

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

LUTY 2023 (nr 334)

TEMAT NUMERU:

CZUŁOŚĆ I OKSYTOCINA

- » O intymności seniorów
- » O zdradzie słów kilka
- » O alchemii miłości

» W kontrze:
Rezydentura w małym mieście

» Być w sieci...,
ale nie dać się złowić

» O Tworach nieznanach,
część II

TEMAT NUMERU:

CZUŁOŚĆ I OKSYTOCYNĄ

3 Słowa na zdrowie: *Czułość*

Jerzy Bralczyk

4 W zielone gramy

Adrian Boguski

8 Piorun sycylijski, czyli o zdradzie słów kilka

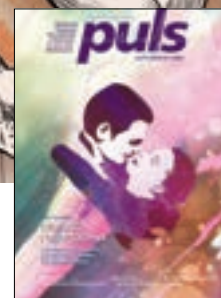
ze Zbigniewem Lwem-Starowiczem
rozmawia Kamila Hoszcz-Komar

11 Blisko

Olga Rostkowska

12 Alchemia uczuć

Paweł Walewski



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

1 Jakość i bez-pieczęństwo

Piotr Pawliszak

W KONTRZE

19 Rezydentury w małych miastach

Michał Niepytalski

20 Rezydenci chcą się uczyć

Ryszard Gellert

21 Mały może więcej

Paweł Radwański

SYSTEM

25 Odejźmy od kultu cargo

Maria Libura

28 Społeczna odpowiedzialność uczelnii medycznej

Agnieszka Cybal-Michalska,
Sylwia Jaskulska

PO GODZINACH

32 Nie kupuję nosorożców

z Łukaszem Święcickim
rozmawia Kamila Hoszcz-Komar

36 Być w sieci..., ale nie dać się złowić

Olga Rasińska

PRAWO

38 Analiza przypadku

Karolina Podsiadły-Gęsikowska,
Aleksandra Powierża

40 Aktualności prawnomedyczne

Filip Niemczyk

42 Sprawdzam

Małgorzata Solecka

NA PRZESTRZENI LAT

44 O Tworach nieznanym, część II

z Marią Pałubą
rozmawia Adrian Boguski



Fot. M. Najdzik

Jakoś(ć) i bez-pieczeństwo

PIOTR PAWLISZAK, prezes ORL w Warszawie

Za nami pierwsze czytanie projektu ustawy o TAK ZWANEJ jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Daleki jestem od szafowania stwierdzeniami, że cały projekt należy wyrzucić do kosza, bo droga, jaką przeszedł od pierwotnej wersji z 2017 r., pchnęła go we właściwym kierunku. Jestem też przekonany, że duży udział w tym procesie miał samorząd lekarski. Od pierwszych spotkań, latem 2018 r., rozmawialiśmy bowiem o konieczności oparcia rozwiązań na trzech filarach: systemie rejestrowania i analizy zdarzeń niepożądanych, efektywnej kompensacji szkód w ochronie zdrowia oraz modyfikacji odpowiedzialności karnej personelu medycznego.

Każdy z tych obszarów został „dotknięty” ustawą, ale nie bez mankamentów. Po pierwsze, nie można mówić o jakości w opiece zdrowotnej, jeżeli system analityczny zakłada monitorowanie jedynie leczenia szpitalnego (np. powtórnej hospitalizacji, ale bez uwzględnienia opieki ambulatoryjnej w przypadku powikłań leczenia szpitalnego), a system zgłoszeń jest represyjny. Po drugie, nie można mówić o bezpieczeństwie, jeżeli patrzymy na nie wyłącznie przez

pryzmat pacjenta. Według dostępnych danych, wadliwa organizacja systemu udzielania świadczeń zdrowotnych przyczynia się do 75 proc. w ocenie WHO, a w opinii Komitetu Ergonomii PAN – nawet 90 proc. zdarzeń niepożądanych. Bezpieczeństwo pacjenta powinniśmy traktować na równi z bezpieczeństwem – osobistym, (karno)prawnym i organizacyjnym – pracownika medycznego. Dopiero ten stan, który uważam za zdrową równowagę, pozwoli osiągnąć optymalny poziom opieki.

