

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

PAŹDZIERNIK 2022 (nr 330)



TEMAT NUMERU:

PRZYSZŁOŚĆ (NIE)OKREŚLONA

- » Jest reforma, radźcie sobie
- » W kontrze: Likwidacja stażu
- » Tykająca bomba kadrowa

» *Speak up!*: Samorząd

» O samoukach i nieukach

» Pinokio u lekarza

 izba-lekarska.pl

 [oilwarszawa](https://twitter.com/oilwarszawa)

 [oilwarszawa](https://facebook.com/oilwarszawa)

 [oilwarszawa](https://instagram.com/oilwarszawa)

TEMAT NUMERU:

PRZYSZŁOŚĆ (NIE)OKREŚLONA

- 3** **Jest reforma, radźcie sobie**
Adrian Boguski
- 7** **Rezydent**
Jerzy Bralczyk
- 8** **W kontrze: Likwidacja stażu**
- 12** **Tykająca bomba kadrowa**
Małgorzata Solecka
- 14** **Nie zadawaj pytań**
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- 16** **Tak tu się pracuje**
Dariusz Paluszek



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI

w numerze m.in.:

OPINIE

- 18** **O samoukach i nieukach**
Paweł Walewski
- 23** **Wojna i medycyna**
Paweł Kowal

LEKARZ VS. PACJENT

- 20** **Pinokio u lekarza**
z prof. Ewą Mojs
rozmawia Kamila Hoszcz-Komar

BEZ ZNIECZULENIA

- 22** **Psychodeliki**
Marek Balicki

NO-FAULT

- 24** **Bezpieczeństwo pacjenta
zaczyna się od kultury**
Robert Mołdach

MEDIACJE

- 26** **Dogadać się – to nic nie kosztuje**
z Andrzejem Siarkiewiczem
rozmawia Michał Niepytalski

PRAWO

- 30** **Aktualności prawnomedyczne**
Filip Niemczyk

NA PRZESTRZENI LAT

- 42** **Historia Polski w szpitalu na Jazdowie**
z Krzysztofem Królikowskim
rozmawia Adrian Boguski

PO GODZINACH

- 46** **Na ratunek królowej sportu**
z Konradem Bońdą
rozmawia Kamila Hoszcz-Komar



Fot. M. Najdzik

Speak up! Odcinek 2.: Samorząd

PIOTR PAWLISZAK – p.f. prezesa ORL w Warszawie

Jakie wady ma samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów? Przyjąwszy rolę lekarza niezainteresowanego działaniami samorządu, musiałbym wymienił dwie: obowiązkową przynależność i składkę członkowską. Od siebie mogę dodać to, co mi doskwiera najbardziej: brak możliwości stania się prawem oraz inicjatywy ustawodawczej.

Mark Twain użył kiedyś sformułowania „*skromny, jak gazeta pisząca o swoich zaletach*”. Na łamach naszego biuletynu powstrzymam się zatem od opisu zalet izb i skupię na drzemającym w nich potencjale. Punktem wyjścia do rozważań musi być ustawa o izbach lekarskich – art. 5. wymienia zadania izb lekarskich, ale w zapisie tym kryje się pewna pułapka, w którą wielu (także wieloletnich) działaczy samorządowych wpadło. Zapis brzmi: „*Zadaniem samorządu lekarzy jest w szczególności: (...)*”. Kluczem jest fragment mówiący „w szczególności”, oznacza bowiem, że katalog zadań jest półotwarty. Błędem poznawczym (a siłą rzeczy także

interpretacyjnym) jest więc założenie, że ustawa nas ogranicza, choć starsi działacze wielokrotnie w takim tonie pisali i mówili. Wyłapanie tego niuansu ułatwiło mi pracę z zapisami dotyczącymi umów przetargowych i pozwoliło na wsparcie prawników.

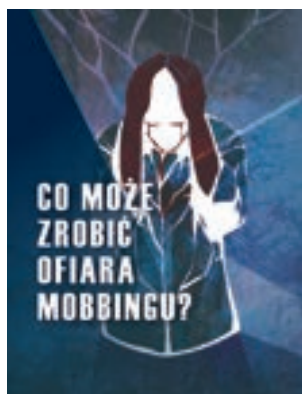
Co wynika z tych rozważań? Że możemy zaryzykować i puścić wodze fantazji. W sytuacji, kiedy Naczelna Rada Lekarska stoi przed decyzją o podwyższeniu składki członkowskiej od nowego roku, a my dokonujemy przesunięcia myślenia o działaniach izby w stronę „*sky is the limit*”, czujemy się jednocześnie w obowiązku być bliżej Was. Chcemy poprawnie diagnozować i rozumieć Wasze potrzeby i oczekiwania względem samorządu. Na sąsiedniej stronie zamieszczamy wy-cinek z ustawy o izbach zakreślający ich zadania. Tym razem zachęcam do tego, by zasygnalizować nam, czego brakuje w naszej izbie. Czego oczekujecie od samorządu, o którym moglibyście powiedzieć „*to samorząd, który jest blisko nas*” lub „*to mój samorząd*”.

Specjalnie dla Was uruchomiliśmy skrzynkę e-mail: speakup@oilwaw.org.pl. Jeżeli któryś z (nie tylko moich) felietonów lub artykułów przywiódł Wam na myśl jakiś pomysł dotyczący działalności samorządowej, teraz jest czas, by nam o tym napisać.

Jeden z moich ulubionych cytatów przypisywanych (choć podobno błędnie) J.F. Kennedy’emu brzmi: „*Jedna osoba jest w stanie zrobić różnicę. I każdy powinien spróbować*”. Rozpocząłem cykl „*Speak up!*” z myślą, by właśnie do tego Was zachęcić.

To jest Wasz czas.

To jest Wasz samorząd. ●



Przeciwdziałamy mobbingowi

Wnawiązaniu do zapoczątkowanej w poprzednim numerze naszego miesięcznika inicjatywy, by głośno mówić o problemach środowiska lekarskiego, na str. 28–29 zamieszczamy plakat z informacjami skierowanymi do osób, które czują, że padły ofiarą mobbingu. Plakat został przygotowany we współpracy z prawniczkami zajmującymi się problematyką medyczną, działającymi wraz z OIL w Warszawie w ramach programu „Prawnik dla lekarza”. Ułatwi ofiarom mobbingu udokumentowanie niewłaściwych wobec nich zachowań, co staje się szczególnie istotne w postępowaniach przed sądami. Przypominamy, że izba jest miejscem, w którym znajdują Państwo pomoc – nie tylko prawną.

Zachęcamy też do wypełnienia anonimowej ankiety dotyczącej mobbingu na stronie internetowej: izba-lekarska.pl. ●

Ustawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich

Art. 5. Zadaniem samorządu lekarzy jest w szczególności:

- 1) ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie;
- 2) sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza;
- 3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji lekarzy będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wydawanie dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”;
- 3a) przyznawanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz wydawanie dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”;
- 3b) przyznawanie warunkowego prawa wykonywania zawodu oraz wydawanie w tym przypadku dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”;
- 3c) przyznawanie warunkowego prawa wykonywania zawodu pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentystry posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty oraz wydawanie w tym przypadku dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”;
- 4) zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczanie w wykonywaniu zawodu;
- 5) prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy;
- 6) prowadzenie postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu;
- 7) prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy;
- 8) opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych;
- 9) przewodniczenie komisjom przeprowadzającym konkursy na stanowisko ordynatora i uczestnictwo w konkursach na inne stanowiska w ochronie zdrowia, jeżeli odrębne przepisy tak stanowią;
- 10) opiniowanie kandydatur lekarzy na stanowiska lub funkcje, jeżeli odrębne przepisy tak stanowią;
- 11) prowadzenie rejestrów lekarzy, rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie praktyk lekarskich na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej, rejestrów podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy oraz rejestrów lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód lekarza;
- 11a) przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej w przypadku, o którym mowa w art. 30a ust. 3 pkt 3 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (DzU z 2020 r., poz. 849);
- 12) opiniowanie warunków pracy i płac lekarzy;
- 13) integrowanie środowiska lekarskiego;
- 14) działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy;
- 15) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia;
- 16) opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza bądź występowanie o ich wydanie;
- 17) prowadzenie badań dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza;
- 18) udzielanie zainteresowanym lekarzom informacji dotyczących ogólnych zasad wykonywania zawodu, zasad etyki lekarskiej, a także o przepisach dotyczących ochrony zdrowia;
- 19) prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin;
- 20) współdziałanie z organami administracji publicznej, związkami zawodowymi oraz innymi organizacjami w kraju i zagranicą w sprawach dotyczących ochrony zdrowia i warunków wykonywania zawodu lekarza;
- 21) współpraca z samorządami zawodów medycznych i innymi organizacjami reprezentującymi zawody medyczne w kraju i zagranicą oraz organami państw członkowskich Unii Europejskiej w zakresie spraw określonych w art. 6a ust. 2 i 2a ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU z 2021 r., poz. 790); współpraca z organami państw członkowskich Unii Europejskiej jest realizowana za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrzny IMI, zwanego dalej „systemem IMI”, w zakresie określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1024/2012 z 25 października 2012 r. w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym i uchylającym decyzję Komisji 2008/49/WE („rozporządzeniu w sprawie IMI”) (Dz. Urz. UE L 316 z 14.11.2012, str. 1, z późn. zm.);
- 22) współpraca z towarzystwami naukowymi, uczelniami i instytutami w kraju i zagranicą;
- 23) zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich;
- 24) wykonywanie innych zadań określonych w odrębnych przepisach.

Jest reforma, radźcie sobie

ZAKOŃCZYŁA SIĘ JESIENNA REKRUTACJA NA SPECJALIZACJE. JEDNĄ Z NAJ-ISTOTNIEJSZYCH INNOWACJI NABORU BYŁA NIEWĄTLIWIE MOŻLIWOŚĆ WSKAZANIA PRZEZ KANDYDATA 15 WYBRANYCH KIERUNKÓW SPECJALIZACJI REALIZOWANYCH W PLACÓWKACH NA TERENIE CAŁEGO KRAJU. WPROWADZONE ZMIANY MIAŁY UCZYNIĆ REKRUTACJĘ SPRAWIEDLIWSZĄ I BARDZIEJ EFEKTYWNĄ DLA SYSTEMU. PRAKTYKA DOWODZI JEDNAK, ŻE NAWET NAJBARDZIEJ POŻĄDANE ZMIANY NALEŻY WPROWADZAĆ Z ODPOWIEDNIM WYPRZEDZENIEM I PRZYGOTOWANIEM.

tekst **ADRIAN BOGUSKI**



Fot. K. Bartyzel

OD REZYDENTÓW DLA REZYDENTÓW

Wdrożenia proponowanego przed czterema laty (przez zespół powołany po głośnym proteście rezydentów w 2017 r., na mocy porozumienia z ministrem zdrowia) systemu naboru centralnego na rezydentury, który rządzący wprowadzili tej jesieni, środowisko oczekiwało z niecierpliwością. Upatrywano w nim nadziei na sprawiedliwszą, obiektywną i jednolitą ocenę kandydatów starających się o miejsce na swojej wymarzonej specjalizacji. Bez wątplenia zaletą tego systemu jest możliwość składania aplikacji na rezydentury we wszystkich województwach kraju, co eliminuje problem rejonizacji, z którym co roku borykali się kandydaci. Nieograniczona terytorialnie rekrutacja ma sprawić, że na rezydentury dostaną się najlepsi w Polsce medycy.

– *Podczas badania, które przeprowadziliśmy, zbierając dane do naszego projektu, 98 proc. młodych lekarzy opowiedziało się za wprowadzeniem naboru centralnego. W 2018 r. opracowaliśmy system, w którym każdy kandydat może wybrać 100 wariantów szkolenia specjalizacyjnego według gradacji od najbardziej do najmniej pożądanego. To rozwiązanie szczególnie korzystne dla kandydatów, którzy znają placówki i wiedzą, które z nich dobrze kształcą – przypomina dr Jarosław Biliński, przewodniczący zespołu opracowującego projekt zmian, członek NRL, były wiceprezes ORL w Warszawie, nauczyciel akademicki z Katedry i Kliniki Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM.*

Wprowadzenie tej zmiany jeszcze przed pandemią zdaniem Ministerstwa Zdrowia było niemożliwe. W rozmowach z zespołem opracowującym projekt zasłaniano się gotowym Systemem Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Dokonanie w nim poprawek miało tylko nastęrczyć trudności. Czas pokazał, że modyfikacje udało się wdrożyć, choć nie w takim zakresie, jaki proponowało środowisko. Możliwość wskazania 15 wariantów specjalizacji i 3 jednostek akredytowanych, realizujących każdą ze wskazanych specjalności, to jednak nowość, której ideę na pewno warto docenić. Gorzej jednak przedstawia się praktyka.

KTO PIERWSZY...

Wedle nowych zasad o przyznaniu miejsca na rezydenturę w wybranej placówce może zdecydować pierwszeństwo złożenia wniosku niezawierającego formalnych błędów. Cała „papierologia” odbywa się oczywiście za pośrednictwem SMK. Załatwienie spraw związanych ze specjalizacją przed monitorem to oczywiście korzystne rozwiązanie. Tegorocznych kandydatów, którym stresu w tym miesiącu nie brakuje, martwi jednak fakt, że być może sprawność systemu zadecyduje, czy uzyskają miejsce w wymarzonej jednostce. W przypadku co najmniej dwóch lekarzy z takim samym wynikiem procentowym na liście rankingowej bierze się pod uwagę dodatkowo średnią ocen uzyskanych w toku studiów. Jeżeli i to nie przyniesie rozstrzygnięcia, o przyznaniu miejsca na rezydenturze decyduje właśnie pierwszeństwo zgłoszenia.



– Rozmawiając z tegorocznymi kandydatami, usłyszałam, że system sam ich wylogowywał. Kryterium dotyczące kolejności złożenia wniosku jest pozbawione sensu. Kiedy ja przystępowałam do rekrutacji, takiego zapisu w regulaminie nie było, w związku z czym wyobrażam sobie, jak duży stres powodowała konieczność logowania się wszystkich jednocześnie od razu po otwarciu terminu rozpoczęcia rekrutacji. Słyszałam od kandydatów, że system informatyczny nie wytrzymał przeciążenia i jednym udało się zarejestrować, a drudzy musieli powtórzyć próbę, co przy obecnych kryteriach już zmniejsza ich szansę. Trudno uwierzyć, że wszystkich wad systemu się pozbyto i przy dużym obciążeniu serwera absolutnie nic złego się nie stanie – zwraca uwagę lek. Klaudia Gutowska, rezydentka w II Klinice Położnictwa i Ginekologii WUM, przewodnicząca Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie.

Uruchamiając możliwość wyboru 15 kierunków specjalizacyjnych w SMK, nie wprowadzono algorytmu, który wyświetlałby na koncie kandydata jednostki akredytowane, w których są jeszcze wolne miejsca. Obecnie to kandydaci, widząc listę wszystkich oddziałów prowadzących szkolenia specjalizacyjne, muszą wyszukiwać informacje na temat wolnych miejsc.

– Sądzę, że to problem, który wymaga wypracowania rozwiązania. Szczególnie że tegoroczni kandydaci mówią wprost, iż brak informacji o wolnych miejscach w konkretnych jednostkach wprowadza ich w błąd – dodaje Klaudia Gutowska.

Późne wydanie projektu rozporządzenia dotyczącego nowego systemu rekrutacji z pewnością nie ułatwiło życia kandydatom. Swój sprzeciw w tej sprawie opublikowała Naczelna Rada Lekarska. Przyszli rezydenci wymieniają się na forach w mediach

społecznościowych wiedzą na temat nowego postępowania kwalifikacyjnego, ale to za mało. Centrum e-Zdrowia uruchomiło wprawdzie szkolenia z obsługi nowych funkcji SMK dla tegorocznych kandydatów, ale ich prowadzenie w trakcie rekrutacji, w przypadku, kiedy o dostaniu się na specjalizację może zdecydować kolejność zgłoszenia, potęguje stres i zwiększa zamieszanie. Wydanie aktu wykonawczego oraz przeprowadzenie szkoleń powinno odbyć się dużo wcześniej – twierdzą przyszli rezydenci.

POTRZEBA ZMIANY FORMUŁY EGZAMINÓW

NRL w swoim stanowisku zwróciła uwagę również na zawyżanie punktacji w jesiennej rekrutacji: „(...) nieuzasadnione jest przyznawanie w postępowaniu konkursowym aż 140 punktów w przypadkach braku dokumentu potwierdzającego ocenę za test lub za egzamin oraz za posiadanie tytułu specjalisty uzyskanego zagranicą, który został na podstawie odrębnych przepisów uznany za równoważny z PES. NRL postuluje przyznawanie w tych przypadkach minimalnej liczby punktów możliwej do uzyskania za egzamin specjalizacyjny, tj. 116. Ponadto regulamin postępowania kwalifikacyjnego niewystarczająco precyzyjnie opisuje sposób prowadzenia postępowania kwalifikującego na szkolenia specjalizacyjne”.

Zawyżenie punktacji w danym przypadku spowoduje, że większa liczba kandydatów będzie miała możliwość otrzymania miejsca na specjalizacji. Jednak, czy w kształceniu kadr medycznych nie powinno chodzić nie tyle o liczbę lekarzy, ile o jakość ich wykszolenia?

FORMA

Graf. licencja OIL w Warszawie

– Rządzący robią wszystko, żeby jak najszybciej „wyprodukować” specjalistów, niezależnie jakim kosztem i w oderwaniu od jakości ich przygotowania. Chodzi o to, żeby szybko dostarczyć na rynek specjalistów, by figurowali na listach zatrudnionych w szpitalach. To sztuczne zapychanie luk, które ciągle się pogłębiają – komentuje dr Jarosław Biliński.

System egzaminowania lekarzy, a także obecne zasady kwalifikacji na rezydentury to szerszy problem związany ze szkoleniem specjalistów w polskiej ochronie zdrowia. W 2018 r. zespół, którym kierował dr Biliński, zaproponował Ministerstwu Zdrowia nową formę egzaminu lekarskiego. W swoim projekcie lekarze przewidzieli możliwość przystąpienia do LEK/LDEK po 11. semestrze studiów lekarskich i po 9. semestrze studiów lekarsko-dentystycznych, aby student przed naborem mógł nawet dwukrotnie podjąć próbę poprawy wyniku punktowego pierwszego egzaminu. Sam egzamin projektowany był na wzór amerykańskiego USMLE i miał być oparty w 50 proc. na pytaniach dotyczących przypadków klinicznych.

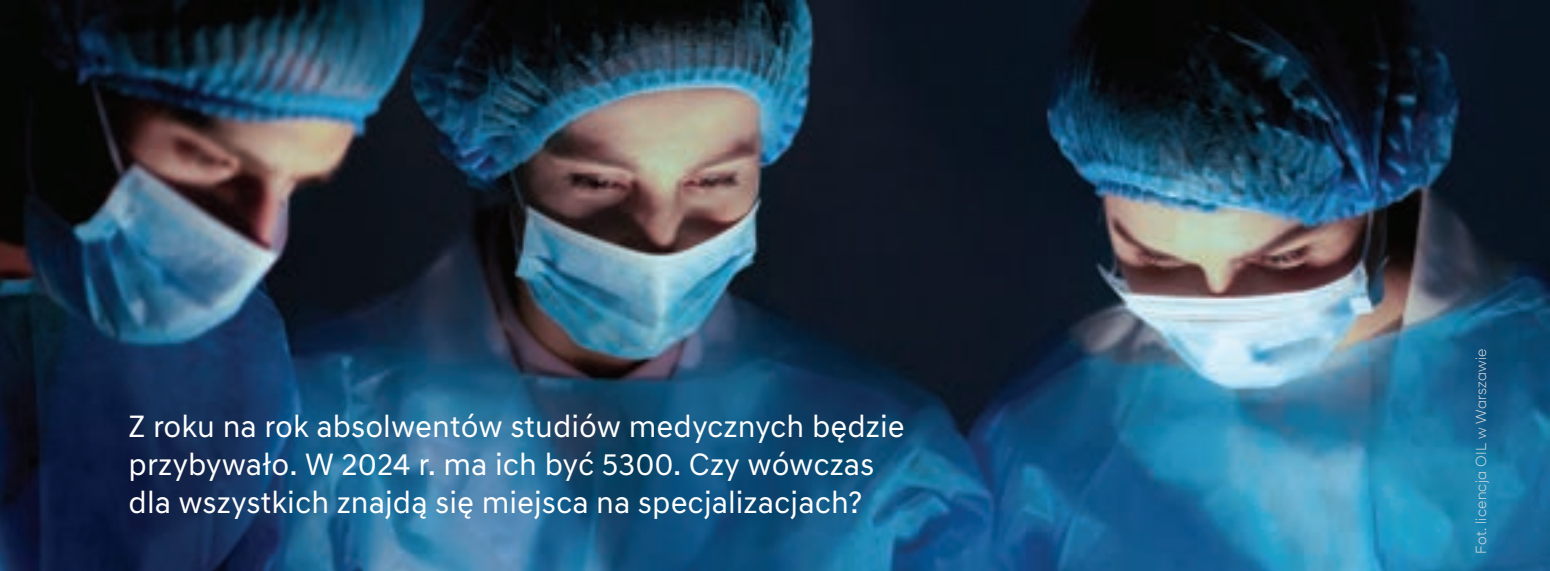
– Kryteria przyznawania punktów, które decydują o dostaniu się na specjalizację, zostały bardzo „spłaszczone”. To pewnego rodzaju loteria, której stawką jest miejsce w konkretnych szpitalach. Nietrafionym pomysłem było wprowadzenie bazy pytań LEK/LDEK. To bardzo zły sposób sprawdzania wiedzy przyszłych rezydentów. Egzamin w obecnej formie nie sprawdza żadnych kompetencji, mija się z celem. Apeluję, żeby powrócić do egzaminów, które dostarczają miarodajnej informacji o kompetencjach kandydata. Egzamin, który my proponowaliśmy w 2018 r., oparty był na rozwiązywaniu przypadków klinicznych. To tzw. model amerykański.

Każde kolejne pytanie wynika z poprzedniego, co pozwala sprawdzić logiczne myślenie lekarza i jego umiejętności prowadzenia leczenia – tłumaczy wykładowca WUM.

Siłą rzeczy w ślad za czysto teoretycznymi egzaminami, opracowanymi na podstawie dostępnej bazy pytań, idą wymogi kwalifikacji na szkolenia specjalizacyjne. Obecnie o przyznaniu miejsca rezydenckiego lekarzowi, który ukończył staż, decydują: wynik LEK/LDEK, posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych, co najmniej trzyletni okres zatrudnienia do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego, w pełnym wymiarze czasu pracy w jednostce akredytowanej.

– Forma rekrutacji powinna służyć ocenie kompetencji w zakresie danej specjalizacji, nie tylko ocenie osiągnięć naukowych. W systemie punktowym nie możemy ocenić, czy kandydat ma zdolności manualne (jeżeli chce zostać chirurgiem) albo czy dysponuje wyobraźnią przestrzenną (kiedy aplikuje na specjalizację z radiologii). Nowe systemy rekrutacji np. w firmach polegają na ocenie wiedzy i umiejętności pracownika, a tutaj brak tej oceny. Mamy suchy, całkowicie teoretyczny system punktowy – mówi Klaudia Gutowska.

Stopień naukowy i publikacje w pismach naukowych są oczywiście cenne, wpisują się w ideę ustawicznego kształcenia, jednak w tym przypadku nie odzwierciedlają możliwości zawodowych kandydata. Kiedy więc autorzy projektu rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów już ochłoną po wprowadzonych zmianach, mogą myśleć o kolejnych, może nawet bardziej gruntowych, takich jak reforma LEK lub warunków podjęcia specjalizacji.



Z roku na rok absolwentów studiów medycznych będzie przybywało. W 2024 r. ma ich być 5300. Czy wówczas dla wszystkich znajdą się miejsca na specjalizacjach?

ODWIECZNY PROBLEM

Z danych, które przedstawia Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, wynika, że w jesiennym naborze na specjalizację udostępniono 4218 miejsc rezydentkich, podczas gdy kandydatów (lekarzy z PWZ) do podjęcia szkolenia jest 4679. Według stanowiska Ministerstwa Zdrowia (opublikowanego w odpowiedzi na pytanie RynkuZdrowia.pl) miejsca rezydentkie zostały przyznane na podstawie liczby absolwentów, którzy ukończyli studia w 2021 r., a w październiku 2021 rozpoczęli staż podyplomowy. Przy założeniu, że wszyscy podjęli staż terminowo, tegorocznych kandydatów na rezydentury jest więc 3797. Trzeba podkreślić, że z roku na rok absolwentów studiów medycznych będzie przybywało. W 2024 r. ma ich być 5300. Czy wówczas dla wszystkich znajdą się miejsca na specjalizacjach?

– Warto zwrócić uwagę na problem, który był w Hiszpanii, czyli emigrację absolwentów kierunków medycznych. W przypadku braku miejsc specjalizacyjnych wielu młodych lekarzy podejmuje szkolenie poza granicami naszego kraju. Jeszcze szybciej niż za kilka lat taką decyzję mogą podjąć lekarze chcący szkolić się na specjalizacjach deficytowych, dlatego, że nadal nie mamy zapewnionych godnych warunków do szkolenia w tych dziedzinach – zauważa Klaudia Gutowska.

