

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

puls

GRUDZIEŃ 2021/STYCZEŃ 2022
(nr 320/321)



WYBORY DELEGATÓW – II TURA

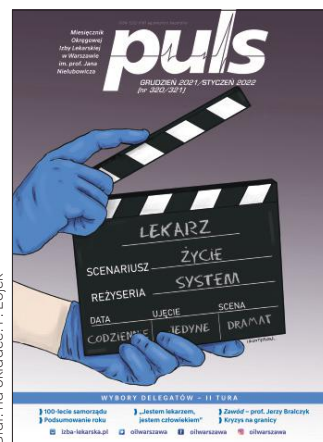
» 100-lecie samorządu
» Podsumowanie roku

» „Jestem lekarzem,
jestem człowiekiem”

» Zawód – prof. Jerzy Bralczyk
» Kryzys na granicy

SPIS TREŚCI

- ▶ NA DZIEŃ DOBRY (str. 2)
- ▶ DZIŚ I JUTRO (str. 3)
- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 9, 41-44)
- 26 Izbowe podsumowanie roku**
– Michał Niepytalski
- 40 Interwencje rzecznika praw lekarza**
 - ▶ SAMORZĄD
- 4 100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu**
- 6 100-lecie lekarskiej integracji**
– Adrian Boguski
- ▶ SŁOWA NA ZDROWIE
- 10 Zawód**
– Jerzy Bralczyk
- ▶ „JESTEM LEKARZEM, JESTEM CZŁOWIEKIEM”
- 11 Premiera filmu**
– Michał Niepytalski
- 12 Rola systemu**
– rozmowa
z Łukaszem Palkowskim
- 14 Zagrać lekarza**
– rozmowa
z Tomaszem Kotem
- 16 Ty masz jeszcze rodzinę?**
– Małgorzata Solecka
- ▶ WYNURZENIA I IDEOLOGIE...
- 19 Gen sprzeciwu – jak by to zabrzmiało, gdyby nie było eufemizmem?**
– Jarosław Biliński
- ▶ OPINIE
- 18 Nasze dwie twarze**
– Paweł Kowal
- 21 Misja: granica**
– Paweł Walewski
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA
- 20 Gdy ilość nie przechodzi w jakość**
– Marek Balicki
- ▶ POMOC MIGRANTOM
- 22 Kryzys na granicy**
– Michał Niepytalski
- ▶ ZDROWIE PSYCHICZNE
- 24 Pomóc, tylko jak?**
– Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW
- 32 Nietrafione zmiany**
– Dariusz Paluszek
- ▶ SYSTEM
- 34 No-fault ochroni i lekarza, i pacjenta
Nie obwiniać przed procesem**
– Karolina Kowalska
- ▶ PRAWO
- 36 Przepisy o aborcji
i ograniczeniach związanych z COVID-19**
– Filip Niemczyk
- 38 Między leczeniem a daremną nadzieją**
– Aleksandra Powierża,
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- ▶ SZCZEPIENIA
- 45 #SPRAWDZAM**
– Małgorzata Solecka
- ▶ ZABIEGI WIZERUNKOWE
- 46 Z życia wzięte**
– rozmowa
z Maciejem Orłosiem
- ▶ MEDIA
- 47 #W_ETERZE**
 - ▶ OBWIESZCZENIE OKW (str. 51)
 - ▶ BIULETYN ORL (str. 54)
 - ▶ WSPOMNIENIA (str. 55)



Graf. na okładce: P. Łojek

www.miesiecznik-puls.org.pl

Z okazji świąt i nadchodzącego Nowego Roku życzę Państwu spokoju,
którego tak bardzo nam wszystkim brakuje na co dzień.
Niech Boże Narodzenie przyniesie nadzieję, siłę i radość na kolejne dni i miesiące.
Niech ten świąteczny czas upłynie w serdecznej, rodzinnej atmosferze,
bez względu na to, gdzie wtedy Państwo będą.
Życzę, by 2022 rok okazał się rokiem lepszej ochrony zdrowia,
lepszych warunków pracy, rokiem faktycznego odwrótu koronawirusa,
a przede wszystkim spełnienia marzeń lekarskich – zawodowych i prywatnych.
Życzę dużo zdrowia, właściwych proporcji między pracą i domem,
satisfakcji, spełnienia oraz czasu dla siebie i najbliższych.

Lukasz Jankowski,
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza



GŁOSUJ NA DELEGATÓW W WYBORACH

Szanowna Koleżanko, Szanowny Kolego,

II tura odbywa się w rejonach, w których nie udało się wyłonić delegatów.

Zaglądamy do skrzynki pocztowej. Nie przeocz listu z pakietem wyborczym. Zagłosuj i niezwłocznie odeślij go do izby. Lista kandydatów i terminy głosowania znajdują się na naszej stronie internetowej w zakładce „WYBORY”.

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

☎ pod numerami telefonu: **22 542 83 06** (siedziba OIL w Warszawie)
i **48 331 36 62** (Delegatura Radomska),
✉ pod adresem e-mail: **wybory@oilwaw.org.pl**.

**Obwieszczenie w sprawie wyników I tury
publikujemy na stronie 51.**

Więcej:



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza



Fot.: K. Bartyzel

RENATA JEZIÓŁKOWSKA

redaktor naczelna

Po ludzku

W Polsce i na świecie powstało mnóstwo filmów i seriali o lekarzach. Rozbudzają one oczekiwania pacjentów, bo w filmowej rzeczywistości lekarz ma czas na długie rozmowy, wszelkie badania wykonywane są od ręki, a nad diagnozą pracuje pół szpitala. Takie historie z ekranu wywołują gorzki uśmiech lekarzy, bo w prawdziwym życiu nie ma ani czasu, ani narzędzi, ani wystarczająco licznych personelu, jest za to papierologia, są niedomogi systemowe i bylejakość. Film Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie pokazuje jak jest.

Naszemu filmowi „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” poświęcamy w „Pulsie” sporo miejsca, często do niego nawiązujemy. Również okładką. Reakcje na zawarty w nim przekaz utwierdzają nas w przekonaniu, że pokazanie społeczeństwu tego, co dla środowiska jest oczywiste, i podzielenie się zwykłymi ludzkimi emocjami, to dobry pomysł na poprawę wzajemnego zrozumienia pacjentów i lekarzy, którzy przecież są po tej samej stronie – po stronie zdrowia.

Tych, którzy jeszcze nie widzieli tego obrazu – wyreżyserowanego (podobnie jak słynni „Bogowie”) przez Łukasza Palkowskiego, z Tomaszem Kotem w roli głównej – zachęcamy do obejrzenia. Wszystkich zachęcamy też do udostępniania. Film znajdzie Państwo na naszej stronie internetowej, w mediach społecznościowych i na naszym kanale na YouTube. Jest także pod kodem QR na str. 11.

Premiera filmu miała miejsce w dniu 100-lecia samorządu lekarskiego. Tradycyjna formuła obchodów, ze względu na pandemię, nie była możliwa, więc tym bardziej skupiliśmy się na zaakcentowaniu samorządności przez kampanię społeczną, wpisującą się w ideę izby, czyli działań na rzecz środowiska lekarskiego. Bo „Jestem

lekarzem, jestem człowiekiem” to nie jest wyłącznie film, lecz szeroka akcja, którą dzięki filmowi zauważyły media. Co do 100-lecia: przygotowaliśmy oczywiście artykuł dotyczący historii izb lekarskich, ale też zamknęliśmy nasz tegoroczny cykl „100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu”. A przy okazji ruszamy z pulsowymi wywiadami wideo. Udostępniamy pierwsze takie materiały – rozmowy z reżyserem Łukaszem Palkowskim i aktorem Tomaszem Kotem. By z papierowego „Pulsu” przejść na wideo, wystarczy smartfonem zeskanować kod QR zamieszczony na stronach z wywiadami.

Zapraszamy do włączenia się w działania samorządu. Czekamy na Państwa pomysły w ramach lekarskiego budżetu partycypacyjnego, zachęcamy do udziału w wydarzeniach, spotkaniach i szkoleniach oraz – co szczególnie ważne w kontekście wspomnianej rocznicy – przypominamy o wyborach delegatów. Rozpoczyna się II tura. To Państwo decydują, jaka będzie IX kadencja, jak będą Państwo reprezentowani, jak i czy będzie brzmiał głos środowiska lekarskiego. Sens głosowania jest przecież taki, jak w każdych wyborach.

Grudzień to czas podsumowań, więc podsumowujemy to, co robiła nasza izba, ale w dużym skrócie, ograniczeni objętością pisma. W „Pulsie” poruszamy również tematy aktualne i wzbudzające wiele emocji, dlatego pojawiły się na naszych łamach wątki związane m.in. z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego dotyczącym przerywania ciąży oraz z pomocą medyczną migrantom na granicy polsko-białoruskiej. Jak zawsze są omówienia przepisów prawa, cytaty z wypowiedzi przedstawicieli naszej izby w mediach, komentarze felietonistów i relacje z ostatnich wydarzeń.

Ten numer jest numerem grudniowo-styczniowym. Kolejny „Puls” otrzymają Państwo w lutym. Tymczasem przesyłamy serdeczne życzenia bożonarodzeniowe i noworoczne! ■

#IzbaDlaLekarzy
#PulsDlaLekarzy



ŁUKASZ JANKOWSKI
prezes ORL w Warszawie

Koleżanki i Koledzy,

wszyscy jesteśmy zmęczeni pandemią. Z upływem czasu widzimy, jak zmienia się podejście pacjentów do lekarzy, jak wiele jest narastającego niezrozumienia, nieufności, czasem agresji wobec naszej grupy zawodowej. Spełnienie oczekiwań, żądań i wyobrażeń pacjentów w niedziałającym systemie ochrony zdrowia, który po raz kolejny się zawalił, przekracza ludzkie możliwości. Żadna w tym wina pacjentów budujących swoje oczekiwania na podstawie części medialnych przekazów, w których zapewnia się, że „w ochronie zdrowia dzieje się świetnie”, że „lekarze jakoś dają radę”. W naszej izbie uznaliśmy, że receptą na pogarszające się relacje lekarz – pacjent będzie pokazanie prawdy o naszej pracy i o nas – lekarzach. Dlatego rozpoczęliśmy kampanię „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”.

Choć umiemy pracować nawet całą dobę, nie jesteśmy maszynami. Ulegamy emocjom, dopada nas stres, mamy marzenia. Mamy też obawy, czasem lęki, gorsze i lepsze dni. Wybuchy złości, gdy znów coś w systemie nie działa, a nas ogarnia śmiertelne zmęczenie. Radość, kiedy uzdrowiony przez nas pacjent wychodzi ze szpitala o własnych siłach. Na dyżurach, choć pochłonięci pracą, myślimy też o rodzinach, które czekają w domach. Mamy prawo do satysfakcji z pracy, prawo do zwycięstw, ale też prawo do porażek i błędów, na których chcemy się uczyć.

O zekranizowanie realiów pracy na dyżurze, emocji i tego, co dzieje się w lekarskich głowach, poprosiliśmy Łukasza Palkowskiego, reżysera kultowego filmu „Bogowie”. W lekarza wcielił się Tomasz Kot, na planie mogli Państwo zobaczyć ekipę „Bogów”. Efekt pracy ekipy filmo-

wej to trzyminutowy, nasycony emocjami film, który można oglądać w mediach internetowych, a także w ogólnopolskich mediach tradycyjnych. Rolą izby jest walka o poprawę wizerunku lekarza w społeczeństwie. Mam pewność, że nasza kampania „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” to krok ważny, a może nawet przełomowy dla zmiany oceny działalności samorządu lekarskiego na tym polu. Dziękuję wszystkim zaangażowanym w wykonanie filmu, a Państwa zachęcam do oglądania.

Istotną aktywnością izby jest wsparcie dla lekarzy seniorów. Cieszę się, że zgodnie z podpisaną z Polskim Czerwonym Krzyżem umową, nasza izba rozpoczęła finansowanie usług opiekuńczych dla potrzebujących takiej pomocy. W pełni przeszkolony personel PCK pomoże lekarzom w zakupach, naprawach domowych, będzie świadczyć usługi pielęgnacyjne chorym leżącym, a także sprawować opiekę nad seniorami w ustalonym indywidualnie zakresie, a koszty tej opieki poniesie izba. Jeśli znacie Państwo lekarza, któremu taka pomoc mogłaby się przydać, koniecznie dajcie nam znać.

Z okazji zbliżających się świąt Bożego Narodzenia przyjmijcie Państwo proszę najlepsze życzenia zdrowia oraz odpoczynku w rodzinnym gronie. Oby ten radosny czas był chwilą wytchnienia, a Nowy Rok przyniósł wiele satysfakcji. ■

100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu

Niniejszym zestawieniem zamykamy całoroczny jubileuszowy cykl. Pierwszy punkt to zachęta do zgłaszania jeszcze większej liczby oddolnych inicjatyw i potrzeb. W nowe stulecie samorządu nasza izba wchodzi z niezmienną otwartością. Ponadto przybliżamy funkcjonujące przy radzie i izbie gremia odpowiadające za wspieranie lekarzy w poszczególnych aspektach życia zawodowego i prywatnego. W ostatnie dni mijającego stulecia wpisały się różne wydarzenia sportowe i kulturalne oraz pojawiły się nowe pomysły. Dbamy o wizerunek lekarzy, dlatego kropkę nad „i” naszego cyklu stanowi film „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”.

1

Zapraszamy wszystkich członków OIL w Warszawie do zgłaszania projektów w ramach **Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego**. Wprowadzamy taką możliwość, by lepiej reagować na oczekiwania środowiska. Projekty można zgłaszać do końca stycznia, następnie po weryfikacji przez komisję lekarze z naszej izby będą głosować na przedstawione propozycje. Ważne, by projekt posiadał walor przydatności dla środowiska lekarskiego. Więcej na str. 9.



2

Przy Okręgowej Radzie Lekarskiej powstał **Zespół ds. Studiów Strategicznych**. 1 grudnia zorganizował międzynarodową konferencję „Challenges of digital healthcare in Europe”. W jej trakcie lekarze dyskutowali m.in. o zarządzaniu e-zdrowiem, implementacji rozwiązań cyfrowych na poziomie ogólnokrajowym, korzyściach z cyfrowej wymiany informacji w ochronie zdrowia, procedurach dopuszczających do użytku technologie cyfrowe w medycynie, o bezpieczeństwie leczenia w erze cyfrowej, przeszkodach we wdrażaniu narzędzi cyfrowych w kardiologii. Relacja na str. 44.



3

Wśród funkcjonujących przy OIL gremiów mamy **Komisję ds. Nauki**. W jej składzie są osobistości naukowe świata medycznego. Do głównych zadań komisji należy opiniowanie aktów prawnych, np. zabieranie głosu w sprawach dotyczących kształtu szkolenia specjalizacyjnego, programów specjalizacji, organizacji i wykonywania badań klinicznych oraz szeroko pojętego rozwoju naukowego członków izby. Komisja zajmuje się problematyką podniesienia leczenia w Polsce do światowego poziomu. Dzięki staraniom jej członków m.in. dokonano zmian w prawie regulujących kwestię zaproszeń lekarzy z zagranicy na konsylia lekarskie w naszym kraju. Członkowie komisji jako niezależni obserwatorzy uczestniczyli w mediacjach między pracownikami a osobami zarządzającymi placówkami w sytuacjach konfliktowych, dotyczących szkolenia specjalizacyjnego i wypełniania programu specjalizacji.



4

Lekarze rozliczający się regularnie z punktów edukacyjnych biorą udział w losowaniu nagród. Celem tej inicjatywy ORL w Warszawie jest docenienie medyków, którzy rzetelnie spełniają obowiązek doskonalenia zawodowego. W losowaniu biorą udział ci, którzy do 31 grudnia złożą w ODZLiLD dokumenty w celu weryfikacji oraz obliczenia punktów edukacyjnych i uzyskają minimum 200 pkt w jednym zakończonym okresie rozliczeniowym. Losowanie odbywa się w I kwartale roku następnego. Przewidziano pięć nagród rocznie. Wylosowane osoby otrzymują nagrodę w wysokości 3 tys. zł brutto i korzystają z refundacji kosztów odbytych szkoleń w okresie 18 miesięcy od dnia losowania.



5

W ramach Funduszu Samopomocy OIL członkom naszej izby przysługuje **świadczenie z tytułu urodzenia lub adopcji dziecka, tzw. becikowe.** W 2021 r. skorzystało z niego ponad 600 osób. Od stycznia do grudnia tego roku izba wypłaciła im 613 tys. zł.



6

Z myślą o bezpieczeństwie lekarzy należących do naszej izby organizujemy **kurs samoobrony.** Prowadzący zajęcia Borys Czyhin (były funkcjonariusz służb specjalnych, instruktor bojowych systemów walki wręcz, specjalista ds. bezpieczeństwa) zaprezentuje sposoby obrony przed agresywnym pacjentem, np. podczas napaści w gabinecie lekarskim. Cykl ośmiu treningów zaczynamy 12 stycznia. Więcej na grafice, str. 33.



7

Komisja ds. Sportu ORL zorganizowała **VII Mazowiecki Turniej Tenisa Stołowego.** 5 grudnia zawodnicy startujący w trzech kategoriach wiekowych (do 45 lat, 45–60 lat, powyżej 60 lat) oraz w zawodach open rywalizowali w grze pojedynczej i deblu w Studium Wychowania Fizycznego Wojskowej Akademii Technicznej w Warszawie.



8

Nasz chór Medicantus 20 listopada zorganizował **„Spotkanie z pieśnią i tańcem narodowym”.** W programie był m.in. koncert chóru z udziałem publiczności i nauka tańców narodowych prowadzona przez instruktorów z Zespołu Pieśni i Tańca SGH. Relacja na str. 42.



9

Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie **Pro Seniore** od ponad 20 lat działa na rzecz lekarzy w podeszłym wieku. Dofinansowuje turnusy rehabilitacyjne, podejmuje inicjatywy na rzecz wspierania zaradności, pobudzenia i rozwijania zainteresowań osób starszych. Seniorom, którzy nie otrzymują zinstytucjonalizowanego wsparcia i całodobowej opieki, stara się pomóc w ramach zadań statutowych m.in. przez zakup sprzętu medycznego oraz rehabilitacyjnego. Fundacja organizuje także spotkania towarzyskie dla swoich podopiecznych. Środki finansowe na działalność statutową pozyskuje z przekazywanego 1 proc. od podatku.



10

„Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” z Tomaszem Kotem w roli głównej to duży medialny projekt. Reżyser „Bogów” Łukasz Palkowski w trzyminutowym dziele ukazuje zawodową – ludzką – perspektywę lekarzy na dyżurze w szpitalu. W medyków wcielają się ci sami aktorzy, którzy wystąpili w głośnym, wielokrotnie nagradzanym obrazie Palkowskiego z 2014 r. Nasz film zaprezentowaliśmy podczas konferencji prasowej. Relacja na str. 11.





100-lecie

Zebrań członków Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.
Warszawa, 1938 r.

Fotografie: Narodowe Archiwum Cyfrowe

lekarskiej integracji

Mija 100 lat od ustanowienia w Polsce izb lekarskich. Znaczenie jubileuszu tym bardziej doceniamy, im głębiej poznajemy historię samorządu lekarskiego i rozpowszechniania wśród lekarzy idei niezależności oraz samostanowienia, dzięki którym mimo przeciwności losu udało się zachować integralność środowiska. Medycy powracali do izb po spustoszeniu, jakie przyniosła II wojna światowa. Mimo zawłaszczenia samorządu przez władze komunistyczne na 40 lat, nie zrezygnowali z walki o integrację. W efekcie słowa powołujące izby lekarskie w Polsce napisane przed 100 laty również dziś oddają cel i zasadę funkcjonowania samorządu:

Zgodnie z art. 1 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem: a) dla samorządowego uprządkowania spraw, dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach lekarzy między sobą, jak również strzeżenia jego praw, godności i sumienności; b) dla współdziałania z urzędami państwowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego na obszarze Państwa Polskiego ustanawia się samorządne urzędowe przedstawicielstwo stanu lekarskiego – Izby Lekarskie oraz Naczelną Izbę Lekarską. Każda Izba Lekarska oraz Naczelna Izba Lekarska stanowić będą oddzielne osoby praw-

ne – napisano w pierwszej ustawie o ustroju i zakresie działania izb lekarskich z 2 grudnia 1921 r.

Na reakcję lekarzy nie trzeba było długo czekać. Na przełomie 1922 i 1923 r. odbyły się wybory do rad izb lekarskich na terenie całego kraju. Wówczas w Polsce działały izby: Warszawsko-Białostocka, Lwowska, Lubelska, Poznańska, Krakowska, Łódzka i Wileńsko-Nowogródzka (od 1924). Spośród przedstawicieli poszczególnych okręgów wybrano członków Naczelnej Izby Lekarskiej. Przewodniczącymi NIL zostali dr Jan Bączkiewicz, dr Witold Chodźko i prof. Mieczysław Michałowicz. Izbą Warszawsko-Białostocką kierowali zaś dr Leon Babiński, dr Jerzy Bujalski i prof. Władysław Szenajch.

Zmiany w stosunku do pierwotnej ustawy wносиło rozporządzenie prezydenta Rzeczypospolitej o izbach lekarskich (z mocą ustawy) z 1934 r., które wprowadziło jednolitą strukturę samorządów lekarskich, zgodnie z podziałem administracyjnym kraju na województwa. Ustawa uściślała zadania izb, zasady wpisu na listę członków (o przynależności do konkretnej izby decydowało miejsce zamieszkania lekarza, a nie prowadzenia praktyki). Rozporządzenie zawierało również przesłanki usunięcia lekarza z listy. Izba miała prawo wykreślić medyka, gdy zaprzestał wnoszenia składek do izbowego budżetu oraz jeśli wyjechał zagranicę na dłużej niż dwa lata. Zmieniono przepisy dotyczące liczebności organów izby (radę stanowiło odtąd co najmniej 30 lekarzy) oraz wydłużono ich kadencję do pięciu lat. Wzmocniono pozycję NIL, która odtąd nie tylko pełniła funkcje odwoławcze, lecz także miała większy wpływ na działalność izb okręgowych, m.in. dzięki zatwierdzaniu ich budżetów. Samorząd lekarski nadzorowany był przez ministra opieki społecznej, który miał prawo zawieszać i uchylać uchwały izb oraz rozwiązywać rady lekarskie i wyznaczać komisarzy do czasu wyboru nowego organu.

W 1938 r. powołano izby lekarskodentystyczne, których strukturę oraz zadania oparto na wcześniej opracowanych dokumentach określających te kwestie dla izb lekarskich. Wydawało się, że integracja lekarzy będzie już tylko owocować podejmowanymi na rzecz środowiska inicjatywami. Ciągłe kształtującą się ideę samorządności medyków zburzyła, jak wszystko na swojej drodze, wojna.

Na równi z cyrulikiem i fryzjerem

W styczniu 1940 r. okupanci powołali Naczelną Izbę Zdrowia oraz izby okręgowe kierowane przez niemieckich urzędników. Nowe organizacje dokonywały rejestracji lekarzy na terenie każdego okręgu z uwzględnieniem ich narodowości, co było przygotowaniem do likwidacji polskich medyków pochodzenia żydowskiego.

Z 13 tys. lekarzy praktykujących w Polsce przed 1939 r. II wojnę światową przeżyło około 6 tys. Po wyzwoleniu wszyscy zgłosili się do pracy, gotowi odbudowywać również integrację lekarskiego środowiska. Okręgowa Izba Warszawsko-Białostocka organizowała się już 25 stycznia 1945 r. Jej tymczasowa siedziba (do lata 1945) znajdowała się w Tworkach. Prezesem został prof. Szenajch, a w marcu funkcję tę objął dr Kazimierz Bacia. Szenajchowi powierzono wówczas zadanie reaktywowania NIL i prowadzenia jej do czasu powrotu prof. Michałowicza z obozu koncentracyjnego.

Pod koniec 1946 r. Ministerstwo Zdrowia usankcjonowało działalność okręgowych izb lekarskich w Warszawie, Katowicach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Sopocie i we Wrocławiu. Po powrocie Szenajcha na stanowisko prezesa Izby Warszawsko-Białostockiej w zarządzie samorządu znalazł się także dr Jan Rutkiewicz – prezes nowo powstałego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, członek władz NIL z nominacji ministerialnej i przedwojenny działacz komunistyczny. W latach powojennych coraz większą rolę zaczęli odgrywać lekarze sprzyjający przyszłej władzy. Promowano medyków, którzy przybyli z wojskiem ze Związku Radzieckiego, np. grupę absolwentów ze szkoły lekarzy w Taszkencie, w której nauka trwała niespełna cztery lata. Izby lekarskie nie chciały przyznawać im prawa wykonywania zawodu, co później stanowiło jeden z argumentów przemawiających za rozwiązaniem samorządu. Stan lekarski w Polsce miał się coraz gorzej, o czym na Walnym Zebraniu NIL 5 czerwca 1947 r. powiedział Michałowicz: „*Charakter usług osobistych, jakie lekarz musi oddawać chorym jednostkom, obniża częstokroć jego stanowisko w oczach przeciętnego ogółu i stawia na równi z cyrulikiem i fryzjerem. (...) Jest tendencja do zepchnięcia tak wysoko wykwalifikowanych pracowników, jakimi są lekarze, na pozycje niewykwalifikowanych mas robotników, obniżając w ten sposób właściwy im ciężar gatunkowy i tłumiąc znaczenie jego głosu w decyzjach o charakterze ogólnospołecznym. A gdy chodzi o organizację samego zawodu w postaci samorządu lekarskiego, to nagląc od dwóch lat potrzeba nadania podstaw prawnych istnienia władzom izbowym nie znalazła dotychczas zrozumienia w Ministerstwie Zdrowia*”.

Domaganie się lepszych warunków pracy i dostrzeżenia społecznej wagi zawodu lekarskiego dla ówczesnej władzy stało się kolejnym argumentem za likwidacją samorządu lekarskiego.

Medycy mieli stanowić jedynie państwowy instrument wykorzystywany w propagandzie troski o zdrowie klasy robotniczej i ludności wiejskiej. Władze zaczęły izolować samorząd lekarski. Izdom zarzucono, że zbyt formalistycznie podchodzą do rejestracji lekarzy. We wrześniu 1947 r. z zarządzenia MZ powołano rady i zarządy izb okręgowych oraz NIL. Przepis posłużył do pozbycia się niewygodnych samorządowców. Na stanowisku prezesa NIL zasiadł Jan Rutkiewicz.

Według upodobań władz wybierano również nowych prezesów w izbach okręgowych. Prowadziło to do likwidacji samorządu lekarskiego w Polsce.

Integracja bez samorządu

Sejm jednomyślnie uchwalił ustawę o zniesieniu izb lekarskich 18 lipca 1950 r. Ich majątek miał zaspokoić roszczenia osób ubezpieczonych przez izby w instytucjach samopomocowych. Nieruchomości izb przekazano na Skarb Państwa, a ruchomości otrzymał ZZPSZ. Odtąd nie istniała w Polsce instytucja, która wspierałaby środowisko lekarskie, promowała dobre imię zawodu lekarza oraz, pozwalając zrzeszać się medykom, działała na rzecz ich rozwoju zawodowego i organizowania ochrony zdrowia. Na 40 lat zagarnięto przestrzeń do wykonywania wolnego zawodu lekarza w duchu samorządności. Wraz z izbami władze komunistyczne zniosły efekty dwudziestoletniej pracy samorządu. Kodeks Deontologii (uchwalony na zgromadzeniu NIL 16 czerwca 1935) oraz Kodeks Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej (przyjęty 9 maja 1948) zastąpiono ustawą o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia. Miała wyznaczać nowy kierunek lekarskiej socjalistycznej etyki, opartej na „*bezwzględnej walce z reakcyjną moralnością burżuazyjną i jej nosicielami*”, przyzwalając władzom na traktowanie lekarzy według politycznych przesłanek.