Mimo znanego ryzyka i dużych wątpliwości związanych z nowo otwieranymi kierunkami medycznymi, jest szansa, że ten mechanizm zwiększenia liczby lekarzy pozwoli na wydłużenie tzw. slotów, czyli przydziału czasu dla pojedynczego pacjenta, a nawet objęcie lekarzy czterodniową normą czasu pracy (kolejny aktualny projekt), co może mieć nie mniejsze znaczenie dla jakości w opiece zdrowotnej. Z zastrzeżeniem osiągnięcia kryterium jakości na poziomie kształcenia przeddyplomowego... ●



Fot. K. Bartyzel

Kochają Was!

MICHAŁ NIEPYTALSKI

Czasem można odnieść wrażenie, że społeczeństwo odnosi się do lekarzy krytycznie, zwłaszcza jeśli choć na chwilę zerkniemy do komentarzy w Internecie. Ponieważ w lutowym, poniekąd walentynkowym, numerze „Pulsu” dużo miejsca poświęcamy sprawom sercowym, by wylać nieco miodu na lekarskie serca, stwierdzam: na szczęście jest to wrażenie całkowicie mylne. Przeprowadzone pod koniec ubiegłego roku na terenie USA badanie Instytutu Gallupa dowiodło, że pielęgniarki i lekarze są najbardziej ze wszystkich zaufanymi grupami zawodowymi. Wynik jest zbliżony z nieco starszymi badaniami przeprowadzonymi w Polsce. W nich także medycy znajdowali się w najściślejszej czołówce.

Przyczyn złudzenia, że jest inaczej, istnieje z pewnością wiele. Jedną z nich, jak mi się

zdaje, to zazdrość tych, którzy w rankingu zaufania znajdują się na przeciwnym jego końcu – polityków. W związku z tym usilnie starają się uszczknąć zaufania innym zawodom.

Dlaczego lekarze są godni zaufania? Tu też nie można wymienić jednej przyczyny, ale niebagatelna jest ta, że za jakość i dopuszczenie do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry nie odpowiadają urzędy czy ministerstwa, lecz samorząd zawodowy. Piszę to jako dziennikarz, zatem przedstawiciel zawodu nieregulowanego, który wykonywać może każdy, bez względu na posiadane przygotowanie teoretyczne, warsztatowe i etyczne. A środowisko dziennikarskie nie ma ani możliwości, ani chyba też chęci, by „partaczom” ograniczyć zasięgi. I tak się przypadkiem składa, że dziennikarze są w rankingach zaufania tylko nieco wyżej od klasy politycznej. ●

ZMIANA WYSOKOŚCI MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

Zgodnie z decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej
od 1 stycznia 2023 r. wysokość składki członkowskiej wynosi:

**120 zł – dla lekarzy i lekarzy dentyistów,
60 zł – dla lekarzy stażystów.**

WAŻNE: Lekarze oraz lekarze dentyści, którzy ukończyli 70 lat, nie muszą opłacać składki członkowskiej.

Dotychczasowe subkonta do opłat składek członkowskich pozostają bez zmian.

Pod adresem <https://izba-lekarska.pl/skladki/twoj-numer-konta/>
można wygenerować indywidualny numer rachunku.

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod adresem e-mailowym skladki@oilwaw.org.pl
oraz pod numerami telefonów: 22 542 83 38, 22 542 83 39.

W ramach opłacanych składek członkowskich można skorzystać m.in. z:

- ubezpieczenia OC (więcej informacji na www.izba-lekarska.pl lub 577 930 370/380),
- opieki prawnej dla członków OIL w Warszawie (konsultacje telefonicznie w godzinach pracy pracowników, pod numerem telefonu: 728 988 518 oraz pod adresem prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl),
- pomocy pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów (Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, numer telefonu: 660 672 133 lub e-mail: pełnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl),
- Funduszu Samopomocy (becikowego, pożyczek socjalnych i szkoleniowych, zapomóg losowych, odpraw pośmiertnych; informacje: 22 542 83 33 oraz fundusz@oilwaw.org.pl),
- szkoleń (informacje: 22 542 83 75/76 oraz odz@oilwaw.org.pl),
- dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych, zakupu wyrobów medycznych w ramach działalności Fundacji Pro Seniore (informacje: 22 542 83 30, proseniore@oilwaw.org.pl),
- dofinansowania obiadów dla lekarzy seniorów w Klubie Lekarza (informacje: 22 542 83 06),
- stypendiów/dofinansowań do 5 tys. zł, w ramach działalności Komisji ds. Współpracy z Zagranicą ORL (tel. 22 542 83 90),
- dofinansowania szczepień ochronnych dla członków OIL w Warszawie w ramach działalności Zespołu ds. Szczepień ORL (informacje: szczepienia@oilwaw.org.pl),
- udziału w koncertach, wernisażach, wystawach i konkursach w ramach działalności Komisji ds. Kultury ORL,
- prób oraz występów w chórze Medicantus (informacje: 22 542 83 30),
- publikacji ogłoszeń dotyczących zatrudnienia lekarzy w ramach działalności Centrum Kariery Lekarza (informacje w zakładce „praca dla lekarzy” na stronie izby).

