Walka o zdrowie i życie pacjentów w czasach pandemii to nie tylko wyzwanie medyczne, ale także psychologiczne. W triadzie lekarz – pacjent – rodzina pacjenta wszystkim towarzyszą silne emocje, utrudniające wzajemne zrozumienie, wsparcie i współpracę, bez których walka z bezwzględny wirusem jest jeszcze trudniejsza.

Warsztaty zorganizowane 7 czerwca były spotkaniem pilotażowym. O terminach kolejnych spotkań i zapisach na nie będziemy informować na stronie internetowej OIL w Warszawie oraz na izbowych profilach w mediach społecznościowych. ■

rj



Fotografie: rj

**BĄDŹMY
W KONTAKCIE**



CO ROBI IZBA?

JAK SIĘ SKONTAKTOWAĆ Z OIL?

**MAM POMYSŁ DOT. LEKARZY.
CZY OIL POMOŻE MI GO
ZREALIZOWAĆ?**

**CZY IZBA POMOŻE MI
ROZWIĄZAĆ MÓJ PROBLEM?**



pisze...

#IzbaBlizejLekarzy



@OILWARSZAWA



**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza**

Szkolenie dla lekarzy spoza Unii Europejskiej

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie 29 maja zorganizowała szkolenie dotyczące polskiego systemu ochrony zdrowia. Inicjatywa stanowi wyraz wsparcia izb lekarskich dla kompetentnych lekarzy z zagranicy.

182 lekarzy wzięło udział w kursie „Realia funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia dla lekarzy spoza UE”, który przeprowadzono online. Podczas wykładów uczestnicy mieli okazję zapoznać się z formalnościami, których należy dopełnić, podejmując pracę w Polsce, zagadnieniami związanymi z funkcjonowaniem samorządu lekarskiego, wymogami stawianymi przez Kodeks Etyki Lekarskiej, a także klauzulą *opt-out*.

Na zaproszenie izby część szkolenia poprowadzili goście z Ministerstwa Zdrowia. Małgorzata Zadorozna, dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia, poruszyła temat tzw. uproszczonego trybu uzyskiwania PWZ. MZ podaje, że do 24 maja w trybie uproszczonym wydało

189 decyzji o umożliwieniu wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyisty osobom spoza Unii Europejskiej. Zgodnie z danymi Zespołu ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu OIL w Warszawie od początku roku do końca maja do naszej izby wpłynęły 32 wnioski od lekarzy poza UE o PWZ. Izba zorganizowała szkolenie dla lekarzy z zagranicy, gdyż po przejściu procedury formalnoprawnej mogą oni w przyszłości stać się nie tylko członkami OIL w Warszawie, ale też wsparciem dla przeciążonego z powodu braków kadrowych systemu ochrony zdrowia. Wprowadzenie lekarza w zagadnienia prawno-organizacyjne jest niezbędne na początku jego drogi zawodowej w danym systemie.

– *Chcemy, by osoby decydujące się na pracę w Polsce robiły to w pełni świadomie, licząc się również z warunkami pracy i wymogami stawianymi lekarzom w naszym kraju. Istotne znaczenie szkolenia dla uczestników potwierdza bardzo duża liczba zadawanych przez nich pytań. W związku z szerokim odzewem koleżanek i kolegów lekarzy spoza Unii Europejskiej planujemy kolejne, podobne szkolenia* – wyjaśnia Piotr Wincianas, przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu. ■

mm

Polki w medycynie.



Konferencja szkoleniowo-warsztatowa dla lekarek z OIL w Warszawie



data: 11.09.2021

miejsce: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie (forma hybrydowa – na „żywo” i „online”)

Zapisy od 10.08.2021 na stronie OIL: <https://izba-lekarska.pl/>

Polki w klinice

- Jak wpieść kobiety w medycynie?
- Praca naukowa na uczelni.
- Czy kobiety są od brudnej roboty?
- „Szklany sufit” – dlaczego pomimo feminizacji medycyny na stanowiskach kierowniczych przeważają mężczyźni?
- Medycyna to zespół, a nie jednoosobowy sukces
- Specjalizacje zabiegowe – jakie wyzwania stoją przed kobietami?

Miejsce pracy dobre dla kobiet:

- Uwielbiam to, co robię. Ale jak się nie wypięć?
- Jak na kobiety w medycynie wpłynęła pandemia?
- Komunikacja – jak porozumiewać się w zespole?
- Perspektywa prawnicza przeciwdziałania mobbingowi

Warsztaty

- Dobro o siebie, czyli jak przygotować wartościowy posiłek na dyżur
- Pomiar składu ciała lekarek i porady żywieniowe
- Nie wiem, co to stres, w pracy włączam tryb reakcji. Ćwiczenia relaksacyjne, które można wykonać w pracy
- Blżej pacjenta. Jak skutecznie działać w social mediach?

Lekarski spływ kajakowy Wisłą

Nie można było wymarzyć sobie lepszej pogody na aktywne spędzenie wolnego czasu nad wodą. W sobotę 19 czerwca członkowie naszej izby z rodzinami wzięli udział w spływie kajakowym i wspólnym grillowaniu. Tymi atrakcjami uświetniono organizowany przez Komisję ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Dzień Ojca Lekarza.

Uwzględniając głosy lekarzy i bliższych im osób, które zgłaszały chęć wzięcia udziału w spływie, rozszerzyliśmy formułę imprezy, by powstała przestrzeń dla relaksu i aktywnego wypoczynku w rodzinnej atmosferze.

Część uczestników spływu przyjechała na miejsce startu zamówionymi przez izbę autokarami. Zanim jednak wyruszyli z Plaży Romantycznej (Wawer), odbyli krótkie szkolenie, podczas którego zapoznali się z zasadami bezpieczeństwa oraz sprawnego prowadzenia spływu. Każdy mógł wybrać kajak jedynek lub dwuosobowy. Trasa spływu liczyła 11 km, a uczestnicy mieli okazję podziwiania panoramy Warszawy z perspektywy Wisły.

Na mecie, na plaży na Saskiej Kępie, miała miejsce druga część programu, czyli grill. Dołączyło kilkadziesiąt osób, również dzieci. Wszyscy mogli skorzystać z kolejnej atrakcji – rejsu motorówką wzdłuż wiślanych bulwarów, od mostu Południowego do Zamku Królewskiego.

Po spowodowanej pandemią przerwie w organizacji spotkań twarzą w twarz izba ponownie zaprasza do udziału w szkoleniach, imprezach, konferencjach. Za nami m.in. Lekarski Rajd Rowerowy, Dzień Matki Lekarki, Medic Walking, izbowe konferencje. O tym, co przed nami, będziemy systematycznie informować na naszej stronie internetowej, w „Pulsie” i w mediach społecznościowych. ■ **ab**





Fot. K. Bartyzel

Natura na receptę

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

W wakacyjnym czasie nie będę opowiadać trudnych historii ani ubolewać, jak bardzo źle jest z naszym zdrowiem psychicznym. Zamiast tego opowiem, dlaczego warto... wyjść z domu.

Na świeżym powietrzu

W World Happiness Report od wielu lat pierwsze miejsca zajmują kraje północy: Norwegia, Finlandia, Szwecja, Islandia, Dania. Co sprawia, że ich mieszkańcy są tacy zadowoleni ze swojego życia? Może robią coś, co i my moglibyśmy robić, by czuć się szczęśliwsi? Przede wszystkim przychodzi do głowy panujący tam ogólny dobrobyt, opieka socjalna państwa, małe rozwarstwienie społeczne. Kiedy jednak zadałam sobie trochę trudu, by wgrzyźć się w literaturę dotyczącą fenomenu szczęścia ludzi Północy, okazało się, że nie są to społeczeństwa idealne, a państwo socjalne i powszechna równość społeczna mają swoje jasne i ciemne strony.

Jest jednak w codziennym życiu Skandynawów coś uniwersalnego, możliwego do zastosowania w naszej szerokości geograficznej i realiach: ich zwyczaj spędzania czasu na łonie natury. Dla wikingów relacja z północną naturą i jej kapryśną pogodą była kwestią życia i śmierci. Dziś mieszkańcy Skandynawii czerpią z niej całymi garściami, z korzyścią dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Przebywają na dworze od najmłodszych lat, niezależnie od pogody, bo „nie ma złej pogody, są tylko złe ubrania”. Idea *friluftsliv* (życia na wolnym powietrzu) polega na czerpaniu z kontaktu z naturą, odtwarzaniu naturalnej więzi z przyrodą, utraconej we współczesnym świecie. Norwegowie utrzymują, że w otoczeniu przyrody nie można być w złym nastroju. Podchodzą przy tym do kwestii z nordycką pragmatycznością, bo *friluftsliv* można realizować wszędzie: na popołudniowej przechadzce w parku po sąsiedztwie, spacerze na nartach czy łyżwach z dziećmi, weekendowym wypadzie do pozbawionego wygód domku letniego w lesie, na dłuższym podróżowaniu po kraju czy ambitnych górskich wyprawach wspinaczkowych. Rozkoszowanie się kontaktem z naturą zwykle łączy się z pielęgnowaniem relacji, bo czas spędzany z rodziną i przyjaciółmi – zwyczajnie, a treściwie – to drugi z filarów szczęścia ludzi Północy.

Leśna kąpiel

Zostawiamy teraz szczęśliwą Północ i poszukamy inspiracji prozdrowotnych na Dalekim Wschodzie. W latach 80. XX w. w Japonii powstała idea *shinrin-yoku*, czyli leśnych kąpiei, które miały za zadanie pomóc w walce z chorobami powiązanymi ze stylem życia. Od kilku lat działają międzynarodowe instytuty zajmujące się kształceniem przewodników kąpiei leśnych, mamy już pierwsze osoby wdrażające tę metodę relaksu w Polsce. Wbrew nazwie podczas leśnej kąpiei uczestnicy nie pływają, nie ma to nic wspólnego z wodą. Za to zanurzają się całym sobą w otaczającym lesie, chłonąc go wszystkimi zmysłami. Badania naukowe potwierdzają korzystny wpływ *shinrin-yoku* na odporność (przypisywany przede wszystkim fitoncydom), układ krążenia (regulacja ciśnienia i tętna, wpływ na układ renina-angiotensyna-aldosteron), biologiczne wskaźniki stresu (poziom kortyzolu), metabolizm (złagodzenie dolegliwości spowodowanych cukrzycą i otyłością), układ nerwowy (obniżenie aktywności układu współczulnego) oraz na psychikę (zmniejszenie stresu, zmęczenia, depresyjności, lęku, niepokoju i wrogości, a zwiększenie spokoju, zadowolenia, koncentracji uwagi, poczucia zadowolenia i witalności). Kąpiele leśne stosuje się zarówno w profilaktyce, jak i jako metodę wspomagającą leczenie m.in. depresji, PTSD, lęku.

Nie każdy z nas ma pod ręką licencjonowanego przewodnika terapii leśnej, ale i bez niego można skorzystać z jej dobrodziejstw. Wystarczą dwie godziny pobytu w lesie, samotnego lub w małej grupie, bez elektroniki i zbędnych rozmów. Spacerujemy bez konkretnego celu, bez pośpiechu, pozwalamy, by las sączył się w nas wszystkimi zmysłami – wzrokiem, słuchem, węchem, dotykiem. Zatapiaemy się w nim...

Podpatrywanie ptaków

Może się zdarzyć, że stan zrelaksowania wyostri naszą spostrzegawczość i zaczniemy patrzeć na otaczającą nas przyrodę w zupełnie nowy, świeży sposób. Tu coś zaświergocze, tam zastuka, mignie, podfrunie. Z mozaiki kolorów i słonecznych migotów wyłowimy wzrokiem skrzydlatego mieszkańca lasu, odruchowo zaczniemy go obserwować, podziwiać, szukać w pamięci nazwy gatunku, przeczesywać korony drzew w poszukiwaniu innych osobników. I oto połknęliśmy bakcyła, zaczęliśmy przygodę z obserwacją ptaków.

Terapeutyczny wpływ *birdwatchingu* (ang. oglądanie ptaków) został dostrzeżony przez specjalistów kilka lat temu. Poza ogólnymi korzyściami płynącymi ze spędzania czasu na łonie natury, obserwacja dziko żyjących ptaków przynosi regulację emocji: zmniejsza emocje negatywne (stres, napięcie, lęk, złość), a wzmacnia pozytywne (radość, poczucie satysfakcji i zadowolenia, spokój, dobry nastrój). Jest to też doskonały trening funkcji poznawczych: koncentracji, uwagi, pamięci. Powszechnie ornitologicznej wiedzy inspiruje do bardziej świadomych obserwacji, a dostrzeżenie rzadkiego gatunku to satysfakcja i przyjemność aktywizująca nasz ośrodek nagrody.

natury, fotografii i zdobywania wiedzy, miałam poczucie, że mniej więcej wiem, co się wydarzy i jak będę się czuła podczas spaceru. Nie przewidziałam jednak, że wypatrywanie skrzydlatych stworzeń, rozpoznawanie gatunków, obserwacja ich zachowań, czatowanie na jak najlepsze ujęcie może dać aż tak relaksujące zatracenie się, zapomnienie o wszystkim, co codzienne! Na własnej skórze doświadczyłam opisanych przez autorów „Ornitologii terapeutycznej” równoległych uczuć skupienia i nieskupienia. Stan dogłębnego odprężenia pozostał we mnie przez kolejne dni, rozbudzając apetyt na następną ptasie przygodę.



Fot. M. Flaga-Łuczkiwicz

W maju na Krutyńni

Bardziej zapaleni birdwatcherzy przyznają wręcz, że to uzależniające hobby. Z neurobiologicznego punktu widzenia obserwowanie ptaków jest ciekawym stanem umysłu. „Czy obserwując ptaki, jesteśmy skoncentrowani na konkretnym zadaniu? Tak. Czy jednocześnie, zwłaszcza przebywając w ukryciu, wyczekując na pojawienie się ptaków, spacerując po lesie, łące czy parku, nie jesteśmy tak do końca skoncentrowani na czymś konkretnym? Odpowiedź także brzmi: tak. Obserwacja ptaków może więc być związana z pewnym specyficznym stanem umysłu, równocześnie skoncentrowania na zadaniu i niekoncentrowania na zadaniu. (...) Możemy więc ćwiczyć ten specyficzny stan umysłu, z jednej strony „śnienia na jawie”, jakby kontemplacji, z drugiej zaś – zachowania czujności, koncentracji i skupienia na rzeczywistości zewnętrznej” (P. Tryjanowski, S. Murawiec, „Ornitologia terapeutyczna”).

Miałam okazję, zaproszona przez dr. Sławomira Murawca, uczestniczyć w eksperymentalnym spacerze ornitologicznym, którego uczestnikami byli wyłącznie specjaliści zdrowia psychicznego – psychiatrzy i psycholodzy. Jako fanka spokoju,

Na zakończenie

Chciałam Was przekonać, że dbanie o zdrowie, w tym o zdrowie psychiczne, nie musi być trudne, czasochłonne, męczące i drogie. Na początek wystarczy jedno popołudnie, miejski skwer, park lub kawałek lasu i otwarcie się wszystkimi zmysłami na zapach ziemi, chropowatość kory drzewa, ptasie trele i widok owadów niezmordowanie fruwających tu i ówdzie. Odrobinę *friluftsliv*, leśna minikąpiel w parku, parę minut podglądania wróbli czy srok mamy wszyscy na wyciągnięcie ręki, bez recepty i bez działań niepożądanych. Próbujemy? ■

DO POCZYTANIA:

„Codziennie jest piątek. Szczęście po nordycku. Sztuka celebrowania każdej wolnej chwili”, członkinie Kolektywu Nordic Talking, Pascal 2020

„Lasoterapia”, K. Simonienko, Dragon 2021

„Ornitologia terapeutyczna. Ptaki – zdrowie – psychika”, P. Tryjanowski, S. Murawiec, Lanius 2021

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, psychiatra, psychoterapeuta, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów
– tel. 660 672 133 (proszę o SMS, oddzwonij), e-mail: pełnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl



Informować, szkolić, pomagać



Fot. K. Bartyzel

Fundamenty działania oraz plany na bliższą i dalszą przyszłość Komisji ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie przedstawia jej przewodniczący, wiceprezes ORL w Warszawie dr n. med. **Dariusz Paluszek** w rozmowie z Michałem Niepitylskim.

Jaka idea przyświeca pracy Komisji ds. Lekarzy Dentystów? W końcu nie jest to komisja problemowa, bo dentyści różnych problemów mogą mieć przecież bez liku.

Staramy się patrzeć całościowo na środowisko stomatologów, więc na co dzień usiłujemy wskazać im pewne możliwości działań zawodowych. Lekarze dentyści nieraz pracują w dwóch miejscach, od rana do wieczora, mają więc pełne prawo pogubić się w chaosie informacyjnym. My staramy się ten chaos uporządkować. Selekcjonujemy ważne dla stomatologów donie-

sienia prawne, naukowe, dotyczące rozwoju zawodowego i przekazywać m.in. na Facebooku i podstronie witryny OIL w Warszawie poświęconej sprawom naszej grupy zawodowej. To oczywiście jedno z działań, które rozwijamy od początku tej kadencji rady.