Choć temat specjalizacji deficytowych poruszany jest co roku, perspektywy na wykształcenie specjalistów w takich dziedzinach jak chirurgia ogólna, hematologia, pediatria, onkologia kliniczna i przynajmniej kilkanaście innych opublikowanych na liście MZ, są po prostu marne. Poza tym wolnych miejsc na niemal połowę tych kierunków jest mniej niż przed rokiem.

– Tutaj wąskim gardłem jest liczba specjalistów, którzy mogą kształcić rezydentów, i liczba miejsc akredytowanych. Liczby specjalistów niestety nie zwiększymy, a wprowadzanie przepisów pozwalających na opiekę specjalisty nad więcej niż trzema rezydentami może się źle skończyć. Potrzeba większego docenienia prowadzących specjalizację – zaznacza Jarosław Biliński.

Jedyną zachętą do podjęcia szkolenia w dziedzinach deficytowych jest wyższe miesięczne wynagrodzenie rezydentów:

od 135 do 303 zł. Jednak nie chodzi tylko o kwestie finansowe. Te specjalizacje często są po prostu trudniejsze i bardziej obciążające.

– W przypadku mojej specjalizacji – hematologii, w której ma się do czynienia z chorobami zagrażającymi życiu, ze śmiercią, a leczenie jest niezwykle skomplikowane, drogie, w kilku ostatnich naborach na Mazowszu nie było chętnych. W ciągu trzech lat do naszej kliniki przychodziły pojedyncze osoby, a hematologów powinno być co najmniej drugie tyle, czyli około tysiąca. Obecnie pracuje ich około 550 i nie ma więcej chętnych, a tylko w ciągu trzech ostatnich lat liczba pacjentów hematologicznych wzrosła o 170 proc. Podobnie jest na internie, pediatrii, chirurgii ogólnej – specjalizacjach deprecjonowanych, a równie trudnych. Lekarze są słabo wynagradzani, a oddziały niedoceniane, więc jak możemy zachęcić młodych? Finanse to rzecz zdecydowanie najważniejsza. Różnica w wynagrodzeniu powinna wynosić przynajmniej 30 proc. na rzecz specjalizacji deficytowych, choć tak naprawdę dopiero podniesienie stawki o połowę czy wręcz jej podwojenie realnie zachęciłoby lekarzy do szkolenia się w tych specjalizacjach. Drugą ważną kwestią są warunki pracy. Należy odbiurokratyzować pracę lekarzy i wprowadzić w końcu asystentów medycznych, którzy nadal są asystentami-widmo – dodaje dr Biliński.

Na te zmiany zapewne jeszcze długo przyjdzie nam poczekać. Wprowadzenie częściowych reform w rekrutacji na specjalizacje na pewno nie zażegna problemu braku specjalistów w polskiej ochronie zdrowia. To problem złożony, poczynając od naboru na studia lekarskie przez staż lekarski oraz formę LEK/LDEK po jakość szkolenia rezydentów. A jakość szkolenia wynika z tego, w jakich warunkach pracują specjaliści. Zabiegani, zmieniający w ciągu dnia miejsce pracy, z pewnością nie poświęcą tyle czasu na przygotowanie do zawodu następców, ile by mogli. Nie da się wszystkiego załatwiać w ciągłym chaosie, a niestety tak dziś funkcjonuje ochrona zdrowia. Z przymrużeniem oka można by powiedzieć, że wprowadzając zmiany w rekrutacji rezydentów niemal w trakcie jej trwania, decydenci już przyzwyczajają młodych lekarzy do rzeczywistości przyszłej pracy – „radźcie sobie”. ●

Rezydent

W LOGICZNEJ INTERPRETACJI FORM SŁOWOTWÓRCZYCH REZYDENT REZYDOWAŁBY W REZYDENCJI I TO JEGO REZYDOWANIE ZWAŁOBY SIĘ REZYDENTURĄ. W ŻYWYM, NIE ZAWSZE LOGICZNYM JĘZYKU SPRAWA JEST BARDZIEJ SKOMPLIKOWANA.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot.: K. Bortyzel

Już samo *rezydować* (z łacińskiego *residere*) może oznaczać ‘posiadać (gdzieś) siedzibę’, ale też tylko ‘przebywać’. Miejsce, nie funkcja jest tu ważne. Rzeczownik *rezydent* zaś (z *residens*) może nazywać bardzo różne osoby. Historycznie u nas *rezydentem* najpierw nazywano członka królewskiej przybocznej rady. Później ta nazwa odnosiła się do przedstawiciela jakiegoś państwa w innym państwie, przy czym zwykle chodziło o przedstawiciela szczególnego, o wielkich uprawnieniach – mianowicie o dyplomatycznego przedstawiciela państwa-protektora w państwie mu podporządkowanym, zależnym. To był właściwie gubernator. Ważny był taki *rezydent*. Inne jednak znaczenie tego słowa odnosiło się, przeciwnie, do kogoś bardzo uzależnionego. Na różnych dworach szlacheckich, a z czasem i w pomniejszych rodzinach byli *rezydenci*, najczęściej ubodzy krewni, którzy żyli na łaskawym chlebie (po rosyjsku taki rezydent nazywał się *nachlebnik*). Często były to kobiety *rezydentki* – tu z żeńską formą, inaczej niż w przypadku *prezydenta*, kłopotu nie mamy, ale też ta forma tylko do ostatniego znaczenia się odnosiła.

Jak widać, określenie *rezydent* wiązało się z miejscem przebywania, *rezydowania*, ale charakter tego przebywania był różny. Raz taki *rezydent* był władny i możny, raz przeciwnie. Z kolei zakres słowa oznaczającego miejsce przebywania – *rezydencja* – odnosi się tylko do tej pierwszej sfery. *Rezydencja* to miejsce reprezentacyjne, związane albo z władzą (świecką czy duchowną), albo z wyjątkowym statusem społecznym i majątkowym. Były rezydencje królewskie, rezydencje możnowładców, biskupie, a dzisiaj także niejednego nowobogacki chciałby móc tak nazywać swój dom. I nazywa. Dawniej mówiono o kimś, kto zamieszkał u kogoś na utrzymaniu, że *osiadł na rezydencji*, ale teraz to znaczenie już przestało. Może jeszcze taki ktoś mówić o swojej

rezydenturze, ale zazwyczaj nie chce, bo takie przebywanie na utrzymaniu nie jest powodem do chwały.

Wyraz *rezydent* na tyle jest językowo atrakcyjny, że z odpowiednimi przydawkami miewa znaczenia bardziej specyficzne. *Rezydentem podatkowym* każdy z nas mógłby się nazwać, bo płacimy podatki zawsze w jakimś kraju, zwanym (dla celów podatkowych zapewne) *rezydencją podatkową*. Mamy tam *rezydenturę podatkową*. Mało kto z nas zdaje sobie sprawę z tej terminologii.

Trudniej zostać *rezydentem wywiadu*, który kieruje w obcym i zazwyczaj nie do końca zaprzyjawnionym kraju *rezydenturą wywiadu* – to tajny, o dużej sprawczości szef siatki zwanej brutalnie *szpiegowską*. Bywa to niebezpieczne dla obu stron, przy czym dość tajemnicze i dlatego romantyczne, ale też często obciążone daleko posuniętą niechęcią. *Rezydentem* bywa również ksiądz osiadły na jakiejś parafii, a właściwie na plebanii, bez szczególnych obowiązków, a i uprawnień. Różne są powody takiego rezydowania, ale samo określenie *ksiądz rezydent* jest dostatecznie zgrabne i przecież o niczym nie przesądza.

No i oczywiście są *rezydenci*, o których od czasu do czasu głośno w mediach z powodu braku dostatecznego określenia ich statusu. To lekarze z uprawnieniami, a jakże, ale jakoś nie do końca. Z uposażeniem, ale i tu z problemami. Kim są naprawdę, moi czytelnicy wiedzą lepiej ode mnie, ale czy samym rezydentom odpowiada ta nazwa, pewien nie jestem. A nawet do nich nie pasuje. Przecież to nie miejsce rezydowania określa ich status i sposób odbywania rezydentury. Ani władzy szczególnej, ani tajności, ani zaszczytu, ani nieco upokarzającej bezczynności...

Tyle że brzmi to dobrze. ●

W KONTRZE

Likwidacja stażu poddyplomowego – garść faktów

Fot. licencja OLL w Warszawie



Fot. K. Bartyzel

WIOSNĄ TEGO ROKU WICEMINISTER ZDROWIA PIOTR BROMBER UDZIELIŁ WYWIADU „DZIENNIKOWI GAZECIE PRAWNEJ”, W KTÓRYM OMAWIANE BYŁY M.IN. MINISTERIALNE PLANY LIKWIDACJI STAŻU PODDYPLOMOWEGO. PUBLIKACJA WYWOŁA DYSKUSJĘ NA TEMAT ZASADNOŚCI TAKIEJ FORMY EDUKACJI MŁODYCH LEKARZY. DYSKUSJĘ NIE PIERWSZĄ I ZAPEWNE NIE OSTATNIĄ.

tekst **MICHAŁ NIEPYTAŃSKI**

W kwietniowym wywiadzie Piotr Bromber zwracał uwagę na potrzebę zwiększenia ilości czasu poświęconego praktyce lekarskiej już podczas studiów medycznych: „Zajęcia kliniczne muszą być »przy pacjencie« i w małych grupach. Tylko wtedy mają sens. Będzie też nowość: **praca dla studenta** [podkreślenie – red.]. Pierwotnie zakładaliśmy, że to rozwiązanie umożliwi zatrudnianie studentów od trzeciego i czwartego roku nauki w szpitalach w określonym zakresie kompetencji. Ale zespół, który pracuje nad zmianami, a w którym są m.in. pracownicy medyczni ze szpitali i wykładowcy, młodzi lekarze, poszedł dalej. Chce, aby docelowo było to rozwiązanie stosowane już od pierwszego roku. Byłoby ono dodatkowym komponentem praktycznym uzupełniającym kształcenie. Lepiej, żeby student nie dorabiał w kawiarni czy restauracji, ale w szpitalu”.

Trzeba dodać, że zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty „środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego (...) przekazuje marszałkowi województwa minister właściwy do spraw zdrowia”. Innymi słowy są to pieniądze z budżetu państwa. Tymczasem w wywiadzie udzielonym „Pulsowi” pod koniec kwietnia Piotr Bromber na pytanie, kto będzie finansował pracę studentów, odpowiedział: „Rzecz jasna podmioty lecznicze. Zatrudnienie studentów nie będzie w żadnym wypadku obowiązkowe, nawet dla szpitali klinicznych. Jeżeli podmiot leczniczy zainteresuje się współpracą ze studentami, będzie zobligowany podpisać stosowne umowy i je sfinansować”.

Wiceminister w rozmowie z „DGP” ujawnił ponadto, że Ministerstwo Zdrowia rozważa możliwość wprowadzenia dobrowolnego stażu podyplomowego dla absolwentów kierunków lekarskich, którzy po studiach nie będą się czuli wystarczająco przygotowani do samodzielnego wykonywania zawodu.

Wątek stażowy kwietniowej rozmowy dziennikarek „Dziennika Gazety Prawnej” z Piotrem Bromberem pojawił się w nawiązaniu do wcześniejszej o kilka miesięcy deklaracji resortu zdrowia, o niezwłocznym podjęciu inicjatywy legislacyjnej dotyczącej zniesienia obowiązkowego stażu podyplomowego. Była to reakcja na postulat Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, która w październiku 2021 r. przyjęła uchwałę o treści skierowanej do Ministerstwa Zdrowia, by ów obowiązek znieść. Uzasadnienie było następujące: „W opinii KRAUM zniesienie obowiązkowego stażu podyplomowego dla absolwentów kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego jest w pełni uzasadnione wysokim poziomem kształcenia na tych kierunkach, potwierdzonym przez Polską Komisję Akredytacyjną oraz liczne akredytacje międzynarodowe”.

Warto zwrócić uwagę, że likwidacja stażu podyplomowego stanowiłaby domknięcie swoistego cyklu rozpoczętego w 2012 r., kiedy... został zlikwidowany obowiązkowy staż podyplomowy. „Puls Medycyny” pisał wówczas: „Rezygnuje się z wymogu odbywania stażu podyplomowego w stosunku do absolwentów studiów rozpoczętych po 1 października 2012 r. W jego miejsce wprowadza się dwusemestralne praktyczne nauczanie zawodu w dziedzinach klinicznych, które ma odbywać się na ostatnim roku studiów (szóstym na kierunku lekarskim i piątym na kierunku lekarsko-dentystycznym). Ma się to wiązać z wprowadzeniem obowiązku złożenia egzaminów z najważniejszych przedmiotów na roku przedostatnim. Dzięki temu student ostatniego roku, po przedstawieniu zaświadczenia o stanie studiów, będzie mógł przystąpić do Lekarskiego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego”. Motorem zmian była wówczas, podobnie jak i dziś, chęć jednorazowego szybkiego zwiększenia liczby pełnoprawnych lekarzy.

Nowy stan rzeczy nie potrwał jednak długo. Nim osoby, które rozpoczęły studia w 2012 r., zdążyły je ukończyć, w 2016 r. ówczesny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł mówił: „Przywrócenie stażu podyplomowego (...) z pełnym prawem wykonywania zawodu, wydawanym w celu odbycia stażu podyplomowego na czas odbycia stażu pod nadzorem opiekuna, jest rozwiązaniem korzystnym dla wszystkich stron włączonych w udzielanie świadczeń zdrowotnych”. Większość nowych przepisów weszła w życie 1 stycznia 2017 r. ●

STANOWISKO OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 7 WRZEŚNIA 2022 R.

w sprawie koncepcji likwidacji stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty

Staż podyplomowy jest obecnie nieodłączną częścią procesu kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Najważniejszym celem stażu podyplomowego jest umożliwienie lekarzom przyswojenia umiejętności praktycznych w zakresie pracy z pacjentami. Dzisiejszy stan prawny oraz faktyczny w znacznym stopniu utrudniają zdobywanie przez przyszłych lekarzy umiejętności praktycznych w trakcie kształcenia przeddyplomowego.

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie stoi na stanowisku, że likwidacja stażu podyplomowego odbije się negatywnie na kształceniu oraz umiejętnościach lekarzy i lekarzy dentystów. Podobnie wprowadzenie dobrowolności, tj. możliwości rezygnacji ze stażu podyplomowego na życzenie absolwenta studiów medycznych, może skutkować gorszym przygotowaniem do wykonywania zawodu lekarza.

Aby właściwie przygotować studentów do praktycznego wykonywania zawodu z pominięciem stażu podyplomowego, konieczna byłaby nie tylko zmiana programu studiów, ale również znaczące wsparcie finansowe uczelni medycznych w Polsce. Nauczanie praktyczne przy łóżku pacjenta powinno się w tym przypadku odbywać w schemacie 1–2 osób uczących się na każdego nauczającego.

W celu poprawy jakości kształcenia podyplomowego rekomendujemy wdrożenie zmian programu stażu podyplomowego, które zostały zawarte w ustawie z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (DzU 2020, poz. 1291). ●



Fot. archiwum

Słaby zastrzyk

W KON

STAŻ PODYPLOMOWY STANOWIŁ I NIEUSTANNIE STANOWI BARDZO WAŻNY ELEMENT KSZTAŁCENIA LEKARZY. JEST NIEODZOWNY W NABYWANIU UMIEJĘTNOŚCI, KTÓRYCH W TRAKCIE STUDIÓW NIESTETY OPANOWAĆ SIĘ NIE DA. A NA PEWNO NIE W TAKIM STOPNIU, BY MIEĆ GWARANCJĘ, ŻE ABSOLWENCI KIERUNKÓW LEKARSKICH DADZĄ SOBIE RADĘ NA ZAWODOWYM STARCIE.

tekst **JERZY KRUSZEWSKI**

Pewną przeszkodą w skutecznym nauczaniu studentów działań praktycznych na terenie placówek medycznych jest możliwość niewyrażenia zgody przez pacjenta na ich obecność podczas badania czy zabiegu. Trudno byłoby tę zasadę zmienić bez naruszenia norm społecznych. Przytoczę pewien przykład z własnych obserwacji: w Niemczech, gdzie przecież stażu podyplomowego nie ma, kliniki prowadzące zajęcia dydaktyczne dla studentów medycyny mają dla nich osobne wejścia. Student właściwie nie może się nawet kontaktować z pacjentami bez nadzoru.

Jest jeszcze argument związany z dbałością o pomyślny rozwój zawodowy młodych lekarzy. To właśnie na stażu, po zetknięciu się z realiami pracy poszczególnych klinik i oddziałów, podejmują ostateczną decyzję o wyborze specjalizacji. Często jest to decyzja zupełnie odmienna od ich planów po ukończeniu studiów wynikających z fascynacji poznaną na zajęciach teorią.

Argumenty przeciw likwidacji stażu oczywiście należy porównać z argumentami za jego likwidacją. Ale waga tych drugich szali nie przechyliła. Już ponad 10 lat temu, kiedy przeprowadzono inicjatywę legislacyjną likwidującą staż, padał koronny argument: skoro lekarzy jest za mało, dodatkowy, choć – co należy podkreślić – jednorazowy, zastrzyk kilku tysięcy nowych przedstawicieli naszej profesji jest wart zachodu. Pomijam już kwestię, że nim efekty owej legislacji zdążyły przynieść jakiegokolwiek skutki, zmieniły się władze i jedną z pierwszych decyzji nowego ministra zdrowia było „odkręcenie” reformy. Ale czy ten kilkudziesięciosobowy zastrzyk miałby spodziewaną skuteczność? Śmiem wątpić. Zapomina się przecież o tym, że likwidacja stażu wiąże się z wielkim obniżeniem standardów leczenia.

Polscy lekarze mają znakomitą opinię na świecie, znajdują bez trudu pracę w krajach zachodnich, a więc państwach o znacznie większym potencjale gospodarczym od polskiego, co skutkuje większymi możliwościami podwyższania jakości kształcenia. Tymczasem nasi lekarze niczym nie ustępują zagranicznym kolegom, choć kształcą się na uczelniach i zdobywają doświadczenie w placówkach medycznych, które o budżetach porównywalnych z budżetami szpitali niemieckich czy brytyjskich mogą najwyżej pomarzyć. To wystawia dobrą ocenę obecnemu systemowi kształcenia.

Kwestię zagraniczną w sprawie zastrzyku kadrowego trzeba poruszyć jeszcze w jednym kontekście – nie wiemy, jak duża liczba lekarzy owego planowanego zastrzyku kadrowego wykruszy się, właśnie dlatego, że tuż po studiach zaczną szukać pracy poza granicami kraju. W kalkulacjach warto natomiast brać pod uwagę warianty pesymistyczne.

Konkludując: mam wrażenie, że rozważania o likwidacji stażu są jednym z przejawów obniżania poziomu merytoryki w medycynie, która pozostaje wszak sztuką opartą na naukowych podstawach. Może dlatego, że w Ministerstwie Zdrowia na stanowiskach decyzyjnych jest coraz mniej osób wywodzących się ze środowiska medycznego? Zachodzące zmiany systemowe przyjmuję z zaciekawieniem, ale i niepokojem. Jestem obecnie sędzią Naczelnego Sądu Lekarskiego i widzę, że liczba spraw o błędy się zwiększa. Moim zdaniem, jeśli staż zostanie zlikwidowany, będzie ich jeszcze więcej. ●

Jerzy Kruszewski – profesor, specjalista alergologii i chorób wewnętrznych, konsultant Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM, były przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL

Dobry pomysł, ale brakuje zaplecza



Fot. archiwum

STAŻ PODYPLOMOWY BUDZI KONTROWERSJE OD 2012 R., GDY USTAWODAWCA WPROWADZIŁ ZMIANY W STANDARDACH KSZTAŁCENIA NA KIERUNKU LEKARSKIM I LEKARSKO-DENTYSTYCZNYM Z MYŚLĄ O JEGO ZNIESIENIU. OSIĄ TYCH ZMIAN BYŁO WPROWADZENIE ROKU PRAKTYCZNEGO, KTÓRY MIAŁ STAŻ ZASTĄPIĆ. W ZAMYŚLE IDEA TRAFNA, WZOROWANA NA MODELU KSZTAŁCENIA LEKARZY W WIĘKSZOŚCI KRAJÓW EUROPEJSKICH.

tekst **LESZEK DOMAŃSKI**

Podobny system kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków funkcjonuje od lat m.in. w Niemczech, gdzie nauka trwa sześć lat, a lekarz po studiach jest przygotowany do podjęcia pracy i uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu. Rok praktyczny realizowany jest w niemieckich szpitalach uniwersyteckich i innych współpracujących z uniwersytetem placówkach, które wręcz walczą o studenta szóstego roku, myśląc o nim jak o potencjalnym pracowniku.

Tymczasem w naszych warunkach po 10 burzliwych latach zmian w systemie kształcenia lekarzy (trzy lata wprowadzono nowy model, a następnie wycofano się z tej decyzji) w środowisku medycznym nadal trwa dyskusja nad sensem takiego rozwiązania. W tym czasie uczelnie nabyły nowych doświadczeń, wyposażone w nowoczesne narzędzia praktycznego kształcenia lekarzy, jakimi są centra symulacji medycznej, a w programie nauczania utrzymano rok praktyczny (szósty rok studiów). Przygotowane są również propozycje zmian w standardach kształcenia uwzględniające nowoczesne wzorce nauczania, z naciskiem na praktyczne wykorzystanie wiedzy, jakże istotne dzisiaj elementy komunikacji interpersonalnej i ustandaryzowany końcowy egzamin praktyczny, typu OSCE. Do rezygnacji ze stażu podyplomowego brakuje nam w środowisku medycznym nie tylko przekonania, ale i zaplecza, kadry klinicznej oraz pozaklinicznej, szerszej współpracy ze szpitalami pozauniwersyteckimi. One również, mimo dramatycznego braku lekarzy, nie widzą w tym rozwiązaniu żadnej korzyści.

Niewątpliwie myśl wpuszczenia, choćby jednorazowo, w system opieki zdrowotnej podwójnej liczby absolwentów medycyny, szczególnie gdy całe oddziały są zamykane z powodu braku kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, wydaje się być

bardzo atrakcyjna. Skrócenie realnego czasu kształcenia lekarzy z siedmiu do sześciu lat jest korzystne nie tylko dla lekarzy czy systemu opieki zdrowotnej, lecz również dla uniwersytetów medycznych, które wzbogacą się o nową kadre dydaktyczną. Przeznaczenie części środków, pozyskanych w wyniku zniesienia stażu podyplomowego, dla uniwersytetów w celu usprawnienia realizacji roku praktycznego byłoby dobrą inwestycją w poprawę jakości kształcenia i uzupełnienie braków kadrowych, z jakim borykają się uczelnie. Ułatwiłoby też współpracę ze szpitalami pozauniwersyteckimi. Żeby przekonać przeciwników zniesienia stażu podyplomowego, należy zadbać o to, aby wszystkie pozytywne, wynikające z kształcenia podczas stażu podyplomowego, przejęło kształcenie przeddyplomowe w ramach szóstego, przeciw praktycznego, roku. Absolwent studiów medycznych powinien mieć przeświadczenie, że kończąc sześciolatnie studia medyczne, jest w stanie rozpocząć dalsze, równie długie kształcenie specjalizacyjne, które tak czy inaczej przebiega pod kontrolą kierownika specjalizacji. Przeświadczenie to powinno wynikać nie tylko z dobrze przeprowadzonego roku praktycznego, lecz z całego sześciolatniego procesu kształcenia. W dzisiejszych trudnych czasach są to wyzwania nie tylko dla uniwersytetów medycznych, które wykazują gotowość do wprowadzenia zmian w kształceniu, ale dla całego środowiska odpowiedzialnego za kształcenie przed- i podyplomowe lekarzy. ●

Leszek Domański – profesor, Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych PUM, zachodniopomorski konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych, były przewodniczący podzespołu ds. reformy standardów kształcenia przy Ministerstwie Zdrowia

Tykająca bomba kadrowa

CZY POLSKA, OTWIERAJĄC NA POTĘGĘ KIERUNKI LEKARSKIE NA UCZELNIACH, KTÓRYM DO TEJ PORY PROWADZENIE TEGO TYPU STUDIÓW NAWET SIĘ NIE ŚNIŁO, WPISUJE SIĘ W STRATEGIĘ WHO, KTÓRA WŁAŚNIE WEZWAŁA KRAJE REGIONU EUROPEJSKIEGO DO „NIETRACENIA CZASU” I WDROŻENIA DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU WYELIMINOWANIE LUK KADROWYCH W OCHRONIE ZDROWIA I WZMOCNIENIE SIŁY ROBOCZEJ? MOŻNA BY TAK SĄDZIĆ, GDYBY...