**16 grudnia NRL przyjęła ponadto poprawkę do uchwały stanowiącą, że każda
okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki
w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru lub w całości.**

**Zachęcamy do śledzenia informacji na stronie internetowej izby dotyczących decyzji
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na temat zasad wprowadzenia ulg.
O ewentualnych decyzjach będziemy informować także w kolejnych numerach „Pulsu”.**

Słowa na zdrowie: Czułość

„... BYWA JAK PEŁNY WOJEN KRZYK,/ I JAK SZEMRZĄCYCH ŻRÓDEŁ PRĄD,/ I JAKO WTÓR
POGRZEBNY.../ I JAK PLECIONKA DŁUGA Z WŁOSÓW BLOND,/ NA KTÓREJ WDOWIEC
NOSIĆ ZWYKŁ/ ZEGAREK SREBRNY...”. TO NORWID, CZUŁY NA SŁOWO, NA WYOBRAŻENIA,
KTÓRE SŁOWA NIOSĄ ZE SOBĄ.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Dla nas dzisiaj *czułość* ma przede wszystkim dwie odmiany, dające się wszakże sprowadzić do czegoś wspólnego. To może jeszcze, na razie przede wszystkim, ludzka wrażliwość przejawiająca się w stosunku do innych ludzi, a raczej człowieka wobec innego człowieka, bo cecha to indywidualna, intymna nawet, a nie zbiorowa. *Czuły* bywa i człowiek, i jego zachowania (to częste połączenie), *gesty* na przykład czy *spojrzenia*, nie mówiąc już o *pocałunkach*. A po drugie, to cecha, która zresztą też *wrażliwością* może być nazwana, urządzenia, częściej pomiarowego, wskazująca na precyzję – i ta akurat, w odróżnieniu od pierwszej, może być *wysoka* albo *niska*.

Ludzka *czułość* takich określeń raczej nie przybiera. Jest albo jej nie ma. Czy jest pożądana? Tak, zapewne, choć często się do tego nie przyznajemy, że czekamy na nią lub przynajmniej na jej objawy. A bywa, że *nieczułość* (urządzenia skądinąd nie bywają *nieczułe*, najwyżej charakteryzują się bardzo *niską czułością*) ma i wymiar pozytywny, bo łączy się z twardością, konsekwencją i odpornością na przykrości.

Przymiotnik *czuły*, w oczywisty sposób dający ten rzeczownikowy odpowiednik, najpierw był imiestwem – jak *były* od *być*, *bywały* od *bywać*, *umarły* od *umrzeć* (i podobno *miły* od *mijać*), tak *czuły* był od *czuć*. Istotnie, ten, kto *czuły*, zdaje się *czuć* więcej od *nieczułego*. *Czułość* *czuje* się raczej przyjemnie, jak można sądzić, *czułemu* ona też miła, nie tylko temu, kto *czułością* *obdarzany*, zresztą ten czasem przed nią może nawet się wzbraniać. Takie wzbranianie się łączy się ze stereotypem męskości, na który chłopcy są *czuli*. I ciekawe, że rzeczownik łączy się

