

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

# puls

WRZESIEŃ 2021 (nr 317)



# Wybory

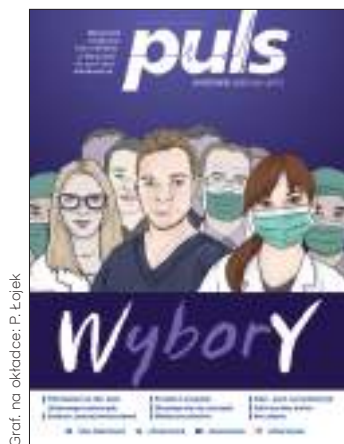
- › 100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu
- › Lekarzu, poznaj swoje prawa!

- › Protest o wszystko
- › Dlaczego się nie szczepią?
- › Medycyna szkolna

- › Hejt – prof. Jerzy Bralczyk
- › Hejt ma dwa końce
- › #w\_eterze

## SPIS TREŚCI

- ▶ NA DZIEŃ DOBRY (str. 2) \_\_\_\_\_
- ▶ DZIŚ I JUTRO (str. 3) \_\_\_\_\_
- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 7, 34) \_\_\_\_\_
- 27** Interwencje rzecznika praw lekarza
- 28** Lekarzu, pamiętaj o swoich prawach!
- 35** Jak wydrukować receptę...
- 49** Warsztaty z komponowania posiłków
- 50** Śpiew na zdrowie
  - rozmowa z Krzysztofem Moczarskim
  
- ▶ SAMORZĄD \_\_\_\_\_
- 4** 100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu
- 7** Zagłosuj na delegatów w wyborach
- ▶ OPINIE \_\_\_\_\_
- 8** Dlaczego się nie szczepią?
  - Małgorzata Solecka
- 12** Flirt polityki z głupotą
  - Paweł Walewski
- 32** Mądrości byle politologa
  - Paweł Kowal
- ▶ MANIFESTACJE I POSTULATY \_\_\_\_\_
- 10** Od protestu do protestu
  - Agnieszka Serwan-Hałabuz
- 20** Protest o wszystko
  - Karolina Kowalska
- 24** Chcemy łączyć, a nie dzielić
  - rozmowa z Piotrem Pisulą
- ▶ WYNURZENIA I IDEOLOGIE... \_\_\_\_\_
- 11** *Déjà vu* czy starość?
  - Jarosław Biliński
- ▶ SŁOWA NA ZDROWIE \_\_\_\_\_
- 13** Hejt
  - Jerzy Bralczyk
- ▶ ZDROWIE PSYCHICZNE \_\_\_\_\_
- 14** Wprost i nie wprost
  - Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- ▶ STOP HEJTOWI \_\_\_\_\_
- 16** Hejt ma dwa końce
  - Adrian Boguski



www.miesiecznik-puls.org.pl

- ▶ MEDIA \_\_\_\_\_
- 23** #SPRAWDZAM
  - Małgorzata Solecka
- 38** Wyjdź z twarzą
  - Michał Niepytalski
- 40** #W\_ETERZE
- ▶ PRAWO \_\_\_\_\_
- 26** Zdarzenia medyczne
  - Filip Niemczyk
- 30** Gdy pacjent grozi
  - Aleksandra Powierża,  
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA \_\_\_\_\_
- 33** Strategie ochrony psychiatrycznej
  - Marek Balicki
- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW \_\_\_\_\_
- 36** To ten moment
  - Dariusz Paluszek
- ▶ ZABIEGI WIZERUNKOWE \_\_\_\_\_
- 44** Hejt powszedni
  - rozmowa z Maciejem Orłosiem
- ▶ NA PRZESTRZENI LAT \_\_\_\_\_
- 46** Od ponad 20 lat w Polsce nie istnieje medycyna szkolna
  - rozmowa z Barbarą Woynarowską
  
- ▶ W PIGUŁCE (str. 6) \_\_\_\_\_
- ▶ OKIEM NFZ (str. 31) \_\_\_\_\_
- ▶ WSPOMNIENIA (str. 52) \_\_\_\_\_
- ▶ BIULETYN ORL (str. 54) \_\_\_\_\_

# ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO

W OKRĘGOWEJ IZBIE LEKARSKIEJ W WARSZAWIE



## 23 PAŹDZIERNIKA

W GODZ. 10.00–15.00

- ✦ WYKŁADY PROWADZONE PRZEZ SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO
- ✦ WARSZTATY RELAKSACYJNO-RUCHOWE
- ✦ INDYWIDUALNE SPOTKANIA Z TERAPEUTAMI
- ✦ TRENINGI BALINTOWSKIE

ZAPISY OD 6 PAŹDZIERNIKA



**#IZBONA** POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHIATRYCZNE ODDZIAŁ WARSZAWSKI  
POLSKIE STOWARZYSZENIE BALINTOWSKIE



## DZIEŃ LEKARZA

#LEKARZANANOWOCZESNYMRYNKUPRACY

## STUDYJNA SESJA ZDJĘCIOWA W OIL W WARSZAWIE

30 WRZEŚNIA W GODZ. 12.00–18.00  
ZAPISY ZA POŚREDNICTWEM FORMULARZA  
NA STRONIE INTERNETOWEJ







Fot. K. Barczyński

## RENATA JEZIÓLKOWSKA

redaktor naczelna

# Wy!

Wy, Szanowni Państwo, decydujecie o przyszłości samorządu. Wybory na następną kadencję trwają, a my przypominamy o Państwa prawie do udziału w nich. W słowie „wybory” mieści się zaimek „wy”. Przypadek? „Wy” w słowie „wybory” występuje zarówno na początku, jak i w formie klamry – co eksponujemy na okładce. I czym zachęcamy do udziału.

**Z**aimek „wy” łączy wiele różnych wątków, które poruszamy w tym numerze.

Wy, Szanowni Państwo, macie prawo oczekiwać lepszej ochrony zdrowia, upominać się o jakość w miejsce bylejakości. O bezpieczeństwo leczenia, o wprowadzenie prawdziwego systemu *no-fault*, większą dostępność świadczeń, uczciwe wynagrodzenia. Sporo miejsca w naszym miesięczniku poświęcamy postulatowi manifestacji medyków zapowiadanej na 11 września oraz wcześniejszym protestom pracowników ochrony zdrowia. W ramach merytorycznej dyskusji organizujemy wspólnie z Regionem Mazowieckim OZZL konferencję ekspercką skoncentrowaną na kwestiach ekonomicznych.

Wy, Szanowni Państwo, Szanowni Lekarze, macie swoje prawa, gdy pacjenci lub ich bliscy uniemożliwiają Wam leczenie bądź są agresywni. Na czym polegają te prawa? Jakie są schematy postępowania? Wyjaśnienia w formie plakatu przedstawia rzecznik praw lekarza. Plakat można wyrwać ze środka tego numeru „Pulsu” i powiesić w gabinecie lub dyżurce.

Wy, Szanowni Państwo, jesteście (co z przykrością obserwujemy) coraz bardziej hejtowani. Punktem zapalnym jest ostatnio temat szczepień. Hejtu nie wolno tolerować. Zjawisku temu przyglądamy się z perspektywy prawnej, psychologicznej, językowej, eksperckiej oraz przez pryzmat doświadczeń naszych rozmówców. Skupiamy się również na roli państwa i rozwiązaniach, które pomogłyby przeciwdziałać hejtowi, sprawić, by hejtujący ponosili konsekwencje.

Skąd ten zły klimat wokół ochrony zdrowia? Brak zainteresowania decydentów gruntownymi zmianami w systemie? Zła atmosfera, w której tak wiele negatywnych emocji kierowanych jest w stronę lekarzy? Wydawało się, że pandemia pokazała, jakim fundamentem jest ochrona zdrowia, a tym samym personel medyczny. Brawa umilkły, stare problemy pozostały, pojawiają się nowe, nawarstwiają się. Ta sama bylejakość. Ale „czynnik ludzki” ma dość.

Nieustannie zwracamy uwagę, że należy mówić: ochrona zdrowia, nie: służba. Rządzący jednak uporczywie posługują się pojęciem „służba”. Trudno uwierzyć, że nie zdają sobie sprawy ze *status quo*. Gdy pada słowo „służba”, pojawia się cały wachlarz odczuć i skojarzeń. „Służba” jest powtarzana przez media, pacjentów, choć powinna być dawno wykreślona ze sformułowań dotyczących zdrowia. Tymczasem utarła się wraz z całym wydźwiękiem, tak jak utarła się bylejakość, utarły się kolejki, niedofinansowanie, przepracowanie i obciążanie medyków. Można zasłaniać uszy, gdy pada słowo „służba”, a decydenci mogą przymykać oczy na kolejki i narastające od lat problemy, w tym na niedobory kadrowe. Pewnie wszystko można. Tylko czy się powinno? I dokąd to prowadzi? ■



**ŁUKASZ JANKOWSKI**  
prezes ORL w Warszawie

# Koleżanki i Koledzy,

wrzesień upłynie nam pod znakiem protestu przedstawicieli zawodów medycznych. Protestu w trudnym czasie pandemii. Protestu personelu zmęczonego pandemią, doświadczonego bezsilnością, personelu, któremu nie przedstawiono żadnej perspektywy poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Postulatów mamy wiele, ale oceniam, że dotyczą trzech obszarów, w których potrzebna jest pilna poprawa.

**P**ierwszym z tych obszarów jest szacunek dla medyków. Pamiętamy skierowania do zwalczania epidemii, pamiętamy brawa dla medyków, a w tym samym momencie poczucie zagrożenia, kiedy władza – przykro to pisać – traktowała lekarzy jak sprzęt medyczny. Pamiętamy bezsilność w walce o zdrowie pacjentów w niewydolnym systemie, braki sprzętowe, chaos, a w tych samych chwilach medialne występy przedstawicieli władzy pudrujących rzeczywistość i próbujących zrzucić część winy na lekarzy. Pamiętamy obietnice i szumne zapowiedzi (*no-fault*, wzrost nakładów na ochronę zdrowia), widzimy rezultaty (nieefektywny system zgłaszania zdarzeń medycznych zamiast *no-fault*, 7 proc. PKB na ochronę zdrowia... za sześć lat). Pamiętamy opowieści o toczącym się dialogu ze środowiskiem, widzimy pozory dialogu, jeśli w ogóle jakiś dialog się toczy. Nie żądamy wiele, chcemy po prostu szacunku do medyków. I dialogu ze środowiskiem, a nie monologów władzy.

Drugi obszar to bezpieczeństwo. Bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, ale też bezpieczeństwo medyka. Bezpieczeństwo prawne (m.in. wprowadzenie wspomnianego już prawdziwego systemu *no-fault*), ale też bezpieczeństwo fizyczne (ochrona przed hejtem i przed zdarzającą się niestety fizyczną agresją). W tym kontekście porusza wiadomość o przydzieleniu jednemu z atakowanych w Internecie lekarzy policyjnej ochrony po pojawieniu się w mediach tematu gróźb wobec tego lekarza. Ta sytuacja ukazuje systemową bezradność państwa w reakcji na hejt. To dobrze, że ów lekarz będzie bezpieczny, ale ofiar hejtu wśród medyków są setki.

Czy wszyscy otrzymają ochronę? Dlaczego nie karze się sprawców, tylko obiera drogę wybiórczego chronienia ofiar? Bezkarność ośmiela przecież hejterów. Bezradność organów ścigania, ale i skala problemu przeraża. Poprawa tego stanu rzeczy musi być postulatem protestu. Chodzi jednak również o bezpieczeństwo pacjenta – wsparcie lekarza w czynnościach administracyjnych, żeby mógł w pełni wykorzystać czas dla dobra chorych. Chodzi o zmniejszenie biurokracji, poprawę kształcenia. Bezpieczeństwo pacjenta bowiem zapewni tylko wypoczęty lekarz, konieczny jest więc wzrost nakładów na ochronę zdrowia i system płac umożliwiający pracę na jednym etacie. Krótko mówiąc, postulujemy podniesienie jakości w ochronie zdrowia.

Trzeci obszar to dostępność. Dostępność świadczeń dotyczy oczywiście pacjentów (kolejki wydłużyły się przez pandemię), ale dotyczy również nas, lekarzy. Nadliczbowe godziny ze względu na brak kadry, wypisywanie skierowań do innych specjalistów ze świadomością, że wysyłamy pacjenta do niewydolnego systemu – z kwestią dostępności leczenia spotykamy się codziennie. Dostępność, a raczej jej brak, widzimy obecnie, próbując leczyć pacjentów w bardzo zaawansowanych stadiach chorób, którzy z powodu pandemii nie otrzymali na czas pomocy medycznej.

Tylko trzy obszary, a jak wiele do zrobienia. Tylko trzy obszary, ale kiedy zapytamy dziś na szpitalnym korytarzu, czego potrzeba najbardziej w ochronie zdrowia, w wielu przypadkach usłyszymy krótką odpowiedź: „spokoju”. Będziemy się zatem domagać również spokoju w ochronie zdrowia. Żebyśmy mogli nie niepokojeni przez nowe pomysły legislacyjne i organizacyjne leczyć w dobrych warunkach. Czego sobie i państwu życzę. ■

# 100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu

Przedstawiana w tym numerze siódma już dziesiątka to przedsięwzięcia podejmowane w reakcji na potrzeby lekarzy i lekarzy dentyistów, na ich sytuację w systemie ochrony zdrowia oraz na sytuację samego systemu. W przypadającym niebawem Dniu Lekarza otworzymy nasz kolejny cykl. W obliczu rosnącej agresji w bezpośrednich kontaktach i w Internecie podpowiadamy, co robić, by prawa lekarza były respektowane, wyjaśniamy, jakie to prawa, jak bezpiecznie funkcjonować w wirtualnej rzeczywistości. Organizujemy szkolenia, konferencje, eventy z myślą o osobach aktywnych, o seniorach, o tych, którym potrzebna jest pomoc psychologiczna. I oczywiście wspieramy postulaty związane z niezbędną dla lekarzy i pacjentów naprawą ochrony zdrowia.

1

Rozpoczynamy cykl „**Lekarz na nowoczesnym rynku pracy**”. Pierwsze zaplanowane spotkanie organizujemy przy okazji Dnia Lekarza. Będzie to **studyjna sesja zdjęciowa**, podczas której zarejestrowani wcześniej członkowie naszej izby będą mieli możliwość wykonania profesjonalnych fotografii. Termin: 30 września, w godz. 12.00–18.00, miejsce: siedziba OIL w Warszawie. Kilka wybranych zdjęć lekarz otrzyma drogą e-mailową. Więcej informacji – w grafice na str. 1.



2

**Jakie prawa ma lekarz**, gdy pacjent lub ktoś z jego bliskich utrudnia mu udzielenie świadczeń zdrowotnych? Odpowiedzi i schematy działania przedstawione zostały w grafice przygotowanej przez rzeczniczkę praw lekarza OIL w Warszawie. Plakaty w wersji elektronicznej są do pobrania na naszej stronie internetowej, załączyliśmy również plik w wersji do druku. Wydrukowane plakaty będą dostarczane do szpitali i przychodni na terenie naszej izby. Więcej o akcji na str. 27. Plakat wydrukowaliśmy w tym numerze na rozkładówce, by można było go łatwo wyrwać i powiesić. Wersja elektroniczna oraz plik do pobrania:



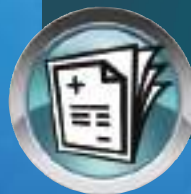
3

Problemy współczesnej stomatologii geriatrycznej to temat **I Konferencji Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej, organizowanej we współpracy z Komisją ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie**. Przewidziane jest uczestnictwo online. Termin: 25 września w godz. 9.00–16.00. Zakończenie zapisów 22 września. Program i szczegółowe informacje zamieszczamy na str. 37.



4

Wychodząc naprzeciw potrzebom lekarzy seniorów, organizujemy dla nich **szkolenie dotyczące samodzielnego wydruku recept pro familia i pro auctore**. Odbędzie się ono 29 września w siedzibie izby. Więcej na ten temat na str. 34. W „Pulsie” na str. 35 opublikowaliśmy również instrukcję, jak krok po kroku wydrukować receptę.





# 5

**Lekarski obóz kitesurfingowy** w Chałupach to pomysł realizowany w ramach prowadzonego przez Komisję ds. Sportu programu OIL Sport Event. Jest kolejną oddolną inicjatywą, którą wsparła nasza izba, częściowo finansując udział w obozie swoich członków. Każdy uczestnik ma zapewnionych 10 godzin indywidualnych lekcji z instruktorem oraz siedem noclegów w przyczepie kempingowej. Zachęcamy lekarzy do zgłaszania własnych pomysłów, które mają szansę zostać zrealizowane dzięki m.in. programom sportowym.



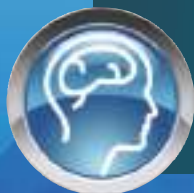
# 6

Popieramy zdrowy styl życia i aktywność fizyczną, więc zaprosiliśmy lekarzy z naszej izby do udziału w kolejnym **biegu Runmageddon** (2 i 3 października). Zgłoszenia przyjmowane były na trzy trasy, każdy nasz zawodnik otrzymał koszulkę. Izba zwraca koszty pierwszym 25 zarejestrowanym lekarzom.



# 7

Ogromną rolę w pracy lekarza odgrywa kondycja psychiczna, dlatego systematycznie organizujemy spotkania i szkolenia związane ze zdrowiem psychicznym. Przed nami **Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego**. 23 października, w godz. 10.00–15.00, w siedzibie OIL w Warszawie odbędą się wykłady poświęcone m.in. wypaleniu zawodowemu, depresji, asertywności, formule pracy zmiennej w kontekście wypoczynku, popandemicznemu stresowi pourazowemu. Odbędą się też warsztaty relaksacyjno-ruchowe, indywidualne spotkania z terapeutkami oraz treningi balintowskie. W wydarzeniu będzie można uczestniczyć również online. Więcej informacji – grafika na str. 1.



# 8

Tradycyjnie już przygotowujemy się do naszej akcji „**Szczepimy – chronimy**”. W ramach IV edycji zapewniamy lekarzom i lekarzom denty stom (w tym stażystom) należącym do naszej izby bezpłatne szczepienia przeciwko grypie. Szczepionki przeznaczone do wykorzystania podczas akcji będą pochodzić z Agencji Rezerw Materiałowych. Skierowaliśmy prośbę o ich udostępnienie i czekamy na odpowiedź. Akcję objęło patronatem Ministerstwo Zdrowia. Planowany jej termin to pierwsza połowa października. O konkretnej dacie i zapisach będziemy informowali na stronie internetowej OIL w Warszawie.



# 9

Biorąc pod uwagę nasilanie się cyberprzestępczości i zagrożeń pojawiających się w Internecie, przygotowaliśmy szkolenie „**Bezpieczny lekarz w sieci**”. Czterodniowy kurs online dla członków OIL w Warszawie planujemy na 12–15 października w godz. 18.00–20.00. Prelekcje na tematy: oprogramowanie medyczne, elektroniczna dokumentacja, przeciwdziałanie oszustwom, zagrożenia, prawo, hejt, wygłoszą aktywni w sieci lekarze, specjaliści od IT oraz prawnicy. Zapisy od 23 września. Szczegóły:



# 10

Nasza izba **wspiera manifestację medyków** zaplanowaną na 11 września. Wspólnie z Regionem Mazowieckim OZZL przygotowaliśmy materiały graficzne zamieszczane w Internecie i plakaty zachęcające do włączania się w manifestację medyków, pod hasłem „**Jakość w miejsce bylejakości**”. Hasło to jest też tytułem organizowanej w izbie 6 września konferencji eksperckiej na temat nakładów na ochronę zdrowia, kolejek i jakości. Relacja z konferencji – w następnym numerze „Pulsu”.



Oprac. Renata Jeziólkowska

W związku z nowym rokiem szkolnym zastanawiamy się, czy placówki oświatowe nie staną się wielkimi ogniskami epidemii, a także, jaka będzie skala szczepień przeciwko koronawirusowi wśród młodzieży. Jednocześnie wiemy, że tak jak całe społeczeństwo nie przestało cierpieć na inne choroby, tak i młodzi ludzie nie wyzbyli się problemów ze zdrowiem na czas walki z COVID-19. Dlatego w tym numerze „Pulsu” przyjrzymy się najnowszym doniesieniom dotyczącym **zdrowia najmłodszych – w pigułce**.

**B**adacze z amerykańskiego University at Buffalo zaobserwowali interesujące związki między temperamentem dzieci, ich zwyczajami żywieniowymi i skłonnością do tycia. Okazuje się, że wśród młodych ludzi, którzy brali udział w badaniu, bardziej zagrożone otyłością były dzieci o temperamencie ekstrawertycznym i impulsywnym. Badanie dowodzi, że wiąże się to z szybkim spożywaniem posiłków. Naukowcy zaznaczają jednak, że ich obserwacja jest jedynie punktem wyjścia do dalszych badań, które pozwolą zrozumieć, skąd ów związek się bierze. Niewykluczone, że rodzice ekstrawertycznego potomstwa przyczyniają się do powstania złych nawyków żywieniowych, np. podając dziecku jedzenie, by je uspokoić. Naukowcy chcieliby także sprawdzić, czy związek między temperamentem a sposobem spożywania posiłków ma charakter dwustronny, tzn. czy jeśli dziecko zostanie przyzwyczajone do wolniejszego jedzenia, wpłynie to na ograniczenie jego impulsywnych zachowań.

**W**iemy, że epidemia COVID-19 w mniejszym stopniu dotyka dzieci. Chorują rzadziej, a jeśli zarażą się wirusem, mają większe szanse na bezobjawowy lub łagodny przebieg choroby niż dorośli. Czasopismo „Nature” zwraca jednak uwagę, że wyniki wciąż niekompletnych i rzadkich badań każą sprawdzać, jak częste wśród najmłodszej części populacji są przypadki tzw. długiego COVID, czyli długotrwałych, nawet wielomiesięcznych dolegliwości sercowych lub neurologicznych. „Nature” podaje przykład analizy przeprowadzonej we włoskiej Poliklinice Gemelli. Z ponad setki przebadanych dzieci, które w 2020 r. przeszły COVID-19, aż jedna trzecia po czterech miesiącach od wyzdrowienia miała przynajmniej dwa objawy długiego COVID. Dotyczyło to także dzieci, które przechodziły chorobę łagodnie lub bezobjawowo. „Nature” podkreśla, że badania nad problemem są kluczowe dla decyzji szczepienia najmłodszej części populacji.

**O** negatywnych konsekwencjach epidemii w kontekście ochrony zdrowia mówi się przede wszystkim w przypadku leczenia chorób przewlekłych. Tymczasem wcale nie mniejszym w skali całego globu wyzwaniem jest spadający poziom szczepienia dzieci na odrę, błonicę i inne choroby zakaźne, przed epidemiami których chronią społeczeństwa masowe programy szczepień obowiązkowych. Z artykułu opublikowanego na łamach „Lancetu” dowiadujemy się, że sytuacja jest najgorsza pod tym względem w krajach Azji Południowo-Wschodniej. Tylko w Indiach z powodu epidemii z kalendarza szczepień w ubiegłym roku wypadło około 1,5 mln dzieci. Także w krajach wysokorozwiniętych zauważalny jest kilkuprocentowy spadek. „Lancet” zwraca uwagę na oczywisty problem – wkrótce obok ognisk koronawirusa mogą coraz częściej pojawiać się ogniska chorób, z którymi – zdawałoby się – dziesiątki lat temu wygraliśmy.

**E**fekty biernego palenia są w nauce dość dobrze opisane, ale zaznaczyć należy, że chodzi wyłącznie o bierne palenie tytoniu. Tymczasem wraz z coraz częstszym na świecie dopuszczaniem przez systemy prawne różnych państw używania marihuany przebadanie skutków biernego jej palenia staje się, nomen omen, palące. W amerykańskim stanie Kolorado, gdzie marihuana została zalegalizowana w 2014 r., naukowcy przyjrzeni się długofalowym skutkom jej biernego palenia u dzieci. Okazuje się, że dzieci biernie wdychające dym z konopi indyjskich relatywnie częściej niż przebywające w towarzystwie osób palących tytoń doświadczają infekcji dróg oddechowych. Jednocześnie w obu przypadkach częstość występowania przypadłości tradycyjnie kojarzonych z paleniem (np. astmy) jest podobna. Badacze nie przedstawili jeszcze hipotetycznych przyczyn takiego stanu rzeczy. Zwracają jednak uwagę, że mogą to być nie tylko czynniki biologiczne, ale też społeczne, gdyż w przypadku gorszego zdrowia dzieci palaczy niebagatelnym powodem jest ogólna mniejsza zamożność takich rodzin, a co za tym idzie korzystanie z opieki zdrowotnej niższej jakości. ■ *mn*

Źródła: Science Daily, „Nature”, „Science News”, „New Scientist”, „Lancet”.



# Szanowna Koleżanko, Szanowny Kolego!

## ZAGŁOSUJ NA DELEGATÓW W WYBORACH.

Zagładaj do skrzynki i nie przeocz listu z pakietem wyborczym.

W drugiej połowie września zaczniemy rozsyłać pocztą do członków naszej izby pakiety wyborcze zawierające m.in. karty do głosowania, instrukcję oddania głosu i informacje o kandydatach.

Ze względu na trwającą epidemię apelujemy o oddawanie głosów drogą korespondencyjną.

**WYMAGA TO JEDYNIJE WRZUCENIA DO SKRZYNKI NA LISTY KOPERTY ZWROTNEJ Z ODDANYM GŁOSEM. BEZ OPŁATY POCZTOWEJ.**

## Kandydacie na delegata,

lista kandydatów po zamknięciu będzie do wglądu na stronie internetowej izby, w zakładce „WYBORY”.

Prosimy o upewnienie się, że Twoje nazwisko znajduje się na liście.

Zachęcamy od kontaktu z Okręgową Komisją Wyborczą w celu rozwiania wszelkich wątpliwości dotyczących wyborów. Informacji udzielamy:

- pod numerami telefonu: 22 54 28 306 (siedziba OIL w Warszawie) i 48 331 36 62 (Delegatura Radomska),
- oraz adresem e-mail: [wybory@oilwaw.org.pl](mailto:wybory@oilwaw.org.pl).

Okręgowa Komisja Wyborcza OIL w Warszawie zaprasza lekarzy z naszej izby do udziału w wyborczych komisjach skrutacyjnych w:

- Warszawie, obszar warszawski,
- Radomiu,
- Ciechanowie,
- Siedlcach,
- Ostrołęce.

Zainteresowanych prosimy o kontakt z OKW.

WIĘCEJ INFORMACJI:





# Dlaczego się nie szczepią?

MAŁGORZATA SOLECKA

Bilans Narodowego Programu Szczepień na początek września: przynajmniej jedną dawkę szczepionki otrzymał co drugi Polak. To wynik znacznie poniżej średniej UE (niemal 64 proc.). Przepaść dzieli nas też od kilku największych unijnych krajów, z którymi w wyścigu szczepionkowym chętnie porównywalibyśmy się na początku 2021 r.

**H**ispania, która w tej grupie jest bezwzględnym liderem, pierwszą dawkę szczepionki podała już niemal 77 proc. mieszkańców. Część dawek, które otrzymali Hiszpanie, pochodzi zresztą z Polski.

We Francji w sierpniu odsetek zaszczepionych obywateli przekroczył 70 proc., blisko tej granicy są Włochy. „Najsłabiej” radzą sobie Niemcy, ale niemal 64 proc. zaszczepionych to i tak o kilkanaście punktów procentowych więcej niż w Polsce. Na uwagę zasługuje też wynik kraju od Polski mniejszego, ale zaliczanego do unijnych „średniaków”, czyli Portugalii. Dziesięciomilionowe państwo przynajmniej jedną dawkę szczepionki podało już 82 proc. obywateli, w tym wszystkim powyżej 60. roku życia i 96 proc. w grupie 50–59 lat (notabene Portugalia również skorzystała z okazji i odkupiła od Polski część szczepionek). Przynajmniej jedną dawkę otrzymało 92 proc. dorosłej populacji tego kraju.