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

W wrześniu w Tel Awiwie odbyła się pierwsza od trzech lat stacjonarna sesja Komitetu Regionalnego WHO dla Europy, podczas której zaprezentowano raport, opisujący – jak mówią przedstawiciele Światowej Organizacji Zdrowia – sytuację kadrową w systemach ochrony zdrowia w regionie (obejmującym kraje Europy i Azji Środkowej) w kategoriach „tykającej bomby”. WHO stawia sprawę jasno: nawet w krajach, które w tej chwili mogą się czuć bezpieczne, bo stopień nasycenia profesjonalistami medycznymi mają odpowiednio wysoki, nie powinno się popadać w samozadowolenie. Głównym i bezwzględnie rozgrywającym jest bowiem demografia. WHO zwraca uwagę, że rośnie liczba krajów, zwłaszcza w Europie, w których 40 proc. lekarzy ma więcej niż 55 lat. Autorzy raportu zauważają, że starzejące się kadry były poważnym problemem już przed pandemią COVID-19, ale w tej chwili problem nabrzmiał, spotęgowany wypaleniem zawodowym medyków. W efekcie kadry, mimo rosnącego popytu (ze względu na starzenie się społeczeństw, rozwój medycyny), stale się kurczą. *„Odpowiednie zastąpienie odchodzących na emeryturę lekarzy – oraz innych pracowników ochrony zdrowia i opieki – będzie istotnym problemem politycznym dla rządów i władz zdrowotnych w nadchodzących latach”* – czytamy w raporcie, a WHO wzywa kraje *„do podjęcia natychmiastowych działań w celu szkolenia, rekrutacji i utrzymania następnego pokolenia pracowników ochrony zdrowia”*.

A w Polsce? Do 24 uczelni w tej chwili kształcących przyszłych lekarzy dołączą dwie kolejne – Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu oraz Uniwersytet Hu-

manistyczno-Przyrodniczy w Częstochowie. Trzy następne (Akademia Kaliska, Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku oraz Katolicki Uniwersytet Lubelski), jak mówiła podczas spotkania doraźnego zespołu ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego pod koniec sierpnia Małgorzata Zadorożna, dyrektorka Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia, rozpoczną kształcenie przyszłych lekarzy od października 2023. Realne jest również uruchomienie od przyszłego roku akademickiego kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Warszawskim. Wiadomo, że ambicje otwarcia kierunku lekarskiego ma także Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu (wkrótce zmieni nazwę na Akademię Nauk Stosowanych). *„To duża wartość dla regionu i prestiż dla miasta”* – podkreślają lokalne dzienniki (kontrolowane przez państwowy Orlen).

Wszystko dzieje się bardzo szybko. Resort zdrowia we wrześniu zmienił wydane kilka tygodni wcześniej rozporządzenie w sprawie limitów przyjęć na studia lekarskie po to, by ośrodek w Elblągu, który otrzymał zgodę resortu edukacji, mógł przyjąć studentów. Elbląg otrzymał 75 miejsc, a limity podniesiono odpowiednio do 5386 miejsc na studiach stacjonarnych prowadzonych w języku polskim i 9481 miejsc ogółem. *„Wiąże się to z potrzebą zapewnienia każdemu pacjentowi lepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez wszystkich specjalistów, bez konieczności długiego oczekiwania na wizytę”* – brzmi uzasadnienie zmian w rozporządzeniu.

Jeszcze dekadę temu samorząd lekarski walczył o zwiększenie liczby miejsc na kierunkach lekarskich, a raczej o przesunięcia w ramach przyznawanej uczelniom puli na rzecz studiów stacjonar-



nych w języku polskim, finansowanych ze środków publicznych. Te postulaty były spełniane w daleko niewystarczającym stopniu, choć kryzys kadrowy stał się już rzeczywistością, a nie mającym na horyzoncie. Rząd PiS na początku pierwszej kadencji postawił na rewolucyjne rozwiązania, promując otwieranie kierunków lekarskich na uczelniach w mniejszych ośrodkach, np. w Radomiu i Opolu. Już wtedy były co prawda obawy (częściowo potwierdzone) o jakość kształcenia, dostępność kadr nauczycielskich i szeroko rozumianej bazy klinicznej, ale decyzji nie cofnięto. W ostatnich kilkunastu miesiącach, od kadł ministrem edukacji został Przemysław Czarnek, proces zyskał dodatkowy *booster* – już dwa ministerstwa naciskały na wyrowadzenie studiów lekarskich poza wąskie ramy uczelni akademickich. I słowo stało się ciałem. Uchwalono ustawę, która pozwala kształcić przyszłych lekarzy w bardzo szerokim spektrum szkół wyższych. Od początku mówiono, że dla Przemysława Czarnka najważniejsze jest to, by pozwolenie otrzymał Katolicki Uniwersytet Lubelski, i właśnie ze względu na tę uczelnię „uszyto” kryteria. Dla ministra zdrowia priorytetem wydaje się doprowadzenie do sytuacji, w której dyplom ukończenia kierunku lekarskiego nie będzie żadnym wyróżnikiem, a być może nawet nie będzie żadnym atutem, na rynku pracy.

Gdy minister mówi, że „dalekosiężna wizja powinna być nakierowana na poprawę dostępności pacjentów do lekarzy”, a taki cel można osiągnąć przez wzrost liczby jak najlepiej wyedukowanych specjalistów, którzy nie musieliby wyjeżdżać z kraju, bo tu cieszyliby się dobrymi warunkami pracy i płacy, to... mówi. Planuje, z pewnością, zwiększenie liczby lekarzy. Ale czy już specjalistów? Choćby warunki jesienno-ego naboru na specjalizację każą sądzić, że ministerstwo nie zamierza finansować na szerszą skalę rezydentur z dziedzin innych niż priorytetowe. Zarówno samorząd lekarski, jak i inne organizacje lekarzy wyrażają obawy (przekonanie?), że to nie wypadek przy pracy, lecz stała tendencja. Młodzi lekarze będą „przymuszani” do wyboru specjalizacji mało atrakcyjnych, choć systemowi niewątpliwie niezbędnych (chirurgii ogólnej,

interny, onkologii). Specjalizacje niepriorytetowe, choć prestiżowe i perspektywiczne (czytaj: dające perspektywy również w sektorze prywatnym), będą zaś musiały być realizowane w trybie pozarezydenturkim. Państwo będzie zatem finansować kształcenie specjalistów na własnych warunkach.

To pierwsze niebezpieczeństwo. Ale duży znak zapytania postawiony przez lekarzy dotyczy jakości kształcenia przeddyplomowego. I w oficjalnych stanowiskach, i w rozmowach w mediach społecznościowych oraz opiniach wymienianych w kularach konferencji i zjazdów jak refren przewija się wątpliwość, na ile równoważne będzie ukończenie studiów na kierunku lekarskim w Elblągu czy Częstochowie oraz na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym lub Uniwersytecie Jagiellońskim? Zmiany zasad egzaminu lekarskiego (pytania z bazy) nie pomagają rozwiązać tych wątpliwości i obaw. Doświadczeni lekarze mówią wprost, że otwieranie na potęgę kierunków lekarskich w połączeniu z systemem kredytowania studiów płatnych da mieszankę piorunującą, której pierwszymi ofiarami będą młodzi lekarze: gorzej wykształceni, z gorszymi wynikami LEK, przegrają wyścig do miejsc specjalizacyjnych lub będą skazani (by móc liczyć na umorzenie zaciągniętego kredytu) na specjalizację wskazaną przez państwo.

Na razie nie widać, by to zniechęcało kandydatów na lekarzy. Przeciwnie, kierunki lekarskie w mniejszych miastach cieszą się szczególnie dużym wzięciem. Na Uniwersytecie Zielonogórskim na jedno miejsce przypadło w tym roku 46 kandydatów, a na Uniwersytecie Opolskim i Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu o jedno miejsce ubiegało się 19 osób. Jest również zainteresowanie kredytami: wnioski do końca sierpnia złożyło już kilkuset chętnych. – *Zakładamy, że liczba tych wniosków wzrośnie jeszcze w okolicach października, kiedy do nauki przystąpią zakwalifikowani na pierwszy rok studiów odpłatnych* – mówiła podczas posiedzenia w ramach RDS przedstawicielka resortu zdrowia. ●



Fot. licencja OIL w Warszawie

Nie zadawaj pytań

KOŃCZYSZ STUDIA. TWOI KOLEDZY OD DŁUŻSZEGO CZASU ROZWIJAJĄ SWOJE KARIERY, AWANSUJĄ, ZARABIAJĄ. TY, PO SZEŚCIU LATACH ŻMUDNEGO ZAKUWANIA, DOSTAJESZ UPRAŻNIONY DYPLOM LEKARZA I MOŻESZ SKŁADAĆ WNIOSEK O STAŻ. MASZ NADZIEJĘ, ŻE TERAZ W KOŃCU ZACZNIESZ CZUĆ SIĘ DOROSŁY.

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

Zaczynasz staż. Trafiłeś do wielkiego szpitala akademickiego. Okazuje się, że niewiele się zmieniło w stosunku do tego, co było, gdy w tym samym miejscu miałeś zajęcia kliniczne. Studenci i stażyści, tworzący tłumek snujący się gdzieś w ogonie wielkiego obchodu z szefem kliniki, są traktowani niemal *en bloc*, jako ci, którzy dopiero się uczą i jeszcze nie można im niczego powierzyć, bo niewiele potrafią. W sumie tak właśnie jest – nie czujesz się przygotowany do bycia lekarzem. Wiesz, że masz przyglądać się działaniom starszych kolegów i słuchać ich, nie wyrażać swojego zdania i nie zadawać głupich pytań.

Scenariusz może być jednak inny: zostajesz przydzielony na staż do małego, prowincjonalnego szpitala powiatowego. Jesteś zaskoczony życzliwym przyjęciem. Wszyscy zdają się cieszyć, że tu trafiłeś, traktują jak kolegę po fachu, nie studenta. Nagle czujesz się „prawdzi-

wym lekarzem”. Na biurku, które Ci przydzielono, łąduje sterta dokumentacji, starszy kolega pierwszego dnia idzie z Tobą na szybki obchód, wskazując, które sale pacjentów od jutra będą „Twoje”. Mówi: – *Jakbyś czegoś potrzebował, pytaj*. Potem pędzi do swoich pacjentów. Myślisz sobie: „Super, w końcu jestem traktowany poważnie!”. A potem Twoja radość i entuzjazm stygną, w miarę jak zaczynasz rozumieć, że z atmosferą koleżeństwa i szacunku idzie w parze założenie, że jesteś przygotowany do natychmiastowego wejścia na 100 proc. w rolę lekarza. Że poradzisz sobie sam, nie będziesz zawracał głowy innym, bo wszyscy mają i tak dużo pracy. Pod warstwą radości z bycia docenionym rozrasta się lęk, że zawiedziesz, obawy, że koledzy, którzy Ci zaufali i założyli, że dasz radę, dowiedzą się, że tak naprawdę niedużo potrafisz, że wielu rzeczy nie wiesz, że ani trochę nie czujesz się pewnie. Zaciskasz zęby, spędzasz kolejne kwadransy na samotnym

wczytywaniu się w historię chorób, sprawdzaniu leków, schematów terapii. Starasz się nie zadawać głupich pytań.

Z zadawaniem pytań w ogóle jest pewien problem. W amerykańskich filmach studenci pytają o przeróżne rzeczy, a wykładowcy traktują każde pytanie poważnie i z szacunkiem zaspokajają ciekawość dociekliwych. Ale nie żyjemy w Ameryce. Już na studiach (albo i wcześniej) nauczyłeś się, że zadawanie pytań jest ryzykowne. Przecież pokazujesz w ten sposób, że czegoś nie wiesz, nie rozumiesz. Jak możesz nie wiedzieć tak prostych rzeczy? Głupi jesteś, niedouczony? Jak udało Ci się skończyć studia? Czy Ty w ogóle nadajesz się na lekarza? Wiele razy to poczułeś albo byłeś świadkiem, jak prowadzący zajęcia potraktował pytającego z wyższością, lekceważeniem, wyśmiał, udowodnił mu, jak bardzo nie na miejscu było pytanie, jak źle świadczy o tym, kto je zadał. Nie pytasz więc, bo nie chcesz wyjść na niedouczonego. Albo gorzej: sam fakt, że czegoś nie wiesz, nie rozumiesz, że masz ochotę zapytać, jest dla Ciebie sygnałem, że prowadzący mieli rację, że jesteś głupi, niedouczony i musi minąć wiele lat, zanim zaczniesz sobą coś reprezentować. Lepiej się nie odzywać, bo prawda wyjdzie na jaw, a nie chcesz, by wszyscy się dowiedzieli, że tylko udajesz kompetentnego. Masz nadzieję, że zrozumiesz to zagadnienie, gdy poczytasz o nim w domu.

Syndrom oszusta (ang. *impostor syndrome*) to zjawisko psychologiczne polegające na wątpleniu w swoje talenty, umiejętności, podważanie własnych osiągnięć, np. przypisywanie ich łutowi szczęścia, połączone ze stałym lękiem przed odkryciem przez otoczenie, że nie jesteś kompetentny, przed „zdemaskowaniem”. Osoby o zapędach perfekcyjnych,

z niepewnym poczuciem własnej wartości, stawiając sobie nierealistyczne oczekiwania, nadmiernie krytyczne wobec siebie, mogą żyć w ciągłej obawie o to, że otoczenie odkryje ich prawdziwą (w domyśle: niedoskonałą, niegodną szacunku czy uznania) naturę. Ktoś z takimi cechami często nie wykorzystuje swoich możliwości w pełni, jest też narażony na wyższy poziom stresu, w konsekwencji na zaburzenia lękowe i depresyjne.

Istnieją środowiska szczególnie sprzyjające ujawnianiu się cech zespołu impostora, a także osoby bardziej do niego predysponowane. Do pierwszych zaliczymy z pewnością medyczny świat, z jego hierarchicznością i tradycją nieszanowania siebie nawzajem, do drugich – ambitnych, zdyscyplinowanych, dążących do perfekcji, krytycznych wobec siebie młodych ludzi, stojących u progu lekarskiej kariery. Podobnie jak w przypadku wypalenia, interwencje powinny uwzględniać zarówno działania zewnętrzne (zmianę atmosfery na bardziej otwartą, sprzyjającą zadawaniu pytań, wspierającą proces życiowego uczenia, z podkreśleniem przez starszych, że nikt nie jest nieomylny i że praca w medycynie wymaga nieustannego kształcenia się), jak i wewnętrzne, indywidualne (praca nad złagodzeniem perfekcjonizmu i autokrytyki, bardziej realistycznym widzeniem siebie i otoczenia, akceptacją siebie). Zatem: do dzieła! ●

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

Empatia a umieranie i śmierć

Dobre praktyki w relacji lekarz – pacjent – rodzina

Konferencja szkoleniowa
w trybie hybrydowym

II edycja 29 października 2022
10.00-16.00

Zapisy:
izba-lekarska.pl

Organizatorzy:



INSTYTUT
DOBREJ
ŚMIERCI





Tak tu się pracuje

W JESIENNYM POSTĘPOWANIU KWALIFIKACYJNYM NA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE MINISTERSTWO ZDROWIA PRYZNAŁO 4218 MIEJSC REZYDENCKICH, W TYM NA SPECJALIZACJE STOMATOLOGICZNE... 108. CO TO OZNACZA? TO, O CZYM ALARMUJEMY OD DAWNA I PRZY KAŻDEJ OKAZJI: SYSTEM PUBLICZNEJ STOMATOLOGII CORAZ BARDZIEJ JEST SPYCHANY NA BOCZNY TOR, A STOMATOLOGIĘ POZOSTAWIA W NIEWIDZIALNYCH RĘKACH RYNKU. NIC DZIWNEGO, ŻE LEKARZY DENTYSTÓW Z TYTUŁEM SPECJALISTY WYKSZTAŁCONYCH ZA PIENIĄDZE PODATNIKÓW TRZEBA BĘDZIE WKRÓTCE ZE ŚWIĘCĄ SZUKAĆ.

tekst **DARIUSZ PALUSZEK** – wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów



Fot. K. Bortyzel

Złosna proporcja świadczy o tym, że ustawodawca, albo bardziej dosłownie – rząd, nie jest zainteresowany kształceniem lekarzy specjalistów w dziedzinach stomatologicznych. Oczywiście, w odróżnieniu od lekarzy ogólnych, lekarz dentysta bez specjalizacji powinien mieć wiedzę i umiejętności wykonania zabiegów będących przedmiotem różnych specjalizacji, bo w końcu ma do tego pełne uprawnienia. Jednak tylko z pozoru to argument uzasadniający decyzje polityczno-urzędnicze. Bo prawda jest taka, że to ogólne założenie, które w wielu przypadkach mija się z rzeczywistością gabinetu zabiegowego.

Specjalizacja jest owocem zbieranego doświadczenia i potwierdzeniem chęci lekarza do zgłębiania wiedzy w danym kierunku. Wszak stomatologia, wbrew podważającej status naszego zawodu opinii, nie ogranicza się do zakładania tzw. plomb. To dziedzina wymagająca holistycznego spojrzenia na pacjenta, a nie tylko na skrawek jego stawu skroniowo-żuchwowego. Choroby, których źródło wypływa spośród korzeni zębów, mogą przejawiać się na tysiące sposobów, począwszy od tak pospolitych jak bóle głowy czy szumy w uszach. Zatem leczenie dentystyczne staje się często wysokospecjalistyczne. Oczywiście, część zabiegów możemy wykonywać po ukończeniu odpowiednich kursów i szkoleń, wzbogacając warsztat pracy doświadczeniami kilku, a nawet kilkunastu lat praktyki.

Ale właśnie specjalizacja jest optymalnym sposobem zgłębienia wiedzy w przyspieszonym tempie.

Tymczasem (wspominałem o tym w poprzednim numerze „Pulsu”) niedawno poznaliśmy zarys rozporządzenia o umiejętnościach medycznych. I widzimy w nim kierunek, w jakim będzie podążał ustawodawca. Kierunek spychania nauczania wąskich, specjalistycznych dziedzin stomatologii na towarzystwa naukowe. Obawiam się, że tak jak skomercjalizowano stomatologię dla pacjenta przez drastyczne ograniczenie refundacji zabiegów stomatologicznych przez NFZ, tak – zwiększając rangę niezależnych od państwa szkoleń specjalistycznych (nie specjalizacyjnych!) – skomercjalizuje się naukę stomatologii. A wkrótce powstanie „rynek umiejętności”, który wyprze specjalizację. Oferowane będą kursy przygotowane na kolanie w ośrodkach prywatnych, które w 99 proc. będą zainteresowane maksymalizacją zysku, a w 1 proc. jakością szkolenia. Doskonale wiemy, że gabinet stomatologiczny można i dziś obwieścić dyplomami, certyfikatami, których głównym celem jest wywarcie wrażenia na pacjencie, a niekoniecznie poświadczenie posiadania rzeczywistej wiedzy i umiejętności.

Co więcej, tytuł specjalisty daje pewne uprawnienia chociażby w orzecznictwie. Ma ogromne znaczenie, gdy dochodzi do sporów praw-

nych z pacjentem zarówno na gruncie odpowiedzialności cywilnej, karnej, jak i dyscyplinarnej. Specjalizacja daje też silniejszą pozycję lekarzowi w systemie publicznej ochrony zdrowia, np. w momencie negocjowania kontraktów. I wreszcie *last but not least*: daje pewność pacjentowi, że technika, którą zastosuję nawet podczas wizyty prywatnej, będzie miała państwowy gwarant, i że państwo swoim majestatem gwarantuje wysoki poziom świadczonej usługi.

Niestety, widać wyraźnie, że Skarb Państwa reprezentowany przez decydentów nie chce ponieść kosztów szkolenia specjalizacyjnego. Nas, lekarzy dentystów, zostawiono więc samych na pastwę piętrzących się problemów. Również tych o charakterze ogólnoludzkim: frustracji, wypalenia zawodowego, obniżenia nastroju, a wreszcie depresji. Lekarz dentysta będzie miał coraz mniej czasu dla rodziny, dla siebie, skoro – zamiast zrobić jednolity kurs specjalizacyjny – będzie się musiał cały czas uczyć na cząstkowych i wąsko zakrojonych szkoleniach. Co gorsza, nie będzie miał pewności, czy zapisał się na dobry kurs, bo brakuje obiektywnych mierników ich jakości.

Lekarz dentysta będzie miał coraz mniej czasu dla rodziny, dla siebie, skoro – zamiast zrobić jednolity kurs specjalizacyjny – będzie się musiał cały czas uczyć na cząstkowych i wąsko zakrojonych szkoleniach. Co gorsza, nie będzie miał pewności, czy zapisał się na dobry kurs, bo brakuje obiektywnych mierników ich jakości.

Podsumowując ten pesymistyczny wywód, pozwolę sobie przytoczyć pewną anegdotę. Współpracowałem kiedyś z anestezjologiem, który był znakomitym specjalistą, lubianym przez pacjentów, współpracującym z różnymi gabinetami stomatologicznymi. Cały sprzęt woził po Warszawie od placówki do placówki w swojej osobówce. Przez nawet pracy rzadko bywał w domu. Los sprawił, że wyjechał pracować w Danii. Spotkałem go, kiedy odwiedzał Polskę. Opowiedział mi taką historię:

„Wyobraź sobie, że poszedłem do pracy na siódmą rano i jeszcze prawie nikogo nie było. Przed ósmą zaczęli się schodzić współpracownicy. O dziewiątej był pierwszy zabieg. Skończył się o jedenastej. Potem przerwa i drugi zabieg od dwunastej do drugiej.

A potem już tylko wypełniałem dokumentację. Ostatecznie wyszedłem z pracy o wpół do czwartej po południu. I wiesz, co zrobiłem? No właśnie. Usiadłem na ławce i nie widziałem, co z sobą zrobić. Bo po raz pierwszy od 25 lat skończyłem pracę przed szesnastą”. A jak pracujemy w Polsce?

To nie jest śmieszne. To straszne. ●

Konferencja naukowa PTS Oddział w Warszawie

22 października, godz. 10.00–14.00

Online, platforma ClickMeeting,
4 pkt. edukacyjne

Zapisy: izba-lekarska.pl



O samoukach i nieukach

DYPLOMY, UMIEJĘTNOŚCI, CERTYFIKATY. WIEDZĘ LEKARZY POTWIERDZAJĄ EGZAMINY I PIECZĘCIE. ALE CZY PO ZREFORMOWANIU SYSTEMU KSZTAŁCENIA TYLKO ONA MA MIEĆ W TYM ZAWODZIE ZNACZENIE?

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

20 lat temu głośno było w Polsce o ujawnionym przez dziennikarzy „Gazety Wyborczej” skandalu dotyczącym kupowania testów egzaminacyjnych na II stopień specjalizacji. Komisje powołane w Ministerstwie Zdrowia i Ministerstwie Sprawiedliwości skupiły się nie tyle na ustaleniach, kto dawał łapówki, lecz kto je brał. W myśl zasady „okazja czyni złodzieja” napiętnowani mieli być organizatorzy egzaminów oraz osoby odpowiedzialne za przecieki, nie zaś lekarze, którzy kupili gotowe zestawy odpowiedzi za 2,5 tys. zł.

W środowisku afera nie rezonowała. Jakby proceder nikogo nie dziwił, a pęd do szybkiego załatwienia sobie tytułu i pokonania – ruchem szachowego skoczka – jednego z pierwszych szczebli zawodowej kariery mógł usprawiedliwiać łamanie prawa. Dziś, w zupełnie innym systemie kształcenia, do podobnych zdarzeń nie dochodzi na masową skalę, choć system nadal jest nieuporządkowany, co może rodzić pokusę ominięcia raf.

W Polsce szacunek do lekarzy rośnie przecież proporcjonalnie do posiadanych przez nich tytułów naukowych i szczegółowych specjalizacji. Stąd moda na wypisywanie na pieczętkach i drzwiach gabinetów bardzo wąskich nieraz kompetencji, nie zawsze potwierdzonych egzaminami. Doszło do tego, że mamy specjalistów skoncentrowanych na leczeniu chorób niezmiernie rzadkich, którzy nie potrafią rozpoznać zapalenia płuc, ale weryfikacja braku takich umiejętności praktycznie się nie zdarza.

Pamiętam rozmowę z prof. Adamem Ostrzeskim, kiedy był dyrektorem Instytutu Ginekologii Uniwersytetu Południowej Florydy w Tampie, który o kształceniu lekarzy w Polsce wypowiadał się nad wyraz krytycznie. Minęło od tego wywiadu 16 lat, ale warto jego fragment przytoczyć: „*W polskiej medycynie system zdobywania i nadawania tytułów naukowych jest absurdalny i przestarzały, w dużej*

mierze oparty na zwykłym kumoterstwie. Recenzje prac doktorskich i habilitacyjnych pisze się po przyjacielsku. W USA, by zdobyć tytuł profesora w naukach medycznych, trzeba przedstawić rzetelną pracę naukową popartą wynikami ogłaszającymi w renomowanych czasopiśmie. Ponadto kandydat jest oceniany pod kątem jego kompetencji klinicznych, właściwego sposobu nauczania i umiejętności prowadzenia badań naukowych. Profesor chcący utrzymywać praktykę, musi co sześć lat zdawać egzamin specjalizacyjny – razem ze swoimi uczniami, w tej samej sali. Nikt go z tego nie zwolni. Tymczasem w Polsce niejedyn profesor przez wiele lat może nie otworzyć podręcznika. Włos mu nie spadnie z głowy za to, że nie ma aktualnej wiedzy, jak badać i leczyć właściwie. A co gorsze, przekazuje przestarzałe informacje młodej generacji lekarzy”.