Warto wytłumaczyć, że praca lekarza ogólnego i lekarza dentystry to zupełnie odrębne światy. Chociażby dlatego, że z nielicznymi wyjątkami dentyści nie pracują w szpitalach. Każdy jest mikroprzedsiębiorcą, musi zająć się organizacją własnej placówki medycznej – płacić daniny publiczne, zatrudniać pracow-

ników, zajmować się finansami i wieloma, wieloma innymi sprawami. Niestety, kolejne przepisy dotyczące prowadzenia działalności niekiedy tak silnie spychają pracę lekarską na bok, że stomatologowi brakuje czasu na zaplanowanie obowiązkowego przecież kształcenia ustawicznego. I tu pojawia się drugie zadanie naszej komisji. Pomagamy dotrzeć do organizatorów kształcenia na wysokim poziomie, a jednocześnie staramy się, by szkolenia były finansowane w ramach składki samorządowej.

Komisja ds. Lekarzy Dentystów nie ma tak jednoznacznie zarysowanego profilu działalności jak komisje sportu czy kultury, ale właśnie dlatego staramy się współpracować ze wszystkimi komisjami i zespołami. Dzięki naszej bliskiej relacji ze środowiskiem dentyistów, stanowiących około jednej piątej członków OIL w Warszawie, potrafimy rozpropagować informacje o konkretnych działaniach samorządu. Można więc powiedzieć, że komisja zajmuje się tym, czym zajmuje się cała izba, ale skupia się na dotarciu do określonej grupy jej członków.

Czy państwa działalność ma jakiś dalekosiężny cel?

Mamy taką ambicję, by to, co robimy jako samorząd w zakresie dyskursu publicznego, nie było tylko próbą opisu zastanej rzeczywistości, wyrażaniem opinii o tym, co stworzyły instytucje państwowe. Na dłuższą metę pragniemy tę rzeczywistość kształtować. Przecież w komisji są lekarze dentyści czynni zawodowo, znający świetnie rynek usług stomatologicznych, problemy oraz potrzeby środowiska i to nie tylko warszawskiego, ale i w mniejszych ośrodkach należących do naszego okręgu. Dlatego uważamy, że warto opracować listę rozwiązań, idei, za którymi będzie-

my lobbować, do realizacji których będziemy dążyć nie tylko w tej kadencji, ale przez wiele następnych lat. Oczywiście, ważne jest, by były to idee popierane powszechnie przez lekarzy, byśmy niezależnie od wyniku wyborów w samorządzie mogli je realizować. Te idee powinny wypływać z troski o ochronę rynku stomatologicznego. Zamierzamy korzystać z doświadczeń samorządów zawodowych krajów zachodnich, gdzie dbają nie tylko o kształcenie i liczbę miejsc specjalizacyjnych, ale też o jakość kontraktów i warunków zatrudnienia specjalistów. Chociażby w myśl zasady, że inną stawką powinien być wynagradzany lekarz ogólny, a inną specjalista. Specjalista powinien też zajmować się przypadkami szczególnie trudnymi, z którymi lekarz bez specjalizacji, ze względu na brak doświadczenia i wiedzy, będzie sobie radzić gorzej. To rzecz wydawałoby się naturalna i oczywista, a jednak przez Narodowy Fundusz Zdrowia przeoczona. Problemem jest też nierównomierny dostęp do opieki dentystycznej w różnych regionach kraju. NFZ powinien być zainteresowany tym, by w mniejszych gminach Mazowsza, ze średnią dochodów niższą niż w dużych miastach, wprowadzić zachęty do otwierania gabinetów stomatologicznych. Analogicznie do wolnych stref ekonomicznych tworzonych w celu przyciągnięcia dużego biznesu.

Mówi pan o rzeczach, które powinny interesować NFZ, ale dlaczego właśnie komisja samorządu lekarskiego powinna rozbudzać to zainteresowanie?

Pomagamy dotrzeć do organizatorów kształcenia na wysokim poziomie, a jednocześnie staramy się, by szkolenia były finansowane w ramach składki samorządowej.

To leży w dobrze rozumianym interesie dentystów. Równomierne rozlokowanie gabinetów stomatologicznych może ograniczyć konkurencję w miejscach, gdzie jest ich zbyt dużo. Przecież silna konkurencja powoduje, że dentysta musi jeszcze więcej czasu przeznaczać na zadania biznesowe kosztem lekarskich. Zmniejszenie rywalizacji biznesowej sprawi, że stomatolodzy będą mogli poświęcić więcej uwagi nie tylko pacjentom, ale i rodzinie, własnemu dobrostanowi i rozwojowi umiejętności zawodowych. Szukamy więc konsensualnego, dalekosiężnego celu. Zajmujemy się oczywiście także kwestiami staży podyplomowych, rejestru praktyk i oczywiście, zgodnie z hasłem „Izba dla lekarza”, uczestniczymy w działaniach integracyjnych OIL w Warszawie. Cele krótkookresowe natomiast pojawiają się na bieżąco, bo staramy się na nowe problemy reagować jak najszybciej.

Wspomniał pan o staraniach komisji w zakresie szkolenia lekarzy dentystów. Regularnie publikujecie państwo informacje o inicjatywach dotyczących współpracy z instytu-

cjami i towarzystwami naukowymi. Jak układa się ta współpraca?

Uważam, że jest wzorcowa, w czym niewątpliwie pomaga renoma, jaką cieszy się nasza izba. Ona sprawia, że przychylność organizacji badawczych oraz środowiska akademickiego jest odczuwalna. Dlatego m.in. Uniwersyteckie Centrum Stomatologii wpiera nas w organizacji niemal każdego szkolenia. Moją ambicją jako przewodniczącego komisji zawsze było opieranie współpracy nie na osobistych kontaktach, lecz na fundamentach merytorycznych, choć nie ukrywam, że członkowie komisji utrzymują kontakty z osobami ze świata nauki. Nie wiadomo, kto przyjdzie po nas, a powtarzam, że zależy nam na utrzymaniu międzykadencyjnej ciągłości działań. I to się udaje. Współpracę z WUM podjęliśmy za poprzedniego rektora, prof. Wielgosia, a teraz, gdy stanowisko to piastuje prof. Zbigniew Gaciong, jest kontynuowana.

Stwierdził pan, że komisja stomatologiczna zajmuje się tym samym co cała izba. Jaki jest zatem sens jej wydzielenia?

Uważam, że komisja musi działać, bo jest tworem, który lekarze ogólni powinni dostrzegać i poznawać, by zrozumieć odrębność grupy lekarzy stomatologów. Ale ta odrębna grupa musi istnieć w ramach jednego samorządu. Nie można rozdzielić lekarzy i lekarzy dentystów, musimy się wspierać i mieć szacunek oraz zrozumienie dla istniejących różnic. ■



Fot. M. Niepycki

Negocjacje, czyli związek partnerski

Dobre negocjacje sprawiają, że wszystkie ich strony odchodzą od stołu zadowolone. To prawda, która odnosi się także do pracy lekarza – przekonuje w rozmowie z dr. Dariuszem Paluszkim lekarz dentysta **Hubert Gołębek**, autor książki „Stomatologiczny Taktyk Negocjacyjny, czyli techniki negocjacyjne w prowadzeniu działalności stomatologicznej”.

Co pana skłoniło do zainteresowania się problemem negocjacji, a zwłaszcza negocjacji w praktyce stomatologicznej?

Zainteresowałem się umiejętnościami miękkimi podczas studiów podyplomowych na SGH, kiedy mieliśmy ćwiczenia z technik negocjacji. Zainspirowały mnie do zgłębienia tematu, a z czasem do rozpoczęcia studiów w tym zakresie w London School of Economics. Każdego dnia uczestniczymy w negocjacjach, choć nawet nie jesteśmy tego świadomi. Oczywiście, na przestrzeni lat zmieniają się nasze argumenty negocjacyjne. Jako dzieci mogliśmy zagrać przede wszystkim płaczem i tupaniem nogami, jako dorośli mamy rzecz jasna bardziej złożoną argumentację. Negocjacje prowadzimy w każdej dziedzinie życia, także z pacjentami i innymi osobami, które spotykamy w pracy. Tym, co często łączy nasze negocjacje dzisiejsze i z dzieciństwa, jest lęk przed usłyszeniem słowa „nie”. Tymczasem brak zgody to punkt wyjścia do przedstawienia argumentów i nowych informacji. To z kolei pozwala na znalezienie rozwiązania, o którym na początku negocjacji nawet nie myśleliśmy. Najważniejsze w dobrych negocjacjach jest więc, by zachować nastawienie kooperacyjne. Nawiasem mówiąc, bardzo popularna jest wydana w języku angielskim książka dotycząca technik negocjacji pt. „Zacznij od nie”.

Pan sam jest autorem książki o negocjacjach. Proszę więc wyjaśnić, jak lekarz dentysta może wykorzystać w pracy znajomość tych teoretycznych zasad.

Najbardziej oczywistą płaszczyzną są kontakty z kontrahentami placówek medycznych, które pozwalają na uzyskanie lepszych ofert i niższych cen. Co nie mniej ważne, odpowiednie przeprowadzenie negocjacji ma także skutek długookresowy – lepszy kontakt z drugą stroną, co wzmacnia naszą pozycję negocjacyjną w przyszłości. Ale przynosi również bardziej nieoczywiste efekty. Badania jednoznacznie wskazują, że myśląc o źródłach szczęścia osobistego, dobre relacje z ludźmi sta-

wiamy wyżej niż bogactwo czy sławę. Prowadzenie negocjacji w odpowiedni sposób poprawia więc także nasze samopoczucie, jakość życia prywatnego, a nawet zdrowia.

Kluczem do sukcesu w negocjacjach jest przygotowanie merytoryczne. Jeśli mówimy np. o targach stomatologicznych, na których planujemy zakup fotela, przed rozpoczęciem negocjacji warto zapoznać się z ofertą foteli stomatologicznych, zgromadzić na ten temat informacje, które przedstawimy partnerom negocjacyjnym, a najlepiej materiały, które będą stanowić dowód wiarygodności przedstawianych przez nas informacji i argumentów. Z jednej strony pozwala to uniknąć przepłacenia, z drugiej powoduje, że nie sprawiamy wrażenia osoby, która chce kupić najtańszy produkt, widać, że zależy nam na jakości. To także wzmacnia naszą pozycję negocjacyjną.

Ale zgoda na wyższą cenę, niż sobie wymarzyliśmy, wcale nie musi oznaczać porażki w negocjacjach.

Oczywiście. Na drodze właściwych negocjacji uzyskamy wiedzę o dodatkowych korzyściach, za które zapłacimy wyższą cenę, np. większej niezawodności, wszechstronności, bezproblemowym serwisie sprzętu i gwarancji. To element myślenia biznesowego, o którym podczas negocjacji trzeba pamiętać.

Negocjacje, o których pan mówi, oznaczają, że uciekamy od roli pententa i stajemy się partnerem na wspólnym rynku.

Należy pamiętać, że firmom (zwłaszcza tym, które planują funkcjonować na rynku dłużej) zależy na zadowoleniu klienta, na tym, by klienci polecali sobie nawzajem dostawców, bo w marketingu osobiste polecenie uznaje się za jedną z najbardziej wartościowych form promocji. Brak świadomości partnerskiej relacji jest zresztą jedną z pułapek negocjacyjnych, w jakie mogą wpaść osoby niedoświadczone. Z góry pozycjonują się jako słabsze i mają zaniżone oczekiwania co do rezultatu negocjacji. Innymi słowy lekarz dentysta bez

doświadczenia w relacjach z kontrahentami tylko pozoruje negocjacje. Wprawdzie jest przygotowany na rozmowę i próbuje coś ugrać, ale ostatecznie godzi się na warunki drugiej strony. To z kolei wywołuje zjawisko, które określa się „kłątwą zwycięzcy”. Zyskujemy poczucie, że porozmawialiśmy, a zwycięstwem jest już samo zawarcie umowy. A jednak nie jest to najlepsza umowa, jaką mogliśmy podpisać.

Nadmierna pewność siebie też może szkodzić. A tzw. syndrom boga jest w naszym zawodzie często spotykany.

Tak, stanowi kolejną pułapkę negocjacyjną. Zbyt pewny siebie negocjator siada do stołu najczęściej bez przygotowania merytorycznego albo ze słabymi argumentami, np. z „dowodami anegdotycznymi” typu „ktoś mi powiedział, że w innej firmie...”. Znacznie skuteczniejszymi argumentami są m.in. wydrukowane informacje znalezione w Internecie, ale nie na forach czy w mediach społecznościowych, tylko w wiarygodnych, cieszących się dobrą opinią serwisach.

”
Mówi się, że każdy potrafi mówić, ale mało kto potrafi i chce słuchać.
”

Dla osoby działającej na rynku stomatologicznym od dłuższego czasu jest chyba oczywiste, że trzeba przeprowadzić research.

Wydaje się oczywiste, ale niestety nie dla wszystkich jest. Z moich doświadczeń i rozmów wynika, że mało kto przygotowuje się do negocjacji, wychodząc poza kontakty z najbliższymi znajomymi, przeprowadzając rozpoznanie poza swoim miastem albo w innych województwach. Dobrze, gruntowne przygotowanie do negocjacji stanowi szansę na wyjście z obu wspomnianych pułapek. Także tej związanej z poczuciem niższości względem partnera. Już świadomość

posiadania wiedzy wzmacnia pewność siebie. A nawet jeśli podczas rozmów głos nam zadrży, ostatecznie wygra siła argumentów.

Jak znajomość technik negocjacyjnych może nam się przydać w relacji z pacjentem?

Powiedzmy, że przychodzi do nas pacjent, by uzupełnić ukruszone pojedyncze wypełnienie. My w toku badania odkrywamy, że ukruszenie jest efektem zaburzeń zwichnięcia zgryzu i sama odbudowa nic nie zmienia, a pacjent przyjdzie z tym samym problemem ponownie. Trzeba więc przekonać go do bardziej skomplikowanej i droższej interwencji. Pacjent przychodzi do nas często z poczuciem, że chcemy go naciągnąć. Musimy być świetnie przygotowani merytorycznie do takiej rozmowy, żeby wyjaśnić mu, iż poświęcenie czasu i funduszy leży w istocie w jego własnym interesie. Podobnie jest w prostszych przypadkach.

Przykładowo, gdy pacjent próbuje mnie przekonać, że w konkurencyjnym gabinecie wypełnienia robią taniej?

Tak. Jeśli potrafimy mu wytłumaczyć, że koszt zabiegu nie wynika z naszego widzimisię, lecz z różnic w jakości materiałów. Jeśli umiemy mu zaprezentować dowody wyższej jakości naszej usługi, np. w związku z wykorzystaniem bardziej precyzyjnego sprzętu, nasza pozycja się umacnia. Warto nie tylko opierać się na słowach, ale też coś pokazać. Dlatego inwestycją ułatwiającą negocjacje z pacjentami może być tor wizyjny.

Czy istnieje różnica między negocjacjami, o których pan mówi, a zwykłym targowaniem się?

Mówi się, że każdy potrafi mówić, ale mało kto potrafi i chce słuchać. W tym tkwi różnica. W negocjacjach musimy słuchać, bo to partnerska relacja, w której wspólnie dochodzimy do najlepszego rozwiązania. Najlepszego, czyli niekoniecznie kompromisowego, w którym obie strony z czegoś zrezygnowały, ale takiego, w którym obie strony wygrywają. ■

Sztuczna inteligencja a długoterminowe EKG dzieci



Fotografie: archiwum

Zespół naukowców Kliniki Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej Dziecięcego Szpitala Klinicznego – Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, kierowanej przez prof. dr hab. n. med. Bożenę Werner, rozpoczyna realizację projektu badawczego „Przeprowadzenie badań EKG oraz analizy ich wyników na potrzeby opracowania metody automatycznej oceny zaburzeń rytmu serca i przewodzenia u dzieci po operacjach wad wrodzonych serca”. Jego szczegóły w rozmowie z „Pulsem” wyjaśniają prof. **Bożena Werner**, kierująca pracą naukowo-badawczą, i lider projektu dr n. med. **Radosław Pietrzak**.

Na czym polega innowacyjność zapoczątkowanego przez państwa projektu?

Bożena Werner: Stworzony przez nas projekt ma na celu wykorzystanie sztucz-

nej inteligencji do opracowania algorytmów automatycznej analizy długoterminowych zapisów EKG dzieci. Sztuczna inteligencja znajduje coraz szersze zastosowanie jako cenne narzędzie w medycynie. Jej algorytmy sprawdzają się w anali-

zie dużych zbiorów danych. Są obecnie wykorzystywane do interpretacji zapisów holterowskich EKG dorosłych. Brak natomiast analogicznie działających narzędzi do wykorzystania w przypadku pacjentów pediatrycznych. Analiza sygnału EKG

musi uwzględniać fizjologiczne odrębności zapisu EKG związane z wiekiem dziecka. Zastosowanie algorytmów dla dorosłych skutkowało błędami w ocenie. Aktualnie holterowskie zapisy EKG dzieci analizowane są manualnie przez wyszkolonych kardiologów dziecięcych, co jest mozolne i czasochłonne, a zapotrzebowanie na badania stale rośnie.