Polska z pozycji lidera (w pierwszych tygodniach) przez status kraju, który „nieźle sobie radzi”, spadła do grupy maruderów i nie ma co się pocieszać danymi z Bułgarii i Rumunii, w których programy szczepień okazują się kłęską. Oprócz tych dwóch państw wyprzedzamy pod względem odsetka zaszczepionych jedynie Słowację i Łotwę, a przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia w oficjalnych wypowiedziach (np. wiceminister Waldemar Kraska) bezradnie rozkładają ręce: – *Nie wiemy, dlaczego Polacy nie chcą się szczepić.*

Nie ma jednej odpowiedzi, bo przyczyn jest wiele, a w tej chwili mogły one, jak wirus, znacząco zmutować. Przykładowo najstarsi seniorzy, którzy powinni zostać zaszczepieni w styczniu, lutym i marcu, ale organizacja Narodowego Programu Szczepień utrudniła im lub wręcz uniemożliwiła szczepienie (skomplikowana procedura zapisu, brak pomocy w dotarciu do punktu szczepień), wówczas chętnie szczepionkę by przyjęli. Teraz niejednokrotnie, co potwierdzają pracownicy medyczni podejmujący próbę finalizacji szczepienia osób siedemdziesięcio- i osiemdziesięcioletnich, mają wobec szczepień mieszane uczucia. Bo przecież już prawie nie ma pandemii (mała liczba zakażeń), „ *kto miał zachorować i umrzeć, umarł*”, bo „*nie wiadomo, jak z tymi szczepionkami jest naprawdę*”. Bo coś usłyszeli od sąsiadów, a coś od księdza w kościele. Bo już nie pamiętają, że kilka miesięcy wcześniej oburzali się na warszawskich aktorów, którzy zaszczepili się poza kolejnością, i bardzo chcieli, żeby Krystyna Janda „*odpracowała w szpitalu szczepienie, które jej się nie należało*”.

To jest zresztą jeden z największych problemów Polski – nie tylko niski odsetek zaszczepionych ogółem, ale niski odsetek zabezpieczenia grup ze względu na wiek najbardziej narażonych na ciężki przebieg COVID-19. Kiedy wiele krajów raportuje zaszczepienie nie tylko osiemdziesięciolatków, ale również grup powyżej 50. roku życia na poziomie przekraczającym 85–90 proc., w Polsce tylko jedna grupa seniorów (70–79) przekroczyła poziom 80 proc. zaszczepienia mi-



nimum jedną dawką (83 proc.). Pierwszej dawki nie przyjęło ciągle 36 proc. osiemdziesięciolatków, 29 proc. osób w wieku 60–69 lat i blisko 40 proc. w wieku 50–59 lat.

Drugi problem stanowią ogromne różnice między poziomami zaszczepienia w poszczególnych regionach kraju. Najmniej zaszczepionych jest w województwach wschodnich i na południowym wschodzie Polski, czyli tam, gdzie dominuje tradycyjny elektorat Prawa i Sprawiedliwości. Mimo dużego zaangażowania najważniejszych osób w państwie, w tym prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego, w propagowanie szczepień (wicepremier ds. bezpieczeństwa mówił nawet w czasie wakacji, że szczepienie nie jest indywidualną sprawą każdego, sygnalizując wręcz możliwość wprowadzenia obowiązku szczepień), zwolennicy PiS w tej sprawie kwestionują, a co najmniej ignorują głos polityków, którym powierzyli ster rządów. Na przeciwnym biegunie są największe miasta. W Warszawie, bastionie opozycji, w pełni zaszczepionych jest już blisko dwie trzecie mieszkańców, a punkty szczepień bynajmniej nie świecą pustkami. Lepszy, procentowo, wynik ma tylko podwarszawska Podkowa Leśna, która jako pierwsza gmina w Polsce przekroczyła granicę 66 proc. zaszczepionych.

Różnice między regionami, ale też w samych regionach (dużo wyższy poziom zaszczepienia mieszkańców stolic województw niż powiatów

ziemskich) powodują, że rząd zapowiada podział kraju na strefy: zieloną, żółtą i czerwoną, nie na poziomie województw, ale właśnie powiatów. Kryteria kwalifikacji do stref będą przedstawione we wrześniu. Wiadomo jednak, że wskaźnik wynikający z liczby nowych zakażeń (w przeliczeniu na liczbę mieszkańców) będzie po pierwsze podwyższony (bo rząd spodziewa się, że za przewidywaną jesienią stosunkowo wysoką

liczbą zakażeń będzie szła dużo niższa niż poprzednio liczba hospitalizacji), po drugie – korygowany wskaźnikiem zaszczepienia. Powiaty mające wyższy od średniej krajowej odsetek zaszczepionych mieszkańców będą w strefie niższej, niż wynikałoby jedynie ze wskaźnika nowych zakażeń. To nie wszystko: Ministerstwo Zdrowia obiecuje również, że osoby zaszczepione będą wyłączone z części obostrzeń w poszczególnych strefach.

Jednak ciągle brakuje kropki nad „i”. Rząd od tygodni sygnalizuje np. możliwość wprowadzenia do użytku wewnętrznego certyfikatu covidowego (poświadczającego zaszczepienie,

status ozdrowieńca lub negatywny aktualny wynik testu), uprawniającego do korzystania z części usług (gastroonomii, kin, teatrów, koncertów), zwłaszcza w przestrzeniach zamkniętych. Na takie rozwiązanie już zdecydowały się m.in. Francja, Włochy, Grecja. Identyczną decyzję ogłosiły Niemcy. We Francji i w Niemczech zdecydowano także o zniesieniu bezpłatnych testów, jeśli ich wykonanie wiąże się wyłącznie z chęcią zdobycia zaświadczenia. W Polsce decyzja nie zapadła, choć poziom zaszczepienia jest dużo niższy niż w krajach, które w ten sposób mobilizują obywateli do szczepień.

Nie ma też decyzji (również zapowiadanej) o wprowadzeniu obowiązku szczepień dla niektórych grup zawodowych, w tym dla pracowników ochrony zdrowia i stacjonarnych placówek opiekuńczych. Wysoki poziom zaszczepienia lekarzy i lekarzy dentyistów (około 95 proc.) czy pielęgniarek i położnych (ponad 80 proc.) nie wystarczy, bo choć pracownicy sektora medycznego zaszczepili się znacząco liczniej niż reszta społeczeństwa, ciągle istnieją grupy niezaszczepionych (a nikt nie bada poziomu zaszczepienia pracowników niemedycznych szpitali czy poradni).

Tymczasem eksperci, m.in. z Polskiej Akademii Nauk, postulują objęcie obowiązkiem szczepień nie tylko osób pracujących w ochronie zdrowia i opiece nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi czy obłożnie chorymi, ale również np. nauczycieli i pracowników szkół, przedszkoli oraz żłobków. Wariant Delta, co potwierdzają dane z krajów, w których dominuje on już od dłuższego czasu (w Polsce Delta stanowi 95 proc. przypadków zakażeń, choć trzeba przyznać, że polskie laboratoria nie mają dużej liczby próbek, co wynika z niskiego poziomu testowania ogółem oraz ze zbyt niskiej liczby wykonywanych testów PCR w stosunku do testów antygenowych i niepotwierdzenia testem PCR pozytywnego wyniku testu antygenowego), jest bowiem bardziej niebezpieczny dla młodszych grup wiekowych niż poprzednie warianty SARS-CoV-2. O ile jednak rząd zdaje się przynajmniej rozważać obowiązkowe szczepienia pracowników ochrony zdrowia, o tyle w przypadku sektora edukacji można usłyszeć – z Ministerstwa Edukacji Narodowej i Nauki – twarde „nie”. Również akcja szczepień w szkołach budzi wątpliwości. Nie wiadomo, czy szkoły będą mogły w ogóle weryfikować szczepienia uczniów. Nie wiadomo, na ile będą mogły mobilizować i przekonywać rodziców do zaszczepienia dzieci i młodzieży, by nie zostało to uznane za wywoływanie „wojny polsko-polskiej” (tak o prowadzeniu szczepień w szkołach mówiła w sierpniu małopolska kurator oświaty Barbara Nowak). Dyrektorzy szkół podkreślają, że bez wiedzy, ilu uczniów jest zaszczepionych, trudno będzie im np. podejmować decyzję o przejściu na nauczanie hybrydowe po odnotowaniu przypadków zakażenia.

Choć 1 września zaczniemy już drugi pandemiczny pełny rok szkolny – i prawdopodobnie przywitamy kolejną falę pandemii – nic nie wskazuje, by państwo wyciągnęło wnioski ze szkód, jakie ponieśliśmy w poprzednich falach. I z błędów, jakie zostały popełnione przed 1 września 2020 r. ■







Fot. K. Bartyzel

# Od protestu do protestu

**AGNIESZKA SERWAN-HAŁABUZ**  
przewodnicząca Regionu Mazowieckiego OZZL

Kiedy zaczynałam pracę, trudno było mi uwierzyć w to, co mówili starsi koledzy – że w polskiej ochronie zdrowia zmiany dokonują się tylko „od protestu do protestu”. Wydawało mi się niezrozumiałe, że tak ważny obszar funkcjonowania państwa i jego obywateli może być pomijany.

**K**ażdego dnia widzimy jak niedofinansowanie systemu, zła organizacja pracy, ale również przepracowanie wpływają na jakość świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów. Świadomi tego jesteśmy my, pracownicy ochrony zdrowia, a także pacjenci. Dlaczego rządzący lekceważą głos środowisk medycznych i pacjentów od lat upominających się o poprawę systemu ochrony zdrowia?

Protest głodowy był z jednej strony przejawem bezsilności, z drugiej wyrazem naszej determinacji, aby walczyć o nas i naszych pacjentów. Zjednoczyliśmy się jako środowisko i udało się uzyskać wzrost nakładów na ochronę zdrowia i podwyżki dla części lekarzy. Przez chwilę poczuliśmy, że wreszcie będzie lepiej. Niestety, szybko okazało się, że nas oszukano, pomijając w podwyżkach lekarzy dentyistów, a nakłady na ochronę zdrowia licząc w odniesieniu do PKB sprzed dwóch lat.

Podczas pandemii wydawało się, że problemy ochrony zdrowia staną się najważniejsze i wreszcie doczekamy się tak potrzebnych zmian, bo był to czas, kiedy trudno przemilczeć niedobory kadrowe, sprzętowe i wszechobecną bylejakość. Przekonaliśmy się jednak, że nikogo to nie obchodzi, mamy sobie radzić tak jak dotychczas, czyli „jakoś”. Kolejne posunięcia rządzących, od zaostrzenia kar za nieumyślne błędy medyczne po podwyżki w kwocie 19 zł brutto, pozbawiły nas złudzeń, że nasze poświęcenie i ciężka praca zostaną docenione. Kolejne zmiany, które dobrze wyglądały tylko PR-owo, nie poprawiły tak naprawdę nic, rozbudziły tylko oczekiwania pacjentów, a następnie zwiększyły ich frustrację, nierzadko przelewana na pracujących na pierwszej linii frontu medyków. Przepracowani lekarze, pielęgniarki i ratownicy starali się stanąć na wysokości zadania, bywało, że kosztem swojego zdrowia, a nawet życia. Ci, którzy przetrwali trzy fale pandemii, są wypaleni i nie mają siły na dalszą walkę w systemie niepozwalającym bezpiecznie pomagać chorym i niebudującym zaufania między pacjentami a zaangażowanym w proces leczniczy personelem.

11 września 2021 r. przed Ministerstwem Zdrowia rozpoczął się kolejny protest pracowników ochrony zdrowia zorganizowany przez Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy. Mamy szansę wspólnie walczyć o godne warunki pracy i płacy, podwyższenie jakości świadczeń medycznych, poprawę ich dostępności oraz bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy przez wprowadzenie systemu *no-fault*. Trudno zaakceptować fakt, że musimy uciekać się do takich metod, ale lata doświadczeń dowodzą, że to jedyny sposób, aby wprowadzić postulowane przez nas zmiany. Tylko jako zjednoczone środowisko mamy szansę na sukces i poprawę naszej sytuacji, więc musimy uczestniczyć w manifestacji jak najliczniej. 11 września jest ostatnim momentem, aby przed nadejściem następnej fali pandemii zwrócić uwagę rządzących na nasze problemy. Frekwencja pokaże, jak bardzo zdeterminowani jesteśmy w walce o godność naszą i naszych pacjentów. ■





Fot. K. Bortyzel

# Déjà vu czy starość?

JAROSŁAW BILIŃSKI, członek Prezydium ORL w Warszawie

Mam 35 lat, a już kilka dobrych razy przytrafiło mi się mieć *déjà vu* w związku z wydarzeniami, które nie tyle wydawało mi się, że widziałem, ile realnie widziałem. Starsi koledzy na pewno wiedzą, o czym mówię, i zapewne zdecydowanie częściej widzą odgrzewane kotlety polityczne czy zrywy oddolne.

**11** września 2021 r. odbędzie się kolejny protest medyków inicjowany przez lekarzy rezydentów wraz z zapowiadającym „białym miasteczkiem”. Jest mi i przykro, i trochę się cieszę jednocześnie. Przykro mi dlatego, że sam cztery lata temu stałem na czele protestu i jego podwalinami było dokładnie to samo – poczucie, że tak nie da się dłużej pracować, że nie da się leczyć pacjentów godnie w istniejącym systemie ochrony zdrowia. Porozumienie Rezydentów, które miałem zaszczyt reprezentować, przetrwało, zmieniły się tylko kadry, mówi w nieco inny sposób, jest plastyczne i żyje. Obserwując to wszystko, młodzi lekarze, szczególnie ci, którzy do zawodu dopiero wchodzą, wyciągają takie same wnioski jak ja wówczas – albo wyjeżdżamy, albo przechodzimy do sektora prywatnego, albo coś z tym zrobimy sami. Każdy z nas miał, mam nadzieję, że nadal ma, ideały, wyobrażenia, jak powinna wyglądać praca lekarza, jak powinien przebiegać proces leczenia pacjenta, jak lekarz powinien radzić sobie z cierpieniem drugiego człowieka. Te ideały i wyobrażenia rozjeżdżają się kompletnie z rzeczywistością, szczególnie w polskim szpitalnictwie. Ciągłe braki – kadrowe, lekowe, sprzętowe, finansowe. Notoryczne wiszenie na telefonie, komputerze, ślęczenie nad papierami i proszenie wszystkich o wszystko. Stałe świecenie oczami – przed pacjentami, ich rodzinami, kolegami, opinią publiczną – za nieudomogi systemu. To nie może się udać. Jeśli pełna zapału osoba, ze zdobytą wiedzą, którą pragnie wykorzystać w praktyce, która przysięga sobie być najlepszym lekarzem, jakiego można sobie wymarzyć, zderza się z murem, musi się to skończyć co najmniej dużymi siniakami. Cieszę się zatem, że Porozumienie

Rezydentów przetrwało i w tym samym duchu co ja kiedyś – dobra pacjenta i zawodu – robi cokolwiek. Marazm i nabieranie wody w usta może bowiem zrujnować tkankę społeczną, w tym przypadku medyków.

Myszę sobie: „nic się nie zmieniło”. Praktycznie te same postulaty, te same nastroje, te same mechanizmy, te same zagrywki ze strony polityków. Ale rozmawiając ze znajomymi, słyszę, że zmieniło się bardzo dużo. My wówczas startowaliśmy z zupełnie innego poziomu. Obecnie świadomość społeczna, świadomość lekarzy jest o wiele większa. Zmieniły się paradygmaty – ludzie chcą żyć, chcą pracować, żeby żyć, a nie żyć, żeby pracować. *Work-life balance* to ładne określenie. Ale ta równowaga musi być ustalona na zdrowym poziomie. Na szczęście dociera to do coraz większej liczby lekarских głów.

Postulaty: wzrost nakładów na ochronę zdrowia przynajmniej do średniej UE lub OECD – oczywistość, bo brak takich nakładów realnie zadłuża nasz kraj. Wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych – oczywistość, spójrzmy tylko na rynek prywatny i państwowy. Spójrzmy, czym *de facto* jest NFZ z wyceną pracy ludzi – przykładem dumpingu, a nie ma zgody na grabienie ludzi w biały dzień – oczywistość. Poprawa warunków pracy – gdzie te sekretarki medyczne, gdzie asystenci medyczni? Oczywistość. Pacjent jako podmiot i nastawienie na opiekę zdrowotną opartą na wartościach, na skuteczności leczenia, na podmiotowości pacjenta, na wynikach, na dobru chorego! Gdzie to jest?

Kibicuję Wam, Koledzy, jestem cały czas z Wami, w końcu wszyscy jesteśmy pacjentami. A wiedząc, co jest po drugiej stronie kurtyny, boimy się podwójnie. Nie chcemy być leczeni w takich warunkach. Nikt z nas nie chce być leczony przez lekarza, który pracuje 26. godzinę albo ledwo podnoszącą głowę pielęgniarkę, która jest na trzecim dyżurze z rządu. Oby Wam się udało, oby doszło do przełomu. Marzę o tym, choć mam *déjà vu* albo po prostu jestem stary, obudziliście bowiem we mnie te same emocje. ■



Fot. L. Zych, „Polityka”

# Flirt polityki z głupotą

PAWEŁ WALEWSKI

Państwo nie może okazać słabości w konfrontacji z ruchami antyszczepionkowymi. Samo uznanie ich za terrorystów to za mało.

**Z**decydowanie i ostro Adam Niedzielski potępił podpalenie punktu szczepień i lokalnej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zamościu, ale to nie minister zdrowia w pojedynkę ma dawać odpór nasilającemu się protestom przeciwko szczepieniom.

Eskalację hejtu w mediach społecznościowych pod adresem lekarzy oraz innych osób nawołujących do tej formy uodpornienia należało potraktować jak zapowiedź aktów wandalizmu i fizycznej przemocy. Wtedy jednak rząd zdawał się flirtować z autorami tych wpisów (niestety przy kompletnej bierności opozycji), więc dlaczego nagle poczuł się zaskoczony skalą ich ofensywy? Tak się mści przesuwanie granic tolerancji dla wypowiedzi łamiących prawo i przekłamujących wiedzę naukową. Ludzie, którzy nagle poczuli się mocni na internetowych forach, udający autorytety (co akurat łatwe, bo nikt ich nie sprawdza), postanowili radykalnie zademonstrować swoje przekonania. Mają przecież cichych zwolenników wśród polityków, a z takim poparciem mogą już wszystko: maszerować po ulicach w paramilitarnych mundurach (jak w Katowicach, Głogowie czy Bydgoszczy), podpalać (w Zamościu), okładać pięściami (w Grodzisku Mazowieckim).

Kiedy posłanka Prawa i Sprawiedliwości Anna Siarkowska (wcześniej działaczka Młodzieży Wszechpolskiej) z posłem Januszem Kowalskim (również z PiS) w połowie lipca wtargnęli do Domu Dziecka w Nowym Dworze Gdańskim, rzekomo w celu wyjaśnienia kwestii szczepień tamtejszych nastolatków, było jasne, że antyszczepionkowcy dostali zielone światło na organizowanie podobnych widowisk. I 13 dni później w Domu Dziecka w Aleksandrowie Kujawskim pojawiła się delegacja już nie posłów z Warszawy, lecz członków Bydgoskiego Kamractwa Rodaków (skrajnie nacjonalistycznej bojówki z Kujaw), którzy wygrażali dyrektorze placówki i wykrzykiwali, że będzie mieć krew na rękach, jeśli zaszczepi dzieci przeciwko COVID-19.

Ale ruchy antyszczepionkowe najsilniej przyklejone są do konfederatów. Nie tylko dlatego, że Justyna Socha, prezeska Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP (czyli organizacji, która wbrew swojej nazwie szerzy raczej dezinformację na temat szczepień), od początku

tej kadencji jest asystentką społeczną Grzegorza Brauna, lidera partii Konfederacja Wolność i Niepodległość. Politycy tego ugrupowania od początku kwestionują

istnienie pandemii, a więc również potrzebę realizacji Narodowego Programu Szczepień (to nic, że narodowego!). Ale jedyne kary, jakie wobec nich zastosowano, polegały na kilkakrotnym wykluczeniu posła Brauna z obrad Sejmu, kiedy demonstracyjnie odmawiał założenia maseczki.

To jednak wcale nie przypadek, że antysystemowa partia populistów i eurosceptyków, nazywających się państwowcami (!), sympatyzuje z proepidemikami. Ich sceptycyzm wobec szczepionek jest zaledwie fragmentem większej całości, na którą składają się specyficzne poglądy członków tej partii i całej skrajnej prawicy. Janusz Korwin Mikke jakiś czas temu perorował (cytat za „Gazetą Wyborczą”): „*Jeżeli państwo może nam dzieci szczepić, to jutro może nam dzieci zabić. Tu chodzi o sprawy podstawowe, o to, czym różni się człowiek od bydła. Bydło można zaszczepić bez pytania go o zgodę, a człowieka nie. I dzieci należą do rodziców*”.

Setki tysięcy użytkowników mediów społecznościowych czyta codziennie internetowe wpisy polityków i słucha ich wypowiedzi. Nieliczni, niestety, potrafią je ocenić krytycznie. System jest tak skonstruowany, że wystarczy trafić do jednej bańki antyszczepionkowej, by nie móc się z niej wydostać – algorytmy Facebooka, Twittera i Instagrama potrafią świetnie odczytywać emocje delikwenta złapanego w sieć i proponują mu znajomych oraz treści dostosowane do jego oczekiwań. Po lekturze dyskusji na forach można tylko utwierdzić się w przekonaniu, że Bill Gates istotnie za pomocą szczepień chce wyludnić świat albo że jednym z efektów niepożądanych jest uszkodzenie genów. A jeśli nawet ktoś nie uwierzy w te absurdy, przekona go opinia sąsiadki, która przemijający ból ramienia lub dwudniową gorączkę nazwie najgorszym cierpieniem w życiu i odradzi ten „eksperyment”.

Dlatego każda decyzja uchylająca drzwi do głoszenia takich andronów zbiera żniwo. Utworzony w parlamencie kuriozalny Zespół ds. Sanitaryzmu, który sprzeciwia się obowiązkowym szczepieniom, musiał dostać pozwolenie od marszałkini Elżbiety Witek na szerzenie pseudonaukowych hipotez, więc antyszczepionkowcy zdobyli jeszcze jedno miejsce, by móc się bardziej rozpychać. I dobrze im to wychodzi. ■

Algorytmy Facebooka, Twittera i Instagrama potrafią świetnie odczytywać emocje delikwenta złapanego w sieć i proponują mu znajomych oraz treści dostosowane do jego oczekiwań.

”





Fot. K. Bartyzel

# Hejt

**Prof. JERZY BRALCZYK**

Nasz komputerowo wirtualny świat obfituje w zjawiska, które domagają się specjalnych nazw, bo i same są nowe i specjalne. Często, może dla zmniejszenia poczucia obcości, te nowe nazwy mają w sobie coś swojskiego, choć ich pochodzenie nie jest rdzenne. *Mysz* oswoiliśmy tłumaczeniem, *klik* przez *kliknięcia* i *klikania*, a w piśmie przez spolszczony zapis, wydaje się niektórym rdzennie polski. W innych słowach, także w wyniku zapisu, ale i przez dźwiękowe skojarzenia, również swojskość znaleźć można.

**B**ardzo więc sympatycznie brzmią *lajki*, choć po prawdzie powinny być *podobkami*, oznaczając coś, co się raczej nam podoba niż co już trwale lubimy. *Mejl* zapisujemy już zwykle ze staropolskim *ej* w środku, co tu może się wydać bardzo na miejscu. Takie samo *ej* ułatwia nam jednak osvajanie zjawisk gorszych, takich jak *fejki* i *hejt*. *Fejki* zdają się nam kłamstwami niejako przez Internet zinstytucjonalizowanymi, tak w tej przestrzeni, pełnej nie zawsze potrzebnej swobody, jest i już. A w *hejcie*, w którym mamy nawet całe *hej*, może nam się fonetyczna i graficzna forma wydać niebezpiecznie swojska.

*Hejt* to z jednej strony zjawisko społeczne, z drugiej – konkretne działanie, a nawet jego owoc: wpis, tekst, który pozostaje, intencjonalnie szkodząc komuś, obrażając, dręcząc. Jako zjawisko *hejt* jest społecznie groźny, bo zwiększa powszechną agresję, jako działanie zaś – wyjątkowo wredny, a przez nazwę niestety trochę tej wredności się pozbywające. Niedawno jeden z moich studentów bez specjalnego zażenowania nazwał siebie *hejterem*. Widać pomyślał, że można.

Ale... jak *hejtera* nazwać? Przecież nie *nienawistnikiem*! *Hejt* to nie to, co nienawiść, choć brzmi jak angielskie *hate*. Ponure i groźne uczucie nienawiści ma w sobie trochę powagi,

nie raz nawet intelektualnie atrakcyjnej tajemniczości, a *hejt* to podłe działanie, tym bardziej obrzydliwe, że anonimowe, zatem, jak myślą *hejterzy*, bez konsekwencji dla nich samych. To pełne agresji dręczenie, złudnie dowartościowujące czasem zakompleksionych, czasem sadystycznych *hejtujących* kosztem *hejtowanych*.

*Hejt* ma w polszczyźnie sporą rodzinę słów, już tu wcześniej użytych, a także frazeologię, która jak zazwyczaj korzysta z metaforyki. Wiemy więc, że *hejt* ma płynną konsystencję, bo jego *strugi wylewają się*. Z pewnością ma to coś wspólnego z tak ohydnyymi cieczami jak *pomyje*, też występujące w postaci słów. Obiekty *hejtu* są zwykle zwane *ofiarami*, pewnie ze współczucia, nie jestem jednak pewien, czy to im się podoba.

Kłopot, że nie ma w polszczyźnie słowa, które oddawałoby całe plugastwo *hejtu*. Ale może to dobrze świadczy o naszym języku... ■

”  
Ale... jak *hejtera* nazwać? Przecież nie *nienawistnikiem*! *Hejt* to nie to, co nienawiść...

”

**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](mailto:sekretarz@oilwaw.org.pl)**



Fot. K. Bartyzel

# Wprost i nie wprost

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

Dzień w dzień słucham dziesiątek lekarskich opowieści w gabinecie, w izbie, odnajduję je w przepastnych czeluściach Internetu. Często pełne są agresji, przemocy, hejtu. Co mnie w relacjach lekarzy najbardziej zadziwia? Że marnie nam idzie rozpoznawanie przemocowych zachowań, że nie widzimy ich u innych, ale też u siebie. Mylimy krytykę z hejtem, żart z bierną agresją. Można odnieść wrażenie, że jesteśmy przyzwyczajeni do tego, że komunikacja międzyludzka jest agresją nasycona do granic możliwości, i traktujemy to jak normę.

**D**laczego tak jest? Istnieją badania wskazujące na to, że osoby wybierające zawody „pomocowe” częściej niż inni mają za sobą trudne przeżycia z dzieciństwa – przemoc, zaniedbanie, dorastanie w dysfunkcyjnym domu. Z jednej strony taki *wounded healer* („zraniony uzdrowiciel”) chce naprawiać świat, dać innym to, czego sam nie dostał, z drugiej jednak może mieć zniekształcone poczucie normy w interakcjach międzyludzkich. Jego wzorzec relacji był zniekształcony, dysfunkcyjny, jako dziecko musiał się do tego wzorca dostroić, włączając go w swój psychologiczny „*software*”. W efekcie np. jeśli doświadczałam jako dziecko przemocy fizycznej czy wulgarnej przemocy werbalnej ze strony rodzica, nie będę traktowała uporczywej złośliwości kolegów czy ciągłego ironizowania szefa na mój temat jak przemocy. Ot, żarty, ludzie mają różne poczucie humoru.

Z kolei w relacjach z pacjentami wchodzimy w rolę „tego, który ma być mądry, odpowiedzialny, rozumiejący, profesjonalnie opanowany”. Staramy się rozumieć frustracje, nie brać ataków do siebie, mamy wrażenie, że próby obrony z naszej strony mogą naruszać tajemnicę lekarską, nasz profesjonalny wizerunek, spowodują zejście z wyżyn lekarskiego etosu na

poziom chamskiego wyklócania się (tak jakby nie było nic pomiędzy!). No i jesteśmy już przyzwyczajeni do ciągłego obrywania za niedomogi systemu... Co tu dużo mówić: w stawianiu granic i bronieniu się przed przemocą i agresją nie jesteśmy mistrzami.