Przestrzegania nowych przepisów miały pilnować tzw. sowieckie trójki złożone ze związkowych aktywistów, które w rzeczywistości służyły wdrażaniu do polskiego lecznictwa ideologicznych poleceń. W wydawanej przez MZ gazecie „Służba Zdrowia” pisano: „*Dla trójek kontroli przygotowano szczegółowy instruktaż, w myśl którego mają one badać i wykrywać fikcyjne zatrudnienie lekarzy, wylawiać i przygwałdząć wygodnickich, stojących się nieraz przyczyną nadmiernego przepracowania sumiennych i uczciwych lekarzy*”. Magazyn przeznaczył specjalną rubrykę na donosy dotyczące niesubordynacji „wygodnickich” medyków, jednak wbrew nadziejom ówczesnych decydentów w środowisku lekarskim nie było wielu „uczciwych lekarzy”. Mimo to, ostatecznie „trójki” decydowały, który lekarz nie stosuje się do państwowych wytycznych. Oskarżony mógł pożegnać się z szansą na podnoszenie kwalifikacji



Mieczysław Michałowicz

➤ fikacji oraz pracę na miarę swoich możliwości i ambicji. Do tego dochodziły częstsze kontrole i zastraszanie przez państwowy aparat. Skupiwszy się na sprawach ideologicznych, władze zaniedbywały prowadzenie placówek medycznych powierzanych w zarząd działaczom partyjnym, bez względu na ich kwalifikacje. Lekarze chcący poprawić sytuację ówczesnej ochrony zdrowia, pozbawieni izb, nie mieli się do kogo zwrócić. Teoretycznie ich potrzebom służyć miał ZZPSZ. W rzeczywistości związek nie zrobił nic wbrew woli partii.

Lekarze nie pozostawali bierni wobec zagarnięcia ochrony zdrowia przez komunistyczny reżim. Warunki polityczne musiały jednak ulec zmianie. Dobrym momentem wydawał się okres po śmierci Józefa Stalina i przetasowaniach na najwyższych szczeblach partyjnych w bloku wschodnim. Wówczas na łamach „SZ” wytwarzała się przestrzeń do dyskusji o reaktywacji izb lekarskich. W wywiadzie opublikowanym 1 listopada 1956 r. prof. Szenajch podkreślił: *„Restytuowanie izb lekarskich uważam za bardzo pożądaną. Ich zadaniem byłoby przede wszystkim współpraca z rządem i radami narodowymi w sprawach dotyczących ochrony zdrowia. Żadne ważniejsze rozporządzenie, a tym bardziej ustawa dotycząca zdrowia, higieny, profilaktyki, nie powinno ukazywać się bez uprzedniego omówienia z przedstawicielami świata lekarskiego”*. Wówczas nawet w ZZPSZ podjęto działania w celu sporządzenia ustawy o reaktywacji izb. Starania te nie przyniosły jednak oczekiwanego przez większość środowiska lekarskiego rezultatu. Centralna Rada Związków Zawodowych stanowczo sprzeciwiała się pomysłowi. Władze skupione wokół Władysława Gomułki również nie zamierzały zajmować się poprawą warunków pracy medyków. Ledwo rozpoczętą dyskusję szybko wyciszono. Sytuacja nie była jednak tak zła, jak na początku lat 50. Lekarze odbudowywali swą reprezentację przez związki zawodowe i towarzystwa naukowe, wśród których główną rolę odgrywało Polskie Towarzystwo Lekarskie.

Zadania izb przejęło zatem PTL, które powołano przede wszystkim w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy, co towarzystwo skrupulatnie realizowało, organizując posiedzenia naukowe. Rzecz jasna umożliwiały one nie tylko wysłuchanie wykładów i uczestniczenie w sympozjach, lecz także kontakty lekarzy – na sali wykładowej, na korytarzu, podczas wspólnego posiłku. Towarzystwo działało dwutorowo i na zasadach kompromisu. Kontrolowane przez partyjnych działaczy, realizowało swoje zadania edukacyjne i jednocześnie wypełniało pustkę po likwidacji izb lekarskich. Znajomości zapoczątkowane dzięki spotkaniom PTL przerodziły się w nieformalną, dokonującą się w domach lub szpitalach integrację środowiska.

Dla dobra chorego

W 1981 r., wraz z powstaniem „Solidarności”, pretekstem do domagania się przywrócenia izb stały się prace nad projektem ustawy o zawodzie lekarza i odpowiedzialności zawodowej pracowników służby zdrowia. Środowisko PTL nie zgadzało się na propozycje zawarte w projekcie, więc przygotowało własny, który trafił pod obrady Komisji Zdrowia i został opublikowany na łamach „SZ”, co odnowiło rozmowy o powołaniu izb. NSZZ „Solidarność” zaczął organizować narady poświęcone samorządowi lekarskiemu. W Sejmie również coraz

częściej powracał temat izb. PTL trzykrotnie poprawiało swój projekt ustawy. 12 grudnia 1981 omawiano go w Sejmie. Obrady zakończyły się trzy godziny przed wprowadzeniem stanu wojennego. Do końca IV kadencji Sejmu PRL nie udało się uchwalić tej ustawy. Lekarze zaangażowani w walkę o samorząd lekarski i PTL doskonale zdawali sobie sprawę, że było bardzo blisko, i nie zaprzestali starań o przywrócenie izb lekarskich.

Ustawę o izbach uchwalono 17 maja 1989 r., rozpoczynając proces odrodzenia samorządu. Przygotowywano się do powołania Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich i wyboru jego kierownictwa. Uczestniczący w powoływaniu izb lekarze kierowali do kolegów apele, jednocześnie opracowywali uchwały dotyczące liczby i obszaru działania izb lekarskich przed pierwszym posiedzeniem NIL. Prof. Jacek Żochowski, przewodniczący komitetu, na łamach „SZ” nawoływał lekarzy do angażowania się w tworzenie samorządu i podkreślał istotę samorządności. Nie ulega wątpliwości, że słowa te są aktualne również dziś, w roku 100. rocznicy powołania izb lekarskich. *„Właśnie w tej chwili zdejmujemy czapkę urzędniczą. Sami wprowadzamy nad siebie swój własny zarząd. (...) Po raz pierwszy po 40 latach wpływ na pracę lekarza i całej służby zdrowia będzie miał lekarz, i to taki lekarz, którego sami wybierzemy, nie zaś przysłany, postawiony z klucza czy jakiejś nomenklatury”* – napisał Jacek Żochowski. O niezastąpionej roli samorządu pisał prof. Tadeusz Koszarowski, który w latach niebytu izb przewodniczył PTL. W swoim artykule „Dlaczego izby lekarskie?” podkreślił zasadność ich istnienia i znaczenia dla społecznej roli lekarza. Dziś słowa prof. Koszarowskiego pobrzmiwają w wypowiedziach wielu medyków i z pewnością mogą stanowić uniwersalne ujęcie celu funkcjonowania lekarskiego samorządu, o którym – mimo przeszło trzydziestoletniego działania izb lekarskich – nadal trzeba przypominać. *„Lekarz źle wynagrodzony, podle mieszkający, zaganiany, bez możliwości kształcenia nie tylko fachowego, ale i kulturalnego, humanistycznego, nie może wykonywać swojej pracy na pożądanym poziomie. Stąd też izby lekarskie, składające się z ludzi doświadczonych w zawodzie, obdarzonych autorytetem przez autentyczny wybór, są najbardziej kompetentnymi znawcami przedmiotu, nieulegającymi obiegowym, często nieuzasadnionym sądom w przedstawianiu tych zagadnień. (...) Izby lekarskie, grupujące lekarzy wysoko profesjonalnego i etycznego poziomu, muszą prowadzić stałą akcję oczyszczającą z powstających anomalii i skrzywień. (...) Zadaniem izb lekarskich jest również ochrona godności zawodu”*. Na pytanie zaś: dlaczego izby lekarskie? – profesor odpowiedział: *„Dla dobra chorego, którego nie da się oddzielić od warunków pracy i życia lekarza. Kto tego związku nie widzi, poważnie błądzi”*. ■

Adrian Boguski

BIBLIOGRAFIA

„Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945–2005”, oprac. Zygmunt Wiśniewski, Warszawa 2005.

„Odrodzony stan lekarski”, OIL w Warszawie, Warszawa 2004.

„Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989–2009”, Piotr Kordel, Poznań 2012.

Lekarski budżet partycypacyjny

Wsparcie lekarskich pomysłów



Zgłoś projekt ◆



Pobierz formularz z naszej strony: izba-lekarska.pl.



Wypełnij formularz uważnie i dokładnie. Ułatwi to weryfikację go przez komisję i może zwiększyć szansę na jego realizację.



Zbierz podpisy przynajmniej pięciu lekarzy z OIL w Warszawie, którzy popierają Twój pomysł.



Formularz wraz z załącznikami dostarcz do siedziby izby lub zeskanuj i prześlij mailem na budzet@oilwaw.org.pl.

Termin zgłaszania projektów mija 31 stycznia 2022 roku.
Więcej informacji znajdziesz w regulaminie Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego na naszej stronie:



Zagłosuj ◆



Lista zweryfikowanych projektów - wraz z opisami - zostanie opublikowana na stronie internetowej izby.



By zagłosować na dany projekt, wystarczy na stronie OIL wybrać opcję „Głosuj na projekt”.



Głosowanie rozpocznie się w lutym 2022 roku, a zakończy 20 marca.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza
ul. Puławska 18,
02-512 Warszawa



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza



Fot. K. Bortyzel

Zawód

Prof. JERZY BRALCZYK

Na ogół nie mylimy zawodu – profesji z zawodem – rozczarowaniem, najwyżej czasem zdarza się nam zażartować, że nasz *zawód sprawia nam zawód*. Ale jakoś zdajemy sobie sprawę z tego, że pochodzenie te *zawody* mają wspólne, zresztą także (w liczbie mnogiej) z *zawodami sportowymi*. Wprawdzie czasownik *zawodzić* znaczeniowo nie wiąże się z fachem, tylko z rozczarowaniem, a do tego jeszcze z wydawaniem niezbyt miłego głosu, ale wspólny trop widać. Bo *wodzić* z kolei łączy się z *wieść*, czyli ‘prowadzić’, a tu oczywiście przypomina się rzeczownikowa *wieść*, czyli ‘wiadomość’. Jeszcze do tego pojawia się ortograficznie odmienny, ale w wymowie identyczny czasownik *wieźć*... Dużo podobieństw, niejasne relacje znaczeniowe...

W prasłowiańszczyźnie był czasownik *vedeti*, skąd *wiedzieć*, *wiadomość* i *wieść* (dawna *vest*), był też czasownik *vezti* (osobowa forma *vezq*) i czasownik *vesti*, w pierwszej osobie *vedq*, który pochodził z praindoeuropejskiego *uedh*. I o ten właśnie czasownik nam chodzi. Mamy dwa czasowniki niedokonane: *wieść* i *wodzić*, a gdy chcemy rzecz ujmować jako dokonaną, musimy dodać przedrostek. Tak bywa: od *czytać* jest dokonane *prze-czytać*, od *robić* – *zrobić*. Ale te dokonane mają często niejako dodatkowo swoje własne niedokonane odpowiedniki i od *zawieść* jest niedokonane *zawodzić*.

Czasownik *wieść* ma wiele potomków przedrostkowych, tworzących całkiem udane własne pary: *odwieść* i *odwodzić*, *uwieść* i *uwodzić*, *rozwieść* i *rozwodzić*, *przywieść* i *przywodzić*... i, jak to zwykle bywa, konkretne znaczenia czasowników szybko się zmetaforyzowały. Te metaforyczne już znaczenia przeniosły się na krótkie rzeczownikowe formy, których się na ogół nie łączy z dawnymi przodkami... Któż łączy *donos* z *nieść*, *wykład* z *kłaść*, a *rozwód*, *obwód*, *dowód*, *zwód* czy *wzwód* z *wieść*? Długo trzeba myśleć, by związek znaleźć. Podobnie z innymi pochodnymi słowami, które zresztą same w różne nieoczekiwane znaczeniowe komplikacje powpadały – np. dawny *przewódca* stał się *przywódcą*, a czasownikowi *przewodzić* został *przewodnik*...

Ale skąd *zawody*? *Zawieść* znaczyło kiedyś także ‘rozpocząć coś’ (por.: *zacząć*), a *zawieść się* to było ‘zabrać się do czegoś, porwać się na coś, zamierzyć się, szykować’, a nawet

dalej ‘usiłować, chcieć’ i wreszcie ‘rozpedzić się’. Już związek z *zawodami*, w których rozpędzeni *zawodnicy* porywają się na coś, staje się widoczny.

Zawód zaś łatwiej łączy się z rozczarowaniem, gdy pomyślimy, że dawniej *zawód* czy *zawody* oznaczały takie rzeczy jak ‘zamysły, zamiary, usiłowania, zabiegi wokół czegoś, pracęłożoną na coś’, a dalej i związane z tym ‘kłopot, ambaras’, a nawet ‘zamieszanie’. Takie *kłopoty* i *zamierzenia* mogą się w naszej świadomości wiązać nie tylko z powodzeniem zamiarów, ale też, może nawet częściej, z ich niepowodzeniem, a więc rozczarowaniem.

Ale taki *zawód* mógł być i był także czymś, co, gdy już jest rozpoczęte, *zawiedzie* nas dokądś, co będzie trwałym wyborem drogi gdzieś wiodącej, wyborem często na całe życie. Dawniej *zawód* był więc też i ‘stanem, któremu się ktoś poświęcił, powołaniem’. Takie powołanie może nas daleko *zaprowadzić*, czyli *zawieść*.

I o ile *zawód* jako ‘rozczarowanie’ dał przymiotnik *zawodny*, to *zawód* jako ‘powołanie’, potem ‘profesja’, ‘fach’, a dalej nawet ‘zajęcie’, ‘specjalność’ czy ‘wyszkolenie’ – dał przymiotnik *zawodowy* i z tego rzeczownik *zawodowiec*. I w tym znaczeniu znów się jakoś skojarzył ze sportowymi *zawodami*, coraz częściej przeznaczonymi głównie dla *zawodowców*.

I często ludzie godni, ale skromni, zamiast mówić o powołaniu, mówią (czasem nawet jakby się tłumacząc): „*Cóż, taki mój zawód...*”. ■



Fot. K. Bartyzel

Premiera filmu

Trzyminutowy film w reżyserii Łukasza Palkowskiego „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” ukazuje zawodową – ludzką – perspektywę lekarzy na dyżurze w szpitalu. Reżyserowi „Bogów” udało się zebrać na planie filmu zrealizowanego dla OIL w Warszawie ekipę aktorów, którzy wcieliili się w bohaterów jego wielokrotnie nagradzanego obrazu z 2014 r. Premiera odbyła się podczas konferencji 2 grudnia w siedzibie izby.

Tytuł filmu, z powodu którego dziś tu jesteśmy, brzmi „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”. Kto lepiej niż reżyser „Bogów” zobrazowałby ideę, którą chcieliśmy przekazać już od dłuższego czasu? – powiedziała na wstępie prowadząca konferencję Renata Jeziólkowska, rzecznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. W dyskusji wzięli udział reżyser filmu Łukasz Palkowski, odgrywający główną rolę Tomasz Kot i prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski. W „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” wystąpili także Szymon Warszawski, Rafał Zawierucha i Piotr Głowacki. Trzyminutowy obraz powstał według scenariusza napisanego przez Łukasza Palkowskiego, Marka Wróbla i Annę Gołębiczką, odpowiadającą również za kreację i nadzór kreatywny.

W filmie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie reżyser skupił się na ukazaniu perspektywy lekarzy podczas 24-godzinnego dyżuru. To szpitalna rzeczywistość, w której ratowanie życia pacjentów przeplata się z godzinami spędzonymi nad dokumentacją, na walce z zawodnym sprzętem, pretensjami, a nawet agresją osób oczekujących w kolejkach. Mówi się, że nie samą pracą człowiek żyje. Dotyczy i dotyczyć powinno to również lekarzy...

Podczas konferencji prasowej prezes ORL w Warszawie wyjaśnił, skąd pomysł na taką formę działania samorządu lekarskiego. – *W nawiązaniu do filmu „Bogowie” chcieliśmy pokazać, że bogami nie jesteśmy. Tak samo jak nasi pacjenci miewamy lepsze i gorsze dni. Ten pomysł złożyliśmy na ręce Łukasza Palkowskiego. Dziś można zobaczyć efekt. Moim zdaniem twórcy wiernie odzwierciedlili to, co dzieje się w głowie lekarza po dyżurze – przekonywał Łukasz Jankowski. Dodał, że film ma na celu zlikwidowanie bariery między lekarzami a pacjentami, ułatwienie ich wzajemnego zrozumienia się. – Lekarze mają rodziny, nie są impregnowani na emocje. Powiedzenie tego wprost, zdjęcie odium kogoś schowanego za fartuchem, pomoże lekarzom w codziennej pracy – podkreślił prezes Jankowski.*

Krótki film nagrywany był w nietypowych dla filmowców warunkach. Nie mieli wydzielonego lokalu z ustawioną scenografią, ale kręcili ujęcia na czynnym szpitalnym oddziale ratunkowym. O doświadczeniach z tym związanych opowiadał podczas konferencji Łukasz Palkowski. – *Tym razem kręciliśmy film, uczestnicząc w życiu SOR. Musieliśmy wprowadzić dyscyplinę, nie mogliśmy pozwolić, by pacjent nie został z naszego powodu przyjęty. Przyjrzenie się oddziałowi z bliska nauczyło mnie jeszcze większego szacunku do ludzi, którzy tam pracują. Tomasz Kot natomiast zdradził, że jego lekarska charakterystyka niektórych prawdziwych pacjentów oddziału wprowadzała w błąd: – Byłem zasłonięty, miałem maseczkę, wyglądałem jak lekarz. Podszedł do mnie chłopak, którego potrącił samochód, w dużych emocjach, trzymał się z bólu za rękę. Powiedział: „Panie doktorze, gdzie ja mam iść?!”. Podobna sytuacja zdarzyła się kilka razy. Za każdym razem widziałem wielkie błaganie w oczach, bo ktoś cierpi: ojciec, matka... I parę razy poczułem to gigantyczne napięcie. Myślałem sobie – wielki szacunek dla lekarzy, skoro mają do czynienia z takimi emocjami przez cały dzień. Dodał, że przygotowując się do odegrania roli w filmie OIL w Warszawie, rozmawiał ze znajomymi medykami, z którymi od czasów kręcenia „Bogów” pozostaje w bliskich relacjach: – Od znajomej ratowniczkii usłyszałem: „Jeśli ten film ma przybliżyć realia pracy medyków, przekaz proszę tylko to: jest nas za mało, pracujemy po miliony godzin”. ■ **mn***

Rola systemu

Wywiad wideo:



Trudno w trzyminutowym filmie wyrazić wszystko, co się dzieje i co się odczuwa podczas 24-godzinnego dyżuru na SOR. Oddanie sedna rzeczy zależy przede wszystkim od reżysera. Reakcje na film dowodzą, że **Łukasz Palkowski** świetnie wyczuł ideę „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”. Z reżyserem o kulisach pracy nad filmem rozmawiała Renata Jeziółkowska.

Dlaczego przyjął pan propozycję zrobienia filmu dla izby lekarskiej?

Zwykle odpowiadam na takie pytanie – z chciwości. To nie jest ten przypadek. Nieczęsto bywam u lekarza, bo mam szczęście być zdrowy. Poznałem pracę lekarzy bardziej przy robieniu filmu „Bogowie”, kiedy zobaczyłem zupełnie nowy wszechświat skonfrontowany z moimi mglistymi wyobrażeniami. Autentycznie poznałem nowy świat, który był niezwykle fascynujący, a przy tym pełen tak gigantycznej odpowiedzialności. Większość ludzi najzwyczajniej nie nadawałaby się do tej pracy, ponieważ nie byłaby w stanie unieść ciężaru tego zawodu.

Obecnie mój kontakt z lekarzami ograniczył się do szczepień przeciw COVID-19 i może nie do końca śledzę wszystko, co dzieje się w mediach, ale gdzieś to wszystko zaczęło się potwierdzać. To znaczy jakiś ogromny konflikt w relacji lekarz – pacjent, hejt w stosunku do lekarzy. Kiedy więc zrodził się pomysł, że powstanie kampania i film, który miałby w jakiś sposób zacząć drogę prowadzącą do porozumienia między pacjentem a lekarzem, mogłem tylko być wdzięczny, że ktoś pomyślał o tym, że mógłbym się do tego przyczynić.

To nie jest pierwszy film o lekarzach, który pan kręcił. Bywał pan na planach w szpitalu, a ostatnio na otwartym SOR musiał pan wniknąć w rzeczywistość lekarską, szpitalną, systemową. Pewnie zatem ma pan spostrzeżenia na temat lekarzy, ochrony zdrowia w Polsce, szpitali.



Fot. R. Jeziółkowska

Obserwowałem, z czym się mierzą lekarze, oprócz samego kontaktu z pacjentem, jak niewiele mają narzędzi, jak trudna jest to praca przez to, że cały system, który nad tym stoi, nie pomaga po prostu. Porównałem sobie to do kopania tunelu łyżeczką do herbaty, bo to mniej więcej tak dla mnie wygląda. Te narzędzia są absolutnie niewystarczające. Kiedy kręciliśmy jedną ze scen na SOR, nagle zabrakło łóżek, a my zajmowaliśmy jedno z nich. Oczywiście, natychmiast je oddaliśmy, ale to wszystko, co słyszymy – a wydaje się plotkami – to realne rzeczy. Ciężka, bardzo wymagająca praca, którą widziałem na SOR, gdzie lekarze próbują pomagać pacjentom. Wręcz sobie nie wyobrażam, jak może się to spotykać z różnego rodzaju niewdzięcznością, najczęściej niewdzięcznością ludzi, którzy jeszcze nie byli w tej sytuacji, kiedy potrzebują lekarza, bo to chyba tak wygląda.

W każdym razie to, co ja widziałem, tylko pogłębia we mnie szacunek do tej pracy.

W naszym filmie wystąpili ci sami aktorzy, co w „Bogach”. Przewijają się podobne motywy, np. kawa „plujka”. Na czym polegała inspiracja „Bogami” w tym filmie, a gdzie było całkowite odcięcie się od tamtego przekazu?

Nie wiem, czy możemy mówić o odcięciu, bo mimo że film miał tytuł „Bogowie”, chyba też opowiadał o tym, że nasi bohaterowie nie chcą być tak przestrzani, nie chcą być panami życia i śmierci, choć w mniemaniu wielu ludzi może to tak wyglądać. Dla nas bardzo kuszące było to, żeby w tym „bogowym” gronie spotkać się na planie kolejny raz. Była świetna ku temu okazja, a też jakaś figura stylistyczna, którą kiedyś tym filmem wypracowaliśmy, a tu mogliśmy się nią posłużyć, idąc odrobinę na skróty, ponieważ relację między naszymi postaciami zapożyczaliśmy sobie z „Bogów”. Ona w świadomości widzów już istnieje. Mamy jakiś rodzaj kontynuacji. To dosłownie kilkuminutowy film i taka baza skojarzeń, jakie może mieć widz, bardzo będzie pomagała w zrozumieniu go. A ja miałem okazję spotkania z kumplami.

W filmie ukazany jest lekarz, który reanimuje, pomaga pacjentowi, ratuje życie, a za chwilę tonie w stosie dokumentów, przybija pieczętątki... Pacjenci nie bardzo zdają sobie sprawę, że lekarz musi nie tylko leczyć, ale wykonać wiele nudnych i bardzo uciążliwych czynności.

Ja też nie zdawałem sobie z tego sprawy. Nie rozumiem, mówiąc szczerze, jak system (bo to chyba lepsze określenie tej góry przepisów, które obowiązują lekarzy) może pozwalać, by lekarz musiał wypełniać osobiście gigantyczną ilość papierów, podczas gdy pacjenci czekają. A on musi to zrobić, bo nikt



Fot. U. Wolińska-Kuraj

77 Obserwowałem, z czym się mierzą lekarze, oprócz samego kontaktu z pacjentem, jak niewiele mają narzędzi, jak trudna jest to praca przez to, że cały system, który nad tym stoi, nie pomaga po prostu. Porównałem sobie to do kopania tunelu łyżeczką do herbaty...

dalej nie zajmie się zbadanym przez niego pacjentem, jeśli dokumenty nie będą gotowe. Dla mnie to absurd. Te procedury powinny być dużo prostsze, bo nikt na tym nie zyskuje.

Zwłaszcza że za mało jest lekarzy...

Właśnie, i dlatego powinni być lepiej wykorzystywani. Myślę, że przybicie pieczątki czy wydrukowanie dokumentów itd. nie wymaga kompetencji lekarskich, a te przydałyby się pewnie w tym czasie w innym miejscu.

Aktor musi być wiarygodny w roli lekarza. Jak wyglądają konsultacje na planie z prawdziwymi lekarzami?

Mieliśmy o tyle łatwiej, że już był jakiś *background* po poprzednich przygodach. To oczywiście trwa różnie, w zależności od projektu i dziedziny. W przypadku kardiochirurgii odbywaliś szkolenia i wszelkie kon-

sultacje trwały ponad pół roku, z odwiedzinami w różnych klinikach w całej Polsce, ale głównie w Zabrzu i Aninie. Przeszliśmy przyspieszone studia medyczne właściwie. Sporo już zapomnieliśmy z tego, ale coś tam zostało bardzo ogólnie zarysowane w głowie. I w tym przypadku, i w wielu podobnych dwutorowo prowadzimy konsultacje, tzn. najpierw merytorycznie sprawdzamy scenariusz, czy nie napisaliśmy jakichś kompletnych bzdur, zanim aktorzy się tych bzdur nauczą, więc dobrze jest, kiedy dostają test po konsultacjach. Następnie odbywają się konsultacje bezpośrednio na planie, bo nie wiemy, jak przeprowadzić reanimację, jak coś podłączyć, jak przeprowadzić masaż serca, jak wykonać USG. Wydaje nam się, że coś na ten temat wiemy, mamy jakieś wyobrażenie, bo kiedyś to wiedzieliśmy, ale w momencie, kiedy mamy jednego aktora leżącego, drugiego stojącego nad nim ze sprzętem w dłoniach, pojawia się pytanie: „Dobra, to co ja mam robić?”. I teraz albo ja zmyślam, tworząc kolejną

bzdurę, albo jest ze mną ktoś, kto posiada wiedzę, najczęściej lekarz, który jest naszym konsultantem, i prowadzi nas za rączkę. Wtedy aktor musi stanąć już na wysokości zadania i wykonywać czynność, którą robi pierwszy raz w życiu, żeby wyglądało, jakby robił to całe życie.

Zdarzały się na planie sytuacje zaskakujące, związane z konsultacjami? Może jakieś spory?

Przy „Bogach” mieliśmy taką sytuację: odwiedził nas prof. Zembala podczas sceny operacji. Był również nasz konsultant. Obaj mieli zupełnie inny pomysł na przeprowadzenie tej operacji. My staliśmy, jak głupki, patrząc na to, jak oni się kłócą. A dochodziło do tego, że któryś krzyczał: „Zabijesz pacjenta, idioty” itd. Wkroczyłem po godzinie takiej awantury...

Całą rozmowę, w formie wideo, można obejrzeć po zeskanowaniu kodu QR. ■

Zagrać lekarza

Wywiad wideo:



Aktor może zostać, kim chce. **Tomasz Kot** zechciał być lekarzem Tomkiem w filmie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. W rozmowie z Renatą Jeziótkowską podkreśla, że włożenie lekarskiego fartucha, nawet na chwilę, to emocje i odpowiedzialność.

Znów wcielił się pan w lekarza. Co stanowi największą trudność w takiej roli, a co przychodzi z łatwością?

Nie ma czegoś szczególnie trudnego. Jeśli jest się dobrze przygotowanym, to ta preparacja następuje, rozszerza się i przychodzi taki moment, że nie można się doczekać zdjęć. Dokładnie tak było teraz, z tym że bazowaliśmy cały czas na wspomnieniu „Bogów”, na tym, że tam, gdzieś wykuwały się relacje. Do końca życia będę pamiętał, jak odtwarzaliśmy scenę ze słynnego zdjęcia Zbigniewa Religi. Rafał Zawierucha grał Noconia i pamiętam, jak robił te trzy ostatnie kroki, padał i zasypiał. To są takie chwile, które jednoczą. Myśmy wtedy kończyli zdjęcia do filmu, to była bardzo wzruszająca chwila. Kiedy Łukasz zadzwonił i powiedział: „*Sluchaj, szykuje się sprawa, jestem w porozumieniu z lekarzami i musimy zrobić coś takiego, i ponownie się wszyscy spotkamy*”, to wiedzieliśmy, że korzystamy z tej aury „Bogów”. Nie silił się na wracanie do tych charakterów, które były w tamtym filmie, ale odczuwaliśmy radość, że możemy się znowu spotkać. Przy tej konkretnej pracy, przy roli lekarza Tomka najbardziej się cieszyłem, że możemy ponownie się zobaczyć w podobnych okolicznościach. Oczywiście, jednocześnie liczymy, że wyniknie z tego coś dobrego i że możemy jakoś w tym pomóc.