Dlaczego dotąd nie powstały metody analizy zapisu EKG pacjentów pediatrycznych?

Radosław Pietrzak: Liczba dzieci wymagających analizy elektrokardiograficznej, w tym badania holterowskiego, wzrasta z roku na rok. Wykonuje się ją w różnych sytuacjach klinicznych, np. w przypadku wad wrodzonych serca, omdleń, kołatań serca. Mimo to liczba dzieci poddawanych badaniu jest wciąż znacząco niższa od liczby potrzebujących go dorosłych. Z tego powodu wdrażanie nowych technologii w kardiologii dziecięcej jest dla biznesu mało opłacalne. Co więcej środowisko kardiologów dziecięcych, mając świadomość niszczości tej dziedziny medycyny, nauczyło się funkcjonować w istniejących warunkach, choć firmy wykorzystujące sztuczną inteligencję skupiają się na innych obszarach, np. badaniach obrazowych. Mamy nadzieję, że dzięki naszej inicjatywie udowodnimy nie tylko wagę zastosowania nowych technologii informatycznych do analizy zapisu EKG, ale także atrakcyjność kardiologii dziecięcej dla szeroko pojętego przemysłu związanego z medycyną.

Jaka jest różnica między dziećmi a dorosłymi, jeśli chodzi o analizę zapisu EKG?

R.P.: Układ krążenia podlega takim samym procesom dojrzewania w czasie rozwoju ontologicznego jak inne narządy i układy. Z tego zjawiska wynikają różnice sygnału EKG, w zależności od wieku. Do najważniejszych należą tachykardia zatokowa u niemowląt lub przeciwnie bradykardia zatokowa u nastolatków intensywnie uprawiających sport, a także dość często spotykana nasilona niemiarnowość zatokowa występująca u dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Zjawiska te w zapisie EKG mogą stanowić

istotny problem diagnostyczny, szczególnie dla lekarzy o mniejszym doświadczeniu klinicznym. A nawet dla lekarzy doświadczonych manualna analiza zapisu jest procesem żmudnym i czasochłonnym.

Czy będziecie państwo pracować nad uniwersalną metodą zautomatyzowanej analizy zapisu EKG dla wszystkich pacjentów pediatrycznych, czy powstaną odrębne metody dla dzieci w różnym wieku?

R.P.: Badanie przez nas zaprojektowane dotyczy dzieci w każdym wieku, od urodzenia do 18. roku życia. Dla ułatwienia precyzyjnej analizy odrębności zapisu EKG w zależności od etapu rozwoju układu krążenia badaną populację podzieliłiśmy na cztery grupy wiekowe, w których rytm serca ma inną specyfikę. W każdej z tych grup wyzwania związane z automatyczną analizą są nieco inne. Należy jednak pamiętać, że rozwój układu krążenia jest procesem ciągłym. Podział, jakiego dokonaliśmy, jest zatem nieco sztuczny i ma charakter pragmatyczny. Jego celem było jedynie usystematyzowanie analizy danych. Chcielibyśmy jednak, żeby ostateczna wersja systemu była uniwersalna i by jedna aplikacja samodzielnie przeprowadzała analizę zapisu EKG po wprowadzeniu danych dotyczących wieku dziecka.

Jakie korzyści naukowe i biznesowe przyniesie zrealizowanie tego projektu? Kiedy można liczyć na wymierne efekty państwa pracy?

B.W.: Analiza EKG będzie prowadzona za pomocą systemu Cardiomatics, który jest narzędziem do automatycznej analizy sygnału EKG, działającym w technologii chmury obliczeniowej. Zebranie dużej bazy sygnałów EKG umożliwi dokładną ocenę zaburzeń rytmu serca i przewodzenia u pacjentów po operacjach wad wrodzonych i naukowe opracowanie wyników. Natomiast stworzenie wiarygodnego systemu do automatycznej analizy zapisu EKG metodą Holtera u dzieci pozwoli na zwiększenie dostępności tego badania i usprawni pracę klinicystów. Realizacja projektu, na który uzyskaliśmy środki z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, jest zaplanowana na dwa lata.

Dzięki naszej inicjatywie udowodnimy nie tylko wagę zastosowania nowych technologii informatycznych do analizy zapisu EKG, ale także atrakcyjność kardiologii dziecięcej dla szeroko pojętego przemysłu związanego z medycyną.

Czy wzrost zapotrzebowania na analizy 24-godzinne monitorowania EKG dzieci wynika z rozpowszechnienia się chorób kardiologicznych, czy ze skutecznego ich diagnozowania?

B.W.: Ma związek zarówno ze zwiększoną liczbą dzieci i młodzieży z chorobami układu sercowo-naczyniowego, jak i z bardziej precyzyjną diagnostyką. Wzrosła wykrywalność wrodzonych wad serca od okresu płodowego i noworodkowego, a szybki rozwój kardiologii i kardiologii interwencyjnej zaowocował wzrostem populacji dzieci i młodzieży po leczeniu wad serca, u których dochodzi do arytmii. Rozwój badań genetycznych skutkuje lepszą wykrywalnością wrodzonych zespołów arytmii, kanałopatii i związanych z arytmią kardiomiopatii. Wcześniejsza diagnostyka i lepsza opieka kardiologiczna znacząco przyczyniają się do zwiększenia przeżywalności pacjentów z groźnymi zaburzeniami rytmu i przewodzenia. Monitorowania EKG wymagają dzieci z wrodzonymi i nabytymi wadami serca, po leczeniu wad, z podejrzeniem arytmii, kołataniami serca, omdleniami, z infekcyjnymi chorobami z zajęciem układu sercowo-naczyniowego i po przejściu tych chorób. To duża populacja pacjentów, u których trzeba zidentyfikować problem, rozstrzygnąć kwestie udziału w zajęciach sportowych, zdecydować o potrzebie leczenia farmakologicznego lub zabiegowego arytmii, przewidzieć problemy związane z wyborem zawodu i odległe skutki choroby. ■



Zmęczony? (Nie)widać

W lepiej zorganizowanym systemie ochrony zdrowia zmęczenie nie byłoby pewnie przemęczeniem, wypaleniem, frustracją. Ale, jaki jest system, każdy wie. Każdy wie również, że pacjenci – niezależnie od systemu – mają własne potrzeby i oczekiwania wobec lekarzy. W kolejnej rozmowie w rubryce „Zabiegi wizerunkowe” Renata Jeziótkowska porusza z **Maciejem Orłosiem** trudne kwestie okazywania i nieokazywania emocji, nastroju, samopoczucia.

Fot. archiwum

gonitwy, ciągłego przemieszczania się. O tym się słyszy... Są pewne granice bezpieczeństwa, których nie wolno przekraczać.

Czy ktoś wyglądający na przemęczonego może być postrzegany jako zapracowany w pozytywnym znaczeniu, czyli bardzo zaangażowany?

Nie, ja bym tak nie pomyślał, raczej zmartwiłbym się, widząc bardzo zmęczonego lekarza. Oczywiście, jeśli widzę, że ktoś jest zmęczony (można poznać to po oczach), wiem, że jestem jego ostatnim pacjentem tego dnia i jest późna pora popołudniowa lub nawet wieczorna, podchodzę do niego z respektem, mam szacunek, bo człowiek właśnie przepracował wiele godzin i ma prawo być zmęczony. Dopóki nie przekracza granic, mimo że jest zmęczony wizyta u niego ma sens. W pewnym stopniu znam takie odczucie, choć oczywiście w mediach są inne okoliczności, inna odpowiedzialność, bo nie chodzi o zdrowie, czyli coś zdecydowanie ważniejszego niż jakość przekazu medialnego, ale np. w telewizji sam mechanizm jest podobny. Gdy widzę, jak ktoś przygotowuje materiał, prezentuje jakiś temat, jest gospodarzem programu, kompletnie mnie nie interesuje, czy jest zmęczony, czy miał osobiste kłopoty. Jak jest chory, to niech nie prowadzi programu. Jak jest wyczerpany, niech nie prowadzi programu. Bo to jest jego problem, a do programu musi być profesjonalnie przygotowany. Ja jako widz mam być zadowolony, program ma być dobry. Tutaj nie ma mowy, że widzowie zrozumieją, że prezynter taki zapracowany, zmęczony. Kogo to obchodzi? Niech sobie tak organizuje pracę, żeby tego nie było widać. Chyba że jest sytuacja zupełnie ekstremalna. Jeśli chodzi o lekarzy, realia ekstremalne stwarza pandemia. Lekarze są na pierwszej linii frontu, pracują w kombinezonach antycovidowych, w których po 30 minutach człowiek jest cały mokry. To jest cięższe niż praca górnika. Podobnie w mediach: zaistniało nadzwyczajne wydarzenie, które wymaga wyjątkowo wyętej pracy dzień w dzień. Przykładowo pamiętne ataki na World Trade Center we wrześniu 2001 r. Wszyscy dziennikarze są zmobilizowani,

Czy zmęczony lekarz budzi respekt, czy wręcz przeciwnie?

Zmęczony lekarz może raczej budzić litość. Gdybyśmy zobaczyli lekarza, który siedzi wyczerpany, blade, ze smutkiem w oczach, współczuliśmy mu. Ale wtedy mogłyby się pojawić w nas obawy, czy on ma siłę leczyć – doradzać, badać, czy jego diagnoza będzie wiarygodna. Zatem jak w przypadku innych zawodów: w stu procentach dobry lekarz, to lekarz wypoczęty. Taki, który ma świeżą głowę,

taki któremu się chce, a nie „pada na twarz” i „ledwo zipie”. Jeżeli chodzi o poczucie bezpieczeństwa pacjenta, pół biedy, gdy idziemy do zmęczonego laryngologa, ale trudno wyobrazić sobie, że wyczerpany chirurg ma robić operację.

Faktem jest jednak, że lekarze często są przepracowani, mają wielogodzinne dyżury, pracują na kilku etatach.

Tak nie powinno być. System zmusza lekarzy do pracy w kilku miejscach, do

wani, nie śpią, bo najważniejsze jest pokazywanie ludziom na bieżąco, co się dzieje. Bo cały świat czeka na informacje. Wtedy wyraźnie zmęczony reporter relacjonujący przebieg wydarzeń ma usprawiedliwienie swojego przemęczenia i ludzie raczej pomyślą z sympatią, że jest zaangażowany, że taka jest praca dziennikarza.

Czy powinno się mówić o swoim zmęczeniu, o tym, że się miało ciężki dzień? Podkreślać, jak bardzo jest się zapracowanym? Bardzo często w rozmowach padają słowa o licznych obowiązkach.

Ja nie lubię szafować określeniem „zmęczenie”, wolę mówić „mam dużo pracy”. Wiem, że ludzi to nie obchodzi i to tylko moja sprawa. Jeśli mówię o zmęczeniu w gronie rodzinnym, wśród najbliższych, nawiązując do jakiejś sytuacji, np. że muszę się położyć wcześniej, bo miałem ciężki dzień albo ciężki tydzień, ludzi, którzy są mi bliscy, to obchodzi. Może zrozumieją, pochylą się nade mną, może zrobią mi herbatę, bo im zależy na tym, żebym był zdrowy, uśmiechnięty, a nie wyczerpany. Inni są skupieni na własnych sprawach, więc po co im opowiadać, że jestem zmęczony. To mój problem, może źle sobie ułożyłem pracę. Każdy człowiek ma swoje problemy, jest nimi zaabsorbowany i, pomijając bliższych przyjaciół i rodzinę, ludzi takie rzeczy nie obchodzą, mają swoje sprawy na głowie. Ja nie lubię o tym mówić i nie mówię. Abstrahuję oczywiście od problemu systemowego, jakim jest przeciążenie lekarzy. A nawiązując jeszcze do kwestii podkreślenia, że ma się dużo obowiązków: w pandemii nabrało to nowego wymiaru. Bo teraz jeśli masz dużo pracy, jesteś w dobrej sytuacji. Wielu ludzi straciło firmę, pracę, więc ktoś, kto ma dużo pracy, określa to obecnie jako coś pozytywnego, nie w kontekście narzekania na zmęczenie.

Czy pacjent powinien otrzymać jasny komunikat, że lekarz jest zapracowany i dlatego nie poświęci mu więcej czasu podczas wizyty, nie zatrzyma się na dłużej przy jego łóżku? Czy zapracowanie jest uzasadnieniem, o którym powinno się mówić, czy raczej należy wyjąć

z założenia, że pacjenta zapracowanie lekarza nie obchodzi?

Ta sfera raczej pacjenta nie obchodzi, on oczekuje, że będzie otoczony opieką. Każdy podchodzi do tego z własnej perspektywy – jestem pacjentem, mam swoją chorobę, wymagam opieki, leczenia i ma się to wydarzyć. Okoliczności niewiele mnie interesują, chyba że wydarzyłoby się coś absolutnie wyjątkowego, wyraźnie awaryjna sytuacja, ale przejściowa. Przykładowo w okolicy był wypadek, przywożą rannych i cały szpital postawiony jest na nogi, lekarz przychodzi i mówi: – *Droży pacjenci, przepraszam, wrócę do was później, teraz mamy taką a taką sytuację, ale nadro-*

”
Cenniejsze będą dwie minuty, które lekarz poświęci pacjentowi w atmosferze życzliwości, niż 10 minut w atmosferze oficjalności, braku zaangażowania.

”
bimy to. Wtedy pacjenci niewymagający pilnej pomocy są w stanie zrozumieć sytuację.

Czy w takim razie jest jakiś patent, który można wykorzystać, by spełnić oczekiwania pacjenta, by czuł się otoczony opieką, choć mamy dla niego niewiele czasu?

Każdy potrzebuje uwagi, zainteresowania, ludzkiego traktowania, to niezwykle ważne. I cenniejsze będą dwie minuty, które lekarz poświęci pacjentowi w atmosferze życzliwości, niż 10 minut w atmosferze oficjalności, braku zaangażowania. Bo podniesienie pacjenta na duchu, poprawa jego stanu psychicznego może przecież mieć znaczenie dla przebiegu choroby.

Nie powinno się pokazywać przemęczenia, tylko starać się uporać z emocjami z nim związanymi?

Tak, zdecydowanie tak. Dotyczy to wszystkich, bo np. nauczyciel nie po-

winien przenosić swoich problemów na ucznia.

Czyli gorszy dzień nie powinien mieć wpływu na jego pracę?

Oczywiście. Wyobraźmy sobie, że aktor idzie do teatru i ma gorszy dzień, wchodzi na scenę i pokazuje, że mu się nie chce grać. Kiedy powinien być zaangażowany, robi wszystko na odczepnego. A co widzów obchodzi, jak on się czuje? Zapłacili za bilety, poświęcili wieczór, chcą obejrzeć dobry spektakl.

Jeśli jest się zmęczonym, warto starać się wyglądać na niezęczonego?

Po prostu trzeba spojrzeć w lustro i stwierdzić, czy nie widać oznak zmęczenia. Czy nie mam potarganych włosów, plamy na twarzy i jaki mam wyraz tej twarzy. Czy uniform lekarski jest schludny. Gdy oczy są bardzo zmęczone, trzeba spróbować trochę „rozjaśnić” spojrzenie. Można to zrobić, oszukując mózg – uśmiechać się, a mózg zrozumie, że mam się uśmiechać. Przed pokazaniem się pacjentom warto zrobić coś takiego i wówczas wychodzi się do nich z uśmiechem w oczach. Bo nie chodzi o uśmiech od ucha do ucha, tylko o rozjaśnienie spojrzenia. Nieraz już o tym wspominałem, ja to stosuję i działa.

Wygląd nie jest najważniejszy, ale wpływa na pierwsze wrażenie, a to z kolei, o czym kiedyś rozmawialiśmy, często determinuje całą relację.

Można powiedzieć, że pacjenci to odbiorcy. Efekt pierwszego wrażenia jest bardzo silny i według badań mamy powyżej 10 sekund na zrobienie tego wrażenia. Czyli powstaje ono, zanim się odezwiemy. Lekarz wchodzi na salę, pacjenci widzą, czy wygląda dobrze, czy źle. Jakiś element może zwrócić uwagę i zdecydować o pierwszym wrażeniu. Przykładowo potargane włosy. Można pomyśleć „to jakiś nieuporządkowany bałaganiarz”. Gdy wchodzi człowiek uśmiechnięty, z kontaktem wzrokowym – dla pacjentów od razu jest to sygnał, że jest dobrze. Bo wszedł ktoś fajny, ktoś przyjazny, kto nas lubi, jest nami zainteresowany. ■

#W_ETERZE

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia po pandemii, nowelizacja ustawy o minimalnych wynagrodzeniach dla lekarzy i innych pracowników placówek medycznych należą do tematów najczęściej poruszanych w czerwcu – w prasie, radiu, telewizji, na portalach – w kontekście ochrony zdrowia. Media niejednokrotnie prosiły o komentarze członków Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Nasza izba przestrzeń do dyskusji stworzyła konferencję „Było. Jest. Będzie?”. Dziennikarze relacjonujący wydarzenie oceniali je jako ciekawe i merytoryczne (nasza relacja – str. 20–21).