Od czego zacząć, by to zmienić? Mogłabym tutaj przytoczyć głębokie psychologiczne przemyślenia o dynamice relacji, przepracowywaniu dziecięcych traum, stylach przywiązania, skorzystać z własnych doświadczeń zarówno w roli psychoterapeuty, jak i beneficjenta procesu psychoterapii. Może kiedyś do tego wrócę, bo uważam psychoterapię za świetne narzędzie rozwoju, a mój entuzjazm podziela większość osób, którym terapię zasugerowałam. Ale to nie dziś.

## Agresja, przemoc, hejt

Chcę zacząć od podstaw. To, o czym piszę, powinno być w programie nauczania w szkole podstawowej, średniej, na studiach, bo to narzędzia, bez których trudno cokolwiek w sprawie przemocy i cyberprzemocy zrobić. Czas uzupełnić luki systemu edukacji.

**Agresja** – zachowanie skierowane na zewnątrz lub do wewnątrz, mające na celu spowodowanie szkody fizycznej lub psychicznej, intencjonalne lub nie. Według niektórych jest naturalnym aspektem natury ludzkiej, a nasza dojrzałość przejawia się tym, że mimo odczuwania agresywnych popędów nie realizujemy agresywnych zachowań. Istnieje również koncepcja, że każda agresja poprzedzona jest frustracją, czyli niemożnością zrealizowania jakiejś potrzeby lub osiągnięcia celu, szczególnie jeśli cel jest ważny, był bliski osiągnięcia, a przeszkody nagłe i niezrozumiałe. Frustracja zwiększa gotowość do reakcji agresywnych oraz siłę zachowań agresywnych.

**Przemoc** – jest intencjonalnym wywieraniem wpływu na myślenie, zachowanie i stan fizyczny osoby, na którą ten wpływ jest wywierany, w celu uzyskania czegoś bez jej przyzwolenia. Według pracowników Niebieskiej Linii w przemocy mamy do czynienia z przewagą jednej strony nad drugą (sprawcy nad ofiarą), co odróżnia ją od agresji, gdzie relacja jest zrównoważona. Szeroka definicja WHO mówi, że przemoc to „celowe użycie siły fizycznej lub władzy, sformułowane jako groźba lub rzeczywiście zrealizowane, skierowane przeciwko samemu sobie, innej osobie, grupie lub społeczności, które prowadzi do wysokiego prawdopodobieństwa spowodowania obrażeń cielesnych, śmierci, szkód psychicznych, wad rozwoju lub braku elementów niezbędnych do normalnego życia i zdrowia”. Istnieją różne rodzaje przemocy: fizyczna, psychiczna, ekonomiczna, seksualna, cyberprzemoc.

**Cyberprzemocy** sprzyja (pozorna) anonimowość, nieograniczona „publiczność”, brak potrzeby konfrontacji oko w oko, brak ograniczeń czasowych i przestrzennych (ofiara nie ma możliwości ucieczki), efekty wynikające z psychologii tłumu (rozmyta odpowiedzialność, syndrom myślenia grupowego). W przypadku cyberprzemocy pacjentów wobec lekarzy dodatkowym utrudnieniem jest obowiązek przestrzegania przez nas tajemnicy zawodowej.

**Hejt** – to obraźliwe, agresywne, wrogie wypowiedzi, głównie w Internecie. To wyzwiska, obrzucanie błotem, grożenie, obraźliwe wyśmiewanie. Ale nie każda krytyczna opinia pacjenta o lekarzu jest hejtem! Może być pomówieniem, jeśli zawiera nieprawdziwe informacje lub jest napisana przez kogoś, kto pacjentem danego lekarza nie był. Lecz to nie to samo, co hejt.

**Agresja bierna (pasywna)** – agresja wyrażana nie wprost. Niestety, jest wśród nas bardzo popularna... Osoba bierno-agresywna unika konfrontacji, a swoją złość wyraża przez obrażanie się, celowe ignorowanie, wzbudzanie poczucia winy, sabotowanie działań, krytykanctwo i narzekanie, drobne uszczypliwości, nadużywanie sarkazmu i ironii, wypowiedzianie pozornych komplementów będących w istocie zawołanym atakiem. Zachowania bierno-agresywne mogą wywołać złość i agresywne reakcje drugiej strony, co oczywiście przez biernego agresora zostanie zauważone, wypunktowane i utwierdzi go na pozycji „biednej ofiary innych”. Pozornie osobie bierno-agresywnej nie można przypisać agresywnych zachowań, bo to tzw. agresja w białych rękawiczkach – ukryta, a jednak działająca, raniąca, wyrządzająca szkodę.

## Krytyka i asertywna komunikacja

Zostawmy już ciemne strony ludzkich interakcji i zajmijmy się tym, co pomaga nam się rozwijać, uczyć, budować, stać się lepszymi.

Krytyka, bo o niej mowa, jest niezbędnym elementem myślenia, analizą oraz oceną pozytywnych i negatywnych aspektów zjawiska, przedmiotu, zdarzenia. By jednak krytyka była krytyką, a nie agresją czy hejtem, musi spełniać kilka warunków. Według filozofa Daniela C. Dennetta:

„»Reguły Rapaporta« – przepis na udany komentarz krytyczny:

- ▶ Powinieneś wyrazić stanowisko swojego przeciwnika tak jasno, dokładnie i sprawiedliwie, aby powiedział: „Dziękuję, żałuję, że nie pomyślałem, aby ująć to w ten sposób”.
- ▶ Powinieneś wyliczyć wszystkie punkty sporne (zwłaszcza jeśli nie są przedmiotem ogólnej czy powszechnej zgody).
- ▶ Powinieneś wspomnieć o wszystkim, czego nauczyłeś się od swego przeciwnika.

Tylko wtedy masz prawo wypowiedzieć choćby jedno słowo krytyki lub podjąć próbę odrzucenia krytykowanego stanowiska”.

Przytoczone zasady można zastosować, gdy np. kolega prosi nas o poradę w sprawie trudnego pacjenta, zamiast rzucać z pogardą „to wstyd tak leczyć!” (a komentarze w takim stylu niestety regularnie pojawiają się na zamkniętych lekarskich grupach w mediach społecznościowych). Jednak w codziennym życiu często potrzebujemy krótko zakomunikować komuś, że robi coś, co nam się nie podoba, co nam przeszkadza albo nas boli. Jak postawić granicę, jak reagować na agresję, by jej nie eskalować, by samemu nie zachowywać się agresywnie?

Komunikat „ja” jest podstawowym narzędziem świadomej, asertywnej komunikacji. Umożliwia postawienie granicy, zatrzymanie agresywnych komunikatów, a nie jest ani agresją, ani uległością. Jest komunikatem wprost, w skrócie polega na tym, by mówić, co się dzieje z nami w reakcji na czyjeś zachowanie. Komunikat zbudowany jest z kilku części:

1. Opis moich uczuć
2. Konkretny opis zachowania drugiej osoby
3. Opis konsekwencji dla mnie
4. Jakiego zachowania oczekuję?

Jak to wygląda w praktyce? Zamiast: „Proszę mi tu nie krzyczeć, nie życzę sobie! O co chodzi?” można powiedzieć: „Czuję się przytłoczona i zdenerwowana, gdy pani na mnie krzyczy, i trudno mi zrozumieć, na czym polega pani problem. Będzie mi łatwiej pani pomóc, jeśli spróbuje pani wytłumaczyć po kolei, co się stało”.

O komunikacji asertywnej, nieagresywnej i nieuległej będziemy mówić podczas obchodów Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego w OIL w Warszawie 23.10.2021. Będą wykłady (o komunikacji, depresji, wypaleniu, śnie, stresie pourazowym), warsztaty relaksacyjno-ruchowe, treningi balintowskie, spotkania z terapeutkami, a także okazja do porozmawiania przy kawie o nas i naszym lekarskim zdrowiu. Rezerwujcie termin i przybywajcie! ■

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



# Hejt ma dwa końce

ADRIAN BOGUSKI

Nienawistne komentarze w Internecie mają ogromną moc. W okamgnieniu przepełniona negatywnymi emocjami ocena lekarza, który przecież powinien pomóc a zaszkodził, rozchodzi się po kolejnych forach, portalach medycznych i kontaktach w mediach społecznościowych. Niestety, mało który użytkownik Internetu zastanowi się nad słusznością obraźliwego wpisu lub komentarza. W najlepszym przypadku pominię go, nie zareaguje na obraźliwą treść. Ale inny internauta polubi, udostępni albo dopisze kiedyś zasłyszana historię ze złym lekarzem w roli głównej. Wszystko pozornie w imię walki o dobro i sprawiedliwość. Taki komentator często nie zdaje sobie sprawy, że on sam lub ktoś z jego bliskich może ponieść konsekwencje bezmyślnego hejtowania. I nie chodzi wyłącznie o wyrok sądu.

## Zdrowie a system

**Z**drowie jest najważniejsze. Jak człowiek jest zdrowy, wszystko może osiągnąć – powtarzamy na każdym rodzinnym spotkaniu i wszyscy się z tym zgadzamy. Ze sprawami zdrowotnymi wiążą się bardzo silne emocje. Kiedy pacjent obawia się o stan swojego zdrowia, udaje się do lekarza, w którym pokłada nadzieję na opiekę, poświęcenie czasu, a przede wszystkim na wskazanie remedium na dolegliwość. Skupienie na własnej chorobie i perspektywa wyzdrowienia przysłaniają mu nieco realny ogląd rzeczywistości. A rzeczywistość systemu ochrony zdrowia, w której na co dzień funkcjonują medycy, to dwie różne perspektywy. – *Dla pacjenta jego problem jest najważniejszy na świecie. Lekarz, z którym się spotyka, miał nocny dyżur, w przy-*



*chodni może poświęcić pacjentowi 10 min, a ten jest jego 30. dnia. Pracuje więcej niż powinien, przed chwilą dostał reprimendę od szefa albo wyklócał się przez telefon z innym lekarzem o przyjęcie innego chorego do specjalistycznej placówki medycznej. Wówczas zaczyna brakować przestrzeni na coś więcej niż wiedza i doświadczenie w spotkaniu z pacjentem. Oczywiście, nie usprawiedliwiam takich sytuacji, lecz patrząc z perspektywy lekarza, zdaję sobie sprawę, że do takich sytuacji może dochodzić – wyjaśnia lek. Magdalena Flaga-Luczkiwicz, psychiatra, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów ORL w Warszawie.*

Trudno podejrzewać, że pacjent po jednej wizycie, podczas której zetknął się z zimnym profesjonalizmem lekarza, opíše swoje rozczarowanie w Internecie lub zawiadomi kierownictwo placówki, w której podjął leczenie. Decyzja o publicznym wyrażeniu swojego niezadowolenia z wizyty często dojrzewa po kolejnych przykrych doświadczeniach, niekoniecznie wynikających z kontaktu z lekarzem. Wówczas nawet podczas wizyty, która spełnia jego oczekiwania, drobna niedogodność może przelać czarę goryczy. – *Sytuacje kończące się konfliktem stanowią wierzchołek góry lodowej. Każda strona ma swoje przeżycia i emocje nadbudowywane przez lata – komentuje lek. Magdalena Flaga-Luczkiwicz. – Problem stanowi również fakt, że lekarz jest swoistą „wypustką systemu”. Nagromadzona przez pewien czas frustracja wywołana kolejkami, złymi warunkami i nieprzyjemnymi doświadczeniami pacjenta wylewa się właśnie na lekarza.*

Zdecydowany na zakomunikowanie swojego niezadowolenia pacjent nie od razu staje się hejterem. W jego internetowym wpisie dominują jednak negatywne emocje, a nie wyważona ocena z podkreśleniem, że to prywatna opinia. Media internetowe wymagają dziś krótkich i mocnych wypowiedzi. A to sprzyja pobudzaniu kolejnych reakcji. – *Każdy ma prawo wyrażenia opinii. Tylko te opinie są zazwyczaj stwierdzeniami faktów: „złe mnie potraktował, złe mnie leczył”. Pojawia się wobec tego pytanie, na jakiej podstawie pacjent tak twierdzi. Nawet jeżeli intencja wpisu jest dobra, bo piszący chce przestrzec innych, wcale nie wiadomo, czy rzeczywiście jest przed czym przestrzegać. Nie mają tutaj znaczenia rzeczywiste kompetencje lekarza, lecz emocje kierujące pacjentem. Właśnie pod takimi wpisami, które same w sobie nie są hejtem, ale brak w nich przesłanek merytorycznych potwierdzających ich słuszność,*

pojawiają się wypowiedzi zawierające hejt. Ludzie udostępniają sobie ten wpis, ktoś miał negatywne przeżycia w kontakcie z lekarzem, ktoś coś słyszał i śnieżna kula nienawistnych komentarzy zaczyna się toczyć. Następnie ci użytkownicy wchodzi na konta internetowe lekarzy na znanym portalu i oceniają medyków, których nigdy nie spotkali – mówi mec. Aleksandra Powierża z Kancelarii Adwokacko-Radcowskiej Podsiadły-Gęsikowska, Powierża, współpracującej z OIL w Warszawie m.in. w ramach projektu „Prawnik dla lekarza”.

## Internet – pole bitwy

Chęć zweryfikowania przeczytanej informacji szybko wyprą nagromadzone emocje, poczucie niesprawiedliwości i gotowość do walki w imię dobra. Umysł odbiorcy takiego wpisu nasunie inne zasłyszane historie z lekarzem w negatywnej roli i zmotywuje do walki ze „zdeprawowanym” środowiskiem. „Przyjęcie specyficznej roli »wojownika« wzmacnia poczucie własnej wartości i sprawczości. Jest wyborem atrakcyjnym, ponieważ sprzyja zaspokojeniu potrzeby przynależności i określa cel: walkę z wrogiem politycznym lub ideologicznym. Jest również łatwo dostępny. (...) Agresja przestaje być czymś zakazanym, ponieważ na wojnie dozwolone są wszystkie rozwiązania. W wielu przypadkach geneza internetowej agresji jest więc makiaweliczna: cel uświęca środki. Nienawiść internetowych »wojowników« jest wyraźna tym łatwiej, im szerzej i głębiej zachodzi u nich proces dehumanizujący ofiarę czy ofiary. Hejterzy dokonują bardzo wielu kognitywnych reinterpretacji, aby było im łatwiej jednoznacznie i deprecjonująco określić wroga” – napisał psycholog nowych technologii SWPS dr Jakub Karaś w komentarzu eksperckim pt. „Nowe imię nienawiści: hejt” na łamach portalu Uniwersytetu Humanistycznospołecznego.

Internet staje się wymarzoną polem bitwy do wytaczania działań nienawiści. Komentarze, które lekarze lub osoby zainteresowane zagadnieniem naruszania dobrego imienia środowiska lekarskiego zgłaszają do Zespołu ds. Hejtu (hejt@oilwaw.org.pl), działającego w ramach Zespołu ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia przy OIL w Warszawie, zapewne brzmiałyby inaczej, gdyby ich autorzy mieli wygłosić je podczas spotkania z lekarzem twarzą w twarz. – W Internecie więcej wolno. W jego przestrzeni wszyscy mówią sobie na „ty”. W związku z tym łatwiej uderzyć w kogoś, kogo na ulicy by się nawet nie zaczęło – podkreśla Magdalena Flaga-Łuczkiwicz.

Ważnym czynnikiem zachęcającym do poszukiwania „sprawiedliwości” drogą internetowych wpisów jest szybkość otrzymania odpowiedzi, mimo niewielkiego wysiłku. Pacjenci bowiem posiadają narzędzia prawne, które pomagają im w dochodzeniu swoich praw i pociągnięciu do odpowiedzialności lekarza, który naruszył zasady etyki czy sztuki wykonywania zawodu. – *Gdy pacjent uważa, że lekarz popełnił błąd w leczeniu, może złożyć skargę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej albo napisać do rzecznika praw pacjenta. Może skierować sprawę do prokuratury, jeśli uważa, że doszło do popełnienia przestępstwa. Postępowanie przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej lub zgłoszenie sprawy do prokuratury są bezpłatne* – wyjaśnia mec. Aleksandra Powierża. Wymienione środki wymagają jednak od pacjenta jasnego postawienia sprawy i szczerą chęć udowodnienia nieprawidłowości. Ale wówczas jego przypadek może nie nabrać rozgłosu, nie wzbudzić sensacji i nie wywołać takiego wsparcia jak zamieszczenie emocjonalnego wpisu w mediach społecznościowych.



Zgłoszenia wpływające do elektronicznej skrzynki izbowego Zespołu ds. Hejtu najczęściej dotyczą niecenzuralnych, obraźliwych i godzących w dobre imię lekarza lub całego środowiska lekarskiego komentarzy, pisanych pod postami w mediach społecznościowych, lub wpisów na różnych forach opublikowanych przez niezadowolonych pacjentów po wyjściu z gabinetu. Zdaniem Michała Gontkiewicza, przewodniczącego Zespołu ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia, w komentarzach użytkownicy Internetu niecenzuralnie

i obraźliwie opisują rzekomo własne historie przykrych spotkań z lekarzami, często nawołując do reakcji pozostałych internautów. Niekiedy jednak pretekst do napisania nienawistnego komentarza stanowią artykuły, publikowane przez znane portale informacyjne dla wzbudzenia sensacji, godzące w grupę lekarzy i niezgodne z wiedzą medyczną. Obecnie takie komentarze najczęściej dotyczą pandemii i szczepień przeciwko COVID-19. Oto kilka z nich w oryginalnej pisowni:

*„Na co jeszcze te dziady czekają po wszczępieniu ludzi?!?! Dopiero się zacznie!!! Ludzie budźmy się! U nas nie wystarczy walić w patelnię jak w Danii, tych trzeba od razu powiesić!”.*

*„Jesteście zwykłymi mordercami, którym nie chce się pracować, tylko kasę brać za nic. Idioci z nadmiarem ego”.*

„J... s... odpowiecie k... j... za uśmiercanie ludzi w karetkach. Składki bierzecie, ludziom nie pomagacie. (...) Ludzie umierają sami w szpitalach, bo te k... uśmiercają ludzi, szczególnie starszych, mało tego, rodziny nie mogą odwiedzać bliskich. Ludzie k... ruszcie na tą Warszawę”.

Na takie i wiele podobnych wpisów reaguje izbowy zespół, którego członkowie zarówno sami wyszukują w Internecie naruszające dobre imię lekarzy treści, jak i przyjmują zgłoszenia pokrzywdzonych medyków. – *Zawsze w pierwszej kolejności ustalamy tożsamość autora wpisu i działamy polubownie, czyli wzywamy do usunięcia komentarza w ciągu 24–48 godzin. Kiedy jednak zawiera on groźby karalne, bez względu na reakcję autora prowadzone są dalsze kroki prawne w celu ochrony dóbr osobistych pokrzywdzonego, dobrego imienia zawodu i dobra ogólnego środowiska lekarzy. W przypadku artykułów godzących w środowisko lekarskie razem z rzecznikiem praw lekarza OIL w Warszawie staramy się niezwłocznie interweniować. Kierujemy sprawę do Rady Etyki Mediów bądź do redakcji z prośbą o sprostowanie lub opublikowanie głosu przeciwnego, żeby artykuły nie były stroniczne* – mówi Michał Gontkiewicz.

Egzekwowanie usunięcia nienawistnych wpisów jest trudne szczególnie wtedy, gdy pojawiły się w największych i najpopularniejszych serwisach społecznościowych, takich jak Google czy Facebook. Wówczas, jeżeli autor wpisu nie zgodzi się na jego usunięcie, post lub komentarz może na długo pozostać w Internecie. Rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie Monika Potocka przyznaje: – *Przedstawiciele prawni Facebooka i podobnych portali mają siedziby poza granicami Polski, co znacząco utrudnia egzekwowanie usunięcia obraźliwych treści. Nie reagują na pisma przesyłane przez RPL.*

W takim przypadku jedynym rozwiązaniem pozostaje wkroczenie na drogę postępowania cywilnego lub karnego. Obecnie Komisja Europejska pracuje nad regulacjami dotyczącymi skutecznej ochrony dóbr osobistych na portalach społecznościowych o największym zasięgu i wypracowuje środki, które wzmocnią pozycję takich organów jak Okręgowy Rzecznik Praw Lekarza w sprawach związanych z żądaniem usunięcia godzących w dobre imię środowiska lekarskiego wpisów.

Warto przypomnieć, że Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie razem z rzecznikiem praw lekarza podejmuje działania w obronie dobrego imienia środowiska lekarskiego. W sprawach dotyczących naruszania dobrego imienia konkretnej osoby izbowi prawnicy służą pomocą w przygotowaniu do procesu. Niekiedy jednak – mimo wkroczenia na drogę prawną w oparciu o kodeks karny lub cywilny – sprawy sądowe przynoszą znikomy efekt. To nie oznacza jednak, że należy zrezygnować z walki z hejtem. – *Czasami sprawa zostaje zakończona, ponieważ sąd uznał, że szkodliwość społeczna czynu jest znikoma i, choć naruszenie dóbr zostało stwierdzone, autor wpisu poniesie niewielkie konsekwencje. Lekarze jednak nie powinni się poddawać, tylko zgłaszać wszelkie naruszenia ich dobrego imienia. Im więcej zgłoszeń będzie trafiać do orga-*

*nów ścigania, tym bardziej prawdopodobne stanie się, że pacjenci zastanowią się, zanim napiszą obraźliwy komentarz – twierdzi mec. Aleksandra Powierża.*

Aby jednak lekarze zgłaszali naruszenia ich dóbr osobistych, powinni mieć poczucie, że nie będą w dochodzeniu swoich praw osamotnieni. Tymczasem wielu medyków trudno znaleźć wsparcie we własnym środowisku. – *Lekarz*

Obecnie Komisja Europejska pracuje nad regulacjami dotyczącymi skutecznej ochrony dóbr osobistych na portalach społecznościowych o największym zasięgu i wypracowuje środki, które wzmocnią pozycję takich organów jak Okręgowy Rzecznik Praw Lekarza w sprawach związanych z żądaniem usunięcia godzących w dobre imię środowiska lekarskiego wpisów.



*przeciwdziałania hejtowi, zgłosiła się do niej, jest tego przykładem. Warto podkreślić, że nawet jeżeli sprawy dotyczące naruszeń dobrego imienia lekarzy często nie kończą się zasądzeniem kompensacyjnym dla poszkodowanych, lekarz zyskuje poczucie bezpieczeństwa. Ma przeświadczenie, że nie został pozostawiony sam sobie, ale że ktoś rozumie jego problem i spieszy z pomocą. W tym wymiarze nierówne traktowanie słów pacjenta i lekarza (w znakomitej większości*



*przypadków korzystne dla tego pierwszego) niejako zostaje zniwelowane – podkreśla mec. Przemysław Rawa-Kłoczek, współpracujący z OIL w Warszawie m.in. w sprawach naruszeń dóbr osobistych lekarzy.*

## Tajemnica lekarska wobec hejtu

Dosyć sztywne przepisy o zachowaniu tajemnicy lekarskiej również stanowią problem. Lekarz usiłujący odeprzeć oskarżenia pacjenta ryzykuje posądzeniem o naruszenie przepisów z art. 40 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty

i naraża się na ostracyzm. W takiej sytuacji znalazła się wiosną lek. Anna Wardęga, która usiłowała odnieść się do oskarżeń pacjentki i zrównoważyć ekspresyjny, obraźliwy opis wizyty. Mimo to skrytykowano ją za naruszanie wspomnianych przepisów.

*– Nie możemy ujawnić pewnych informacji, nawet jeśli wiemy, że to, co mówi pacjent, jest kłamstwem. Według przepisów mogłoby to oznaczać upublicznienie elementów procesu diagnostyczno-terapeutycznego lub informacji medycznych o pacjencie – komentuje Michał Gontkiewicz.*

Mec. Powierża zaznacza jednak, że potrzebna jest dyskusja na temat zachowywania tajemnicy lekarskiej w momencie, kiedy naruszane są dobra osobiste medyków: *– Lekarz de facto nie ma możliwości odparcia zarzutów, choć tajemnica została ujawniona przez pacjenta w internetowym wpisie. Technika poszła do przodu i aktualne przepisy nie przystają do rzeczywistości, w szczególności tej internetowej. To bardzo duży problem dla środowiska lekarskiego. Powinniśmy rozpocząć debatę o zmianie prawa, która w przypadkach naruszeń dobrego imienia lekarza w określonym zakresie zwalniałaby z zachowania tajemnicy lekarskiej w celu ochrony jego dóbr osobistych.*

Brak możliwości bezpośredniego odparcia zarzutów, które często podsycane są emocjami i powtarzane przez internetowych obserwatorów skarżącego się pacjenta, może silnie wpłynąć na samoocenę lekarza. Bardzo wyraźnie mówiła o tym lek. Anna Wardęga, która po zmierzeniu się z falą hejtu dostała zwolnienie i musiała podjąć proces odbudowywania swojej kondycji mentalnej. We współpracy z innymi lekarzami walczącymi z mową nienawiści zainicjowała kampanię medialną „Wylecz nienawiść”. Inicjatywa promuje aktywną postawę środowiska medycznego w sprawach przeciwdziałania hejtowi. Polega m.in. na publikowaniu w facebookowej grupie porad prawnych, dotyczących sposobów walki z agresją, po które może sięgnąć poszkodowany medyk.

Rozpowszechniane w Internecie wpisy szkodzą nie tylko poszczególnym lekarzom, lecz także podważają zaufanie do całego środowiska. *– Walcząc z hejtem, musimy pamiętać o dobru pacjenta. Obniżenie już wielokrotnie nadszarpniętego zaufania prowadzi do trudności i pogorszenia jakości procesu diagnostyczno-leczniczego. Nienawistne komentarze to nie jest tylko wymiana ciosów między oskarżycielem a osobą, która jest oczerniana, ale działanie na niekorzyść pacjentów przez dalsze obniżanie zaufania do zawodów medycznych – mówi lek. Michał Gontkiewicz.*

Hejter-wojownik, który według Agencji Badań Rynku i Opinii SW Research ma od 16 do 24 lat (73 proc. hejtujących), być może nie przejmuje się jeszcze stanem swojego zdrowia i nie potrzebuje zbyt często porady lekarskiej. Powinien jednak pamiętać, że atak na środowisko lekarskie lub konkretnego lekarza może odbić się na jego bliskich. Zastraszeni roztrząsaną przez niego wizją lekarzy-morderców-darmozjadów-konowalów, w momencie decydującym o ich zdrowiu zrezygnują z pomocy lekarza... ■



Fot. R. Gorzalski

# Protest o wszystko

KAROLINA KOWALSKA

Na 11 września medycy zapowiadają wielki protest i pierwsze od 14 lat „białe miasteczko”. Co pchnęło ich do wyjścia na ulice tuż przed kolejną falą pandemii?

**M**ają na koncie rewolucję: podwyższenie nakładów na ochronę zdrowia, zwiększenie wynagrodzeń lekarzy rezydentów do poziomu, który pozwala im przeżyć i utrzymać rodzinę, zmiany w systemie kształcenia. Teraz, po pięciu latach od wielkiej manifestacji, dzięki której o ich postulatach usłyszała cała Polska, i po głódówce, która obaliła niechętnego im ministra, znów wychodzą na ulice. Zapowiadają „ostatni protest w ochronie zdrowia”, którego nie skończą, póki ich postulaty nie zostaną przyjęte. Żądają podniesienia nakładów na ochronę zdrowia do 8 proc. PKB, zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy oraz likwidacji kolejek. Żeby zrozumieć, dlaczego uciekają się do kolejnego protestu, trzeba prześledzić historię protestów z ostatnich pięciu lat.

Jest rok 2015. Formacja, która chciała „*wziąć lekarzy w kamasze*” (słowa Ludwika Dorna z 2007 r.), czyli PiS, jeszcze nie odzyskała władzy, za to rządząca od siedmiu lat PO nieszczególnie przejmując się losem lekarzy. Jedyną „jaskółką” jest zwiększenie liczby miejsc rezydenckich przez ówczesną premier Ewę Kopacz. Złóśliwi szeptali, że zrobiła to dla swojej córki, która rok później rozpoczęła rezydenturę na położnictwie i ginekologii. Wiele wskazuje na to, że był to raczej element kampanii wyborczej.