Ostatnie decyzje Ministerstwa Zdrowia w sprawie uzyskiwania certyfikatów zawodowych potwierdzających rozmaite umiejętności, wraz z nadaniem prawa do ich przyznawania towarzystwom naukowym oraz instytutom badawczym, wypełnią wreszcie lukę, która była dotąd niezagospodarowana. Wielu ma nadzieję, że przynajmniej ten wycinek doskonalenia zawodowego lekarzy zostanie ucywilizowany, choć od resortu oczekiwana jest bardziej kompleksowa reforma i niekoniecznie taka, jaką zaproponował.

Nowelizacja ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, w której zapisano możliwość kształcenia lekarzy poza uniwersytetami, w wyższych szkołach zawodowych, natychmiast wzbudziła sprzeciw. Słuszny, ponieważ to izby lekarskie sprawują pieczę nad poziomem wykształcenia medyków, dlaczego więc nikt z władzami samorządu takiego pomysłu nie skonsultował, a projekt przygotowany przez rząd trafił do parlamentu w ubiegłym roku z pominięciem opinii zainteresowanych stron?

Ale nie dziwi mnie to ostentacyjne pominięcie środowisk medycznych w sprawie nadania publicznym szkołom zawodowym prawa do kształcenia lekarzy. W przeciwnej sytuacji minister zdrowia nie mógłby ogłosić, że znalazł sposób na załatwienie dziury kadrowej w ochronie zdrowia, a minister edukacji nie mógłby chodzić w aureoli tego, kto przydał zawodowym szkołom publicznym prestiżu. Co ciekawe, wiceminister, który ogłaszał przygotowane zmiany, już dawno z kierownictwa resortu zdrowia wyfrunął. Pozostawiając listek figowy – warunek, że szkoły zawodowe planujące otwarcie wydziału lekarskiego muszą mieć doświadczenie w prowadzeniu studiów na co najmniej jednym kierunku przygotowującym do wykonywania zawodu medycznego. Chodzi o pielęgniarstwo, dietetykę i fizjoterapię, bo te kierunki rzeczywiście uchodzą za najmłodniejsze na wspomnianych uczelniach zawodowych. Ich historia zaczęła się w 1997 r., a kształcenie w nich, inaczej niż na uczelniach akademickich, odbywa się na studiach wyłącznie o profilu praktycznym. Obok pielęgniarstwa i fizjoterapeutów zdobywa tam naukę wielu przyszłych nauczycieli na kierunkach humanistycznych. Ale jak bez uprawnień do nadawania tytułów naukowych oraz bez doświadczenia w prowadzeniu badań naukowych szkoły te miałyby budować kadre z umiejętnościami kształcenia przyszłych lekarzy?

Jeśli komuś się wydaje, że można uczyć medycyny jedynie z wykorzystaniem centrów symulacji albo w formie wykładów zdalnych, które nie zapewnią bezpośredniego kontaktu z profesorem tej czy innej dziedziny medycznej, to nabiera młodych ludzi, którzy – zapewne pełni ideałów – zechcą z takiej oferty skorzystać. Państwowy egzamin na końcu studiów boleśnie ich rozliczy z wycinkowego przygotowania do zawodu, nie mówiąc o tym, że wielu umiejętności, których można nabyć w kołach naukowych przy klinikach uniwersyteckich, po prostu będą pozbawieni. Dopiero po kilku latach pojmą różnicę w sposobie kształcenia między ich „szkołą” a uniwersytetem medycznym.

Dramatyczny brak lekarzy wszystkim daje się we znaki, niezależnie od trudnych dla ochrony zdrowia czasów pandemii. I pewnie wielu pacjentów byłoby skłonnych przymknąć oko na sześć lat studiów swoich medyków, którzy zanim trafią do szpitali i przychodni, będą i tak musieli zdać państwowy egzamin, skończyć zunifikowane staże i szkolenia specjalizacyjne. Te ograniczenia, wcale niemałe po zakończeniu nauki podstawowej, stanowią sito, które nie powinno przepuścić niedouczonej absolwentów przypadkowych uczelni. Ale przedstawiona przez resort zdrowia oferta, choć może być miłą dla ucha zapowiedzią wzrostu liczebności kadr medycznych, jest pułapką dla marzących o medycynie. Już teraz podniesienie liczby absolwentów pociąga za sobą konieczność wygospodarowania większej liczby miejsc stażowych, co przy różnych organach właścicielskich szpitali w niektórych miastach bywa zadaniem karkołomnym.

Niezależnie od stopnia drabiny kształcenia – na poziomie akademickim czy późniejszym, na którym obowiązują mają certyfikaty umiejętności – jedno się od lat nie zmienia: każdy absolwent medycyny musi swoją zawodową pozycję w większym stopniu zawdzięczać osobistemu poświęceniu i indywidualnej aktywności niż formalnemu systemowi z rzadka promującemu (obok wiedzy) tzw. miękkie kompetencje, które w tym zawodzie przydają się na co dzień. „Kładąc nacisk na bezrefleksyjne zapamiętywanie coraz większego zbioru informacji, zapomnieliśmy o wartościach moralnych i etycznych. Szkoła trenuje dziś pamięć, nie kształci charakterów” – ubolewał niegdyś znany filozof prof. Zbigniew Szawarski. Jego spostrzeżenia dotyczące nauczania medycyny nie straciły na aktualności (zwłaszcza, jeśli zająć się nim mają szkoły zawodowe). Oby kwestie finansowe nie zaciążyły na jakości i metodach kształcenia lekarzy, które w dużej części odbywa się w szczególnym miejscu, jakim jest szpital. Nie tylko na salach seminaryjnych, lecz przy łóżkach chorych. Trudno wykrzesać z siebie ideały lekarskiego powołania, gdy uczelnie przeistaczają się w zawodówki nastawione na masową produkcję. W dodatku nie wiadomo – szamanów czy mistrzów? ●



Szczepienia przeciwko COVID-19

10-21 października

Zapisy telefoniczne
od 3 października: 22 542 83 33

Zespół ds. Szczepień ODR, w Warszawie 



Pierwsze, co przychodzi mi do głowy, to pytanie: dlaczego? Dlaczego pacjenci w rozmowie z medykami uciekają się do kłamstwa?

Motywy są bardzo zróżnicowane. Z jednej strony, to lęk. Często uwarunkowany kulturowo, np. w przypadku wystąpienia zmiany w organizmie od razu u pacjenta pojawiają się myśli, że to rak, że umrze. Dlatego będzie się starał jak najszybciej uzyskać diagnozę oraz pomoc poza kolejnością. Z drugiej strony, próby omińnięcia kolejek wynikają po prostu z niewiedzy, czy i na ile zaobserwowany objaw jest poważny. Zwłaszcza rodzice małych dzieci mają tendencję do nadreaktywności. Trzecim powodem jest mała wiara w skuteczność naszego systemu ochrony zdrowia, w tym dostępność lekarzy specjalistów. Dlatego chorzy szukają różnych sposobów, aby ominąć błędy systemu i znaleźć dla siebie skuteczną pomoc.

Czy możemy wskazać sytuacje, w których najczęściej pacjenci mijają się z prawdą?

Niejednokrotnie już w momencie poszukiwania pomocy. Kiedy pacjent zgłasza się pod numer 112 lub na SOR, ucieka się do wyolbrzymiania i zniekształcania objawów, aby jak najszybciej tę pomoc otrzymać. Na etapie diagnozy znowu pojawia się wyolbrzymianie objawów, wreszcie – w procesie leczenia choroby przewlekłej – zmienianie opisów zarówno objawów, jak i realizowania zaleceń, takich jak przyjmowanie leków, rezygnacja z nałogów, np. nadużywania alkoholu, zwiększenie aktywności, redukcja masy ciała. Okazało się, że ponad 30 proc. osób biorących udział w naszych badaniach klinicznych nie mówi prawdy. To bardzo dużo.

Możemy powiedzieć, że oszukiwanie lekarza w przekonaniu pacjentów ma być strategią w walce o swoje zdrowie. Ale każdy medal ma dwie strony: nieintencjonalnie narażają się na poważne konsekwencje.

Zdecydowanie tak. My, Polacy, jesteśmy w czołówce światowej w stosowaniu suplementów diety i innych preparatów

Pinokio u lekarza

W WYWIADACH PRZEPROWADZANYCH PRZEZ KATEDRĘ PSYCHOLOGII KLINICZNEJ UMP KAŻDY ANKIETOWANY LEKARZ MÓWIŁ, ŻE MIAŁ PACJENTA MIJAJĄCEGO SIĘ Z PRAWDĄ. O POZORNIE NIEWINNYCH KŁAMSTEWKACH I ICH KONSEKWENCJACH ORAZ NARZĘDZIACH WALKI Z TYM ZJAWISKIEM OPOWIADA PROF. DR HAB. **EWA MOJS**, KIEROWNIK KATEDRY I ZAKŁADU PSYCHOLOGII KLINICZNEJ UMP, PRZEWODNICZĄCA RADY NAUKOWEJ FUNDACJI NIE WIDAĆ PO MNIE.

rozmawia **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Fot. archiwum prywatne

lub zażywania leków poza konkretnym wskazaniem. Uwielbiamy się leczyć. Leczy na własną rękę, zgodnie z tym, co mówią inni ludzie i co znajdziemy w wyszukiwarkach internetowych. Niestety, w większości przypadków pacjenci nie dzielą się tym z lekarzem. To bardzo trudna sytuacja, gdyż może dochodzić do interakcji lekowych ze szkodą dla chorego, bo np. zaburzone zostanie wchłanianie substancji terapeutycznej.

Nie zapominajmy też o sytuacji, kiedy pacjent już się leczy, ale więź terapeutyczna z lekarzem jest stosunkowo słaba. Chory nie ma zaufania do lekarza i nie jest przekonany o zasadności podjętego leczenia. Bywa, że zamiast przestrzegać zaleceń, szuka innych specjalistów, weryfikuje diagnozy. To wyjątkowo niebezpieczne, bo

Na pewno psychiatria, co do tego jestem przekonana. Zwłaszcza w przypadku dzieci. Należy bardzo uważnie obserwować dziecko, a nie opierać się tylko na relacji rodziców. Jest wiele powodów, dla których rodzice chcą pozostawić dziecko w szpitalu. Z kolorującymi pacjentami zmagają się również internista. Przede wszystkim chodzi o osoby w podeszłym wieku. To bardzo smutne sytuacje, ale motywy pozostawiania pacjentów geriatrycznych przez opiekunów w szpitalu bywają różne, w dużej mierze wynika ono z potrzeby wytnienia.

Co w takim razie może zrobić lekarz? Czy ma narzędzia pozwalające zorientować się, że pacjent zataja informacje?

Test Morisky'ego-Greena samooceny stopnia współpracy

- Jak często zdarza Ci się zapomnieć o przyjęciu leku?
- Czy zdarza Ci się nie przestrzegać godzin przyjmowania leków?
- Czy pomijasz kolejną dawkę leku, jeśli dobrze się czujesz?
- Czy pomijasz kolejną dawkę leku, jeśli źle się czujesz?

5 – nigdy 4 – rzadko 3 – czasami 2 – często 1 – bardzo często

czas płynie. Czas bez diagnozy i leczenia może powodować, że choroby będą się pogłębiać, a tym samym utrudniać całkowite wyzdrowienie.

Czy to zjawisko ma wpływ na lekarzy i cały system?

Oprócz szkód zdrowotnych pacjent nie ponosi innych konsekwencji, bo za każdym razem, kiedy przyjdzie, mamy obowiązek go przyjąć. Ale są także szkody systemowe w postaci pieniędzy wydanych na niepotrzebne wizyty i hospitalizacje, które według obliczeń prof. Przemysława Kardasa pochłaniają aż 10 proc. budżetu. Niewiarygodne kwoty idą na zmarnowanie przez takie postawy pacjentów. Z kolei lekarze muszą się mierzyć z wypaleniem: bo wiedzą jak, chcą pomóc człowiekowi, a on tej pomocy nie przyjmuje.

Lekarze jakich specjalności są najbardziej narażeni na kontakt z nieszczerymi pacjentami?

W przypadku chorych przewlekle możliwość poznania ich podczas kolejnych wizyt i czas, który im poświęcamy, pozwala na zadanie kilku podobnych pytań, ale innych od strony formalnej, co ułatwia wychycenie nieścisłości w wywiadzie. Możemy także wykorzystać krótkie kwestionariusze, w których – co ciekawe – pacjenci chętniej ujawniają postępowanie pomijające standard terapeutyczny. Czas jest naszym sprzymierzeńcem, dlatego gorszą sytuację mamy na SOR, gdzie lekarze działają zgodnie z procedurą w obawie przed konsekwencjami błędów w sztuce. Wtedy pacjentowi łatwiej pewne informacje pominąć. Jeśli lekarz nie jest pewien, warto, by poprosił kolegę o drugą diagnozę. To bardzo użyteczne narzędzie weryfikowania motywów chorego, kiedy pracujemy w zespole.

Jak skłonić pacjenta do szczerości?

Nie wolno mu zarzucać braku prawdziwości. Trzeba raczej używać sformułowania: „nie do końca zrozumiałem” lub „informacje nie są dla mnie

całkiem jasne, spróbujmy jeszcze raz”. Porównanie różnic w „zeznaniach” daje pole do konfrontacji z pacjentem. Należy podejmować próby obiektywizacji objawów nie tylko na podstawie jakościowej, czyli „ból jest nie do zniesienia”, ale też ilościowej, np. wykorzystać skalę VAS (1–10), zaproponować porównania lub analogie. Ważna jest edukacja chorego w zakresie jego wpływu na skuteczność terapii oraz konsekwencji dla jego zdrowia. Warto też brać pod uwagę niewiedzę pacjentów dotyczącą terapii oraz leków i zachęcić ich do zadawania pytań, które rozwiązałyby ich wątpliwości i ułatwiły przestrzeganie zaleceń.

Pełniący funkcję prezesa ORL w Warszawie Piotr Pawliszak podczas kongresu „Zdrowie Polaków 2022” wyraził opinię, że zatajanie prawdy przez pacjentów ma istotny wpływ na częstotliwość występowania błędów medycznych. Czy tak jest w istocie?

W pełni się zgadzam z dr. Pawliszakiem. Jeśli pacjent nie mówi o wszystkich dolegliwościach i problemach, z którymi się mierzy, mamy niepełny obraz choroby. Widzimy tylko część prawdy, którą z jakichś powodów pacjent chce nam „sprzedać”. I tu znowu wracamy do jego lęków, niedoceniań objawów, braków w edukacji. A im mniej wiemy, tym prawdopodobieństwo popełnienia błędów jest znacząco wyższe.

Obecny system opieki zdrowotnej w Polsce sprzyja mijaniu się pacjentów z prawdą?

Tak. Proszę zwrócić uwagę, że kiedy mamy bardzo duże kolejki, kiedy kontakt ze specjalistami jest utrudniony, pacjent skupiony na swoich dolegliwościach zwyczajnie szuka obejścia systemu, żeby konsultację pozyskać. Część pacjentów mówi wprost, że postpandemiczne teleporady są mało satysfakcjonujące. Jeśli nie nastąpią zmiany, należy się spodziewać, że to zjawisko będzie się nasilać. Dla chorego najważniejsze jest jego zdrowie, więc nie ma się co dziwić, że ludzie próbują i będą próbować oszukać system. ●

Psychodeliki

„POŁOWA BADANYCH NIE REAGUJE NA ANTYDEPRESANTY. CO SZÓSTY POPEŁNI SAMOBÓJSTWO. POWINNIŚMY PRZETESTOWAĆ KAŻDY MOŻLIWY SPOSÓB TERAPII”
TO SŁOWA ROSALINDY WATTS, PSYCHOLOŻKI KLINICZNEJ Z IMPERIAL COLLEGE W LONDYNIE, UCZESTNICZĄCEJ W BADANIU KLINICZNYM NAD ZASTOSOWANIEM PSYLOCYBINY W LECZENIU DEPRESJI LEKOOPORNEJ, KTÓRE ZNALAZŁY SIĘ NA POCZĄTKU FILMU DOKUMENTALNEGO POŚWIĘCONEGO TEMU EKSPERYMENTOWI.

tekst **MAREK BALICKI**



Fot. K. Bartyzel

Psylocybinę zaliczamy do psychodelików, czyli grupy substancji psychoaktywnych wywierających wpływ na percepcję, poznanie i emocje. Do klasycznych związków tej grupy, oddziałujących głównie na receptor serotoninowy 5-HT_{2A}, należą także LSD, mekskalina oraz dimetylotryptamina stanowiąca główny składnik wywaru ayahuasca.

W znanej publikacji „The Lancet” z 2010 r., w której oceniono szkodliwość dla użytkowników oraz społeczeństwa 20 popularnych substancji psychoaktywnych, psychodeliki znalazły się na samym końcu listy. Na pierwszym miejscu sklasyfikowano alkohol, a na kolejnych: heroinę, kokainę, metamfetaminę, tytoń. Choć psychodeliki nie prowadzą do fizjologicznego uzależnienia i charakteryzują się relatywnie niską toksycznością, ich stosowanie w celach leczniczych wymaga odpowiednich warunków i obecności terapeuty.

Na świecie prowadzonych jest wiele badań nad zastosowaniem psychodelików i empatogenów (MDMA) w różnych problemach zdrowotnych, m.in. depresji, PTSD, klastrów bólei głowy (zespoie Hortona), fazie terminalnej chorób nowotworowych czy uzależnieniach. Mówi się wręcz o renesansie zainteresowania tymi substancjami psychoaktywnymi.

Wcześniej, przez blisko trzy dekady, badania psychodelików były wstrzymane w wyniku wpisania ich na listę substancji zakazanych. Stało się to na początku lat 70. XX w. w ramach ówczesnej wojny z kontrkulturą. Psychodeliki zostały uznane za substancje niemaące zastosowania w medycynie, mimo że

rezultaty pierwszych badań były obiecujące. O takiej kwalifikacji zdecydowały głównie względy polityczne, a nie wiedza naukowa. Prof. Krystyna Gołombiowska z Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie uważa, że przewanie badań nad psychodelikami było bardzo niekorzystne dla medycyny. Na szczęście świat zaczyna to nadrabiać.

W połowie września odbyła się na Uniwersytecie Warszawskim interdyscyplinarna konferencja „Nauka psychodeliczna” z udziałem neurofarmakologów, biochemików, psychiatrów, psychologów, prawników, a także pacjentów. To pierwsze takie spotkanie, którego celem było przedstawienie aktualnego stanu wiedzy o wpływie psychodelików na świadomość, ich potencjałe terapeutycznym, statusie prawnym i kwestiach polityczno-kulturowych.

Amerkańska Agencja Żywności i Leków (FDA) przyznała psylocybinie i MDMA status terapii przełomowej. Oznacza to m.in. przyspieszenie terminów dokonywania przeglądu danych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności z badań III fazy. Tymczasem obowiązujące u nas regulacje prawne definiują psychodeliki jako środki pozbawione zastosowań medycznych, a ich posiadanie na własny użytek jest kryminalizowane. To, zdaniem uczestników warszawskiej konferencji, wymaga zmian.

Czas pokaże, czy psychodeliki spełnią zakładane w nich nadzieje w terapii wielu pacjentów, którym nie jesteśmy w stanie skutecznie pomóc, stosując dotychczasowe metody leczenia. Nie możemy jednak z tej szansy zrezygnować. ●

Wojna i medycyna

WOJNA TO NIE TYLKO CI, KTÓRZY GINĄ, ALE TEŻ CI, KTÓRYCH CIAŁA I DUSZE NA LATA ZACHOWUJĄ WOJENNE SZRAMY.

tekst **PAWEŁ KOWAL**



Fot. archiwum

Fazy wojny Rosji przeciw Ukrainie przynosiły kolejne ofiary. Zmieniał się charakter wojennych działań, przybywało zabitych i rannych. Zaczęło się od ofiar pierwszych ataków rakietowych, gdy Rosjanie wchodzili do miast pod Kijowem, przybywało zgwałconych kobiet i uchodźców z objawami traumy. Potem były ofiary cywilne z zaatakowanych z całą precyzją obiektów: domów mieszkalnych, szkół, obiektów wojskowych itd. Kiedy Rosjanie odstąpili od Kijowa, przyszedł czas na ofiary z pola walki: mężczyzn bez nóg i rąk, z ranami spowodowanymi wybuchami broni artyleryjskiej. Ponieważ Rosjanie używają zakazanych rodzajów broni, z czasem opieką trzeba było otoczyć ofiary bomb fosforowych z Mariupola. Ten szczególny rodzaj broni powoduje piekielne poparzenia.

Od pierwszego dnia wojny szpitale na zachodzie Ukrainy zapełniły się rannymi. W salach szpitalnych po ataku na Jaworów słychać było jęki i wzywanie Boga przez obandażowanych okaleczonych mężczyzn. Z czasem zabrakło miejsc w szpitalach, zabrakło specjalistów. We Lwowie ma powstać największe w naszej części Europy centrum leczenia wojennych ran, z ortopedami, psychologami i psychiatrami, specjalistami od leczenia wojennej traumy.

Wojna Rosji przeciw Ukrainie zmieniła również nasze przychodnie i szpitale. Ochrona zdrowia musiała się zmienić, dostosować do wojennej rzeczywistości, do setek tysięcy dodatkowych pacjentów, część trafiła przecież do naszych przychodni i szpitali. Przede wszystkim kobiety i dzieci. Potem przyjechały pociągi szpitalne z rannymi z frontu. Od miesięcy są leczeni w szpitalach Rzeszowa, Krakowa, Katowic i w innych specjalistycznych placówkach w Polsce. Brak całościowych danych, ale z pobieżnego zsumowania wynika, że są to już setki osób. W ich przypadku chodzi o specjalistyczne leczenie na najwyższym poziomie.

Wojna zmienia nie tylko Ukrainę. Choćby na przykładzie służby zdrowia widać, że drugim po Ukrainie państwem, które wojna zmienia nie do poznania, jest Polska. Wojna może się rzecz jasna skończyć w jeden dzień, ale też trwać jeszcze paręnaście miesięcy albo i kilka lat. Wielu ekspertów do niedawna przewidywało głównie takie scenariusze. Nic nie będzie już takie, jak było przed 24 lutego 2022 r. – to łatwo powiedzieć. Ochrona zdrowia w Polsce przeżyła godzinę próby podczas pandemii COVID-19 – jak każda na świecie. Ale wielka wojna u sąsiada to drugi stres test. Już tylko nasz. Nic już nie będzie takie samo. ●

V edycja
„Szczepimy – chronimy”
 szczepienia przeciwko grypie

10–21 października

Zapisy od 5 października na izba-lekarska.pl

Ministerstwo Zdrowia
 Narodowy Instytut Epidemiologii i Higieny Publicznej
 Szpital Gł. Specjalist. ORL w Warszawie

Bezpieczeństwo pacjenta zaczyna się od kultury

„*ABY STAĆ SIĘ REPREZENTANTEM KULTURY RAPORTOWANIA, TRZEBA NAJPIERW REPREZENTOWAĆ KULTURĘ SPRAWIEDLIWĄ. A KIEDY JUŻ STANIESZ SIĘ REPREZENTANTEM KULTURY RAPORTOWANIA, MOŻESZ STAĆ SIĘ REPREZENTANTEM KULTURY UCZENIA SIĘ. A KIEDY JUŻ STANIESZ SIĘ REPREZENTANTEM KULTURY UCZENIA SIĘ, MOŻESZ ZACZAĆ BYĆ REPREZENTANTEM KULTURY ELASTYCZNEJ, DOSTOSOWYWAĆ SIĘ DO OKOLICZNOŚCI, W KTÓRYCH SIĘ ZNAJDUJESZ*”.

tekst **Robert Mołdach**



Fot. archiwum

Te słowa prof. Jamesa Reasona, światowego autorytetu w dziedzinie bezpieczeństwa w sektorach wysokiego ryzyka, twórcy modelu „sera szwajcarskiego” pokazującego sposób, w jaki organizacja (tu: przedsiębiorstwo, instytucja) może zapobiegać zdarzeniom niepożądanym, jasno wytyczają kolejność działań w kształtowaniu kultury bezpieczeństwa. I choć kolejność ta wyrasta na gruncie doświadczeń w zakresie bezpieczeństwa lotniczego, jest w pełni uniwersalna i odnosi się także do ochrony zdrowia.

Według Reasona nie jest możliwe ukształtowanie kultury bezpieczeństwa, o ile w pierwszej kolejności nie zostanie wypracowana kultura sprawiedliwego traktowania. Dopiero wtedy organizacja uzyskuje zdolność do raportowania zdarzeń, uczenia się na ich przykładzie, a w efekcie elastycznego dostosowywania się do zmieniającej się rzeczywistości. Dodajmy, że dziś w dojrzałych systemach bezpieczeństwa dąży się do uczenia nie tyle na błędach popełnionych, ile tych, które nie wystąpiły, choć mogły. To wymaga zdolności przewidywania, wszechstronnej analizy relacji i scenariuszy, które mogłyby w określonym splocie okoliczności doprowadzić do zdarzenia. Organiczną cechą kultury bezpieczeństwa jest ciągła troska i świadomość, że sprawy mogą pójść źle. Do tego etapu w ochronie zdrowia w Polsce *en masse* jeszcze nam daleko. Przed nami pierwszy krok – stworzenie

warunków i upowszechnienie kultury sprawiedliwego traktowania.