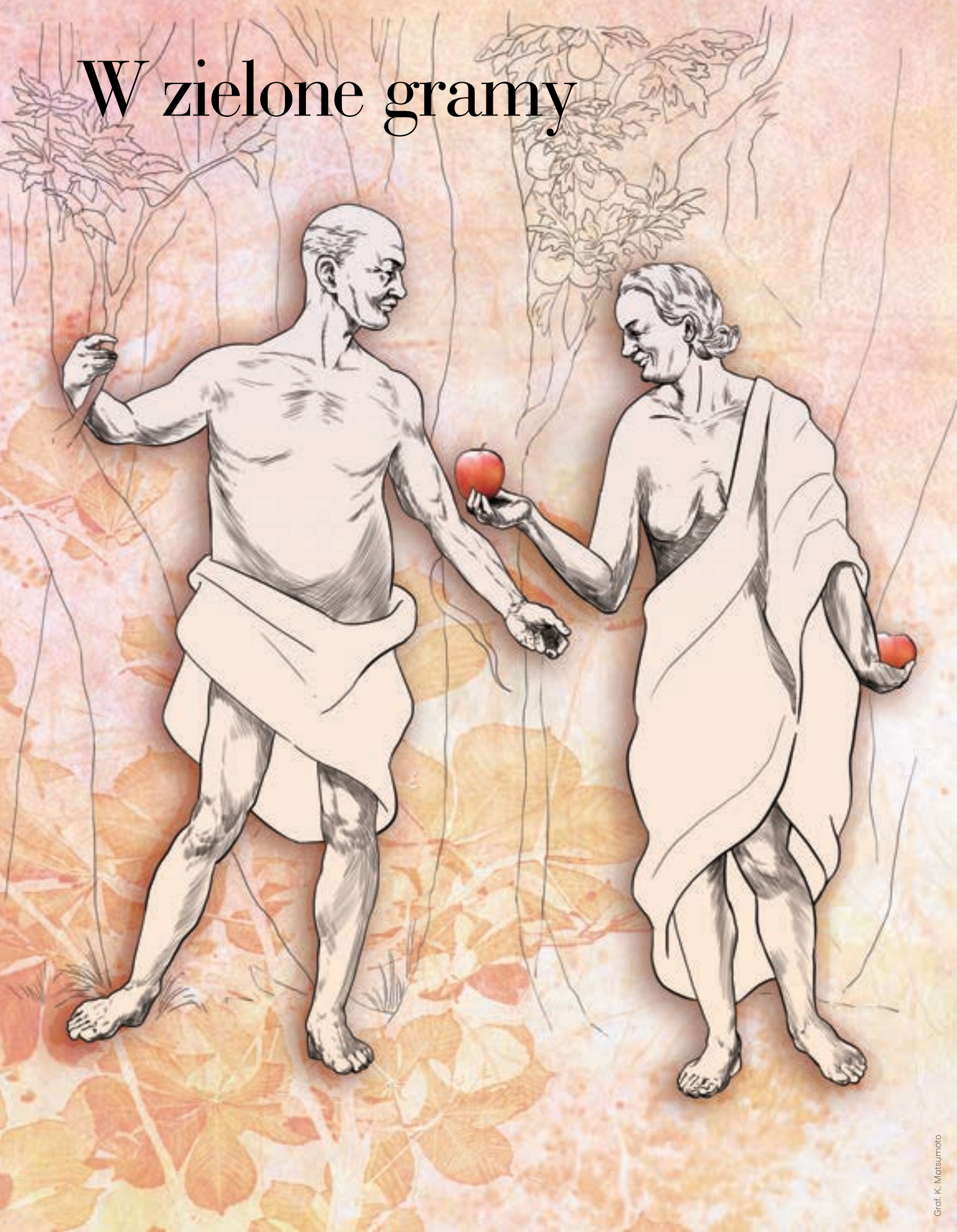
z *czuciem* tylko pewnych spraw. Gdy np. *czujemy*, że coś się zdarzy, jak choćby *pismo nosem*, *czułością* tego nie nazwiemy. I przysłówek *czule* tylko do tej szczególnej *czułości* się odnosi – możemy kogoś *czule obejmować*, *witać*, *żegnać*, *pozdrawiać*, ale ktoś *czuły na punkcie godności* nie może *czule* uszczerbku na niej doznawać.

Bo *czułość* bywa i niewygodna. Tu blisko jej do wrażliwości, polegającej na silniejszym doznawaniu wrażeń częściej bodaj niepożądanych. Taka *czułość-wrażliwość* czyni bardziej podatnym na ból, na nieprzyjemności. Obrazić takiego człowieka łatwiej, tak jak *czułe miejsce* bardziej jest narażone na urażenia. Taka *czułość* czy *wrażliwość* bywa w środowiskach specjalistycznie medycznych nazywana także *tkliwością*, co laikom może wydać się dziwne. Pamiętam, jak zdziwiłem się, kiedy mój dentysta *tkliwość* przypisał jednemu z moich zębów.