Ale prócz tych zachęt rząd PO ma też pomysł, jak zatrzymać lekarzy w Polsce i zmniejszyć odpływ rezydentów z małych placówek na rubieżach do dużych ośrodków klinicznych. Mają nie zmieniać nie tylko

specjalizacji, ale i województwa, w którym odbywają szkolenie. Ewa Kopacz chce też skrócić okres kształcenia – zlikwidować staż podyplomowy, a praktyki przenieść na szósty rok studiów.

Nic dziwnego, że w Internecie wrze. Na Facebooku powstaje grupa „Stop zmianom w specjalizacjach”. Ewa Kopacz pragnie przypodobać się elektoratowi, ale jedyne, co osiągnie, to bunt środowiska. Szczególnie rezydentów, którym do marnych zarobków mają dojsć kolejne problemy. Bo lekarze naprawdę zarabiają marnie. Przez 13 miesięcy stażu medyk dostaje 2007 zł, na rezydenturze około 2300 zł brutto. Za godzinę dyżuru rezydent otrzymuje 16 zł, w najlepszym razie 20 zł brutto. Mniej niż kasjer w dyskoncie, od którego nie wymaga się nawet matury. Pensja rezydenta nie starcza na wynagrodzenie dla opiekunki do dziecka.

Rezydenci chcą z tym skończyć. Damian Patecki, rezydent anestezjologii z Łodzi, i Krzysztof Hałabuz z Warszawy, szkolący się na chirurga ogólnego, postanawiają reaktywować Porozumienie Rezydentów OZZL, aktywne w „białym miasteczku” w 2007 r. Zakładają facebookowy profil PR i przyjmują do grupy po kilkaset osób dziennie (dziś liczy ona 37 tys. członków). W listopadzie Damian Patecki jedzie na zebranie Zarządu Krajowego OZZL w Bydgoszczy i przedstawia pomysł. Zostaje przyjęty entuzjastycznie. Przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel podpowiada, by młodzi zaczęli od „adopcji posłów”, przekonywania ich do swoich racji. Akcja, prowadzona od stycznia do marca 2016 r., ma głównie wydźwięk informacyjny.

Pozostaje niemoc. Rezydenci myślą, że czas wyjść na ulice – w końcu ukraińska pomarańczowa rewolucja też zaczęła się od akcji na Facebooku. Katarzyna Pikulska, rezydentka ortopedii ze szpitala w Lublinie, podpowiada, że trzeba „*podpaść opony pod Ministerstwem Zdrowia*”.

18 czerwca 2016 r. kilka tysięcy lekarzy przechodzi z Miodowej pod Sejm. Lekarze znów są widoczni, jak podczas strajku anestezjologów w latach 90. XX w. Niosą transparenty z hasłami: „*Zdrowie Polaka w cenie Big Maca*” i „*Dobro rezydenta – dobrem pacjenta*”. Media zaczynają rozumieć słowo „rezydent” i interesować się losem młodych lekarzy.

Konstanty Radziwiłł, od połowy listopada 2015 r. minister zdrowia, rozumie już, że z młodymi nie ma żartów. Ale do końca swoich rządów będzie demonstracyjnie okazywał im lekceważenie.

Manifa robi wrażenie, jednak w sprawie lekarskich zarobków i oplakanych warunków w systemie ochrony zdrowia nie dzieje się nic. Politycy znów mają ważniejsze sprawy. Damian Patecki, Krzysztof Hałabuz i obecny prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski dostają zaproszenie od prezydenta Dudy, który tylko rozkłada ręce. Rezydenci mają dość. Wiedzą, że muszą znów wyjść na ulice.

Podczas kolejnej manifestacji, jeszcze bardziej spektakularnej, do lekarzy dołączają fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni, ratownicy medyczni i technicy skupieni w utworzonym pół roku wcześniej Porozumieniu Zawodów Medycznych. 16 września 2016 r. pochód ludzi w białych kitlach przechodzi głównymi ulicami stolicy. Ze sceny na pl. Konstytucji przemawiają przedstawiciele PZM. Minister Radziwiłł, który opowiada o „szkodliwej prywatyzacji służby zdrowia”, zostaje wygwizdany.

Siłami PZM powstaje obywatelski projekt ustawy dotyczący warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia, który przedstawia siatkę płac ułożoną przez poszczególne zawody. Medycy szybko zbierają 100 tys. podpisów, ale projekt przepada w Sejmie.

Już wiadomo, że nie ma na co czekać. PR OZZL decyduje się na głodówkę i kilka tygodni przed jej podjęciem rozpoczyna negocjacje z ministerstwem. Negocjują Łukasz Jankowski i Jarosław Biliński, którzy od miesiąca rozmawiają z urzędnikami o zmianie przepisów o kształceniu lekarzy. Na dwa tygodnie przed głodówką minister Radziwiłł zrywa negocjacje. 2 października w szpitalu dziecięcym WUM przy ul. Żwirki i Wigury 20 młodych lekarzy rozpoczyna bezterminową głodówkę, a ci, którzy nie mogą do nich dołączyć, biorą dzień urlopu na żądanie, by oddać krew. Celem jest zmuszenie władz do decyzji o przeznaczeniu 6,8 proc. PKB na ochronę zdrowia, podniesieniu pensji rezydenta do 1,05 średniej krajowej i ograniczeniu biurokracji. W kilka dni głodówka rozlewa się na cały kraj, głodujących odwiedzają politycy, a najważniejsze media co kilka godzin relacjonują sytuację w stołecznym szpitalu. Jednocześnie, w zaciszu ministerialnych gabinetów, Łukasz Jankowski i Jarosław Biliński negocjują z ministrem. Resort gra na zmęczenie i negocjatorów, i głodujących. Pod koniec października rezydenci wiedzą, że dłuższe głodowanie nie ma sensu. Koszty są za duże, zarówno osobowe, jak i finansowe (głodującym zaczyna grozić zwolnienie z pracy). Na konferencji prasowej Łukasz Jankowski i Jarosław Biliński ogłaszają, że protest głodowy zastąpi akcja wypowiedziania klauzuli *opt-out*, pozwalającej na pracę powyżej 48 godzin tygodniowo. Przez najbliższe trzy miesiące PR i resort będą się przerculować liczbami wypowiedzianych *opt-outów*. Według ministerstwa będzie ich tysiąc, około 2 tys. mniej niż podają rezydenci.

Minister Radziwiłł „nie ulega” młodszym kolegom, ale Jarosław Kaczyński już wie, że rząd tej walki nie wygra. 9 stycz-

Fotografia: archiwum



nia Konstantego Radziwiłła zastępuje prof. Łukasz Szumowski, kardiolog z Anina. – *To była zmiana o 180 stopni. Mieliśmy przed sobą człowieka ze szpitala, który wiedział, o czym mówimy, i traktował nas po partnersku. Ale też mieliśmy świadomość, że przyzwolenie na taki dialog i zwiększenie finansowania musiało przyjść z góry* – mówi Łukasz Jankowski. 8 lutego, w obecności kamer, minister Szumowski i kierownictwo PR OZZL ogłaszają podpisanie porozumienia. Zakłada ono dojście do 6 proc. PKB na ochronę zdrowia, zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, podwyżki dla specjalistów i rezydentów oraz wprowadzenie „bonów patriotycznych” do odpracowania po zakończeniu specjalizacji. W kwietniu Łukasz Jankowski zostaje prezesem ORL w Warszawie, a Jarosław Biliński jego zastępcą. Współpraca z ministerstwem układa się modelowo. Do czerwca, kiedy resort przedstawia projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zwanej „ustawą 6 proc. PKB”. Okazuje się, że wzrost nakładów liczony jest w stosunku do PKB sprzed dwóch lat. Lekarze czują się oszukani.

Kolejny rok to praca nad nowelą ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry pod przewodnictwem Jarosława Bilińskiego. Kiedy w czerwcu 2019 r. okazuje się, że projekt rządowy jest daleki od tego, co przedstawił rezydent, lekarze wiedzą, że kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, z którym negocjowali porozumienie, to już nie ci sami ludzie, stali się bezwzględni politykami. We wrześniu rusza akcja OIL w Warszawie „Polska to chory kraj” z pamiętnym spotem, w którym rządzący grają w szachy o ludzkie życie. Hasło pojawia się na billboardach w całym kraju. 12 września PR OZZL organizuje przed Ministerstwem Zdrowia happening. Młodzi lekarze kładą się w workach na zwłoki. Przy każdym jest opis przypadku pacjenta, który nie doczekał leczenia. „Worki” do dziś są solą w oku obecnego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego, który wówczas był prezesem NFZ. Podobno nie może ich wybaczyć rezydentom.





Manifestacja w Warszawie zorganizowana przez OZZL i PR OZZL, 2019 r.

Pięć miesięcy później do Polski przyjeżdża pierwszy zarażony wirusem SARS-CoV-2 i zarówno politycy, jak i lekarze koncentrują się na walce z pandemią. Ci ostatni czynnie, dosłownie latając dziury, o których rząd nawet nie pomyślał. Z własnych pieniędzy fundują służby, nie mówiąc już o przyłbicach, kombinezonach i płynach do dezynfekcji. Uczą się obsługi respiratora i narażają się na zakażenie, by ratować chorych. W nagrodę słyszą od polityków, że „lekarze się boją i nie chcą leczyć pacjentów”. A wojewodowie wręczają nakazy pracy przy zwalczaniu wirusa matkom karmiącym niemowlęta, emerytom i... nieboszczykom, których nie wykreślili z wykazu wykonujących zawód lekarza.

Latem resort sprawiedliwości nowelizuje kodeks karny, sprawiając, że nieumyślne spowodowanie śmierci, obejmujące także niezawinione błędy medyczne, ma być karane bezwzględnym więzieniem. 8 sierpnia 2020 r. medycy znów wychodzą na ulice w proteście przeciwko łączywaniu im rąk i uniemożliwianiu leczenia. Domagają się systemu *no-fault*.



Protest w Warszawie, 2020 r.

Pracującym z zakażonymi trydy wynagradzać mają dodatki covidowe, które, na skutek osobliwej konstrukcji prawnej polecenia ministra zdrowia dla prezesa NFZ, wypłacane są tylko w części, tylko wybranym albo wcale. Przy okazji drugiej i trzeciej fali koronawirusa powtarza się również koszmar ze skierowaniami wojewodów. W styczniu rozpoczyna się akcja szczepień i rozkręca hejt wobec lekarzy. Medycy mają dość.

A w czerwcu 2021 r., niczym wisienka na torcie, pojawia się nowelizacja ustawy o najniższych wynagrodzeniach w publicznej ochronie zdrowia, która dla lekarzy ze specjalizacją przewiduje podwyżkę w wy-

sokości 19 zł brutto miesięcznie – efekt całkowitego zignorowania przez ministerstwo głosu środowiska. Następnie, w ramach programu Polski Ład, kolejną nowelizacją ustawy „6 proc. PKB” rząd zwiększa nakłady do 7 proc., ale w roku 2027. A to wciąż za mało, zwłaszcza że z tych środków część trzeba przeznaczyć na usunięcie bałaganu po pandemii. Na koniec do konsultacji trafia projekt ustawy o jakości, która miała wprowadzać system *no-fault*. W rzeczywistości to wydmuszka promująca donoszenie lekarzy na samych siebie i kolegów.

„Nie rozumiem, dlaczego medycy protestują. Jeszcze nigdy na zdrowie nie szło tyle pieniędzy” – mówi w sierpniowym wywiadzie minister zdrowia. Tuż po tym, jak Komitet Protestacyjno-Strajkowy, złożony z przedstawicieli samorządów i związków zawodowych wszystkich zawodów medycznych, ogłasza wielką manifestację zaplanowaną na 11 września 2021 r.

Rozumieją za to pacjenci. Regularnie czytają o atakach na punkty szczepień, podpaleniu sanepidu i groźbach śmierci, jakie otrzymują aktywni w sieci medycy. Tomaszowi Karaudzie z Łodzi i jego rodzinie grozi kilkudziesięciu antyszczepionkowców, niektórzy na ulicy, a prokuratura przyznaje mu ochronę policyjną. „Państwo skapitulowało wobec hejtu. Nie zapobiegło agresji słownej na samym początku i ośmieliło hejterów. Teraz próbuje chronić medyków fizycznie, ale przecież kolejnym stu lekarzom nie zapewni ochrony policyjnej” – komentuje w „Rzeczpospolitej” prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski.

Kilka dni wcześniej minister zdrowia zaprasza go na spotkanie, ale gdy dr Jankowski oznajmia, że przyjdzie z przedstawicielami organizacji medyków, błyskawicznie je odwołuje. W wywiadzie dla „Medycyny Praktycznej” prezes ORL mówi: „Nie pójde sam, by od kolejnego wysokiego urzędnika usłyszeć, że protest jest niepotrzebny. Byli wcześniej emisariusze z przestaniem, że warto rozmawiać z ministrem, a nie przyłączać się do protestu, bo wszystko idzie w dobrym kierunku”.

W jakim kierunku, zobaczymy już we wrześniu. ■

# #SPRAWDZAM

## 7 proc. PKB na ochronę zdrowia

MAŁGORZATA SOLECKA

Sejm uchwalił ustawę 7 proc. PKB na ochronę zdrowia. Ważne zastrzeżenie: taki poziom ma być osiągnięty w 2027 r. i nadal będzie obowiązywać metoda N-2, czyli wydatki publiczne na ochronę zdrowia będą odnoszone do PKB sprzed dwóch lat. Jakby tego było mało, ustawa rozszerza kategorię „publiczne wydatki na ochronę zdrowia” o środki przeznaczane na inwestycje i infrastrukturę, nie zaś – jak w tej chwili – na świadczenia i inne bieżące cele (np. wynagrodzenia części personelu medycznego).

**B**ardzo ostrożnie szacując, w 2027 r. możemy się spodziewać, że minimalny poziom nakładów nie osiągnie nawet 6,5 proc. realnego PKB, a i to wydaje się przewidywaniem dość optymistycznym.

W debacie o projekcie ustawy podczas pierwszego i drugiego czytania posłowie opozycji wskazywali m.in. brak źródeł finansowania planowanego wzrostu nakładów. Pytali o szczegóły rozwiązań podatkowych, jakie rząd proponuje w ramach Polskiego Ładu. Bo, jak mówili, do tej pory to składka zdrowotna napędzała i gwarantowała wzrost nakładów na ochronę zdrowia. I tutaj raczej nic się nie zmieni, choć trzeba przyznać, że w projekcie zapisano również rozwiązania uelastyczniające możliwości ministra zdrowia w zakresie przekazywania dotacji podmiotowej do NFZ. Minister będzie mógł taką dotację przekazać również po uchwaleniu ustawy budżetowej. To pokazuje, z jak papierowymi gwarancjami uzupełniania finansów funduszu z budżetu państwa mieliśmy do czynienia do tej pory (i dalej mamy). W myśl obowiązujących teraz przepisów taka dotacja musiała być wpisana do ustawy budżetowej przed jej uchwaleniem, a na etapie prac nad budżetem ministrowie zdrowia i finansów byli – od 2018 r. – zgodni, że powinna wynieść „zero złotych”. I tyle zresztą wynosiła.

Zmiany w zakresie opłacania składki zdrowotnej to jeden z kluczowych elementów Polskiego Ładu. Jednak mimo twardej zapowiedzi rządu, z których wynika, że wprowadzona będzie powszechna zasada liniowości składki zdrowotnej (czyli uzależnienie jej wysokości od dochodu, bez względu na formę zatrudnienia, choć tylko dla ubezpieczonych w ZUS) wraz z likwidacją możliwości odpisywania jej od podatku, pod koniec sierpnia ciągle trudno przesądzić, czy – i w jakim zakresie – te zapowiedzi zostaną zrealizowane. Powodem są złe i bardzo złe oceny, jakie Polacy wystawiają rozwiązaniom zmierzającym w ich opinii do podwyższenia obciążeń podatkowych w sondażach, zarówno tych, których wyniki są na bieżąco publikowane, jak i przeprowadzanych na wewnętrzny użytek partii rządzącej.

Efekt? Mamy – choć jeszcze proces legislacyjny trwa – uchwaloną ustawę 7 proc. PKB na ochronę zdrowia i podejrzenia graniczące z pewnością, że zapowiadany przez rząd wzrost jej finansowania z pieniędzy publicznych wcale nie będzie „aż tak” dynamiczny. – *Niestety, potwierdziły się obawy o prawdziwą perspektywę zwiększenia środków na świadczenia zdrowotne. Teraz wiemy, dlaczego ten obecnie mniejszościowy rząd nie chciał podnieść wynagrodzeń pielęgniarek, ratowników medycznych i młodych lekarzy. Po prostu nie planował realnego zwiększenia finansowania leczenia chorych. Przedstawiona ustawa to głównie zabieg PR-owski – mówił podczas debaty w Sejmie prof. Wojciech Maksymowicz (Polska 2050), wytykając rządowi, że wzrost nakładów ma nastąpić „głównie w wyniku doliczenia pomocowych środków z Unii Europejskiej” (potwierdził owo doliczenie na etapie prac w Komisji Zdrowia wiceminister Sławomir Gadomski). – Jak wiemy, te unijne środki nie mogą być przeznaczone na świadczenia zdrowotne, jedynie na inwestycje. Tak ma być przez dwa lata. A potem? Potem się zobaczy. PiS odrzuciło wzrost składki zdrowotnej, który przecież można było kompensować ekwiwalentnym obniżeniem podatków. Tylko takie podejście rzeczywiście mogło systemowo zagwarantować zwiększenie nakładów na leczenie chorych, na świadczenia opieki zdrowotnej. Nadal więc będziemy mieli jeden z najniższych poziomów procentowych składki zdrowotnej w Europie. Społeczeństwo musi bowiem wiedzieć, że nasi sąsiedzi, Czesi, są znacznie bardziej zadowoleni ze swojej ochrony zdrowia, ponieważ mają 13,5 proc. składki zdrowotnej, a nie tak jak u nas 9 proc. I to jest główny problem. Proponowany w ustawie wzrost nakładów na opiekę zdrowotną do 7 proc. PKB za sześć lat to ciągle daleko od średniej europejskiej, która wynosi niemal 10 proc. A do tego nie wiadomo, w jaki sposób ktoś za te sześć lat miałby to zrobić – mówił były minister zdrowia Wojciech Maksymowicz.*

I pod tą wypowiedzią można się jedynie podpisać. ■



# Chcemy łączyć, a nie dzielić

*Z zadowoleniem i nadzieją obserwujemy jednocześnie się przedstawiciele różnych zawodów medycznych wokół postulatów, które są także naszymi postulatami – tak o planowanej na 11 września akcji protestacyjnej mówi **Piotr Pisula** z Porozumienia Rezydentów. W rozmowie z Michałem Niepytańskim podsumowuje ponadto tegoroczne działania swojej organizacji.*

**W marcu Porozumienie Rezydentów przeprowadziło akcję „Tydzień dla zdrowia”. Lekarze masowo zaczęli korzystać ze zwolnień, których w innych okolicznościach nie brali, przedkładając dobro pacjenta nad własne zdrowie. Ta absencja miała zwrócić uwagę na problem przeprowadzania ustnej części Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego podczas trzeciej fali pandemii. Jak pan ocenia efekty akcji?**

**W** tamtym czasie, trudnym emocjonalnie zarówno dla medyków, jak i całego społeczeństwa, to było wołanie, wręcz krzyk o podjęcie rozsądnych decyzji dotyczących lekarzy przygotowujących się do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, który, jak wiadomo, jest ogromnym obciążeniem. Kiedy minął ów tydzień, nie zdecydowaliśmy się kontynuować akcji – rzecz jasna ze względu na konieczność ponownego podjęcia walki z koronawirusem. Wróciliśmy do pracy tam, gdzie byliśmy najbardziej potrzebni. Niemniej jednak wydaje mi się, że nasze przedsięwzięcie nie przeszło całkiem bez echa. Oczywiście, ministerstwo nie zgadzało się z formą protestu, na jaką się zdecydowaliśmy. To nic nowego – MZ nie zgadza się właściwie z żadną formą protestu i ciągle powtarza, że wszystko jest w porządku, a przynajmniej nie jest tak źle, żeby trzeba było sięgać po

radykalne sposoby manifestowania oczekiwań. Natomiast temat racjonalizacji przebiegu PES pojawił się później w naszej rozmowie z ministrem Adamem Niedzielskim. Szef resortu zdrowia był zaskoczony tym, że ustna część PES nie ma charakteru praktycznego, ale zachowuje archaiczną formę, o której trudno powiedzieć, czy ma sprawdzać wiedzę, czy pozwolić komisji na dokonanie subiektywnej, niestandardyzowanej oceny lekarza. To ogromne pole do nadużyć. Wydaje się, że minister zrozumiał problem i nawet obiecał się nad nim pochylić. Niestety, na obietnicy się skończyło i nie mam poczucia, że pojawiła się wola przeprowadzenia zmiany. Mimo wszystko myślę, że mamy przyczynek do dyskusji o reformie PES.

**Czy przeprowadzanie egzaminu w szczególnie trudnych dla lekarzy okolicznościach odbiło się na zdawalności?**

Nie dostałem sygnałów o jej obniżeniu, ale należy zwrócić uwagę, że zdarzały się egzaminy, które 80 proc. zdających oblewało, więc ogólnie zdawalność PES nie jest zbyt wysoka. To dowód kolejnej wady systemu egzaminowania, bo jak to możliwe, że cztery piąte lekarzy nie przechodzi sprawdzianu? Przecież to oznacza, że nie zostali do niego przygotowani albo że jest źle skonstruowany. Takie rezultaty egzaminów wysta-

wiają fatalne świadectwo systemowi szkolenia lekarzy specjalistów.

**W lipcu z kolei zaproponowaliście lekarzom udział w akcji „Szanujmy się”. Zwykle o waszych przedsięwzięciach jest głośno, ale nie tym razem. O co zatem chodzi w „Szanujmy się”?**

Nie nagłaśnialiśmy dotąd akcji wszystkimi dostępnymi kanałami, bo przyjęliśmy przeciwne niż np. w przypadku „Tygodnia zdrowia” założenie, że rozpropagujemy ją w szerszym gronie odbiorców dopiero, gdy będzie już przynosić widoczne efekty. Zaczęliśmy więc od oddolnego zachęcania lekarzy do działania, licząc na to, że przy odpowiednio dużej liczbie osób, które uda się przekonać do udziału w akcji, przedsięwzięcie samo przebije się do mediów. Zaplanowaliśmy „Szanujmy się” na sierpień. Akcja polega na tym, że medycy mają odmawiać wykonania każdej pracy dodatkowej za mniej niż 150 zł za godzinę.

**Rozumiem, że placówki medyczne w okresie wakacji muszą łączyć grafik i, szukając chętnych, nie dbają o wystarczająco godne wynagrodzenie...**

Zgadza się. Sam oczywiście też wziąłem udział w akcji. W rozmowach o pracy wyjaśniałem, że w związku z inicjatywą Porozumienia Rezydentów stawiam określone warunki. Prawdę mówiąc, myślałem, że w związku z tym przez dwa miesiące nie będę miał dodatkowych zajęć. Szybko okazało się, że moje warunki nie odstraszyły pracodawców i dodatkowych dyżurów w sierpniu miałem tyle co zwykle.

**Wygląda na to, że pieniądze na godne płace w ochronie zdrowia jednak można znaleźć.**

Moim zdaniem ta akcja dowodzi, że dziś nikt z lekarzy nie musi pracować na dodatkowych dyżurach poniżej stawki, o jakiej mówimy w naszej akcji, bo znajdą się miejsca, w których mogliby zarabiać lepiej. Mają wybór. Ja podpisałem umowę z placówką, którą uważam za ważną dla mojego rozwoju



zawodowego i w której lubię pracować. Ale to zakład pracy, który nie może zaoferować mi wyższej stawki, więc w sierpniu nie pracowałem tam wcale. Dlatego w pełni rozumiem, że niektórzy świadomie pozostaną w miejscu, które nie spełnia ich oczekiwań finansowych.

Akcję będziemy podtrzymywać. Pewnie poza sezonem urlopowym nie będzie intensywna, ale mam nadzieję, że uczyniliśmy ważny krok na długiej drodze do poprawy sytuacji osób decydujących się na dodatkowe dyżury.

### **Skoro przeszliśmy już do przyszłych działań, proszę powiedzieć, jak Porozumienie Rezydentów ustosunkowuje się do planowanej na 11 września akcji protestacyjnej środowiska medycznego?**

Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy przedstawia takie same postulaty, jakie Porozumienie Rezydentów powtarza od lat, więc identyfikujemy się z nimi. Powstanie komitetu bardzo nas cieszy. W ostatnich latach podejmowaliśmy nieraz radykalne działania, bo widzieliśmy ich wymierne efekty, jak po proteście głodowym w 2017 r. Naciskać na rządzących trzeba jednak stale, a bywały okresy, kiedy oprócz naszej organizacji nieliczne zwracały uwagę władz na problemy w ochronie zdrowia. Teraz jest inaczej. Protest ma oczywiście nie tylko nasze mentalne wsparcie. Otrzymaliśmy zaproszenie na spotkanie komitetu, więc jesteśmy jego stroną.

Chciałbym dodać, że już planując akcję „Szanujmy się”, podjęliśmy decyzję o przeprowadzeniu we wrześniu akcji ulicznej w Warszawie, czyli ponownym utworzeniu „białego miasteczka”. Zanim zdążyliśmy ogłosić te plany, okazało się, że inne grupy i organizacje zawodowe też planują na wrzesień protest. Mimo to planu nie porzucamy. Będzie naturalną kontynuacją akcji całego środowiska medycznego i zamierzamy zachęcać przedstawicieli innych grup do dołączenia do manifestacji. Wierzmy, że zjednoczone środowisko medyczne może wreszcie osiągnąć cele, o jakie poszczególne zawody walczą od lat.

”

MZ nie zgadza się właściwie z żadną formą protestu i ciągle powtarza, że wszystko jest w porządku, a przynajmniej nie jest tak źle, żeby trzeba było sięgać po radykalne sposoby manifestowania oczekiwań.

”

### **Takie zjednoczenie to sprawa niecodzienna.**

Jedność nie zawsze była osiągalna. Za to udawało się rozgrywanie nas według zasady „dziel i rządź”. Mam nadzieję, że nadszedł moment, kiedy udało się osiągnąć porozumienie. To ogromnie cieszy, tym bardziej że nieoficjalnym mottem Porozumienia Rezydentów jest „łączyć, a nie dzielić”. Zawsze staraliśmy się utrzymywać dobre relacje z przedstawicielami innych zawodów i organizacji. Jest to więc dla nas wymarzony scenariusz, wręcz nie mogliśmy się doczekać takiej sytuacji. Akcja zorganizowana przez tak silne środowisko daje nadzieję na efekt nie mniejszy niż te, jakie dał protest głodowy sprzed kilku lat.

### **Rząd może próbować zdezaktywować akcję protestacyjną. Przecież jest procedowana ustawa mówiąca o podnoszeniu wydatków na ochronę zdrowia do 7 proc. PKB w 2027 r. Poza tym protest odbędzie się w przededniu spodziewanej czwartej fali pandemii.**

Jestem przekonany, że Ministerstwo Zdrowia znajdzie jeszcze wiele argumentów, żeby naszą wspólną akcję protestacyjną spychać na margines. Przykładowo: będzie podawać jako docelowe rozwiązania proponowane przez rząd mające w rzeczywistości charakter propagandowy, niedające nadziei na

realną zmianę. Przecież te 7 proc. w 2027 r. to utrwalenie obecnego beznadziejnego finansowania. Nominalnie mamy wzrost kwoty przeznaczanej na ochronę zdrowia, ale ten wzrost jest tak powolny, że nie zapewnia wyraźnego postępu i gonienia standardów znanych z innych krajów Unii Europejskiej. Pozwala tylko utrzymać *status quo*. A problem wieku przedstawicieli zawodów medycznych? Średnia jest zastraszająco wysoka. Nie przesadzę, jeśli powiem, że kadrowo stoimy na krawędzi przepaści. Musimy zastanowić się, jak zatrzymać absolwentów kierunków medycznych w kraju albo ściągać ich z zagranicy. Innymi słowy musimy polską branżę medyczną uczynić jedną z najatrakcyjniejszych w Europie. Inaczej nie umiem sobie nawet wyobrazić, co nas czeka. Dlatego nawet jeśli rządowi uda się wymówkami wygasić protest, będzie działał ze szkodą dla całego społeczeństwa, dla ogółu Polaków. Brak reakcji na postulaty przedstawicieli zawodów medycznych to utrzymanie kursu na skalę z napisem „katastrofa polskiej ochrony zdrowia”. ■

**Piotr Pisula** jest byłym przewodniczącym Porozumienia Rezydentów. Pod koniec sierpnia, już po wywiadzie, na tym stanowisku zaszła zmiana. Obecnie piastuje je lek. Wojciech Szaraniec.