Czym jest kultura sprawiedliwego traktowania? *Just culture*, bo takim terminem jest określana w języku angielskim, polega na wspólnym braniu odpowiedzialności przez ludzi i organizację za efekty działań. Zakłada, że ludzie działają w określonych ramach organizacyjnych, które mogą przyczynić się do powstawania zdarzeń. To organizacja, za którą oczywiście też stoją ludzie, jest odpowiedzialna za zaprojektowane przez siebie systemy oraz za uczciwe i sprawiedliwe reagowanie na zachowania pracowników. Pracownicy natomiast są odpowiedzialni za skutki swoich wyborów oraz za zgłaszanie błędów i – podkreślmy – słabości systemu. Ta współodpowiedzialność powoduje, że pierwszym pytaniem w przypadku zaistnienia zdarzenia jest „co poszło nie tak”, a nie „kto jest winny”.

Just culture wiąże się z trudną do osiągnięcia równowagą. W praktyce „organizacja”, czyli podmioty i instytucje publiczne definiujące, implementujące i nadzorujące skomplikowaną strukturę przepisów oraz procedur określających warunki pracy personelu medycznego, wypierają myśl o tym, że mogłyby przyjąć na siebie współodpowiedzialność za zdarzenia niepożądane. W lotnictwie, przemyśle wydobywczym i innych sektorach wysokiego ryzyka uznanie tej zasady i wypracowanie praktyki sprawiedliwego traktowania zajęło dekady, nie

lata. To dzięki takiemu podejściu do badania przyczyn dwóch najgroźniejszych katastrof lotniczych ostatnich lat, z udziałem samolotów Boeing 737 Max, w których zginęło 346 osób, w raporcie z dochodzenia przeprowadzonego przez Komisję Transportu i Infrastruktury Izby Reprezentantów można odczytać następującą konkluzję:

„Były one [katastrofy] prerażającą kulminacją serii błędnych założeń technicznych inżynierów Boeinga, braku przejrzystości ze strony zarządu Boeinga oraz rażąco niewystarczającego nadzoru ze strony Federalnego Urzędu Lotnictwa”.

Hipotetyczne sformułowanie podobnej konkluzji w obszarze ochrony zdrowia wydaje się dziś w Polsce trudne, jeśli nie niemożliwe. Będzie naszym olbrzymim sukcesem, jeśli podobny poziom współodpowiedzialności uda się osiągnąć w ciągu najbliższych 10 lat. Na razie kultura sprawiedliwego traktowania nie tylko nie jest brana pod uwagę w rozwiązaniach legislacyjnych ochrony zdrowia, ale też sprowadza się ją do dyskusji o winie i karze personelu medycznego. Wystarczy spojrzeć, jak długi i trudny był spór o zapis chroniący personel medyczny uczestniczący w zdarzeniu niepożądanym, jak daleki od doskonałości jest osiągnięty kompromis, jak trudno nazwać go konsensusem i jak odległy jest od zasad kultury sprawiedliwego traktowania.

A trzeba podkreślić, że ramy prawne to tylko jedna strona medalu i to ta łatwiejsza. Drugą, trudniejszą, jest taka powszechna zmiana nawyków, sposobu postępowania, oceny sytuacji, relacji w zespołach, by bezpieczeństwo pacjenta było podstawą działań. Angielski NHS, który wdrażania kultury sprawiedliwego traktowania podjął się długo przed NFZ, sfor-

mułował na podstawie swoich badań cztery rekomendacje mogące pomóc podmiotom prowadzącym działalność leczniczą wcielić w życie zasady tej kultury:

1. Skup się bardziej na zachowaniu, a mniej na procedurach, aby zmienić kulturę.
2. Wspieraj pacjentów i rodziny dotknięte zdarzeniami związanymi z bezpieczeństwem pacjenta, aby doświadczenie to było dla wszystkich lepsze.
3. Aktywnie i widocznie wspieraj pracowników, gdy sprawy stają się trudne, aby czuli się bezpiecznie, mogli być otwarci i szczerzy.
4. Inwestuj w budowanie dobrych relacji z podmiotami zlecającymi zadania i regulującymi sektor, ponieważ mają znaczący wpływ na kulturę.

Każda z tych rekomendacji jest niezwykle ważna. Stanowią swoisty drogowskaz do zmian w Polsce. Jednak najważniejszy wydaje się sformułowany w ich tle przez NHS wniosek, że to nie tylko strach przed karą, ale strach przed zbadaniem własnych ograniczeń, strach przed oceną przez rówieśników i tych, którymi zarządzają, a nawet ogólny strach przed tym, że „zawiedli ludzi”, jest problemem źródłowym w raportowaniu zdarzeń niepożądanych, ich transparentną analizą, uczeniem się na błędach. Aby skutecznie zmierzyć się z płynącymi stąd wyzwaniem, organizacja musi zrozumieć, że bezpieczeństwo pacjenta zaczyna się od kultury. ●

Autor, dr inż. Robert Mołdach, jest prezesem Instytutu Zdrowia i Demokracji, członkiem Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

SPORTOWE NIEDZIELE

2 9 16 23 30 października
6 13 20 27 listopada
4 11 18 grudnia

w godz. 15.00–17.00
Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1

Rejestracja i więcej informacji:
22 542 83 33

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie



Dogadać się – to nie nie kosztuje

Mediacja to metoda rozwiązywania sporów między zwaśnionymi stronami z udziałem mediatora. Dodam, że to metoda szybka, skuteczna, bezpłatna i zakończona prawomocnym postanowieniem Sądu Powszechnego zatwierdzającego zawartą ugodę. Mediacja jest możliwa także w postępowaniu dyscyplinarnym w izbach lekarskich.

W POSTĘPOWANIACH PRZED SĄDAMI POWSZECHNYMI CORAZ WIĘKSZY NACISK KŁADZIE SIĘ NA ROZWIĄZYWANIE KONFLIKTÓW W TRYBIE POZASĄDOWYM – W TYM NA DRODZE MEDIACJI. W NASZEJ IZBIE PRZEZ PROCES MEDIACJI PRZEPROWADZA LEKARZY I PACJENTÓW MEDIATOR OIL W WARSZAWIE. FUNKCJĘ TĘ PEŁNI **ANDRZEJ SIARKIEWICZ**, LEKARZ DENTYSTA I ZAWODOWY MEDIATOR.

rozmawia **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Wiedza o możliwości mediacji w sprawach spornych nie jest zbyt rozpowszechniona. Podejrzewam, że nawet ci, którzy o nich słyszeli, nie mają pojęcia, jak taki proces przebiega. Proszę zdradzić, co dzieje się, gdy siada pan w pokoju ze skonfliktowanymi stronami.

Zacznijmy od tego, że najpierw musi zaistnieć wola mediacji u osób, jednej lub obu, które toczą ze sobą spór. Osoba ta lub osoby

muszą złożyć wniosek o przeprowadzenie mediacji. Jeżeli tylko jedna osoba gotowa jest na mediację i to ona złoży wniosek, próbuję przekonać do udziału drugą. Często wymaga to cierpliwości i wielu długich rozmów. Mediacje również mogą być przeprowadzane na wniosek stron decyzją sądu.

Przyjmijmy, że już udało mi się umówić na takie spotkanie. Stawiają się na nim bezpośredni uczestnicy sporu, czasem z profesjonalnymi pełnomocnikami, a cza-

sem sami pełnomocnicy. Ostatnie z wymienionych rozwiązań jest szczególnie korzystne w przypadku, gdy między stronami pojawiają się silne negatywne emocje. To również dobry sposób szybkiego rozwiązania sporu. Ja jednak nie do końca jestem zadowolony z prowadzenia takich mediacji. Uważam, że w mediacji chodzi o zawarcie zgody przez skonfliktowane osoby w wyniku ich skonfrontowania się na neutralnym gruncie. A prowadzenie mediacji tylko z udziałem pełnomocników wyklucza taką osobistą zgodę.

Jeśli podczas mediacji pojawiają się tylko niezaangażowani emocjonalnie prawnicy, po co właściwie mediator? Mogliby zawrzeć ugodę bez pana.

Mediator jest potrzebny, po pierwsze, z przyczyn formalnych. Przed sądem przedstawia się ugodę zawartą przed mediatorem, więc potrzebny jest – upraszczając – jego podpis. Natomiast w praktyce mediator to dodatkowy gwarant porządku negocjacji, zapewnia poczucie bezpieczeństwa. Nawet jeśli na miejscu są tylko pełnomocnicy, ich klienci w osobie mediatora znajdują strażnika zasady bezstronności. Dlatego staram się być zawsze maksymalnie zdystansowany od sprawy, do tego stopnia, że wolę nie zapoznawać się z aktami, choć mam taką możliwość. Nie wszyscy tak robią, ale mnie to pomaga w pracy, bo nie wyrabiam sobie mimowolnie opinii, która mogłaby się nasunąć chociażby w związku z moim doświadczeniem i wykształceniem lekarskim.

Czyli najchętniej nie wiedziałby pan, kto jest obwinianym, a kto skarżącym?

Zdecydowanie. Nawiasem mówiąc, w sprawozdaniu z mediacji bardzo przykładam się do tego, by nigdzie nie napisać, że ktoś jest pozwany albo ktoś jest powodem. W odróżnieniu od sądu mediator jest tylko arbitrem, trochę jak w karate, które czynnie uprawiam. Są ustalone zasady i jak ktoś je łamie, interweniuje.

Jakie to zasady? Czy stosuje pan jakieś „sztuczki”, żeby skłonić strony do bardziej kompromisowej postawy?

Nie, bo jedną z zasad jest niestosowanie socjotechniki, a ja nie uważam jej wykorzystywania za uczciwe wobec uczestników mediacji. Reszta w gruncie rzeczy zależy od sprawy, ale są pewne reguły fundamentalne, których trzeba przestrzegać: nie przerywamy sobie, nie podnosimy głosu, dostosowujemy wypowiedź do ograniczeń czasowych, jakie uzgadniamy na początku. Zwracamy się do siebie z szacunkiem, nawet jeśli wiadać, że tego szacunku między stronami nie ma. Oczywiście, kończy się to różnie. Czasem, kiedy już mamy podpisaną ugodę, pojawia się słowo „przepraszam”, bywa też niezbyt uprzejme wyjście bez słowa. Ale prowadziłem i taką mediację, po której lekarz i pacjent byli do siebie tak przyjaźnie nastawieni, że gdyby nie konieczność opuszczenia pomieszczenia, w którym odbywały się mediacje, zostałyby niechybnie jeszcze wiele godzin. Mam z nimi kontakt, do tej pory się przyjaźnią. Tak też się zdarza.

Ma pan satysfakcję, kiedy uda się doprowadzić do ugody między stronami?

Ujmę to tak: medycyna niestety jest taką dziwną dziedziną, w której o wszystkim decyduje rachunek prawdopodobieństwa, a nasze powodzenie lub jego brak jest wypadkową zawrotnej liczby czynników. Nie zawsze udaje nam się pracować w 100 proc. tak, jakbyśmy chcieli. Prawie każdy lekarz w naszym kraju jest zabiegany, ma nadmiar pracy. Poza tym mamy rodziny i problemy często z nimi związane, różne emocje, lepsze i gorsze dni. Nie wierzę, że przepracowany neurochirurg, którego rozpraszały problemy prywatne, może tak samo dobrze zoperować człowieka, jak wówczas,

gdy jest zrelaksowany i wypoczęty. Zanim zostałem mediatorem, przez dwie kadencje byłem rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. Spotykałem się z ludźmi, którzy nieraz nawet nie zdawali sobie sprawy, że popełnili wykroczenie zawodowe. Bardzo trudno było mi się z tym brakiem świadomości pogodzić, bo nie przyszedłem do izby, żeby komuś udowodniać, że jestem od niego mądrzejszy, że jestem lepszym lekarzem, i żeby na siłę doprowadzać do karania koleżanek i kolegów po fachu. Nie jestem wcale zwolennikiem karności. Wolę edukowanie. Zatem tak, czuję satysfakcję.

Cieszę się też, że udaje mi się przy okazji mediacji w cywilnych lub karnych sporach między lekarzami i pacjentami namówić ich do zawarcia ugody dotyczącej postępowania, jakie mogłoby zostać wytoczone przed sądem lekarskim. To oszczędza wszystkim czas i nerwy. I – co należy podkreślić – nic nie kosztuje. Mediacje dotyczące postępowań dyscyplinarnych przed sądem lekarskim i przed sądami powszechnymi są bezpłatne, można z nich korzystać w ramach przynależności do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Więcej na temat prawnych niuansów mediacji w sprawach dotyczących etyki lekarskiej w artykule „Na drodze porozumienia” („Puls” 3/2022). ●

Andrzej Siarkiewicz prowadzi mediacje także w sprawach karnych i cywilnych, jest wpisany na listę stałych mediatorów przy Sądzie Okręgowym w Warszawie, Warszawa-Praga, Płocku, Siedlcach, Ostrołęce oraz Radomiu.

Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami
Lekarzu, skontaktuj się z mediatorem OIL w Warszawie




OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Niełubowicza

tel.: 22 542 83 29

mediator@oilwaw.org.pl

Spotkanie z mediatorem możliwe w każdy piątek
po wcześniejszym umówieniu telefonicznym.



CO MOŻE ZROBIĆ OFIARA MOBBINGU?



Więcej informacji

ZBIERAJ DOWODY

Wiadomości e-maile, SMS-y, wpisy w mediach społecznościowych, komunikatorach.

Dokumenty harmonogramy pracy, wykazy połączeń telefonicznych.

Na piśmie oczekuj potwierdzenia wszelkich wątpliwych lub krzywdzących poleceń i decyzji.

Notuj zapisuj daty, miejsca, okoliczności zachowania, zdania, które zostały do Ciebie wypowiedziane, osoby, które były świadkami sytuacji.

Staraj się mieć świadków konfrontacji z mobbingującym. Porozmawiaj z kolegami o tym, w jakiej jesteś sytuacji.

SZUKAJ POMOCY

Współdziałanie: sprawdź, czy tylko Ty doświadczasz mobbingu. Współpraca osób mobbingowanych zwiększa szansę rozwiązania problemu i wyciągnięcia konsekwencji wobec prześladowcy.

Skonsultuj się z lekarzem: mobbing nierzadko wywołuje rozstrój zdrowia. Ważne, by w dokumentacji medycznej był zaznaczony związek Twojego stanu z sytuacją w pracy.

Zachowaj rachunki za wizyty u specjalistów i leki.

POWIADOM O MOBBINGU

Pracodawcę: to on jest odpowiedzialny za przeciwdziałanie mobbingowi. Warto powiadomić dyrekcję, dział kadr, bezpośredniego przełożonego prześladowcy. Pamiętaj, żeby informacja była przekazana na piśmie, zatrzymaj kopię zawiadomienia z potwierdzeniem przyjęcia pisma.

Państwową Inspekcję Pracy, izbę lekarską, organizacje antymobbingowe, przedstawicieli związków zawodowych: możesz to zrobić imiennie lub anonimowo. Takie zawiadomienie również może w przyszłości być dowodem. **Gromadź dokumentację** z postępowania.

POSTĘPUJ OSTROŻNIE

Nie udostępniaj danych zawierających informacje stanowiące tajemnicę pracodawcy w mediach społecznościowych, nie przesyłaj ich innym.

Nagranie Twojej rozmowy z mobberem bywa jedynym dowodem, ale może narazić Cię na roszczenie o naruszenie dóbr osobistych. Na dodatek sąd może ten dowód odrzucić, jeśli uzna, że został uzyskany wbrew prawu.

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK** – adwokat



Fot. archiwum

Sprawozdanie z działalności rzecznika praw pacjenta, precedens dotyczący ściągania hejtu w Internecie, przedłużenie stanu zagrożenia epidemicznego, zmiany przepisów w ustawach dotyczących wykonywania niektórych zawodów medycznych oraz wyrok Sądu Najwyższego w sprawie o odszkodowanie – to najciekawsze aktualności prawne w dziedzinie medycyny z ostatnich tygodni.

RZECZNIK PRAW PACJENTA OPUBLIKOWAŁ SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI ZA 2021 R.

W 2021 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło blisko 164 tys. sygnałów dotyczących możliwego naruszenia praw pacjenta, najwięcej od chwili powołania tej instytucji (2008) – wynika ze sprawozdania, jakie rzecznik złożył w Sejmie,¹ z działalności w ubiegłym roku. Dokument przedstawia najważniejsze z punktu widzenia RPP wyzwania dotyczące praw pacjenta i podsumowuje ich przestrzeganie w 2021 r., ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki wynikającej z epidemii COVID-19. Rzecznik podkreślił, że w związku z epidemią przestrzeganie praw pacjenta bywało ograniczane, a zasady udzielania świadczeń zmieniały się wielokrotnie w ciągu roku.

W 2021 r. rzecznik prowadził 2705 szczególnych postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych, z czego ponad 80 proc. na podstawie wniosków złożonych przez pacjentów. Wszczęto zarazem 1842 nowe postępowania. W przypadku 84 proc. zakończonych w 2021 r. postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych (było ich 1512) stwierdzono naruszenia praw pacjenta. W roku ubiegłym toczyły się 93 postępowania cywilne przed sądami powszechnymi z udziałem rzecznika, czyli 25 proc. więcej niż w 2020. W 2021 r. rzecznik podjął na prawach przysługujących prokuratorowi 36 nowych spraw. W całym okresie jego działalności zakończonych zostało 47 spraw

sądowych. Przyniosły one pacjentom, na mocy siedmiu wydanych orzeczeń i zawartych ugód, łącznie ponad 7 mln zł zadośćuczynień i odszkodowań (nie licząc odsetek i rent).

RPP zwrócił w sprawozdaniu uwagę na wiele kwestii, które w kolejnym roku pandemii wiązały się z przestrzeganiem praw pacjenta oraz funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Głównym wyzwaniem związanym z realizacją prawa do świadczeń zdrowotnych jest jego zdaniami zapewnienie właściwej ich dostępności. Dostępność świadczeń zdrowotnych ulegała czasowo ograniczeniu w związku z trwającą epidemią COVID-19, ale również wcześniej sytuacja nie odpowiadała oczekiwaniom społecznym.

W sprawozdaniu podkreślono, że profilaktyka jest niezmiernie ważna dla zdrowia pacjentów, ale i skuteczności systemu. Epidemia COVID-19 dowiodła, jak ważny w ochronie zdrowia jest dostęp do rzetelnej i przejrzystej informacji, edukacja i wspieranie postaw prozdrowotnych.

Epidemia COVID-19 pogłębiła – w ocenie rzecznika – problemy związane z opieką nad osobami z chorobami psychicznymi, zarówno dziećmi, jak i dorosłymi. Korzystanie z kompleksowej i skoordynowanej opieki stanowi nieustające wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia i wymaga dalszych działań.

Rzecznik wskazał także, że wprowadzenie przejrzystych i ujednoliconych zasad funkcjonowania systemu jakości i bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej jest oczekiwanym przez pacjentów kierunkiem zmian.

HEJT WYMIERZONY W LEKARZY OBJĘTY ŚCIGANIEM Z URZĘDU

Z problemem ściągania autorów nienawistnych wpisów w Internecie lekarze nie są sami, nawet jeśli to z zasady przestępstwo ściągane

z oskarżenia prywatnego. O ważnej w tym kontekście decyzji jednej z warszawskich prokuratur rejonowych poinformowało Biuro Rzecznika Praw Lekarza OIL w Warszawie.² W sprawie dotyczącej możliwości popełnienia przestępstwa zniesławienia lekarzy za pośrednictwem mediów społecznościowych śledczy zdecydowali o objęciu sprawców ściganiem z urzędu. Przepis art. 212 k.k. kryminalizuje zachowanie polegające na pomówieniu innej osoby (lub grupy osób) o takie postępowanie lub cechy, które mogą poniżyć ją w oczach opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu, ustawodawca przewidział jednakże prywatnoskargowy tryb jego ścigania. Decyzją prokuratury sprawca ukryty na jednym z portali pod tzw. nickiem, który zamieścił post zawierający wulgarne słownictwo, w którym oskarża medyków o nieprawidłowy sposób udzielenia świadczeń zdrowotnych, będzie jednak ścigany z oskarżenia publicznego.

Decyzja ta stanowi istotne *novum* w praktyce organów ścigania, które do tej pory z reguły pozostawiały ciężar ścigania sprawców hejtu na barkach pokrzywdzonych. Sprawy tego rodzaju były jednak trudne do przeprowadzenia, chociażby ze względu na konieczność ustalania tożsamości ukrywających swe dane autorów wypowiedzi rozpowszechnianych w Internecie.

PRZEDŁUŻONO STAN ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO

Wprawdzie aktualne obostrzenia związane z zagrożeniem epidemią COVID-19 są minimalne, ale warto zwrócić uwagę, że zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z 29 sierpnia 2022 r.³ do 30 września 2022 przedłużono okres obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego w RP. Zgodnie z ustawą o zwalczaniu i zapobieganiu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,⁴ stan zagrożenia epidemicznego jest sytuacją prawną wprowadzoną na danym obszarze, w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii, w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych. W porównaniu z latami 2020–2021 obecnie rygor jest jednak nieporównywalnie łagodniejszy. Obowiązek noszenia maseczek i zachowania dystansu społecznego funkcjonuje jedynie w podmiotach leczniczych i aptekach. Nie obowiązują regulacje związane z kwarantanną, izolacją czy działaniem instytucji publicznych i podmiotów prywatnych.

NOWELIZACJA USTAW O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ, FIZJOTERAPEUTY ORAZ O RATOWNICTWIE MEDYCZNYM

Łatwiejszy dostęp do zawodów ratownika medycznego i fizjoterapeuty to główny cel ostatniej nowelizacji ustaw regulujących wykonywanie tych zawodów⁵ (w ramach szerszego aktu prawnego, czyli ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw). Nowe prawo wprowadza zmiany polegające na rezygnacji z przeprowadzania Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego

oraz Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego. Celem jest umożliwienie szybszego dostępu do zawodu fizjoterapeuty oraz ratownika medycznego. W uzasadnieniu omawianego aktu⁶ czytamy, że zarówno studia na kierunku ratownictwa medycznego, jak i fizjoterapii są prowadzone w jednolity sposób – na podstawie standardów kształcenia, i kończą się złożeniem egzaminu dyplomowego. Nie ma zatem potrzeby przeprowadzania dodatkowego egzaminu weryfikującego wiedzę. Ponadto każdy fizjoterapeuta, po uzyskaniu samodzielności w wykonywaniu zawodu, ma obowiązek uczestniczyć w procesie ustawicznego kształcenia, a także ma prawo podjąć kształcenie podyplomowe.

Wspomniana ustawa zawiera też nowelizację ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Zmienione zostały przepisy obejmujące kwestie swobody świadczenia usług oraz uznawania (na podstawie przepisów o koordynacji) minimalnych wymogów w zakresie kształcenia, które związane są z dostosowaniem naszego prawa do regulacji europejskich.

Ustawa wprowadza zmiany również w ustawie z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa⁷ w zakresie pomocy osobom, które odniosły obrażenia w wyniku działań wojennych prowadzonych na terytorium Ukrainy, a które do tej pory nie spełniały warunków uzyskania jej bezpłatnie. Obecnie osoby takie mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

WAŻNY WYROK SĄDU NAJWYŻSZEGO

Sąd Najwyższy uwzględnił skargę kasacyjną w sprawie z udziałem rzecznika praw pacjenta wyrokiem z 28.04.2022 r.⁸ Sprawa została wniesiona w imieniu małoletniej pacjentki o odszkodowanie od jednego ze szpitali i jego ubezpieczyciela. W trakcie terapii przekazano na jej leczenie środki ze zbiórki publicznej. W uzasadnieniu rozstrzygnięcia SN wskazał dwie istotne kwestie. Po pierwsze, dobrowolne świadczenia osób trzecich na rzecz poszkodowanego nie powinny pomniejszać odszkodowania należnego od sprawcy. Organizowanie zbiórek publicznych w celu charytatywnej pomocy poszkodowanym jest istotną działalnością społeczną, ale nie może wpływać na obniżenie odpowiedzialności osoby, która powinna naprawić szkodę. Po drugie, ograniczenie należnych pacjentowi odsetek za opóźnienie wypłaty przyznanego zadośćuczynienia możliwe jest wyjątkowo, tzn. tylko wówczas, gdy przyznane przez sąd zadośćuczynienie jest wyższe niż zadośćuczynienie odpowiednie na dzień wezwania zobowiązanego do zapłaty przez osobę poszkodowaną. ●

¹ orka.sejm.gov.pl (dostęp: 23.09.2022).

² izba-lekarska.pl (dostęp: 23.09.2022).

³ Rozporządzenie Rady Ministrów z 26 sierpnia 2022 r., DzU z 2022 r., poz. 1817.

⁴ DzU z 2022 r., poz. 1657.

⁵ DzU z 2022 r., poz. 168, 1733.

⁶ orka.sejm.gov.pl (dostęp: 23.09.2022).