Miłość, *czułość*, intymność wreszcie – trudno o nich mówić i pisać. Zdają się wtedy tracić swój charakter. Intymność jest zbyt intymna, by ją *pokazywać*, zresztą jest to nawet frazeologicznie niezręczne (nie mówi się o *pokazywaniu intymności*). Z *czułością* jest podobnie, choć tu przynajmniej możemy mówić (mało życzliwie) o *pokazywaniu czułości*. Ale taka *pokazywana czułość* przestaje być prawdziwa, przestaje być *czułością*. *Okazywać* ją jeszcze możemy, *pokazywać* już nie. Nie na pokaz ona. I paradoksalnie łatwiej przypiszemy ją komuś bardzo naturalnemu, np. jakiemuś barbarzyńcy, niż komuś wyrefinowanemu wykwintnemu. *Czułość* jest *czuła*, nawet *wyczulona* na niezręczności manifestacji, więc lepiej już o niej nie piszmy... ●

Pokazywana czułość przestaje być prawdziwa, przestaje być czułością. Okazywać ją jeszcze możemy, pokazywać już nie. Nie na pokaz ona.

W zielone gramy



OD OKOŁO XVIII W. W PRZYTUŁKACH DLA SIEROT PROWADZONYCH W EUROPIE PRZEZ ZAKONNIKÓW OBSERWOWANO ZNACZNĄ UMIERALNOŚĆ DZIECI NIEDŁUGO PO ICH PRZYBYCIU DO DOMU OPIEKI, MIMO SPEŁNIANIA ICH PODSTAWOWYCH POTRZEB – POŻYWIENIA, SCHRONIENIA I HIGIENY. NA POCZĄTKU XX W. LEKARZE Z ODDZIAŁÓW PEDIATRYCZNYCH ZAOBSERWOWALI ZAŚ ZNACZNIE LEPSZE EFEKTY TERAPII U DZIECI, KTÓRE BYŁY LECZONE W DOMU, NIŻ U ICH RÓWIEŚNIKÓW LECZONYCH WEDŁUG TYCH SAMYCH ZALECEŃ W SZPITALU. OD NIEMOWLĘCTWA PO ZAAWANSOWANY WIEK SENIORALNY RELACJE I BLISKOŚĆ SĄ NIEZBĘDNE DLA ZDROWIA I ŻYCIA CZŁOWIEKA. NIGDY NIE POWINNIŚMY Z NICH REZYGNOWAĆ.

tekst **ADRIAN BOGUSKI**



Fot. K. Bartyzel

TYMCZASEM...

Zdarza nam się zapominać o potrzebach kontaktów osób starszych lub traktować je stereotypowo. Oczywiście, lubimy nasze babcie i dziadków, może nawet często ich odwiedzamy, wiemy też, że mają grono znajomych z „bingo” i wykładów uniwersytetu trzeciego wieku. Ale czy wyobrażamy ich sobie w relacjach intymnych? Czy dopuszczamy myśl, że na kolację babcia lub dziadek przyprowadziłby swoją sympatię? Większą tolerancję na podboje miłosne dziadków mają wnukowie, ich rodzice częściej występują w roli obrońców moralności nestorów rodu.

W myśleniu o życiu intymnym seniorów nie pomaga również wszechobecny w popkulturze kult młodości i perfekcyjnego ciała. Parafrazując słowa prof. Zbigniewa Lwa-Starowicza: seksualność jest oceniana według wielu norm, m.in. kulturowej, religijnej, środowiskowej. Im większa akceptacja w społeczeństwie okresu starości i im powszechniejsza wiedza o znaczeniu życia intymnego, tym szersze aprobowanie seksualności osób starszych. Za dr Magdaleną Gawrych warto powtórzyć: „naszej kulturze towarzyszy mit asekualnej starości, który pociąga za sobą szereg stereotypów dotyczących potrzeb oraz norm zachowań osób starszych. Badania zaś wskazują, że seniorzy pragną więcej różnych rodzajów aktywności seksualnej, niż aktualnie są im dostępne. Poważną przeszkodą w zaspokajaniu tych potrzeb jest brak partnera. Nie należy uznawać, że w każdej kulturze zachodniej potrze-

by seksualne będą identyczne, to bowiem kultura (a nie natura w znaczeniu fizjologii czy psychologii) w dużej mierze je kształtuje”.