Fot. K. Bartyzel





# Zdarzenia medyczne

## AKTUALNOŚCI PRAWNOMEDYCZNE

**FILIP NIEMCZYK**, adwokat

Ministerstwo Zdrowia od pewnego czasu deklaruje potrzebę opracowania systemu kompensacji szkód powstałych w wyniku zdarzeń medycznych, który nie byłby oparty na zasadzie winy i sankcji wobec personelu medycznego, tzw. systemu *no-fault*. Długo wyczekiwany, także przez środowisko lekarskie, projekt opublikowany został 22 lipca 2021 r. na stronach Rządowego Centrum Legislacji jako ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.<sup>1</sup> Mimo że to dopiero propozycja regulacji prawnych, warto omówić ją już na tym etapie, ponieważ materia, której dotyczy, ma zasadnicze znaczenie dla kształtu systemu ochrony zdrowia.

**K**luczowym aspektem projektowanej regulacji jest wprowadzenie dwuinstancyjnego, pozasądowego systemu rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych, obsługiwanego przez rzecznika praw pacjenta, który zastąpi nieefektywne wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. W ramach nowego systemu rekompensaty mają być wypłacane szybciej i sprawniej, bez orzekania o winie personelu medycznego oraz ze wskazaniem konkretnej wysokości należnego świadczenia. Postępowanie w celu ustalenia, czy doszło do zdarzenia medycznego będzie prowadzone w formie elektronicznej, bez rozpraw i przesłuchań. Rozstrzygać w pierwszej instancji ma rzecznik praw pacjenta, a w drugiej instancji – komisja odwoławcza powoływana przez ministra zdrowia. RPP będzie jednocześnie upoważniony do dysponowania Medycznym Funduszem Gwarancyjnym, z którego wypłacane będą rekompensaty dla poszkodowanych. Na fundusz złożą się m.in. składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz wpłaty z budżetu państwa.

Procedurę przed rzecznikiem praw pacjenta inicjować ma wniosek o ustalenie zaistnienia zdarzenia medycznego oraz określenia wysokości rekompensaty za szkodę. Składać go będzie pacjent lub osoby najbliższe zmarłego pacjenta w terminie do roku od momentu pozyskania informacji o zdarze-

niu medycznym, nie później jednak niż w trzy lata od wystąpienia zdarzenia. Decyzja o przyznaniu świadczenia lub odmowie wydana ma być w terminie trzech miesięcy od dnia złożenia wniosku. Projekt określa wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia medycznego na poziomie od 2 tys. zł do 200 tys. zł w przypadku zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym oraz uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także od 20 tys. zł do 100 tys. zł dla osoby najbliższej w przypadku śmierci pacjenta. Rekompensata należna będzie, jeśli szkoda nastąpi w wyniku zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, o ile można było tego uniknąć, albo w wyniku uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta, o ile z wysokim prawdopodobieństwem były następstwem nieprawidłowej czy opóźnionej diagnozy, leczenia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną lub bez zachowania należytej staranności, albo jeśli uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta można było uniknąć w przypadku zastosowania innej metody leczenia, a także w wyniku nieprawidłowego zastosowania produktu leczniczego albo nieprawidłowego zastosowania lub wady wyrobu medycznego.

Projekt zakłada również, że postępowania w sprawie świadczenia kompensacyjnego nie wszczynają się, a wszczęte umarza, gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie albo gdy toczy się postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie, wnioskodawca uzyskał odszkodowanie czy zadośćuczynienie z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, wnioskodawca zawarł ugodę przewidującą naprawienie doznanej szkody lub sąd karny orzekł obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej wnioskodawcy przestępstwem albo zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, albo orzekł na wiązkę. Regulacja ta ma powodować, że postępowanie przed rzecznikiem stanowić będzie formalną alternatywę postępowań sądowych i ubezpieczeniowych. Nadto, w terminie 14 dni od dnia, w którym rozstrzygnięcie o przyznaniu świadczenia kompensacyjnego stało się prawomocne i ostateczne, wnioskodawca może złożyć do rzecznika oświadczenie o przyjęciu świadczenia, co będzie równoznaczne ze zrzeczeniem się wszelkich roszczeń o odszkodowanie oraz zadośćuczynienie pieniężne mogących wynikać ze zdarzenia medycznego.

Przedstawione rozwiązania są niewątpliwie próbą wyeliminowania najpoważniejszych niedostatków procedury prowadzonej przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, chociażby przez zapewnienie źródła

finansowania świadczeń kompensacyjnych, a także możliwości wydawania ostatecznych i wiążących decyzji, które zastąpią orzeczenia sądu. Wprowadzenie elektronicznej formy postępowania niewątpliwie przyspieszy załatwianie wpływających spraw, trudno jednak powiedzieć, czy zawsze możliwe będzie dotrzymanie zakładanego trzymiesięcznego terminu wydania rozstrzygnięcia. Ograniczenie wysokości świadczenia do 200 tys. zł może spowodować, że w niektórych sytuacjach pacjenci lub ich rodziny będą mimo wszystko wybierali drogę sądową dochodzenia roszczeń, tym bardziej że projekt ustawy nie przewiduje zmian w zakresie postępowania karnego, a personel medyczny nadal będzie mógł być pociągnięty do odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 lub art. 155 kodeksu karnego. Omawiany projekt nie wprowadza zatem pełnego systemu *no-fault*. Nie ulega jednak wątpliwości, że sprawnie działający system rekompensat ma szansę istotnie ograniczyć liczbę postępowań karnych, jakie wszczęte są przeciw personelowi medycznemu.

Omawiany projekt, zawierający nowy system kompensacji szkód, koncentruje się na pojęciu jakości opieki zdrowotnej. W rezultacie proponowane zmiany obejmują także wprowadzenie autoryzacji szpitali w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, której dokonywać będą dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Kryteria autoryzacji określać będzie minister zdrowia w drodze rozprządzenia, a od decyzji o odmowie lub cofnięciu autoryzacji przysługiwać ma odwołanie do sądu administracyjnego. W ramach projektowanej ustawy NFZ został wskazany również jako podmiot realizujący proces akredytacji, w czym ma zastąpić dotychczas funkcjonujące Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

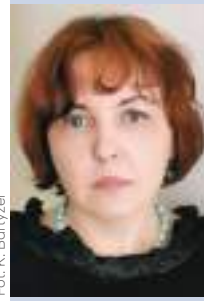
Dodatkowo ma wejść w życie obowiązkowy wewnętrzny system monitorowania zdarzeń niepożądanych w każdym podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń szpitalnych. W związku z tym szpitale zobowiązane zostaną m.in. do opracowania standardowych procedur operacyjnych, wdrażania rozwiązań służących identyfikacji i zarządzaniu ryzykiem zdrowotnym, monitorowania zdarzeń niepożądanych, dokonywania analizy ich przyczyn oraz wysnuwania wniosków i przekazywania zaleceń, a także opracowywania i wdrażania rozwiązań ograniczających występowanie analogicznych zdarzeń niepożądanych w przyszłości. Co istotne, projekt ustawy nie przewiduje sankcji wobec personelu medycznego w związku ze zgłoszeniem zdarzenia niepożądanego, a dane osób, których dotyczy zdarzenie, mają pozostać niejawne.

Autorzy planują, że omawiany projekt ustawy wejdzie w życie 1 stycznia 2022 r., a likwidacja wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych nastąpi 1 lipca 2022 r.

<sup>1</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl> (dostęp: 16.08.2021)



Zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia regulacja została skierowana do szerokich konsultacji społecznych, m.in. do organów samorządów zawodowych zawodów medycznych, związków zawodowych i organizacji zrzeszających pacjentów. ■



Fot. K. Barzytel

## Interwencje rzecznika praw lekarza

**MONIKA POTOCKA**  
rzecznik praw lekarza

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy Lekarze, jako rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie 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** związku z kierowanymi do mojego biura licznymi pytaniami dotyczącymi naszych praw jako lekarzy opracowałam dla Was schemat postępowania w sytuacjach, które często budzą nasze wątpliwości. Widzę, jak bardzo potrzebna jest edukacja prawna lekarzy w dzisiejszych czasach, co przejawia się liczbą pozwów składanych przeciwko nam, a także przypadków zgłaszanych do izby lekarskiej. Uważam, że szczególnie samorząd zawodowy lekarzy posiada legitymację do zainicjowania działań zmierzających do ochrony naszych praw. Jednym z podstawowych jest bez wątpienia zwiększanie wiedzy o naszych prawach, ale także obowiązkach. W tym kontekście nie bez znaczenia są prawa pacjenta.

Dobra znajomość przepisów pomoże uniknąć popełniania błędów i doprowadzi do zmniejszenia liczby niekorzystnych dla nas orzeczeń. Zatem stworzyłam schematy najczęstszych sytuacji, w których lekarz może się znaleźć w związku z udzielaniem świadczeń. Zamieszczony na następnych stronach schemat jest pierwszym z cyklu, które zostaną opublikowane w „Pulsie”. Ponadto zamierzam spotkać się z kierownikami podmiotów leczniczych, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, i przekazać im przygotowane schematy, aby mogli rozpropagować je w miejscach pracy lekarzy. Planuję też kampanię informacyjną, polegającą na zamieszczaniu schematów postępowania na portalach społecznościowych oraz na stronie internetowej izby lekarskiej, aby każdy lekarz i lekarz dentyista miał dostęp do praktycznych informacji potrzebnych w codziennej praktyce.

Proszę o nadsyłanie drogą e-mailową informacji o problemach, z jakimi borykacie się w gabinetach. Pomoże mi to opracować kolejne przydatne w pracy schematy postępowania. ■



# LEKARZU, PAMIĘTAJ O SWOICH PRAWACH!

POZNAJ SCHEMATY POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU, GDY PACJENT LUB OSOBA MU BLISKA

- UTRUDNIA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
- JEST AGRESYWNA



## ODMOWA LECZENIA PACJENTA

Podjmij próbę porozumienia oraz poinformuj o Twoim prawie do odstąpienia od leczenia.



W przypadku braku reakcji pacjenta na próbę porozumienia:



### MOŻESZ

odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych.<sup>1</sup>



### NIE MOŻESZ

odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo.<sup>4</sup>

## OSOBA BLISKA W GABINECIE LEKARSKIM

Podjmij próbę porozumienia oraz poinformuj o Twoim prawie do wyproszenia z gabinetu lekarskiego osoby bliskiej.



W przypadku braku reakcji osoby bliskiej na próbę porozumienia



### — MOŻESZ —

ją wyprosić jako osobę utrudniającą udzielanie świadczeń zdrowotnych.



Upredź pacjenta lub opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego o odstąpieniu od leczenia.<sup>2</sup>

Skieruj pacjenta do innego lekarza lub podmiotu leczniczego.<sup>2</sup>

W dokumentacji medycznej pacjenta zrób notatkę z opisem zaistniałej sytuacji. **BEZ TEGO DZIAŁANIE JEST BEZPRAWNE.**<sup>2</sup>

utraty życia,

uszkodzenia ciała,

ciężkiego rozstroju zdrowia.



W dokumentacji medycznej pacjenta zrób notatkę z opisem zaistniałej sytuacji. **BEZ TEGO DZIAŁANIE JEST BEZPRAWNE.**<sup>6</sup>

## » WYJĄTEK!

Jeżeli jesteś zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub w ramach służby, możesz nie podjąć leczenia lub od niego odstąpić, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, tylko po uzyskaniu zgody przełożonego.<sup>5</sup>

## UWAGA!

Jeżeli osoba bliska nie utrudnia udzielania świadczeń zdrowotnych, możesz ją wyprosić tylko w przypadku, gdy:

» **JEST ZAGROŻENIE EPIDEMICZNE** » **JEST ZAGROŻONE BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE PACJENTA**

W dokumentacji medycznej pacjenta zrób notatkę z opisem zaistniałej sytuacji.<sup>6</sup>



### KIM JEST OSOBA BLISKA?

Małżonek/krewny/przedstawiciel ustawowy/ osoba wskazana przez pacjenta.



### MASZ PYTANIA?

Napisz do rzecznika praw lekarza:  
[rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl](mailto:rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl)

<sup>1</sup> Art. 38 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r. <sup>2</sup> Art. 38 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r.

<sup>3</sup> Art. 38 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r. <sup>4</sup> Art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r.

<sup>5</sup> Art. 38 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r.

<sup>6</sup> Art. 21 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z 6 listopada 2008 r. <sup>7</sup> Art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z 6 listopada 2008 r.





Fotografie: archiwum

# Gdy pacjent grozi

## Analiza przypadku

(na podstawie wyroku Sądu Rejonowego VK 73/16)

**KAROLINA PODSIADŁY-GESIKOWSKA** – adwokat

**ALEKSANDRA POWIERŻA** – radca prawny

### Stan faktyczny

**P**an A. przeszedł zabieg resekcji szczytu płuca prawego z powodu odmy samoistnej. Kilka lat później dwukrotnie zgłosił się z dolegliwościami do szpitala w X., gdzie dyżur pełnił lekarz B. Po wykonaniu badania lekarz stwierdził, że nie występują żadne niepokojące objawy, które mogłyby zagrozić zdrowiu i życiu pacjenta. Wzburzony pan A. zareagował licznymi słowami powszechnie uznanymi za obelżywe pod adresem lekarza B.

Dzień później pacjent kilka razy odwiedził szpital w X. – zarówno rano, wieczorem, jak i w nocy, za każdym razem zachowując się agresywnie względem personelu. Początkowo nie zgadzał się na badanie i wciąż kierował obelgi w stosunku do lekarza B., któremu w końcu „udało się” zbadać pacjenta. Ponownie stwierdził brak jakichkolwiek dolegliwości. Pan A. wrócił do domu.

W lutym 2016 r. lekarz B. rozpoczął dyżur w ramach Nocnej Pomocy Lekarskiej razem z pielęgniarką C. Około godz. 20.00 próg poczekalni przekroczył pan A. Lekarz B. zadał pacjentowi jedno krótkie pytanie, a mianowicie czy ma ubezpieczenie, co było w pełni uzasadnione, gdyż podczas ostatnich wizyt nie był ubezpieczony. Wówczas wzburzenie pana A. osiągnęło apogeum. Pacjent zaczął grozić lekarzowi B. pozbawieniem życia. Mówił, że teraz go nie zabije, bo musi go przyjąć, ponieważ jest ubezpieczony, ale w plecaku ma pistolet. Powiedziawszy to, pan A. sięgnął po broń.

Lekarz B. powiadomił telefonicznie o zdarzeniu policję. Do szpitala w X. został wysłany patrol, aby w jego obecności przeprowadzić badanie pana A. Następnie pacjenta przewieziono do szpitala. Lekarz psychiatra odmówił jego przyjęcia na oddział psychiatryczny i w związku z tym pan A. trafił na komendę powiatową policji w D.

W opisaney sprawie przeciwko panu A. toczyło się postępowanie karne o czyn z art. 226 §1 k.k. (znieważenie funkcjonariusza) i art. 190 §1 k.k. (groźba karalna). Sąd wymierzył mu

karę 24 miesięcy ograniczenia wolności wraz z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 24 godzin miesięcznie.

### Zachowanie pana A.

Pan A. żądał świadczeń medycznych i uporczywie przekonywał lekarzy szpitala w X., że wymaga opieki i pomocy, choć kilkakrotnie wykonywane badania przeczyły jego twierdzeniom. Podczas każdej wizyty kierował wulgaryzmy pod adresem personelu medycznego w celu ich poniżenia w opinii publicznej oraz groził śmiercią. Zachowanie pana A. stanowiło realne zagrożenie, lekarz B. wiedział, że pacjent wcześniej był skazany za dźgnięcie nożem człowieka. Uzasadniona więc była obawa lekarza o własne bezpieczeństwo i wezwanie policji w celu przeprowadzenia badania.

Podczas procesu oskarżony A. przyznał się do zarzucanych mu czynów, jednak nie przeprosił personelu medycznego, nie wykazał żadnej skruchy ani nie czuł potrzeby wytłumaczenia swojego zachowania.

### Hejt jako wyrok wydany na lekarza

Agresywne i wulgarne zachowanie pacjentów w stosunku do lekarzy niesie ze sobą nie tylko niebezpieczeństwo dla ich zdrowia fizycznego, ale także dla poczucia bezpieczeństwa i komfortu pracy. Pacjent ma prawo być niezadowolony z wizyty, może też wnosić skargi na zachowanie lekarzy, jednak nie usprawiedliwia działań mających na celu zniesławienie czy zniewagę personelu medycznego. W związku z tym, jak widać na przedstawionym przykładzie, możliwe jest pociągnięcie do odpowiedzialności tzw. hejterów, których słowa, gesty i zachowania mogą mieć znaczący wpływ na karierę lekarza (nie wspominając już o życiu prywatnym) w wyniku narażenia na utratę zaufania potrzebnego dla wykonywania pracy. ■

Mówił, że teraz go nie zabije, bo musi go przyjąć, ponieważ jest ubezpieczony, ale w plecaku ma pistolet. Powiedziawszy to, pan A. sięgnął po broń.

Podsiadły & Powierża  
Kancelaria Adwokacko-Radnicka sp. z o.o.

PRAWNIK § LEKARZA



# Stomatologia szkolna na Mazowszu



Uczniowie zostali objęci opieką stomatologiczną na mocy ustawy z 12 kwietnia 2019 r. Mówi ona, że w każdej szkole powinien znajdować się gabinet stomatologiczny, a jeśli nie jest to możliwe, placówka ma podpisać stosowne porozumienie z zewnętrznym gabinetem stomatologicznym posiadającym kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**F**undusz natomiast realizuje przepisy ustawy na podstawie zarządzenia nr 120/2019/DSOZ preza Narodowego Funduszu Zdrowia z 11 września 2019 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego. Na jego mocy w umowach została wyodrębniona kwota na finansowanie świadczeń stomatologicznych udzielanych uczniom objętym opieką na podstawie porozumienia zawartego przez świadczeniodawcę z organem założycielskim szkoły. Świadczenia te są nielimitowane i udzielane bez kolejki.

Niestety, reaktywowanie szkolnej stomatologii zbiegło się w czasie z wybuchem pandemii SARS-CoV-2. Trudno nie zauważyć, że miało to negatywny wpływ na realizację projektu. Wielomiesięczne nauczanie zdalne i, co za tym idzie, brak bezpośredniego kontaktu uczniów ze szkołą uniemożliwiły przeprowadzanie rocznikowych „bilansów” stanu jamy ustnej uczniów. Poza tym w czasie pandemii wielu świadczeniodawców zaprzestało udzielania świadczeń bądź ograniczyło je do przypadków wymagających natychmiastowej interwencji.

Wielomiesięczne nauczanie zdalne i, co za tym idzie, brak bezpośredniego kontaktu uczniów ze szkołą uniemożliwiły przeprowadzanie rocznikowych „bilansów” stanu jamy ustnej uczniów.

Z pomocy w ramach trzech zakresów świadczeń dla uczniów: świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane uczniom, świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane uczniom do 18. roku życia oraz świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w dentobusie uczniom do 18. roku życia – w 2019 r. skorzystało na Mazowszu ponad 31 tys. dzieci w 177 poradniach mających porozumienia ze szkołami. Wartość procedur sięgnęła 3,3 mln zł. W 2020 r. liczba szkolnych pacjentów przekroczyła 53 tys., a szkolnych poradni wzrosła do 242. Wartość świadczeń udzielonych w ubiegłym roku wyniosła ponad 9,6 mln zł. W pierwszym półroczu 2021 ze stomatologii szkolnej skorzystało niemal 30 tys. uczniów w 208 poradniach. Wartość udzielonych świadczeń to ponad 6,3 mln zł.

Natomiast ogółowi dzieci większość świadczeń stomatologicznych udzielanych jest w ramach trzech zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz świadczenia udzielane w dentobusie. Dla porównania w 2019 r. w ich ramach z pomocy skorzystało niemal 150 tys. dzieci w 857 poradniach. Koszt świadczeń wyniósł 36,5 mln zł. W pandemicznym 2020 r. w ramach wymienionych zakresów leczono na Mazowszu ponad 96 tys. dzieci w 820 poradniach, udzielając świadczeń na łączną kwotę ponad 26 mln zł. Od stycznia do czerwca 2021 z pomocy stomatologa skorzystało ponad 70 tys. dzieci w 754 poradniach. Koszt świadczeń wyniósł 18 mln zł.

Tuż przed końcem roku szkolnego resort edukacji zachęcał dyrektorów szkół, aby wspólnie z dentystami ustalili sposób funkcjonowania gabinetów stomatologicznych w szkołach w czasie wakacji. W komunikacie MEiN można było przeczytać: „Podczas wakacji dzieci mogą korzystać z gabinetów dentystrycznych znajdujących się na terenie szkoły. To dobry czas, aby nadrobić zaległości w opiece stomatologicznej, jakie pojawiły się w związku z zawieszeniem stacjonarnej pracy szkół i placówek oraz ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych”. Resort podkreślił, że funkcjonowanie gabinetów stomatologicznych w okresie letnim pomoże im w realizacji kontraktów z NFZ. ■

**Andrzej Troszyński**  
rzecznik prasowy Mazowieckiego OW NFZ



Fot. archiwum

# Mądrości byle politologa

PAWEŁ KOWAL

**B**yć może największym osiągnięciem trzydziestolecia niepodległości Polski jest skok liczby osób, które ukończyły wyższe studia, o liczbie maturzystów już nie wspominam. Sukces ten mierzony jest współczynnikiem skolaryzacji, np. w szkolnictwie wyższym. Ów współczynnik to wyrażony w procentach stosunek liczby studentów do liczby osób, które mają 19–24 lat i mogłyby być studentami. Współczynnik skolaryzacji w tej grupie wiekowej w roku akademickim 1990/1991 wynosił 12,9 proc., w 2010/2011 – już 53,8 proc. Później ta wartość zaczęła lekko spadać.

W pierwszych latach naszej niepodległości co 10. osoba w odpowiednim wieku studiowała, a dzisiaj studia kończy co druga. Świat byłby jednak zbyt prosty, gdyby był tak bardzo kolorowy i jednoznaczny. Nie ma co udawać, za tym wzrostem nie zawsze idzie lepsze wykształcenie, skłonność do krytycznego myślenia i skromność. Oszczędzę Państwu przykładów z pierwszej ręki, z mojego doświadczenia wykładowcy i egzaminatora. Wiele Polek i Polaków wybierało w ostatnich dziesięcioleciach studia płatne na prywatnych uczelniach, co dodatkowo potęgowało poczucie pewności siebie ze zdobytego dyplomu („przecież tyle zapłaciłem”).

Właśnie w tej powszechności wykształcenia nie zawsze na najwyższym poziomie oraz pewności siebie Polaków, wynikającej z tego, że dyplom mają w kieszeni, upatruję jednej

z przyczyn upadku autorytetów. Pierwszy z rzędu przykład to antyszczepionkowcy. Słucham skądinąd rozsądnych znajomych, jak wymądrzają się o tym, czy szczepionki zostały właściwie przetestowane. Widzę w ich oczach tę pewność siebie po ukończonej dziesięć lat temu politologii albo socjologii i przeczytanym w Internecie artykule o szczepionkach opartym na uwagach „czyta się tylko 3 min”. Trzyminutowy artykuł wpływa na ich decyzje i pozwala z właściwą sobie dezynwolturą wygłaszać medyczne mikrowykłady.

W czasach niskiej skolaryzacji oraz przedinternetowych moja babcia czytała w gazecie uwagi doświadczonego lekarza specjalisty i kierowała się nimi, pewna jego autorytetu i wiedzy. Nie przychodziło jej do głowy podawać w wątpliwość poziom medycznego wykształcenia lekarza i sens istnienia książeczki szczepień. Rozumiała, że społeczeństwo tak jest skonstruowane, że ktoś bierze odpowiedzialność za dopiero co wynalezione szczepionki (bo kilkadziesiąt lat temu też bywały „młode” szczepionki). Dzisiaj każdy magister, który zajrzy do sieci, jest mądrzejszy od profesora medycyny. Tak oto dotykamy największego paradoksu naszych czasów – powszechne wykształcenie, dostęp do sieci często robią ludziom więcej bigosu w mózgu i dodają większej pewności siebie niż w czasach, gdy jeden ze wsi, najmądrzejszy i najsprytniejszy ze wszystkich, mógł się doczłapać na jakiś uniwersytet i go ukończyć, a dwóch miało szansę na maturę w pobliskim miasteczku. ■

ODRĘKOWANIE IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Mendelwicz



## BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

Dla lekarzy i lekarzy dentyistów  
członków OIL w Warszawie

Dyżury 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](mailto:prawnikdialekarza@oilwaw.org.pl)  
728-988-538 (w godzinach pracy prawników)



Fot. archiwum

# Strategie ochrony psychiatrycznej

MAREK BALICKI

Czy mnożenie strategii może być lekarstwem na problemy w reformowaniu ochrony zdrowia? Ministerstwo Zdrowia najwyraźniej sądzi, że tak. Przynajmniej w obszarze zdrowia psychicznego.

**W** lipcu minister Adam Niemiński powołał zespół, którego zadaniem jest przygotowanie kolejnej strategii w opiece psychiatrycznej na najbliższe lata. Będzie to już trzeci funkcjonujący równolegle dokument o takim charakterze dotyczący psychiatrii dorosłych. A mamy jeszcze psychiatrię dzieci i młodzieży, uzależnienia, psychiatrię sądową itd.

Zakładanie, że kolejny ładnie oprawiony wielostronicowy dokument przyspieszy nadrobienie wieloletnich zaniechań w tej sferze wydaje się mało racjonalne, jeśli nie wręcz magiczne. Ponadto posiadanie nawet najlepszej strategii nie gwarantuje jeszcze sukcesu. Dużo więcej zależy od wykonawstwa i realiów, a przede wszystkim determinacji w jej wdrażaniu. Widzieliśmy to chociażby przy okazji fiaska pierwszej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2011–2015. Ale kilka strategii naraz, to już gotowa recepta na porażkę. O co więc może w tym chodzić?

Po pierwsze mamy strategię w postaci NPOZP. Można powiedzieć, że pełni on funkcję planu głównego w psychiatrii przyjmowanego przez rząd. Ma dwa podstawowe cele: reformę opieki psychiatrycznej wprowadza-

jącą model środowiskowy oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób z problemami psychicznymi. Mówi o tym ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Aktualna edycja NPOZP kończy się w przyszłym roku. Powinny już się rozpocząć prace nad kolejną lub przedłużeniem realizowanej. Na razie nic o tym nie słychać.

Drugą strategią jest skierowany w końcu czerwca do konsultacji publicznych dokument zatytułowany „Zdrowa przyszłość”, obejmujący lata 2021–2027. Jeden z dwóch załączników dotyczy opieki psychiatrycznej. Opracowanie i wdrożenie „Zdrowej przyszłości” jest podstawowym warunkiem korzystania ze środków unijnej polityki spójności. Nie wchodząc w ocenę zawartych w projekcie rozwiązań, trzeba uznać, że jest on konieczny. Analogiczną strategię Ministerstwo Zdrowia opracowało na potrzeby unijnej perspektywy finansowej z lat 2014–2020. Co istotne, załącznik dotyczący psychiatrii

projektu „Zdrowa przyszłość” zawiera cele i działania spójne z NPOZP. Obie strategii są względem siebie komplementarne. Zapewnienie odpowiednich środków unijnych stanowi także gwarancję realizacji celów NPOZP.