Propozycję przyjął pan bez wahania?

Tak, oczywiście. Miałem wolny termin, reszta ekipy dojechała i znowu spędziłem z „Palcem” cały dzień na planie.

Na oddaniu jakich emocji najbardziej panu zależało?

To zawsze zależy od reżysera i jego oczekiwań. A komunikat, jaki dosta-

liśmy od Okręgowej Izby Lekarskiej, był następujący: jesteście zawaleni pracą, papierologią, system w swojej niewydolności powoduje, że jesteśmy przeciążeni. I chodziło mi o to, żeby to pokazać. Oczywiście, nie jestem lekarzem, ale kiedy czytałem scenariusz, dla mnie był bardzo wiarygodny. Pamiętam, że kiedy przygotowaliśmy się do „Bogów”, widziałem sześć operacji, w tym jeden przeszczep. Kiedy człowiek wchodzi za kulisy czyjejś pracy, widzi prawdziwe zmęczenie i prawdziwy stres przede wszystkim, napięcie, odpowiedzialność. Jak człowiek za chwilę rozpoczyna operację dziecka i spotyka się z rodzicem, który mówi: „*Proszę pamiętać, to jest MOJE dziecko*”, to są rzeczy, które obciążają, dociążają. Jak tylko przeczytałem ten scenariusz, pomyślałem, że to jest fragment tego świata, który myśmy poznali, ale jeszcze przed pandemią. Pandemia to dodatkowo jeszcze wszystko wywróciła do góry nogami. Biorąc pod uwagę te wszystkie aspekty, chcieliśmy to oddać.

Poprzednio pracowali państwo na planie zamkniętym. Teraz zdjęcia były na otwartym SOR. Na planie działa się więc prawdziwe historie.

Zawsze jest taki moment, kiedy ty, jako aktor, filmowiec, znikasz. Jeżeli ktoś idzie na zakupy do sklepu i widzi fragment zamkniętego miasta, bo kręcą film, może stanąć z ciekawości, zobaczyć. Ludzie wyjmują komórki, kręcą, mówią: „*Ty, taka ciekawostka, Kot chodzi po ulicy*” itd. W sytuacji, kiedy jest to SOR, nikogo to nie interesuje. Ludzie przychodzą z autentyczną krzywdą, bólem i ja sam miałem trzy takie momenty, kiedy mi się tak ciepło zrobiło. Miałem oczywiście maskę, miałem stetoskop, stoję gdzieś z boku, podchodzi do mnie facet, który ma



nadzieję, że obok kolejki gdzieś przejdzie i trzyma się za rękę. I to są emocje typu: „*Proszę powiedzieć, co ja mam zrobić, bo mnie przed chwilą samochód potrącił*”. Odpowiadam: „*Proszę pana ja jestem aktorem, nie lekarzem*”. Jakkolwiek by było, te emocje też się udzielają. Pamiętam taki moment (to już było pod koniec dnia, już byłem naprawdę zmęczony) – ktoś mnie puka w plecy, obracam się, tam stoi jakiś facet. Spodziewam się, że chce sobie zdjęcie ze mną zrobić, a on mówi: „*Może by się dało załatwić, bo ja tu z mamą jestem...*”. Próba jakiegoś interesu. Poprzez te rzeczy jestem w stanie wyobrazić sobie dalszy ciąg, oczywiście tylko w tej relacji pacjent – lekarz. Myślę, że oni muszą być bardzo odporni chyba, żeby to wszystko unieść, żeby jakoś dać radę przez kolejną godzinę i kolejny dyżur.

Dane mi było zobaczyć, jak ktoś otwiera komuś klatkę piersiową, rozszerza maksymalnie i po prostu naprawia człowieka... Ten człowiek żyje, a mógłby nie żyć. I to jest jakiś kosmos dla mnie do dzisiaj.

ci i ludzie, którzy na co dzień mają do czynienia z bronią i mają niezły ubaw, jak widzą aktorów, którzy trzymają broń, i wiadomo od razu, że się tym nie zajmują. A co widzą lekarze i co ich najbardziej irytuje?”. W odpowiedzi usłyszeliśmy: „Błagam, nikt przy stole nie mówi – »tracimy go«”. To oczywiście jest śmieszna historia, ale przecież

Tak, mnie bardzo wzrusza też ten telefon, który jest niespełniony, tam się nic nie odbywa. Film jest tak pięknie pomontowany, że wiadomo, że nawet jeśli ta Lilka odbierze, on i tak za chwilę będzie musiał przerwać i gdzieś biec. To jest oczywiste w tym filmie, są ciągle ważniejsze sprawy.

Czy teraz na planie czuł pan powrót do „Bogów”? Czy raczej odcięliście się i robiliście coś zupełnie innego?

Korzystaliśmy z tamtej aury. Ja zresztą bardzo chroniłem tę pozycję w swoim życiu. Miałem dużo propozycji np. z towarzystwa ubezpieczeniowego, że fajnie by było, żeby Religa coś pokazał. Nie, dziękuję. Innym szacunkiem otaczamy ten film. Każdy z nas miał świadomość, że bazujemy na tym skojarzeniu. Nikt się nie przybliżał charakterologicznie do tego, co było w filmie, bo wiadomo było, że skojarzenie będzie jednoznaczne. I jeśli tylko to może pomóc, wchodzimy w to jak w dym.

A co by pan powiedział przez: „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”?

Muszę zaznaczyć jedną rzecz. Ja nie mam różowych okularów. Mam pełną świadomość, że wśród lekarzy są aroganci, którzy cierpią na bardzo przesadną miłość własną. Każda grupa zawodowa ma jakiś procent ludzi, którzy psują opinię. Mam pełną świadomość, że zdarza się, że spotykamy się z arogantem i jest to nieprzyjemne doświadczenie. Ale w gruncie rzeczy, jak mamy dziecko z wysoką gorączką czy innego cierpiącego bliźniego, to modlimy się, żeby lekarz był dobry, żeby ktoś nam pomógł. Jeżeli ten film wpłynie w jakikolwiek sposób na to, że z jednej i z drugiej strony zmieni się stosunek, chociażby u jednego pacjenta czy u jednego lekarza, to warto było. Jeśli tylko zaczynamy zmieniać coś w sobie, automatycznie zmienia się otoczenie. Nie można z tą samą frustracją żyć całe życie i oczekiwać zmiany. Jeśli tylko ten balon może na chwilę zniknąć, co było głównym celem filmu, dla mnie to jest sukces. ■

Grając lekarza, miał pan okazję nauczyć się czegoś o ochronie zdrowia. A czy jakaś wiedza medyczna została po tych doświadczeniach?

Nie, ale byłem w szoku, że Piotrek Głowacki był w stanie w to tak bardzo wejść. On ma jakąś taką konstrukcję naukową i to było imponujące. Naprawdę zgromadził wielką wiedzę. Ja bardziej się skupiałem na ruchu praktycznym. Tak sobie to nazwałem, że cieniowałem czyjeś ruchy. Nawet nie wiem, jak się te nożyczki dziwne nazywały, ale jak on tam stał i zszywał, to ja stałem trzy metry za nim i próbowałem te ruchy odtwarzać, żeby nauczyć się i przekazać tę fachowość. Nigdy nie zapomnę, jak siedzieliśmy z synem Zbigniewa Religi, i powiedzieliśmy: „Mamy takie pytanie, bo wiemy dokładnie, z czego śmieją się policjan-

my cały czas pokazujemy zawodowców. Oni patrzą na aparaturę i wiedzą, co się dzieje, tam nie ma jakichś głupich rozmów. To też miałem okazję obserwować.

Miał pan może taką myśl przez chwilę: mógłbym, chciałbym być lekarzem?

Ani przez sekundę. Dane mi było zobaczyć, jak ktoś otwiera komuś klatkę piersiową, rozszerza maksymalnie i po prostu naprawia człowieka... Ten człowiek żyje, a mógłby nie żyć. I to jest jakiś kosmos dla mnie do dzisiaj.

Ostatnia scena jest szczególnie dająca do myślenia, kiedy pan, jako lekarz Tomek, schodzi z dyżuru, zmęczony, zrezygnowany. I pojawia się pytanie: masz jeszcze rodzinę?

Fot. U. Wołńska-Kulaj



Ty masz jeszcze rodzinę?

MAŁGORZATA SOLECKA

Masz jeszcze rodzinę? – słyszy półzartobliwe pytanie zmiennika lekarz występujący w filmie Łukasza Palkowskiego nakręconym dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. W grudniu 2021 r. to pytanie do lekarzy i lekarek będzie, można przypuszczać, wracać po wielekroć. Białe święta w tym roku, jak przyznają sami medycy, będą czasem szczególnej próby dla nich samych i dla ich bliskich.

Grający lekarza, zapewne specjalistę, Tomasz Kot (kultowa rola w filmie Palkowskiego „Bogowie”, w którym zagrał samego Zbigniewa Religę, pozostawiła oczywisty ślad i skojarzenia, w filmie występują też inni aktorzy z „Bogów”) na pytanie, czy masz rodzinę, nie odpowiada, ale już fakt, że padło, sugeruje, że tak.

W czasie pandemii COVID-19 lekarze pracują ponad siły – o tym również opowiada krótki film Palkowskiego. Mierzą się z tłumem pacjentów, nie zawsze odpowiedzialnie traktujących swój stan zdrowia czy środki bezpieczeństwa (maseczki!). Potykają się o niedziałający sprzęt i gigantyczną biurokrację, która każe przedkładać wystawianie skierowań nad zajmowanie się pilnymi przypadkami. Kto płaci, ten wymaga. Przyniesiona z domu, może zrobiona przez najbliższą osobę kanapka nie ma szans w starciu z brakiem czasu. Jeden kubek kawy, drugi, trzeci... To tylko film, bo przecież lekarze „nic nie robią”, „pilnują statystów w szpitalach covidowych”, „biorą udział w szopce” – czy co tam jeszcze można wyczytać w mediach społecznościowych, niekoniecznie prowadzonych przez antyszczepionkowców.

B., doświadczony specjalista z dużego szpitala, zamienionego w praktyce na covidowy: – *Rok temu przeżyliśmy piekło. Połowa zespołu z dodatnim testem, druga – na kwarantannie. Strach przed zakażeniem. Gdy się okazało, że też jestem chory, w sumie odetchnąłem. Bezobjawowo przeszło, wróciłem do pracy. W tamtej fali nikogo nie musieliśmy żegnać. Zaszczepili się praktycznie wszyscy i na wiosnę czuliśmy się silniejsi, nie było zakażeń, nie było kwarantanny. Byliśmy bezpieczni. W tym roku w październiku – znów zakażenia w zespole. Wrócił strach, mimo trzeciej dawki. Ludzie są wykończeni fizycznie i psychicznie. Co mam powiedzieć, gdy na dyżurze mojej rezydentce w ciągu trzech godzin odchodzi dwóch pacjentów? Przed pandemią na naszym OIT ludzie umierali sporadycznie. Zdarzały się tygodnie, gdy nie odchodził nikt.*

M. uprzedził najbliższych, że tegoroczne święta mogą być inne, a w zasadzie takie same. W jego szpitalu jeszcze miesiąc temu oddział covidowy zaplanowano na niespełna trzydzieści łóżek, rozrósł się już do niemal stu. – *Nie będzie świątecznego grafiku, na covidowym będzie pełna obsada, a do połowy grudnia może i cały szpital stanie się covidowy – przewiduje. To oznacza, że może uda się wykroić jeden dzień wolnego, jak rok temu. Żona M. jest lekarką, pracuje tylko w prywatnych klinikach. Rozumie, że ten jeden dzień M. będzie chciał prześpać. Czeka na grafik. Jeśli wolna będzie Wigilia, spędzą ją z dziećmi. Potem zapakuje maluchy do samochodu i pojedzie do rodziców. Jeśli jakiś inny dzień, coś wymyśli. Ona, bo M. nie ma siły nawet myśleć o świątach.*



Fotografie: R. Jezziakowska

W. jeszcze się nie rozwiódła, choć z G. praktycznie są w separacji. Jeszcze przed pandemią mąż (nie jest lekarzem, co znacząco komplikuje sprawę) z trudem akceptował nagle pojawiające się dyżury. – *Z zaplanowanych czterech, góra pięciu miesięcznie robiło się niekiedy dwanaście. Częściej osiem, dziewięć, ale wystarczy, by druga połówka miała wrażenie wiecznego rozmijania się* – przyznaje. COVID-19 tylko pogorszył sytuację, bo mąż zażądał, żeby odeszła ze szpitala, gdyż stanowi zagrożenie – dla niego, dla jego wiekowych już rodziców, mieszkających z nimi w tym samym domu. Odmówiła i się wyprowadziła. Tyle dobrego, że nie zdążyły się pojawić dzieci. – *Nie było kiedy* – mówi rozbrajająco. Separacja nie jest formalna, więc może jeszcze nie wszystko stracone, ale W. teraz o tym nie myśli. W pracy nie ma czasu, po pracy – bo są takie dni i noce, kiedy nie pracuje, też. – *Kładę się do łóżka i wpadam w czarną dziurę. Mam wrażenie, że zasypiam zanim zdążę pomyśleć: „pomyślę o tym jutro”*.

S. wyprowadził się z domu, kiedy spostrzegł, że zaczyna robić awantury. O nic. Również dzieciom. Chodzi na terapię, ale równolegle pracuje na SOR. Psychoterapeuta twierdzi, że to nie pomaga w leczeniu. S. myśli więc nad zmianą. Na razie – psychoterapeuty.

Wspólny mianownik rozmów z lekarzami o tym, jak funkcjonują już od kilkunastu miesięcy – wypalenie. Nie – zmęczenie, nie – frustracja, nie – desperacja, ale właśnie wypalenie. Różnie zresztą rozumiane. Brak radości z wykonywanej pracy – tak, o tym mówią w zasadzie wszyscy. Niechęć do rozpoczynania kolejnego dnia czy tygodnia pracy – też, choć wielu rozmówców zastrzega, że tak naprawdę kochają to, co robią, cieszą się, że mogą uratować komuś życie. Problem w tym, że tej radości ani nie widać, ani nie słychać. Powód? Za dużo bodźców, za dużo sytuacji granicznych w krótkim horyzoncie czasowym. Czwarta już fala pandemii – lekarze jednym głosem podkreślają, że sprowokowana z jednej strony brakiem odpowiedzialności i niefrasobliwością znacznej części, by nie rzec, większości społeczeństwa, z drugiej – podyktowaną politycznymi względami strategią rządu – to o jedną, tak wysoką, za dużo.

Do tego dochodzi poczucie upokorzenia. Przede wszystkim z powodu traktowania lekarzy przez rząd. I wcale nie chodzi o pieniądze, o 19 zł brutto podwyżki dla specjalistów, bo każdy pracuje na kontrakcie i minimalne wynagrodzenia ich nie dotyczą. Zgodnie mówią, że pieniądze są na ostatnim miejscu na długiej liście problemów i zarzutów wobec rządzących. Spośród moich rozmówców nikt też nie należy do związku zawodowego, nikt nie udziela się w samorządzie lekarskim. Dwoje pojawiało się na manifestacjach w Warszawie, ale to wszystko. – *A i tak, gdy słuchałam, co i przede wszystkim jak obecny minister mówi o lekarzach i lekarzom, byłam gotowa wsiąść w samochód i zainstalować się w namiocie, niekoniecz-*

nie białym, w Alejach Ujazdowskich – twierdzi W., ale zaraz dodaje, że oczywiście żartuje. Nie ma czasu na protest. Natomiast, gdy „to wszystko już się skończy” („bo przecież się kiedyś musi skończyć”), przemyśli jeszcze raz propozycję pracy w Szwecji. Nie chciała wyjeżdżać, bo nie chciał mąż. Dlatego najpierw sprawdzi, czy małżeństwo jest jeszcze aktualne albo przynajmniej – do uratowania. Potem pomyśli, czego chce, i może jednak ta Szwecja.

Bo tam lekarz nie musi się tłumaczyć przed urzędnikiem, dlaczego odmówił pacjentowi udzielenia porady z powodu niezastosowania się do wymogu zasłonięcia nosa i ust maseczką. A w Polsce – musi. Bo zasada *no-fault* nie jest tylko mirażem, ale rzeczywistością. Bo lekarze nie pracują na akord, tylko po prostu pracują. Bo, choć na świecie nie ma idealnych systemów ochrony zdrowia, lepiej pracować w takim, któremu do ideału jest znacząco bliżej niż polskiemu. – *Bo nikt mi nie da przeżyć życia raz jeszcze. Bo jestem człowiekiem* – mówi W. ■





Fot. archiwum

Nasze dwie twarze

PAWEŁ KOWAL

W tym roku Instytut Studiów Politycznych PAN oraz think tank Medyczna Racja Stanu przeprowadziły badania na temat zaufania do ludzi, którzy udzielają się w życiu publicznym. Do ich podjęcia skłoniła nas pandemia. Chcieliśmy wiedzieć, jak kształtuje się zaufanie do wykonujących zawody zaufania publicznego po doświadczeniach pandemii, lockdownu itd. Celem było również sprawdzenie, w jakim stopniu Polacy w takich warunkach są skłonni zaufać instytucjom naukowym.

Jeśli chodzi o poszczególne profesje, lekarze, którym ufało prawie 81 proc. respondentów, wyprzedzili naukowców (nieznacznie słabszy wynik), przedsiębiorców i policjantów. Prawie 70 proc. badanych uznało, że należy stosować się do wskazań naukowców w zakresie walki z pandemią w życiu codziennym. Spośród instytucji naukowych najwyższe wskaźniki zaufania zdobyły Polska Akademia Nauk i uczelnie wyższe.

Latem Polacy odetchnęli (niesłusznie) z ulgą, że najgorsze minęło. Trudno w świetle wyników przytoczonych badań zrozumieć to, co się wokół nas dzieje. Wydawało się, że po pandemii jedna sprawa zostanie załatwiona w naszym kraju raz na zawsze – zmiany w systemie ochrony zdrowia. Było jasne, że znajdują się pieniądze na normalne wynagrodzenia kadry pielęgniarskiej i lekarskiej, na prawidłowe funkcjonowanie systemu, na leczenie raka i chorób rzadkich, programy badań genetycznych itd. Tymczasem medycy słusznie protestujący przed Kancelarią Premiera zostali sami ze swoimi postulatami, nieco obojętnie mijani przez spacerowiczów ciągnących wzdłuż Łazienek. Ta obojętność była widoczna dla rządzących. Niewiele zostało też z zaufania do instytucji naukowych. Rekomendacje uczonych są jasne: trzeba się szczepić.

I oto w Polsce, kraju etosu nauki i inteligencji, liczba zaszczepionych jest znacznie mniejsza niż w wielu innych państwach. W tym zakresie jesteśmy w ogonie Unii, a w czubie światowym, jeśli chodzi o zgony na COVID-19. Ludzie, którzy na co dzień faszerują się całą tablicą Mendelejewa, zjadają tony paramedykamentów i dają zarobić wróżkom, ogłosili się znawcami szczepionek. Przeciw tzw. paszportowi covidowemu protestują ci, którzy bez mrugnienia okiem wypełniali przez dekady swoje książeczki obowiązkowych szczepień, bo były takie „swojskie”.

Dlaczego w Polsce znajdują się pieniądze na wszystko, tylko nie na ochronę zdrowia, jako politolog rozumiem, ale się z tym nie zgadzam. Niestety, medycy nie są grupą, do której politycy zwracają się podczas kampanii wyborczych, nie stanowią źródła licznych głosów w wyborach, szczególnie że wielu wyjeżdża. Ale nie to jest tematem tego felietonu. Co się stało z nami jako społeczeństwem? Mamy dwie twarze. Którzy z nas są bardziej autentyczni? Ci z badania pieczołowicie przeprowadzonego przez socjologów z PAN, czy ci, którzy zapomnieli o oklaskach dla lekarzy i stali się domokrażnymi ekspertami od szczepień aż do śmierci – uchowaj Boże – pod respiratorem? ■

Operacja „Szpital” 13 stycznia 2022 r.

Szkolenie dla dyrektorów medycznych

- ♦ Oddziały wieloprofilowe – tworzenie, działanie
- ♦ Asystenci medyczni, asystenci lekarzy – role w systemie
- ♦ Mediacje w podmiotach leczniczych





Fot. K. Bortyzel

Gen sprzeciwu – jak by to zabrzmiało, gdyby nie było eufemizmem?

JAROSŁAW BILIŃSKI, członek Prezydium ORL w Warszawie

Trwa nieustająca debata, bardzo gorąca, obfitująca w eufemizmy na temat „walki” z pandemią, wprowadzenia lub nie obostrzeń, nakazów, zakazów. Ta debata jest naprawdę intensywna! Znów o ochronie zdrowia mówi się bardzo dużo, ciągle pojawiają się wątki dotyczące medycyny, zarządzania w ochronie zdrowia.

Ale absolutnie nic z tego nie wynika. W sensie przełożenia debat na rzetelną wiedzę obywateli o zdrowiu, na pochylenie się nad problemami polskiego systemu ochrony zdrowia. Jest wręcz odwrotnie – powoli stajemy się zde gustowani, zmęczeni, sfrustrowani tym gadaniem. Obraża ono bowiem inteligencję ludzi, a nudzi osoby, które mniej znają się na poruszanych zagadnieniach. Laicy oczekują od rządzących, że będą podejmowali decyzje zgodne z wiedzą, nauką, logiką, rozsądkiem, dla dobra obywateli. Ci, którzy mniej znają się na nauce, może mniej rozumieją otaczający nas świat, ale są zaangażowani w życie publiczne, oczekują po prostu klarownych i sensownych decyzji. Patrząc bowiem tylko na społeczny efekt pandemii oraz historię działań i decyzji podczas niej, można dojść do wniosku, że mamy do czynienia z chaosem. Chociaż realnie oceniam, że w krótkich odcinkach czasu, na tzw. daną chwilę, decyzje są podejmowane na podstawie twardych danych – sondaży i projekcji szkód, jakie mogą wyrządzić. Tak, nie bierze się pod uwagę danych naukowych, rad osób, które się znają na medycynie, epidemiologii, modelowaniu matematycznym, tylko sondaże i PR.

Na początku pandemii, pamiętamy, rząd zabronił wychodzić z domu, nawet na spacer, do parku. Zamknięto parki, zagajniki, ścieżki, wszystko. W owym momencie podejmowano decyzje, kierując się lękami, bo nie było wiadomo, jak bardzo wirus jest zakaźny i jak wielu ludzi będzie wymagało hospitalizacji. Rząd wiedział (o czym pisałem w ostatnim felietonie), że nie ma absolutnie żadnego buforu w polskim systemie ochrony zdrowia, więc każde (!) zwiększenie napływu pacjentów do szpitala będzie miało nieprzewidziane skutki społeczne, włącznie z umieraniem ludzi na chodnikach przed szpitalami (co *de facto* stało się podczas szczytu kolejnych fal, kiedy czekano na wypłaszczenie się krzywej). Brakowało maseczek, lateksu, folii, dykty, pleksi – wszystkiego, co pomogłoby stworzyć bariery, dystans. Podejmowano decyzje w popłochu, ale odważnie, choćby te o respiratorach, maskach, bo trzeba było je podejmować. Dalej było trąbienie o sukcesie, o tym, że wirus jest w odwrocie, że jest niegroźny.

Potem nadeszły kolejne fale, tym razem zmiatające Polaków z powierzchni ziemi (150 tys. nadmiarowych zgonów – to jakby zniknęło jedno z większych miast w Polsce). Ale obostrzeń coraz mniej. Pojawiły się też szczepienia – absolutnie podstawowe narzędzie służące zakończeniu pandemii, radykalnemu ograniczeniu śmiertelności, przywróceniu normalności. Widzimy bowiem statystyki: nawet jeśli pojawia się nowy wariant koronawirusa, a pojawiać się będzie co chwilę, szczepienie uchroni przed ciężkimi objawami i zgonem. Trzeba o tym mówić, trąbić, nauczać, przekonywać, dawać absolutnie jasne komunikaty, bez dwuznaczności. Trzeba pokazać osobom nieszczepiącym się, że teorie spiskowe, big pharma, wykłady antyszczepionkowców to brednie. Trzeba pokazać obywatelom, że nieszczepienie się naraża osoby przewlekłe chore, z upośledzoną odpornością, na śmierć! To jest już odbieranie ludziom wolności, więc trzeba ograniczyć do minimum mobilność nieszczepionych, m.in. wprowadzając paszporty covidowe. Jeśli i to nie spowoduje zwiększenia wyszczepialności na poziomie 90 proc., należy ogłosić obowiązek szczepienia. To nie byłby ewenement, zabieranie ludziom decyzyjności, spisek, nawiązywanie do III Rzeszy, tylko norma. Mamy kalendarz szczepień obowiązkowych i każdy Polak musi, pod groźbą konkretnych kar, się zaszczepić. To byłoby kolejne, dodatkowe szczepienie. Ale usłyszeliśmy, że nie. Nie, bo w Polakach jest „gen sprzeciwu”. Myślę, że lepiej by było, aby zamiast stosować ten eufemizm (przypominam definicję: eufemizm to słowo lub połączenie wyrazowe zastępujące określenia, które nie mogą lub nie powinny być używane ze względu na tabu kulturowe, religijne, zabobon, cenzurę, autocenzurę polityczną lub obyczajową, normy towarzyskie itp.), użyty pewnie z powodów autocenzury politycznej, gdyż z sondaży wynika, iż wyborcy, na którym obecnej władzy zależy najbardziej, nie będą się szczepić, bo nie, wyrazić się soczyście i dosadnie, aby przynajmniej ci wyborcy zrozumieli, o co chodzi: „Nie, i ch*j”. „Nie wprowadzimy obowiązku szczepień, i ch*j”. To miał na myśli pan minister. Przepraszam za słownictwo, ja tylko tłumaczę. ■



Fot. archiwum

Gdy ilość nie przechodzi w jakość

MAREK BALICKI

Na łamach jednego z portali medycznych wywiązała się ostatnio dyskusja w sprawie zbyt dużej liczby szpitali w Polsce. Pierwszy zabrać głos były wiceminister zdrowia Jakub Szulc, który stwierdził, że nie da się w Polsce utrzymać ponad 1 tys. szpitali. Odpowiedział mu prof. Wiesław Jędrzejczak: „Skoro jest taki nadmiar szpitali, to po co w czasach COVID-19 tworzone są placówki tymczasowe, a chorym na nowotwory zabiera się oddziały onkologiczne i hematologiczne?”

Asumpt do debaty stanowiła wypowiedź marszałka Senatu Tomasza Grodzkiego z końca lata, że powinniśmy wziąć przykład z Danii, która radykalnie zmniejszyła liczbę szpitali. Według duńskich standardów powinno być ich u nas zaledwie 130. Stwierdzenie wzbudziło liczne kontrowersje i lawinę dość powierzchownej krytyki. Problem jednak istnieje i wart jest poważnej debaty. Zresztą od kilku już lat jest coraz częściej dyskutowany w czasie różnych konferencji branżowych.

Minister Szulc słusznie wskazał, że nasz model opieki zdrowotnej ciągle opiera się na lecznictwie szpitalnym. Wiąże się to z niewydolnością opieki ambulatoryjnej i brakiem koordynacji opieki nad pacjentem. Ze względu na długie kolejki do specjalistów i badań diagnostycznych racjonalnym rozwiązaniem z perspektywy pacjenta wydaje się hospitalizacja. Zatem samo zwiększenie nakładów na ambulatoryjną specjalistykę będzie niewystarczające. Potrzebne są szersze zmiany systemowe.

Wady naszego systemu potwierdza monitorowany w UE współczynnik możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala z powodu wybranych problemów zdrowotnych. Jest u nas dwukrotnie wyższy niż europejska średnia.