EPIDEMIA I SZCZEPIENIA

□ Na antenie TVN w „Faktach po południu” wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Tomasz Imiela skomentował utrzymującą się na wysokim poziomie liczbę zgonów w Polsce: – *To są tzw. zgony odroczone. Dopóki zgonów notujemy tak dużo, to kluczową sprawą w walce z pandemią są szczepienia.*



□ Dr Imiela w TVN24 wypowiadał się także w kwestii chaosu informacyjnego pojawiającego się w mediach wokół szczepień przeciw COVID-19. – *W pewnym momencie w czasie pandemii COVID-19 informacje na temat szczepień były niespójne. Pojawiało się wiele doniesień o groźnych w skutkach działaniach niepożądanych, które – jak się później okazało – rzeczywiście występują, ale bardzo, bardzo rzadko. Korzyść ze stosowania szczepionki zdecydowanie przewyższa ryzyko wystąpienia groźnych skutków ubocznych – podkreślił wiceprezes ORL w Warszawie.*

□ Na łamach „Rzeczpospolitej” opublikowany został komentarz wiceprezesa ORL w Warszawie na temat szczepień w kontekście coraz głośniejszego omawianego w mediach wariantu Delta COVID-19: „*Dr Tomasz Imiela, internista, dodaje, że im bardziej zakaźny jest wirus, tym więcej osób musi zostać zaszczepionych, byśmy uzyskali odporność zbiorową. – Dlatego jak najwięcej osób powinno jak najszybciej się zaszczepić, by uniknąć kolejnej fali zakażeń mutacjami, z którymi prawdopodobnie nie będziemy mogli sobie poradzić – przekonuje.*”



□ Prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski na temat szczepień w kontekście czwartej fali zachorowań na COVID-19 wypowiedział się w programie **Onet Rano**: – *Kiedy rozmawiam z pacjentami, dlaczego się jeszcze nie zaszczepili, przypomina mi to sytuację, kiedy wszystkie prognozy mówią, że jutro będzie padało. My mówimy: „proszę wziąć parasol”, a dana osoba odpowiada: „ale może nie będzie padało”. I dzisiaj jest tak samo: może nie będzie czwartej fali, przecież teraz jest bardzo mało zakażeń, koronawirusa już nie ma. Wcale nie, przewidujemy, że ta czwarta fala może być, racjonalne jest, abyśmy wzięli parasol. Jeżeli może dojść do czwartej fali, mamy szansę zabezpieczyć w jakiś sposób siebie i innych. Weźmy ten parasol i się po prostu zaszczepmy.*



□ O korzyściach płynących ze szczepienia przeciwko COVID-19 dzieci w wieku od 12 do 15 lat prezes ORL w Warszawie mówił w TVN24: – *Wraz ze szczepieniami najmłodszych wzrasta bezpieczeństwo nas wszystkich, a zakończenie pandemii znacząco się przybliża. [...] Wiele osób zadaje pytanie, czy pandemia już się skończyła. My, pracownicy ochrony zdrowia, wyraźnie widzimy, że epidemia COVID-19 trwa. Mamy wątpliwości dotyczące odwiedzin pacjentów. Zastanawiamy się, czy należy pozwalać na wizyty wszystkich, czy też należałoby dopuścić do odwiedzin wyłącznie zaszczepionych członków rodziny chorego. Chcielibyśmy, żeby te wątpliwości zostały rozwiązane jak najszybciej, czyli żeby odsetek osób zaszczepionych był jak najwyższy.*

□ O konsekwencjach podawania niespójnych informacji o szczepieniach w związku z luzowaniem obostrzeń i wakacyjnym zapomnieniem o koronawirusie mówił również w TVN24 Paweł Doczekalski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie: – *Widać już luzowanie obostrzeń. Cieszę się, że wracamy do normalnego życia, ale bardzo się boję czwartej fali, i że będzie miała miejsce na jesieni zarówno u nas w kraju, jak i na świecie. Eksperti prognozują, że czeka nas ciężka jesień. Niektórych nadal trzeba przekonywać do szczepienia, jest cały czas ten problem, pomimo kampanii informacyjnych. Jeśli przyjdą do punktu szczepień, to jest połowa sukcesu. Ja lub koledzy, którzy kwalifikują do szczepień, możemy taką osobę przekonać. Rozmawiam z młodymi pacjentami (teraz szczepimy już dwunastolatki) i mówię, żeby przekonywali swoich dziadków do szczepienia. W grupie starszych osób mamy zaszczepionych niecałe 50 proc. Jeżeli ktoś ma trudności z dotarciem do punktu szczepień, możemy do niego dojechać.*

□ W programie „Polska i świat” w tej samej stacji telewizyjnej lek. Paweł Doczekalski mówił na temat problemów z organizacją szczepień i ich konsekwencji dla pacjentów: – *Żeby się zaszczepić, pacjenci często zwalniają się z pracy, organizują sobie zastępstwo. Przyjeżdżają i dowiadują się, że szpitalniczki nie ma. To na pewno złości pacjentów. Widzimy, że mają pretensje.*

□ Paweł Doczekalski w wywiadzie dla portalu **Wyborcza.pl** przybliżył wiele różnych problemów, z jakimi zgłaszają się do lekarzy ozdrowieńcy: „*Zauważam epizody depresyjne, zestresowanie. Ale też tzw. smugę covidową, czyli problemy z pamięcią, zapominanie słów, a nawet całych zdań. Takich pacjentów odsyłam do specjalisty, ale niezależnie od możliwych powikłań wszystkim ozdowieńcom, którzy trafiają do mojego gabinetu, wykonuję najpierw podstawowe badania*”.

□ W programie „Pytanie na śniadanie” **TVP2** na temat zdrowia psychicznego medyków mówiła pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Magdalena Flaga-Łuczkiwicz: – *Myślę, że jeśli można w ogóle mówić o jakimś plusie pandemii, to wynika on z tego, że atmosfera wokół tematu szukania pomocy przez lekarzy zmieniła się z sensacyjnej na pełną troski i przekonania, że to jest normalne. [...] Lekarze są ludźmi, jak wszyscy inni, i każdy z nas ma jakąś granicę wytrzymałości. Są trenowani, żeby dużo wytrzymywać, ale to dużo, nie znaczy wszystko. [...]*



Jako społeczeństwo żyjemy od półtora roku w ogromnym napięciu, niepewności, lęku i zmienności. Nie wiadomo, co się wydarzy za trzy dni, nie mówiąc już o tym, co może się stać za miesiąc. To dotyczy zarówno pacjentów, jak i lekarzy. W takim napięciu emocje są tak podgrzane, że byle iskra może wyzwołać po obu stronach wybuch, dlatego dochodzi do sytuacji, do których nie powinno dochodzić. [...] Rozmawiałam z lekarzem, który ostatnio miał po kilkanaście dyżurów w miesiącu. Gdy zaczął urlop, dopadło go. Takich lekarzy, którzy zjeżdżają z posterunku i jeszcze przez miesiące lub lata będą odczuwać skutki pracy w pandemii, będzie mnóstwo.

PRAWO I SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

□ W rozmowie z TVN24 prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski następująco skomentował obecną sytuację systemu ochrony zdrowia: – *Przyznaję, że jesteśmy rozżaleni. Myśleliśmy, że po pandemii znajdziemy się w nowej rzeczywistości, że w ochronie zdrowia będzie lepiej, przestawimy się na tory zmian. Tymczasem wracamy na stare tory i jedziemy niestety tym samym pociągiem niewydolnej ochrony zdrowia. Zarówno pacjenci, jak i lekarze zwracają na to uwagę.*

□ Z kolei wiceprezes ORL w Warszawie Tomasz Imiela dla portalu **Polityka Zdrowotna** wypowiadał się w sprawie zasadności wszczynania przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej postępowań wobec medyków, którzy negują proponowane przez rząd i większość środowiska lekarskiego sposoby zwalczania epidemii COVID-19. W odpowiedzi na pytanie, czy takie postępowanie jest pozbawianiem wolności słowa lekarzy i ograniczaniem ich możliwości przekazywania opinii publicznej informacji medycznych, dr Imiela podkreśla: „*Wszystko zależy od tego, czy lekarz przekazuje informacje zgodne z wiedzą medyczną. Nie chodzi o to, że on nie może krytykować działań kolegów w ogóle. Nie powinien przekazywać publicznie informacji niesprawdzonych*”.

□ Na łamach wspomnianego serwisu dr Imiela skomentował również wprowadzenie nowego projektu Ministerstwa Zdrowia „Profilaktyka dla 40 plus”, którego jednym z założeń jest finansowanie pakietów badań przesiewowych czterdziestolatkom. Brak jednak w nim oferty badań TSH dla kobiet. „*Z badaniem TSH mają problem młode kobiety. I u nich należy go rozwiązać, gdyż problemy z tarczycą utrudniają zajście w ciążę. Co nie oznacza, że u starszych pacjentek należy bagatelizować nieprawidłowy poziom TSH. Tylko mam wątpliwości, czy badania przesiewowe poziomu hormonów tarczycy mają sens. Bo problemów z tarczycą nie wykazuje się jednym badaniem*” – zauważył wiceprezes ORL. Ogólnie projekt Ministerstwa Zdrowia ocenia jako kompletny: „*Jeśli ludzie zaczną się zgłaszać na badania, zapewne pozwoli to zidentyfikować cukrzyków czy osoby z rakiem prostaty. Trudniejsze może być jednak samo leczenie. Nie wiem też, jak pacjent sam oceni sobie miarowość rytmu serca*”.

□ „Dziennik Gazeta Prawna” w artykule dotyczącym lekarzy cudzoziemców zamieścił komentarz prezesa ORL w Warszawie: „Z danych MZ wynika, że od stycznia tego roku wpłynęły 473 wnioski w sprawie zatrudnienia zagranicznych lekarzy w nowej, uproszczonej procedurze. Ponad połowa z nich została rozpatrzona pozytywnie. Odmów było siedem. Po otrzymaniu zielonego światła z resortu lekarz z zagranicy musi jeszcze uzyskać pozwolenie Okręgowej Izby Lekarskiej. Łukasz Jankowski, szef OIL w Warszawie, przyznaje, że zainteresowanie lekarzy z zagranicy jest mniejsze, niż się spodziewano. W stolicy wpłynęły 34 wnioski, w całej Polsce w sumie było ich 156. Na razie pozytywnie rozpatrzono 87, kilkanaście odrzucono, reszta czeka w kolejce”.

□ „Rzeczpospolita” pisała z kolei o wprowadzeniu nowych zasad przyznawania przez NFZ dodatku za udzielanie świadczeń medycznych pacjentom zarażonym koronawirusem. „Dodatek w wysokości 100 proc. wynagrodzenia zasadniczego do kwoty 15 tys. zł nie przysługuje już: uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w szpitalach III poziomu, w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i w izbach przyjęć oraz diagnostom laboratoryjnym z laboratoriów covidowych”. Sprawę skomentował na łamach „Rz” prezes ORL w Warszawie: „Wszyscy spodziewaliśmy się, że dodatki covidowe ulegną ograniczeniu. W środowisku narastają jednak pytania o to, co dalej. Czy obowiązywać przestanie również zasada dobrego Samarytanina, zwalniająca z odpowiedzialności za niezawinione błędy medyczne podczas ratowania pacjentów z COVID-19?”.



□ W kontekście nadchodzącej czwartej fali zachorowań na COVID-19 do tematu wycofania dodatków covidowych odniósł się w **Podyplomie.pl** dr Tomasz Imiela. „Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej, powiedział portalowi, że jeśli teraz NFZ robi kontrole, to czeka nas covidowa opera mydlana. NFZ będzie pozwał szpitale o zwrot jego zdaniem nieprawidłowo przyznanych dodatków, a pracownicy placówki o nieprzyznane dodatki. Koniec końców to sądy będą musiały rozstrzygnąć, komu dodatki się należały. Ale to nie koniec problemów. Prawdą jest, że wielu lekarzy decydowało się na pracę na SOR czy w szpitalu tymczasowym, będąc zachęconymi właśnie dodatkami. Teraz, gdy przestaną być wypłacane, lekarze mogą odejść. Dzięki dodatkom dawniej omijane szerokim łukiem miejsca pracy stały się atrakcyjne dla lekarzy i pielęgniarek, zwłaszcza SOR i oddziały wewnętrzne. Teraz te podmioty staną przed widmem braku personelu, o ile nie zaoferują mu atrakcyjnego wynagrodzenia. Ten problem pojawi się jesienią, bo w wakacje jest mniej pacjentów. A wtedy jeszcze dodatkowo musimy się liczyć z czwartą falą zakażeń COVID-19” – donosił portal.

□ Ta sama kwestia omawiana była na portalu **Prawo.pl**: Tomasz Imiela uważa, że minister powinien określić zasady ich wypłacania w ustawie lub rozporządzeniu, bo polecenie nie jest

aktem prawnym. Jego zdaniem jeśli problemem jest zbyt wysoka całkowita suma przyznawanych dodatków, to można rozważyć wprowadzenie limitu dodatku na osobę. Obecnie było tak, że dodatek przysługiwał w każdym miejscu zatrudnienia, a wiele osób pracuje w kilku szpitalach”.

□ O komentarz na temat pomysłu zaadaptowania obiektów fitness na placówki medyczne z fizjoterapią i rehabilitacją **TVN24** poprosił specjalistkę rehabilitacji medycznej Agnieszkę Serwan z ORL w Warszawie. – Samo przekształcenie się w podmiot leczniczy wymaga odpowiedniego zaplecza i kadry, takiej jak lekarze i pielęgniarki. Kluby fitness deklarują, że są na to gotowe. Rehabilitacja jest procesem leczniczym. Mamy do czynienia z pacjentami, którzy wymagają nadzoru profesjonalistów. Trudno mi sobie wyobrazić, żeby jeden fizjoterapeuta w klubie mógł sobie z tym poradzić.



BYŁO. JEST. BĘDZIE?

□ Przebieg konferencji „Było. Jest. Będzie?” przedstawił m.in. portal **Cowzdrowiu.pl**. „Odnosząc się do tematu debaty, Łukasz Jankowski stwierdził, że pewnie dla wielu lekarzy może on brzmieć jak: »było kiepsko, jest kiepsko i będzie jeszcze gorzej«. – Może było kiepsko, może jest kiepsko, ale dajmy może decydentom jakieś narzędzie do tego, żeby było lepiej, pokażmy kierunek zmian, w którym powinniśmy iść – powiedział, dodając, że tyle mówi się o tym, ile lekarze zarabiają, ile powinni zarabiać, a już nie o tym, jak powinien wyglądać system wynagrodzeń, by miał charakter motywacyjny i by odpowiadał uwarunkowaniom rynkowym. – W mojej ocenie, kiedy rozmawiamy z ministerstwem, to brakuje takiego pomysłu strategicznego na docelowy kształt systemu wynagradzania lekarzy” – relacjonował serwis.

□ O przebiegu i wnioskach z debaty pisały również portale **Rynek Zdrowia** oraz **Medycyna Praktyczna**. „Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, zwracał uwagę, że dyskusja o wynagrodzeniach nie dotyczy wyłącznie stawek, które otrzymują (albo chcą otrzymywać) lekarze. To również dyskusja o warunkach pracy, o bezpieczeństwie lekarza, o możliwościach rozwoju zawodowego. Dlatego nawet najwyższe wynagrodzenia nie rekompensują problemów, z jakimi pracownicy medyczni muszą się borykać na co dzień w systemie, ogólnie mówiąc, nieoptymalnym” – podawał portal **mp.pl**.

□ Ponadto **Rynek Zdrowia** opublikował oddzielny artykuł dotyczący debaty w kontekście dodatków covidowych. „*Do-datek covidowy skierowany szerokim strumieniem nie tylko do tych, którzy pracowali z ciężko chorymi na COVID-19, był błędem i wywołał wiele napięć – oceniają eksperci. [...] Jak podkreślał Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, nadal jest grupa pracowników, którzy walczą z COVIDEM i dodatków nie otrzymali. Z tego powodu są w sporze z pracodawcami*” – napisał **RZ**.

□ Najważniejsze wnioski z organizowanej przez naszą izbę konferencji wskazał serwis **Polityka Zdrowotna**. „*Jak przekonywali eksperci, korzystna dla systemu oraz pacjentów, ale też samych lekarzy byłaby sytuacja, gdyby medycy pracowali mniej, czyli w granicach 210 godzin miesięcznie, a jednocześnie godnie zarabiali. Podkreślali, że płace te powinny być uzależnione od jakości leczenia i efektywności lekarza. Takie zmiany może wymusić sytuacja, a także podejście młodych lekarzy czy pielęgniarek, którzy nie chcą już pracować jak poprzednie pokolenie specjalistów, ponad siły, w wielu miejscach, ale chcą zachować równowagę między pracą a rodziną czy własnymi zainteresowaniami. Zwracał na to uwagę Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, a także dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, według której młodzi lekarze »są o wiele bardziej higieniczni pod względem zachowywania równowagi między pracą a życiem, rodziną, odpoczynkiem, rozwojem osobistym«*” – napisano na portalu **PZ**.