Jaką rolę w tym kontekście ma odegrać trzecia strategia opracowana przez złożony z urzędników zespół? Czyżby chodziło o zmianę podstawowych założeń? Byłoby to dziwne, gdyż model centrów zdrowia psychicznego sprawdza się. Potwierdziła to pandemia. Rozpoczęła się też reforma psychiatrii dzieci i młodzieży. Trzecia strategia w tym obszarze nieuchronnie wprowadzi więc chaos.

I na koniec: ministerstwo chyba zapomniało, że strategii nie tylko wyznaczają kierunki i środki działania, ale także są ważnym narzędziem zarządzania – czynnikiem motywacyjnym, organizującym i kierującym energią zespołów ludzkich. Są narracją na temat przyszłości. Taką funkcję pełni właśnie NPOZP. Pozbawienie go tej funkcji może zgasić nadzieję, jaka pojawiła się wraz z rozpoczęciem obecnej reformy w wielu środowiskach profesjonalnych i pacjenckich. ■

Strategie nie tylko wyznaczają kierunki i środki działania, ale także są ważnym narzędziem zarządzania – czynnikiem motywacyjnym, organizującym i kierującym energią zespołów ludzkich.



Szanowni Państwo,  
poniżej zamieszczamy wzór upoważnienia do odbioru wydrukowanych recept *pro auctore* i *pro familia*. Podpisany przez Państwa dokument jest niezbędny do odbioru wydrukowanych recept przez osobę przez Państwa upoważnioną. Na sąsiedniej stronie można ponadto zapoznać się z instrukcją samodzielnego drukowania recept.

Komisja Lekarzy Seniorów ORL w Warszawie

### UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DRUKÓW RECEPT

Ja, niżej podpisany (a), .....

.....  
(imię, nazwisko, nr PWZ, adres zamieszkania, PESEL)

niniejszym upoważniam:

.....  
(imię, nazwisko, PESEL, seria i nr dowodu osobistego)

do odbioru w moim imieniu druków recept *pro auctore* i *pro familia*.

.....  
(czytelny podpis lekarza oraz pieczętka)


# SZKOLENIE DLA LEKARZY SENIORÓW

Zapraszamy na szkolenie dla lekarzy seniorów dotyczące samodzielnego drukowania recept *pro familia* i *pro auctore*.

## 29 WRZEŚNIA 2021

Szkolenie odbywa się w siedzibie OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.  
Zapisy przyjmujemy od 15 września pod numerem telefonu: 22 54 28 330.





## Jak wydrukować receptę *pro auctore* lub *pro familia*?

1. W wyszukiwarce Google prosimy wpisać: „recepty nfz warszawa logowanie” i kliknąć pierwszy wynik wyszukiwania. Zostaną Państwo przeniesieni na stronę logowania Portalu Personelu.
2. Na stronie logowania w odpowiednich rubrykach należy wprowadzić indywidualny PIN użytkownika i hasło.
3. Po zalogowaniu się zobaczą Państwo na ekranie pola tekstowe z komunikatem operatora systemu SNRL. By je zamknąć i kontynuować korzystanie z serwisu, należy na dole dokumentu kliknąć napis „Potwierdź”.
4. Gdy potwierdzą Państwo zapoznanie się z komunikatami, pojawi się ekran powitalny Systemu Numerowania Recept. W górnej części strony, poniżej logo Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Warszawie, znajduje się granatowy pasek menu. Czwarta od lewej strony pozycja to „Recepty”. Na nią należy najechać kursorem. Spowoduje to rozwinięcie się kolejnego menu, w którym ponownie pojawi się przycisk „Recepty”, który trzeba kliknąć.
5. Na ekranie powinien pojawić się formularz „Recepty osoby personelu”. W prawym górnym rogu formularza znajduje się przycisk „Przydziel nowe numery recept”, który należy kliknąć.
6. Zostaną Państwo przeniesieni do ekranu „Rezerwacja recept”, gdzie trzeba wybrać „kategorię dostępności” i „liczbę recept”. By tego dokonać, należy kliknąć strzałki przy wspomnianych napisach. Spowoduje to rozwinięcie menu i wybór odpowiadającej Państwu kategorii i liczby.
7. Po dokonaniu wyboru trzeba kliknąć przycisk „Zatwierdź”. Efektem będzie przeniesienie do kolejnego ekranu z informacją o pomyślnym zakończeniu operacji. Należy kliknąć przycisk „Przeładuj”.
8. Dzięki temu na ekranie pojawi się strona: „Pobieranie zarezerwowanych recept”. W kolumnie przycisków po prawej stronie, na górze, znajduje się klawisz „Drukowanie/ Pobieranie recept”, który należy kliknąć.
9. Na wywołanej w ten sposób stronie trzeba zaznaczyć tryb wydruku. Dokonać tego można, klikając strzałkę na końcu linijki „Wydruk – tryb *pro auctore/pro familia*”. Spowoduje to rozwinięcie listy, z której należy wybrać pożądany przez Państwa tryb.
10. Po dokonaniu wyboru trzeba kliknąć znajdujący się po prawej stronie przycisk „Pobieranie pliku pdf”. Na kolejnej stronie, na dole ekranu, pojawi się napis „Pobierz plik”. Kliknięcie tego napisu spowoduje rozpoczęcie pobierania recepty. Wygenerowany w ten sposób plik nadaje się już do druku.



# To ten moment

**DARIUSZ PALUSZEK**

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Czas szybko leci, mija VIII kadencja samorządu lekarskiego. Nie tylko pandemia, ale też karuzela wymogów formalnych stawianych lekarzom dentystom prowadzącymi prywatne gabinety, czyli własne przedsiębiorstwa, spowodowały, że dla polskiej stomatologii był to trudny okres.

Oczekiwanie ustawodawcy okazywały się nieraz kuriozalne, co utrudniało codzienną praktykę. Organa państwowe „zadbały”, abyśmy musieli myśleć o separatorach, a także: w Warszawie – o dodatkowych opłatach za śmieci, w całej Polsce – o niejednakowych wymogach sanepidu (w różnych województwach są różne), wymianie kas fiskalnych czy realizowanych bez odpowiedniego przygotowania przez władze centralne kolejnych etapach wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej. Kto za to zapłaci? Oczywiście, my, lekarze i jednocześnie przedsiębiorcy. Tych zmian jest mnóstwo, ale rzecz jasna wszystkie były opiniowane przez samorząd lekarski. Niestety, naszych krytycznych uwag i propozycji nie uwzględniono. Wysłaliśmy kilkaset pism, odbyło się mnóstwo spotkań, podczas których usłyszeliśmy wiele zapewnień, że nasze opinie zostaną wzięte pod uwagę. Okazało się, że to były puste obietnice.

Dlaczego? Odpowiedź na to pytanie jest trudna. Na pewno opinia środowiska lekarskiego, że dentyści „jakoś sobie poradzą”, dotarła do Ministerstwa Zdrowia. Ponadto w naszym środowisku brak jedności, a różne interesy środowisk naukowych i grup przedsiębiorców biorą górę nad dobrem ogółu dentystów w Polsce. Każdy ciągnie w swoją stronę tę

przykrótką kołderkę i wszyscy narzekają. Obraz uzupełniają problemy z kontraktowaniem z NFZ, na które uskarża się ogromna rzesza lekarzy dentystów.

Szanowne Koleżanki i Koledzy, zbliża się czas wyborów. Wkrótce (we wrześniu lub październiku) dostaniecie pocztą karty do głosowania. Próbujemy zachęcić jak największą grupę dentystów do reprezentowania naszego środowiska w izbie lekarskiej, aby i nasze postulaty przebiły się wśród masy problemów, o których rozwiązanie walczą lekarze. Musimy być liczni, abyśmy w czasie głosowań mogli nasze sprawy postawić jako jedno z najważniejszych w środowisku medycznym.

Jesteśmy reprezentantami praktycznie w całości sprywatyzowanej gałęzi medycyny, a zatem zostaliśmy przez państwo pozostawieni sami sobie. Dlatego sami musimy zadbać o własne interesy. Mam nadzieję, że codzienna wytężona praca Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie jest dostrzegalna, że odbieracie nas jako kolegów, do których zawsze możecie się zwrócić o pomoc w kłopotach. Zachęcamy wszystkich do pracy w samorządzie i prosimy o głosowanie na tych, którzy się na to zdecydowali. To ten moment! ■

Koleżanki i Koledzy,  
**zapraszam wszystkich do udziału w konferencji,**  
 którą Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie  
 współorganizuje z Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej.  
 Konferencja jest początkiem współpracy PTSG z naszą komisją.

Będziemy się starali w najbliższym czasie zaproponować Wam wiele szkoleń prowadzonych przez wybitnych wykładowców, dotyczących pracy z pacjentem obciążonym wieloma chorobami, we wszystkich dziedzinach stomatologii.

Bardzo proszę o rozpowszechnianie informacji o konferencji w całej Polsce, gdyż jest przeznaczona dla wszystkich chętnych, także z innych izb.

Udział jest bezpłatny, a szczegóły znajdziecie na sąsiedniej stronie.





OKRĘGOWA IZBA LĘKARSKA  
W WARSZAWIE  
im. prof. Jana Nielubowicza



Polskie Towarzystwo Stomatologii Geriatrycznej we współpracy  
z Komisją ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

zaprasza Koleżanki i Kolegów, Lekarzy Dentystów z całej Polski,

# na I Konferencję Naukowo-Szkoleniową Stomatologii Geriatrycznej

Bezpłatna konferencja online, 25 września 2021 r.

## PROGRAM KONFERENCJI

9.00–9.10 Otwarcie konferencji – prezes PTSG dr hab. Barbara Kochańska (profesor GUMed), przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie dr Dariusz Paluszek

9.10–9.20 „Polskie Towarzystwo Stomatologii Geriatrycznej - cele i zadania” – prezes PTSG, dr hab. Barbara Kochańska (profesor GUMed)

### Sesja I

9.20–9.50 „Wyzwania gerostomatologii w Polsce w świetle aktualnych danych epidemiologicznych” – wiceprezes PTSG, prof. dr hab. Agnieszka Mielczarek (WUM)

9.50–10.20 „Przegląd standardów stomatologicznej opieki senioralnej” – dr hab. n. med. Magdalena Nowocińska (UMB)

10.20–10.50 „Pacjent w starszym i podeszłym wieku w gabinecie stomatologicznym – najczęściej występujące zagrożenia zdrowotne” – dr hab. Barbara Kochańska (profesor GUMed), dr n. med. Justyna Barwińska-Plużyńska

10.50–11.05 Przerwa

### Sesja II

11.05–11.35 „Jak leczyć pacjentów geriatrycznych z natychmiastowym obciążeniem w pojedynczych i złożonych przypadkach implantów” – prof. Michele Antonio Lopez MD, MS (Katolicki Uniwersytet Najświętszego Serca w Rzymie)

11.35–12.05 „Regeneracja wyrostka zębodołowego: minimalnie inwazyjne podejście bezpłatowe u pacjentów geriatrycznych z grup ryzyka” – adj. prof. Pier Carmine Passarelli DDS, MS (Katolicki Uniwersytet Najświętszego Serca w Rzymie)

12.05–12.35 „Wybrane problemy leczenia endodontycznego pacjenta geriatrycznego” – prof. dr hab. Mariusz Lipski (PUM)

12.35–13.05 „Jak rozpoznać kanały sklerotyczne u pacjentów geriatrycznych” – prof. Nicola Grande (Katolicki Uniwersytet Najświętszego Serca w Rzymie)

13.05–13.30 Przerwa

### Sesja III

13.30–14.00 „Terapia antyresorpcyjna stosowana u pacjentów w starszym i podeszłym wieku a leczenie stomatologiczne” – lek. dent. Hanna Sobczak (GUMed)

14.00–14.30 „Przygotowanie stomatologiczne pacjenta w podeszłym wieku do chemioterapii przeciwnowotworowej” – dr n. med. Agnieszka Bogusławska-Kapała (WUM)

15.00–15.30 „Podejście periodontologiczne do pacjentów po 60. roku życia” – prof. Andrea Pilloni MD, DDS, MS (Uniwersytet Rzymski)

14.30–15.00 „Uśmiech dziąsłowy: od diagnozy do ortodontycznego i interdyscyplinarnego planu leczenia” – prof. Paolo Manzo DDS, MS, PhD (Uniwersytet w Ferrarze)

15.30–16.00 Podsumowanie i zakończenie konferencji

Zapisy: [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)



# WYJDŹ z twarzą

## RELACJA ZE SZKOLENIA OIL W WARSZAWIE DLA RZECZNIKÓW PRASOWYCH I OSÓB REPREZENTUJĄCYCH SZPITALE W MEDIACH

– Nawet kiedy wygłaszamy tekst, powinniśmy robić to tak, jakby był on partią dialogu. Występując publicznie, mamy bowiem zobowiązanie względem osób, do których mówimy – podkreślał prof. Jerzy Bralczyk podczas wykładu otwierającego szkolenie zorganizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie dla rzeczników prasowych i osób reprezentujących mazowieckie szpitale w mediach.

**Sz**kolenie rozpoczęło się od spotkania uczestników z prowadzącymi warsztaty: językownawcą prof. Jerzym Bralczykiem, dziennikarzem Maciejem Orłosiem, wiceprezesem ORL w Warszawie Krzysztofem Madejem i rzeczniką OIL w Warszawie Renatą Jeziółkowską. Dr Krzysztof Madej zwrócił uwagę, że kwestia wystąpień publicznych staje się wyzwaniem coraz powszechniejszym w ochronie zdrowia, dotyczącym nie tylko osób reprezentujących placówki czy organizacje medyczne, ale także lekarzy w codziennej ich pracy. Prof. Jerzy Bralczyk podkreślał w wystąpieniu inauguracyjnym, że dobrze być wyszkolonym, ale paradoks polega na tym, że występując publicznie, najlepiej by było o tym zapomnieć. Językownawca stwierdził: – *Dobrze jest wiedzieć, jak coś zrobić, ale niedobrze jest wiedzieć, że się wie. Jeżeli wiemy, że wiemy, jest to krok do nienaturalności.* Zdaniem profesora owa nienaturalność może godzić w wiarygodność przekazu. Maciej Orłoś mówił natomiast o tym, jak istotne jest w przypadku wystąpień publicznych pierwsze wrażenie.



Fotografie: K. Bartyzel

Wyjaśniał, że najważniejsze są wręcz ułamki sekund, a decydować o wrażeniu nie muszą wcale wypowiedziane słowa, ale sygnały niewerbalne. W pierwszym dniu szkolenia prof. Bralczyk i red. Orłoś przeprowadzili wspólne warsztaty poświęcone stronie technicznej i językowej wystąpień publicznych. Zadaniem uczestników było zaprezentowanie przed kamerą krótkiego komunikatu dla mediów. Przygotowane w ten sposób nagrania były analizowane przez ekspertów. – *Miarą skuteczności naszej wypowiedzi jest fakt, czy słuchacze*





Fotografie: K. Boryszel



*zapamiętali dokładnie to, co chcieliśmy im przekazać – zaznaczał Maciej Orłoś i radził, jak skutecznie zwrócić uwagę na meritum wypowiedzi. Prof. Jerzy Bralczyk natomiast zalecał, by uważać na słowa-wytrychy w wypowiedziach medialnych. – Używając pewnych słów, stajemy się później ich niewolnikami. Można się na nich zafiksować – wyjaśniał językoznawca.*

Drugiego dnia uczestnicy zostali podzieleni na grupy, z którymi współpracowali kolejni eksperci. Zajęcia „Medialna

gorączka” Renata Jeziólkowska poświęciła takim zagadnieniom jak komunikacja kryzysowa, relacje rzeczników z mediami i kreowanie pozytywnego wizerunku reprezentowanej instytucji. Rzecznik OIL w Warszawie mówiła o podstawowych błędach osób kontaktujących się z dziennikarzami. Prezentując pozytywne i negatywne przykłady wystąpień publicznych i komunikatów medialnych, zwracała uwagę na kwestię przygotowania do wystąpień i konieczności szybkiego reagowania na kryzysy. Odniosła się także do sposobu dobierania treści merytorycznych komunikatów oraz zagadnień, które warto promować i metod promocji. Dr hab. Jagoda Bloch, logopeda współpracująca od lat z dziennikarzami, przeprowadziła warsztaty z emisji głosu, prezentując m.in. ćwiczenia manualne służące przygotowaniu aparatu mowy – żuchwy, warg, języka – do dłuższej wypowiedzi. Agata Urbańczyk natomiast poświęciła swoje zajęcia psychologicznemu przygotowaniu do pracy rzecznika, m.in. do wystąpień publicznych. Psychoterapeutka mówiła np. o efektach stresu oraz metodach przeciwdziałania jego negatywnym skutkom. Zwróciła uwagę na problem błędnych założeń dotyczących oczekiwań i nastawienia rozmówców lub publiczności.

W szkoleniu przeprowadzonym 26 i 27 lipca wzięło udział 28 osób. Wśród nich byli przedstawiciele placówek z Warszawy, Radomia, Ostrołęki, Grodziska Mazowieckiego, Siedlec, Pruszkowa, Otwocka, Grójca, Lipska i Mińska Mazowieckiego. Uczestnicy dwudniowych warsztatów otrzymali certyfikaty ich ukończenia.

Nasza izba zorganizowała szkolenie z myślą o osobach, których publiczne wypowiedzi wpływają na wizerunek środowiska lekarskiego. Szkolenie „Wyjdź z twarzą” miało odbyć się w zeszłym roku, jednak ze względu na sytuację epidemiczną zmuszeni byliśmy je odwołać. Wróciliśmy do tego pomysłu, zwłaszcza że pandemia dobitnie pokazała, jak ważny jest sposób przekazywania informacji dotyczących zdrowia, systemu, hospitalizacji i wszelkich innych tego typu kwestii. Zdrowie stało się tematem numer jeden w mediach. Za pomoc w promocji szkolenia dziękujemy Polskiej Federacji Szpitali. ■

**Michał Niepytalski**



# #W\_LETERZE

Mimo że okres wakacyjny pozwolił nam nieco oderwać się od zmartwień spowodowanych pandemią COVID-19, środowisko medyczne nieustannie z niepokojem czeka na zbliżającą się jesień. W ostatnich dwóch miesiącach członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie brali udział w dyskusji m.in. o zagrożeniach, jakie niesie ze sobą nowa mutacja koronawirusa oraz zbyt mała liczba osób zaszczepionych przeciw COVID-19. Lipiec i sierpień były również czasem rozmów o przeciwdziałaniu mowie nienawiści kierowanej w stronę medyków oraz finansowaniu ochrony zdrowia, w których głos zabierali lekarze naszej OIL.

## EPIDEMIA I SZCZEPHENIA

□ O szczepieniach przeciw COVID-19 w kontekście czwartej fali zachorowań na początku wakacji na antenie **TVN24** w programie „Tak jest” wypowiedział się prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski: – *Pacjenci deklarują, że na przeszkodzie zaszczepieniu się stoi np. nawet zajęć. Stąd pomysł, by wprowadzać ułatwienia logistyczne, chociażby dzień wolny na szczepienie. (...) Jesteśmy przed czwartą falą, w okresie względnego, podkreślam: względnego spokoju. Niezaszczepieni mają dwa miesiące, by cykl szczepień skończyć. Ale wszyscy nie zaniedbujemy przygotowań do sezonu infekcyjnego. Zadbajmy o siebie i swoje zdrowie. Wszystkim nam lockdown dał się we znaki.*

□ Prezes ORL skomentował również dla „**Rzeczpospolitej**” sytuację w szpitalach podczas pandemii COVID-19. „*Niepokoi nas, że mimo zbliżającej się czwartej fali nie wydano odgórnego zakazu wizyt, a my nie mamy możliwości weryfikacji, czy odwiedzający są zaszczepieni, czy nie. Bliscy siedzą przy łóżkach pacjentów po dwie – trzy godziny, często bez maseczek, nie zważając na fakt, że na oddziale leżą osoby z obniżoną odpornością. Przy stwierdzonej bardzo wysokiej zakaźności nowych wariantów wirusa już przejście osoby chorej szpitalnym korytarzem podczas odwiedzin u pacjenta może stanowić zagrożenie dla innych chorych*” – tłumaczył Łukasz Jankowski.

□ Na łamach tego samego dziennika odniósł się do obowiązku szczepień: „*Nie rozumiem lekarzy, którzy nie chcą się szczepić. Z drugiej strony jednak pracownicy medyczni są najlepiej wyszczepioną grupą zawodową – szczepionkę przyjęło 97 proc. białego personelu i chciałoby się, by całe społeczeństwo było zaszczepione w takim stopniu*”.



□ O zagrożeniu, jakie niesie ze sobą nowy wariant koronawirusa, i szczepieniach, jako skutecznej ochronie przeciwko indyjskiemu szczepowi COVID-19, mówił na antenie **TV Republika** w programie „Republika po południu” wiceprezes ORL dr Tomasz Imiela: – *O wariancie Delta będziemy mówić coraz więcej, bo wydaje się, że będzie dominował na jesieni. (...) Ten wariant jest bardziej zakaźny i łatwiej unika naszego systemu odpornościowego. Mamy już dowody z krajów, w których zakażeń tym wariantem jest dużo więcej, np. z Wielkiej Brytanii, że szczepienia w znacznej mierze zmniejszają ryzyko groźnych powikłań i stanów ciężkich. Skuteczność szczepionek może być jednak nieco mniejsza, jeśli chodzi o wariant Delta, ale pamiętajmy, że chodzi nam o dwie rzeczy. Po pierwsze o to, żeby zmniejszyć liczbę zakażeń, po drugie, ważniejsze, o to, by zmniejszyć ryzyko groźnych powikłań.*



□ Dr Tomasz Imiela skomentował również doniesienia o konieczności przyjęcia jesienią trzeciej dawki szczepionki przeciwko COVID-19. – *A amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków oraz Europejska Agencja Leków wydały oświadczenia, że są to przedwczesne zapowiedzi. W tej chwili nie mamy wystarczających danych, by stwierdzić, że trzecia dawka będzie konieczna – powiedział wiceprezes ORL w programie „Fakty po południu” w **TVN24**.*

□ Także na antenie **TVN24**, w programie „Tak jest”, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy Paweł Doczekalski mówił: – *Obecnie liczba szczepień bardzo spadła. W punktach szczepień są podawane głównie drugie dawki szczepionki. Stąd nasz pomysł na dotarcie do młodzieży i próba uruchomienia od września szczepień w szkołach. Jest gwarancja rządu – 80 proc. zaszczepionych pozwoli na naukę stacjonarną i to chcemy osiągnąć. W Warszawie na razie się to udaje, zaczynamy na Woli, tam najwięcej szkół się zgłosiło. O inicjatywie promowanej przez lek. Pawła Doczekalskiego pisały również Informator Stolicy i „Gazeta Wyborcza”.*



□ Z kolei w wywiadzie dla „**Rzeczpospolitej**” przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy wyjaśniał wątpliwości związane ze szczepieniem młodzieży szkolnej: „*Dzieci powyżej 12. roku życia naprawdę dobrze znoszą tę szczepionkę, nawet dużo lepiej niż starsi. Nie odnotowałem żadnych działań niepożądanych, nawet wśród dzieci z alergią, które wcześniej miały reakcje niepożądane np. na jad owadów*”.

□ Słowa Pawła Doczekalskiego o uruchomionych pilotażowych punktach szczepień w szkołach na Woli zacytowała również **TVP3 Warszawa**: – *Młodzież w wieku 12–15 lat zapraszamy*

w towarzystwie rodziców, jednak 16-latkom i starszym wystarczy jedynie wypełniona deklaracja i pisemna zgoda rodzica, więc procedura jest maksymalnie uproszczona. Wypowiedzi Doczekalskiego na ten temat opublikowały również: TVN Warszawa, RDC, Radio Kolor, Informator Stolicy, „Gość Niedzielny”.

□ Tuż przed wdrożeniem programu szczepień w szkołach przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy ponownie mówił o konieczności jak najszybszego rozszerzenia skali szczepień w programie „Tak jest” na antenie TVN24. – *Czwarta fala będzie ogniskowała się w szkołach, w przedszkolach – tam, gdzie przebywa dużo młodzieży i dzieci. Wiemy, że dzieci chorują mniej objawowo, natomiast jest pewien (nieduży) procent chorujących ciężiej. Nikt z nas nie chce, żeby to nasze dziecko było w tym niewielkim procencie. Dlatego musimy naszej młodzieży podać dwie dawki. Zaraz zaczyna się rok szkolny i tak naprawdę już jest trochę późno na wprowadzanie programu szczepień w szkołach – podkreślił.*



## HEJT. ATAKI NA LEKARZY

□ Wirtualna Polska informowała o hejcie wobec organizatorów szczepień w szkołach. Na łamach portalu do sprawy odniósł się lek. Paweł Doczekalski: „*Pisano do mnie, że szczepionka to »trucizna i eksperyment medyczny«.* Jeśli te ataki hejterów przekroczą granicę gróźb, zgłoszę sprawę policji. (...) Trudno nie zauważyć, że w powtarzanych przez nich argumentach wybrzmiewają echa niedawnych wypowiedzi rzecznika praw dziecka, że »szczepienia to eksperyment«”. Wypowiedź lekarza z ORL w Warszawie cytował również serwis Ślask Czyta.



□ Przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy ORL na antenie TVN24 skomentował atak na punkt szczepień w Grodzisku Mazowieckim. – *Ta sytuacja naprawdę była groźna. Rozumiem, że są osoby, które mają wątpliwości. Ale jeśli zamiast argumentów merytorycznych pojawiają się argumenty siły, nie ma na to zgody. Nie ma na to zgody także Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – powiedział.*

□ W kwestii ataków na punkty szczepień i lekarzy wypowiedział się również w programie **Onet Rano** prezes ORL w Warszawie: „*Jeśli przedstawiciele ruchu antyszczepionkowego uciekają się do przemocy, jest to sprawa państwa, prokuratury... Słaba reakcja ośmiela te osoby i dochodzi do eskalacji działań. Lekarze mogą reagować, tylko zachę-*

*cając do merytorycznej dyskusji. (...) Antyszczepionkowcy atakują tych, którzy korzystając z własnej wolności, chcą się zaszczepić. To nielogiczne. Nie znam pacjenta, który by zdecydował, że nie podda się jakiejś operacji, po czym atakowałby innych pacjentów czekających na operację i jeszcze chirurga”.*



□ Pytany w TVN24 o przeciwdziałanie hejtowi prezes ORL odpowiedział: – *My, lekarze, nie powinniśmy dzisiaj w takich sprawach chodzić do prokuratury, dopraszać się o jakąkolwiek pomoc, by czuć się bezpiecznie. Powinniśmy być otoczeni opieką organów państwa tak jak każdy obywatel. Nie ma zgody na hejt, nie ma zgody na groźby karalne.*

□ O niewystarczającym działaniu organów ścigania wobec agresorów kierujących nienawiść w stronę lekarzy promujących walkę z COVID-19 pisał również portal **Polityka Zdrowotna**, dla którego sprawę skomentowała mec. Karolina Podsiadły-Gęsikowska: „*Organy ścigania nie chcą się takimi sprawami zajmować, zgłaszający je medycy często słyszą, że to nie jest sprawa dla policji, są odsyłani na drogę cywilną. Czasem także policjanci traktują takie zgłoszenia pobłażliwie, uważając, że obelgi, jakie medycy otrzymują w karetkach, na SOR itd. są wpisane w ich ryzyko zawodowe. Ale medyk też ma uczucia i nie powinno się takich zgłoszeń traktować pobłażliwie”.*



□ „**Rzeczpospolita**” zaś cytowała słowa prezesa ORL o nieporadności władz wobec hejtu skierowanego w stronę medyków: „*Zdaniem lek. Łukasza Jankowskiego, szefa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, państwo skapitulowało wobec hejtu. – Nie ściga się sprawców, lecz próbuje chronić ofiary przed końcowym etapem hejtu, którym jest agresja. To ośmiela hejterów, bo czują się bezkarni – podkreśla. I pyta, czy kolejnym 100 medykom też zostanie przydzielona ochrona policji”.* Słowa Łukasza Janowskiego przytoczył również **Onet**.