Prof. Jędrzejczak ocenił sytuację z punktu widzenia byłego kierownika kliniki hematologiczno-onkologicznej, który sam reorganizował praktykę w kierunku opieki ambulatoryjnej i dziennej. Jego zdaniem hospitalizacji całkowicie zastąpić się nie da. Efekty postępu medycyny, zwłaszcza w odniesieniu do chorób przewlekłych, pociągają za sobą zwielokrotnienie korzystania z usług. Nie jest także możliwe pełne obłożenie szpitali. Zawsze musi być jakaś rezerwa. Duża odległość do najbliższego szpitala wpływa na pogorszenie dostępności leczenia.

Wydaje się, że przedstawione perspektywy nie są sprzeczne. Raczej pokazują złożoność problemu. Wspomniany na wstępie chaos związany z funkcjonowaniem szpitali w kolejnych falach pandemii oraz kolejki karetek przed SOR nie wynikały z niewystarczającej liczby łóżek, ale z niewłaściwej ich alokacji i nieskutecznej koordynacji rozmieszczania chorych w szpitalach. Nadmiarowa liczba rywalizujących ze sobą szpitali należących do kilkuset różnych właścicieli dodatkowo tę sytuację komplikowała.

Z problemem trzeba się jednak uporać. Lekcja, jaką dała nam pandemia, nie powinna pójść na marne. W Danii zmiany w szpitalnictwie były powiązane z reformą administracyjną. Centralistyczne rozwiązania się nie sprawdzają. Widzimy to po funkcjonującej od kilku lat tzw. sieci szpitali. Potrzeba więc może, jak w Danii, reformy administracyjnej. Wzmocnijmy znacznie rolę samorządów wojewódzkich, przekazując im szpitale wraz z finansami na ich utrzymanie. Może to jest u nas warunek konieczny naprawy szpitalnictwa, która uwzględni również kwestie podnoszone przez prof. Jędrzejczaka. I na koniec: w 2020 r. Dania nie odnotowała skrócenia oczekiwanej długości życia. U nas kobiety żyją 1,1 roku krócej, a mężczyźni aż 1,5 roku krócej niż w Danii. ■

”
Nasz model opieki zdrowotnej ciągle opiera się na lecznictwie szpitalnym. Wiąże się to z niewydolnością opieki ambulatoryjnej i brakiem koordynacji opieki nad pacjentem.

”



Fot. L. Zychy/Polityka

Misja: granica

PAWEŁ WALEWSKI

„Medycy na granicy” spędzili na Podlasiu ponad miesiąc. Udzielali uchodźcom pomocy medycznej, spierali się ze strażnikami, reperowali swoje auta niszczone przez wandalów. Otrzymał życie polskiego lekarza na dyżurze. Ale nie tylko...

Lekarze, którzy zdecydowali się nieść pomoc w podlaskiej strefie granicznej, pracowali w ekstremalnie trudnych warunkach. Wprowadzone przez rząd prawo uniemożliwiało im przedostanie się na obszar objęty stanem wyjątkowym. Nasze władze nie życzyły tam sobie nie tylko dziennikarzy i postronnych obserwatorów, ale również służb medycznych, jakby nie rozumiały ich funkcji oraz etycznych powinności, którym nie należało się sprzeniewierzać.

– *Spędziłem półtora miesiąca na granicy i wiem, że wszystkie zasady, które poznałem w swojej pracy zawodowej, nijak się mają do tamtejszej rzeczywistości* – powiedział w jednym z wywiadów główny koordynator akcji Jakub Sieczko, anestezjolog i specjalista intensywnej terapii, po powrocie do Warszawy z przygranicznej puszczy.

Mimo braku zgody ministra spraw wewnętrznych i administracji na pojawienie się lekarzy w strefie stanu wyjątkowego, poczuli imperatyw, że powinni tam być. Nietrudno zrozumieć determinację ludzi, którzy zgodnie ze swoim wykształceniem chcieli pomagać i spieszyć na ratunek, choć mówiono im, że ich doświadczenie jest niepotrzebne, bo dobrze zastąpią ich strażnicy, a w razie potrzeby lokalne zespoły ratownictwa medycznego (wyłącznie po otrzymaniu stosownej, każdorazowej zgody). Widzieliśmy na nagraniach, jak dowódcy żołnierzy i policjantów rozumieją tę pomoc udzielaną uchodźcom, przepychanym przez kolczaste zasieki w obie strony – to były jednak inne umiejętności, inna wrażliwość, zupełnie inny sprzęt.

W obliczu kryzysu humanitarnego (a z tym przecież mamy do czynienia na granicy z Białorusią, skoro w zimnych lasach doszło do zgonów) odrzucenie oferty pomocy ze strony medyków jest karygodne. Podobnie jak opresje, których doświadczyli na miejscu: przebite opony samochodów, wytłuczone szyby. Akcja, w której uczestniczyło około 40 lekarzy, ratowników i pielęgniarek, miała z góry ustalony czas trwania, ale zakończono ją nieco ponad dzień przed planowaną datą z po-

czuciem, że nie należy w tej sytuacji narażać swojego bezpieczeństwa. To władze publiczne powinny je zapewnić, nie mówiąc o tym, że do ich zadań należało stworzenie takich warunków wzdłuż granicy, by uchodźcy nie musieli cierpieć ponad miarę, a nawet umierać z wycieńczenia i wychłodzenia, w tak makabrycznych warunkach.

Ale władze z tej powinności od początku nie zamierzały się wywiązać, prezentując opinii publicznej karykaturalny obraz uchodźcy – zoofila i terrorysty, po czym uznały, że podsycanie jak najgorszego nastawienia Polaków do ludzi pragnących uciec z Białorusi tylko pomoże scalić elektorat. I się nie pomyliły, gdyż badania sondażowe postaw wobec konfliktu granicznego okazały się dla rządu bardzo korzystne (mimo że został oskarżony o łamanie prawa międzynarodowego, stosowanie tzw. push-backów i przrzucanie ludzi, w tym dzieci, do lasu na stronę białoruską bez możliwości składania wniosków o azyl). Można powiedzieć, że kolejny raz lekarze dali lepszy przykład poszanowania prawa, bo pomoc medyczna należy się każdemu w stanie zagrożenia zdrowia i życia, niezależnie od pochodzenia oraz statusu prawnego, nie tylko w zgodzie z etyką.

„Dla wielu z nas akcja była jednym z ważniejszych doświadczeń zawodowych. Uważamy, że dobrze wykonaliśmy to zadanie i czujemy dumę, że mogliśmy oddać tej sprawie naszą energię i doświadczenie” – napisali przedstawiciele grupy w mediach społecznościowych. Choć z formalnego punktu widzenia ich misja się zakończyła, przekazali swój dyżur doświadczonemu Polskiemu Centrum Pomocy Międzynarodowej, organizacji, która niosła już medyczną pomoc humanitarną w rejonach świata objętych kryzysami (m.in. w Libanie i Nepalu).

Kto mógł się spodziewać, że niemal w środku Europy w 2021 r. rozgrywać się będą sceny przypominające wędrówkę ludów, a młodzi lekarze, których nie uczy się już przecież pracy na froncie, będą pod osłoną nocy mierzyć się ze stanami zagrożenia życia w polowych warunkach? Wyprowadzanie z hipotermii, głodu, odmrożeń, zatruc, stopy okopowe – nawet w medycynie ratunkowej inaczej rozkłada się dziś akcenty, tymczasem za sprawą politycznych decyzji medycy zostali zmuszeni przekwalifikować się w lekarzy z wojskowych lazaretów. Ktoś powie, że to prawdziwa szkoła życia i zawodu. Ale ze względu na poczucie bezsilności, na którą najczęściej się skarżyli, taka lekcja pozostanie ich najboleśniejszym doświadczeniem. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



– Na miejscu pracują grupy, które udzielają różnego rodzaju pomocy. Naszym zadaniem jest przede wszystkim ratowanie życia. To oczywiście nie zmienia faktu, że kiedy już dotrzemy do poszkodowanych, staramy się przekazać im jakieś wyposażenie, które ułatwi przetrwanie – śpiwory, karimaty, ciepłe napoje. To często osoby wychłodzone, z uszkodzonymi kończynami, ranami szarpanymi, kłutymi, skarżą się na bardzo silne bóle, nieraz związane ze skrajnym wyczerpaniem. Szukanie jakiegokolwiek pożywienia w lesie skutkuje wieloma przypadkami zatrucia. Dodatkowe wyposażenie karetki dostosowujemy więc do rodzaju zgłoszenia – opowiada Aleksandra Rutkowska, rzeczniczka Polskiego Centrum Pomocy Międzynarodowej, które w połowie listopada rozpoczęło działania na polsko-białoruskim pograniczu.

Kryzys na granicy

MICHAŁ NIEPYTAŁSKI

Fotografie: A. Rutkowska/Fundacja PCPM

W momencie zamykania tego numeru „Pulsu” sytuacja na tym obszarze w pewnym stopniu się uspokoiła. W pierwszych dniach grudnia polskie służby podawały informacje o kilkudziesięciu próbach dziennie nielegalnego przekroczenia granicy obu państw, podczas gdy jeszcze w październiku i listopadzie odnotowywano ich po kilkaset. Temperatura politycznego napięcia w związku z tym nieco opadła, ale kryzys nadal daleki jest od zażegnania. Osoby ukrywające się i koczujące w przygranicznych lasach są w trudnym położeniu, nieraz zagrażającym zdrowiu i życiu. Od momentu nasilenia się kryzysu migracyjnego w pomoc w ramach oddolnej akcji angażują się polscy medycy. Do połowy listopada dyżurowali non stop w karetce lekarze z inicjatywy „Medycy na granicy”. W drugiej połowie miesiąca przekazali misję pozarządowemu Medycznemu Zespołowi Ratunkowemu PCPM.

– Pracujemy w trybie 24-godzinnym. Przez całą dobę trzy- lub czterosobowa grupa medyczna jest w gotowości i wyrusza w drogę, gdy otrzyma sygnał, że ktoś potrzebuje pomocy. Zgłosić się do nas można przez infolinię, na którą wcześniej reagowali „Medycy na granicy”. Ich doświadczenia dowodzą, że to metoda najskuteczniejsza w istniejących warunkach. Pamiętajmy, że operujemy na rozległym terenie, a karetka jest jedna. Bywa, że potrzebujący pomocy są w głębi lasu, gdzie nie prowadzi żadna droga – wyjaśnia Rutkowska.

Medyczny Zespół Ratunkowy PCPM to grupa fachowców wyspecjalizowanych w niesieniu pomocy w różnych rejonach świata. Jest jedną z 30 na świecie grup szybkiego reagowania działających pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia, które w ciągu 24 godzin mogą stawić się tam, gdzie jest taka konieczność, nawet w najbardziej odległych rejonach kuli ziemskiej.

– Dotąd misje, w których brał udział zespół medyczny PCPM, odbywały się poza granicami Polski, np. na granicy Syrii i Libanu czy Ugandy i Sudanu Południowego. Umiejętność działania w ekstremalnych warunkach, improwizacji przy ograniczonych możliwościach leczenia – to cechy w realiach pracy zespołu medycznego PCPM nieocenione. Wymaga ona bowiem wyjścia poza schematy myślenia o pomocy medycznej. W obecnej sytuacji na granicy nasi medycy muszą przedzierać się w ciemności przez gęsty las i trzęsawiska tylko w świetle latarek-czołówek i maszerować nawet kilkadziesiąt minut, by odnaleźć poszkodowanych – mówi rzeczniczka PCPM. Wyjaśnia, że dodatkowe obciążenie dla zespołu stanowi fakt, iż zakończenie interwencji nie jest jednoznaczne ze szczęśliwym zakończeniem dla osób, którym pomoc została udzielona. Poszkodowani zostają przecież w owym gęstym lesie i ich los nadal jest niepewny. Wyjątek stanowi sytuacja, kiedy lekarze oceniają, że ktoś wymaga hospitalizacji i na tę hospitalizację się zgodzi. Wówczas powiadamiane są odpowiednie służby, zarówno ratunkowe, jak i Straż Graniczna, uruchamiana jest procedura związana z nielegalnym przekroczeniem granicy. – Jedna z kobiet, której udzielaliśmy pomocy, nie zdecydowała się na przewiezienie do szpitala – wspomina Aleksandra Rutkowska i dodaje: – Wciąż są pacjenci, do których nie mamy szansy dotrzeć. Nie wiemy, ilu z nich nie ma jak się z nami skontaktować, nie wiemy też jak wielu z tej możliwości pomocy rezygnuje. W trakcie jednej z interwencji otrzymaliśmy zgłoszenie, które obejmowało obszar, do którego nie możemy wjechać, więc niedoszli pacjenci, choć mieli tylko kilkaset metrów do nas, nie chcieli wyjść poza strefę, bojąc się, że ktoś ich cofnie na białoruską stronę.

Skoro polsko-białoruskie pogranicze staje się sceną dramatycznych wydarzeń, właściwie czemu po prostu nie pozwolić tym wszystkim ludziom przekroczyć naszej granicy, umożliwić wjazd do Unii Europejskiej? Witold Jurasz, były chargé d'affaires RP na Białorusi, a obecnie publicysta Onetu zajmujący się sprawami międzynarodowymi, wyjaśnia „Pulsowi”, że powodów jest wiele, a większość ma charakter czysto polityczny. Przypomina, jak kilka lat temu politykę europejską zdestabilizował kryzys migracyjny (migranci podążali szlakiem przez Morze Śródziemne). Jego zdaniem m.in. na destabilizacji krajów z nieprzychylnymi mu rządami zależy Aleksandrowi Łukaszence, dyktatorowi Białorusi. – Wpuszczając tych ludzi, działalibyśmy zgodnie ze scenariuszem przez niego zaplanowanym, przy czym oczywiście w scenariuszu tym chodzi tyleż o samo wywołanie kryzysu, co i o cenę, którą musielibyśmy Łukaszence prędzej czy później zapłacić za jego zakończenie – wyjaśnia Jurasz.

Ale istnieje też inne niebezpieczeństwo. – Historia migracji z Afryki przez Morze Śródziemne dowodzi, że im więcej organizacji niosących pomoc działa przy granicy, tym więcej osób korzysta z danego szlaku migracyjnego. I w efekcie tym więcej ludzi ginie – podkreśla ekspert.

Zdaniem naszego rozmówcy wyważone podejście do kryzysu polega na zaakceptowaniu jego charakteru – jednocześnie politycznego i humanitarnego. – Od polityków wymagać należy dojrzałości, a ta oznacza umiejętność wyważenia racji



wynikających z obu tych aspektów. Ci, którzy tego nie robią, postępują nierozsądnie. Można by porównać to do sytuacji, w której pacjent wymaga opieki lekarzy wielu specjalizacji. Muszą oni dojść do kompromisu, jak działać, by decyzje jednego nie wywołały skutków, które pokrzyżowałyby starania drugiego. To problem, dla którego nie ma idealnego rozwiązania – ocenia Witold Jurasz.

Od początku był zwolennikiem wpuszczenia na tereny przygraniczne zarówno dziennikarzy, jak i organizacji pomocowych. Uniemożliwiono to przez ogłoszenie stanu wyjątkowego. Ale konieczne są pewne zastrzeżenia. Zdaniem byłego dyplomaty osoby chcące nieść pomoc muszą liczyć się z tym, że jeśli przekroczą granicę i wejdą na terytorium Białorusi, by dotrzeć do poszkodowanych, mogą stać się zakładnikami reżimu Łukaszenki. – Nie zostaną bowiem zatrzymani za nielegalne przekroczenie granicy w celu niesienia pomocy, ale np. za szpiegostwo. Dla własnego bezpieczeństwa medycy powinni więc dbać o to, by pomagać wyłącznie po polskiej stronie – przestrzega Witold Jurasz. – Wiemy też, że białoruskie służby starają się kierować ruchem imigrantów. Sprawdzają np. z użyciem dronów, w którym punkcie granicy jest większe zagęszczenie polskich służb i wojska. Nasi mundurowi muszą więc działać dyskretnie. Dyskrecję powinni zachowywać także niosący pomoc i przy okazji informowania o swoich działaniach nie informować o działaniu polskich jednostek. W innym przypadku wspieraliby nie tylko imigrantów, ale także białoruskie KGB.

Stan wyjątkowy na terenach przygranicznych zakończył się z początkiem grudnia. W jego miejsce pojawiły się nowe ograniczenia zastosowane na mocy ustawy umożliwiającej wprowadzenie zakazu przebywania na oddanym obszarze. Warunkowo dopuszczono dziennikarzy, jeśli na ich obecność zgodzi się Straż Graniczna. W ustawie jednak nie było mowy o dopuszczeniu organizacji pomocowych. – Pełnimy dyżury bez zmian organizacyjnych. Jedyne, co się bardzo zmienia, to warunki atmosferyczne. Spadł śnieg, temperatura jest coraz niebezpieczniejsza dla zdrowia i życia ludzi, których leczymy w lesie – podsumowuje Aleksandra Rutkowska. ■



Fot. K. Bartyzel

Pomóc, tylko jak?

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

Zmęczenie. Lekarski stan psychofizyczny, typowy dla nas wszystkich. Po ciężkim dniu w poradni, po nocy, kiedy nie było czasu usiąść ani na chwilę, po wielogodzinnej operacji, po nieudanej reanimacji, po pełnym napięcia dyżurze, po tygodniu pracy w chaosie, po trzech godzinach w pełnym covidowym rynsztunku.

Co robimy z naszym zmęczeniem? Rozwiązania są przeróżne: odpoczynek w samotności, hobby, spotkania z ludźmi. Niestety, nawet te najlepsze zawierają pułapki, w które nierzadko wpadamy.

Spanie wydaje się zupełnie bezpieczne. Każdy z nas kiedyś odsypiał ciężki dyżur albo robił sobie godzinną drzemkę po powrocie z pracy po południu. Może zdarzyć się tak, że z godziny zrobią się dwie. Albo trzy, codziennie po południu. Późnym wieczorem budzimy się zaspiani, jemy, co nam się nawinie pod rękę. Czujemy się średnio przytomni, więc kolejne godziny spędzamy przy komputerze, bezmyślnie śledząc media społecznościowe. Albo idziemy dalej spać.

Niektórzy spędzają czas z bliskimi, rodziną. Jest szansa, że rozmowa, wspólny spacer, odrabianie lekcji z dziećmi, kino, planszówki ułatwią nam zregenerowanie się. Gorzej, jeśli zmęczenie uruchomi drażliwość i wyleje się na najbliższych potokiem złości, frustracji, niezrozumiałej dla nich agresji. Jeśli takie sytuacje będą się powtarzać przez dłuższy czas, relacje mogą ulec destrukcji i pewnego dnia nie będziemy mieli nikogo do odreagowywania...

Sport też bywa pomocny. Wiadomo – głowa przewietrzona podczas biegu działa spokojniej, frustrację da się zniwelować, kopiąc piłkę lub waląc pięściami w worek bokserski, zmęczenie psychiczne zmienić na siłowni w fizyczne. Ale i tu można się zagalopować, uzależniając się od wielogodzinnych treningów, przesadnie dręcząc ciało, rezygnując z innych aktywności.

Można się zrelaksować, oglądając film – kryminalny, dokumentalny, naiwną komedię. Albo zagrać w ulubioną grę, nieważne czy strategiczną, „strzelankę”, czy jeszcze inną. Godzina lub dwie przy komputerze i czujemy się „zresetowani”. Ale po dwóch godzinach mówimy sobie „jeszcze jeden odcinek/poziom” i oddajemy się kompulsywnemu graniu albo binge watchingowi* przez kolejne godziny. Kończymy w środku nocy z bólem głowy i uczuciem totalnego oszołomienia, odrealnienia. Coś było do zrobienia? Trudno. Może jutro. A może za tydzień, jak obejrzymy wszystkie sezony.

Lampka wina, szklanka whisky z lodem albo zimne piwko? Czemu nie, to zrelaksuje i pomoże zasnąć. A że co dzień? No cóż, mamy przecież stresujące życie. A może dwie, trzy? Dziś było naprawdę ciężko w pracy. I nagle okazuje się, że to najmilszy moment każdego dnia, że na to czekamy od rana, że nie wyobrażamy sobie pójścia spać bez wieczornego rytuału, zresztą i tak nie zaśniemy. W dni wolne też się relaks należy, nie będziemy sobie odmawiać. I niepostrzeżenie alkohol staje się najważniejszym elementem życia, zniewala nas, przejmując kontrolę.

A może podejść do sprawy medycznie? Nie śpię, jestem podenerwowany i napięty – przecież mogę sobie przepisać coś nasennego. Zetki** działają doskonale, po prostu łykam i zasypiam. Niby każą odstawić po miesiącu, ale nie mogę ich nie przyjmować, bo wtedy nie śpię. A jak nie śpię, to źle się czuję następnego dnia. Dobry sen jest priorytetem, trudno, nie odstawię, w końcu to leki, a nie narkotyki. Jedna tabletki nie wystarcza... No nic, dwie też są OK. Albo trzy. Najważniejsze to dobrze spać.

* *Binge watching* – zjawisko kompulsywnego oglądania seriali, charakteryzujące się oglądaniem kilku odcinków z rzędu, np. z wykorzystaniem nośników pamięci lub online.

** Są to zolpidem (Stilnoct) lub zopiklon (Imovane), potocznie nazywane lekami „zet” lub „zetkami”. To grupa produktów leczniczych sklasyfikowanych jako niebenzodiazepiny lub niebenzodiazepinowe leki nasenne. Stosuje się je w leczeniu ciężkiej bezsenności zakłócającej normalne codzienne życie. „Zetki” mogą przy dłuższym stosowaniu prowadzić do przyzwyczajania i uzależnienia.

Mogłabym dalej wymieniać przykłady sytuacji, w których skądinąd akceptowalne strategie odpoczynania, regenerowania się, radzenia sobie przeistaczają się w destrukcyjne, jeśli stosowane są z przesadą albo wymkną się spod kontroli. Niektórzy pomyślą, że psychiatrzy wszędzie znajdują problem i wszystkiego się czepiają, ale prawda jest taka, że w większości ze wspomnianych sytuacji otoczenie ma świadomość nadmiarowości czy destrukcyjności stosowanej przez drugą osobę strategii, podczas gdy „relaksujący się” – nie zawsze.

Co mamy zrobić, jeśli obok jest lekarz o kiepskiej kondycji psychicznej, który sobie nie radzi, wpada w otechłań smutku, bagno uzależnienia czy ogień szaleństwa, robi rzeczy ryzykowne dla niego i dla innych, który może stracić albo już stracił ważne dla siebie osoby albo rzeczy? Jeśli przeczuwamy lub wiemy, że w obecnym stanie nie powinien pracować? Nie chcemy pozostać z bezradnością i poczuciem winy? Powinniśmy zareagować.

Jeśli to nasz kolega, powiedzmy po prostu: „Stary, martwię się o ciebie, chcę ci pomóc”. Wysłuchajmy, nie oceniając. Jeśli sami przechodziliśmy podobny kryzys, podzielmy się doświadczeniami, opowiedzmy, co nam pomogło. Umówmy znajomego na wizytę do specjalisty, nawet zawieźmy go na nią. Jeśli to nasz podwładny, możemy dodać, że nie skreślamy go jako lekarza, ale chcemy, by zajął się swoim zdrowiem i dopiero potem wrócił do pracy. W wielu sytuacjach to wystarcza, by zapoczątkować coś dobrego w życiu tego człowieka.

A co, jeśli lekarz nie widzi u siebie problemu, nie przyjmuje do wiadomości, wypiera go? Zbywa nas, a nawet reaguje agresywnie na wszelkie próby pomocy?

Jeśli masz w swoim otoczeniu kolegę lub koleżankę lekarza, który potrzebuje fachowej pomocy, a nie wiesz, co zrobić,

skontaktuj się z pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy. Porozmawiamy bez nazwisk, postaram się doradzić, co zrobić, by nie zostawiać nierozwiązanego problemu. Jeśli sam jesteś w nieoptymalnej formie psychicznej, po prostu daj znać – spotkamy się i zastanowimy, co robić. W izbie został wdrożony program wsparcia psychoterapeutycznego dla każdego lekarza z OIL w Warszawie, funkcjonujący na warunkach pełnej poufności i anonimowości. Gdy potrzebne jest innego rodzaju wsparcie, np. terapia uzależnienia, pomogę się odnaleźć na mglistej drodze zdrowienia, wskażę, co robić, gdzie się udać. Krąży w naszym środowisku obawa, że zgłoszenie się do izby wiąże się z ryzykiem utraty prawa wykonywania zawodu. W rzeczywistości czasowe zawieszenie (nie odebranie!) PWZ wymaga powołania przez prezesa ORL niezależnej komisji lekarskiej (złożonej z osób spoza OIL) orzekającej o zdolności do wykonywania zawodu. Komisja zwoływana jest bardzo rzadko, w ekstremalnych, niepokojących sytuacjach, kiedy inne sposoby pomocy zawiodły lub nie ma żadnej możliwości zweryfikowania otrzymanych informacji. Przez niemal 2,5 roku pełnienia przeze mnie funkcji pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy rozmawiałam z dziesiątkami medyków w kryzysie, interweniowałam w wielu trudnych sprawach, ale o powołanie komisji orzekającej wnioskowałam zaledwie trzy razy. W niektórych przypadkach jest to jedyne narzędzie zatrzymania w drodze po równi pochyłej i nakłonienia do terapii. Komisja może (ale nie musi) zawiesić PWZ na jasno określony czas, sugerując równocześnie rodzaj koniecznego leczenia. Znam czynnych obecnie zawodowo lekarzy, którym ta procedura prawdopodobnie uratowała życie. ■

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

Trening balintowski

„Ten pacjent mnie nie słucha”
- frustracja i bezradność w pracy lekarza

29.01.2022

◆ 9.30-11.00 - gr. I

◆ 11.15-12.45 - gr. II

Możliwość uczestniczenia w obydwu treningach
Prowadzące: Joanna Pazik, Anna Rudecka

Zapisy od 10 stycznia



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nlelubowicza



Izbowe podsumowanie 2021 roku



Trzecia i czwarta fala pandemii, zamykane oddziały szpitalne, protest pracowników ochrony zdrowia i kryzys systemu – tym głównie żył świat medyczny. Siłą rzeczy na tych kwestiach skupiały się działania naszej izby. Załatwialiśmy także bieżące sprawy lekarzy, podejmowaliśmy działania mające na celu podnoszenie ich kwalifikacji, organizowaliśmy imprezy integrujące środowisko. Rok 2021 był rokiem wyborczym, w którym przeprowadzone zostało głosowanie na delegatów na okręgowy zjazd lekarzy. Dla uczczenia przypadającego w tym roku jubileuszu przygotowaliśmy zestawienie „100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu”. W każdym tegorocznym numerze „Pulsu” publikowaliśmy po 10 punktów. Opisy wielu z nich znajdują się w niniejszym podsumowaniu.

Mijający rok, tak jak poprzedni, stał pod znakiem pandemii COVID-19. Był jednak zupełnie inny niż 2020, bo weszliśmy w niego z nową nadzieją, którą dały szczepionki przeciwko paraliżującej świat chorobie. Ważnym zadaniem lekarzy, oprócz doraźnej pomocy chorym, było zachęcanie społeczeństwa do szczepienia się. W te działania włączała się także OIL w Warszawie. Jednym z przykładów jest akcja Zespołu ds. Matek Lekarek, które w mediach społecznościowych mianowały się ambasadorkami szczepień przeciw COVID-19. Wielokrotnie w wypowiedziach publicznych nasi przedstawiciele nakłaniali do przyjęcia szczepionki. Izba ułatwiała szczepienia naszym lekarzom – na początku roku mogli zapisać się na nie za pośrednictwem OIL. Izbowy Zespół ds. Szczepień opracował broszurę informacyjną dotyczącą różnic między dostępnymi preparatami. Ponadto jesienią kolejny raz przeprowadziliśmy akcję „Szczepimy – chronimy”, w ramach której zorganizowaliśmy szczepienia przeciwko grypie.