□ Portal **Termedia** opisał przebieg naszej konferencji oraz udostępnił nagranie wideo. „*W części dotyczącej przyszłości Łukasz Jankowski zwrócił uwagę na potrzebę opartego na przesłankach merytorycznych systemu bieżącej oceny pracy. – Potrzebny jest lekarzom zarówno jako kryterium do uzyskiwania wyższego wynagrodzenia, jak i wskazówka dotycząca własnych braków i konieczności szkolenia, a podnoszenie kwalifikacji opłaca się lekarzowi, pacjentowi i menedżerowi placówki medycznej*” – podał serwis.

DZIAŁANIA IZBY

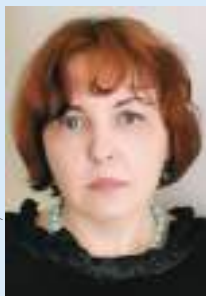
□ Media opisywały również różne inicjatywy, reakcje i działania OIL w Warszawie. W serwisie **Będąc Młodym Lekarzem** przywołano reakcję prezesa ORL Łukasza Jankowskiego na falę hejtu, która wylała się na lek. Annę Wardęgę ze Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie po zamieszczeniu przez jej pacjentkę mijającego się z prawdą negatywnego postu na temat wizyty. – *Przemilczę reakcję różnych instytucji, do których zwróciłam się z prośbą o pomoc... Na szczęście otrzymałam nieocenione wsparcie od warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Odezwał się do mnie prezes Łukasz Jankowski, który wraz z całym zespołem bardzo mi pomaga – wyznała w rozmowie z **BML.PL** Wardęga. Temat podjął także portal **Money.pl**.*

□ „**Gazeta Lekarska**” napisała o zjeździe online: „*Tegoroczne okręgowe zjazdy lekarzy, w czasie których podejmowane są uchwały dotyczące różnych aspektów funkcjonowania izb lekarskich, ze względu na panującą pandemię nie mogły odbyć się stacjonarnie. OIL w Warszawie postanowiła zorganizować swój zjazd online. Obrady były transmitowane w czasie rzeczywistym, a podczas spotkania zachowano wszelkie reguły i możliwość swobodnej dyskusji*”.

□ **Medexpress.pl** opublikował zapowiedź planowanego przez naszą izbę szkolenia „Wyjźdź z twarzą”: „*OIL w Warszawie organizuje dwudniowe szkolenie z myślą o osobach, których publiczne wypowiedzi wpływają na wizerunek środowiska lekarskiego. Izba skierowała zaproszenia do każdego szpitala na Mazowszu – dla rzecznika prasowego bądź osoby reprezentującej szpital w mediach. Jednym z celów jest właściwe reagowanie przede wszystkim w sytuacjach kryzysowych*”.

□ **Medycyna Praktyczna** informowała o warsztatach umiejętności komunikacji, współorganizowanych przez naszą izbę (relacja „Pulsu” na str. 22–23). ■





Fot. K. Bartyzel

Interwencje rzecznika praw lekarza

MONIKA POTOCKA
rzecznik praw lekarza

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy Lekarze, jako rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza reprezentuję Wasze interesy na podstawie uchwały nr 471/P-VIII/19 z 17 kwietnia 2019 r., art. 2 ust. 2 oraz art. 5 pkt 14 ustawy o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965 ze zm.). Zgodnie z tym umocowaniem, podejmuję działania w naszych wspólnych interesach zawodowych.

W okresie pandemii coraz częściej jawnie naruszane są prawa pracownicze lekarzy w zakresie czasu pracy, m.in. przez zmuszanie ich do przekraczania norm czasu pracy czy narzucanie im terminów korzystania z urlopów wypoczynkowych. W ciągu roku zgłoszeń kierowanych do rzecznika praw lekarza dotyczących tego problemu było kilkadziesiąt.

Niejednokrotnie lekarze zwracali się do rzecznika z prośbą o pomoc w kwestii przekraczania przez pracodawcę czasu pracy, np. zmuszania lekarzy przez dyrekcję szpitala do obejmowania dodatkowych dyżurów w miejscu, w którym są w trakcie realizacji rezydentury. Mimo wypowiedzenia przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne klauzuli *opt-out* oraz pracy w podstawowym wymiarze czasu, tj. 7 godzin 35 minut, dyrekcja szpitala zmuszała go do obejmowania dodatkowych dyżurów, równoważąc czas pracy dniami wolnymi, co uniemożliwia takiej osobie realizację programu specjalizacji. W efekcie niejednokrotnie pod koniec okresu rozliczeniowego lekarz nie miał wypracowanych godzin podstawowych, ponieważ po odbyciu 24-godzinnego dyżuru przysługiwało mu prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Nawet ci lekarze, którzy nie podpisali klauzuli *opt-out*, notorycznie pracują więcej niż pozwalają

przepisy kodeksu pracy. Sytuacja ta oczywiście jest powodem braku niezbędnej kadry medycznej do zapewnienia odpowiedniej liczby dyżurujących lekarzy.

Na początku pandemii podnoszone były również kwestie związane z wysyłaniem lekarzy na zaległe, a także przymusowe urlopy wypoczynkowe z tzw. puli bieżącej bez zgody pracowników. Rzecznik praw lekarza zwracał się pisemnie do poszczególnych szpitali z prośbą o wyjaśnienie powodów, dla których lekarze wbrew ich woli są kierowani na urlopy. W odpowiedzi wskazywano, że po „odmrożeniu” działalności leczniczej w pełnym wymiarze w podmiotach leczniczych z uwagi na wzrost liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych z dużym prawdopodobieństwem nie będzie możliwości wykorzystywania bieżących urlopów wypoczynkowych. W związku z tym rzecznik praw lekarza skierował wniosek do Państwowej Inspekcji Pracy o przeprowadzenie kontroli. Po tej interwencji decyzje zarządów szpitali naruszające przepisy kodeksu pracy zostały uchylone.

RPL interweniował również w Ministerstwie Zdrowia w sprawach dotyczących wprowadzania przez kierowników podmiotów leczniczych równoważnego czasu pracy (systemu rotacyjnego), a także zarządzenia wydanego przez jeden z podmiotów medycznych mającego na celu wydłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę.

W przypadku jakichkolwiek naruszeń prawa pracy lekarzy i lekarzy dentyistów RPL prosi o niezwłoczne zgłaszanie ich do Biura Rzecznika Praw Lekarza. ■



Fot. licencja O.L. w Warszawie



Staranność

Analiza przypadku

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA – radca prawny

Pacjenci nie zawsze decydują się na zgłaszanie roszczeń w stosunku do lekarza prowadzącego terapię. Czasem wolą zgłosić roszczenia wobec placówki medycznej. Nie oznacza to jednak, że w przypadku uznania odpowiedzialności placówki medycznej lekarz automatycznie będzie zwolniony z odpowiedzialności.

W jakich sytuacjach również lekarz będzie ponosił odpowiedzialność?

Pani B. 16.07.2016 r. doznała urazu przedramienia. Po zdarzeniu zgłosiła się na SOR szpitala w G., gdzie rozpoznano złamanie nasad dalszych kości przedramienia lewego oraz wykonano repozycję zamkniętą złamania. Wobec nieuzyskania zadowalającego efektu leczenia 18.07.2016 r. pacjentka została przyjęta na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w celu przeprowadzenia operacji. Zabieg otwartego nastawienia złamania z wewnętrzną stabilizacją przeprowadził specjalista z zakresu ortopedii dr H. Pani B. została wypisana ze szpitala z zaleceniem kontynuowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Dalsze jej leczenie odbywało się w przyszpitalnej poradni ortopedycznej, gdzie 23.09.2016 r. rozpoznano obłuzowanie pierwszego wkrętu blokowanego z płytki oraz cechy zespołu Sudecka. Dlatego 19.10.2016 r. w Centrum Medycznym w R. przeprowadzono zabieg usunięcia zespolenia.

Roszczenia w przedmiotowej sprawie zostały skierowane do ubezpieczyciela szpitala w G., który po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego uznał odpowiedzialność za błąd polegający na niedokonaniu zabiegu usunięcia przemieszczonych odłamów kostnych oraz zmiany położenia śruby przechodzącej do stawu i dokonał wypłaty zadośćuczynienia w wysokości 9 tys. zł.

Ponieważ przeprowadzający operację dr H. zatrudniony został na podstawie umowy o realizację świadczeń zdrowotnych, ubezpieczyciel szpitala skierował roszczenie regresowe do ubezpieczyciela dr. H., domagając się zwrotu wypłaconej kwoty.

Aby ustalić, czy postępowanie medyczne dr. H. było prawidłowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną i przeprowadzone z należytą starannością, ubezpieczyciel zasięgnął opinii lekarza specjalisty z zakresu ortopedii.

Orzecznik potwierdził, że podczas udzielania pomocy pani B. 16.07.2016 r. dr H. dopuścił się błędu medycznego polegającego na nieprawidłowym ułożeniu śruby przechodzącej przez szparę stawową. Jednocześnie opiniujący odrzucił zarzut niepełnej korekcji przemieszczenia, wskazując, że nie zawsze jest możliwa. Specjalista stwierdził jednak, że nieprawidłowe ułożenie śruby, której trzpień przechodzi przez szparę stawową, spowodowało wzrost występującego u pacjentki trwałego uszczerbku na zdrowiu, lecz nie miało wpływu na istotne nasilenie dolegliwości czy wydłużenie leczenia.

Dokonano zatem wypłaty na rzecz ubezpieczyciela SOR szpitala w G., dochodzoną kwotą 9 tys. zł obciążając polisę dr. H.

Pytanie redakcji: Czy zawsze wypłata regresu jest zasadna?

Odpowiedź prawnika lekarza: Warunkiem dochodzenia przez szpital roszczeń regresowych jest udowodnienie, że to lekarz popełnił błąd. Roszczenie regresowe nie będzie skuteczne np. w przypadku zakażenia szpitalnego spowodowanego stanem sanitarnym pomieszczeń szpitalnych, a nie zaniedbań ze strony lekarza.

Pytanie redakcji: Czy roszczenie przysługujące od lekarza będzie wypłacone w tej samej wysokości, w jakiej wypłaciła je placówka medyczna?

Odpowiedź prawnika lekarza: Niekoniecznie. Wszystko zależy od tego, jakiej wysokości roszczenie zostało wypłacone przez placówkę medyczną i na jakiej podstawie zatrudniony jest lekarz. W przypadku lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę odpowiedzialność ograniczona jest do trzech pensji, chyba że popełnił błąd umyślnie, wówczas – w pełnej wysokości. W pełnej wysokości będzie możliwy również regres w stosunku do lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Pytanie redakcji: Czy placówka medyczna musi dochodzić roszczeń regresowych?

Odpowiedź prawnika lekarza: Nie, ale z pewnością, jak tylko będzie mogła, wykorzysta taką szansę. Również ubezpieczyciel chętnie ściągnie wypłacone świadczenie od lekarza lub jego ubezpieczyciela. ■



Fot. archiwum

Prawo lekarza do urlopu

W AKTUALNYM STANIE PRAWNYM

FILIP NIEMCZYK, adwokat

Prawo do wypoczynku jest jednym z zasadniczych praw pracownika, a jego realizacja ma decydujący wpływ na jakość wykonywanej przez niego pracy. Oczywistością jest zatem stwierdzenie, że odpowiedni wypoczynek w ciągu doby oraz okresowy urlop w przypadku pracowników ochrony zdrowia bezpośrednio oddziałuje na bezpieczeństwo pacjentów oraz zdrowie i życie medyków. Dla prawidłowego wykonywania zawodu lekarza zasadnicze znaczenie ma możliwość faktycznego korzystania z prawa do wypoczynku, tym bardziej w okresie wzmożonego wysiłku, z jakim wiąże się praca podczas epidemii COVID-19. Poruszę w związku z tym kilka kwestii związanych z prawnymi aspektami prawa lekarza do urlopu.

W pierwszej kolejności wspomnieć należy, że normy czasu pracy pracowników medycznych reguluje ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.¹ Co do zasady czas pracy osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym nie może przekraczać 7 godz. 35 min na dobę i średnio 37 godz. 55 min na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy (art. 93 ustawy o działalności leczniczej). Od tej reguły istnieje jednak wiele wyjątków. Jeśli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie czasu pracy do 12 godz. na dobę (art. 94). Poza tym lekarze zatrudnieni w podmiocie leczniczym mogą być zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego. Praca w ramach dyżuru może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godz. 55 min na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (art. 95). Wreszcie, lekarze mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godz. na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (art. 96 – tzw. klauzula *opt-out*).

Wymienione regulacje w połączeniu z faktem, że w wielu placówkach medycznych występują braki kadrowe, a warunki płacowe są niezadowalające, powodują, że przeciętny czas pracy lekarza jest dużo dłuższy aniżeli ustawowe 37 godz. 55 min na tydzień. Tym istotniejszego znaczenia nabiera możliwość realizacji prawa do urlopu i wypoczynku. Ustawa o działalności leczniczej w art. 97 reguluje tylko częściowo kwestie z tym związane. Stwierdza się w niej, że pracownikowi medycznemu przysługuje w każdej dobie 11 godz. nieprzerwanego odpoczynku, przy czym osobie, która pełni dyżur, dopiero bezpośrednio po jego zakończeniu i nieprzerwanie przez 24 godz., w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni.

Ustawa o działalności leczniczej nie zawiera regulacji dotyczących urlopu wypoczynkowego, a zatem w tym zakresie należy korzystać z przepisów ogólnych. Lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym na umowę o pracę może korzystać z prawa do urlopu na zasadach określonych w kodeksie pracy. Zgodnie z art. 152 kp pracownikowi przysługuje prawo do corocznego, nieprzerwanego, płatnego urlopu wypoczynkowego, którego nie może się zrzec. Zgodnie natomiast z art. 154 kp wymiar urlopu wynosi 20 dni – jeżeli pracownik jest zatrudniony krócej niż 10 lat, albo 26 dni – jeżeli pracownik jest zatrudniony co najmniej 10 lat. Pracodawca ma obowiązek udzielić pracownikowi urlopu w tym roku kalendarzowym, w którym pracownik uzyskał do niego prawo (art. 161 kp). Urlopy powinny być udzielane zgodnie z ustalonym wcześniej planem. Plan urlopów ustala pracodawca, biorąc pod uwagę wnioski pracowników i konieczność zapewnienia normalnego toku pracy (art. 163 kp), a przesunięcie terminu urlopu jest dopuszczalne z powodu szczególnych potrzeb pracodawcy, jeżeli nieobecność pracownika spowodowałaby poważne zakłócenia toku pracy (art. 164 kp). Pracodawca może odwołać pracownika z urlopu tylko wówczas, gdy jego obecności w zakładzie wymagają okoliczności nieprzewidziane w chwili rozpoczynania urlopu (art. 167 kp). Urlopu niewykorzystanego w terminie należy pracownikowi udzielić najpóźniej do 30 września następnego roku kalendarzowego (art. 168).

Przytoczone reguły, co należy podkreślić, dotyczą lekarzy pracujących na umowę o pracę. Nie odnoszą się bezpośrednio do medyków, którzy wykonują zawód w oparciu o inny stosunek prawny, w szczególności w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej, jako indywidualna praktyka lekarska, i umowę cywilnoprawną. Zakres prawa do urlopu wypoczynkowego w ramach innych niż umowa o pracę stosunków prawnych

nie jest uregulowany powszechnie obowiązującymi przepisami i zależy od treści konkretnej umowy oraz reguł przyjętych w danej placówce medycznej. Prowadzi to do sytuacji, w której lekarze zatrudnieni w oparciu o kodeks pracy mają w tym aspekcie, ale też w wielu innych, lepsze warunki pracy, aniżeli pracujący na podstawie umowy innego rodzaju. Realizacja prawa do wypoczynku tych drugich może być wobec tego trudniejsza. Sytuacja staje się dodatkowo niejasna, a w konsekwencji prowadzi do ograniczenia praw pracowniczych, kiedy mamy do czynienia z osobą, która w ramach jednego podmiotu medycznego w pewnym zakresie pracuje na umowę o pracę, a w innym – na umowę cywilnoprawną.

Ważnym aspektem wykonywania zawodu lekarza jest konieczność stałego doskonalenia zawodowego. Ustawodawca przewidział² w związku z tym, że lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze sześciu dni na przygotowanie się i przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, w okresie którego zachowuje prawo do wynagrodzenia. Urlop ten nie ma charakteru wypoczynkowego i nie może być traktowany jak realizacja prawa do wypoczynku. Przygotowanie i przystąpienie do PES wymaga zazwyczaj dużo więcej pracy

¹ DzU z 2020 r., poz. 295 ze zm.



niz ustawowe sześć dni, w konsekwencji lekarz chcący podnosić kwalifikacje zawodowe musi w tym celu korzystać z urlopu wypoczynkowego lub zrezygnować na pewien czas z zatrudnienia.

² Art. 16s ust. 2 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU z 2020 r., poz. 514, z późn. zm.).