□ O zaangażowaniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w sprawy przeciwdziałania hejtowi napisał portal **Medycyna Praktyczna**: „*Co zrobić z wymierzoną w środowisko medyczne i urągającą zdrowemu rozsądkowi falą agresji? Jak pokazuje grupa lekarzy skupionych wokół akcji »Wylecz nienawiść«, hejt doskonale nadaje się do przekucia w pozytywną akcję społeczną. Akcję wspiera już Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Komisja ds. Młodego Lekarza Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz Porozumienie Rezydentów”.*

## ZDROWIE PSYCHICZNE

□ W rozmowie z magazynem **GUMed** Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, wyjaśniała, jak pandemia zmienia środowisko medyczne i skłania lekarzy do zadbania o swoje zdrowie psychiczne: „W czasie pandemii liczba lekarzy szukających pomocy wzrosła dramatycznie, ale moim zdaniem powodem są nie tylko większe potrzeby w tym zakresie, ale także większy rozgłos. Wcześniej problemy psychiczne lekarzy traktowano jak sensację: pijany lekarz przyłapany przy pracy! Teraz jest więcej zrozumienia i życzliwości”.



□ Z kolei w wywiadzie udzielonym portalowi **Rynek Zdrowia** poświęconym m.in. wpływowi pandemii na zdrowie psychiczne pracowników ochrony zdrowia Magdalena Flaga-Łuczkiwicz stwierdziła: „Pandemia obnażyła ogromne niedomogi systemu kształcenia lekarzy, w którym zaniedbuje się tzw. self-care [samoopiekę – red.], kompetencje miękkie, rozpoznawanie negatywnych objawów związanych z własnym zdrowiem psychicznym i sposoby radzenia sobie z nimi”.

## 7 PROC. PKB W 2027. PROTEST MEDYKÓW

□ Prezes Łukasz Jankowski skomentował dla „**Rzeczpospolitej**” decyzję o przeznaczeniu 7 proc. PKB na ochronę zdrowia w 2027 r. „Cały czas mówimy o procentach. Tymczasem, zamiast procentów PKB na zdrowie, chcielibyśmy zobaczyć, ile szacunkowo będzie kosztowało zdrowie Polaków w 2027 r. i jaki procent tej wartości będzie w stanie zapewnić państwo” – podkreślił.

□ O nakładach finansowych na ochronę zdrowia lek. Łukasz Janowski mówił również w rozmowie z **Radiem Nowy Świat**: – Nie dość, że Europa nam ucieka, to jeszcze nie kupimy tyle zdrowia, ile potrzebują dzisiaj i ile będą potrzebowali Polacy, ponieważ po pierwsze społeczeństwo się starzeje, po drugie żyjemy dłużej, po trzecie każdego roku ponad 800 nowych medycznych technologii wchodzi do użycia. To są nowe leki, nowe badania obrazowe.

□ Dr Tomasz Imiela rozmawiał z portalem **Rynek Zdrowia** m.in. o podwyżkach – jednym z postulatów planowanego na 11 września strajku pracowników ochrony zdrowia. „Nie żądamy, aby tak określone podwyżki dla lekarzy były wprowadzone natychmiast. Chodzi raczej o pokazanie perspektywy, do jakiej powinniśmy dążyć. (...) Przede wszystkim chodzi o to, by poprawić system ochrony zdrowia, a wyższe wynagrodzenia są jednym ze środków do osiągnięcia tego celu”.



□ Temat zapowiadanego protestu podjęła również „**Rzeczpospolita**”, która o komentarz do poprosiła prezesa ORL w Warszawie: „We wrześniowym proteście chodzi przede wszystkim o bezpieczeństwo – zarówno pacjenta, jak i personelu medycznego, który spotyka się z coraz większym hej-

tem ze strony antyszczepionkowców. To także reakcja na brak szacunku do medyków. Za ofiarną pracę podczas pandemii lekarze dostali oklaski i podwyżkę w wysokości... 19 zł brutto. W dodatku zupełnie nieskonsultowaną ze środowiskiem. (...) Ten protest to walka o szacunek”.

□ O przygotowywanym proteście medyków i reakcji Ministerstwa Zdrowia na planowane wydarzenie Łukasz Jankowski rozmawiał również z portalem **Medycyna Praktyczna**. „Otrzymałem, jako prezes ORL, zaproszenie na spotkanie z ministrem. Miało się odbyć we wtorek, 24 sierpnia. Powiadomiłem sekretariat ministra, że na spotkanie oczywiście przyjdę, ale razem z przedstawicielami innych organizacji lekarskich. Odpowiedź była jednoznaczna i błyskawiczna – zaproszenie jest tylko dla jednej osoby i jest do wykorzystania tylko w podanym terminie, bo minister ma kalendarz na sierpień i wrzesień szczególnie wypelniony” – powiedział.



Na pytanie dziennikarki: „Spotkania, jak rozumiem, nie będzie?”, odparł: „Nie, nie pójdę na nie sam, żeby od kolejnego wysokiego urzędnika państwowego słyszeć, że protest jest niepotrzebny, że warto się porozumieć”.

□ Również lek. Paweł Doczekalski w rozmowie na antenie radia **TOK FM** mówił o potrzebie protestu środowiska medycznego. – Zarówno środowisko lekarskie, jak i pielęgniarskie, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów i innych grup medycznych jest dużo bardziej skonsolidowane. Pandemia pokazała jak w soczewce, z czym się borykamy od lat – podkreślił przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy przy ORL.

□ Portal **Prawo.pl** napisał z kolei o spotkaniu Agnieszki Serwan-Hałabuz, przewodniczącej Regionu Mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, z Łukaszem Jankowskim, prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej, w sprawie protestu i postulatów. „Kryzys związany z epidemią koronawirusa całkowicie obnażył niewydolność systemu – mówił Łukasz Jankowski. – Przeciężeni, mający dość wszechobecnej bylejakości w systemie ochrony zdrowia lekarze wraz z innymi pracownikami ochrony zdrowia zamykają potrzebę realnych zmian”. O spotkaniu przewodniczącej Regionu Mazowieckiego OZZL z prezesem ORL pisał również portal **Menedżer Zdrowia**.



## PRAWO I SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

□ Proponowane w Polskim Ładzie zmiany w formie zatrudnienia medyków skomentował dla **TVN24** lek. Krzysztof Herman, przewodniczący Komisji ds. Sportu przy ORL. – W Polsce mamy najmniej lekarzy w Europie w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców. Gdyby każdy pracował na etacie po 7 godz. i 35 min dziennie, większość szpitalnych grafików nie domknęłaby się. Dlatego, by lekarze mogli pracować w kilku miejscach i obstać wszystkie dyżury, umowy realizowane są w formie kontraktu. W tym samym materiale lek. Michał Gontkiewicz, przewodniczący Zespołu ds. Monitorowania Narużeń w Ochronie Zdrowia, skomentował narzuconą przez nie-



których pracodawców formę pracy bez płatnego urlopu: – *Taka forma została mi właściwie zaproponowana jako jedyna po uzyskaniu tytułu specjalisty. Wcześniej miałem komfort pracy na etacie.*



□ Z kolei dla portalu **Medexpress** prezes warszawskiej izby skomentował projekt rozporządzenia ministra zdrowia dotyczący zwiększenia limitów przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym: „*Jeśli brakuje lekarzy, to jedną z długofalowych strategii uzupełnienia tego niedoboru jest zwiększenie przyjęć na studia. Problem w tym, że czynnikiem limitującym przyjęcia jest zaplecze lokalowe uczelni, a także ograniczona dostępność kadry dydaktycznej. Zupełnie inaczej przebiega kształcenie przy łóżku chorego w grupie trzyosobowej, a inaczej w sześciuosobowej. Już dziś, przy mniejszych limitach przyjęć, studenci narzekają na jakość kształcenia i zbyt dużą liczebność grup ćwiczeniowych.*”

□ Portal **Medycyna Praktyczna** opublikował komentarz Moniki Potockiej dotyczący dyskwalifikacji z racji używania urządzeń elektronicznych podczas egzaminu lekarskiego: „*Rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie uważa, że sankcja za korzystanie z pomocy naukowych i dydaktycznych, z urządzeń służących do kopiowania, a także przekazywania i odbioru informacji jest zasadna oraz spełnia cel represyjny i prewencyjny. – Ustawodawca nie uniemożliwił ponownego zdawania przez lekarza egzaminu w ogóle, jedynie zabronił lekarzowi przystąpienia do LEK albo LDEK w kolejnym najbliższym terminie egzaminu przypadającym po dniu dyskwalifikacji – wskazuje RPL. Podkreśla jednak, że samo posiadanie telefonu nie jest jednoznaczne z korzystaniem z niego i nie powinno być podstawą dyskwalifikacji. – Ustawodawca postanowił karać za faktyczne korzy-*



*stanie z pomocy naukowych i dydaktycznych, a także z urządzeń służących do odczytywania danych – zwraca uwagę dr Potocka.*”

## DZIAŁANIA IZBY

□ Serwis **Cowzdrowiu.pl** napisał o inicjatywie wypracowania przejrzystszych przepisów dotyczących warunków pracy w szpitalach wspieranej przez OIL w Warszawie: „*Lekarze w czasie specjalizacji często muszą spierać się w szpitalach co do warunków pracy, gdy stan zdrowia lub rodzicielstwo i związane z tym uprawnienia kolidują z zaplanowanym szkoleniem. MZ opublikowało wyjaśnienia w tej sprawie. I zapowiada, że znowelizuje przepisy, by nie budziły już wątpliwości. Sprawę wyjaśniać próbowały i pojedyncze osoby, i organizacje (Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie), a wreszcie MZ zabrało głos, publikując komunikat.*” O aktywności izby w tej sprawie informowały również Rynek Zdrowia oraz Medycyna Praktyczna.

□ **Cowzdrowiu.pl** przypomniało również o szkoleniu „Wyjdz z twarzą”, organizowanym w siedzibie izby 19 lipca: „*Szkolenie »Wyjdz z twarzą« dla rzeczników prasowych bądź osób reprezentujących szpital w mediach. Jednym z celów jest właściwe reagowanie przede wszystkim w sytuacjach kryzysowych. Wśród prowadzących prof. Jerzy Bralczyk i dziennikarz Maciej Orłoś.*”

□ **Medycyna Praktyczna** pisała o inicjatywie ORL w Warszawie dotyczącej zmiany formuły odbywania specjalizacji: „*– Proponujemy Ministerstwu Zdrowia, żeby stworzyć nową formułę odbywania specjalizacji – w oparciu o stypendium. Chcielibyśmy, aby takie rozwiązanie zostało wpisane do nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która podobno ma trafić pod obrady Sejmu jeszcze w tym roku. Warunkiem podpisania umowy o szkolenie – podobnej w treści do dotychczasowych umów o wolontariat – między lekarzem a podmiotem leczniczym byłoby uzyskanie stypendium od podmiotu trzeciego, koniecznie wpisanego na listę podmiotów leczniczych – tłumaczył w rozmowie z MP.pl Łukasz Jankowski.*”

□ W serwisie **BML** pisano o organizowanym 11 września we współpracy z OIL w Warszawie wydarzeniu „Polki w medycynie”: „*Jesteśmy pod wrażeniem, jak nasza inicjatywa była i jest potrzebna. Cieszymy się, gdy nowe osoby chcą do nas dołączyć. Najbardziej jednak brakowało nam spotkania na żywo w gronie medyczek, dlatego niezmiernie się cieszymy, że konferencja się odbędzie. Konferencja jest współorganizowana przez OIL w Warszawie. To wspaniałe, że samorząd lekarski wspiera kobiety – powiedziała lek. Małgorzata Osmola z inicjatywy »Polki w medycynie«.*”

□ Portal **Medexpress** podkreślił działanie izbowej Komisji ds. Stażu Podyplomowego: „*W tym roku liczba miejsc dla stażystów w jednostkach szkoleniowych na terenie OIL w Warszawie została zwiększona, co jest efektem aktywnych działań Komisji ds. Stażu Podyplomowego ORL w Warszawie oraz dobrej współpracy z dyrektorami szpitali. Będą łącznie 944 miejsca, wnioski złożyło 750 lekarzy i lekarzy dentystry.*” ■



Fot. archiwum

**Można odnieść wrażenie, że hejt jest teraz na porządku dziennym, że panuje coś w rodzaju przyzwolenia na hejt, przyzwyczailiśmy się, że jest on częścią internetowej rzeczywistości. Cokolwiek napiszemy w sieci, może spotkać się z hejtem.**

**M**oże nie cokolwiek, ale na pewno treści, które są kontrowersyjne albo przez niektórych uważane za kontrowersyjne, np. informacje o szczepionkach przeciwko COVID-19. Zaczniemy jednak od zdefiniowania słowa „hejt”. Ostatnio jego znaczenie się rozszerzyło. Kiedyś hejt to były wpisy, na ogół anonimowe, z jakichś fejkowych kont, bez zdjęcia, z dziwną nazwą albo dziwnym zdjęciem, w których były wyzwiska, obrażanie. Natomiast nie uważano za hejt ostrej krytyki. Wydaje mi się, że słowa „hejt” w takim szerszym ujęciu

używają często np. politycy. Nienawistne komentarze, przepełnione agresją, z anonimowych kont niewątpliwie są hejtem. Hejt pojawia się, kiedy treści dotyczą np. „kontrowersyjnych” osób, które się zdefiniowały politycznie czy płciowo, treści związanych z *gender*, z uchodźcami. Ale ciekawe, że czasami hejt w formie wysypu nienawistnych komentarzy, niekoniecznie szalenie wulgarnych, występuje tam, gdzie nie należałoby się go spodziewać. Jest jakiś materiał, a pod nim mnóstwo komentarzy, które są skierowane w jedną stronę, jakby je pisała jedna osoba, tylko formułowała w różny sposób. Komentarze mają na celu zdyskredytowanie kogoś, sprawienie, żeby się źle poczuł. Znam to, kiedyś się tym przejmowałem, teraz się uodporniłem. Uaktywniają się również boty, farmy trolli, które mieszają, byle namieszać. Na moim Facebooku czy na YouTube mają miejsce tego typu ataki. Gdy np. przywołałem wątek Donalda Trumpa, uaktywniły się trolle. Czujemy się bezbronni wobec hejtu. Państwo za mało robi, aby go ograniczyć. Kiedyś słyszało się, że policja do kogoś hejtującego dotarła, namierzając adres IP, była kara,

grzywna. Teraz już w ogóle się o tym nie mówi, agresja w Internecie w pewnym sensie spowszedniała. Nie jest głośno o debatach, jak się bronić w sieci, jak wzmocnić bezpieczeństwo. Jest taka książka fińskiej dziennikarki „Trolle Putina”, która opisuje, jak dotknął ją hejt agresywny do tego stopnia, że musiała wyjechać z Finlandii. Były groźby, zaczęła się bać...

**Przejdźmy do hejtu w stosunku do lekarzy. Na początku epidemii był hejt wynikający ze strachu, że lekarz może być źródłem zarazy, np. ze strony sąsiadów...**

Niestety, z jednej strony mieliśmy akcję klaskania, braw z balkonu dla medyków, z drugiej hejt, co oczywiście jest haniebną. Ja tego absolutnie nie toleruję! Rozum schodzi kompletnie na drugi plan i w ludziach pojawiają się emocje nie do przyjęcia. Lekarze dają z siebie wszystko, walczą o życie innych, sami się narażają na zakażenie wirusem, a potem spotyka ich coś takiego.

**Hejt pojawia się wielokrotnie w kontekście szczepień, obok teorii spiskowych, że lekarze są w zмовie z koncernami, że szczepiąc dzieci, krzywdzą je. Działalność antyszczepionkowców wychodzi poza granice Internetu, jest w realnej przestrzeni, zdarzają się przeciw fizyczne ataki w punktach szczepień.**

Mam wrażenie, że ta fala narasta. Znowu się kłania słabość państwa. Pojawiają się interpretacje, że polskie władze nie chcą zadzierać z ruchem antyszczepionkowym, bo to w części jest ich elektorat. Podejmowane są jakieś działania, niektórzy politycy, np. minister zdrowia, wypowiadają się wyraźnie przeciw, ale inni lawirują. Uważam, że państwo powinno wałnąć pięścią w stół i propagować jednoznaczny przekaz. Edukować powinno państwo, ale również Kościół. Z instytucji, świątyń, mediów powinien płynąć jednoznaczny przekaz, mówiący o tym, jak ważne są szczepienia i dlaczego są ważne. Jakie są ich podstawy naukowe, wskazania. Że są bezpieczne i chronią. Co prawda zauważyłem, że w dyskusjach wylewa się hejt, atakują grupy

# Hejt powszedni

Hejt – niezależnie od tego, czy zawiera element prawdy, czy jest jednym wielkim kłamstwem – szkodzi, niszczy. Może wpłynąć na nasz wizerunek, na myślenie innych o nas, choć niby „hejt to przecież tylko hejt”... Tylko, a może aż. O podejściu do hejterów, reakcjach na działanie trolli internetowych, na obraźliwe komentarze poniżej jakiegokolwiek poziomu, z **Maciejem Orłosiem** rozmawia Renata Jeziótkowska w rubryce „Zabiegi wizerunkowe”.

ludzi, którzy żyją antyszczepionkowym nastawieniem. Do nich zazwyczaj nie trafiają najbardziej racjonalne argumenty, można wytaczać najcięższe działa. Bez skutku. Po długiej dyskusji reakcje antyszczepionkowców są takie same, jak na początku, oni muszą mieć ostatnie słowo. Mówią: – *Tak, tak, rozumiem, ale wiem swoje*. Trzeba jednak edukować, bo wśród nieprzekonanych są nie tylko radykalni antyszczepionkowcy. Dobrze byłoby, gdyby jednoznaczne wspierające szczepienia komunikaty płynęły od głowy państwa...

**Jak na hejt, taki bezzasadny, nieracjonalny, odporny na wszelkie argumenty, reagować? Odpowiadać, czy wyjść z założenia „nie karm trolla”?**

Wychodzę właśnie z tego założenia, nie odpowiadam. Czasami mnie korci, ale powstrzymuję się. Uodporniłem się psychicznie i nic nie robię, czasami usuwam wpisy, które są wyjątkowo ohydne, zgłaszam. Myślę, że na trolli czy realnych ludzi to najlepszy sposób. Nie każdy jednak, kto doświadczył hejtu, jest odporny, ktoś po takim ataku może poczuć się bardzo źle.

**Można się całkowicie uodpornić na coś, co nas dotyczy? Zwłaszcza jeżeli nie spotkaliśmy się wcześniej ze zmasowanymi atakami? To są ogromne emocje, choć wiemy, że racja jest po naszej stronie.**

Tak, to prawda, że bierze się do siebie hejt. Sam tego doświadczyłem. Jednak z czasem coraz mniej się to przeżywa. Nie ma recepty na najlepszą reakcję na hejt. Z jednej strony można pomyśleć: niech ludzie uważają, co chcą, ja wiem, że mam rację, nie czytam tego, robię swoje. Ale można też próbować dać odpór hejtowi.

**Często osób o radykalnych poglądach jest niewiele, ale stanowią najaktywniejszą grupę w Internecie. Prawdziwa większość nie jest aktywna, a przez to słyszalna. Rzeczywistość w sieci nie oddaje prawdziwych proporcji.**

No właśnie, w rzeczywistości to mniejszość, ale mniejszość głośniejsza.

aktywna, agresywna. Większość jest spychana na margines, bo jej nie słychać, jej nie widać, ona milczy. Ale chyba tak ogólnie jest i to zjawisko wykorzystują dyktatury. Jakiś agresor, który ma bardzo mocny przekaz, jest bardzo aktywny, znajduje sobie grupę ludzi podobnych do niego i zaczyna ubezwłasnowolniać tę milczącą większość, i źle to się kończy.

**Czy dobrą drogą byłoby wzmacnianie pozytywnych przekazów, równoważenie hejtu opiniami rzetelnymi, pozytywnymi?**

Komentarze mają na celu zdyskredytowanie kogoś, sprawienie, żeby się źle poczuł. Znam to, kiedyś się tym przejmowałem, teraz się uodporniłem.

Tak by było najlepiej. Zwrócę uwagę na taki mechanizm: ktoś, kto opublikuje wpis antyszczepionkowy, nie spotyka się ze zmasowanym odporem ze strony ludzi, którzy uważają, że należy się szczerzyć, a ich komentarze nie zawierają krytyki, tylko logiczne, rzetelne argumenty. W idealnym świecie tak by było.

**Prowadzone są kampanie społeczne, akcje mające przeciwdziałać hejtowi, ale sytuacja wcale się nie poprawia. Czy realizowanie kolejnych kampanii może coś dać?**

Moim zdaniem raczej nie. Ludzie, którzy uprawiają hejt, „mają to w poważaniu”. Hejterzy często działają anonimowo. Trochę inaczej jest na forach internetowych, a trochę inaczej w mediach społecznościowych. Teoretycznie w mediach społecznościowych każdy ma profil, ale są też profile fejkowe. Wiem, że istnieją konta osób podszywających się pod mnie. Gdy dociera do mnie taki sygnał, zgłaszam i blokuję. Łatwo rozpoznać, które konta komentujących są fałszywe. Po pierwsze, ikonka – nie ma zdjęcia realnej osoby, tylko zdjęcie zwierzątka, drzewa itp.

Po drugie, zamiast imienia i nazwiska mamy jakiś bzdurny nick. Po takich sygnałach warto wejść w taki profil i wszystko się potwierdza, gdy np. jest jeden post, trzech znajomych albo dwa posty na ten sam temat. Wiadomo, że to jest fejkowe konto i nie ma co podejmować dyskusji, można najwyżej to zgłosić.

**Może więc trzeba skupić się na właściwych reakcjach na hejt oraz lobbowaniu o zmianę przepisów, m.in. o wprowadzenie prostych procedur zgłaszania hejtu i wyciągnięcia konsekwencji?**

Przydałaby się taka akcja. Najlepiej byłoby, gdyby państwo zadziało. Sami możemy blokować, usuwać komentarze, ukrywać je. Jeśli ukryje się komentarz, zmniejsza się zasięg hejtu. A autorzy tych wpisów nawet nie wiedzą, że zostały ukryte. Ale można też zgłaszać hejt Facebookowi (pytanie, co z tym robi Facebook) albo policji.

**Internet jest przestrzenią, która sprzyja hejtowi. Łatwo w nim być anonimowym, ukryć się. Internet ośmiela, dyskusje rozkręcają się bardziej, gdy komentarze są złośliwe, wręcz hejtujące. W zwykłych rozmowach twarzą w twarz ludzie zazwyczaj tak się nie zachowują.**

Mają więcej odwagi, gdy są ukryci gdzieś tam, w Internecie, często nie pod swoim nazwiskiem, nawet nie ze swoim zdjęciem. Tam dają upust frustracjom, nienawiści do innych. W rozmowie nie mieliby tyle odwagi. Mnie nie spotkał hejt w realnym życiu. A na podstawie tego, co było pisane w Internecie, mógłbym sądzić, że gdy wyjdę na ulicę, pierwszy człowiek, który mnie spotka, podejdzie i da mi w twarz. Nic takiego się nie dzieje. Ludzie, na których trafiam w realnym życiu, podchodzą, by powiedzieć coś zyczliwego, to są pozytywne reakcje. Nigdy nie spotkałem innej reakcji, nie zaatakował mnie żaden antyszczepionkowiec czy ktoś, kto ma inne poglądy polityczne. To dowodzi, że hejt działa na nasze głowy, zastrasza, powoduje, że zaczynamy się bać, bo ten wirtualny świat nas przytłacza. ■



# Od ponad 20 lat w Polsce ni



Fot. archiwum

**W jakim okresie rozwoju medycyny szkolnej rozpoczęła pani pracę w tej dziedzinie?**

**M**edycyną szkolną zajmuję się od zakończenia stażu podyplomowego w 1966 r. Wtedy podjęłam pracę w Głównym Inspektoracie BHP i Higieny Szkolnej w Ministerstwie Oświaty i rozpoczęłam specjalizację z higieny szkolnej, której nazwę zastąpiono później określeniem „medycyna szkolna”. Po uzyskaniu specjalizacji w 1968 r. (byłam już wówczas asystentką w Zakładzie Medycyny Szkolnej Katedry Propedeutyki Pediatrii Akademii Medycznej w Warszawie) przez wiele lat pracowałam jako lekarz szkolny, a także w Stołecznej Przychodni Medycyny Szkolnej.

**Jaka wtedy była rzeczywistość pracy lekarza szkolnego?**

Zmian koncepcji organizacji opieki zdrowotnej nad uczniami dokonywano w Polsce co kilkanaście lat. Okres 1963–1975 nazwany był przez dr. Sławomira Radiukiewicza (autora podręczników dla lekarzy z zakresu medycyny szkolnej) „złotym wiekiem” tej opieki i rozwoju medycyny szkolnej. W miastach na jednego lekarza szkolnego przypadało 2 tys. uczniów, na wsi opiekę nad uczniami sprawował lekarz ośrodka zdrowia. Wprowadzono zmiany w metodyce pracy lekarza szkolnego, grupy dyspenseryjne odpowiadające najczęściej zaburzeniom rozwoju i zdrowia uczniów oraz system nadzoru. Powstały wojewódzkie przychodnie medycyny szkolnej i poradnie medycyny szkolnej koordynujące pracę lekarzy, pielęgniarek, higienistek szkolnych. W wielu tych poradniach udzielano uczniom i ich rodzicom konsultacji specjalistycznych.

**Jakie doświadczenia wpłynęły na pani podejście i wypracowywanie własnej koncepcji?**

Swoją drogę zawodową zaczynała w okresie „złotego wieku” medycyny szkolnej i ścierania się różnych poglądów na temat reorganizacji tej dziedziny medycyny. Doświadczenia z pracy lekarskiej i naukowej, wyjazdy i kontakty zagraniczne spowodowały, że stała się twórczynią jednego z modeli medycyny szkolnej i współtwórczynią polskiej koncepcji szkoły promującej zdrowie. O zmieniającej się na przestrzeni lat kondycji medycyny szkolnej w Polsce, jej obecnym stanie oraz promocji zdrowia w szkole z prof. **Barbarą Woynarowską** rozmawia Adrian Boguski.

# e istnieje medycyna szkolna

W 1982 r. objęłam stanowisko kierownika Zakładu Medycyny Szkolnej w Instytucie Matki i Dziecka. Od połowy lat 70. medycyna szkolna była powiązana z pediatrią i stała się częścią medycyny wieku rozwojowego. Wprowadzono system badań przesiewowych i bilanse zdrowia u uczniów w wieku 6, 10, 14 i 18 lat. Stopniowo jednak zmniejszała się liczba etatowych lekarzy szkolnych, pojawiła się tzw. opieka zadaniowa – lekarze, najczęściej stażyści, wykonywali w szkołach tylko bilanse zdrowia uczniów. W 1984 r. wyjechałam na roczne stypendium do USA. Nawiązałam tam kontakt z pediatrami i pielęgniarkami z Uniwersytetu w Denver, którzy tworzyli w tym stanie system opieki zdrowotnej nad uczniami. Główną rolę odgrywała w nim pracująca samodzielnie pielęgniarka szkolna. „Odkryciem” dla mnie było przestrzeganie praw dziecka pacjenta – jego prywatności, intymności, poszanowania godności osobistej. W instytucie badań nad rozwojem w Yellow Springs, w którym miałam staż naukowy, już dzieci roczne do pomiarów antropometrycznych ubierano w majtki i stanik. Pielęgniarka szkolna nie mogła ucznia rozebrać ani podać mu leku bez zgody rodziców, dysponowała tylko środkami opatrunkowymi, nie dokonywała przeglądów higieny osobistej uczniów. Do Polski wróciłam nastawiona bardzo krytycznie do mojej pracy, jako lekarza szkolnego, i do funkcjonującego systemu. Zdałam sobie sprawę, że jako lekarz szkolny w ogóle nie przestrzegałam praw dziecka pacjenta. Uczniowie byli wzywani na badanie lekarskie grupami, bez uprzedzenia. Pielęgniarki dokonywały częstych przeglądów czystości uczniów w klasie.