Fotografie: archiwum OIL w Warszawie

Organizacja ochrony zdrowia

Rolą izby lekarskiej jest występowanie w imieniu i dla dobra zrzeszonych w niej lekarzy, a mijający rok dawał ku temu wiele powodów, z których skrupulatnie korzystaliśmy. Na początku roku, kiedy personel medyczny był szczególnie obłożony pracą w związku z zaostrzeniem się sytuacji epidemicznej, część lekarzy powinna była, zgodnie z harmonogramem egzaminów lekarskich, poświęcić się przygotowywaniu do ustnych egzaminów specjalizacyjnych. Samorząd lekarski apelował do Ministerstwa Zdrowia, by podjęło decyzję o rezygnacji z tej formy sprawdzania wiedzy, zarówno ze względu na konieczność odciążenia medyków, jak i dla ich bezpieczeństwa. W tej sprawie występowaliśmy indywidualnie i kolektywnie – za pośrednictwem Konwentu Prezesów ORL.

Izba, podobnie jak podczas wcześniejszych fal pandemii, stała na straży interesów lekarzy, których wbrew obowiązującym przepisom często delegowano do pracy przy zwalczaniu koronawirusa. Dzięki działaniom podejmowanym w pierwszej połowie roku wpłynęliśmy też na zwiększenie liczby miejsc stażowych na terenie podległym naszej izbie.

Miesiące wakacyjne przyniosły oddech od problemów epidemicznych, ale w systemie ochrony zdrowia przyszedł czas na nadrobienie zaległości z okresu zintensyfikowanej walki z COVID-19. Brak realnej poprawy warunków pracy osób wykonujących zawody medyczne skłonił środowisko do zawiązania komitetu protestacyjnego, w którym znaleźli się przedstawiciele większości profesji z naszej branży. OIL w Warszawie wsparła działania protestacyjne, których momentem kulminacyjnym była wrześniowa manifestacja w stolicy i powstanie „białego miasteczka” przed Kancelarią Prezesa Rady Ministrów. Idea protestu była zbieżna ze stale podnoszonymi przez naszą izbę postulatami bezzwłocznego zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia, by zatrzymać odpływ kadry medycznej z kraju, zmniejszyć jej obciążenie pracą. Celem jest uzdrowienie całego systemu ochrony zdrowia, dla dobra zarówno medyków, jak i pacjentów. Dla podkreślenia spójności stanowiska izby z postulatami protestu przeprowadziliśmy konferencję „Jakość w miejsce bylejakości”. W jej trakcie zaproszeni przez nas eksperci przedstawili swoje pomysły rozwiązań prawnych i ekonomicznych, które pomogłyby zaradzić systemowym kłopotom ochrony zdrowia.



Kolejnym wyzwaniem, przed jakim stanęliśmy jako samorząd, okazał się rządowy pomysł rozwiązania problemów kadrowych, czyli umożliwienie otwierania studiów lekarskich na uczelniach zawodowych. W opinii samorządu koncepcja ta nie przyniesie oczekiwanego rezultatu, a jej skutkiem będzie przede wszystkim obniżenie jakości kształcenia medycznego. Krytyczne oświadczenie w tej sprawie sformułowało Prezydium ORL w Warszawie.

Czuwaniu nad przeobrażeniami systemu ochrony zdrowia towarzyszyła także dbałość o organizację samorządu. Mimo niezwykle trudnych warunków sanitarnych i logistycznych, 24 kwietnia udało nam się przeprowadzić XLII Okręgowy Zjazd Lekarzy. Po raz pierwszy w historii w trybie zdalnym. Podczas zjazdu przyjęty został budżet i uchwalone absolutorium dla rady. Mijający rok był także rokiem wyborów delegatów na OZL. Na przestrzeni 12 miesięcy prowadziliśmy przygotowania do wyborów, by wreszcie we wrześniu rozpocząć głosowanie (więcej informacji o wyborach na str. 1 i 51).

Współpraca

W 2021 r. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie kontynuowała kooperację z dotychczasowymi partnerami, ale też nawiązała współpracę z wieloma nowymi instytucjami. W sprawach o charakterze ogólnosystemowym, takich jak wspomniane egzaminy specjalizacyjne, prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski współdziałał z szefami pozostałych izb w ramach Konwentu Prezesów ORL. Gremium to odniosło się także do pojawiających się w sferze medialnej zarzutów wobec samorządu lekarskiego o blokowanie dostępu do zawodu lekarzom spoza Unii Europejskiej w kontekście dwóch ustaw: upraszczającej procedurę uzyskania PWZ oraz o szkolnictwie wyższym, która umożliwiła prowadzenie studiów lekarskich w szkołach zawodowych. W październiku izba rozwijała i nawiązywała współpracę z wieloma instytucjami badawczymi oraz podjęła współpracę merytoryczną i organizacyjną z Uczelnią Medyczną im. Marii Skłodowskiej-Curie.

12 lutego nastąpiło oficjalne zacieśnienie współdziałania z Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym. List intencyjny ze strony izby podpisali prezes Łukasz Jankowski oraz wiceprezes i przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów Dariusz Paluszek. Owocem porozumienia stały się inicjatywy mające na celu prowadzenie profilaktyki i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi. Uruchomiona została specjalna szybka ścieżka onkologiczna w NIO-PIB dla pacjentów, u których podejrzanе objawy dostrzegli lekarze dentyści. Kolejnym efektem współpracy było dwuczęściowe szkolenie „Rola lekarza dentyisty w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu nowotworów głowy i szyi oraz w opiece stomatologicznej nad pacjentem onkologicznym przed, w trakcie i po leczeniu przeciwnowotworowym”, które odbyło się w październiku.



7 maja został podpisany list intencyjny w sprawie współpracy z Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej. Prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski podkreślał pionierski charakter dokumentu: „*Robimy coś nowego. Dotąd współpraca samorządu z towarzystwami naukowymi była dość nieśmiała. Teraz idziemy do przodu. Mamy wspólne cele, dlatego łączymy siły*”. Wiceprezes Dariusz Paluszek stwierdził natomiast, że dzięki współpracy z organizacją mającą charakter naukowy łatwiej zapewnić wysoki poziom szkolenia lekarzy. W takiej właśnie intencji 25 września razem z PTSG przeprowadzono I Konferencję Naukowo-Szkoleniową Stomatologii Geriatrycznej.



2021 był rokiem kontynuacji współpracy Komisji ds. Lekarzy Dentystów z Polskim Towarzystwem Stomatologii Dziecięcej, co zaowocowało wspólną organizacją konferencji PTSD, która odbyła się 22 maja.



Przy naszym wsparciu przeprowadzona została w połowie maja dwudniowa konferencja „Problemy interny na Mazowszu – maj 2021” zorganizowana przez Oddział Warszawski Towarzystwa Internistów Polskich oraz konsultanta wojewódzkiego w tej dziedzinie.

Szeroki zakres problemów środowiska lekarskiego został przedstawiony na czerwcowej konferencji eksperckiej „Było. Jest. Będzie?”. Rozmawiano o błędach przeszłości, wyzwaniach teraźniejszości i perspektywach na przyszłość, dotyczących systemu ochrony zdrowia w kontekście wynagrodzeń pracowników medycznych oraz zagadnień związanych z bezpieczeństwem pacjentów.

We wrześniu pod egidą izby udało się przeprowadzić konferencję „Polki w medycynie” zainicjowaną przez stowarzyszenie o tej samej nazwie.



1 października gościliśmy uczestników konferencji eksperckiej, poświęconej dostępności świadczeń zdrowotnych, połączonej z prezentacją wyników najnowszego Barometru WHC opracowywanego przez Fundację Watch Health Care.

1 grudnia zaproszeni przez Zespół ds. Studiów Strategicznych ORL w Warszawie specjaliści dyskutowali o wyzwaniach cyfryzacji ochrony zdrowia podczas międzynarodowej konferencji „Challenges of digital healthcare in Europe” (relacja z konferencji na stronie 44).

Doskonalenie zawodowe i integracja środowiska



Organizowane i współorganizowane przez izbę konferencje eksperckie wpisują się w edukacyjną misję naszego samorządu. Wyrazem dbałości o poziom szkolenia członków OIL w Warszawie jest kilkadziesiąt kursów przeprowadzonych w tym roku przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego. Niektóre miały charakter ogólny – dotyczyły m.in. zdrowia jamy ustnej, przeciwdziałania mobbingowi, doskonalenia umiejętności komunikacyjnych (szkolenie „Aktor w roli pacjenta, lekarz w roli lekarza”). Uniwersalny charakter miały także szkolenia pod hasłem #KierunekSpecjalizacja oraz „Lekarz bezpieczny w sieci”, „Efektywne negocjacje”, „Różne oblicza bioetyki”, „Lekarz doktorem” (o tym, jak zrobić doktorat), cykl kursów „Gabinet lekarski – od pomysłu do pierwszego pacjenta”. Z myślą przede wszystkim o lekarzach dentytach zorganizowaliśmy zajęcia z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej.

Część kursów natomiast stanowiła reakcję na potrzeby środowiska lekarskiego i pacjentów. Po rozpoczęciu akcji szczepień przeciw COVID-19 zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie kursu poświęconego wstrząsom anafilaktycznym. Epidemia skłoniła nas także do zorganizowania szkolenia „COVID od A do Z” i certyfikowanego kursu kwalifikacji do szczepień.

W związku ze zmianami w prawie ułatwiającymi podjęcie pracy w Polsce lekarzom spoza Unii Europejskiej zorganizowaliśmy szkolenia wprowadzające w realia naszego systemu ochrony zdrowia dla medyków, którzy starają się o pracę w naszym kraju. Natomiast szkolenie „Pułapki telemedycyny” poświęcone zostało technologii, która właśnie podczas pandemii zyskała na znaczeniu.

Izba nieustannie starała się o integrację środowiska lekarskiego. Prowadziła działania mające na celu poprawę standardów pracy i życia lekarzy. Komisja ds. Sportu uruchomiła trzy programy: OIL Sport Mistrz, OIL Sport Event i OIL Sport Start, by zachęcić lekarzy i lekarzy dentyistów do aktywności fizycznej, organizacji zawodów sportowych (dzięki OIL Sport Event odbył się obóz kitesurfingowy) i uhonorować najwybitniejszych zawodników z grona członków izby.

Przeprowadziła też wiele innych imprez, m.in. sportowe niedziele (więcej na str. 43), medic walking, rajd rowerowy. Podobny, integrujący charakter miały plenery malarskie i wieczory muzyczne oraz konkursy artystyczne organizowane przez Komisję ds. Kultury i próby naszego izbowego chóru Medicantus, a także Dzień Matki Lekarki i Dzień Ojca Lekarza. W trosce o zdrowie członków samorządu i ich rodzin przeprowadziliśmy cykl warsztatów poświęconych komponowaniu posiłków na dyżur – „Cztery pory smaku”, zajęcia pod hasłem „Zdrowy lekarski kręgosłup”, „Operacja równowaga”, program refundacji szczepień przeciwko meningokokom, a także „Noce rozmowy” – poświęcone zaburzeniom snu i rytmu okołodobowego.

Nie zapominaliśmy także o lekarzach seniorach, dla których przygotowaliśmy m.in. szkolenie w zakresie wystawiania elektronicznych recept, Dzień Lekarza Seniora i spotkanie wigilijne. W celu zapoznania lekarzy stażystów z ideą samorządu lekarskiego zorganizowaliśmy weekendowy imprezę szkoleniowo-integracyjną „Kick off meeting”.



Prawa i wizerunek lekarzy

2021 był kolejnym rokiem, w którym do dotychczasowych problemów związanych z naruszeniami praw lekarzy, wynikającymi z niedostatków systemu ochrony zdrowia, doszły jeszcze te związane z epidemią. Rzecznik praw lekarza interweniował m.in. w kwestii nieuzasadnionego kierowania medyków do pracy przy zwalczaniu epidemii, niewypłacanych dodatków covidowych oraz dodatków dla opiekunów specjalizacji. RPL interweniował również w sprawach hejtu w Internecie (tym zagadnieniem zajmuje się także zespół szybkiego reagowania „Stop Hejt” stworzony we współpracy RPL z izbowym Zespołem ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia) oraz prowadził rozmowy zmierzające do ulepszenia regulacji prawnych w tym zakresie. Przez kolejny rok udzielaliśmy porad w ramach programu „Prawnik dla lekarza” dzięki współpracy z kancelarią Podsiadły-Gęsikowska, Powierża. Jeśli chodzi o kwestie prawne, stale podkreślaliśmy konieczność wprowadzenia klauzuli no-fault i pracowaliśmy nad stworzeniem przepisów ją wprowadzających.

Ochrona wizerunku lekarzy szła jak zwykle w parze z zabiegami mającymi na celu kształtowanie pozytywnego obrazu środowiska lekarskiego w społeczeństwie. W tym celu zorganizowaliśmy w lipcu szkolenie dla osób reprezentujących szpitale w mediach. Kurs „Wyjdź z twarzą” prowadzony był przez dziennikarza Macieja Orłosią, językoznawcę prof. Jerzego Bralczyka, rzecznik OIL w Warszawie Renatę Jeziólkowską, psychoterapeutkę Agatę Urbańczyk i specjalistkę od emisji głosu Jagodę Bloch. Zwróceniu uwagi na realia pracy lekarzy służyła natomiast współpraca z reżyserem Łukaszem Palkowskim i ekipą aktorów, z Tomaszem Kotem na czele, przy projekcie „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”. O rezultacie tej współpracy i wspólnej konferencji piszemy na stronie 11.



W ciągu całego roku przedstawiciele naszej izby wypowiedzieli się jako eksperci w niemal wszystkich najważniejszych mediach w Polsce. Symbolicznym potwierdzeniem znaczenia Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie było wysokie miejsce prezesa Łukasza Jankowskiego na tegorocznej „Liście Stu 2020 Pulsu Medycyny”, czyli w rankingu osób mających wpływ na polski system ochrony zdrowia. Szef naszej izby został sklasyfikowany na 33. miejscu.





Nietrafione zmiany

DARIUSZ PALUSZEK

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów



Od kiedy na łamach „Pulsu” ukazują się moje felietony, wielokrotnie poruszałem temat potrzeby zmian w szkoleniu lekarzy dentystów. Okazuje się, że jeśli zmiany są dokonywane, to niejednokrotnie nie takie, jakich oczekujemy, a przede wszystkim nie takie, jakie rzeczywiście są potrzebne nam i pacjentom.

Przyjęta przez parlament i podpisana pod koniec listopada przez prezydenta nowelizacja ustawy o szkolnictwie wyższym pozwala uruchomić kierunki lekarskie na znacznie większej liczbie uczelni niż dotychczas. Samorząd lekarski zaraz po pojawieniu się tej koncepcji w sferze publicznej zwracał uwagę, że umożliwienie szkolenia lekarzy i lekarzy dentystów w wyższych szkołach zawodowych negatywnie wpłynie na poziom kształcenia. Innymi słowy, starając się zwiększyć ogólną liczbę lekarzy, których w naszym systemie rzeczywiście brakuje, ryzykujemy pogorszenie standardów usług medycznych. Nie po raz pierwszy w historii politycy starają się działać wbrew starej zasadzie, że ilość wcale nie przechodzi w jakość. Ale to niejedyny paradoks tego rozwiązania prawnego. Nie po raz pierwszy też ustawodawca nie wziął pod uwagę specyfiki specjalności lekarsko-dentystycznej. Otóż zwiększenie liczby lekarzy dentystów wcale nie jest potrzebne. Dane statystyczne pokazują, że pod względem liczby stomatologów na 100 tys. mieszkańców plasujemy się w okolicach średniej unijnej. Oczywiście, problem z dostępnością usług dentystycznych istnieje, ale nie wynika z braku lekarzy, lecz z ich nieproporcjonalnego rozłożenia geograficznego. Od lat staram się zainteresować ministrów zdrowia ideą mapowania potrzeb stomatologicznych Polaków nie tylko uwzględniającego realizację usług kontraktowanych przez NFZ, ale także całkowicie komercyjnych. Niestety, nikt się na to nie zdecydował. A właśnie takie rozwiązanie urealniałoby informacje o potrzebach i dało nam możliwość przesuwania funduszy do rejonów faktycznie najbardziej tego wymagających. Oczywiście, konieczne byłoby wówczas ogra-

niczenie liczby gabinetów w danym rejonie, jeśli według NFZ byłby on już wystarczająco „nasycony”. Ale takie limitowanie nie byłoby działaniem rewolucyjnym, gdyż w innych krajach podobny system funkcjonuje z powodzeniem. Powoduje, że dentyści muszą szukać miejsc, gdzie gabinetów jest mało, dzięki czemu zwiększają dostępność usług w okolicach dotąd nieobjętych właściwą opieką.

Takie rozwiązanie dodatkowo ogranicza biznesową walkę o pacjenta, pozostawiając więcej czasu na doskonalenie zawodowe, a stabilność finansowania gabinetu w warunkach ograniczonej konkurencji umożliwia wprowadzanie droższych, ale znacznie podnoszących jakość leczenia technik.

Ustawa jest już jednak przyjęta i mleko się rozlało, niestety nie po raz pierwszy. Ale jeśli wierzyć jesiennym zapowiedziom polityków, to jeszcze nie koniec zmian. Całkiem niedawno pojawił się bowiem pomysł likwidacji stażu podyplomowego, który w przypadku lekarzy dentystów także miałby negatywne konsekwencje. Stawiam dolary przeciw orzechom, że i tym razem ustawodawcy nie pomyślą, iż większość stomatologów po studiach i stażu zakłada własną działalność gospodarczą. Część w ramach tego przedsięwzięcia współpracuje z innym gabinetem, ale wielu od razu po stażu idzie na swoje. W tym właśnie tkwi specyfika zawodu lekarza dentystry. Młody lekarz ogólny z reguły pracuje w zespole w szpitalu, więc choć po stażu wykonuje już pracę samodzielną, ma kogo podpatrywać. Lekarz dentysta, który bezpośrednio po studiach założy własny gabinet, takiej możliwości bez obowiązkowego stażu mieć nie będzie. Czy uczelnia jest w stanie przygotować go nie tylko do wykonywania zabiegów, ale i do prowadzenia własnej, indywidualnej praktyki? Śmiem wątpić. Zresztą potwierdzają to rozmowy przedstawicieli naszej komisji z młodymi lekarzami, którzy chcieliby wręcz rozszerzyć zakres stażu. Likwidacja stażu podyplomowego byłaby więc zdaniem Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie działaniem na szkodę i lekarzy, i pacjentów, bo staż stanowi jedyną możliwość zapewnienia młodym stomatologom prawidłowego rozwoju zawodowego. ■

Z okazji Bożego Narodzenia oraz zbliżającego się Nowego Roku
życzymy naszym Koleżankom i Kolegom radości,
zdrowia, energii. A nade wszystko spędzenia świąt
w atmosferze pełnej miłości i rodzinnego ciepła.

Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów
oraz Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie

Kurs samoobrony dla lekarzy

— Cykl ośmiu treningów z instruktorem —

Każda środa od 12 stycznia do 2 marca, godz. 20.00

📍 COMBAT TJW, Warszawa, ul. Chłodna 36/46

**Kurs poprowadzi Borys Czyhin, były funkcjonariusz
służb specjalnych, instruktor bojowych systemów
walki wręcz, specjalista ds. bezpieczeństwa.**

Zapisy od 28 grudnia



OKRĘGOWA IZBA LĘKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

OIL SPORT EVENT



więcej:





No-fault ochroni i lekarz Nie obwiniać przed procesem

KAROLINA KOWALSKA

Bez *no-fault* nikt nie będzie bezpieczny – ani lekarze, ani pacjenci. Ostatecznie penalizowanie za niezawinione błędy medyczne obróci się przeciwko nam wszystkim.

Ponad miesiąc trwała niepewność co do przyczyn tragicznych wydarzeń w Pszczynie, gdzie pod koniec września zmarła trzydziestolatka w 22. tygodniu ciąży. Niepewność, dotycząca głównie lekarzy, bo ogół społeczeństwa wydał wyrok na lekarzy ze Szpitala Powiatowego w Pszczynie już na początku listopada, kiedy sprawa trafiła do mediów.

Pełnomocnik rodziny zmarłej Jolanta Budzowska, radca prawny reprezentująca poszkodowanych pacjentów, od początku nie miała wątpliwości. *„Konsekwencje wyroku TK z 20.10.2020 r., sygn. akt. K 1/20 w praktyce. Pacjentka 22 tydz., bezwodzie. Lekarze czekali na obumarciu płodu. Płód obumarł, pacjentka zmarła. Wstrząs septyczny. Piątek spędziłam w prokuraturze. Dobrego weekendu, czas na reset”* – napisała na Twitterze 28 października. Ale po takiej bombie nikt nie myślał o resecie. Temat żył w mediach społecznościowych cały weekend, by we wtorek po Wszystkich Świętych wybuchnąć setkami artykułów, wywiadów i debat. Sprawa Izabeli z Pszczyny była na ustach wszystkich i kraj 38 mln znawców polityki dał się poznać jako ojczyzna ekspertów perinatologii. Również część publicystów miała pewność: *„W Pszczynie doszło do błędu medycznego, a w wykonaniu ratującego życie matki cesarskiego cięcia przeszkodził strach przed konsekwencjami wyroku”*.

„Mam wrażenie, że jestem jedynym Polakiem, który nie wie, co tam się stało – mówił 12 listopada Patrykowi Słowikowi z Wirtualnej Polski dr n. med. Michał Balsa, ginekolog położnik z Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. – Wszyscy już wiedzą, że zabił wyrok Trybunału Konstytucyjnego, zabili lekarze, zabił ktoś inny. Ważne, że ktoś lub coś na pewno zabiło. A ja mówię szczerze: nie znamy dużej liczby zmiennych, które mają znaczenie dla sprawy. Bardzo łatwo dziś ferować wyroki, ale ja najzwyczajniej w świecie wiem tyle, ile nam wszystkim przekazano”.

Michał Balsa jest jedynym reprezentantem NRL wyznaczonym do komentowania sprawy. I chyba jedynym ginekologiem, który mówi o niej oszczędnie, bez skręcania na ścieżkę ideologiczną. Niewielu z tych, którzy decydują się wypowiadać na temat, unika jednoznacznego obwiniania wyroku TK, a co za tym idzie – medyków. I przypomina, że lekarze są w tej sprawie całkowicie bezbronni, związani tajemnicą lekarską, która nie pozwala im odpiierać zarzutów.

Choć szpital w Pszczynie już 2 listopada wydaje oświadczenie: *„Lekarze i położne zrobili wszystko, co było w ich mocy, stoczyli trudną walkę o Pacjentkę i jej Dziecko”*, a *„osobną sprawą jest ocena stanu prawnego w zakresie dopuszczalności przerywania ciąży”*, opinia publiczna nie zmienia zdania.

Dziennikarzom trudno namówić na komentarz w tej sprawie nawet najbardziej medialnych lekarzy. Odsyłają do ginekologów położników. Ci zaś albo od razu odmawiają, albo zastrzegają anonimowość, ale odpowiedzi są zgodne: trudno wyrokować, nie ma standardów postępowania z 22-tygodniową ciążą na granicy obumarcia, nie mamy dokumentacji medycznej, tam mogło stać się mnóstwo rzeczy. A przy ciśnięci do muru trochę się dziwią: co podkusiło lekarzy ze szpitala powiatowego do zajmowania się ciążą dla ośrodka III poziomu referencyjności? Kto był takim kamikadze, by ryzykować nieodesłanie pacjentki? Mniej lub bardziej dosadnie dają do zrozumienia, że historia „nie trzyma się kupy”. – *Po pierwsze w takich przypadkach trzeba mieć pełne moż-*

za, i pacjenta

liwości diagnostyczne i terapeutyczne, a nie warunki szpitala powiatowego, gdzie bywa, że mamy cztery antybiotyki na krzyż – mówi mi lekarz dyżurujący zarówno w dużej klinice najwyższego stopnia referencyjności, jak i mniejszych placówkach powiatowych.

I choć przez następnych kilka tygodni nie można będzie mieć pewności, co zaszło pod koniec września na oddziale położniczym szpitala w Pszczynie, opinia publiczna będzie miała pewność: „Lekarze przestraszyli się wyroku TK i skazali Izabelę na śmierć. Przecież w przytaczanych przez prasę SMS-ach do matki pisała: »Dziecko waży 485 gramów. Na razie, dzięki ustawie aborcyjnej, muszę leżeć. I nic nie mogą zrobić. Zaczekają aż umrze lub coś się zacznie, a jeśli nie, to mogą spodziewać się sepsy. Przyspieszyć nie mogą. Musi albo przestać bić serce, albo coś się musi zacząć«”.

Dopiero 1 grudnia wyrok 38 mln znawców perinatologii potwierdza konsultant krajowy w tej dziedzinie prof. Mirosław Wielgoś. – U pacjentki występowały objawy początkowo świadczące o nasilającej się infekcji, następnie objawy wstrząsu septycznego. Wystąpiła niewydolność wielonarządowa i nie było adekwatnych reakcji w postaci zleczonych badań i monitorowania stanu pacjentki, w związku z czym nie doszło w odpowiednim momencie do działań, które zapobiegłyby tragicznemu zdarzeniu – mówi prof. Wielgoś. Również postępowanie rzecznika praw pacjenta Bartłomieja Chmielowca, który stwierdził naruszenie praw pacjenta w czterech obszarach, wykazało, że nie rozpoznano we właściwym czasie wstrząsu septycznego i nie podjęto natychmiastowych działań zmierzających do pilnego zakończenia ciąży. Według rzecznika podczas pobytu pacjentki na oddziale miało również miejsce wiele innych nieprawidłowości, a świadczenia zdrowotne nie odpowiadały wymogom aktualnej wiedzy medycznej i zasadom należytej staranności.

Mój rozmówca z dużej kliniki położniczej nie spodziewał się niczego innego. – Placówki powiatowe z założenia mają się zajmować ciążami niepowikłanymi i tamtejszy personel nie jest przygotowany na takie komplikacje. Ilekroć dyżuruję w powiecie, koledzy dziwią się, dlaczego, nawet gdy poród przebiega bez zakłóceń, co dwie godziny zaglądam do rodzącej. A mnie ciągle się wydaje, że te dwie godziny to za mało, bo z przyzwyczajenia działam w trybie alertu. Taka ciąża nie miała prawa skończyć się dobrze w takim miejscu – dodaje ze smutkiem.

Kiedy w pierwszym dniu grudnia opinia publiczna ma pewność, a Szpital Powiatowy w Pszczynie widmo blisko 650 tys. zł kary od NFZ, lekarze i prawnicy mówią w „Rzeczpospolitej” o potrzebie wprowadzenia systemu *no-fault*, przewidującego zadośćuczynienie dla pacjentki i jej rodziny, a jednocze-

śnie odsuwającego od lekarzy widmo procesu karnego. „Nie sztuką jest karać lekarzy więzieniem. Błąd może się bowiem zdarzyć medykowi, który dotychczas działał zgodnie ze sztuką i uratował wiele osób. Dlatego może lepiej by było, gdyby na takim błędzie się nauczył i wyciągnął z niego wnioski, niż siedział w więzieniu. Dziś brak systemu *no-fault* rzutuje na wybór przez lekarzy specjalizacji, a kolejne doniesienia medialne o karach nawet za niezawinione błędy sprawiają, że coraz mniejsza liczba lekarzy wybiera specjalizacje zabiegowe, szczególnie położnictwo i ginekologię oraz chirurgię” – mówi w wywiadzie dla „Rzeczpospolitej” prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski.

Załączek *no-fault* miał wprowadzać projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, jednak środowiska lekarzy i prawników krytykowały go za brak elementu zmian w prawie karnym. Nowa wersja przepisów o *no-fault*, przedstawiona przez rzecznika praw pacjenta Bartłomieja Chmielowca podczas 10. Kongresu Prawa Medycznego, zorganizowanego 2–3 grudnia w Krakowie, przewiduje wyłączenie wprost stosowania podstawowych przepisów prawa karnego, które mogą znaleźć zastosowanie do lekarzy. Chodzi m.in. o przepisy typizujące nieumyślne przestępstwa pozbawienia życia, spowodowania uszczerbku na zdrowiu lub narażenia życia lub zdrowia pacjenta na zagrożenie. Warunkiem skorzystania z dobrodziejstwa braku odpowiedzialności karnej będzie samodzielne zgłoszenie przez osobę wykonującą zawód medyczny błędu, ale pod warunkiem, że zgłoszenie wpłynie, zanim organ ścigania dowie się o przestępstwie.