Kultura europejskokrzyścijańska, katolickie zakorzenienie wielu pokoleń Polaków wpłynęły na postrzeganie sfery seksualnej w ogóle, bez odniesienia do grup wiekowych. Wedle takiego postrzegania, silnie sprężyniętego z nauczaniem Kościoła, intymność wyrażana przez seks ma służyć prokreacji. To również naturalny cel współżycia. Nowsza doktryna Kościoła zaś mówi już o tym, że seks służy miłości i czerpaniu z niej przyjemności, dzięki której między dwiema osobami pogłębiają się więzi, zawiązuje silniejsza relacja, która przynosi spełnienie.

Nasze pochodzenie kulturowo-religijne i wspomniana medialna popkulturowa promocja młodego ciała powodują, że myśląc o seksie, nie wyobrażamy sobie osób starszych. W reklamie środków na erekcję nie zobaczymy pana po siedemdziesiątce. Te środki reklamują aktorzy w sile wieku (40–45 lat). W serialach również domena seksualna nie jest przypisana starszym bohaterom, oni – jak Lucjan i Barbara Mostowiakowie – czekają cierpliwie w ciepłych sweterkach na wnuki w swoim domu na wsi. Rzadko widzimy również przedstawicieli trzeciego wieku jako dziennikarzy telewizyjnych, gdy np. w Stanach Zjednoczonych nie należą do wyjątków prezenterzy liczący około 70 lat. W popkulturze amerykańskiej dostrzeżemy też kreacje ludzi starszych aktywnych seksualnie, wystarczy wymienić kilka tytułów filmów: „Czułe słówka”, „Lepiej późno niż później”, ▶

► „To skomplikowane”. Oczywiście, Maryla Rodowicz co roku jest z nami podczas sylwestrowych nocy, ale to jedna z wielu popularnych, promowanych w polskich mediach seniorerek. Podczas jednego ze swych wykładów dr hab. Wojciech Kulesza, psycholog z SWPS w Poznaniu, powiedział, że w naszej kulturze osoby starsze tracą płęć. Myśląc o osobie powyżej 75. roku życia, myślimy o babci i dziadku, nie zaś o kobiecie i mężczyźnie pełnych temperamentu. Babcia i dziadek nie kojarzą się nam z aktywnością. Zajęciem, do którego mogą się przyzwyczajać niemal zaraz po meno- i andropauzie, powinna być opieka nad wnukami.

Z badań seksuologa prof. Zbigniewa Izdebskiego wynika, że pozytywne nastawienie do kontaktów seksualnych w starszym wieku ma zaledwie 25,4 proc. społeczeństwa (od 18 do 60 lat). Również dla większości przedstawicieli trzeciego wieku seks zdaje się nie mieć wielkiego znaczenia.

„Podczas moich badań pytam starsze kobiety i starszych mężczyzn: jaką rolę w pana/pani życiu odgrywa obecnie seks? Otóż 65 proc. kobiet odpowiada, że jest nieistotny. Nie jest także istotny dla 45 proc. mężczyzn. Pokazuje to mentalne wykluczenie całej grupy osób!” – mówi w książce-rozmowie „Siedem grzechów przeciwko seksualności” prof. Izdebski.

INTYMNOŚĆ TO NIE TYLKO SEKS

Statystyka jednak wprost odnosi się do postawy ankietowanych wobec współżycia osób starszych. Pora więc zająć się kolejnym stereotypem, czy też mitem, który utożsamia seksualność i potrzeby bliskości człowieka jedynie ze zbliżeniem seksualnym. Takie wyobrażenie, jak pisze psychoterapeutka dr Gawrych, w szczególności godzi w osoby starsze, ponieważ zamyka spektrum ich doświadczeń zmysłowych i seksualnych.

W drugiej połowie lat 90. XX w. Margaret M. Gullette z Centrum Badań nad Studiami Kobiet na Uniwersytecie Brandeis opisała zjawisko występujące w kulturze Zachodu zwane „narracją upadku wieku średniego”, które ściśle wiąże się z tęsknotą za młodością we wszystkich jej aspektach, również w sferze seksualnej. Zdaniem badaczki porównywanie aktualnej sprawności seksualnej z tą z czasów młodości często prowadzi do poczucia straty i negatywnej oceny własnej seksualności, rzadziej zaś owocuje akceptacją i gotowością do przystosowania życia seksualnego do aktualnych potrzeb. Warto przytoczyć definicję opracowaną przez Jennifer Hillman z Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu w Pensylwanii. Mówi ona o seksualności człowieka nie tylko jako dokonywaniu samego aktu, ale o wszelkich działaniach, których celem jest osiągnięcie satysfakcji, oraz szerokim zakresie zjawisk psychicznych: satysfakcji w relacji partnerskiej, małżeńskiej czy pragnieniu tych doświadczeń.