Na ograniczenie faktycznej możliwości realizacji prawa lekarza do wypoczynku niewątpliwie wpływ ma również epidemia COVID-19. W przypadku lekarzy pracujących w oparciu o umowę o pracę pracodawca, powołując się na zwiększone obciążenie placówki medycznej w związku z sytuacją epidemiczną, może korzystać z uprawnień związanych z ustaleniem planu urlopów z uwzględnieniem konieczności zapewnienia normalnego toku pracy (art. 163 kp) lub nawet odwoływać pracownika z urlopu (art. 166 kp). Pracownicy ci zachowują jednak prawo do urlopu, który powinni otrzymać w innym terminie. W przypadku lekarzy zatrudnionych na umowie o wykonywanie świadczeń zdrowotnych bądź na inaczej nazwanej umowie cywilnoprawnej uzyskanie urlopu może być trudniejsze, ponieważ podmiot medyczny, w którym pracują, ma prawo odmówić udzielenia urlopu wypoczynkowego,

³ Ustawa z 5 grudnia 1996 r. (DzU 1997 nr 28, poz. 152 ze zm.).



⁴ DzU 2008 nr 234, poz. 1570 ze zm.



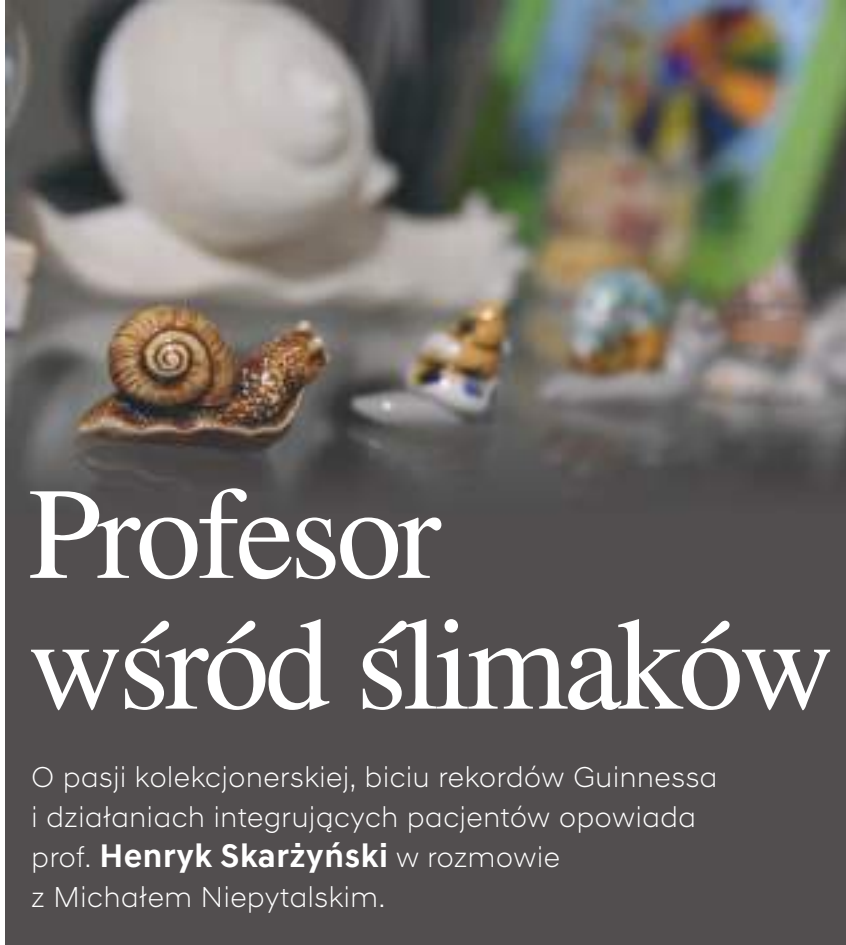
⁵ <https://ni1.org.pl/aktualnosci/>



którego wymiar przekraczałby normy wypoczynku określone w ustawie o działalności leczniczej, w szczególności, jeśli lekarz zobowiązał się do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godz. na tydzień w oparciu o art. 96 tej ustawy, pod groźbą niejednokrotnie zawartych w tego rodzaju umowach kar umownych. W przypadku skrajnego przemęczenia lekarz ma niewątpliwie prawo nie podjąć leczenia lub odstąpić od niego w oparciu o art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,³ uprzedzając o tym pacjenta i wskazując realne możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie medycznym. Fakt, że w ogóle rozważamy zastosowanie w praktyce tego rodzaju generalnej klauzuli w związku z przemęceniem, świadczy o poważnej niedoskonałości polskiego systemu ochrony zdrowia.

Co ciekawe, warunki pracy i płacy lekarzy w związku z epidemią COVID-19 w pewnych aspektach się poprawiły. Zgodnie z przepisami ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych,⁴ lekarz może być skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii na okres do trzech miesięcy. Skierowanie odbywa się w drodze decyzji właściwego wojewody, a w razie konieczności skierowania do innego województwa – decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia. Na czas skierowania dotychczasowy pracodawca udziela pracownikowi urlopu bezpłatnego, a podmiot, do którego osoba została skierowana, nawiązuje z nią stosunek pracy. W ramach tak zawiązanego stosunku pracy osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200 proc. przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy, a ponadto inne uprawnienia wynikające z kodeksu pracy, m.in. w zakresie urlopu. Warto wspomnieć także o dodatku do wynagrodzenia, jaki otrzymują lekarze pracujący bezpośrednio przy zwalczaniu epidemii. Trzeba jednak zaznaczyć, że nawet wyższe uposażenie w okresie wzmoczonego wysiłku nie zastąpi na dłuższą metę wypoczynku, jaki wszystkim pracownikom ochrony zdrowia jest niezbędny. Tym bardziej że kiedy stan epidemii się skończy, powrócą dotychczasowe warunki pracy i płacy. Pytanie, ilu lekarzy będzie wówczas zainteresowanych pracą na najtrudniejszych odcinkach, takich jak szpitalne oddziały ratunkowe?

Ministerstwo Zdrowia zdaje się wychodzić z założenia, że rozwiązaniem problemu braków kadrowych w ochronie zdrowia, które stanowią niewątpliwie skutek opisanych trudnych warunków pracy, jest ułatwienie uzyskania prawa wykonywania zawodu medykom wykształconym poza Unią Europejską. Z komunikatu prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 1 czerwca 2021 r.⁵ wynika, że minister zdrowia zaskarżył do Sądu Najwyższego uchwałę nr 1/21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z 29 stycznia 2021 r., zarzucając bezprawność wymogom, stawianym przez samorząd lekarski, takim jak potwierdzenie znajomości języka polskiego, wymaganie orzeczenia o stanie zdrowia kandydata wydanego przez lekarza medycyny pracy. W odpowiedzi prezes NRL wskazał, że warunki stawiane lekarzom wykształconym w Unii Europejskiej i poza nią muszą być takie same, a rolą samorządu zawodowego jest weryfikowanie kompetencji osób ubiegających się o prawo wykonywania zawodu i dbałość o dobro pacjentów. ■



Profesor wśród ślimaków

O pasji kolekcjonerskiej, biciu rekordów Guinnessa i działaniach integrujących pacjentów opowiada prof. **Henryk Skarżyński** w rozmowie z Michałem Niepitalskim.

Co sprawiło, że zaczął pan kolekcjonować ślimaki? Skąd się biorą kolejne eksponaty?

Historia mojej kolekcji zaczęła się po jednej z pierwszych w Polsce operacji wszczepienia przeze mnie implantu ślimakowego osobie niesłyszącej w 1992 r. Przywrócony wówczas do świata dźwięków pacjent wyraził swoją wdzięczność, obdarowując mnie... krawatem w ślimaki. W tym roku mija 29 lat od tego wydarzenia, które nie tylko zmieniło obraz polskiej otolaryngologii, ale przede wszystkim dało nadzieję na lepsze życie setkom tysięcy osób. Obecnie pod naszą opieką znajduje się ponad 11 tys. pacjentów z różnymi implantami słuchowymi. Mamy podstawy mówić o osiągnięciach polskiej szkoły w tym zakresie w nauce światowej. A ślimaki są do dziś częstym podarunkiem nie tylko od pacjentów, ale także od przyjaciół, bliskich, znajomych, którzy – znając moją pasję kolekcjonerską – przywożą je z najdalszych i najbardziej egzotycznych miejsc na świecie. Krawatów z wizerunkiem ślimaka mam ponad 100, innych eksponatów ponad 5 tys. Nie zdawałem sobie sprawy, jak ciekawie może

zaistnieć symbol ślimaka w posadzce, płytach chodnikowych, artystycznych dziełach z metalu, porcelany, żelaza, platyny, szkła, drewna, papieru, mas plastycznych, czekolady, a nawet siana i słomy. Ten symbol integruje cały obszar naszych świadczeń medycznych, metod diagnostycznych i rehabilitacyjnych. Odnosi się do badań naukowych, występów w teatrze muzycznym, filmie lub do codziennego życia dziesiątków tysięcy naszych pacjentów i osób z ich otoczenia.

Czemu ślimaki, a nie np. młotki, kowadelka lub trąbki?

Ślimaki to znak, że w pełni identyfikuję się z tym, co robię. Bo według mnie albo robi się coś dobrze, z pełnym zaangażowaniem, albo nie należy się za to zabierać. Moje ślimaki, zrobione z przeróżnych materiałów lub zamienione przez naturę w skamieliny, przypominają najważniejszą część ucha wewnętrznego – narząd ślimakowy, dzięki któremu słyszymy. Ideę leczenia zaburzeń słuchu, spowodowanych utratą funkcji ślimaka w uchu wewnętrznym, staram się zresztą konsekwentnie promować na różne spo-

soby. Młoteczek, kowadelko, trąbka słuchowa to symbole ucha środkowego. Leczenie schorzeń wynikających z uszkodzenia tych struktur jest o wiele prostsze i ma wielowiekową tradycję. Leczenie uszkodzeń ucha wewnętrznego – całkowitej, a zwłaszcza częściowej głuchoty to osiągnięcia nauki i medycyny ostatnich dekad. Zwłaszcza w odniesieniu do częściowego uszkodzenia, które spotykamy u dziesiątek milionów osób, jesteśmy pionierami – pierwsze w świecie operacje przeprowadzałem w 2002 r.

Czy wśród zebranych eksponatów są takie, z którymi jest pan szczególnie związany emocjonalnie?

Tak, mam wyjątkowy sentyment do ślimaczych skamielin sprzed milionów lat, które pokazują, gdzie jest nasze miejsce w dziejach świata. Jestem zafascynowany pięknem tych zachowanych w skałach przekrojów. Innym wyjątkowym eksponatem jest statuetka z wizerunkiem ślimaka pełzającego z mozołem po naszej planecie. Otrzymują ją osoby, których nazwiska umieszczamy na tablicy „Przyjaciele po wsze czasy” witającej wszystkich wchodzących do głównej części Światowego Centrum Słuchu.

Jakie jeszcze przedmioty znajdują się w pańskiej kolekcji?

Są to m.in. obrazy, rzeźby, rysunki, gadżety, lampy, przyciski do papieru, spinki do mankietów, a nawet maselniczka i spinka do włosów. Jadam z talerzyków w ślimaki i pijam z kubka, na którym jest ślimak. Na specjalnej zastawie z wizerunkiem ślimaka serwuję nieraz moim gościom własnoręcznie przygotowane... ślimaki w skorupkach z sosem maślano-pietruszkowo-czosnkowym. Wizerunek ślimaka jest także obecny w krajobrazie i architekturze działającego od 2003 r. Światowego Centrum Słuchu mieszczącego się w Kajetanach pod Warszawą, w którym od prawie 20 lat wykonujemy najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch.

Pańska wyjątkowa kolekcja została zaprezentowana dziewięć lat temu

” Mam wyjątkowy sentyment do ślimaczych skamielin sprzed milionów lat, które pokazują, gdzie jest nasze miejsce w dziejach świata. ”



Fotografie: archiwum

podczas udanej próby pobicia rekordu Guinnessa. Czy od tego czasu bardzo się rozrosła?

Rzeczywiście w 2012 r. zgłosiliśmy ją do próby pobicia rekordu Guinnessa w kategorii „Największa kolekcja przedmiotów związanych ze ślimakiem”. Rekord został pobity wynikiem 1377 sztuk. Przekazana do utworzonego w 2011 r. muzeum kolekcja niemal codziennie się powiększa o nowe eksponaty. W gablotach jest około 3 tys. ślimaków wykonanych – jak już wspominałem – z różnych materiałów. Wiele oczekuje jeszcze na wyeksponowanie. Próżno szukać dwóch identycznych. Są małe, nawet kilkumilimetrowe, i duże, kolorowe i jedno-kolorowe. Są na chustkach i krawatach. Pamiętam też, że kiedyś dostałem chleb w kształcie ślimaka. Obecnie muzeum dysponuje największym w świecie tego typu zbiorem, gdzie podziwiać można już ponad 5 tys. eksponatów. Przymierzam się do pobicia własnego rekordu Guinnessa.

Wówczas, w 2012 r., bicie rekordów było częścią pikniku rodzinnego użytkowników implantów słuchowych. Czy Centrum Słuchu często

organizuje podobne imprezy? Jakie znaczenie ma taka integracja dla edukacji zdrowotnej?

Jestem zdania, że o polskich sukcesach trzeba mówić głośno, dlatego postanowiłem pokazać światu ponownie pacjentów instytutu podczas kolejnego, nietypowego spotkania. 15 lipca 2017 r., z okazji 25. rocznicy pierwszego w Polsce wszczepienia implantu ślimakowego osobie niesłyszącej, do Kajetan przybyli wdzięczni pacjenci z rodzinami. W sumie blisko 3 tys. gości. Najważniejszym punktem wielkiego zjazdu była próba pobicia rekordu Guinnessa w kategorii „Spotkanie w jednym miejscu i czasie największej liczby osób z implantami słuchowymi”, ustanowionego w 2012 r. także w Kajetanach. Próba zakończyła się ponownym sukcesem. Takie spotkania, na których bywa nawet kilka tysięcy pacjentów, są wspaniałym dowodem, że w Polsce, w Kajetanach, robi się coś dobrego i ważnego dla osób z zaburzeniami słuchu. Pozwalają też pokazać, że ŚCS jest liderem w wykonywaniu operacji przywracających lub poprawiających słuch. Podczas zjazdów mieliśmy okazję unaoocnić unikalne w świecie związku – terapeutów i rodzin

osób, które są poddawane leczeniu całkowitej i częściowej głuchoty. Ambasadorkami tych programów są również uczestnicy Międzynarodowego Festiwalu Muzycznego Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe rytmy”, którego mam przyjemność być pomysłodawcą. Celem imprezy jest uświadomienie światu, że dzięki osiągnięciom współczesnej nauki i medycyny problemy ze słuchem nie są przeszkodą w profesjonalnym zajmowaniu się muzyką czy rozwijaniu talentu wokalnego. Niezwykle barwnym i unikatowym tego przykładem jest pierwszy w świecie musical z udziałem pacjentów i użytkowników implantów słuchowych pt. „Przerwana cisza”, do którego napisałem libretto. Jego premiera dożyła się we wrześniu 2019 r. w Warszawskiej Operze Kameralnej. Prawdziwe losy moich pacjentów opisałem w powieści filmowej „Powrót Beethovena”. Obecnie jest przygotowywany film dokumentalny według mojego scenariusza. Moi pacjenci uczestniczyli – jako ambasadorzy jednych z największych osiągnięć nauki i medycyny – w plenarnych sesjach Parlamentu Europejskiego w Brukseli w 2018 i 2019 r. ■

FitSport i FitProfit

Karty rekreacyjno-sportowe dla lekarzy z OIL w Warszawie



- korzystaj z ponownie otwartych obiektów sportowych
- zgłoś się do izby, by otrzymać kartę
- wypełnij formularz 

W przypadku pytań prosimy o kontakt:
d.jarosz@oilwaw.org.pl, tel. 22 54 28 333.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
ul. gen. Jana Młotkowskiego

Warsztaty z komponowania posiłków na dyżur



Cztery pory smaku

#lato



19 sierpnia godz. 15.00–18.00

- zapraszamy do siedziby OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 18*
- lub online

*liczba miejsc ograniczona



Zapisy od 3 sierpnia:



Warsztaty poprowadzi lek. Alicja Baska,
dyrektorka organizacyjna Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia

zbilansowane posiłki na cały dzień/zdrowo/łatwo/szybko

**OBWIESZCZENIE nr 3/2021/VIII
przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
z 19 maja 2021 r.**

**w sprawie ogłoszenia wyników
wyborów uzupełniających
wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w War-
szawie oraz członka Prezydium
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
VIII kadencji 2018–2022**

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965 t.j. ze zm.), oraz §45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. ob-

wieszczenie nr 7/16/VII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 14 lipca 2016 r.), obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku wyborów przeprowadzonych 12 maja 2021 r. w czasie zgromadzenia wyborczego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na podstawie protokołu Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 12 maja 2021 r., ogłasza się, że w wyborach uzupełniających wybrano:

1) lek. Tomasza Imiełę – do pełnienia funkcji wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022,

2) lek. Jarosława Bilińskiego – na stanowisko członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022.