– Systemy *no-fault* opierają się na przekonaniu, że najwyższą efektywność w obszarze określonych stosunków społecznych – w ruchu drogowym, lotniczym, w medycynie, a więc najniższe koszty funkcjonowania społeczeństwa, uwzględniające koszty skutków błędów, koszty ich wyjaśniania, a także koszty odpowiedzialności, osiąga się bez mechanizmu osobistej, dolegliwej sankcji dla osoby popełniającej szkodliwy błąd. Brak dolegliwej osobistej sankcji pozwala zakładać, że osoba taka będzie bardziej skłonna uczestniczyć w wyjaśnieniu i systemowej korekcie przyczyn błędu, jak również, że kompensatę da się ustalić optymalnie i szybko – tłumaczy Oskar Luty, adwokat specjalizujący się w prawie medycznym. Zastrzega, że tak ukształtowane systemy nie są nigdy nieograniczone i mogą mieć zastosowanie wyłącznie do działań nieumyślnych. Wymagają również istnienia bardzo sprawnego systemu analizy przyczyn błędów, systemowej kontroli jakości, ciągłego poprawiania organizacyjnego oraz odpowiedniej kompensacji dla osoby poszkodowanej, a wiele elementów tego pomysłu wymaga dopracowania. – Najważniejszym z nich jest właśnie ścisłe powiązanie reguły *no-fault* z systemem wymagań i pomiaru jakości w ochronie zdrowia. W innym przypadku zbudujemy system groźny dla pacjentów – podkreśla Oskar Luty.

Czy nowe prawo uchroni pacjentów przed zdarzeniami niepożądanymi? Nie. Ale, jak podkreślają lekarze, może uratować życie. Bo dzisiejszy system i historie osądzania bez sądu zniechęcają absolwentów studiów medycznych do specjalizacji zabiegowych. ■



Fot. archiwum

Przepisy o aborcji i ograniczeniach związanych z COVID-19

AKTUALNOŚCI PRAWNOMEDYCZNE

FILIP NIEMCZYK, adwokat

22 października 2020 r. Trybunał Konstytucyjny wydał wyrok,¹ zgodnie z którym art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży,² akceptujący zabieg przerywania ciąży, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, jest niezgodny z Konstytucją RP.

¹ DzU 2021 r., poz. 175.



² DzU nr 17, poz. 78 z 1995 r. ze zm.



³ Tak m.in. rzecznik praw obywatelskich: <https://bip.brpo.gov.pl> (dostęp: 21.11.2021).

⁴ Ibidem.



⁵ Wypowiedź prof. Ewy Łętowskiej z 6.11.2020 r., <https://konstytucyjny.pl> (dostęp: 21.11.2021).



Konsekwencją wyroku jest stan prawny, w którym zabieg przerywania ciąży może być dokonany wyłącznie wówczas, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej lub zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. Przerwanie ciąży z naruszeniem przepisów ustawy, udzielenie kobiecie ciężarnej pomocy w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy oraz nakłanianie kobiety do wykonania takiego zabiegu stanowi przestępstwo w świetle art. 152 kodeksu karnego, w pewnych przypadkach zagrożone karą do ośmiu lat więzienia.

Wydanie i opublikowanie tego wyroku wywołało protesty społeczne w całym kraju. Wielu ekspertów wskazywało, że tak daleko idące zawężenie sytuacji, w których dopuszcza się przeprowadzenie zabiegu przerywania ciąży, jest niespotykane w krajach Europy Zachodniej, zagraża prawom człowieka, jest niedemokratyczne, a wprowadzenie go do porządku prawnego przez orzeczenie TK łamie standardy praworządności.³ Nadto tak ukształtowane prawo wymaga od kobiet heroizmu, a z lekarzy

i pielęgniarek czyni „urzędników państwowych”, którzy realizować mają wytyczne władzy w trudnych, złożonych i delikatnych sprawach związanych z wyborami moralnymi i etycznymi.⁴ Bezpośrednio po ogłoszeniu wyroku wskazywano również, że niesie on ryzyko spowodowania „efektu mrożącego”,⁵ przez który należy rozumieć obawę lekarzy przed wykonywaniem zabiegów przerywania ciąży wówczas, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety, z powodu poczucia zagrożenia odpowiedzialnością karną.

Niemal rok po ogłoszeniu przez Trybunał Konstytucyjny omawianego wyroku doszło do śmierci kobiety w 22. tygodniu ciąży w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie. Według medialnych doniesień w chwili przyjęcia do szpitala u pacjentki stwierdzono bezwrodzie. Na tym etapie lekarze mieli zdecydować o oczekiwaniu na obumarciu płodu. W konsekwencji doszło zarówno do śmierci płodu, jak i matki, u której nastąpił wstrząs septyczny. Z oficjalnego oświadczenia szpitala⁶ wynika, że zawieszono umowy z lekarzami, którzy sprawowali opiekę nad pacjentką, a sprawa jest przedmiotem prokuratorskiego śledztwa.

Ministerstwo Zdrowia wobec publicznej dyskusji o śmierci pacjentki szpitala w Pszczynie wydało komunikat „Życie i zdrowie matki najważniejsze”.⁷ Wskazano w nim, że w świetle aktualnie obowiązujących przepisów zagrożenie życia matki oraz jej zdrowia należy traktować jak osobne przesłanki, a zatem wystąpienie chociażby jednej nich jest wystarczające do wykonania legalnego zabiegu przerywania ciąży. Przypomniano również, że w standardzie określonym przez krajowego konsultanta ds. położnictwa i ginekologii w przypadku stwierdzenia oznak zagrożenia życia płodu po skończonym 22. tygodniu ciąży trzeba rozważyć jej zakoń-

⁶ <https://www.szpital.pszczyna.pl> (dostęp: 21.11.2021).



⁷ <https://www.gov.pl> (dostęp: 21.11.2021).



⁸ <https://bip.brpo.gov.pl> (dostęp: 21.11.2021).



⁹ <https://orka.sejm.gov.pl> (dostęp: 21.11.2021).



¹⁰ DzU 2021 r., poz. 861.



¹¹ DzU 2021 r., poz. 1967.



¹² <https://www.prawo.pl> (dostęp: 21.11.2021).



¹³ <https://www.sejm.gov.pl> (dostęp: 21.11.2021).



czenie, ale pozostawić decyzję kobiecie po udzieleniu jej wyczerpujących informacji dotyczących zagrożenia życia płodu i szans na jego przeżycie (uwzględniając szanse na prawidłowy rozwój). Poza tym w treści komunikatu zawarto szczegółowe zalecenia opracowane w uzgodnieniu z krajowym konsultantem ds. położnictwa i ginekologii dotyczące postępowania w przypadku przedwczesnego odpływania płynu owodniowego. Rzecznik praw obywatelskich⁸ zwrócił uwagę, że rekomendacje medyczne wydane w związku ze sprawą śmierci w szpitalu w Pszczynie, umieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, nie zastąpią uregulowanego powszechnie obowiązującym prawem standardu medycznego, który byłby wyznacznikiem postępowania klinicznego przestrzeganego przez podmioty lecznicze oraz personel medyczny.

Sprawa śmierci w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie zbiegła się w czasie z przyjęciem przez marszałka Sejmu do dalszych prac ustawodawczych projektu ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw przygotowanego przez Komitet Inicjatywy Ustawodawczej „Stop aborcji”.⁹ Projekt zakłada wykreślenie z kodeksu karnego przestępstwa przerwania ciąży wbrew przepisom ustawy, czyniąc z przerwania ciąży przestępstwo zabójstwa. Kara za wykonanie takiego zabiegu, która groziłaby kobiecie, lekarzowi, a także każdej osobie, która pomogłaby lub nakłoniła do jego wykonania, musiałaby być wymierzona w zakresie od pięciu lat do dożywocia. Jednie wobec matki dziecka sąd miałby możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary lub odstąpienia od jej wymierzenia. W uzasadnieniu projektu autorzy ubolewają nad tym, że prawna ochrona dzieci poczętych w Polsce jest obecnie fikcją. Przywrócenie pełnej ochrony życia, która nastąpić ma wraz z wejściem projektu do porządku prawnego, jest warunkiem koniecznym budowania pokoju społecznego. Głosami sejmowej większości projekt został skierowany do dalszych prac.

Zarówno wyrok Trybunału Konstytucyjnego, jak i projekt inicjatywy „Stop aborcji” są wyrazem skrajnych poglądów na kwestie przerywania ciąży, które nie powinny decydować o kształcie przepisów prawa karnego w demokratycznym państwie. Obawa przed odpowiedzialnością karną, doprowadzona do ekstremum w ostatnich propozycjach legislacyjnych, prowadzi do sytuacji, w której lekarz, by podjąć decyzję o ratowaniu życia lub zdrowia matki, musi rozważyć, czy sam nie naraża się na więzienie. Zwłoka z podjęciem decyzji również naraża go na sankcję karną. Presja odpowiedzialności karnej ciąży jednocześnie na ciężarnej kobiecie, która obawia się o swoje życie lub zdrowie, a także każdej osobie, która chciałaby jej pomóc.

Aktualne ograniczenia związane z COVID-19

Publikowane w listopadzie bieżącego roku dane o liczbie zakażonych wirusem SARS-CoV-2, hospitalizowanych i zmarłych na COVID-19 zbliżone są do tych, z jakimi mierzyliśmy się podczas drugiej fali pandemii. Wówczas, to znaczy w okresie od października do grudnia 2020 r., wprowadzono szereg ograniczeń w życiu społeczno-gospodarczym, wiele branż działało w ograniczonym zakresie lub wcale. Kraj został podzielony na strefy zielone, żółte i czerwone. Ostatecznie ograniczenia związane z tą ostatnią obowiązywały w całej Polsce, a polegały m.in. na wprowadzeniu zdalnej nauki w szkołach, zawieszeniu stacjonarnej działalności lokali gastronomicznych i restauracji, ograniczeniu do pięciu liczby osób spoza gospodarstwa domowego uczestniczących w imprezach, spotkaniach i zebraniach w przestrzeni publicznej.

Wzrost zagrożenia epidemicznego w tym roku nie spowodował wprowadzenia szczególnych obostrzeń. Podstawowym źródłem przepisów je określających jest niezmiennie rozporządzenie Rady Ministrów z 6 maja 2021 r.,¹⁰ a czas ich obowiązywania mocą rozporządzenia Rady Ministrów z 28 października 2021¹¹ został wydłużony do 30 listopada 2021. Z jednej strony obowiązuje zatem nakaz 1,5-metrowego dystansu, zasłaniania nosa i ust, z drugiej – dozwolone jest, przy zachowaniu pewnych ograniczeń, organizowanie wesel, kongresów, zawodów sportowych. Działają kina, siłownie, kluby nocne oraz centra handlowe.

W sferze zapowiedzi¹² pozostaje również projekt ustawy, który będzie uprawniać pracodawców do weryfikowania, czy pracownik jest zaszczepiony przeciwko COVID-19. Według informacji przekazywanych przez reprezentantów Rady Ministrów pracodawca będzie mógł oczekiwać przedstawienia przez pracownika zaświadczenia o szczepieniu lub byciu ozdrowieńcem, ewentualnie – negatywnego wyniku testu. W przypadku ich braku, pracodawca będzie uprawniony do przeniesienia pracownika na inne miejsce pracy, nie będzie jednak uprawniony do jego zwolnienia. Na 21 listopada 2021 r. projekt ten nie widnieje na liście przyjętych do bieżących prac legislacyjnych,¹³ a zatem jego wejście w życie może nastąpić dopiero w przyszłym roku. ■



Między leczeniem a daremną nadzieją

Analiza przypadku

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIŃSKA – adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA – radca prawny

W czasach, gdy świadomość pacjentów o przysługujących im prawach stale rośnie, naturalnym mechanizmem jest wzrost liczby oskarżeń lekarzy o błąd medyczny, tzw. błąd w sztuce lekarskiej. Jednak, czy zawsze jest łatwy do udowodnienia w przypadku pacjenta działającego „na własną rękę”? Dzisiejsza analiza z pewnością zainteresuje neurochirurgów, ale przede wszystkim wskaże, czy postawienie zarzutów lekarzom jest tak proste, jak wielu osobom się wydaje.

Pani W. była operowana w klinice w B. z powodu dolegliwości bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa i lewej kończyny dolnej w lutym 2016 r. Dolegliwości występowały od kilku lat, a wykonane w 2015 r. badanie rezonansem magnetycznym wykazało obecność wielopoziomowych zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych powodujących zwężenie światła kanału kręgowego. Zdecydowano o endoskopowym odbarczeniu struktur nerwowych na poziomie L5/S1, po stronie lewej (zabieg małoinwazyjny). Operacja przeprowadzona została przez specjalistę z zakresu neurochirurgii dr. hab. n. med. D. Po zabiegu nie obserwowano poprawy, pacjentka nadal odczuwała dolegliwości bólowe i miała trudności z poruszaniem się. W związku z tym wykonano kontrolne badanie MRI kręgosłupa lędźwiowego, które potwierdziło obecność wielopoziomowych, zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych praktycznie na całej długości badanego kręgosłupa, zwężających światło kanału kręgowego do około 7 mm (stenoza kanału kręgowego większa niż w 2015 r.), a na poziomie L5/S1 nadal wskazywano na wypuklinę tarczy międzykręgowej zwężającą lewy kanał korzeniowy i uciskającą korzeń.

W celu złagodzenia dolegliwości pani W. została ponownie przyjęta do kliniki w B., gdzie miano wykonać blokadę okołokorzeniową na poziomie L5/S1 po stronie lewej. Zabieg przeprowadzono 29.04.2016 r. Pacjentka została wypisana do domu z zaleceniem dalszego leczenia, polegającego na implantowaniu stabilizatora dynamicznego, międzywyrostkowego DIAM na poziomie L5/S1. W tym celu 25.05 została ponownie przyjęta do wspomnianej placówki. Zabieg stabilizacji DIAM przeprowadzono następnego dnia, odbarczając struktury nerwowe w kanale

kręgowym. Również i to nie przyniosło poprawy, mimo dodatkowego leczenia farmakologicznego i rehabilitacyjnego. Kolejny raz panią W. przyjęto do kliniki w B. i wykonano w skopii rtg obustronną blokadę okołokorzeniową na poziomie L5/S1. Następnie zdecydowano o kolejnej próbie leczenia operacyjnego mającej polegać na odbarczeniu struktur nerwowych i powtórnym założeniu DIAM. Operację przeprowadzono 11.02.2017 r.

Ponadto w okresie od 14.10.2015 do kwietnia 2017 r. pacjentkę kilkakrotnie konsultowali w poradni neurochirurgicznej specjalista neurolog i specjalista rehabilitacji. Przedstawiona dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego pozwala przyjąć, że po raz ostatni pani W. zgłosiła się do neurochirurga 23.03.2017, gdy rana operacyjna była wygojona. Wówczas nie skarżyła się na dolegliwości bólowe.

Niezadowolona z procesu leczenia pani W. zarzuciła klinice w B., że po przeprowadzonych w niej trzech zabiegach operacyjnych w odcinku lędźwiowo-szyjnym kręgosłupa doznała znacznego pogorszenia stanu zdrowia oraz nasilenia bólu. Wniosła o wypłatę zadośćuczynienia za doznaną szkodę w wysokości 20 tys. zł oraz odszkodowania z tytułu kosztów poniesionych na leczenie w wysokości 15 261 zł.

Postępowanie w sprawie prowadzone było przed ubezpieczycielem kliniki w B. W celu ustalenia, czy działania medyczne lekarzy były prawidłowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną i przeprowadzone z należytą starannością, zasięgnięto opinii specjalisty z zakresu neurochirurgii.

W opinii medycznej lekarz orzecznik wskazał, że biorąc pod uwagę stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowych

w kanale kręgowym, na wielu poziomach, należy przyjąć, iż zastosowane leczenie było słuszną próbą ratowania zdrowia pani W. W wielu ośrodkach można było się spodziewać dyskwalifikacji z leczenia operacyjnego i obrania kierunku na leczenie zachowawcze. Słuszną decyzją było również odbarczenie kanału kręgowego na poziomie L5/S1 przez usunięcie dysku i zmniejszenie ucisku powodowanego przez zmiany zwyrodnieniowe. Kolejne zabiegi, takie jak blokada okołokorzeniowa i operacyjne próby usunięcia zmian zwyrodnieniowych w kanale kręgowym, znajdują uzasadnienie merytoryczne i w subiektywnych dolegliwościach zgłaszanych przez panią W. Opiniujący wskazał, że z dużym prawdopodobieństwem proces zwyrodnieniowy w kręgosłupie będzie postępował, powodując ból, trudności z poruszaniem się i prawdopodobnie deficyty neurologiczne.

Reasumując, lekarz orzecznik uznał, że w klinice w B. nie popełniono błędów medycznych, procedury medyczne przeprowadzono zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Wobec tego uznano, że zachowanie lekarzy prowadzących leczenie pani W. nie nosi znamion winy i odmówiono roszczącej wypłaty jakichkolwiek świadczeń.

Pytanie redakcji: Czy na przykładzie przedmiotowej sprawy możemy powiedzieć, że opinia lekarza orzecznika będzie przeważnie przemawiała na korzyść lekarza?

Odpowiedź prawnika lekarza: Opinia lekarza orzecznika ma zawsze kluczowe znaczenie dla uznania zaistnienia błędów medycznych. Jednak nie można powiedzieć, że zasadniczo działa on na korzyść lekarza, ponieważ jego zadaniem jest jak najbardziej obiektywne i bezstronne podejście do sprawy, jedynie na podstawie stanu faktycznego i okoliczności przypadku. Lekarz orzecznik bada, czy postępowanie oskarżonego lekarza było zgodne z wymogami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania oraz leczenia chorób. Relewantne jest również zachowanie przez lekarza należytej staranności i postępowanie zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Pytanie redakcji: W związku z tym, w jakich przypadkach lekarz orzecznik może zarzucić lekarzowi błąd medyczny?

Odpowiedź prawnika lekarza: Kluczowe jest bazowanie lekarza orzecznika na zasadach aktualnej wiedzy medycznej, a nie na zarzutach pacjenta. Tym samym sprawdza, czy między działaniem lekarza a efektem leczenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, tj. czy bez działania bądź zaniechania lekarza szkoda by zaistniała. Jeśli do chybionej diagnostyki czy nietrafnej oceny przeprowadzonych badań doszło właśnie z winy lekarza, możliwe jest pociągnięcie go do odpowiedzialności, gdy uznaje się, że błąd jest zawiniony. Konkludując: owo badanie leży w gestii lekarza orzecznika, a nie pacjenta, który nie dysponuje stosowną wiedzą z zakresu danej specjalizacji. ■



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

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: prawnikdlekarza@oilwaw.org.pl
728-988-518 (w godzinach pracy prawników)





Fot. K. Bartyzel

Interwencje rzecznika praw lekarza

MONIKA POTOCKA
rzecznik praw lekarza

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

Wielokrotnie wpływają do mnie prośby o pomoc lekarzy, którym NFZ nakazuje zwrócić refundację z odsetkami za leki przepisane pacjentom nieposiadającym ubezpieczenia. Ponadto na lekarzy nakładane są kary umowne z tytułu wystawienia recepty osobie nieuprawnionej do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W tej sprawie spotkałam się kilkakrotnie z dyrektorami właściwych departamentów NFZ. Tłumaczyłam im, że gdy lekarz już zakończył współpracę z danym podmiotem (co się często zdarza, ponieważ pracujemy w kilku instytucjach), nie ma dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta, a podmiot po zakończeniu współpracy nie zawsze chce tę dokumentację udostępnić lub jest ona niepełna.

W dodatku lekarz nie ma możliwości weryfikacji, czy podczas rejestracji pacjenta zostało sprawdzone w systemie jego ubezpieczenie lub czy złożył stosowne oświadczenie, zatem nie można obciążać lekarza odpowiedzialnością finansową za ewentualne błędy pracownika podmiotu leczniczego.

Moja argumentacja nie spotkała się ze zrozumieniem NFZ. W związku z tym, na podstawie art. 9 pkt 2 ustawy z 15 lipca 1987 r. o rzeczniku praw obywatelskich (DzU 2020, poz. 627),

zwróciłam się do PRO z prośbą o podjęcie działań w tej sprawie. Podkreśliłam, że NFZ nie przyjmuje do wiadomości, iż lekarz podejmujący współpracę z podmiotem leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej nie jest świadczeniodawcą. To na podmiocie leczniczym spoczywa obowiązek sprawdzenia, czy zgłaszający się świadczeniobiorca jest uprawniony do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Czekam na odpowiedź.

Podkreślenia wymaga fakt, że dopiero od 2017 r. wprowadzono system komputerowy, który weryfikuje ubezpieczenie pacjenta. Gdy pacjent jest nieubezpieczony, system powinien automatycznie uniemożliwić wystawienie recepty refundowanej. Uznać należy, że to na podmiocie leczniczym, który w tym przypadku był świadczeniodawcą, powinien ciążyć obowiązek przedłożenia Narodowemu Funduszowi Zdrowia dokumentów świadczących o tym, iż dana osoba była uprawniona do świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych. Ciężar ten przerzucany jest na lekarza, który nie posiadał ani dokumentacji medycznej, ani dokumentów sporządzanych podczas rejestracji.

Pamiętajmy, że NFZ ma prawo żądać od lekarza zwrotu nienależnej refundacji do pięciu lat wstecz, dlatego w swoim własnym interesie w umowach o współpracę zawieranych z podmiotami leczniczymi zamieszczajmy zapis, kto odpowiada za weryfikację ubezpieczenia pacjenta. Jeśli z jakichś powodów nie będziemy w stanie sprawdzić, czy pacjent ma ubezpieczenie, wspomniany zapis umożliwi nam odzyskanie kwoty ewentualnej kary pieniężnej i sumy zwróconej refundacji od podmiotu, z którym podpisaliśmy umowę.

W związku ze zbliżającymi się świętami Bożego Narodzenia życzę Koleżankom i Kolegom spokojnego spędzania czasu w gronie rodziny oraz siły i pogody ducha w nadchodzącym Nowym Roku 2022. ■

Dzień Lekarza Seniora

Wieloletnie leczenie pacjentów, niesienie pomocy w różnych, często bardzo trudnych warunkach, silne przywiązanie do zawodu, który nie jest zwykłą pracą, lecz życiową rolą – wszystko to łączy gości przybyłych na uroczystość z okazji Dnia Lekarza Seniora. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie po rocznej przerwie spowodowanej pandemią powróciła do obchodów tego święta.

Nie zabrakło wspomnień, wrażeń artystycznych oraz wrzuseń towarzyszących m.in. wręczeniu medali. Dzień Lekarza Seniora zorganizowaliśmy 15 listopada w Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu w Warszawie. Miejsce zobowiązywało i uczestnicy wsłuchali się w wiersze. Ale czystą poezją okazał się cały program artystyczny. Lekarzom seniorom umilił czas zespół Trio-Hit z wokalistką Patrycją Modlińską na czele. Podczas koncertu zabrzmiały niezapomniane przeboje minionych lat, m.in. „Dozwolone od lat 18” Czerwonych Gitar, „Róża i bez” z filmu „Jak rozpętałem II wojnę światową”, „Sen o Warszawie” Czesława Niemena.

Ważnym momentem obchodów było uhonorowanie zasłużonych medyków z wieloletnią praktyką zawodową. Wyróżnienia wręczał Krzysztof Madej, wiceprezes ORL w Warszawie.



Medal im. Jerzego Moskwy przyznano Reginie Antczak-Rutkowskiej. Lekarka nie mogła przybyć na uroczystość, ale odznaczenie „za sukcesy zawodowe i artystyczne oraz przekroczenie niedostępnej dla bardzo wielu granicy 100-lecia urodzin” odebrał w jej imieniu zięć – prof. Ryszard Romaniuk. Regina Antczak-Rutkowska jest dentystką, która wiele lat spędziła na placówce w Libii. Drzemie w niej również dusza artystki, wielokrotnie brała udział w plenerach malarskich, a jeden z jej obrazów подарowano Janowi Pawłowi II.

Druga wyróżniona przez izbę seniorka to Wiktoria Mikulska. Lekarka laryngolog otrzymała dyplom uznania „za całokształt działalności artystycznej, z podziękowaniem za liczne nagrody w malarstwie na poziomie ogólnopolskim”.

Lekarzom seniorom wręczono upominki, przygotowany został także poczęstunek.

Organizatorem spotkania była Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie, wzięło w nim udział 56 osób. Wszystkie w pełni zaszczepione przeciwko COVID-19. ■

uwk



Fotografie: archiwum OIL w Warszawie

Dzień otwarty w OSL i Biurze OROZ

W listopadzie członkowie naszej izby mieli okazję bliżej poznać działalność Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Lekarskiego. Podczas pierwszego dnia otwartego członkowie sądu i pracownicy kancelarii przedstawili cele i zadania tego organu samorządowego. Ponadto lekarze mogli dowiedzieć się, jakie warunki należy spełniać, by zostać sędzią OSL. Z kolei dzień otwarty w Biurze OROZ był okazją do poinformowania lekarzy, jakie sprawy najczęściej wpływają do rzecznika, oraz do dyskusji na temat mediacji w sporach medycznych. ■

ab

Konkurs „Puls słowa” rozstrzygnięty

Rozdanie nagród w ogólnopolskim konkursie poetycko-literackim dla lekarzy i lekarzy dentyistów odbyło się 23 października 2021 r. w warszawskim Domu Literatury Związku Literatów Polskich.

Wśród laureatów znalazło się troje członków OIL w Warszawie: Zbigniew A. Łobodziński, Elżbieta Lipska i Monika Szymczakowska.

Nagrodzeni w XII „Pulsie słowa”:

– w kategorii „poezja”: Bolesław Sawicki – I nagroda, Zbigniew A. Łobodziński – II nagroda, Katarzyna Szweczyk i Monika Szymczakowska – *ex aequo* III nagroda. Wyróżnienia otrzymały: Joanna Matlachowska-Pala, Agnieszka Rautman-Szczepańska i Ilona Dzijak-Muniak;

– w kategorii „proza”: Dariusz Krasnodębski – I nagroda, Elżbieta Lipska – II nagroda, Witold Kopeć – III nagroda. Wyróżnienia przyznano Zbigniewowi Kostrzewie i Stefanowi Trzosowi.

Zwieńczeniem konkursu był spektakl poetycko-muzyczny „Molekuły wrażliwości”, podczas którego aktorzy Iwona Rulewicz i Wojciech Magnuski recytowali nagrodzone i wyróżnione utwory, a wokalistka Joanna Vorbrodt z akompaniamentem Romualda Vorbrodta interpretowała wiersze w formie piosenek.

Pomysłodawcą „Pulsu słowa” jest lekarka z naszej izby Maria Żywicka-Luckner, „Majka”. Konkurs odbywa się przy współudziale i pomocy NIL, OIL w Warszawie, Unii Polskich Lekarzy Pisarzy, Związku Literatów Polskich i Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Praga Północ. ■

mn



Narodowe pieśni i tańce

W Ośrodku Kultury „Forma” SBM „Politechnika” w Warszawie 20.11.2021 r. odbyło się „Spotkanie z pieśnią i tańcem narodowym”, podczas którego chór Medicantus z OIL w Warszawie, pod dyrekcją Beaty Herman, zaprezentował repertuar ludowo-patriotyczny. Zespołowi akompaniował na pianinie Andrzej Mikulski. Wśród wykonanych utworów znalazły się dawne hymny, pieśni wojskowe i opracowania ludowych pieśni – niektóre zaśpiewane wraz z publicznością. Solowe partie zaprezentowali: Agnieszka Bitner-Fiałkowska, Krzysztof Moczarski i Konstanty Dąbrowski.

Podczas występu, po raz pierwszy od czasów II wojny światowej, wykonany został utwór napisany *a cappella* przez kompozytora i chórmistrza Józefa Witczaka (dziadka chórzysty Medicantusa Zbigniewa Miśkiewicza) pt. „Noc listopadowa”. Koncert zwieńczyły warsztaty taneczne prowadzone przez Jana Makólskiego-Toho i Aleksandrę Mackiewicz, podczas których zaprezentowane zostały podstawowe kroki pięciu polskich tańców narodowych: kujawiaka, poloneza, oberka, mazura i krakowiaka. Goście uczestniczyli w warsztatach wraz z członkami chóru. Instruktorzy przedstawili również krótki pokaz układów tanecznych tańców narodowych. Spotkanie zakończył poczęstunek przygotowany przez Ośrodek Kultury „Forma”.