⁷ DzU, poz. 583, z późn. zm.

⁸ II CSKP 1301/22, sn.pl (dostęp: 23.09.2022).



Analiza przypadku

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat**ALEKSANDRA POWIERŻA** – radca prawny

Fotografie: archiwum

www.prawniklekarza.pl

WARTO WIEDZIEĆ, ŻE WYSOKOŚĆ ZADOŚĆCZYNIENIA, PRYZNANEGO PACJENTOWI PRZEZ UBEZPIECZYCIELA SZPITALA, NIE JEST WIĄŻĄCA DLA UBEZPIECZYCIELA LEKARZA.

W połowie czerwca 2014 r. mały pacjent P.J. zgłosił się do Izby Przyjęć ZOZ Szpitala Powiatowego w W. z powodu wymiotów, bólu jądra i podbrzusza. Lekarz D. po przeprowadzeniu badania rozpoznał zapalenie najądra prawego, zalecił przyjmowanie antybiotyku zawierającego cyprofloksacynę oraz doraźnie – leki przeciwbólowe.

Ze względu na utrzymywanie się dolegliwości dwa dni później chłopiec zgłosił się do przychodni w W., gdzie wobec braku poprawy po stosowanym dotychczas leczeniu zdecydowano o skierowaniu go do szpitala. W tym samym dniu pacjent został przyjęty na Oddział Chirurgii Dziecięcej Szpitala Specjalistycznego w F. z rozpoznaniem skrętu jądra prawego. Przeprowadzono operację amputacji jądra prawego. 30.06. P.J. został wypisany ze szpitala z zaleceniem dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Następnie, podczas hospitalizacji, przeprowadzono operację umocowania jądra lewego w mosznie w celu uniknięcia skrętu jędrnego jądra.

Pełnomocnik przedstawicieli ustawowych małoletniego zgłosił roszczenie do ubezpieczyciela Szpitala Powiatowego w W. Po przeprowadzonym postępowaniu likwidacyjnym ubezpieczyciel szpitala wypłacił pacjentowi świadczenie w wysokości 30 tys. zł i zawarł ugodę poprzez dokonanie drugiej wypłaty w kwocie 30 tys. zł. Wobec faktu, że lekarzem konsultującym

chłopca w Izbie Przyjęć ZOZ Szpitala Powiatowego w W. był lekarz D., który zawarł kontrakt ze wspomnianą placówką, ubezpieczyciel szpitala wystąpił z regresem do ubezpieczyciela doktora D., wnosząc o wypłatę świadczenia w wysokości 60 tys. zł.

Aby ustalić, czy postępowanie medyczne doktora D. było prawidłowe, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i przeprowadzone z należytą starannością, zasięgnięto opinii biegłego z zakresu urologii.

W opinii medycznej biegły stwierdził, że w omawianym przypadku nie wykonano konsultacji specjalistycznej oraz nie skierowano chorego na badania dodatkowe. Skutkowało to postawieniem nieprawidłowej diagnozy, co opóźniło podjęcie adekwatnego leczenia i doprowadziło do utraty przez pacjenta prawego jądra. Ponadto zastosowano antybiotyk, którego nie powinni przyjmować pacjenci poniżej 18. roku życia.

Opiniujący wskazał, że nieprawidłowości miały miejsce 15.06., czyli na samym początku diagnostyki i leczenia. Ubezpieczony postawił nieprawidłową diagnozę m.in. dlatego, że nie skorzystał z konsultacji chirurgicznej lub urologicznej, a także nie wykonał koniecznego badania dodatkowego, jakim jest USG moszny.

Wymienione błędy opóźniły prawidłowe leczenie. Biegły dodał, że można było również skierować pacjenta na

oddział chirurgii dziecięcej. Istniała realna szansa na uratowanie jądra. W przypadku leczenia operacyjnego wykonanego w ciągu sześciu godzin od chwili wystąpienia skrętu jądra szanse na jego uratowanie są prawie 100-proc.

Lekarz opiniujący wskazał także, że chory nie przyczynił się do szkody, mimo że na kolejną wizytę zgłosił się po dwóch dniach. Z karty informacyjnej szpitala w F. wynikało bowiem, że dolegliwości związane ze skrętem jądra pojawiły się około 60 godzin przed przyjęciem pacjenta do tej placówki. Wynika z tego, że skręt jądra nastąpił w dniu pojawienia się chłopca na Izbie Przyjęć ZOZ Szpitala Powiatowego w W. i wtedy należało poszkodowanego skierować na oddział chirurgii dziecięcej.

Jednocześnie biegły stwierdził, że w momencie zdarzenia pacjent miał 15 lat, a w tym wieku zdolność postrzegania rzeczywistości jest inna niż u osoby pełnoletniej, co wpłynęło na czas, jaki upłynął między kolejnymi wizytami.

W podsumowaniu opiniujący stwierdził występowanie u chłopca 20-proc. trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z utratą prawego jądra.

Reasumując, biegły uznał, że doktor D. nie dochował należytej staranności i popełnił błąd medyczny, a jego działanie doprowadziło do utraty prawego jądra przez P.J. Tym samym uznano odpowiedzialność dr. D.

Niemniej jednak w kwestii należytego zadośćuczynienia ubezpieczyciel doktora D. stanął na stanowisku, że w przypadku utraty jednego jądra drugie zapewnia prawidłową płodność, prawidłowe stężenie testosteronu oraz prawidłowe współżycie seksualne, a wszczęcie w przyszłości protezy jądra usu-

nie defekt kosmetyczny i ewentualne następstwa psychologiczne. Co więcej, popełniony błąd (poza wymienionymi skutkami) spowodował jedynie wydłużenie leczenia o dwa dni, bowiem zabieg usunięcia jądra oraz rehabilitacja po zabiegu odpowiadają okresowi hospitalizacji, jaki byłby potrzebny w razie prawidłowego rozpoznania, czyli gdyby wykonano odkręcenie jądra, a w późniejszym okresie fiksację jądra przeciwnego. W przyszłości natomiast, gdyby pacjent przeszedł zabieg wszczęcia protezy, czas hospitalizacji wyniósłby około trzech dni, a rehabilitacja około 14.

W tym stanie rzeczy wypłaconą pokrzywdzonemu kwotę 60 tys. zł uznano za wygórowaną, a za zasadną – 30 tys. zł, i taka kwota została wypłacona ubezpieczycielowi Szpitala Powiatowego w W.

Pytanie redakcji: Dlaczego ubezpieczyciel lekarza podczas postępowania regresowego uznał niższą kwotę niż ta, która została wypłacona pacjentowi?

Odpowiedź prawnika lekarza: Postępowanie regresowe jest odrębnym rodzajem postępowania, w którym ubezpieczyciel na nowo bada odpowiedzialność lekarza i na tej podstawie samodzielnie ustala wysokość wypłaty regresowej. Nie musi ona odpowiadać wysokości zadośćuczynienia wypłaconego pacjentowi. W omawianej sprawie ubezpieczyciel lekarza dowiódł, że utrata jednego jądra nie spowodowała trwałych, niedających się usunąć zmian w zdrowiu oraz codziennym funkcjonowaniu małoletniego, toteż kwota wypłacona ubezpieczycielowi szpitala była o połowę niższa. ●

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

PRAWNIK LEKARZA



**BEZPŁATNE
PORADY PRAWNE**
dla lekarzy i lekarzy dentystów
członków OIL w Warszawie

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

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



Brakuje szczepionek

W SZPITALACH BRAKUJE LEKU NA MAŁPIĄ OSPĘ, NIE MA SZCZEPIONEK DLA MEDYKÓW – W TYCH SPRAWACH INTERWENIOWAŁA OSTATNIO W MINISTERSTWIE ZDROWIA RZECZNIK PRAW LEKARZA OIL W WARSZAWIE MONIKA POTOCKA.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Jedyny zatwierdzony na terenie Unii Europejskiej preparat, pozwalający na skuteczne leczenie ostrego przebiegu małej ospy, nie jest dostępny w Polsce. Brak też odpowiedniej ochrony dla personelu opiekującego się zakażonymi pacjentami, bo nie zapewniono mu szczepionek. Rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie stanowczo interweniuje w Ministerstwie Zdrowia.

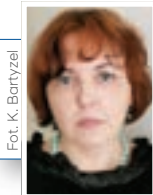
– *Apelujemy do władz państwa, by podjęły działania w celu sprowadzenia do Polski leku zawierającego tekowiryumat. Placówki ochrony zdrowia nie mają możliwości dokonania zakupu we własnym zakresie. Konieczne jest porozumienie na szczeblu rządu* – wyjaśnia RPL OIL w Warszawie Monika Potocka. O zainteresowanie się sprawą poprosiła również rzecznika praw pacjenta.

Interwencja jest efektem sygnałów, które do Biura RPL wpłynęły z jednego ze szpitali, a dotyczyły pogarszającego się stanu zdrowia grupy pacjentów z ostrym przebiegiem małej ospy. Z informacji przekazanych rzecznikowi wynika, że są oni narażeni na trwałe uszczerbek zdrowia, np. utratę wzroku, właśnie z powodu nieefektywnego leczenia małej ospy. Ta egzotyczna odmiana ospy w większości przypadków ma łagodny przebieg, ale gdy okaże się ostry, konieczne jest leczenie celowane rzadkim lekiem wprowadzonym do użycia kilka lat temu. Leków zawierających tekowiryumat nie ma jednak na polskim rynku.

„Nadto rzecznik praw lekarza wzywa do natychmiastowego podjęcia działań zmierzających do sprowadzenia na rynek krajowy szczepionki przeciwko wirusowi ospy małej w celu rozpoczęcia w pierwszej kolejności szczepień lekarzy, którzy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych są najbardziej narażeni na zakażenie wirusem” – czytamy w piśmie skierowanym przez RPL do Ministerstwa Zdrowia.

Należy dodać, że podczas konferencji prasowej 8 lipca minister zdrowia Adam Niedzielski informował o zamówieniu przez Polskę 1 tys. szczepionek skutecznie chroniących przed małą ospą, które miały zabezpieczać pracowników ochrony zdrowia. Nie wiadomo jednak, czy zamówienie zostało już zrealizowane. Z informacji, jakie wpływają do RPL, nie wynika, by program szczepień zagrożonych medyków był wdrażany.

Kwestie leku zawierającego tekowiryumat poruszały polskie media już w czerwcu i od tego czasu nie ma sygnałów świadczących, że coś się zmieniło. Nie pomogły wnioski zakaźników o sprowadzenie go w ramach tzw. importu docelowego. „Polska powinna już dawno zapewnić rezerwy tekowiryumatu, jak zrobiła to m.in. Szwajcaria. Teraz lek może być nieosiągalny, zwłaszcza że – zgodnie z informacjami lekarzy i farmaceutów – hurtownie w Niemczech, Holandii i Danii, gdzie można dostać tekowiryumat, dostały zakaz eksportowania go” – podawał w czerwcu TVN 24, powołując się na prof. Tomasa J. Wąsika, kierownika Katedry i Zakładu Mikrobiologii i Wirusologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. ●



Fot. K. Baryszel

– *Apelujemy do władz państwa, by podjęły działania w celu sprowadzenia do Polski leku zawierającego tekowiryumat. Placówki ochrony zdrowia nie mają możliwości dokonania zakupu we własnym zakresie.*

Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?
Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

Dyżury rzecznik Moniki Potockiej ● poniedziałki 10.00–14.00 ● czwartki 10.00–16.00



ORZĘDOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

tel.: 512 331 230 | tel. działu prawnego RPL: 691 224 246
rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl

#Sprawdzam

W ciągu siedmiu lat podwojono nakłady na zdrowie?

PRZY OKAZJI PREZENTACJI NAJNOWSZEJ WERSJI PROJEKTU BUDŻETU, KTÓRY RZĄD MUSI PRZYJĄĆ DO KOŃCA WRZEŚNIA, PREMIER MATEUSZ MORAWIECKI ZAPOWIEDZIAŁ, ŻE W 2023 R. WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA WYNIOSĄ PONAD 6 PKT. PROCENTOWYCH LICZONYCH OD PKB. – *OSIĄGNIEMY CEL, NAWET GO PRZEKROCZYMY NA POZIOMIE 6,2–6,3 PROC. – DODAŁ SZEFE RZĄDU. – KIEDY PRZEJMOWALIŚMY STERY RZĄDÓW POD KONIEC 2015 R., WYDATKI NA SFERĘ SŁUŻBY ZDROWIA SIĘGAŁY 4,5 PROC. PKB –* PODKREŚLIŁ MORAWIECKI.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Największy nacisk premier położył jednak na imponujący wzrost w liczbach bezwzględnych. Przekonywał, że publiczne wydatki wzrosły z 77 mld zł w 2015 r. do 160–165 mld, czyli nastąpiło „ponad podwojenie” budżetu na służbę zdrowia. Czy aby na pewno?

Premier porównuje 4,5 proc. PKB z 2015 r. (faktycznie było to nieco więcej), czyli wskaźnik obliczony według międzynarodowej metody, jaką stosuje GUS w Narodowym Rachunku Zdrowia, raportowany do instytucji takich jak Komisja Europejska czy OECD, ze wskaźnikiem obliczonym według ustawy 7 proc. PKB na zdrowie, w której wydatki publiczne na ochronę zdrowia odnosi się do PKB sprzed dwóch lat. Jakie są skutki? Niedawna informacja sygnałna GUS, dotycząca wydatków publicznych na ochronę zdrowia, nie pozostawia wątpliwości: w 2021 r. według ustawy wydaliśmy blisko 6 proc. PKB, gdyby jednak odnieść wartość publicznych wydatków do PKB z tego samego roku, otrzymalibyśmy tylko 4,9 proc. To pierwsza manipulacja, bo różnica między 4,5–4,6 proc. PKB z 2015 r. a 4,9 proc. z 2021 nie jest wcale spektakularna.

Jej konsekwencją jest manipulacja wzrostem nominalnym. W 2015 r. publiczne wydatki na zdrowie wyniosły niemal 80 mld zł (również dane GUS, NRZ za 2015 r.), w 2023 mają przekroczyć 160 mld zł. I zapewne tak będzie. Czy są jednak powody do radości? Eksperci od co najmniej dwóch, trzech lat alarmują, że ustawa, która miała gwarantować realny wzrost finansowania ochrony

zdrowia nie działa, że za większe pieniądze możemy kupić najwyżej tyle samo świadczeń. Część komentujących (ten wątek pojawił się również w wypowiedzi premiera) szuka przyczyny takiego stanu rzeczy w równoległym dynamicznym wzroście płac personelu medycznego.

Zagadkę „gdzie podziewają się pieniądze na ochronę zdrowia” dość nieoczekiwanie pomógł rozwiązać jeden z tabloidów, ruszając na zakupy z „koszykiem Dudy” do dyskontu z owadem w logo. Prezydent dokonał zakupów w kampanii prezydenckiej 2015 r., gdy chciał udowodnić, że w Polsce dzięki pozostawianiu przy złym jest taniej niż na Słowacji, która weszła do strefy euro. I rzeczywiście – było taniej. Jednak każdy kij ma dwa końce. W tej chwili po włożeniu do koszyka tego samego (ewentualnie najtańszych odpowiedników wycofanych towarów) dziennikarze zapłacili ponad 100 proc. więcej. Prawdziwe paragony grozy: za to, co kosztowało w 2015 r. nieco ponad 34 zł, w tej chwili trzeba zapłacić ponad 72 zł.

Nawet przyjmując, że inflacja dotknęła żywność nieco bardziej niż sektor usług medycznych, trzeba pamiętać, że Mateusz Morawiecki porównywał wolumen środków z 2015 r. z nakładami na 2023. Tegoroczne będą przynajmniej o kilkanaście miliardów złotych niższe, wyniosą zapewne 140–145 mld zł. Wychodzi na to, że za 140 mld zł jesteśmy w stanie włożyć do koszyka zdrowotnego mniej więcej to samo, co w 2015 r. To nie koszyk jest wart więcej, na więcej opiewa jedynie „paragon”. ●



Międzypokoleniowe problemy

współczesnej stomatologii



Obecność gwiazd polskiej i międzynarodowej stomatologii oraz możliwość przedyskutowania z konsultantami krajowymi najnowszych wytycznych dotyczących leczenia – to bezapelacyjne zalety konferencji szkoleniowej, która odbyła się w ostatnią sobotę września. Wraz z Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie i Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie współorganizowały ją towarzystwa naukowe Stomatologii Dziecięcej i Stomatologii Geriatrycznej.

Dzień wcześniej w izbie miały miejsce związane z tematem konferencji **warsztaty**. Wśród poruszonych zagadnień były: rozwój nowych technologii w endodoncji oraz potencjał włókien syntetycznych w stomatologii. ●





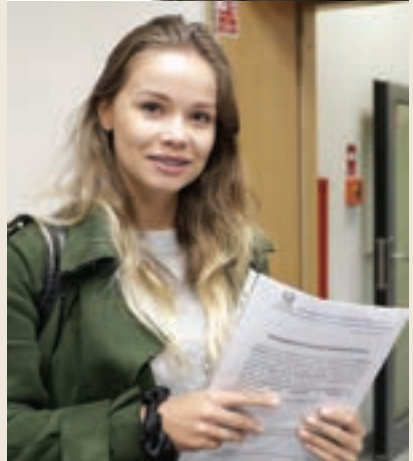
Skierowania na staż



20 września 835 absolwentów uczelni medycznych odebrało skierowania do odbycia stażu podyplomowego na terenie naszej izby. Komisja ds. Stażu Podyplomowego zapewnia płynne wejście w zawód młodym lekarzom, współpracując z mazowieckimi placówkami medycznymi.



Wątpliwości dotyczące odbywania stażu podyplomowego rozwiązać można, wchodząc na naszą stronę internetową: izba-lekarska.pl w zakładkę stażu podyplomowego i sekcji „Najczęściej zadawane pytania”. Przypominamy też, że we wrześniu w naszej izbie rozpoczęły się rozliczenia książeczek stażowych. ●





R jak Runmageddon i ringo

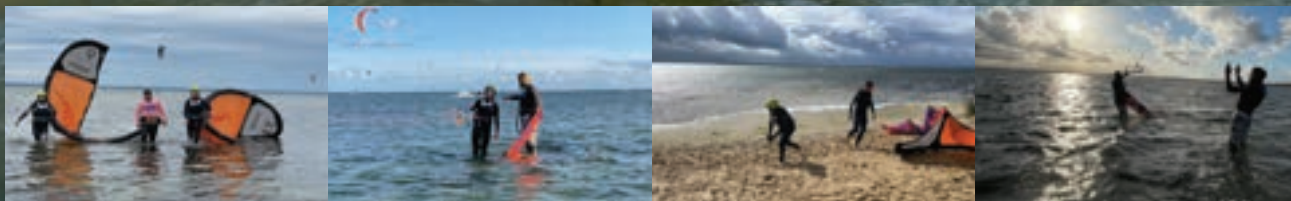
10 września w okolicy Mszczonowa i tamtejszego parku wodnego odbył się kolejny bieg przełajowy Runmageddon. I tym razem nie zabrakło w nim drużyny OIL w Warszawie. Nasza reprezentacja liczyła czterech uczestników, którzy wzięli udział w biegu w kategorii Rekrut na dystansie 6 km.

Natomiast 17 września odbyły się XX Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo. W jubileuszowych zawodach na stadionie GKS „Świt” na warszawskich Jelonkach drużynowo najwięcej punktów zebrała OIL w Warszawie. Udało się to osiągnąć dzięki tytułom mistrzowskim przedstawicieli naszego samorządu: Patrycji Zbrożek, Krystyny Anioł-Strzyżewskiej, Marka Wareckiego i Joanny Tchorzewskiej. ●



II Lekarski Obóz Kitesurfingowy

Program OIL Sport Event Komisji ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej pomógł w zorganizowaniu od 3 do 17 września dwóch turnusów obozu dla lekarzy – miłośników kitesurfingu. W zajęciach prowadzonych w Chałupach przez instruktorów z licencjonowanej szkółki kitesurfingowej wzięło udział 21 osób. ●



Fotografie: archiwum OIL w Warszawie

W ETERZE

WYPOWIEDZI PRZEDSTAWICIELI NASZEJ IZBY W MEDIACH W OSTATNIM MIESIĄCU DOTYCZYŁY PRZEDE WSZYSTKIM PRZECIWDZIAŁANIA MOBBINGOWI I HEJTOWI W OCHRONIE ZDROWIA ORAZ BEZPIECZEŃSTWA MEDYKÓW I ZAPEWNIENIA WARUNKÓW ODPOWIEDNIEGO WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH. MONITORING MEDIÓW, PROWADZONY PRZEZ DZIAŁ INFORMACJI MEDIALNEJ OIL W WARSZAWIE, WSKAZUJE NA SKUTECZNOŚĆ IZBY W INFORMOWANIU ŚRODKÓW MASOWEGO PRZEKAZU O DZIAŁANIACH RZECZNIKA PRAW LEKARZA OIL W WARSZAWIE ORAZ WYCHWYTYWANIU PRZYPADKÓW MOBBINGU.

opracowanie **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

□ Antymobbingowe działania izby opisał m.in. portal **Remedium.md** (dawne BML.pl). „Do OIL w Warszawie docierają sygnały od lekarzy, którzy go [mobbingu] doświadczają. Jest to zjawisko częste w polskich zakładach pracy, na co wskazują badania opinii społecznej. Raport »Bezpieczeństwo pracy w Polsce 2019«, opracowany na podstawie badania agencji SW Research na zlecenie Koalicji Bezpieczni w Pracy, mówi, że 46 proc. pracowników biurowych i fizyczno-umysłowych przyznało, iż padło ofiarą mobbingu. Ponad połowa doświadczyła przemocy słownej, a 14 proc. przemocy fizycznej w pracy. Biorąc pod uwagę, że w ochronie zdrowia występuje nagromadzenie czynników sprzyjających mobbingowi, do których według teoretyków należą m.in. obciążający psychicznie charakter pracy, hierarchiczna (wręcz feudalna) struktura, duże natężenie i praca w ponadnormatywnych godzinach, można zakładać, że w sektorze zdrowotnym skala mobbingu przekracza średnią krajową, co jest szczególnie częste i dotkliwe w jednostkach akademickich” – przekonywał na łamach Remedium.md Piotr Pawliszak, pełniący funkcję prezesa ORL w Warszawie, wyjaśniając potrzebę zbierania informacji o przypadkach niewłaściwych zachowań i nieprzestrzegania procedur. O izbowej ankiecie antymobbingowej pisał także **Infodent24.pl**.

□ Wiceprezes ORL w Warszawie Tomasz Imiela na łamach portalu **PolitykaZdrowotna.com** komentował demograficzną charakterystykę zatrudnienia lekarzy w Polsce w artykule poświęconym przypadkom nieadekwatnego wyposażenia przydomowych gabinetów: „Z reguły jest tak, że młodszy lekarze, będący jeszcze w trakcie specjalizacji, pracują w szpitalach, na SOR. Bywa, że gdy się już wyspecjalizują, odchodzą do firm abonamentowych lub otwierają prywatne gabinety.

Są jednak specjaliści ograniczeni w tych działaniach. Osoby wykonujące specjalizacje zabiegowe znajdują pracę głównie w szpitalu”. Także dla PolitykiZdrowotnej.com wiceprezes Imiela komentował prowadzenie studiów lekarskich na uczelniach niemedycznych. „Otwieranie kierunków lekarskich na uczelniach technicznych czy humanistycznych jest ryzykowne. Może i szkoły wyższe są w stanie zapewnić odpowiednią bazę dydaktyczną, ale gdzie zorganizują bazę kliniczną studentom? Nie jestem do końca przekonany, czy np. szpitale powiatowe dają taką możliwość. Zawsze kształceniu studentów medycyny służyły szpitale kliniczne” – twierdził.

□ W telewizji **TVN24** wypowiadał się wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentyistów Dariusz Paluszek. Jego słowa zacytował **Infodent24.pl**: „Lekarze dentyści są wypychani z systemu ubezpieczeń społecznych. Nasze usługi, świadczone na poziomie, którego oczekują pacjenci, niestety są drogie. Wyższa cena NFZ staje się dla wielu stomatologów nieopłacalna. Efekt jest taki, że w niektórych miejscowościach do konkursów na świadczenie opieki dentystrycznej nie zgłasza się nikt”.

□ Serwis **Prawo.pl** dużo uwagi poświęcił sprawie uproszczonego dostępu do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry. Opisał wystąpienie p.f. prezesa ORL do rzecznika praw obywatelskich Marcina Wiącka. „Obecnie decyzje ministra zdrowia o udzielaniu zgody na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry wydawane są tylko na podstawie deklaracji lekarzy cudzoziemców zawartych w oświadczeniu posiadania właściwego poziomu znajomości języka polskiego” – mówił Piotr Pawliszak. Temat ten poruszyły także **RynekZdrowia.pl** i **Dentonet.pl**.