§2

Niniejsze obwieszczenie podlega publikacji w Miesięczniku Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Puls” oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Przewodnicząca
Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie
lek. dent. Ewa Miękus-Pączek

**Uchwała nr 60/2021/VIII
Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
z 29 czerwca 2021 r.**

**w sprawie ustalenia terminu, miejsca i trybu
zgłaszania kandydatów na delegatów
na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie na kadencję 2022–2026**

Na podstawie §3 pkt 5 regulaminu okręgowej komisji wyborczej stanowiącego załącznik do uchwały nr 15 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu okręgowej komisji wyborczej, §17 ust. 2 regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r.) oraz w związku z art. 14hb ust. 1 ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU z 2020 r., poz. 1842), uchwała się, co następuje:

§1

1. Ustala się nieprzekraczalny termin zgłaszania do Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (zwanej dalej „Okręgową Komisją Wyborczą”) kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2022–2026 na 12 sierpnia 2021 r. Wzór karty zgłoszenia kandydata stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

2. Karty zgłoszenia kandydata przekazuje się Okręgowej Komisji Wyborczej drogą mailową na adres poczty elektronicznej: wybory@oilwaw.org.pl, pocztą na adres siedziby Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub składa osobiście w jej siedzibie lub w Delegaturze Radomskiej. O przyjęciu karty zgłoszenia kandydata decyduje data jej wpływu do Okręgowej Komisji Wyborczej, a w przypadku nadania w polskiej placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe, data stempla pocztowego.

§2

Informacja o terminie, o którym mowa w §1 ust. 1, zostanie niezwłocznie opublikowana na stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP) Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, a także w Miesięczniku OIL w Warszawie „Puls”.

§3

1. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
2. Wykonanie uchwały powierza się przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie lek. dent. Ewa Miękus-Pączek,
sekretarz Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie lek. dent. Piotr Kuchta

Sanitariuszka „Małgosia” – doktor Janina



W Powstaniu Warszawskim brała udział jako sanitariuszka, pracując m.in. u boku swojego ojca, który był lekarzem. Studia medyczne rozpoczęła w 1945 r. Przez prawie 60 lat pomagała chorym jako chirurg dziecięcy m.in. w warszawskim szpitalu przy ul. Niekańskiej. W rubryce „Na przestrzeni lat” przedstawiamy historię dr **Janiny Kępskiej**, konspiracyjnej „Małgosi”, która w tym roku skończyła 99 lat.

Fot. Muzeum Powstania Warszawskiego

W szpitalu przy Niekańskiej pracowałam do 2003 r. Nie brałam już dyżurów, ale ciągle przyjmowałam w przychodni. W końcu i na to zdrowie w pewnym momencie przestało mi pozwalać. Kiedy powiedziałam w pracy, że odchodzę, koleżanki i koledzy mówili: „Daj spokój, zostań jeszcze”. Ale stwierdziłam, że to wariactwo po osiemdziesiątce przyjmować pacjentów – wspomina w rozmowie z „Pulsem” Janina Kępska, której, jak się wydaje, bycie lekarzem było pisane od narodzin.

Łuck

Przodkowie Janiny Kępskiej pochodzili z Warszawy, ale w ostatnich dekadach zaborów losy rzuciły ich na wschód. W czasie I wojny światowej ojciec pani Janiny został wcielony do wojska rosyjskiego,

które potem stało się bolszewickim, pełnił tam funkcję lekarza w szpitalu polowym. W tymże szpitalu jako pomoc lekarska pracowała jego przyszła żona i mama Janiny Kępskiej. – Mama była niebrzydką kobietą i ojciec się bardzo nią zainteresował. Pewnego dnia zaproponował mamie spotkanie. Gdzie? Na cmentarzu, bo nie było żadnych kawiarni, to był osiemnasty rok, początek rewolucji. Była umowa, randka na cmentarzu, więc siedzą, na jednym grobie ojciec, na drugim mama, i rozmawiają. W pewnym momencie mama zauważyła, że ojciec ma jedną skarpetkę brązową, a drugą szarą. Mamie zrobiło się żal tego mego ojca, a on poprosił: „Proszę pani, czy pani by nie została moją żoną?”. Odpowiedziała: „Tak, proszę pana, zostanę pana żoną”. Tak wyglądały oświadczenia – opowiadała Janina Kępska w wywiadzie dla Muzeum Powstania Warszawskiego.

W polityce międzynarodowej krok po kroku ustalał się nowy ład. Kiedy w Wersalu ciągle jeszcze trwały rozważania nad traktatem, Polska toczyła boje – polityczne i militarne – o kształt swoich granic. Te najtrudniejsze trwały na wschodnich rubieżach kraju. Wojna polsko-bolszewicka zakończy-

ła się w 1921 r. traktatem ryskim. Jego ustalenia umożliwiły rzeszom Polaków repatriację z za nowo ustalonej wschodniej granicy. Tym sposobem rodzina Janiny Kępskiej trafiła do Łucka. Tam jej ojciec pracował jako lekarz powiatowy, a Janina dorastała, chodziła do szkoły, nawiązywała przyjaźnie. Aż nadszedł wrzesień 1939 r. Ku zdziwieniu mieszkańców Łucka tamtejsze lotnisko zostało zbombardowane, a przecież wojna oficjalnie wypowiedziana nie została. Niewiele później wkroczyli do miasta Niemcy, ale tylko na chwilę, bo w wyniku paktu Ribbentrop-Mołotow miasto znalazło się pod okupacją radziecką. Weteranka pamięta, że Armia Czerwona stanowiła obraz nędzy i rozpacz, bieda żołnierzy aż kłuła w oczy. Ale jednocześnie wspomina, że wśród okupantów byli i tacy, z którymi dało się żyć, a nawet nie dało się ich nie lubić. Nie minęły jednak dwa lata, a okupacja sowiecka zamieniła się w nazistowską. 22 czerwca 1941 r. znowu mieszkańców Łucka obudziły wybuchy.

– Co się dzieje? Wyszliśmy przed dom, a obok był ten blok, gdzie mieszkali oficerowie Krasnej Armii, oni też wyskoczyli, też w tych gaciorach, jak zwykle.

Mama pyta: „No, szto eto takoje? Szto?”. „Niczewo, eto maniuwry”. Oni też nie wiedzieli, że wojna jest – mówiła we wspomnianym wywiadzie Janina Kępska. Podkreślała, że po radzieckich obszarpaniach przyszli elegancy, ogoleni młodzi mężczyźni, których wygląd mógł budzić zachwyt. Ale nie zachowanie. Niemcy rodzinie pani Janiny zabrali dom. Po kolejnych dwóch latach dla Polaków z Łucka sytuacja znowu się pogorszyła. Południowo-wschodnią część okupowanej Polski dotknął konflikt na tle etnicznym, nazywany dziś rzezią wołyńską. W wyniku agresji ukraińskich nacjonalistów zginęło kilkadziesiąt tysięcy Polaków. Część zagrożonych jednak zdążyła w porę uciec, w tym rodzina Janiny Kępskiej. I tak po kilkudziesięciu latach nastąpił powrót rodziny do Warszawy.

Na barykadach

Rodzina pani Janiny osiadła na Żoliborzu. Ona sama działała już wówczas w podziemiu i przyjęła pseudonim „Małgosia”. Do dziś pamięta entuzjazm, jaki wywołał wybuch powstania, i zapał, z jakim stawiali barykadę na przedwojennej ul. Towiańskiego w pobliżu Dworca Gdańskiego. – *Wszystko nam się wydawało takie optymistyczne, ale okazało się bardzo, bardzo tragiczne* – wspomina. Ten tragizm

obserwowała, służąc jako sanitariuszka w punkcie opatrunkowym, gdzie pracowała z ojcem.

Dramat powstania Janina Kępska opisała w rozmowie z „Pulsem”, przytaczając historię dr. Węglewicza, który dowodził powstańczym szpitalem polowym w żoliborskim kościele Świętego Stanisława Kostki. – *Dr Węglewicz był świetnym chirurgiem i wspaniałym człowiekiem. Pracował bez przerwy. W pobliskim domu zostawił żonę z dwojgiem dzieci. Pewnego dnia jego żona przyszła do szpitala, stanęła obok niego*



Fot. NAC

i powiedziała: „Nasze dzieci nie żyją”. Okazało się, że zabił je pocisk z działa, kiedy właśnie udawały się do schronu, by uniknąć bombardowania. Dr Węglewicz na chwilę stanął i zaniemówił. Po chwili się odezwał: „Siostró...”, poprosił o narzędzie i dalej operował.

Nasza rozmówczyni wspomina też, jak dzięki szefowi szpitala po kapitulacji udało się bezpiecznie ewakuować pacjentów z Żoliborza do Tworek. – *Do kościoła przyszli Niemcy, żeby omówić ewakuację szpitala. Dr Węglewicz rozmawiał z nimi w taki sposób, że na wszystko się zgodzali. Widzieli, że to człowiek, który jest zdolny do wszystkiego.*

Młodej sanitariuszce udało się przetrwać powstanie, ale po jego upadku koszmar się nie skończył. Na gruzach Warszawy panoszyli się Niemcy, którym triumf nad słabo uzbrojonymi, ale zdeterminowanymi powstańcami, walczącymi o każdy kawałek ziemi, przyniósł satysfakcję, zwłaszcza że zwycięstw w ostatnim czasie zbyt wiele nie odnosili. Po drugiej stronie Wisły czyhała już Armia Czerwona, która w ciągu następnych kilku miesięcy miała ich zepchnąć aż do Berlina.

Naziści nie tylko triumfowali, ale zgodnie z rozkazami politycznymi systematycznie niszczyli Warszawę i mścili się na

➤ jej mieszkańcach. Mama pani Janiny została ranna w jednym z wielu aktów tej prymitywnej zemsty, kiedy niemiecki żołnierz wrzucił granat do piwnicy, w której ukrywała się z dwiema innymi kobietami. Szukająca pomocy dla rannych „Małgosia” została zatrzymana przez Ukraińca (w tłumieniu Powstania Warszawskiego brały udział oddziały kolaborujących z Niemcami Ukraińców). Mężczyzna powiedział, że zabiera ją do sprzątania kwater armii okupacyjnej. Pogawędzili chwilę, bo pochodzili z tego samego regionu, dogadywali się po rosyjsku. Ale gdy dotarli na miejsce, mężczyzna pożegnał ją słowami „Żal mi cię”. Bardzo szybko okazało się bowiem,



Fot. archiwum

wykładów odbywała się na relatywnie mniej zniszczonej Pradze, a zakwaterowanie studenci mieli po lewej stronie Wisły. – *Codziennie przechodziliśmy przez tymczasowy most (Niemcy, broniąc się, zburzyli wszystkie mosty) na ul. Grochowską, gdzie mieścił się Instytut Weterynarii. Wykłady odbywały się w sali, w której stały skrzynie ze zwierzęcymi preparatami. Siadaliśmy na nich, bo brakowało ławek. Często marzliśmy, ponieważ w oknach nie było szyb. Jeden z profesorów wykladał w płaszczu, szaliku i rękawicach. On mówił, a my zgrabiętymi dłońmi robiliśmy notatki. Tylko kilkoro z nas miało wieczne pióra, prawie wszyscy pisali ołówkami. Nie było lekko. Ale profesorów mieliśmy wspaniałych. Byli mądrzy, dobrzy i bardzo nam współczuli tej biedy, zwłaszcza że my, prawdę mówiąc, głodowaliśmy – wspomina rozmówczyni „Pulsu”. Ale właśnie trudne warunki i długie wspólne wędrówki na zajęcia spowodowały, że młodzi ludzie się zaprzyjaźni. Do dziś ci, którzy dożyli tak sędziwego wieku jak Janina Kępska, wciąż utrzymują ze sobą kontakt. Wiele z tych przyjaźni przetrwało się w jeszcze głębsze uczucia. Wśród znajomych pani Janiny z roku były 22 małżeństwa.*

że nie o sprzątnięcie chodziło. Młoda kobieta znalazła się w pomieszczeniu, gdzie zabawiała się grupa pijanych niemieckich oficerów, którzy bardzo szybko wyjawili swoje intencje. – *Wo ist die Bürste (czyli, gdzie jest szczotka)? – spytałam. Ciągle jeszcze myślałam, że mam sprzątać. Wówczas podszedł do mnie jeden z nich chwiejnym krokiem i pociągnął na tapczan. Padłam na podłogę i zaczęłam krzyczeć: – Mamo, mamo, mamo! Oni zbaranieli i to dało mi szansę na ucieczkę. Wróciłam do naszej piwnicy i mówię do mamy, że muszę uciekać. „Muszę cię zostawić, ale muszę uciekać”. Ciężko ranna kobieta jednak zdecydowała się uciekać z córką.*

Na gruzach miasta

Po zakończeniu wojny Janina Kępska postanowiła kontynuować przerwana edukację. Wówczas już dwudziestokilkulatka dostała się najpierw na AWF w Krakowie. – *Do dziś codziennie ćwiczę – zapewnia. Później, gdy uruchomiono studia medyczne w Warszawie, przeniosła się już na stałe do stolicy. Miasto było zrujnowane. Warunki mieszkaniowe koszmarnie, bieda potworna. Ale umęczony kraj potrzebował medyków. Na zajęcia studenci chodzili grupami, bo nie było komunikacji miejskiej. Wędrówki na zajęcia były długie, część*

Po studiach młoda lekarka chciała rozwijać się w kierunku pediatrii, ale dostała skierowanie do pracy w fabryce, jako opieka lekarska dla robotników. – *Oni tam pili na umór, a do mnie przychodzili i prosili o zwolnienia. „Pani doktor, brzuch mnie boli, kaszlę”. W końcu przyszedł do mnie dyrektor zakładu i powiedział: „Błagam, niech pani nie daje tyle zwolnień”. Odpowiedziałam mu: „Panie dyrektorze, jak delikwent mówi, że go brzuch boli i ma zwolnienie, to co ja mam zrobić? Stać nad kubłem i czekać, aż on kupkę zrobi?”. No i zwolnili mnie. Trafiałam do szpitala przy ul. Kopernika, gdzie pracowałam pod okiem świętego pediatry dr. Chrapowickiego i przy nim zrobiłam specjalizację. Z Kopernika przeniosłam się do przychodni przy ul. Wiejskiej, ale ta praca mnie nie satysfakcjonowała, tylko nużyła. W końcu dzięki przyjaciółce z Wołynia nawiązałam kontakt z panią ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej w szpitalu przy ul. Niekańskiej. To mi ułatwiło zmianę pracy, która w innych warunkach byłaby niezwykle trudna, bo nie należałam do partii. Zostałam więc przyjęta na oddział chirurgii, choć jeszcze o operowaniu niewiele wiedziałam. Ale tak się w tym zakochałam, że zrobiłam kolejną specjalizację, najpierw I stopnia, a potem II. I już w szpitalu przy Niekańskiej zostałam do końca. To była wspaniała praca! ■*



FUNDACJA
PRO SENIORE
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE

zapraszamy seniorów lekarzy/lekarzy dentyistów
w poniedziałki i czwartki w godz. 12.00-14.00
na dofinansowane przez OIL w Warszawie
obiady do Klubu Lekarza w Warszawie,
ul. Raszyńska 54.



Fundacja Pro Seniore
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18
t. 22 542 83 30 proseniore@oilwaw.org.pl



FUNDACJA
PRO SENIORE
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE

Koleżanki i Koledzy,
uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się
przez lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy przynależą
do OIL w Warszawie, ukończyli 60. rok życia
i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej,
o dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych
i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.

Termin składania wniosków: **30 września 2021 r.**

Fundacja Pro Seniore
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18
t. 22 542 83 30 proseniore@oilwaw.org.pl

SĄDY OKRĘGOWE W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM POSZUKUJĄ KANDYDATÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI LEKARZA SĄDOWEGO LUB BIEGŁEGO SĄDOWEGO.



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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Renata Jeziółkowska, tel. 22-542-83-81, r.jeziolkowska@oilwaw.org.pl

SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl

PUBLICYSTYKA: Michał Niepytalski, m.niepytalski@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Paweł Kowal, Filip Niemczyk, Maciej Orłoś, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski

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

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

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Artmedia Partners **GRAFIKI:** Mateusz Chrzanowski

KOREKTA: Lidia Sadowska-Szlaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adyustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.



Wiesława Sonczyk (1951–2021)

24 maja 2021 r. odeszła z naszego grona lekarz Wiesława Sonczyk, sędzia VII i VIII kadencji Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie.

Urodziła się 2 listopada 1951 r. w Warszawie. Ze stolicą związana była przez całe życie prywatne i zawodowe. Ukończyła Akademię Medyczną w 1975 r. i od tej pory przez wszystkie lata pracowała w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Uzyskała tytuł specjalisty z zakresu pediatrii oraz neonatologii.

Mąż pożegnał Ją zmiennymi słowami: – *Nie gonilaś za stanowiskami, zaszczytami, funkcjami... Zrezygnowałaś z kariery naukowej, w swoim czasie odmówiłaś ordynatury, bo obawiałaś się, że zabraknie Ci czasu na wychowanie dzieci. Jestem też absolutnie pewien, że zawodowo świadomie chciałaś się realizować w specyficznej pracy u podstaw, choćby przez wytrwałe i ofiarne niesienie pomocy dzieciom w ambulatorium neonatologicznym we współpracy z licznymi lekarzami, pielęgniarkami i salowymi. To są dziesiątki nazwisk zacnych ludzi, których nie sposób teraz wymienić, o których wypowiadałaś się z niebывałym szacunkiem.*

Taka też była jako sędzia – lekarz w naszym gronie. Czy przevinienie zawodowe dotyczyło młodego, czy doświadczonego lekarza, czy zrozpaczeni rodzice małych pacjentów byli cisi i przytłoczeni nieszczęściem związanym z chorobą lub śmiercią dziecka, czy roszczeniowi, nie miało to znaczenia. Zawsze o każdym wyrażała się bez oburzenia, z największym szacunkiem i współczuciem, nie tracąc przy tym spojrzenia lekarza specjalisty wyposażonego w ogrom wiedzy i doświadczenia zawodowego.