Składamy podziękowania Ośrodkowi Kultury „Forma” za organizację koncertu i Łukaszowi Ładzie, prezesowi chóru Medicoro z Białegostoku, za piękny plakat. ■

km

Powrót sportowych niedziel



W listopadzie Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie po dłuższej przerwie spowodowanej pandemią wznowiła organizację sportowych niedziel.

W każdą niedzielę listopada między godz. 15 a 17 w hali sportowej Wojskowej Akademii Technicznej lekarze mieli możliwość grać w siatkówkę. Sportowe niedziele odbędą się również w grudniu. Dotąd chęć udziału w cyklicznej imprezie sportowej zgłosiło ponad 80 osób. Zainteresowanych dołączeniem do tej grupy prosimy o kontakt z Danielem Jaroszem pod adresem: d.jarosz@oilwaw.org.pl lub numerem telefonu: 22-542-83-33. ■

mn

Zmagania tenisistów



Od 9 do 15 października 2021 r. w Turcji, w słonecznym Belek nad Morzem Śródziemnym, odbywały się jubileuszowe 50. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie pod egidą World Medical Tennis Society. 21 lekarzy oraz lekarzy dentyistów z Polski zdobyło w nich łącznie 33 medale: 15 złotych, 10 srebrnych oraz 8 brązowych.

OIL w Warszawie jak zwykle wspaniale reprezentowała dr Bożena Kędzierska, która startowała w kilku kategoriach i zdobyła złote medale w singlu w kategorii 70+, deblu i mikście w kategorii 60+ oraz srebrny medal w Nations Cup (Pucharze Narodów). Wspomnieć należy, że dr Kędzierska wywalczyła również trzy złote medale w rozgrywanych wcześniej Halowych Mistrzostwach Polski w Pabianicach.

Kolejne mistrzostwa świata odbędą się w USA, w Orlando na Florydzie, 23–29 października 2022 r. ■

Od 11 do 14 listopada 2021 r. w Pabianicach trwały XXII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Memoriał dra Andrzeja Jasińskiego”.

OIL w Warszawie reprezentowali: Bożenna Kędzierska (zajęła I miejsce w singlu w kategorii 60+, I miejsce w deblu w kategorii 60+, I miejsce w mikście z Tomaszem Maziakiem bez kategorii wiekowej), Maciej Łukasiewicz (III miejsce w singlu w kategorii 50+), Andrzej Bachurski (osiągnął ćwierćfinał w singlu w kategorii 60+, ćwierćfinał w deblu w kategorii 55–65), Andrzej Bernatowicz (dotarł do 1/8 w singlu w kategorii 55+ oraz ćwierćfinału debla w kategorii 55–65), Wojciech Haładyna (osiągnął 1/8 w singlu w kategorii 55+), Artur Barlik (zdobył III miejsce w mikście z Magdaleną Witkowską). ■

ab



Międzynarodowa konferencja online „Challenges of digital healthcare in Europe”

Z inicjatywy Zespołu ds. Studiów Strategicznych ORL w Warszawie 1 grudnia odbyła się międzynarodowa konferencja online poświęcona wyzwaniom cyfryzacji ochrony zdrowia w Europie. Spotkanie przeznaczone było nie tylko dla lekarzy. Do udziału zaproszeni zostali również inni przedstawiciele branży medycznej.

Konferencję poprowadziła Maria Libura – ekspertka Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego ds. zdrowia, a głos zabierali: doktor nauk technicznych Mariusz Dzieciatko – specjalista w dziedzinie technologii informacyjnych; Artur Olesch – dziennikarz interesujący się tematyką innowacji w ochronie zdrowia i zdrowiem cyfrowym; Jan Zygmuntowski – ekonomista zajmujący się tematyką cyfrowej gospodarki i zrównoważonego rozwoju; Stanisław Iwańczak – pełnomocnik dyrektora ds. bezpieczeństwa pacjentów w Katowickim Centrum Onkologii; Katarzyna Gajewska, która wyklada epidemiologię i zdrowie publiczne w University of Medicine and Health Sciences w Dublinie oraz pracuje naukowo w School of Public Health w University College Cork, oraz Maciej Malenda – przedsiębiorca, ekspert w zakresie e-zdrowia.

Uczestnicy konferencji prowadzonej w językach polskim i angielskim rozmawiali m.in. o zarządzaniu e-zdrowiem i implementacji rozwiązań cyfrowych na poziomie ogólnokrajowym. Kolejnym istotnym tematem poruszonym w dyskusji były korzyści cyfrowej wymiany informacji w ochronie zdrowia, a także druga strona tego zjawiska – bezpieczeństwo procesu leczenia w erze digitalizacji. Podobny kontekst miał punkt programu konferencji, w którym poruszono tematy procedur dopuszczenia do użytku technologii cyfrowych w medycynie oraz pułapek na drodze wdrażania narzędzi cyfrowych w kardiologii. Omówiono również metody wsparcia innowacyjnych rozwiązań w zakresie e-zdrowia i działalność cyfrowych zespołów medycznych.

Maria Libura zwróciła uwagę, że podczas konferencji zapoznać się można było ze spojrzeniem na cyfryzację zarówno praktyków medycyny, jak i osób, które zajmują się projektowaniem innowacyjnych rozwiązań dla ochrony zdrowia, a także perspektywą systemową cyfryzacji i e-zdrowia na poziomie ogólnopolskim. – *Ta dyskusja z pewnością zainspiruje Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie do podejmowania kolejnych przedsięwzięć* – stwierdziła. ■

mn

Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Pro Seniore wraz z Mazowieckim Oddziałem
Okręgowym Polskiego Czerwonego Krzyża
w Warszawie oferują



WSPARCIE PIELEGNACYJNO-GOSPODARCZE DLA LEKARZY SENIORÓW

- usługi pielęgnacyjne
- pomoc w obowiązkach domowych i codziennych czynnościach
- przeciwdziałanie osamotnieniu

Liczba miejsc jest ograniczona. Zapisy: 22-542-83-30



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza



FUNDACJA
PRO SENIORE

#SPRAWDZAM

Umiłowanie wolności czy swawoli?

MAŁGORZATA SOLECKA

Znając podejście moich rodaków, takie poczucie wolności, nie wyobrażam sobie, żeby w Polsce można było wprowadzić przymusowe szczepienia – powiedział prezydent Andrzej Duda podczas szczytu Grupy Wyszehradzkiej. Było to dosłownie kilkadziesiąt godzin od uznania przez WHO i ECDC wariantu omikron za niebezpieczny. Nazwany został superwariantem z racji kilkadziesiątu mutacji i nieznanego jeszcze potencjału przełamania odporności.

Eksperti nie mają wątpliwości: nawet jeśli omikron będzie odporność przełamujący jeszcze skuteczniej niż delta i wszystkie znane warianty, i tak szczepienia pozostaną najlepszą bronią przeciw pandemii. Dlatego kolejne kraje przynajmniej rozpoczynają poważną dyskusję na temat obowiązkowych (nie „przymusowych”, jak mówił Andrzej Duda) szczepień przeciw COVID-19. Na razie taki obowiązek od lutego wprowadza tylko Austria, ale np. Grecja zapowiedziała, że obywatele powyżej 60 lat, którzy się nie zaszczepią, będą płacić co miesiąc (!) grzywnę wysokości 100 euro. Niemcy z kolei, bardzo długo broniące się przed łączeniem braku szczepień z restrykcjami, „idą na całość”: na początku grudnia rząd przedstawi plan obostrzeń, łącznie z lockdownem dla niezaszczepionych. Następnym krokiem ma być obowiązek szczepień. Dyskusji na ten temat na szczęblu europejskim chce przewodnicząca Komisji Europejskiej. Pozostając tylko w obszarze Grupy Wyszehradzkiej: ani przywódca Węgier, ani Słowacji, ani Czech (prezydenta tego kraju nie było w Budapeszcie, ale uczestniczył w spotkaniu zdalnie) nie zajęli tak radykalnego stanowiska. Prezydent Węgier oświadczył, że dziś jego kraj nie widzi możliwości i potrzeby, prezydent Słowacji przyznała, że trwa debata publiczna (i polityczna), a prezydent Czech – że być może to rozwiązanie będzie musiało zostać wprowadzone.

Czy Polacy kochają wolność bardziej niż inne narody? A może trzeba sprawdzić, co tak naprawdę kochają? Albo może wreszcie zadać pytanie, czy polscy decydenci przez przypadek nie uwłaczają polskiemu społeczeństwu, osądzając je gorzej, niż na to zasługuje. Prezentując – na zewnątrz, wobec sojuszników, ale jednak – polskie społeczeństwo jako „ulepione z innej gliny”, o kodzie kulturowym wykluczającym poddanie się dobru wspólnemu i poszanowanie wartości wobec wolności co najmniej równorzędnych. Bo o ile tradycja romantyczna, do której zdaje się nawiązywać Andrzej Duda, każe wolność stawiać wyżej niż własne (!) życie, o tyle nie znajdziemy w niej śladu pozwalającego poświęcać życie innych w imię domniemanej wolności.

Bo rzecz nie dotyczy wolności, ale – dowolności. Swawoli. Warcholstwa nawet. Niezdolności do uznania, że moja

wolność kończy się tam, gdzie występuje zagrożenie zdrowia i życia innych ludzi.

Wolność bez solidarności i wolność bez odpowiedzialności to nie wartość, którą należy się chwalić, lecz przywara, nad którą trzeba pracować. I niewątpliwie rządzący powinni takie zadanie podjąć. Oczywiście, nie sami, w szerokiej koalicji ze środowiskami eksperckimi (które od dawna wnoszą o obowiązek szczepień choćby dla wybranych grup zawodowych), instytucjami cieszącymi się autorytetem (kościółami różnych wyznań), społecznościami lokalnymi.

Narodowy Program Szczepień zakończył się porażką, a ożywienie akcji szczepień w listopadzie, które np. premier Mateusz Morawiecki przypisuje temu, że Polacy przestraszyli się czwartej fali i ruszyli po pierwszą dawkę, w ogromnym stopniu zawdzięczamy tym, którzy spieszą się – po booster. Różnica między liczbą zaszczepionych tylko jedną dawką (55 proc.) a w pełni zaszczepionych (54 proc.) jest minimalna, porównywalna z występującą w krajach, które swoje programy szczepień podstawowych praktycznie ukończyły (Portugalia: 88 proc. zaszczepionych w pełni, 89 proc. z przyjętą jedną dawką) lub powoli kończą (Hiszpania: odpowiednio 82 i 80,5 proc.). Niemcy i Austria (w obu krajach poziom zaszczepienia przynajmniej jedną dawką przekroczył 70 proc.) albo rozważają, albo wprowadziły restrykcje dla niezaszczepionych właśnie dlatego, że akcja szczepień wyhamowała, choć na o wiele wyższym poziomie niż u nas.

W Polsce rząd tymczasem stosuje – mimo trwającej fali zakażeń groźną deltą i trudnego do oszacowania zagrożenia nowym wariantem – strategię działań opartych na PR. Tylko tak można nazwać „obostrzenia” polegające na rzekomym stosowaniu limitów w handlu i usługach (np. hotelach czy gastronomii) bez ustawowego wprowadzenia obowiązku okazywania certyfikatu covidowego. Rozwiązanie, które działa praktycznie już w całej Europie i to od miesięcy, próbuje się zastąpić „uniwersalnymi rozwiązaniami”, czyli... Polak potrafi. ■



Fot. archiwum

Z życia wzięte

W filmie „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” pokazane zostały kulisy pracy lekarza podczas dyżuru. W skrócie przybliżyliśmy codzienne sytuacje i emocje. Scenariusz powstał na bazie lekarskich opisów zdarzeń i okoliczności. O tym, jaki odbiór i znaczenie mają takie środki wyrazu, z **Maciejem Orłosiem** rozmawia Renata Jeziótkowska.

Odnieśmy się bezpośrednio do naszego filmu. Czy tego typu przekazem mamy szansę wpłynąć na wizerunek lekarza? Czy takie filmy mają znaczenie?

Miejmy nadzieję. Lekarz to zawód niezwykle szanowany, ale Polacy traktują medyków trochę jak dzieci matkę. Na co dzień ją ignorują – gdy mówi, trzeba słuchać, ale mają swoje sprawy, więc najlepiej, żeby za bardzo się nie mieszała. Dopiero gdy coś się dzieje, wtedy matka jest najważniejsza. Tak jest z lekarzami. Zwykle za bardzo o nich nie myślimy. Trudno wyobrazić nam sobie świat bez lekarzy. Lecz, żeby to doceniać? Niekoniecznie. Zapominamy, że lekarz to też człowiek. Ma prawo do godnego życia. Powinno to być w naszym interesie, bo przemęczenie lekarza wpływa na jakość jego pracy. Trochę jak z pilotem. Czy chcemy lecieć samolotem, którego pilot jest przemęczony? Nie! Nie byłby dopuszczony do pracy. Podobnie kierowcy tirów – muszą poświęcić ileś czasu na

wypoczynek, to jest uregulowane przepisami. A z lekarzami tak nie jest. Dlaczego?

W naszym filmie odchodzimy od koncepcji pokazywania lekarzy jako bogów. Jest praca na SOR, całodobowy dyżur, zmęczenie, kolejna kawa między ratowaniem pacjentów, stos papierów do wypełnienia, pretensje. Społeczeństwo może nie zdawać sobie sprawy, jak wygląda rzeczywistość, i patrzy z perspektywy własnego „ja”. To zresztą zrozumiałe, bo gdy chory przychodzi do lekarza, koncentruje się na własnym zdrowiu.

Oczywiście, pacjenci w większości nie wiedzą, jak lekarz pracuje, ile ma zadań, czym się zajmuje. Często narzekają na lekarzy, czasami nawet mają do tego powody. Jednak w rzeczywistości są to narzekania na system. Lekarze są przeciążeni, w przychodniach mają np. pięć, dziesięć minut na zbadanie pacjenta. System nie pomaga. Brakuje szacunku. Sam się zastanawiam, z czego to wyni-

ka... Ktoś poszedł do lekarza i jest niezadowolony, bo lekarz go zlekceważył, nie poświęcił tyle czasu, ile trzeba. I już idzie fama... Wina leży przecież po stronie systemu – państwa, które nie zapewnia odpowiednich warunków pracy.

Może nie chcemy widzieć w lekarzu człowieka? On ma nas obsłużyć, skupić się na naszych sprawach.

No tak, jak idę załatwić sprawę w urzędzie, też mnie nie interesuje, czy urzędnika boli głowa. Chcę załatwić sprawę i oczekuję profesjonalizmu. Jeżeli urzędnik będzie niedysponowany, pójdzie na L4, nie zostaną obsłużony od ręki, ale następnego dnia albo później. A lekarz nie może być niedysponowany, jeśli nie zrobi zabiegu, jutro będzie za późno. Chodzi o zdrowie i życie człowieka. Najważniejsze rzeczy.

Dzięki temu filmowi chcieliśmy zlikwidować barierę, pokazać, że po jednej i po drugiej stronie jest człowiek. W kolejce do gabinetu mierzymy się ze swoim problemem, jesteśmy na nim skupieni, ale lekarzowi też nie jest łatwo.

Niedawno byłem w Centrum Onkologii na Ursynowie, chodziło o zrobienie badań dziecku. Tego dnia przyjmował pewien profesor. O godz. 10 był tłum ludzi. Czekaliśmy trzy godziny, ale byli tacy, którzy czekali do 18, może jeszcze dłużej. Na wstępie zapowiedziano, że profesor przyjmie wszystkich. To jest wspaniałe, szlachetne i pokazuje zaangażowanie. Ale nie likwiduje pytania, ile tak można?

Czy wczucie się w emocje drugiej osoby, dostrzeżenie w niej człowieka ułatwia porozumienie? Obejrzenie filmu może coś zmienić w podejściu?

Każdy pacjent jest nastawiony na siebie, idzie do lekarza ze swoim problemem. Ale niewykluczone, że następnym razem, gdy będzie chciał powiedzieć coś nieprzyjemnego, przypomni sobie film. I pomyśli – może pan doktor ma za sobą 12 godzin dyżuru, może jego mina, nie taka, jaką bym chciał widzieć, nie wynika z tego, że mnie nie szanuje, tylko z tego, że po prostu jest zmęczony. ■

#W_ETERZE

Na przełomie listopada i grudnia OIL w Warszawie skoncentrowała się na zapowiedzi nowej kampanii i prezentacji filmu pt. „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”, w którym aktor Tomasz Kot gra lekarza zmagającego się z codziennością polskiego systemu ochrony zdrowia. Media relacjonowały przebieg konferencji z udziałem prezesa ORL, rzecznik prasowej izby oraz artystów. W listopadzie spełniły się niestety przewidywania medyków o nadejściu czwartej fali koronawirusa. W obliczu zwiększonego zagrożenia epidemicznego w mediach dyskutowano również o szczepieniach przeciw COVID-19. W związku z tymi problemami członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej wielokrotnie gościli w programach telewizyjnych oraz radiowych, wypowiedzieli się na łamach dzienników oraz brali udział w dyskusjach na temat organizacji i zaniedbań polskiego systemu ochrony zdrowia.

„JESTEM LEKARZEM, JESTEM CZŁOWIEKIEM”

□ W programie **Onet Rano** o celach nowej kampanii OIL oraz kulisach pracy nad filmem „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” opowiadali Tomasz Imiela oraz reżyser Łukasz Palkowski. – *Pomysł istniał od dłuższego czasu. Zrodził się jednocześnie w głowach kilku osób, zarówno spośród filmowców, jaki i z naszego środowiska. A wynikł z tego, że w Polsce z jednej strony zawód lekarza cieszy się bardzo dużym prestiżem społecznym, ale z drugiej strony nie ufamy lekarzom. Ta akcja ma na celu pokazanie, że lekarz to również człowiek. Choć byli filmowi »Bogowie«, to tak naprawdę jesteśmy zwykłymi ludźmi, mamy takie same problemy, a ta praca nieraz powoduje, że trudno utrzymać życie rodzinne. Chcielibyśmy, żeby nasi pacjenci rozumieli, że jesteśmy razem – podkreślił wiceprezes ORL. Łukasz Palkowski dodał: – Wspólnie zdecydowaliśmy, że warto byłoby nawiązać do tego, co zrobiliśmy kiedyś i – na ile to będzie możliwe – spotkać się w podobnym zespole przy tego rodzaju filmie. Bardzo nam zależało na powiedzeniu tego, że lekarz powinien być kimś nam bliskim, a nie kimś, komu nie ufamy i do kogo nie chcemy iść, a przecież z takimi opiniami spotykamy się ostatnio”.*



□ O idei nowej kampanii mówiła również na antenie **TVP Regiony** Renata Jeziółkowska, rzecznik prasowa OIL: – *Chodziło o to, żeby pokazać, jak wygląda dzień lekarza*

na SOR, kiedy zмага się z wieloma rzeczami, o których pacjenci często nie mają pojęcia, bo wchodzimy do lekarza czy spotykamy się z lekarzem i to jest krótki kontakt. Natomiast lekarz na dyżurze ratuje człowieka, za chwilę zмага się z agresją zniecierpliwionych pacjentów, którzy nie mogą doczekać się na swoją kolej, bo lekarzy jest za mało, ponieważ są jeszcze inni pacjenci wymagający pilniejszej pomocy. Poza tym lekarz musi wypełnić, rozpracować tony dokumentacji. Gdzieś w międzyczasie próbuje wypić kawę, coś zjeść.

□ W serwisie **Co w zdrowiu** podkreślono również wypowiedź Tomasza Kota grającego główną rolę – lekarza Tomka. Aktor opowiadał, jak trzeba było przerywać zdjęcia, by nie zakłócać udzielania pomocy pacjentom, a on sam, ponieważ występował w lekarskim fartuchu, był wielokrotnie przez pacjentów o pomoc proszony. „*Podszedł do mnie chłopak, którego potrącił samochód, i mówi: »Panie doktorze, gdzie ja mam iść?» – wspominał Tomasz Kot. – Za każdym razem jest to wielkie błaganie w oczach, bo ktoś z boku cierpi. Jest to czyjś ojciec, czyjaś matka. Lekarze mają na co dzień do czynienia z takimi emocjami”.*



□ Portal **Puls Medycyny** opisał przebieg konferencji, podczas której zaprezentowano film „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”: „Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski podkreślił, że film wiernie oddaje to, co dzieje się w głowach lekarzy. Ma »zdjąć odium z kogoś, kto schował się za białym fartuchem«, zniwelować istniejącą barierę, sprawić, by pacjent stał się równorzędnym partnerem lekarza, a do tego potrzebne jest zaufanie. Film jest też reakcją na wzajemne niezrozumienie, które ostatnio wyczuwa się między pacjentami i lekarzami. Jednocześnie prezes ORL zauważył, że chodzi o to, aby pokazać emocje, to, co dzieje się na dyżurach lekarskich, »pokazać, że jesteśmy też ludźmi, że stoimy z pacjentami po tej samej stronie«. – To historia z emocjami, tęsknotą, czyli z tym, co trafia nam się na dyżurach. Życzliwością w stosunku do pacjentów. Z ogromnym stresem. Z wdzięcznością pacjenta. Niedopitą kawą. Ogromem papierologii – mówi Łukasz Jankowski”.

□ Przebieg konferencji, podczas której wyemitowano film w ramach nowej kampanii OIL w Warszawie, relacjonowały m.in.: **Rynek Zdrowia, WP.pl, Medexpress.pl, Abc Zdrowie, Interia, PAP, WNP.pl, ONET.pl, Polityka Zdrowotna, Medycyna Praktyczna, Podyplomie.pl, Gazeta Wyborcza, TVN24.**

CZWARTA FALA KORONAWIRUSA

□ Na łamach „**Newsweeka**” prezes ORL Łukasz Jankowski komentował przygotowanie polskiej ochrony zdrowia do czwartej fali koronawirusa: „*Ciągle brakuje wytycznych dotyczących leczenia i postępowania w określonych sytuacjach. Nie ma też planu na czarną godzinę, czyli wymknięcie się pandemii spod kontroli. Jeśli znowu trzeba będzie zamieniać zwykłe szpitale w covidowe, wciąż będzie to partyzantka. A potem, jak zwykle, usłyszymy od rządzących: »Brawo, daliśmy radę!«*”.



□ Na antenie **Radia Warszawa** Łukasz Jankowski również odniósł się do sytuacji panującej w szpitalach podczas czwartej fali koronawirusa: – *Mamy doświadczenie w walce z COVID-19, natomiast ciągle nie ma koordynacji, organizacji systemowej, brakuje kadr. Pracujący personel jest wycieńczony, sfrustrowany kolejną falą i poszukiwaniem miejsc dla chorych, które powinny dawno być zapewnione. Problem kadrowy nie dotyczy tylko szpitali tymczasowych, ale również placówek, w których oddziały napędzane są przekształcane w covidowe.*



□ W **TVN24** Łukasz Jankowski mówił o pracy personelu medycznego w przypadku szybkiego przyrostu dziennych zakażeń COVID-19. – *Część oddziału internistycznego zostaje zamknięta, robi się prowizoryczną służę. Na pięciu łóżkach leżą pacjenci z COVID-19, na 20 bez. Oddzieleni służą. Ten sam personel ma pracować tak naprawdę na dwóch oddziałach, oddzielonych służą, z innym reżimem sanitarnym. Praca jest*

szalenie trudna, zapewnienie bezpieczeństwa sanitarnego wszystkim chorym w tak zorganizowanym systemie pracy wymaga ogromnego wysiłku, a spoczywa nie na systemie, lecz na barkach przepracowanego personelu – podkreślał prezes ORL.

□ Również Paweł Doczekalski w rozmowie z **TVN24** mówił o braku dostatecznego przygotowania systemu do walki z kolejną falą zachorowań na COVID-19. – *Mam swoje déjà vu. Był czas, żeby się przygotować. Było lato, było ciepło, zapomniano trochę o koronawirusie. Mówiliśmy, że będzie kolejna fala, że trzeba się przygotowywać, że trzeba rezerwować łóżka, ale tego nie zrobiono. I to naprawdę widać* – powiedział przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy.



□ W obliczu wzrostu dziennej liczby zakażeń koronawirusem w Polsce Łukasz Jankowski w **Faktach TVN** podkreślił potrzebę wprowadzenia obostrzeń: – *Nie chodzi o PR, tylko o życie i zdrowie realnych ludzi. (...) Obostrzenia nie mogą być traktowane jak serial czy jakaś pokazówka, tylko muszą być rozumiane jako kwestia odpowiedzialności.*



□ W innym wydaniu **Faktów** prezes ORL skomentował przebieg czwartej fali koronawirusa: – *Nie ma dyżuru, na którym nie stwierdzałbym dzisiaj zgonu, a często dyżur kończy się kilkoma zgonami.*



□ W rozmowie z „**Rzeczpospolitą**” Łukasz Jankowski ocenił zaniedbania decydentów w obliczu czwartej fali koronawirusa. „*Rządzący zmarnowali czas potrzebny na przygotowanie się do czwartej fali, o której wiadomo od kilku miesięcy. To kwestia nie tylko załamania się Narodowego Programu Szczepień, ale też niewyciągnięcia wniosków z poprzednich fal koronawirusa, które pokazały m.in., że formuła szpitali tymczasowych kompletnie się nie sprawdza. Amerykanie już po*

kilku tygodniach zauważyli, że szpitale na kilka tysięcy łóżek nie są rozwiązaniem, i postawili na placówki modułowe przy szpitalach ogólnych. Te mogą korzystać nie tylko z instalacji tlenowej standardowego szpitala, ale także z tamtejszych specjalistów, a w razie niezwiązanej z COVID-19 pogorszenia się zdrowia pacjenta korzystać z ich umiejętności, wiedzy i doświadczenia” – stwierdził prezes ORL.

□ W rozmowie z „Gazetą Wyborczą” prezes ORL komentował decyzje rządzących w sprawie obostrzeń. „Władze podjęły świadomą decyzję, że pandemia może się rozwijać, i jest na to zgoda. Kiedy zważono z jednej strony jakość życia, funkcjonowania obywateli i głosy wyborców, a z drugiej strony narażenie życia i zdrowia, wybrano słupki wyborcze. To mocny zarzut, ale znajduje odzwierciedlenie w tym, co dzisiaj mówią nam rządzący i decydenci” – zaznaczył Łukasz Jankowski.

□ Portal **Prawo.pl** opublikował komentarz Tomasza Imieli na temat obowiązkowego szczepień przeciw COVID-19 dla medyków. Wiceprezes ORL uważa, że wprowadzenie obowiązkowych szczepień dla lekarzy ma sens i dla pacjentów to byłoby dobre rozwiązanie. „Droga, którą można roznieść zakażenie COVID-19 w szpitalach i placówkach ambulatoryjnych – przez personel – została przecięta” – powiedział Tomasz Imiela.

□ W wywiadzie dla „Rzeczpospolitej” prezes ORL wypowiedział się również w sprawie coraz częstszej absencji lekarzy w szpitalach spowodowanej koniecznością opieki nad dziećmi przebywającymi na kwarantannie. „Jeden z rodziców musi pozostać z dzieckiem. Ujemny test w siódmej dobie z kwarantanny nie zwalnia. To wszystko w momencie, kiedy 700 tys. osób przebywa na kwarantannie, a dzieci chorują non stop i do chorowania dodaje im się kwarantannę. To zaś osłabia oddziały szpitalne. Dlatego uważamy, że okres kwarantanny rodziców-medyków powinien być skracany do siedmiu dni. Sanepid ma taką możliwość” – uważa Łukasz Jankowski.

SZCZEPIENIA PRZECIWIW COVID-19

□ Na łamach **Wyborcza.pl** Michał Gontkiewicz mówił o szczepieniach przeciw COVID-19 w trakcie ciąży. „Mamy pacjentki, które od lekarzy dostają informacje na temat szczepień jak z kosmosu. Słyszą, żeby się nie szczepić podczas karmienia piersią, bo to może powodować choroby u dziecka. Kilka dni temu ukazała się publikacja w »Nature«, która mówi coś wprost przeciwnego. Krąży też mit, że podczas szczepienia do ciała dziecka trafiają fragmenty szczepionki, co jest bzdurą, bo przechodzą przeciwciała, które dają odporność. (...) Decyzję o szczepieniu należy podejmować indywidualnie dla każdej ciężarnej i skonsultować ją z lekarzem prowadzącym ciążę. Co więcej, lekarze położnicy powinni przedstawić kobietom w ciąży wszystkie dane naukowe na temat dostępnych szczepionek przeciwko COVID-19” – podkreślił członek Zespołu ds. Szczepień OIL w Warszawie.