Fot. licencja OIL w Warszawie

□ Działania RPL OIL w Warszawie związane z zapobieganiem hejtowi trafiły na łamy m.in. „**Rzeczpospolitej**”. „*Hejtował lekarzy w Internecie, zajmie się nim prokurator. Prokuratura Rejonowa Warszawa-Wola wszczęła z urzędu postępowanie w sprawie zniestawienia lekarzy na jednym z portali społecznościowych*” – donosił dziennik. „*Należy docenić fakt, że prokuratura odpowiednio zareagowała na zgłoszenie naszego biura i objęła ściganiem z urzędu autora zniestawiającego wpisu. Anonimowość w Internecie nie zwalnia z odpowiedzialności. Wręcz przeciwnie, wykorzystywanie jej w nieodpowiedzialny sposób, szkodzący innym, powinno być ścigane jak w tym przypadku*” – przekonywała cytowana w „RP” rzecznik Monika Potocka. Sprawę opisały również **Podypłomie.pl**, **Dentonet.pl**, **RynekZdrowia.pl** i **Pulsmedycyny.pl**.

□ Kroki podjęte przez RPL, które doprowadziły do ukarania jednego z warszawskich szpitali, opisała natomiast „**Gazeta**

Wyborcza”. „*Na Oddziale Intensywnej Terapii Szpitala Dziecięcego przy Niekańskiej zamiast specjalistów anestezjologii dyżurowali rezydenci – wynika z kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia. Szpital dostał karę 167 tys. zł. Na problem zwróciła uwagę Monika Potocka, która pełni funkcję rzecznika praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Wystąpiła do Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o kontrolę, ponieważ w Szpitalu Dziecięcym im. prof. Bogdanowicza przy ul. Niekańskiej miały powtarzać się przypadki niewystarczającej obsady lekarskiej na Oddziale Intensywnej Terapii*” – napisał dziennik. Problem przedstawiły też **RynekZdrowia.pl** i **Pulsmedycyny.pl**.



□ Apel RPL do Ministerstwa Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do zapewnienia szczepień i leku na małą ospę trafił z kolei na łamy **Hellozdrowie.pl** i **Infodent24.pl**. ●

VII OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA
25-26 LISTOPADA 2022 R.
WARSZAWA, HOTEL MARRIOTT
AL. JEROZOLIMSKIE 65 / 79

Opłata rejestracyjna
150 zł

**PRAKTYCZNE ASPEKTY
CHORÓB CYWILIZACYJNYCH (PACC)**

Szczegółowy program i formularz zgłoszeniowy na stronie
WWW.CHOROBYCYWILIZACYJNE.COM.PL

Serdecznie zapraszamy

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong
Przewodniczący Rady Naukowej

Dr n. med. Maria Rell-Bakalarska
Dyrektor Naukowy IAMP

REZYDENCJI I STAŻYŚCI – UDZIAŁ BEZPŁATNY

IAMP Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 200, lok. 201, 02-486 Warszawa, 668 118 167, biuro@iamp.com.pl

REKLAMA



Historia Polski w szpitalu na Jazdowie

Fotografia: archiwum

NIEWIELE JEST MIEJSC, KTÓRE TAK SILNIE WIĄŻĄ MEDYCYNĘ Z HISTORIĄ POLSKI. OD CZASÓW STANISŁAWA AUGUSTA DO KAPITULACJI POWSTANIA WARSZAWSKIEGO SZPITAL UJAZDOWSKI STANOWIŁ WAŻNY PUNKT NA MAPIE PAMIĘCI NARODOWEGO DĄŻENIA DO NIEPODLEGŁOŚCI. NA JAZDOWIE WYCHOWAŁO SIĘ CAŁE POKOLENIE WYBITYCH MEDYKÓW WOJSKOWYCH, TAM W CZASIE OKUPACJI NIEMIECKIEJ POWSTAŁA ENKLAWA POLSKOŚCI. O ROLI SZPITALA W NAJWAŻNIEJSZYCH WYDARZENIACH NASZEJ HISTORII, JEGO WPŁYWIE NA MEDYCYNĘ WOJSKOWĄ ORAZ POTRZEBIE ZACHOWANIA PAMIĘCI O TYM MIEJSCU OPOWIADA **KRZYSZTOF KRÓLIKOWSKI**, PREZES STOWARZYSZENIA D. (DAWNY) SZPITAL UJAZDOWSKI.

rozmawia **ADRIAN BOGUSKI**

Historia Szpitala Ujazdowskiego rozpoczyna się w XVIII w.

Dzieje samego Jazdowa sięgają jeszcze dalej. Gród Jazdów był swoistą kolebką Polski, zresztą w Łazienkach Królewskich, niedaleko Ogrodu Botanicznego, znajduje się kolumna z orłem, na której widnieje data założenia grodu – 1262. Właśnie tam wystawiono po raz pierwszy „Odprawę posłów greckich” Jana Kochanowskiego, którą reżysero-

wał Wojciech Oczko, nadworny lekarz Stefana Batorskiego. To pierwszy ze znanych wątków związanych z lekarzami czy też medycyną na Jazdowie. Właściwe dzieje szpitala zaczynają się jednak za czasów Stanisława Augusta Poniatowskiego, który Jazdów wybrał na królewską siedzibę, zaprojektowaną przez Efraima Schroegera. W roku 1792, w związku z problemami finansowymi, Stanisław August przekazał zamek miastu, które umieściło tam m.in. lazaret. Służył polskiemu wojsku podczas insu-

rekcji kościuszkowskiej. Największy rozwój infrastrukturalny przypada na okres po trzecim rozbiórce Polski, kiedy Rosjanie (w 1809 r.) utworzyli Ujazdowski Wojennyj Hospital, czyli Szpital Ujazdowski. Od połowy XIX w. zaczęły powstawać piętrowe ceglane budynki, z czasem wyposażone w nawiew i ogrzewanie. Szpital został zaprojektowany w najnowocześniejszym wówczas systemie pawilonowym, co miało zapobiec rozprzestrzenianiu się infekcji. Rosjanie wybudowali również przed

Zamkiem Ujazdowskim wielki czteropiętrowy gmach w kształcie niepełnej litery „U”. Tam umiejscowiono wszystkie oddziały chorób wewnętrznych. Między budynkami jeździła kolejka wąskotorowa, która przewoziła potrzebne artykuły do pawilonów, ponadto znajdowały się tam pralnia, piekarnia i zakład fryzjerski. Był to kompleks samowystarczalny. Musiał zaspokajać wszelkie potrzeby.

W ten sposób szpital funkcjonował aż do około 1915 r.

Wychodząc w 1915 r. z Polski, Rosjanie rabowali wszystko, co możliwe. Warto przypomnieć, że Uniwersytet Warszawski został „zesłany” do Rostowa nad Donem. Bardzo wielu Polaków znalazło się wówczas w głębi Rosji i w kolejnych latach powracało do ojczyzny. Natomiast z rąk niemieckich szpital wyzwolili trzy lata później ppłk dr Edward Loth i płk dr Stefan Rudzki. Organizację instytucji trzeba było zacząć na nowo. Szpital pod polskim dowództwem zaczął się znowu rozwijać. W 1920 r., podczas Bitwy Warszawskiej, pełnił funkcje pierwszego szpitala polowego. Dwa lata później staraniem gen. Chłopickiego powołano przy nim Szkołę Podchorążych Sanitarnych. Wojsko bowiem potrzebowało swoich lekarzy – dyspozycyjnych, do oddelegowania. Dziś powiedzielibyśmy, że utworzono wojskowy wydział lekarski. SPS była bardzo cenna, ponieważ studia medyczne słono kosztowały i mało kto mógł sobie na nie pozwolić. SPS natomiast otwierała wiele możliwości zdolnym młodym mężczyznom, którzy nie mieli środków na naukę. W Zamku Ujazdowskim powstał akademik, studenci otrzymywali mundury, buty i żołąd na drobne wydatki. W zamian za to kosztom jednego miesiąca wakacji odbywali ćwiczenia wojskowe, a po zakończeniu studiów musieli odsłużyć określony czas w wojsku. Dla wielu była to ogromna szansa. Z roku na rok liczba absolwentów SPS rosła. Trzeba też powiedzieć, że podchorążacy cieszyli się względami młodych dziewcząt.

Domyślał się, że młodym podchorążym to nie przeszkadzało.

Wiąże się z tym zabawna anegdota opowiedziana przez prof. Edwarda Rużyłłę,



uczni Centrum Wyszkożenia Sanitarne- go, w które w latach 30. XX w. przekształciła się SPS. Pewnego razu gen. Stefan Hubicki poszedł sprawdzić, czy osadzony w kozie (która znajdowała się w piwnicy) zachowuje się poprawnie, i przyłapał go na romansowaniu z dziewczyną. Podchorążak na widok generała zerwał się, stanął na baczność, po czym, zapiąwszy spodnie, przedstawił dowódcy swoją narzeczoną. Oczywiście, odsiedział za to kolejny okres w kozie. Podchorążakom nie wolno było umawiać się z dziewczętami, wchodzić w związki, zawierać małżeństw, ponieważ w międzywojniu żołnierz musiał w tym celu osiągnąć określony pułap wynagrodzenia, umożliwiając zapewnienie bytu rodzinie.

Jakie kierunki w nauczaniu medycyny wytyczyła SPS, a później CWS?

Bardzo ważnym ośrodkiem była psychiatria, a ogromne znaczenie miały badania dr. Jana Nelkena nad stresem bojowym i kokainizmem wśród wojskowych. Pionierskie prace dotyczące kory nadnercza prowadził dr Michał Lityński, przedstawił pierwszy opis hiperaldosteronizmu pierwotnego. Nie można zapomnieć o prof. Bolesławie Szareckim – wybitnym chirurgu, najstarszym lekarzu operującym pod Monte Cassino, który był więziony w wielu sowieckich obozach. W Szpitalu Ujazdowskim utworzono, choć na bardzo krótki okres (1929–1933), pierwszy oddział pediatryczny. Wiodącą jednostką był Zakład Radiologii najpierw prowadzony przez prof. Bronisława Sabata, a po przewrocie majowym przez prof. Witolda Zawadowskiego, który powrócił ze szkolenia w Paryżu. Od wojska dostawał najnowocześniejszą wówczas aparaturę, dzięki



czemu Zakład Radiologii, mieszczący się w starym budynku, przeznaczonym wcześniej na oddział chorób zakaźnych, prężnie się rozwijał. Tam organizowano pierwsze w Polsce szkolenia dla radiologów, podczas których wiedzę zdobywali Maria Werkenthin, pierwsza kobieta radiolog, oraz Jan Kochanowski. Oni właśnie weszli w skład pierwszego zespołu prof. Zawadowskiego. Do Zakładu Radiologii na badania rentgenowskie przychodził Janusz Korczak z dziećmi. Zawadowskiego odwiedzał na oddziale również marszałek Józef Piłsudski. Razem z zespołem prof. Zawadowski prowadził pionierskie prace nad ochroną ciała przed promieniowaniem. Warto też wspomnieć o anatomii patologicznej zarządzanej przez mjr. Witolda Kalicińskiego i doc. Józefa Laskowskiego. Nie tylko zajmowali się patomorfologią, ale też zbudowali podwaliny pod patomorfologię onkologiczną. Po śmierci Marszałka spreparowali jego ciało. Serce przewieziono do Wilna, na Rosse. Mózg również trafił do Wilna, do Instytutu Badań nad Mózgiem prof. Rosego. Po jego przebadaniu powstało 16 albumów opisujących organ, które znajdują się

w bibliotekach w Polsce. W 1939 r. preparat zaginął i do dziś nie wiadomo, co się z nim stało.

Dochodzimy do 1939 r., gdy szpital stał się placówką dla rannych żołnierzy kampanii wrześniowej.

W 1939 r. kolejny raz służył walczącym o Polskę. Przypominam, że wcześniej pełnił podobną funkcję w czasie insurekcji kościuszkowskiej, powstania listopadowego, powstania styczniowego i Bitwy Warszawskiej. Kolejny egzamin zdał w roku 1939. Do szpitala kierowano rannych z Armii Łódź, Armii Poznań, westerplaczyków. Wszystkich, którzy nie przeżyli, pochowano na Cmentarzu Obrońców Warszawy 1939 r., znajdującym się na tyłach parku Ujazdowskiego (całą kwaterę w latach 50. przeniesiono na Powązki Wojskowe).

Ciekawą postacią w historii szpitala w tym okresie była Loda Halama.

Aktorka Loda Halama bez wiedzy Armii Krajowej zorganizowała największy przerzut (od 20 do 40 pacjentów) ran-

nych westerplaczyków – zagrożonych obozami jenieckimi – z Jazdowa do internatu na warszawskich Sielcach. Najciekawsze, że do czasu wybuchu Powstania Warszawskiego ukrywający się tam żołnierze nie zostali zdekonspirowani. To była największa udana akcja przerzutowa zorganizowana bez wiedzy AK, podczas gdy wiele podobnych działań podejmowanych przez podziemie skończyło się niepowodzeniem. Mówiąc o kobietach, nie można pominąć ważnej instytucji Szpitala Ujazdowskiego, jaką stały się tzw. mateczki – warszawianki pomagające rannym. Każda z nich opiekowała się konkretnym żołnierzem, co nierzadko prowadziło do romansu. „Mateczki”, choć nazwa wskazywałaby na to, wcale nie były paniami w podeszłym wieku. Najślynniejszą z nich była żona gen. Sosnkowskiego – Jadwiga.

Tragiczny los nie ominął kadry szpitala.

Na początku września pracownicy placówki trafili do Szpitala Polowego nr 104, skąd udali się do Trembowli. 17 września zostali aresztowani i w 1940 r.

zamordowani w Katyniu. Ujść z życiem udało się jedynie prof. Szareckiemu. Doceniono go za leczenie miejscowych Rosjan, podczas osadzenia w obozie NKWD w Gрязowcu. Ciekawym źródłem w tej kwestii są wspomnienia spisane przez prof. Bolesława Szareckiego, do których odsyłam. Braki kadrowe udało się wypełnić po powstaniu tajnego Uniwersytetu Ziemi Zachodnich i przeniesieniu się pracowników placówek poznańskich do Szpitala Ujazdowskiego. W ten sposób znaleźli się w Warszawie płk dr Leon Strehl i prof. Teofil Kucharski. Od tego momentu możemy mówić o nowym wątku w historii Szpitala Ujazdowskiego.

„Rzeczpospolita Ujazdowska”.

Po przejęciu władzy przez Niemców Szpital Ujazdowski został objęty Konwencją Genewską. Dzięki temu stał się jedynym szpitalem, który miał polskiego komendanta, personel mógł rozmawiać w języku polskim, a pacjenci nosić polskie mundury. Na tle Warszawy, w której wszędzie wisiały swastyki, wprowadzono godzinę policyjną, ausweisy, niszczone ślady polskości, za furtą od ul. Górnośląskiej otwierał się zupełnie inny świat. Oczywiście, nie żyło się tam beztrudnie. Okupanci byli ogromnie podejrzliwi, gestapo często przybywało z kontrolami. Bardzo trudną misję do wypełnienia miał ówczesny dyrektor płk Leon Strehl. W tej przestrzeni jednak zrodziła się „Rzeczpospolita Ujazdowska”. Szpital otrzymywał wówczas ogromną pomoc finansową od Bazaru Różycyckiego, Browarów Warszawskich Haberbusch i Schiele, pieniądze i leki dostarczała apteka magistra Potockiego, zewsząd płynęła pomoc. Wszystkie kary pieniężne, które nakładano np. za sprzedaż chleba z trocinami na Kercelaku, największym wówczas bazarze w Warszawie, były przeznaczone na szpital. Od 1939 do 1944 r. wsparcia udzielał też Jan Wedel. To wszystko pozwoliło na prowadzenie tajnych studiów medycznych na terenie szpitala. Ukrywano tam również potrzebujących schronienia Żydów. Dr Wanda Makuch-Korulska organizowała spotkania rodzin żydowskich w podziemiach Zakładu Anatomii Patologicznej. W podziemiach Zakładu Psy-

chiatrrii odbywały się zaś tajne posiedzenia Armii Krajowej. To była bardzo bezpieczna kryjówka, ponieważ Niemcy brzydzili się chorobami psychicznymi. Ks. płk Feliks Gloeh z Ewangelicko-Augsburskiej Parafii Wniebowstąpienia Pańskiego przy ul. Puławskiej i dr Michał Lityński wystawiali fałszywe akty chrztu i urodzenia (160 świadectw urodzenia i chrztu, ostemplowanych pieczęcią parafii Kościoła ewangelicko-augsburskiego w Łomży). Ponad 50 takich blankie-



Fot. K. Bartyzel

tów dr Lityński osobiście wręczył Żydom ukrywającym się na terenie Szpitala Ujazdowskiego.

Tak szpital funkcjonował do Powstania Warszawskiego.

5 sierpnia Niemcy zajęli teren szpitala i bez względu na stan chorych wysłali wszystkich na tułaczkę i podpalili budynki. W tym okresie miały miejsce tak heroiczne czyny jak przeprowadzenie przez dr. Leona Strehla wszystkich pacjentów Szpitala Maltańskiego (filii Szpitala Ujazdowskiego) przez ulice pełne Niemców, przez całą Marszałkowską, do Szpitala Ujazdowskiego. Z tego powodu nazywano go „Mojżeszem”.

Zespół i pacjenci Szpitala Ujazdowskiego po bombardowaniu rozdzielają się, część trafia na Sadybę, inni chcą zatrzymać się u nazaretanek, ale siostry ich nie wpuszczają. Wówczas udają się do sióstr miłosierdzia i tam, na dachu, wywieszają flagę z czerwonym krzyżem. Niedługo potem Niemcy wkraczają na ten teren,

ewakuują swoich rannych i następnego dnia bombardują gmach – ponad 300 osób ginie. Ci, którzy przeżyli, trafiają na ul. Puławską 99, do nieistniejącego dzisiaj zakładu opieki zdrowotnej. Później kolejną udają się do Milanówka, a następnie do Krakowa. Tam Szpital Ujazdowski zaczyna swoją działalność u jezuitów, przy ul. Kopernika. Ze względu na szkyany i problemy z apro wizacją dowództwo szpitala jest jednak zmuszone go rozformować.

Na kilkadziesiąt lat historia Szpitala Ujazdowskiego zostaje przerwana.

Dopiero w latach 60. XX w. powstał Wojskowy Instytut Medyczny, czyli szpital przy ul. Szaserów, i on kontynuował działania Szpitala Ujazdowskiego. Natomiast tradycje uczelniane przejęła Woskowa Akademia Medyczna, a obecnie Wydział Wojskowy Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Tradycje szpitala kontynuuje również stowarzyszenie, którego jest pan prezesem.

Spiritus movens stowarzyszenia była prof. Hanna Odrowąż-Szukiewicz, uczennica prof. Lotha, która w 1989 r. razem z kombatanami położyła podwaliny pod stowarzyszenie. Na jej barkach w dużej mierze spoczywał trud zdobywania pamiątek po Szpitalu Ujazdowskim. W 2002 r. powstała pierwsza wystawa naszego muzeum. Rok później stworzyliśmy ekspozycję wystawianą przez całą dekadę. W 2018 r. powstała najnowocześniejsza dotąd wystawa, która cieszyła się niemałą popularnością. Staramy się podtrzymywać pamięć o szpitalu, choć z roku na rok coraz więcej naszych członków – dzieci Ujazdowa, pacjentów szpitala – odchodzi. Do wybuchu pandemii spotkania naszego środowiska, skupionego wokół Szpitala Ujazdowskiego, odbywały się regularnie. Potem wszystko się zatarło. Od trzech lat jednak przyznajemy Nagrodę im. Szpitala Ujazdowskiego. 28 września 2022 r. odbędzie się czwarta edycja. Dziś jesteśmy skupieni na tworzeniu nowej wystawy na Zamku Ujazdowskim. ●

Na ratunek królowej sportu

DZIESIĘĆ RAZY STAWAŁ NA NAJWYŻSZYM STOPNIU PODIUM. ZDOBYŁ 23 MEDALE W ZAWODACH POLSKICH I MIĘDZYNARODOWYCH. KIEDY DODAMY, ŻE MOWA TYLKO O JEDNYM SEZONIE 2022, SPORTOWE DOKONANIA **KONRADA BOŃDY**, ZAWODOWO ZAJMUJĄCEGO SIĘ MEDYCYNĄ RATUNKOWĄ, ROBIĄ WRAŻENIE. CZŁOWIEK, KTÓRY – JAK SAM MÓWI – ODPOCZYWA W BIEGU, OPOWIE NAM O SWOJEJ MIŁOŚCI DO LEKKIEJ ATLETYKI I NIE TYLKO...

rozmawia **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Medycyna ratunkowa to ciężki kawałek chleba. Dlaczego wybrał pan taką drogę zawodową?

W czasie studiów w Wojskowej Akademii Medycznej i Akademii Medycznej w Warszawie tak naprawdę chciałem być pediatrą. Cały staż podyplomowy spędziłem w Centrum Zdrowia Dziecka. Miałem być tam zatrudniony, ale nastąpiła zmiana organizacji ochrony zdrowia w Polsce, czyli wprowadzono sławetne kasy chorych, i cztery lata czekałem na specjalizację. „Na przeczekanie” trafiłem do pogotowia będącego wtedy siedliskiem tych, którzy nie mogli się nigdzie zaczepić. Ja po trzech miesiącach złapałem bakcyla. Pediatria wróciła do mnie na chwilę, bo przez pewien czas pracowałem na SOR Szpitala Dziecięcego przy ul. Nie-kląńskiej w Warszawie. W przeciwieństwie do większości kolegów z Zespołu Ratownictwa Medycznego (wyjazd do dziecka zazwyczaj wywołuje lekką nerwowość w zespole) ja się dzieci nie boję. W medycynie ratunkowej urzekła mnie możliwość bycia samodzielnym. Przeszedłem w pogotowiu cały proces przeobrażenia medycyny ratunkowej. Teraz to zupełnie inne miejsce niż kiedyś i „pogotowiarz” wielu doktorom mógłby przytrzeć rogów. Ja muszę być przygotowany, muszę być kompetentny, żeby pomóc pacjentowi. Nie muszę się oglądać na pana docenta, na pana adiunkta, pana starszego asystenta. Albo jestem w tym dobry, albo się do tego nie nadaję.

Po lekarzu pogotowia ratunkowego, w swojej historii zawodowej także latającego w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, który o mało nie został wojskowym, spodziewałabym się uprawiania sportów ekstremalnych albo niezobowiązującego „haratania w gałę” dla relaksu. Skąd lekkoatletyka?

Za piłką, a właściwie piłkami: nożną, siatkową, ręczną, do koszykówki, uganiałem się także! W Szkole Podstawowej nr 2 w Brwinowie, Liceum Medycznym nr 1 w Warszawie (dyplom pielęgniarstwa też posiadam) i podczas studiów w Wojskowej Akademii Medycznej. Jednak zawsze lubiłem samodzielność i odpowiedzialność za własne wyniki. Zawsze lubiłem rzucać, czy to śnieżkami, czy kamieniami, więc oszczep był i jest ukochaną konkurencją, a ze względu na skoczność, którą mogłem się wykazać przy grach zespołowych, pojawił się trójskok. Mój ojciec uprawiał biegi średnie, więc trafiłem do tego samego co on klubu i trenera – śp. Edmunda Sumińskiego.

W lekkiej atletyce nagrodą jest wynik, który zależy tylko ode mnie: jeżeli będę najlepszy, to nikt mi tego nie zabierze. Nie będzie tak, że jestem najlepszy na świecie, ale gram w mizernej reprezentacji i nic nie możemy zdobyć. Na stadionie nieważne, czy ktoś rzuca brzydko, czy ładnie. Ważne, kto rzuci dalej, kto szybciej przebiegnie, kto skoczy wyżej. Oczywiście, technika i siła pomagają, ale to dyscyplina w 100 proc. wymierna.

Stara miłość nie rdzewieje i lekkoatletyka znowu zagościła w pana życiu. Jaki był to powrót?

Powrót do sportu miał podstawy zdrowotne, związane z nadwagą, oraz sentymentalne. Najtrudniejszy był pierwszy krok, podjęcie decyzji. Później wystarczyła konsekwencja i systematyczność. Treningi wymagały planowania czasu i pogodzenia z nauką lub pracą. I największa radość: poprawienie rekordu życiowego, czyli wygrana ze sobą. Początkowo startowałem w Igrzyskach Lekarskich organizowanych przez Maćka Jachymiaka, następnie przyszły starty w zawodach masters, czyli dla osób powyżej 35. roku życia, a w końcu Medigames, czyli Światowe Igrzyska Medyków. Lekkoatletyka była powrotem do starej miłości i nie miała konkurencji.

Zdobywa pan mnóstwo nagród. Czy któraś ma szczególne znaczenie?

Chyba pierwszy medal po powrocie do sportu. Jeszcze wtedy w siermiężnych warunkach, bo nie było stadionu lekkoatletycznego w Zakopanem. Rzut oszczepem wygrany w ulewnym deszczu. Trzy godziny czekaliśmy na start, całkiem zmarznięci. Ale wtedy właśnie poczułem, że naprawdę wróciłem, odnalazłem starego bzika, że sport nadal mi się podoba. A druga to pierwszy złoty medal na Medigames, w Alicante. Był to medal w pchnięciu kulą. Mieliśmy paczkę miotaczy Polaków, ale zawsze walczyliśmy z Niemcami, chociaż bardzo się



lubimy. Dopadło mnie wtedy zapalenie kaletki w stawie skokowym. Trochę mocniej przygotowałem się siłowo i pierwsze pchnięcie oddałem z miejsca bez doślizgu. Na rekord życiowy. Nawet z doślizgiem lepiej nie pchałem. Brak doślizgu spowodował, że koledzy się spalili. Kolejne pchnięcia odpuszczałem i do ostatniego wyszedłem już jako zwycięzca, pchnąłem rekreacyjnie. Wtedy ktoś do mnie podszedł i zapytał, czemu pcham bez doślizgu. Odpowiedziałem, że po prostu nie jestem w stanie. I wtedy wszyscy się zorientowali, że w pozytywny sposób, ale ich oszukałem.