Cieszyła się naszym zaufaniem, ceniliśmy Jej wielką życzliwość i równowagę ducha. Zawsze skromna i słowna. Nawet gdy była zmęczona po dyżurze, obdarzała nas uśmiechem i ciepłem. Cierpliwie wysłuchiwała wszystkich argumentów i wniosków, które miały doprowadzić w sądzie lekarskim do wydania sprawiedliwego wyroku.

Po powrocie z urlopów opowiadała z entuzjazmem o swoim ukochanym Podhalu i obdarowywała pracownice naszej kancelarii oscypkami.

Trudno nam się pogodzić z Jej niespodziewanym odejściem i żal, że nie weźmie już w swe troskliwe ręce kolejnego warszawskiego noworodka. ■

Pogrążeni w zadumie
sędziowie Okręgowego Sądu Lekarskiego
i pracownicy kancelarii OSŁ w Warszawie



Bogdan Kamiński (1929–2021)

14 czerwca 2021 r. na Cmentarzu Wołskim pożegnaliśmy ze smutną zadumą prof. Bogdana Kamińskiego, zasłużonego lekarza i wybitnego anestezjologa. Był rdzennym warszawianinem związanym przez całe życie ze stolicą i Akademią Medyczną.

Jego największą zasługą było tworzenie podstaw nowej specjalności lekarskiej – anestezjologii i intensywnej terapii, przedstawił również podstawy nowoczesnej resuscytacji. Razem z podobnie zasłużonymi Mieczysławem, Justyną i Stanisławem Pokrzywnickimi zakładał pierwsze ośrodki anestezjologiczne w Warszawie, które stanowiły macecznik przyszłych kadr specjalistycznych i kuźnię ich następców.

Prof. Kamińskiego cechowała niezwykła osobowość, był obdarzony przenikliwą inteligencją, erudycją i błyskotliwym poczuciem humoru. Wspomniane zalety oraz wybitne zdolności oratorskie pozwalały Profesorowi odgrywać ważną rolę w licznych dyskusjach publicznych przybliżających społeczeństwu znaczenie nowej specjalności we współczesnej medycynie. Uważał anestezjologa za adwokata interesów pacjenta w trudnych sytuacjach chorobowych i szerzył tę opinię, przeciwstawiając się postrzeganiu anestezjologa jako mało ważnego „narkotyzera” i asystenta chirurga w czasie operacji.

Podstawowa działalność Profesora dotyczyła kształcenia specjalistów oraz nauczania studentów, dla których już w 1965 r. stworzył pierwsze w Polsce koło naukowe o nazwie „Ankona”. Z dumą możemy się pochwalić, że uczestniczyliśmy w tym wydarzeniu. Był znakomitym nauczycielem i rozmówcą. Posiadał bardzo mocne podstawy naukowe – wiedzę i doświadczenie zdobyte w czołowych ośrodkach uniwersyteckich w Bostonie, Leicester, Lille i Kopenhadze. Z uwagą czuwał nad rozwojem naukowym swoich współpracowników, prowadząc ich do doktoratów, habilitacji i profesur.

Ważną częścią Jego działalności była praca redakcyjna. Większość anglojęzycznych źródeł podręcznikowych i publikacyjnych tłumaczonych na polski, z których korzystało nasze pokolenie, redagował Profesor. Z imponującą fachowością i swadą prowadził niezliczoną liczbę konferencji krajowych i zagranicznych, na które przybywały tłumy przyciągane wybitną osobowością moderatora.

Prof. Bogdan Kamiński był znaczącą postacią współczesnej medycyny, dzięki Niemu polscy anestezjolodzy zdobywali uznanie w wielu krajach świata.

Będziemy o Nim pamiętać. ■

Ewa i Andrzej Zawadzcy



Andrzej Kidawa (1937–2020)

*„Umarłym wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci”*
(Wisława Szymborska)

7 maja 2020 r. w Szpitalu Praskim pw. Przemienienia Pańskiego w Warszawie zmarł nasz Kolega i Przyjaciel dr n. med. Andrzej Kidawa.

Andrzej urodził się 27.04.1937 r. w Sosnowcu. Miał brata bliźniaka Zbigniewa. Ojciec Stanisław był urzędnikiem magistratu, matka Leokadia – nauczycielką. W czasie II wojny światowej ojciec znalazł się w niewoli, a matka została przesiedlona na wieś, bowiem w Sosnowcu nie wolno było uczyć po polsku. Chodził do szkoły podstawowej przy ul. Żytniej, a następnie rozpoczął naukę w prestiżowym Gimnazjum im. Stanisława Staszica. Kiedy był w dziewiątej klasie, ojciec został służbowo przeniesiony do Warszawy. Andrzej kontynuował naukę w stołecznym Liceum im. Józefa Piłsudskiego.

W czasie studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie Andrzej należał do wielu kół naukowych, był także działaczem i wiceprzewodniczącym ZSP. Po ukończeniu studiów w 1961 r. odbył obowiązkową służbę wojskową w Pomiechówku koło Warszawy na stanowisku starszego lekarza garnizonu. W ramach czteroletniego stypendium doktoranckiego PAN w 1970 r. uzyskał specjalizację II stopnia z chirurgii i w tym samym roku stopień doktora nauk medycznych.

W latach 1968–1971 pracował w Klinice Urologii AM w Warszawie pod kierownictwem prof. dr. med. Stefana Wesołowskiego, a następnie na Oddziale Urologii CSK MSW w Warszawie przy ul. Wołoskiej 137, gdzie w 1974 r. uzyskał specjalizację II stopnia w zakresie urologii. W 1975 przeszedł do pracy na Oddziale Urologii Szpitala Praskiego w Warszawie, gdzie początkowo pełnił obowiązki zastępcy ordynatora, a od roku 1991 do 2007 i ponownie od 2008 do 2010 był ordynatorem. W latach 1991–1999 pełnił funkcję specjalisty w dziedzinie urologii dla województwa warszawskiego. Był członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Europejskiego Towarzystwa Urologicznego oraz Komisji Urologii Komitetu Patofizjologii Klinicznej przy IV Wydziale Nauk Medycznych PAN. Od 1994 do 1996 pełnił funkcję skarbnika, a w latach 1996–2004 prezesa Oddziału Warszawskiego, później Mazowieckiego PTU.

Zdobył tytuł „Lekarza Przyjaciela Kobiety”, a w 2006 został Lekarzem Roku w Szpitalu Praskim pw. Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Za szczególne zasługi dla samorządu lekarskiego otrzymał medal „Laudabilis” OIL w Warszawie. Był laureatem honorowej odznaki „Za zasługi dla ochrony zdrowia” oraz honorowego Medalu im. dr. Tytusa Chałubiń-

skiego, nadanego przez Warszawski Uniwersytet Medyczny „w uznaniu wieloletniej pracy na rzecz rozwoju nauki i szkolenia nowych pokoleń lekarzy”.

Miał wiele zainteresowań, takich jak historia medycyny, szczególnie warszawskiej urologii. Był wielkim znawcą malarstwa holenderskiego i flamandzkiego, a także okresu Młodej Polski, miłośnikiem muzyki, literatury, szczególnie poezji. Z pamięci potrafił recytować fragmenty długich dzieł ulubionych autorów: Juliana Tuwima, Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego, Aleksandra Puszkina, Michaiła Bułhakowa, Wisławy Szymborskiej. Niejeden historyk sztuki pozazdrościłby mu znawstwa, z jakim dyskutował o malarstwie Pietera Bruegla. Interesował się teorią względności Alberta Einsteina i innymi jego pracami. Ostatni wykład o nich, pt. „Czas i historia”, wygłosił 17.01.2020 r.

Był człowiekiem o wielkiej kulturze osobistej, darzonym w środowisku lekarskim powszechnym szacunkiem. Opublikował 21 prac, przedstawił 36 prezentacji na zjazdach PTU oraz 30 wystąpień na posiedzeniach PTU. Od 2007 r. był honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Andrzeja poznałem w 1969 r. na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Powiatowego w Łosicach. Byłem tam wówczas młodszym asystentem. Po około sześciu tygodniach pracy na tym oddziale Andrzej wrócił do Kliniki Urologii AM w Warszawie.

Po Jego odejściu z Kliniki Urologii kontakty między nami były coraz częstsze, coraz bardziej przyjazne, coraz bardziej odkrywałem w Nim niezwykłą osobowość nie tylko jako lekarza, ale także wielkiego humanisty. Znacznie pogłębiły się w czasie Jego choroby. Nie poddawał się jednak, pracował do końca swoich dni, do czego Go gorąco zachęcałem i wspomagałem w rozwiązywaniu trudniejszych problemów. W ostatnich miesiącach wspólnie planowaliśmy, w uzgodnieniu z ordynatorem Oddziału Urologii Szpitala Praskiego, kierownictwem Warszawskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Urologicznego, a także władzami szpitala uczczenie rocznicy powstania Oddziału Urologii Szpitala pw. Przemienienia Pańskiego w Warszawie, który dzięki Jego staraniom w 1995 r. uzyskał imię dr. Jana Władysława Kielkiewicza, m.in. przez opublikowanie historii tego oddziału. Andrzej ze Szpitalem Praskim był mocno związany, do tego stopnia, że Jego życzeniem było w tym szpitalu umrzeć.

Żonie Andrzeja Elżbiecie, Jego bratu Zbigniewowi, Wojciechowi Rogowskiemu i ich Rodzinom w imieniu własnym i całego zespołu kliniki, której Andrzej był asystentem, składamy głębokie wyrazy współczucia. ■

Dr hab. n. med. Bolesław Kuzaka,
prof. dr hab. n. med. dr h.c. Piotr Radziszewski



Program ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów

OIL w Warszawie i PZU zapewniają lekarzom i lekarzom dentyistom ochronę ubezpieczeniową obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza i lekarza dentyisty.

PAMIĘTAJ O PONOWNYM ZŁOŻENIU DEKLARACJI

Deklarację przystąpienia możesz wypełnić: ins-med.pl/oil-warszawa
Ubezpieczenie OC lekarza i lekarza dentyisty jest bezpłatne dla członka OIL w Warszawie.

program obsługuje:

ins INS Service
insurance agency

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy.

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



ubezpieczenie utraty dochodu, odszkodowanie nawet do 180 tys. zł



ubezpieczenie ochrony prawnej nawet do 500 tys. zł



ubezpieczenie OC nadwyżkowe, możliwość rozszerzenia zakresu o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną



ubezpieczenie NNN związane z ekspozycją na HIV / WZW



PZU Wojażer dla lekarzy na cały rok

Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć w dowolnym czasie i miejscu na stronie internetowej www.ins-med.pl

Specjalna oferta ubezpieczeń OC dla podmiotów leczniczych

Gwarantujemy:

- najniższe ceny na rynku,
- najszerszy zakres ubezpieczenia,
- najwyższe sumy ubezpieczenia,
- minimum formalności związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia,
- ochronę naruszenia praw pacjenta bez dodatkowych kosztów.

W imieniu PZU SA program obsługuje INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia skontaktuj się:

ins INS Services
insurance agency

+48 22 494 36 50 • +48 577 930 370
+48 577 930 380 • +48 577 930 560

biuro@ins-med.pl
ins-med.pl

Punkt obsługi: siedziba OIL w Warszawie, ul. Puławska 18 (Biuro Obsługi Lekarza)

MB Motors

Twój dealer Mercedes-Benz



MB Motors Janki
samochody osobowe

+48 22 206 2050 al. Krakowska 5C, 05-090 Falenty

MB Motors Piaseczno
samochody osobowe

+48 22 726 5900 ul. Puławska 34, 05-500 Piaseczno



MB Motors Poznań
samochody osobowe i dostawcze

+48 61 668 6300 ul. Krzywoustego 71, 61-144 Poznań

MB Motors Van ProCenter Janki
samochody dostawcze

+48 22 319 5000 al. Krakowska 5B, 05-090 Falenty



info@mbmotors.mercedes-benz.pl

www.mbmotors.pl

Mercedes-Benz
MB Motors

Autoryzowany dealer
Mercedes-Benz





PRACA DLA LEKARZY

**Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza** zaprasza do
przeglądania publikowanych ogłoszeń
dotyczących zatrudnienia lekarzy:

Na stronie WWW OIL w Warszawie:

www.izba-lekarska.pl
→ praca dla lekarzy
→ wyszukiwarka ogłoszeń

**Na profilu facebookowym Centrum Kariery
Lekarza:**

www.facebook.com
→ @centrumkarierylekarza

**Na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie**

**CER
MED**
CENTRUM KARIERY LEKARZY



**Zapraszamy pracodawców
do publikacji ogłoszeń.**

Jeśli chcesz poznać więcej szczegółów,
zadzwoń do nas:

22 542 83 53 lub **668 373 100**
lub napisz: praca@oilwaw.org.pl



Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Janowski, tel. 22-542-83-82
Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyistów Dariusz Paluszek, tel. 22-542-83-55

Wiceprezes ORL Tomasz Imiela, tel. 22-542-83-42

Wiceprezes ORL Krzysztof Madej, tel. 22-542-83-46

Wiceprezes ORL przewodniczący Delegatury Radomskiej Mieczysław Szatanek, tel. 48-331-36-62

Sekretariat tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42, faks 22-542-83-41

Sekretarz ORL Marta Moczydłowska, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

Zastępca sekretarza ORL Piotr Pawliszak, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

Skarbnik Jan Krzysztof Kowalczyk, tel. 22-542-83-85

Pełnomocnik prezesa ORL w Warszawie ds. operacyjnych Piotr Artur Wincianias, tel. 22-54-28-345

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej Ewelina Bobek-Pstrucha, tel. 22-542-83-22, 22-542-83-24, 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski przewodnicząca Magdalena Rychłowska-Pruszyńska, tel. 22-542-83-20, 22-542-83-21

Okręgowa Komisja Rewizyjna przewodnicząca Elżbieta Łafoszek-Banasiak, tel. 22-542-83-90

Dyrektor biura Anna Ścibisz, tel. 22-542-83-47

Główna księgowa Agnieszka Kazimierczak, tel. 22-542-83-36

Księgowość tel. 22-542-83-35, 22-542-83-79, 22-542-83-54

Kasa tel. 22-542-83-34, czynna w poniedziałek i wtorek od godz. 9.00 do 15.30, w środę – od 9.00 do 17.00,
w czwartek i piątek – od 9.00 do 15.30 (przerwa codziennie od godz. 13.30 do 14.00)

Składki tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, 22-542-83-78, 22-542-83-96

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu tel. 22-542-83-16, 22-542-83-14

Komisja ds. Praktyk Lekarskich tel. 22-542-83-18, 22-542-83-19

Okręgowa Komisja Wyborcza/Zespół ds. Wyborów tel. 22-542-83-06

Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Stażu Podyplomowego tel. 22-542-83-37

Komisja Bioetyczna przy OIL w Warszawie tel. 22-542-83-12

Komisja ds. Lekarzy Dentyistów tel. 22-542-83-55

Komisja ds. Nauki i Kształcenia tel. 22-54-83-33

Komisja Współpracy z Zagranicą tel. 22-542-83-90

Komisja Lekarzy Seniorów tel. 22-542-83-30

Komisja Młodych Lekarzy tel. 22-542-83-80

Komisja ds. Kultury tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Sportu tel. 22-542-83-33

Rzecznik praw lekarza tel. 22-542-83-29

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów tel. 660-672-133

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyistów tel. 22-542-83-71, 22-542-83-75,
22-542-83-76, 22-542-83-77, faks 22-542-83-65, odrz@oilwaw.org.pl

Rada Funduszu Samopomocy tel. 22-542-83-33

Mediator tel. 22-542-83-29

Zespół ds. Wypalenia Zawodowego tel. 22-542-83-80

Zespół ds. Matek Lekarek tel. 22-542-83-80

Zespół ds. Szczepień tel. 22-542-83-33

Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia tel. 22-542-83-90

Grupa Balinta tel. 22-54-83-80

Dział Informacji Medialnej tel. 22-542-83-83, **rzecznik prasowy** Renata Jeziółkowska, tel. 660-679-737

Marketing i reklama tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00, marketing@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16), tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30,
poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 7.30-15.30, środa w godz. 8.00-16.00

Fundacja Pro Seniore tel. 22-542-83-30, proseniore@oilwaw.org.pl



SANATORIUM UZDROWISKOWE

Bałtyk



RELAKS

WYPOCZYNEK



ZDROWIE

REKREACJA



Rezerwacja: tel. +48 94 355 34 34 lub +48 94 355 34 44 / e-mail: info@subaltyk.pl | www.subaltyk.pl