□ W programie **Onet Rano** prezes ORL wypowiedział się na temat pytania się pacjentów o to, czy są zaszczepieni. – *To nie jest pytanie z gatunku, „jaki pan wyznaje światopogląd”. Chodzi o to, czego się spodziewać, jakie jest rokowanie. Wiemy, że osoby zaszczepione zwykle łagodniej przechodzą COVID. Gdy pacjent mówi, że jest niezaszczepiony, trzeba wzmocnić czujność. To tak, jak pacjent mówi, że pali papierosy – nie pytamy go po to, by powiedzieć, że źle czyni, tylko po to, by wiedzieć, że jest bardziej narażony na choroby –* powiedział Łukasz Jankowski.



□ Wiceprezes Tomasz Imiela w **Faktach TVN** przekonywał do szczepień: – *Warto się zaszczepić jak najszybciej, bo nawet teraz szczepienie daje nam za dwa, trzy tygodnie odporność.*



FAKTY Tomasz Imiela
INTERNISTA
OKRĘGOWA RADA LEKARSKA W WARSZAWIE

□ Na antenie **Radia dla Ciebie** wiceprezes ORL podkreślał skuteczność szczepień w walce z pandemią: – *Miarą skuteczności szczepionki jest redukcja ryzyka śmierci. Najgroźniejsze powikłanie to zgon. Mamy szczepionkę – środek, który pozwala zmniejszyć ryzyko śmierci z powodu choroby o 90 proc. Nie znam innego leku, który można by podać i zredukować ryzyko śmierci o 90 proc. Z tego punktu widzenia jest to bardzo skuteczny lek, sposób na walkę z COVID-19.*

□ Łukasz Jankowski w programie „Punkt widzenia” w telewizji **Polsat** mówił o skutkach dezinformacji w sprawie szczepień: – *Te osoby, które się nie zaszczepiły, zwykle mówią, że nie wiedziały, że padły ofiarą dezinformacji, bo tyle się w Internecie pisze, bo np. sąsiadka coś powiedziała, bo boją się odczynów. Pytani zapewniają: „Gdybym wiedział, że tak ciężko będę przechodził COVID, że tak strasznie jest się dusić, nie miałbym żadnych wątpliwości”. Większość po takim doświadczeniu deklaruje, że będzie się szczepić.*



19:20
PROF. NORBERT MALISZEWSKI
DZIAŁAŁOBY
CENTRUM ANEJC
16:19:43
polsat news
DR ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
PILNE WPROWADZAMY OBNIŻKĘ CEN PALIW OD 20 GRUDNIA NA 5 MIESIĘCY; WYSOKOŚĆ AKCY

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

□ Z „**Rzeczpospolitą**” o wystawianiu recept przez telefon rozmawiał Tomasz Imiela: „ – To często próśby o środki uspokajające, przeciwpyschotyczne czy silne przeciwbólowe, które w ten sposób próbują wyłudzać osoby uzależnione” – mówi Imiela. Tłumaczy, że w art. 42 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadzono wyjątek od konieczności osobistego zbadania pacjenta w przypadku przedłużania recept, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej”.



□ Kwestię wypalenia zawodowego wyjaśniała na portalu **Prawo.pl** pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów OIL Magdalena Flaga-Łuczkiwicz: „Gdy wypalenie oficjalnie zostanie uznane za chorobę, lekarze np. rodzinni staną przed koniecznością orzekania o zdolności wypalonych osób do pracy. Tymczasem w przestrzeni publicznej pojawia się często sugestia, że pracownik idzie do lekarza, bo chce wziąć zwolnienie. Podczas pandemii bardzo wielu ludzi się posypało psychicznie i z tego powodu zgłaszali się do mnie, a ich zwolnienia lekarskie były uzasadnione względami medycznymi, nie widzimi się. Sformułowanie oficjalnych wytycznych dla lekarzy byłoby jasnym sygnałem, że osoby wypalone to pacjenci potrzebujący pomocy medycznej (m.in. orzeczenia niezdolności do pracy), a nie leniwi spryciarze naciągający pracodawców i państwo na zasitek chorobowy”.



□ Prezes ORL na antenie **RDC** wziął udział w dyskusji na temat etyki lekarskiej w kontekście prawa pracy. – Lekarz powinien zabiegać o wykonywanie zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem. Kodeks Etyki Lekarskiej mówi wprost: krzycie, domagajcie się pracy w dobrych warunkach dla dobra pacjentów. Jeżeli ktoś jest przemęczony, pracuje ponad siły i kosztem swojego zdrowia, to przypominamy sobie zasadę ratownictwa: zdrowie i bezpieczeństwo ratownika musi być na pierwszym miejscu, żeby mógł ratować innych – przypomniał Łukasz Jankowski.



□ Na łamach portalu **Termedia** Maciej Nowak, przewodniczący izbowego Zespołu ds. Stażu Podyplomowego, odniósł się do informacji o zniesieniu stażu: „Studenci szóstego roku ostatni rok spędzili na nauczaniu zdalnym, co odbiło się na kontakcie z chorymi. Zająć praktycznych było mniej, dlatego zabieranie studentom, a przyszłym stażystom, roku pracy zawodowej przy łóżku chorego uznajemy za chybiony pomysł. W poprawionej ustawie i rozporządzeniu zmieniono program stażu. Skonsultowano to z nami, wydaje się, że byłyby to zmiany na lepsze. Szkoda, że ich nie doczekamy. Dlaczego zaangażowano tyle osób do reformy czegoś, co zostało zgłoszone do likwidacji?”.

□ Również prezes ORL na łamach „**Dziennika Gazety Prawnej**” wypowiedział się w kwestii likwidacji stażu. „Przez cały

rok miałem zajęcia z interny praktycznej online, pokazywałem studentom, jak badać głowę przed monitorem, a na YouTube sprawdzaliśmy, jak się osłuchuje serce. I tym studentom teraz mamy likwidować staż! To jest nieporozumienie. Odbieramy to jak reakcję ministerstwa na braki kadrowe i konieczność zapewnienia siły roboczej szpitalom, również oddziałom covidowym. Podejrzewam więc, że nie pójdzie za tym zwiększenie liczby miejsc rezydentkich” – zaznaczył Łukasz Jankowski.

□ W wywiadzie dla **MP** prezes ORL opisywał codzienną pracę lekarzy w naszym kraju: „Zdążyliśmy się już przyzwyczaić, że polskich lekarzy traktuje się jak meble, więc dlaczego inaczej miałoby się traktować specjalistów z Filipin? Poza tym, że są drożsi w »eksploatacji«, bo trzeba im zapłacić prawie cztery razy więcej niż rodzimym specjalistom. Ale drogi czy tani – to z perspektywy rządzących po prostu mebel. Można go importować, przesunąć na inny odcinek”.



□ Z kolei dla „**Rz**” prezes Łukasz Jankowski skomentował doniesienia o nowym sposobie przyznawania tzw. dodatków covidowych: „Nie jest dla nas jasne, dlaczego dodatki należą się tylko personelowi szpitali sklasyfikowanych na II poziomie zabezpieczenia covidowego. Przecież medycy pracujący w placówkach I poziomu zabezpieczenia również leczą chorych na COVID-19 i podejrzewanych o zakażenie nim. Podobnie jak np. personel szpitali psychiatrycznych, w których dziś leżą pacjenci z COVID-19”.

□ Portal **Termedia** odnotował udział prezesa ORL w debacie poświęconej polskiemu szpitalnictwu. „Łukasz Jankowski przytoczył anegdotę. Kiedyś on i koledzy z oddziału zadali sobie pytanie, jak wygląda pacjent, który powinien być diagnozowany w szpitalu. I prawdę mówiąc, nie potrafili go sobie wyobrazić, bo np. gastroscopię, kolonoskopię, tomografię można przeprowadzić ambulatoryjnie. Potem odkryli, że większość ich pacjentów powinna przejść diagnostykę poza szpitalem, jednak do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są kolejki i dlatego pacjentów kieruje się do szpitali. – Sami chorzy też zachowują się racjonalnie. Idą na SOR, a tam jest decyzja: do domu. Albo przy dzisiejszym obciążeniu lekarzy odpowiedzialnością prawną i prawnokarną, w ramach tzw. medycyny defensywnej zachowawczej, podejmuje się decyzję: to położymy pana na chwilę na obserwację – opowiadał prezes ORL w Warszawie”.

□ Dla „**Rzeczpospolitej**” Łukasz Jankowski skomentował wyniki kontroli w szpitalu w Pszczynie, które obciążają lekarzy w kontekście braku przepisów o no-fault w Polsce: „Nie jest sztuką karać lekarzy więzieniem. Błąd może się bowiem zdarzyć medykowi, który dotychczas działał zgodnie ze sztuką i uratował wiele osób. Dlatego może lepiej by było, gdyby na takim błędzie się nauczył i wyciągnął z niego wnioski, niż siedział w więzieniu. Dziś brak systemu no-fault rzutuje na wybór przez lekarzy specjalizacji, a kolejne doniesienia medialne o karach nawet za niezawinione błędy sprawiają, że coraz mniejsza liczba lekarzy wybiera specjalizacje zabiegowe, szczególnie położnictwo i ginekologię oraz chirurgię”.

OBWIESZCZENIE NR 4/2021/VIII
Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
z 30 listopada 2021 r.

o wynikach wyborów delegatów
na Okręgowy Zjazd Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz.1342) oraz §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowi-

ska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie nr 7/16/VII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 14 lipca 2016 r.), oraz na podstawie uchwały nr 68/2021/VIII Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 30 listopada 2021 r. w sprawie potwierdzenia wyników głosowania i wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku wyborów przeprowadzonych w 124 rejonach wyborczych, spośród 195 rejonów wyborczych utworzonych na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 zostali wybrani:

1)	Aluchna Marcin	lekarz dent.	K9/156	Lekarze dentyści Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
2)	Biliński Jarosław	lekarz	K9/004	Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (A)
3)	Bornsztajn Mateusz	lekarz	K9/041	Lekarze Szpitala przy ul. Niekańskiej w Warszawie oraz lekarze Stacji Krwiodawstwa w Warszawie
4)	Chelstowski Waldemar	lekarz	K9/139	Lekarze powiatu wyszkowskiego
5)	Czubak-Adamus Klara	lekarz	K9/118	Lekarze Szpitala STOCER w Konstancinie, CKR w Konstancinie i lekarze powiatu piaseczyńskiego
6)	Danielska-Klimek Maria	lekarz	K9/122	Lekarze Szpitala Onkologicznego w Wieliszewie i lekarze powiatu legionowskiego
7)	Dobies-Krześniak Barbara	lekarz	K9/043	Lekarze Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie
8)	Dobrowolska Maria	lekarz	K9/040	Lekarze Szpitala Chorób Zakaźnych w Warszawie oraz lekarze dzielnicy Wola m.st. Warszawy
9)	Doczekalski Paweł	lekarz	K9/028	Lekarze poradni MON: CePeLek, Pracowników Wojska w Warszawie, WAT, WIL oraz lekarze m.st. Warszawy
10)	Dybowski Dariusz	lekarz	K9/122	Lekarze Szpitala Onkologicznego w Wieliszewie i lekarze powiatu legionowskiego
11)	Flaga-Łuczkiwicz Magdalena	lekarz	K9/054	Lekarze Szpitala Nowowiejska, CM Dialog, CM Psychomedic i lekarze przychodni psycholog.-psychiatr.
12)	Gałęcka Ewa	lekarz	K9/138	Lekarze powiatów przasnyskiego i makowskiego
13)	Głogowski Michał	lekarz	K9/026	Lekarze Wojskowego Instytutu Medycznego przy ul. Szaserów w Warszawie (A)
14)	Grabczan Wojciech	lekarz	K9/039	Lekarze Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
15)	Hanus-Durlej Katarzyna	lekarz	K9/036	Lekarze Szpitala CMKP im. Orłowskiego w Warszawie, CMKP w Warszawie oraz PAN w Warszawie
16)	Herbet Aleksandra	lekarz	K9/026	Lekarze Wojskowego Instytutu Medycznego przy ul. Szaserów w Warszawie (A)
17)	Herman Krzysztof	lekarz	K9/047	Lekarze Szpitala przy ul. Żelaznej w Warszawie oraz lekarze dzielnicy Wola m.st. Warszawa
18)	Huzior Leszek	lekarz	K9/065	Lekarze SZPZLO Warszawa-Ochota oraz SZPZLO Warszawa-Bemowo-Włochy
19)	Imiela Tomasz	lekarz	K9/044	Lekarze Szpitala Grochowskiego w Warszawie oraz lekarze dzielnicy Praga Południe m.st. Warszawa
20)	Jankowska Maria	lekarz	K9/025	Lekarze Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
21)	Jankowski Krzysztof	lekarz	K9/011	Lekarze Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (B)
22)	Jankowski Łukasz	lekarz	K9/010	Lekarze Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (A)
23)	Jarecka-Dobroń Aleksandra	lekarz	K9/117	Lekarze Szpitala Powiatowego w Nowym Dworze Mazowieckim i lekarze powiatu nowodworskiego

24)	Jasiński Roman	lekarz	K9/038	Lekarze Szpitala Wolskiego w Warszawie
25)	Jędrzychowski Tomasz	lekarz	K9/130	Lekarze Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie
26)	Kaczorowski Łukasz	lekarz	K9/035	Lekarze Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie
27)	Kawenka Tomasz	lekarz	K9/044	Lekarze Szpitala Grochowskiego w Warszawie oraz lekarze dzielnicy Praga Południe m.st. Warszawa
28)	Klimkowska-Misiak Marta	lekarz dent.	K9/188	Lekarze dentyści powiatów ciechanowskiego, mławskiego, płońskiego, pułtuskiego i żuromińskiego
29)	Kluka Olga Iwona	lekarz	K9/033	Lekarze Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie
30)	Kośnik Artur	lekarz	K9/005	Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (B)
31)	Kowalczyk Jan	lekarz	K9/041	Lekarze Szpitala przy ul. Niekańskiej w Warszawie oraz lekarze Stacji Krwiodawstwa w Warszawie
32)	Kraśniej-Dębowska Agnieszka	lekarz	K9/025	Lekarze Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
33)	Kuchta Piotr	lekarz dent.	K9/191	Lekarze dentyści powiatów mińskiego i garwolińskiego
34)	Kwitkiewicz Justyna	lekarz dent.	K9/157	Lekarze dentyści Mazowieckiego Centrum Stomatologii oraz lekarze dentyści OIL m.st. Warszawa
35)	Latoszek-Banasiak Elżbieta	lekarz dent.	K9/183	Lekarze dentyści powiatu otwockiego
36)	Leśniak-Trzeźniewska Agnieszka	lekarz dent.	K9/193	Lekarze dentyści m. Radom (A)
37)	Łojek Jarosław	lekarz dent.	K9/190	Lekarze dentyści powiatów ostrowskiego, makowskiego i wyszkowskiego
38)	Machowicz Rafał	lekarz	K9/007	Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (D)
39)	Machowski Michał	lekarz	K9/010	Lekarze Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (A)
40)	Madej Krzysztof	lekarz	K9/006	Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (C)
41)	Magdziarz-Miller Magdalena	lekarz	K9/036	Lekarze Szpitala CMKP im. Orłowskiego w Warszawie, CMKP w Warszawie oraz PAN w Warszawie
42)	Makuch Krzysztof	lekarz	K9/065	Lekarze SZPZLO Warszawa-Ochota oraz SZPZLO Warszawa-Bemowo-Włochy
43)	Małkiewicz Elżbieta	lekarz dent.	K9/168	Lekarze dentyści dzielnicy Ochota m.st. Warszawa
44)	Małkiewicz Konrad	lekarz dent.	K9/168	Lekarze dentyści dzielnicy Ochota m.st. Warszawa
45)	Matuszak Bartłomiej	lekarz dent.	K9/185	Lekarze dentyści powiatu pruszkowskiego
46)	Michałowski Andrzej	lekarz	K9/026	Lekarze Wojskowego Instytutu Medycznego przy ul. Szaserów w Warszawie (A)
47)	Miłośni Piotr	lekarz	K9/036	Lekarze Szpitala CMKP im. Orłowskiego w Warszawie, CMKP w Warszawie oraz PAN w Warszawie
48)	Moczyłowska Marta	lekarz	K9/028	Lekarze poradni MON: CePeLek, Pracowników Wojska w Warszawie, WAT, WIL oraz lekarze m.st. Warszawa
49)	Mroczek Andrzej	lekarz	K9/051	Lekarze Luxmed, Magodent oraz CM Carolina w Warszawie (C)
50)	Nekanda-Trepka Ładysław	lekarz	K9/098	Złoty Wiek – lekarze m.st. Warszawa (H)
51)	Nowak Maciej	lekarz	K9/004	Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (A)
52)	Osiadacz Małgorzata	lekarz	K9/112	Lekarze Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim
53)	Ozierański Krzysztof	lekarz	K9/006	Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (C)
54)	Pachucki Janusz	lekarz	K9/005	Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (B)
55)	Paluszek Dariusz	lekarz dent.	K9/167	Lekarze dentyści dzielnicy Śródmieście m.st. Warszawa (B)
56)	Patena Konrad	lekarz	K9/051	Lekarze Luxmed, Magodent oraz CM Carolina w Warszawie (C)
57)	Pawliszak Piotr	lekarz	K9/018	Lekarze Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie (B)
58)	Piątkiewicz Jacek Antoni	lekarz	K9/060	Lekarze medycyny pracy m.st. Warszawa
59)	Piwowarczyk Liliana	lekarz dent.	K9/191	Lekarze dentyści powiatów mińskiego i garwolińskiego
60)	Płoński Andrzej	lekarz	K9/038	Lekarze Szpitala Wolskiego w Warszawie
61)	Polański Jerzy	lekarz	K9/035	Lekarze Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie
62)	Popowski Wojciech	lekarz dent.	K9/156	Lekarze dentyści Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

63)	Potocka Monika	lekarz dent.	K9/167	Lekarze dentyści dzielnicy Śródmieście m.st. Warszawa (B)
64)	Pruszczyk Katarzyna	lekarz	K9/045	Lekarze Instytutu Hematologii w Warszawie oraz lekarze SPZOZ Warszawa-Ursynów m.st. Warszawa
65)	Radecki Paweł	lekarz	K9/135	Lekarze Szpitala w Ostrołęce
66)	Radwański Paweł	lekarz	K9/152	Lekarze Szpitala Powiatowego w Grójcu oraz lekarze powiatów grójeckiego i białobrzeskiego
67)	Reymond Jerzy	lekarz dent.	K9/193	Lekarze dentyści m. Radom (A)
68)	Rostkowska Olga	lekarz	K9/011	Lekarze Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (B)
69)	Rudzińska Teresa	lekarz	K9/009	Lekarze Dziecięcego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (B)
70)	Rychłowska-Pruszyńska Magdalena	lekarz	K9/033	Lekarze Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie
71)	Sanocki Marcin	lekarz	K9/009	Lekarze Dziecięcego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (B)
72)	Siarkiewicz Andrzej	lekarz dent.	K9/183	Lekarze dentyści powiatu otwockiego
73)	Siergiej Małgorzata	lekarz	K9/056	Lekarze Szpitala przy ul. Madalińskiego w Warszawie oraz lekarze m.st. Warszawa
74)	Skarżyński Henryk	lekarz	K9/114	Lekarze Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i lekarze powiatu przyszkowskiego
75)	Skomska-Pawliszak Małgorzata	lekarz	K9/018	Lekarze Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie (B)
76)	Sobiech Piotr	lekarz dent.	K9/156	Lekarze dentyści Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
77)	Sowiński Jacek	lekarz	K9/118	Lekarze Szpitala STOCER w Konstancinie, CKR w Konstancinie i lekarze powiatu piaseczyńskiego
78)	Stańczak Ryszard	lekarz	K9/111	Lekarze Szpitala Powiatowego w Wołominie
79)	Stopiński Marek	lekarz	K9/112	Lekarze Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim
80)	Sulma-Urban Bożena	lekarz dent.	K9/185	Lekarze dentyści powiatu przyszkowskiego
81)	Szarla Anna	lekarz	K9/018	Lekarze Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie (B)
82)	Szoszkiewicz Michał	lekarz	K9/042	Lekarze Szpitala przy ul. Barskiej w Warszawie oraz lekarze dzielnicy Ochota m.st. Warszawa
83)	Targowski Michał	lekarz	K9/065	Lekarze SZPZLO Warszawa-Ochota oraz SZPZLO Warszawa-Bemowo-Włochy
84)	Tatar Arkadiusz	lekarz	K9/051	Lekarze Luxmed, Magodent oraz CM Carolina w Warszawie (C)
85)	Tetera Małgorzata	lekarz	K9/152	Lekarze Szpitala Powiatowego w Grójcu oraz lekarze powiatów grójeckiego i białobrzeskiego
86)	Topolska-Kotulecka Mery	lekarz dent.	K9/185	Lekarze dentyści powiatu przyszkowskiego
87)	Twardziak-Romanowska Monika	lekarz	K9/135	Lekarze Szpitala w Ostrołęce
88)	Wincianas Piotr Artur	lekarz	K9/059	Lekarze ZUS, NFZ, MZ, MEiN, NIZP-PZH-IŻiŻ oraz lekarze m.st. Warszawa
89)	Zarachowicz Małgorzata	lekarz	K9/045	Lekarze Instytutu Hematologii w Warszawie oraz lekarze SPZOZ Warszawa-Ursynów m.st. Warszawa
90)	Zawadka Mateusz	lekarz	K9/007	Lekarze Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM (D)

§2

1. W 73 rejonach wyborczych uznano wybory za nieważne z powodu braku spełnienia wymogu kworum wyborczego zgromadzenia wyborczego.

2. Lista rejonów, o których mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do obwieszczenia.

§3

1. W 71 rejonach wyborczych nie przeprowadzono wyborów z powodu niezgłoszenia kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026.

2. Lista rejonów, o których mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2 do obwieszczenia.

§4

Niniejsze obwieszczenie podlega niezwłocznej publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

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

**Uchwała nr 153/R-VIII/21
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 17 listopada 2021 r.**

**w sprawie ustalenia terminu obrad
XLIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego
Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza**

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.), w zw. z 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) – uchwała się, co następuje:

§1

Ustala się termin obrad XLIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na 2–3 kwietnia 2022 r.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała nr 154/R-VIII/21
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 17 listopada 2021 r.**

**w sprawie przyjęcia Regulaminu Lekarskiego
Budżetu Partycypacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza**

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

§1

1. Przyjmuje się Regulamin Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała nr 156/R-VIII/21
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 17 listopada 2021 r.**

**w sprawie możliwości przeznaczenia środków
w kwocie do 200 000 zł netto na realizację
Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza**

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

§1

1. Wyraża się zgodę na zabezpieczenie środków finansowych w wysokości do 200 000 zł (słownie: dwieście tysięcy złotych 00/100) netto na realizację Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.
2. Kwota, o której mowa w ust. 1, wyasygnowana zostanie ze środków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§2

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

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała nr 158/R-VIII/21
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 17 listopada 2021 r.**

**w sprawie utworzenia Funduszu Wydawniczego
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof.
Jana Nielubowicza**

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.), w zw. z 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 na podstawie §4 pkt 17 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, stanowiącego załącznik do uchwały nr 11/Z-VIII/21 XLII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 24 kwietnia 2021 r., uchwała się, co następuje:

§1

1. Tworzy się Fundusz Wydawniczy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, zwany dalej: „Funduszem”.
2. Środki finansowe na Fundusz wyasygnowane zostaną ze środków przeznaczonych w preliminarzu budżetowym w danym roku na działalność Komisji ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§2

Regulamin Funduszu stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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



Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. dr. hab. n. med.
Mieczysława Szostka

znakomitego chirurga naczyniowego, nauczyciela akademickiego, autora wielu prac naukowych.

Wybitnej postaci świata medycyny.

Byłego konsultanta Światowej Organizacji Zdrowia, bezpartyjnego posła na Sejm PRL IX kadencji, prorektora AM w Warszawie, prezydenta Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych, wiceprezesa Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej, odznaczonego m.in. Krzyżem Wielkim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Złotym Medalem „Za zasługi dla obronności kraju”.

Wyrazy głębokiego współczucia
Rodzinie, Bliskim i Przyjaciółom

składa Łukasz Jankowski,
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
i Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.



16 listopada 2021 r. odszedł na zawsze
nasz Drogi, Ceniony Kolega

prof. dr. hab. n. med.
Mieczysław Szostek

Żegnaj, Mieciu, będziemy o Tobie zawsze pamiętali.

Rodzinie i Bliskim
składamy wyrazy szczerzego współczucia.

Koleżanki i koledzy z okresu studiów
w Akademii Medycznej w Warszawie
rocznik 1952–1958



Dr. Markowi Duczkowskiemu

wyrazy najszczerzego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i koledzy
z Zakładu Diagnostyki Obrazowej
Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.



Z żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej sympatycznej Koleżanki

Ewy Rosnowskiej

lekarza analityka.

Łączymy się w bólu z Rodziną Zmarłej.

Koleżanki i koledzy ze studiów w Akademii Medycznej
w Warszawie rocznik 1952–1958



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
naszego Kolegi

Kacpra Gajdy

rezydenta psychiatrii, pełnego empatii lekarza, który
swoim pacjentom poświęcał wyjątkowo wiele uwagi.

Był także niezwykle zaangażowany w życie naszej
społeczności lekarskiej, pełniąc funkcję sekretarza
w Porozumieniu Rezydentów OZZL,
a następnie Regionu Mazowieckiego OZZL.

Zawsze gotowy walczyć
o korzystne dla środowiska medycznego i pacjentów
zmiany w systemie ochrony zdrowia.
Rodzinie składamy wyrazy współczucia.

Łukasz Jankowski,
prezes ORL w Warszawie,
i członkowie ORL w Warszawie



Naszej Koleżance **Ewie Zasadzie** przekazujemy wyrazy
głębokiego współczucia z powodu śmierci **Męża**

dr.
Wojciecha Serednickiego

Zespół Anestezjologiczny Szpitala
The Christie NHS Foundation Trust w Manchesterze



Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr.
Mirosława Klukowskiego

chirurga,
wspaniałego Lekarza i Kolegi,
delegata na krajowe
i okręgowe zjazdy lekarskie,
przewodniczącego
Okręgowej Komisji Wyborczej,
wieloletniego przewodniczącego
Komisji ds. Stażu Podyplomowego.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają

Lukasz Jankowski,
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie
i Komisja ds. Stażu Podyplomowego.



FUNDACJA
PRO SENIORE
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE

Zapraszamy seniorów lekarzy/lekarzy dentystów
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.

Koleżanki i Koledzy,
uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się
przez lekarzy i lekarzy dentystów, 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: do 31 grudnia 2021 r.

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

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



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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

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: Adrian Boguski – a.boguski@oilwaw.org.pl, Michał Niepytalski – m.niepytalski@oilwaw.org.pl,
Urszula Wolińska-Kuñaj – u.wolinska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Karolina Kowalska,
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-Szłaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

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



Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski, 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 Winciunas, 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 Latoszek-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. 22-542-83-32

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. 22-542-83-28

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, odz@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 Jeziótkowska, tel. 660-679-737

Marketing i reklama tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16), tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30, poniedziałek, wtorek, 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





Program ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów

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

PAMIĘTAJ O PONOWNYM ZŁOŻENIU DEKLARACJI

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

program obsługuje:
ins INS Service
insurance agency

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy.

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



ubezpieczenie utraty dochodu, odszkodowanie nawet do 180 tys. zł



ubezpieczenie ochrony prawnej nawet do 500 tys. zł



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



ubezpieczenie NNW związane z ekspozycją na HIV / WZW



PZU Wojażer dla lekarzy na cały rok

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

Specjalna oferta ubezpieczeń OC dla podmiotów leczniczych

Gwarantujemy:

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

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

ins INS Services
insurance agency

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

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

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