Wiem, że rzuca pan nie tylko oszczepem czy młotem. Czym spoza kanonu sportowego najbardziej lubi pan rzucać?

Nie uwierz pani, ale... granatem. Kiedyś rzut nim należał do konkurencji lekkoatletycznych. Realizuję tę pasję, startując w Mistrzostwach Polski Masters w Rzutach Nietypowych organizowanych przez Polski Związek Lekkiej Atletyki Masters, a także w mistrzostwach świata i Europy.

Muszę przyznać, że coraz bardziej mnie pan zadziwia. Lekkoatletyka to sport dla każdego?

Sport jest dla ludzi w każdym wieku. Wystarczy wspomnieć zmarłego w tym roku Stanisława Kowalskiego, który przeżył 111 lat! Jeszcze przed czterema laty startował w zawodach Masters. A i „młodszy” koledzy potrafią zaimponować formą, np. lekarze po 70. roku życia – Zenon Krukowski, Stefan Madej, Julian Pełka i wielu innych. Natomiast wspaniała moim zdaniem jest koleżeńskość startujących w zawodach Masters lekkoatletów. Nie ma wyśmiewania słabszych ani początkujących konkurentów. Jak komuś nie idzie, za chwilę inni mu podpowiadają, korygują, uczą. I nawet jeśli ostatecznie zrobi lepszy wynik niż ten, który mu pomagał, nie ma zazdrości, tylko motywacja, żeby na kolejnych zawodach „skroić mu portki”. Mówi się, że na tych zawodach jest więcej trenerów niż zawodników!

Osobna kategoria lekarska w zawodach Masters, polskie Igrzyska

Lekarskie, Medigames. Wygląda na to, że medyczna brać sportowa ma się całkiem nieźle i robi wyniki. Ale chyba nie jest tak całkiem kolorowo?

To pewnie panią zaskoczy, ale więcej złotych medali przywożę z Medigames nie dlatego, że jestem najlepszy w Polsce, bo na rodzimych Igrzyskach Lekarskich są lepsi ode mnie, ale dlatego, że często ci lepsi nie mają funduszy, aby wyjechać na zawody np. do Melbourne. Muszę podkreślić, że na imprezach międzynarodowych żadne z nas nie jest przedstawicielem okręgowych izb lekarskich, od których mamy większe wsparcie niż od Naczelnej Izby Lekarskiej. A przecież to Polskę reprezentujemy na zawodach rangi światowej. Kiepsko się czujemy, kiedy koledzy po fachu z biedniejszej Rumunii przyjeżdżają w jednokolorowych strojach, a my w zasadzie w tym, co każdy miał w domu. Myślę, że chociażby zawodnicy mający osiągnięcia, zdobywający medale powinni otrzymać wsparcie finansowe umożliwiające wyjazd na mistrzostwa świata.

Pod tym względem nasza lekkoatletyka też nie ma się najlepiej. Wsparcie finansowe lekkoatletów nie zachwyca. Młodych talentów jak na lekarstwo, bo zainteresowanie tą dyscypliną jest nieporównywalnie mniejsze niż choćby piłką nożną.

Każdy chce być Lewandowskim. I zarabiać tyle, co on. Poza tym problem z dostępnością infrastruktury też robi swoje. W każdej gminie jest boisko do piłki nożnej, ale o rzucaniu oszczepem można zapomnieć. I nie jest to problem tylko małych miejscowości, ale także największych miast. Trzeba mieć wiele samozaparcia i pomocy rodziców, żeby dojeżdżać na treningi po 80 km w jedną stronę. Kolejny powód to finanse. Rodzice chętniej wydadzą 400 zł na korki niż na buty lekkoatletyczne do koła.

No i nie ukrywajmy, ktoś te zdolne i chętne dzieciaki musi odkryć, musi mieć oko. Podstawą jest mądry pan od WF. Teraz na lekcjach wychowania fizycznego uczniowie mają trochę biegów i parę rzutów piłką lekarską. I na tym koniec. Łatwiej nimi kierować, rzucając im piłkę do nogi. A jeśli w grupie dziesięciolatków jest jeden o dwie głowy większy niż pozostali, żaden będzie z niego piłkarz, bo będzie ważył 120 kg. Za to może być świetnym młociarzem, jeśli w dodatku lubi tańczyć.

Opowiem pani anegdotę. W pobliskiej szkole podstawowej jest koło do pchnię-

cia kulą. Chodzę tam popołudniami potrenować. Kiedyś zaczęło mi się przyglądać kilku chłopaków. W końcu podeszli i powiedzieli: – *No, wreszcie wiemy, do czego to służy.* I z jednej strony serce mi rośnie, że się zainteresowali, ale z drugiej się załamalem.

Polscy lekkoatleci przywożą najwięcej medali z igrzysk olimpijskich. Zamiast postawić na najlepszego konia, Polska pompuje masę pieniędzy np. w piłkę nożną, w której ciągle brakuje nam spektakularnych sukcesów. Jeden sezon Roberta Kubicy w F1 prawdopodobnie kosztuje więcej, niż wynosi cała darowizna Orleń na rzecz lekkoatletyki. A żeby dostać się do Orleń Teamu, trzeba najpierw zaistnieć w Polsce, a najlepiej na świecie. Wiele jeszcze musiałoby się zmienić.

Rysuje się bardzo smutny obraz realiów polskiej lekkiej atletyki. Wróćmy jednak do pana. Jest pan związany z tą dyscypliną nie tylko jako zawodnik, ale i sprawny organizator. Drzemie w panu żyłka kaowca?

Trochę tak. Jeśli uważam, że coś jest źle zrobione, od razu mówię o tym. A jeśli ktoś mi mówi, zrób lepiej, to cóż, ja nie narzekam po fakcie, tylko zgłaszam wcześniej uwagi i propozycje rozwiązań. Praca na rzecz PZLAM była naturalną konsekwencją pomocy w organizacji niektórych zawodów i poparcia kolegów,

którzy widzieli mnie we władzach. Obecnie pomagam w organizacji Igrzysk Lekarskich i poważnie myślę o powrocie do zarządu PZLAM. Dlaczego? Bo ktoś to musi organizować, a ja lubię, jak „wszystko gra”, nie chowam się za plecami innych.

Swoją lekkoatletyczną pasję przejął pan od ojca, a następnie przekazał córkom. Ale macie jeszcze jedną wspólną miłość. Mogłabym się pokusić o nazwanie pana psim i kocim „tata”.

„Zwierzęciarz” ze mnie, bo i chomiki miałem i modliszki. W zasadzie zawsze w domu były zwierzęta. Można o mnie powiedzieć, że jestem częstym klientem lecznic weterynaryjnych. Obecnie mam niemałe stadko psów i jeszcze bardziej niemałe kotów. Czasem, gdy jeden pies od nas odchodził, jechaliśmy po kolejnego, a wracaliśmy z dwoma. Miałem też psa, który sam mnie sobie wybrał. Nie mogę tego inaczej określić. To był pies, który nie chciał być adoptowany. Nosił pseudonim Norek, bo gdy tylko ktoś przychodził, chował się do budy i nie wychodził. A do mnie podszedł i wbrew swojemu zwyczajowi nie zostawił śladów zębów na moich łydkach. I poszedł ze mną do domu. Wszystkie nasze zwierzątka to znajdy i przybłądy. Oprócz dwóch psów młodszej córki, które nazywamy wnuczkami, bo rozpieszczamy je jak wnuki, a ona denerwuje się, że je psujemy. Zupełnie jak rasowi dziadkowie. ●



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



HARMONOGRAM ZAJĘĆ

**Terminy i tematy wykładów,
które planowane są w I semestrze roku akademickiego 2022/2023:**

18.10.22 r. „Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej”
– dr Bohdan Zdziennicki, sędzia TK w stanie spoczynku

8.11.22 r. „COVID-19 – epidemia globalna”
– dr Piotr Wasilewski

22.11.22 r. „Medycyna stylu życia a zdrowa starość”
– prof. dr hab. Jarosław Pinkas

6.12.22 r. „Wybrane aspekty operacji wojskowych poza granicami kraju widziane oczami uczestnika”
– płk rez. Leszek Laszczak

13.12.22 r. Spotkanie przedświąteczne

10.01.23 r. „Podróże Fryderyka Chopina po Polsce i Europie”
– Marita Juarez

24.01.23 r. „Czym jest dziedziczenie ustawowe, czym testamentowe, czym zaś jest wydziedziczenie”
– adwokat Jerzy Krzywicki

7.02.23 r. „Zdrowie publiczne – współczesne wyzwania społeczne”
– prof. dr hab. Alfred Owoc

Planowane są również zajęcia na basenie i w sali gimnastycznej, wyjścia do teatrów, muzeów oraz wycieczki.

Udział w zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych.

W związku z dużą liczbą chętnych i wyczerpaniem się miejsc na zajęcia organizowane przez LUTW „Nestor” OIL w Warszawie zdecydowała o tymczasowym zakończeniu zapisów. Ich wznowienie może nastąpić w późniejszym czasie.

W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22-542-83-55.

**OBWIESZCZENIE NR 11/2022/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 23 SIERPNIA 2022 R.**

**w sprawie wygaśnięcia mandatu
członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz uchwały nr 16/2022/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 23 sierpnia 2022 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie od 28 lipca 2022 r. mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 lek. Łukasza Boguckiego.

§2

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

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

**OBWIESZCZENIE NR 12/2022/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 23 SIERPNIA 2022 R.**

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

Na podstawie §45 ust. 3 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), oraz uchwały nr 17/2022/IX Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 23 sierpnia 2022 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się uzyskanie przez lek. Jacka Putza mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 od 28 lipca 2022 r.

§2

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



Ze smutkiem żegnamy
naszego Kolegę

**lekarza dentystę
Andrzeja Hochmana**

wieloletniego zastępcę
okręgowego rzecznika
odpowiedzialności zawodowej
w Warszawie.

Zespół Okręgowego Rzecznika



Z głębokim żalem informujemy,
że 20 sierpnia 2022 r.
odszedł od nas wspomniały Kolega i Lekarz

dr Paweł Świątek

specjalista chorób wewnętrznych i kardiolog.
Będzie nam Ciebie bardzo brakowało!

Koleżanki i koledzy z Oddziału Wewnętrznego
i Stacji Dializ Szpitala Zachodniego
w Grodzisku Mazowieckim



Naszej koleżance
dr Marcie Klimkowskiej-Misiak
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają
Dariusz Paluszek,
wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów w Warszawie,
oraz koleżanki i koledzy
z Komisji ds. Lekarzy Dentystów.



Dr. Piotrowi Kwastowi
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Żony

składa
zespół Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej i Pediatrii
UCK WUM DSK.
Rodzinie i Bliskim
przekazujemy wyrazy współczucia i wsparcia
w tym trudnym czasie.



Dr Małgorzacie Hadzik-Błaszczyk
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Męża

składają
koleżanki i koledzy
z Oddziału Chorób Wewnętrznych
Szpitala Czerniakowskiego.



Naszemu publicyście
Pawłowi Walewskiemu
wyrazy współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają
koleżanki i koledzy
z „Miesięcznika Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie Puls”.



OKRĘGOWA IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

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

REDAKTOR NACZELNA: Urszula Wolińska-Kuñaj – tel. 22-542-83-81, u.wolinska@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, Kamila Hoszcz-Komar – k.hoszcz@oilwaw.org.pl
Michał Niepytalski – m.niepytalski@oilwaw.org.pl

ZDJĘCIA: Karolina Bartyzel – k.bartyzel@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Piotr Kowalewski, Filip Niemczyk,
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, Keiji Matsumoto


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

Redakcja zastrzega sobie prawo do adyustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.
Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.
Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

PODZIĘKOWANIE

Składam serdeczne podziękowania oraz wyrazy szacunku Panu dr. n. med. **Markowi Wrońskiemu** oraz Panu dr. **Jackowi Stankiewiczowi** za zaangażowanie i niezwykle profesjonalną opiekę lekarską podczas mojego pobytu w Centralnym Szpitalu Klinicznym WUM przy ul. Banacha w Warszawie. Troska, zrozumienie i życzliwość, jaką od Panów otrzymałam, dodają mi sił do rekonwalescencji po zabiegu. Pragnę również podziękować **całemu Personelowi Oddziału Chirurgii Onkologicznej** za opiekę i dbanie o dobro pacjenta. Życzę wszelkiej pomyślności i sukcesów.

Z wyrazami szacunku
Janina Jakubiak



**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**

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY



- GDY ZMARŁ TWÓJ BLISKI,
KTÓRY BYŁ LEKARZEM
LUB LEKARZEM DENTYSTĄ**
- GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO,**
Rada Funduszu Samopomocy wspomóżę
Cię w pierwszych trudnych miesiącach
wychowywania Twojego dziecka!
- JEŚLI JESTEŚ LEKARZEM LUB LEKARZEM
DENTYSTĄ I ZNALAZŁEŚ SIĘ W TRUDNEJ
SYTUACJI FINANSOWEJ Z POWODU CHOROBY**
Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
nie pozostawi Cię bez pomocy, dlatego zgłoś się
do Rady Funduszu Samopomocy – możesz
uzyskać pomoc finansową.
- SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!**
Nieprzekraczalny termin składania
wniosków – 6 miesięcy.



KONTAKT TEL.: 22 54 28 333.



izba-lekarska.pl



DOKĄD SKIEROWAĆ PACJENTA Z TRUDNOŚCIAMI W SAMOPOCZUCIU PSYCHICZNYM?

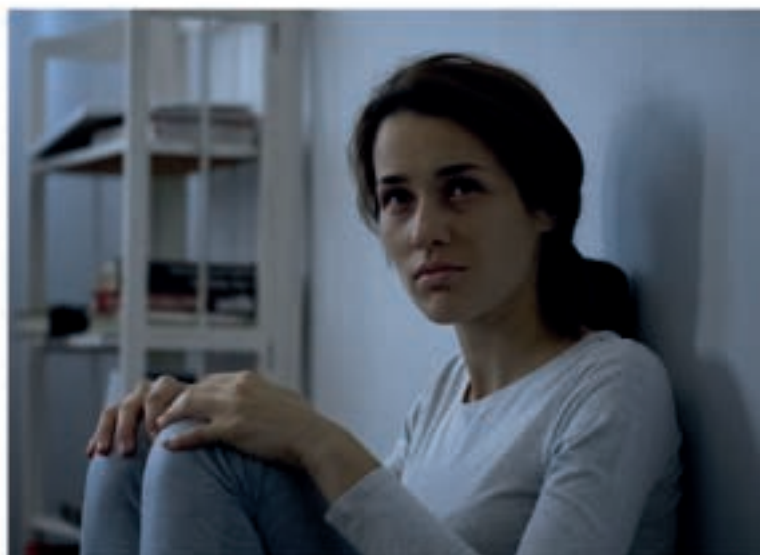
Pomoc dla Pacjentów w Warszawie

Często w praktyce lekarskiej, niezależnie od specjalizacji, do naszych gabinetów zgłaszają się pacjenci skarżący się na złe samopoczucie psychiczne m.in: z problemami ze snem, nadmiernym zamartwianiem się czy depresyjnymi myślami. Wymagają oni specjalistycznej diagnozy i leczenia, ale również często interwencji psychologa czy psychoterapeuty.

W odpowiedzi na tę potrzebę, w NZOZ Centrum Terapii Dialog stworzyliśmy cykliczne Warsztaty z Psychologiem Online, które prowadzą psycholodzy - psychoterapeuci specjalizujący się w konkretnych obszarach psychologii i psychoterapii takich jak np. depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, zaburzenia snu, natręctwa i wiele innych. Dzięki skierowaniu na odpowiednie warsztaty, pacjenci trafiają do ekspertów w danej, wąskiej dziedzinie, którzy:

- udzielą praktycznych wskazówek, jak radzić sobie ze swoją chorobą/zaburzeniem w codziennym życiu,
- nauczą konkretnych sposobów oraz technik walki z objawami,
- odpowiedzą na nurtujące uczestników pytania.

Więcej informacji oraz zapisy online dla pacjentów: www.psychoedukacyjne.pl



Warsztaty z Psychologiem w NZOZ Centrum Terapii DIALOG:

dla Osób z Zaburzeniami Snu

dla Osób z Depresją

dla Osób Odczuwających Nadmierny Lęk
i Zamartwiający się

dla Osób z Nerwicą Natręctw (OCD)

dla Osób z Bulimią

dla Osób DDA / DDD

dla Osób Dorosłych z ADHD

dla Osób z Borderline

dla Rodziców Dzieci z ADHD

dla Rodziców Dzieci z Zespołem Aspergera

Na wizytę do Centrum Terapii Dialog Pacjent może się zapisać:

telefonicznie: **22 436 83 50**

online: www.psychiatrzy.warszawa.pl



Obiady w Klubie Lekarzy

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.

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel.: 22 543 83 30.



Chór Medicantus

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów
do wspólnego śpiewania.

Próby odbywają się w poniedziałki
od godz. 19.00 w siedzibie OIL w Warszawie,
przy ul. Puławskiej 18, w Sali Im. prof. W. Szejnajcha.

Kontakt

e-mail: dyrygent.smim@interia.pl
krzysztof.moczarski@gmail.com
tel.: 501 213 438, 507 058 663



Dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych

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.

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa
31 grudnia 2022 r.



Dofinansowanie wyrobów medycznych

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali
dofinansowania zakupu wyrobów
medycznych z NFZ ani z PFRON,
do ubiegania się o dofinansowanie
oferowane przez naszą izbę

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa
31 grudnia 2022 r.



PRACA DLA LEKARZY

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

-  na stronie WWW OIL w Warszawie
www.izba-lekarska.pl
 - Praca dla lekarzy
 - Wyszukiwarka ogłoszeń
-  na profilu facebookowym Centrum Kariery Lekarza
www.facebook.pl
 - @centrumkarierylekarza
-  na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

CER
MED
CENTRUM KARIERY



Zapraszamy pracodawców do
publikacji ogłoszeń.

Jeśli chcesz poznać więcej
szczegółów, zadzwoń do nas:
22 542 83 53 lub 668 373 100
lub napisz: praca@oilwaw.org.pl



Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja dla dzieci członków Okręgowej Izby Lekarskiej

W ramach ubezpieczenia zapewniamy m.in. wypłatę środków w razie ciężkiej choroby i nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja daje możliwość ochrony życia i zdrowia Twoich dzieci.



Dla kogo jest ubezpieczenie NNW PZU Edukacja

Ubezpieczamy:

- ✓ dzieci od dnia narodzin, niezależnie od tego, czy są w żłobkach, przedszkolach czy klubach dziecięcych,
- ✓ uczniów szkół podstawowych i średnich,
- ✓ studentów do 25. roku życia.

Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie



Wszędzie – na całym świecie 24/7. Wypłacimy świadczenie niezależnie od tego, czy do zdarzenia dojdzie w domu, w szkole, na boisku, na obozie sportowym czy podczas wakacji za granicą.

Jak działa ubezpieczenie dla dzieci, młodzieży i studentów



Wypłacamy pieniądze w razie następstw nieprzewidzianych zdarzeń. Nasze ubezpieczenie obejmuje nie tylko następstwa popularnych złamań czy zwichnięć, ale także m.in. ukąszeń, pogryzień, oparzeń i wstrząśnienia mózgu.



Jeśli wypadek zdarzy się w czasie wycieczki szkolnej, wypłacimy wyższe odszkodowanie niż w razie każdego innego wypadku – 1,5% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu.



Ponosimy odpowiedzialność również za wypadki komunikacyjne na wodzie i w powietrzu, a także za wypadki spowodowane uprawianiem sportów (rekreacyjnie, wyczynowo, zawodowo) – nawet tych wysokiego ryzyka.



Zwracamy koszty zakupu sprzętu ortopedycznego i odbudowy zębów stałych uszkodzonych podczas wypadku.



Po nieszczęśliwym wypadku nie trzeba szukać pomocy na własną rękę – na terenie Polski możemy zorganizować i opłacić m.in. konsultacje lekarskie czy domowe wizyty fizjoterapeuty i pielęgniarki.



Zapewniamy wsparcie również, gdy dziecko poważnie zachoruje na jedną z chorób objętych zakresem ubezpieczenia, m. in. cukrzycę typu 1, neuroboreliozę czy wściekliznę. Wypłacamy pieniądze także w razie wystąpienia pocovidowego zespołu PIMS-TS.



Zarówno po wypadku dziecka, jak i w ciężkiej chorobie możemy zorganizować dla niego i opłacić pomoc psychologiczną (do kwoty 2000 zł) oraz korepetycje (do kwoty 1200 zł).



Aby otrzymać świadczenia za drobne urazy (do 0,5% sumy ubezpieczenia), które wymagają jednorazowej interwencji lekarza, nie trzeba odbywać wizyty kontrolnej.

Aby przystąpić do ubezpieczenia wejdź na stronę ins-med.pl.

Obsługa kompleksowa przez **INS Services** – lidera w ubezpieczeniach dla lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce:

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)



PEŁNIĄCY FUNKCJĘ PREZESA ORL W WARSZAWIE Piotr Pawliszak – tel. 22-542-83-42
WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW Dariusz Paluszek – tel. 22-542-83-55
WICEPREZES ORL Tomasz Imiela – tel. 22-542-83-82
PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ Karol Stępniewski – tel. 48-331-36-62
SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42
SEKRETARZ ORL Marta Moczydłowska – tel. 22-542-83-31
PEŁNOMOCENIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH Piotr Winciunas – tel. 22-54-28-345
SKARBNIK Jan Krzysztof Kowalczyk – tel. 22-542-83-85
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ Ewelina Bobek-Pstrucha
tel. 22-542-83-22 | 22-542-83-24 | 22-542-83-27
PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO Roman Jasiński
tel. 22-542-83-20 | 22-542-83-21
PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ Elżbieta Latoszek-Banasiak
tel. 22-542-83-28
DYREKTOR BIURA Sylwia Szewczak – tel. 22-542-83-47
KSIĘGOWOŚĆ tel. 22-542-83-35 | 22-542-83-79 | 22-542-83-54
KASA tel. 22-542-83-34 | czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 13.00 do 13.20)
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 tel. 22-541-83-31
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 DENTYSTÓW tel. 22-542-83-55
KOMISJA WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ tel. 22-542-83-90
KOMISJA LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30
KOMISJA MŁODYCH LEKARZY tel. 22-542-83-90
KOMISJA DS. KULTURY tel. 22-542-83-33
KOMISJA DS. SPORTU tel. 22-542-83-33
RZECZNIK PRAW LEKARZA tel. 22-542-83-28
PEŁNOMOCENIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 660-672-133
OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
tel. 22-542-83-71 | 22-542-83-75 | 22-542-83-76 | 22-542-83-77 | odz@oilwaw.org.pl
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22-542-83-33
MEDIATOR tel. 22-542-83-29
ZESPÓŁ DS. MATEK LEKAREK tel. 22-542-83-90
ZESPÓŁ DS. SZCZEPIEŃ tel. 22-542-83-33
ZESPÓŁ DS. MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22-542-83-90
ZESPÓŁ DS. LEKARSKIEGO UNIwersYTETU TRZECIEGO WIEKU „NESTOR”
tel. 22-542-83-55
DZIAŁ INFORMACJI MEDIALNEJ tel. 22-542-83-83
RZECZNIK PRASOWY Urszula Wolińska-Kuñaj – tel. 22-542-83-81
MARKETING I REKLAMA tel. 22-542-83-53 | 668-37-31-00 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48-331-36-62 | faks 48-331-17-30
poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 7.30–15.30 | środa w godz. 8.00–16.00
FUNDACJA PRO SENIORE tel. 22-542-83-30



Zdobywaj wiedzę i umiejętności zabiegowe w szkoleniach zorientowanych na praktykę w Instytucie Vivadental.

- Practicum Implantologii
- Sinus Lift - metody, wskazania, powikłania
- Regeneracja kości w praktyce implantologicznej
- Zarządzanie tkankami miękkimi wokół implantów
- Implantoprotetyka dla początkujących
- Implantoprotetyka dla zaawansowanych
- Profesjonalna asysta implantologiczna

Zapraszam
dr n.med. Violetta Szyk



Zanim skorzystasz z oferty,
poznaj dokładnie programy szkoleń
i przekonaj się jak wiele możesz zyskać!



zobacz stronę www.practiculum.pl



zobacz stronę www.vivadental.edu.pl

VIVADENTAL
EUROPEAN DENTAL IMPLANT INSTITUTE

Instytut Vivadental
Aleja Zwycięstwa 48, 80-210 Gdańsk
tel. 509-681-271; tel. 58-358-85-03
instytut@vivadental.edu.pl
www.vivadental.edu.pl