## Jak adaptowała pani nową wiedzę do polskiego systemu?

Po powrocie podjęłam w IMD prace mające na celu zwiększenie kompetencji zawodowych pielęgniarek szkolnych. W latach 1986–1989 zespół, którym kie-

rowałam, opracował programy ich kształcenia wstępnego, kursów kwalifikacyjnych, a także specjalizacji w nauczaniu i wychowaniu. Wdrożono je w całym kraju. Zmienił się status zawodowy pielęgniarek/higienistek szkolnych, zaczęły odgrywać główną rolę w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami.

## To wszystko zbiegło się ze zmianą ustroju politycznego w Polsce...

W okresie transformacji ustrojowej wprowadzono do systemu opieki zdrowotnej lekarza rodzinnego. Przyjeliśmy w IMD, że to lekarz rodzinny powinien sprawować opiekę „w zdrowiu i chorobie” nad uczniem, który jest na jego liście aktywnej. Ma bowiem pełną dokumentację medyczną ucznia, kontakt z rodzicami. Istotą zmodyfikowanego systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej było założenie, że w ochronie zdrowia uczniów powinni uczestniczyć: rodzice, ponoszący moralną i prawną odpowiedzialność za zdrowie swych dzieci; sami uczniowie, którzy przygotowują się do roli współtwórców swego zdrowia i aktywnych pacjentów; szkoła, która powinna tworzyć środowisko społeczne i fizyczne sprzyjające zdrowiu i prowadzić edukację zdrowotną uczniów, oraz

”  
Niezbędne jest jednak zrozumienie, że na zdrowie dzieci i młodzieży wpływa wiele wciąż zmieniających się czynników w środowisku rodzinnym, szkolnym, lokalnym i globalnym. Zapewnienie im profilaktycznej opieki zdrowotnej jest tylko jednym z nich.

pracownicy ochrony zdrowia, zapewniający podstawowe świadczenia profilaktyczne i lecznicze, wspierający uczniów, ich rodziców i szkołę w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. W 1992 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wydało rozporządzenie uznające nasz system profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami za obowiązujący. Kluczowe znaczenie miało uczestnictwo Polski w tworzeniu w Europie szkoły promującej zdrowie. Zespół, którym kierowałam w IMD, w latach 1991–1997 realizował w Polsce koncepcję takiej szkoły.

## Na czym polega koncepcja szkoły promującej zdrowie?

Jej istotą jest całościowe podejście do promocji zdrowia. Obejmuje ono uwzględnienie zdrowia w polityce szkoły, tworzenie sprzyjającego zdrowiu i dobremu samopoczuciu środowiska fizycznego oraz społecznego, rozwijanie u uczniów i pracowników szkoły umiejętności dbania o zdrowie, współpraca z pracownikami medycznymi sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami. W latach 1992–1995 Czechy, Polska, Słowacja i Węgry podjęły z inicjatywy WHO/Euro, jako pierwsze w Europie, pilotażowy projekt „Szkoła promująca zdrowie”. W Polsce realizowało go 15 szkół podstawowych. Był to czas dobrej współpracy resortów zdrowia i edukacji. Otrzymaliśmy ogromną pomoc od organizacji i ekspertów europejskich. Wyniki projektu były obiecujące. Nadal aktywnie wspieram jego realizację. Do 16 wojewódzkich sieci SzPZ należy obecnie około 3,5 tys. szkół i przedszkoli. Mamy unikatową w Europie infrastrukturę wspierającą ich pracę, własny model i standardy SzPZ oraz narzędzia do ich ewaluacji. Ze smutkiem muszę jednak podkreślić, że resort zdrowia od wielu lat nie jest zainteresowany wspieraniem tego programu. Tylko w nielicznych szkołach uczestniczą w nim pielęgniarki szkolne.

➤ **Jakie były przyczyny i główne założenia dokonanej w latach 2002–2005 rekonstrukcji systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami?**

W styczniu 1999 r. weszła w życie ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Straciły moc przepisy regulujące zasady profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Zlikwidowano dwustopniową specjalizację lekarską „medycyna szkolna” i Krajowy Zespół ds. Pediatrii i Medycyny Szkolnej. Medycyna szkolna przestała istnieć. W celu przeciwdzia-

nej sprawowanej przez pielęgniarkę/hygienistkę szkolną i lekarza POZ, poradników metodycznych dla tych pracowników ochrony zdrowia, zasad ich współpracy ze szkołą. Zmiany te, z pewnymi modyfikacjami, obowiązywały do 2019 r.

**Jak medycyna szkolna może wypełniać swoje zadania w obliczu obecnych problemów systemowych ochrony zdrowia?**

Jak wspominałam, od ponad 20 lat nie istnieje w Polsce medycyna szkolna. W 2015 r. zlikwidowano specjalizację

też w innych krajach. Koncepcja i organizacja systemu opieki, wprowadzone z moim udziałem w latach 90. XX w., są nadal aktualne. Należy jednak moim zdaniem wprowadzić zmiany w metodyce pracy pielęgniarki szkolnej i w systemie badań przesiewowych oraz zaktywizować lekarzy rodzinnych do lepszej opieki profilaktycznej nad uczniami. Niezbędne jest jednak zrozumienie, że na zdrowie dzieci i młodzieży wpływa wiele wciąż zmieniających się czynników w środowisku rodzinnym, szkolnym, lokalnym i globalnym. Zapewnienie im profilaktycznej opieki zdrowotnej jest tylko jednym z nich.



Zespół Zakładu Medycyny Szkolnej IMD z 1982 r.

Fot. archiwum

łania tym niekorzystnym zmianom podjęto w 2002 r. w IMD realizację „Programu polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia »Wdrażanie standardów w opiece zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym«”. Zaprosił mnie do niego dyrektor instytutu prof. Wojciech Woźniak. Efektem prac wykonanych z moim „dawnym” zespołem było m.in. opracowanie pierwszych w Polsce standardów profilaktycznej opieki zdrowot-

pielęgniarską w dziedzinie środowiska nauczania i wychowania. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami jest częścią całego systemu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, wchodzi w skład POZ. Zapewnienie tej opieki licznej grupie dzieci i młodzieży w wielu szkołach zawsze było trudne. Praktyka znacznie odbiegała na niekorzyść od przepisów oraz oczekiwań ich twórców i społeczeństwa. Trudności występują

Ważne, aby rodzice uczniów, oni sami i nauczyciele poznali swoje zadania w tym zakresie. Potrzebne są kampanie społeczne adresowane do rodziców oraz nowoczesna edukacja zdrowotna uczniów i pracowników szkoły. Niestety, działania te są w Polsce zaniedbane. Szansa na poprawę jakości profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami jest moim zdaniem w obecnej sytuacji w kraju minimalna. ■





Fot. A. Boguski



## Warsztaty z komponowania posiłków

Jak zmienić swoje nawyki żywieniowe, by jeść więcej warzyw i owoców, jak komponować posiłki, by były odżywcze, smaczne i szybkie? Tym m.in. zagadnieniom poświęcona była prelekcja, która zainaugurowała cykl warsztatów pt. „Cztery pory smaku” organizowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

**W**ykładowcą jest lek. Alicja Baska, dyrektor organizacyjnej Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia, a przede wszystkim pasjonatki kuchni roślinnej i medycyny kulinarnej, można było wysłuchać w siedzibie izby oraz online. Podczas spotkania poruszano temat odpowiednich wyborów żywieniowych, planowania posiłków oraz ich przechowywania. Uczestnicy dowiedzieli się również jak z sezonowych, typowych dla lata, produktów przygotować proste, zdrowe i smaczne posiłki, które można zabrać ze sobą na dyżur.

Druga część spotkania – warsztatowa, polegała na praktycznym wykorzystaniu wiedzy zdobytej podczas wykładu. W ramach blisko półtoragodzinnych zajęć lekarze komponowali własne posiłki. Wszystkie przygotowane potrawy wyglądały bardzo apetycznie.

Cykl wykładów „Cztery pory smaku” zorganizowany został z myślą o popularyzacji medycyny kulinarnej – jednej z najmłodszych dziedzin medycyny stylu życia – wśród członków naszej izby. Spotkania będą poświęcone edukacji żywieniowej w praktycznej formie odpowiadającej poszczególnym porom roku, z wykorzystaniem charakterystycznych dla nich produktów, by w każdym okresie odnajdywać w jedzeniu to, co najwartościowsze i zarazem najsmaczniejsze. Już teraz zapraszamy na kolejne spotkanie z cyklu, które będzie poświęcone komponowaniu posiłków m.in. z warzyw i owoców typowych dla jesieni. Zajęcia odbędą się 21 października w OIL w Warszawie w godz. 15.00–18.00 w formie stacjonarnej i online (jednie wykład), o czym z pewnością będziemy jeszcze przypominać. ■ **ab**

Warsztaty z komponowania posiłków na dyżur

**Cztery pory smaku**  
#jesień

**21 października godz. 15.00 – 18.00**  
- zapraszamy do siedziby OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 16  
- lub online (liczba miejsc ograniczona)

Zapisy od **23 września**

Warsztaty poprowadzi lek. Alicja Baska,  
dyrektor organizacyjna Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia  
zbilansowane posiłki/na cały dzień/zdrowe/tatua/czytka

OKRĘGOWA IZBA LECARSKA  
W WARSZAWIE  
mgr. prof. Jolanta Stelakowicz

# Śpiew na zdrowie



Fot. archiwum

Wiele osób szuka odprężenia w muzyce. I słusznie. Większą moc odstresowującą ma jednak uprawianie muzyki. Śpiewać może każdy i warto się o tym przekonać.

O terapeutycznym wpływie śpiewania na psychikę oraz przeszłości i przyszłości Medicantusa opowiada dr Krzysztof Moczarski, przewodniczący chóru OIL w Warszawie, w rozmowie z Adrianem Boguskim.

## Jak członkowie Medicantusa zamierzają przywitać nowy sezon występów i festiwali?

**P**rzygotowujemy kilka rozrywkowych utworów wokalnie-instrumentalnych. Pragniemy pokazać, że jesteśmy zgranym zespołem, i zachęcić lekarzy do wstąpienia do Medicantusa. Przygotowujemy się również na zimę. Uczestniczymy w cyklu festiwalowym „Oratio pod Pilskiem”, który za-

inicjowała nasza dyrygent Beata Herman. Festiwal jest przeznaczony przede wszystkim dla lokalnej społeczności w Korbielowie, ale jego odbiorcami są również liczni wczasowicze i narciarze, którzy w okresie ferii przyjeżdżają tam z całej Polski. Na maj przyszłego roku zaplanowany jest zjazd chórów lekarskich w Opolu, gdzie będziemy prezentować hity z Festiwalu Piosenki Polskiej w Opolu. Nagraliśmy filmik promujący Medicantusa i przedstawimy go na zjeździe. Poza tym nasz chór niezmiennie pozostaje do dyspozycji na imprezy izbowe. Realizacja zamierzeń zależy jednak od sytuacji epidemicznej.

## Czy spotkania, próby pomagają w odreagowaniu szczególnie trudnej w okresie pandemii lekarskiej codzienności?

Na próbach przestajemy myśleć o pracy. Oczywiście, czasami podczas przerwy na kawę i ciastko tworzą się minikonksylia, ale nigdy rozmowy o pracy i medycynie nie dominują. W tych chwilach przede wszystkim można poznać nowych członków zespołu. Śpiewanie wymaga skupienia, pobudza zupełnie inne obszary umysłu. Mamy dwie i pół godziny, żeby kompletnie odciąć się od wszystkiego i skupić na muzyce. Członkowie naszego chóru przychodzą regularnie i chcą śpiewać, a to najlepszy dowód, że próby pomagają w odreagowaniu codziennych trosk.

## Zorganizowali państwo we współpracy z Leszkiem Świdzińskim koncert, by podnieść na duchu lekarzy i pacjentów walczących z COVID-19...

Koncert odbył się w efekcie połączenia sił naszego chóru, Szpitala Bielańskiego i Stołecznej Estrady. Postanowiliśmy wykonać „Nessum dorma” – tenorową arię Kalafa z początku trzeciego aktu opery „Turandot” Giacomo Pucciniego. Chcieliśmy, by w czasie pandemii ostatnie jej słowa: *vincerò*, czyli zwyciężę, niosły nadzieję. Pragniemy tym utwo-

rem przekazać lekarzom i pacjentom, że trzeba razem cierpliwie walczyć, a zwycięstwo nadejdzie. Spotkaliśmy się na próbie kilka dni przed występem. Drugą próbę odbyliśmy przed szpitalem, w dniu premiery, i już wtedy budziliśmy żywe zainteresowanie. Kilka chwil później na dziedzińcu Szpitala Bielańskiego odbył się oficjalny, zarejestrowany bez żadnych dubli występ.

## Jak słuchacze odebrali to wykonanie?

Bardzo wielu pacjentów i osób należących do personelu szpitala pojawiło się w oknach. Przyjęcie było bardzo ciepłe, zebrałiśmy gromkie brawa. Film opublikowany przez Stołeczną Estradę i nasze media społecznościowe niezwykle szybko rozszedł się w Internecie. O dziwo, w Polsce nie odbił się szerokim echem, chociaż udostępniły go różne media. Największą jednak popularność zdobył w krajach hiszpańskojęzycznych, dzięki Facebookowi i aplikacji WhatsApp. Do naszej koleżanki z chóru odezwał się jej hiszpański przyjaciel. Napisał, że jego znajomi przesyłali sobie ten film i trafił również do niego. Wtedy pochwalił się wszystkim, że jego koleżanka śpiewa w tym filmie. Druga historia jest podobna. Koleżanka pani dyrygent, która mieszka w Toronto, dostała od znajomych ten film i też pochwaliła się, że wśród wykonawców jest jej przyjaciółka. Na Facebooku nadal jest przesyłany, udostępniany przez kompletnie nieznaną nam osoby. Informacja o naszym występie pojawiła się w wiadomościach na portalach niemal w całej Ameryce Południowej, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Hiszpanii. Wiele osób ze świata pisze, że to bardzo fajna inicjatywa i piękne wykonanie. Cieszymy się, że mogliśmy zrobić coś dobrego.

## Ilu członków liczy obecnie Medicantus? Jak pandemia wpłynęła na organizację prób?

Chór składa się z mniej więcej 45 osób. Podczas „twardego” lockdownu spotykaliśmy się online, by przeprowadzać próby głosowe. Rozczytywaliśmy nowy





materiał, ale przez opóźnienia programu komputerowego nie dało się naszego śpiewu zsynchronizować. Przekonaliśmy się, że nie da się zrobić niektórych rzeczy przez Internet. Kiedy sytuacja pandemiczna nieco się poprawiła, ale izba była jeszcze zamknięta, spotykaliśmy się dzięki uprzejmości ojców dominikanów z warszawskiego Służewa. Śpiewaliśmy w dolnym kościele, na dużej przestrzeni, żeby każdy miał pewność, że nie dojdzie do zakażenia. Ściśle przestrzegaliśmy reżimu sanitarnego. Niedawno wróciliśmy do siedziby izby i bardzo się cieszymy, że śpiewamy w macierzystej jednostce, bo organizacyjnie to jest dużo prostsze.

**Czy członkowie Medicantusa to osoby, które mają wykształcenie muzyczne?**

Ja chodziłem do szkoły muzycznej i gram na fortepianie. Z jednym kolegą również śpiewamy w Chórze Kameralnym Polskiej Opery Królewskiej w Warszawie. W Medicantusie staramy się, by nasza muzyka była na jak najwyższym poziomie, ale nie wymagamy od członków wykształcenia muzycznego. Ważne, by chcieć śpiewać, a wszystko inne jest do zrobienia. Duża część naszych chórzystów nie ma wykształcenia muzycznego, wielu nie zdawało sobie sprawy, że mogą śpiewać, i trafiło do nas przez przypadek.

**Bardziej doświadczeni pomagają zapewne tym, którzy dopiero odkrywają śpiewanie...**

Techniczne i czysto emisyjne kwestie wyjaśnia pani dyrygent. Osoby wy-

kształcone muzycznie i znające nuty stanowią trzon Medicantusa, a reszta, według chóralnej reguły, stara się korzystać z ich doświadczenia. Nie zabraniamy jednak śpiewać tym, którzy się uczą. To nie żaden wstyd, że ktoś może nie trafiać w dźwięki. Wszystko jest do wyćwiczenia. Jeżeli tylko ktoś słyszy, że źle śpiewa, już jest nadzieja, że będzie dobrze śpiewał.

**Jakich głosów potrzebujecie?**

Najbardziej brak nam męskich głosów. Panowie mniej garną się do śpiewania w chórze. To problem wszystkich zespołów. Śpiewający lekarze i lekarze dentyści zawsze są mile widziani, niezależnie od tego, czy są basami, sopranami, altami, czy tenorami. ■

**Chór Medicantus  
zaprasza do śpiewania**

Próby odbywają się w siedzibie OII, w Warszawie,  
przy ul. Puławskiej 18, w Sali im. prof. Władysława Szenajcha, w poniedziałki w godz. 19.00–21.30.

**Startujemy 13 września.**

Wszelkich informacji udzielamy pod numerami telefonów:  
501 213 438 i 507 058 663 oraz pod adresem e-mailowym: [dyrygent.smist@interia.pl](mailto:dyrygent.smist@interia.pl).





Z wielkim smutkiem żegnamy  
Jego Ekscelencję Arcybiskupa  
**Henryka Hosera**

wieloletniego ordynariusza  
diecezji warszawsko-praskiej, misjonarza,  
lekarza mocno związanego  
z samorządem lekarskim,  
członka Okręgowej Izby Lekarskiej,  
honorowego delegata  
na XXVII Okręgowy Zjazd Lekarzy  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,  
kawalera Krzyża Wielkiego Orderu Odrodzenia Polski,  
człowieka o wielkiej dobroci, wrażliwości i pokorze,  
całym sercem oddanego swojemu powołaniu  
oraz integracji środowiska lekarskiego.

Łukasz Jankowski – prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
oraz  
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie

*Odpowiadając w moim życiu na Boże wezwania – by leczyć  
ciała i dusze – zawsze starałem się wypływać z nich  
zobowiązania podjąć i wypełniać najlepiej jak umiałem,  
na miarę sił, środków i najlepszej woli.*

Ks. ab. Henryk Hoser



W wielkim żalem żegnamy  
prof.  
**Kazimierza Jakubowicza**

znanego dermatologa,  
wspaniałego lekarza,  
przez wiele lat i do końca pracującego  
w Lekarskiej Spółdzielni  
Profesorsko-Ordynatorskiej  
przy ul. Waliców w Warszawie.  
Rodzinie składamy szczerze wyrazy współczucia.  
Prezes, zarząd i pracownicy  
Lekarskiej Spółdzielni Profesorsko-Ordynatorskiej



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

**Pani Doktor  
Janiny Ludwiki Bauer-Gellert**

wspaniałej lekarki,  
działaczki konspiracyjnej (pseudonim „Zosia”),  
uhonorowanej wieloma odznaczeniami.  
Osoby bardzo zaangażowanej w swoją pracę.  
Dobrego, życzliwego Człowieka.

Rodzinie i Bliskim  
składamy wyrazy głębokiego współczucia.  
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
Łukasz Jankowski  
oraz  
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



**Mariuszowi Furmankowi**  
wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy  
z powodu śmierci

**Ojca**

składają  
koleżanki i koledzy  
z Zakładu Radiologii CSK MSWiA w Warszawie



15 marca 2021 r. zmarła  
**Elżbieta Jura**

lekarz neurolog.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Koleżanki z grupy XIII  
Ela, Iza, Krysia, Mirka



17 sierpnia 2021 r. w wieku 90 lat odszedł  
dr

**Zdzisław Sieczych**

lekarz Oddziału Chorób Wewnętrznych  
Szpitala Praskiego,  
przedstawiciel Polservice w Ghanie  
na stanowisku Senior Medical Officer,  
wieloletni kierownik przychodni  
przy ul. Otwockiej w Warszawie.

O czym zawiadamia pogrążona w smutku rodzina.



## Jerzy Strzałkowski (1930–2021)

Przez 91 lat życie dr. Jerzego Strzałkowskiego było odpowiedzialne, ciekawe i piękne. W szpitalu, przychodni, w domu, na posiedzeniach naukowych, na spotkaniach towarzystw do walki z gruźlicą, Towarzystwa Historycznego, podczas spotkań z kolegami rocznika 1954. Poza tym, że był lekarzem diagnostą i społecznikiem, zwłaszcza jeśli chodzi o walkę z gruźlicą, pielęgnował wspomnienia wydarzeń i swoich działań podczas Powstania Warszawskiego, szczególnie obrony Politechniki Warszawskiej, spotykał się z kolegami z Szarych Szeregów 3 Batalionu Pancernego AK „Golski” oraz młodzieżą z organizacji „Sarmacja”. Przez lata razem z władzami politechniki kultywował pamięć poległych i oddawał cześć tym, którzy jeszcze żyli.

Lubił podróże, odwiedził kilkanaście krajów, był na sześciu kontynentach. Wędrował po Tatrach, po swojej Warszawie. Cieszył się tą nową, ale ze wzruszeniem wspominał tę starą (gromadził o niej literaturę i fotografie). Tu się urodził 8 stycznia 1930 r. Tu chodził do szkoły powszechnej (1937–1942), a następnie do szkoły handlowej (1942–1944). Tu też było harcerstwo, Szare Szeregi i Powstanie Warszawskie, podczas którego został ranny, ale we wspomnieniach najpiękniejsze pozostają opiekujące się nim sanitariuszki „Kicia” i „Perelka”. Po upadku powstania trafił do obozu jeńców wojennych w Sandbostel, skąd 30 stycznia 1945 r. został przewieziony do stalagu w Hamburgu, a następnie do Polskiego Obozu Wojskowego na wyspie Sylt.

Po powrocie do Polski w listopadzie 1945 r. kontynuował naukę w Liceum im. Juliusza Słowackiego. W latach 1949–1954 studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego. W 1958 r. uzyskał I stopień specjalizacji z ftyzjatrii, a w 1966 – II stopień w zakresie chorób płuc.

Początkowo pracował w Wojewódzkiej Przychodni Chorób Płuc i Gruźlicy przy ul. Pasteura jako laborant, asystent, a w latach 1963–1977 jako kierownik poradni terenowej. Od 1977 do chwili zamknięcia oddziału szpitalnego, czyli do 2000 r., był ordynatorem w Lecznicy Centrum Lecznictwa Ogólnego i Geriatrii przy ul. Emilii Plater. Pracy w szpitalu towarzyszyła bardzo go satysfakcjonująca praca dydaktyczna dla V kursu Wydziału Lekarskiego AM z zakresu gruźlicy i chorób wewnętrznych.

Była też praca w Warszawskim Oddziale Komitetu Społecznego Towarzystwa do Walki z Gruźlicą. Zaangażowany był absolutnie do końca swych możliwości zarówno w pracę społeczną, jak i zawodową. Pragnął pomagać i pomagał, dopóki nie uniemożliwiły tego liczne choroby.

Zmarł 16 maja po kolejnym udarze. Prawie dyskretnie, jak dzieńtemen, co również tak pięknie w swoim nekrologu podkreśliła Rodzina. Pogrzeb odbył się na Cmentarzu Bródnowskim.

Agnieszka Ossowska



## Maria Ewa Kłoskowska (1950–2021)

20 marca 2021 r. na wieczny lekarski dyżur odeszła Maria Ewa Kłoskowska, lekarz wielkiego serca, bezgranicznie oddana swoim pacjentom, ikona „Solidarności”, bezkompromisowa obrończyni praw pracowniczych.

Od ukończenia Akademii Medycznej w Warszawie w 1977 r. pracowała na Woli, a od 1987 – w nowo otwartej przychodni przy ul. Czum na Bemowie. W „Solidarności” działała od chwili jej powstania, pełniła funkcję przewodniczącej związku w naszym ZOZ, obecnie SZPZLO Warszawa Bemowo-Włochy.

Ewa była inicjatorką spotkań w przychodni przy ul. Czumi delegatów na I Okręgowy Zjazd Lekarzy reaktywujący odrodzony w 1989 r. lekarski samorząd zawodowy oraz organizatorką pierwszego posiedzenia ORL, które właśnie tam

się odbyło. Była delegatem na OZL II kadencji, aktywnym członkiem komisji ekonomicznej. Szczególną rolę odegrała w „Solidarności” ochrony zdrowia, broniąc praw pracowniczych wszystkich grup zawodowych, w związku z czym doznała wielu przykrości ze strony administracji. Mimo licznych propozycji wyboru do centralnych władz związku oraz samorządu lekarskiego pozostała wierna swoim współpracownikom. Była przykładem lekarza oddanego pacjentom, cierpliwego i pełnego zrozumienia, który wychodził z przychodni czasem kilka godzin po czasie pracy.

W ostatniej drodze Ewy 6 kwietnia na Cmentarzu Bródnowskim uczestniczyli liczni przyjaciele, współpracownicy i pacjenci.

Bardzo nam wszystkim będzie Ciebie Ewuniu brakowało.  
*RIP*

Krzysztof Makuch

**Uchwała nr 68/R-VIII/21  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 7 lipca 2021 r.**

**w sprawie ustalenia liczby mandatów delegatów  
na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby  
Lekarskiej w Warszawie kadencji 2022–2026**

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965 t.j.), art. 14hb 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) oraz w zw. z §13 ust. 1 pkt 3 i §13 ust. 13 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, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. oraz na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

**§1**

Ustala się liczbę mandatów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2022–2026 w liczbie 364, w tym 280 mandatów dla lekarzy i 84 mandaty dla lekarzy dentyków.

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes ORL w Warszawie **Łukasz Jankowski**,  
sekretarz ORL w Warszawie **Marta Moczyłowska**



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 adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.  
Materiałów niezamówionych nie zwracamy.  
Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.



## Absolwenci rocznika 1964–1970!

Jubileusz 50-lecia  
uzyskania dyplomu lekarza  
odbędzie się  
25 września 2021 r.  
o godz. 13.00  
w siedzibie dziekanatu  
przy ul. Księcia Trojdena 2a  
(Centrum Dydaktyczne).

Msza święta  
przed uroczystością  
zostanie odprawiona  
w kościele przy ul. Dickensa 5  
o godz. 10.30.

## ZAPRASZAMY DO WSPÓŁPRACY LEKARZY ENDOKRYNOLOGÓW ze specjalizacją oraz LEKARZY DERMATOLOGÓW ze specjalizacją.

### Oferujemy:

- pokrycie kosztów dojazdu, wyżywienia oraz noclegu,
- gabinet wyposażony w przyjazny i intuicyjny system informatyczny do elektronicznej dokumentacji medycznej,
- pracę w dużej, renomowanej placówce medycznej,
- możliwość rozwoju zawodowego,
- wynagrodzenie 15 tysięcy PLN miesięcznie w formie umowy cywilnoprawnej – do negocjacji.

Oczekujemy dyspozycyjności 8 dni w miesiącu,  
2 dni w każdym tygodniu

Posiadamy również:

- » nowoczesny szpital » szeroki zakres specjalistów
- » profesjonalny sprzęt » bogatą ofertę Zakładu Diagnostyki Obrazowej

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt:

☎ 692 442 915

✉ j.gruszecka@citomed.pl

🌐 www.citomed.pl

Toruń, ul. M. Skłodowskiej-Curie 73



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 81 30 | [proseniore@oilwaw.org.pl](mailto:proseniore@oilwaw.org.pl)

FUNDACJA  
PRO SENIORE  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE

Koleżanki i Koleżdy,  
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 81 30 | [proseniore@oilwaw.org.pl](mailto:proseniore@oilwaw.org.pl)



## 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](https://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](https://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](mailto:biuro@ins-med.pl)  
[ins-med.pl](https://ins-med.pl)

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





**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 Wincianus, 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](mailto:info@subaltyk.pl) | [www.subaltyk.pl](http://www.subaltyk.pl)