Spostrzeżenie to staje się niezwykle istotne w kontekście samotności, zdrowia i życia seksualnego seniorów, którzy nie będąc już w stanie prowadzić takiej aktywności seksualnej jak za czasów młodości, uznają, że ich czas minął i pora założyć „ciepły sweterek” i zająć się wnukami, rezygnując ze swo-

ich potrzeb – mniejszych, zależnych od przeróżnych problemów zdrowotnych – lecz nadal niezwykle istotnych dla ich życia. Według badań prof. Izdebskiego aż 85,7 proc. wdów i 76,3 proc. wdowców uważa seks za nieistotny w ich życiu. Nieco innego zdania są kawalerowie (50–70 lat). W ich przypadku tylko 34,6 proc. mężczyzn uznaje seks za nieistotny. Dla 75 proc. kobiet niezamężnych w podeszłym wieku seks nie stanowi ważnego aspektu życia.

Doktorzy Jacek J. Pruszyński i Jacek Putz w artykule: „Czy wypada starszej osobie miłować?” piszą: „zjawisko socjalnego i społecznego wycofania się osób starszych z głównego nurtu życia najbardziej dotyka osób samotnych, które, nawet gdy zaistnieje możliwość poznania nowego partnera, odczuwają dokuczliwą utratę posiadanej wcześniej umiejętności zawierania nowych znajomości i demonstrowania własnych zalet. Rozmiar i dokuczliwość tego zjawiska najczęściej związane są z jednej strony z faktem, że osoby te – żyjąc uprzednio w stałym związku z kimś sobie bliskim – nie miały powodów ani chęci podejmowania takich działań i to często od lat. Z drugiej strony, wspomniana nieumiejętność nigdy nie była tak powszechna, jak dzisiaj, ponieważ towarzystwo i kontakty międzyludzkie zapewniała wielopokoleniowa rodzina, której osoby starsze stanowiły istotną część. (...) Obecnie, gdy większość rodzin jest najwyższej dwupokoleniowa, kłopoty związane z powszechną nieumiejętnością przełamania »bariery samotności« stały się jednym z wiodących problemów, rzutujących na przebieg i troski wieku starszego. Nie jest więc dziwne, że sposoby zwiększenia szansy na ponowne łączenie się w pary samotnych starszych osób stały się jednym z głównych tematów pojawiających się nieustannie w rozważaniach nad formami wspierania ludzi będących w podwójnej pułapce – samotności i braku umiejętności niezbędnych, aby te przeciwności zwyciężyć. A potrzeba przezwyciężenia samotności jest niezwykle istotna”.

OD NIEMOWLĘCTWA PO WIEK SENIORALNY

Z „Raportu o samotności 2020” wynika, że co trzeci Polak w wieku 75 lat mieszka sam. U 52 proc. badanych powyżej 85. roku życia zaś obserwuje się objawy depresji. W czasopiśmie „The Lancet” amerykański psycholog społeczny John T. Cacioppo z Uniwersytetu w Chicago pisze: „Wyobraź sobie, że istnieje choroba, która sprawia, że człowiek staje się drażliwy, przygnębiony i skoncentrowany na sobie, która wiąże się z 26-proc. wzrostem ryzyka przedwczesnej śmierci. Wyobraź sobie też, że w uprzemysłowionych państwach choroba ta dotyka około jednej trzeciej ludzi, a u jednej osoby na 12 osiąga znaczne nasilenie, i że te odsetki rosną. Dochód, wykształcenie, płęć i rasa nie chronią przed nią i jest ona zakaźna. Taka choroba istnieje i jest to samotność”.

Brak relacji intymnych, które niekoniecznie muszą wiązać się z seksem, znacznie wzmacnia poczucie osamotnienia. Nawet gdy osoba w podeszłym wieku otoczona jest gromadką wnucząt, chce czuć się potrzebna nie tylko jako dawca bliskości i czułości, ale też pragnie być ich adresatem. Potrzebuje również poczucia bezpieczeństwa i akceptacji. To potrzeby, które niezmiennie, od urodzenia do śmierci, towarzyszą każdemu człowiekowi.

Wracając do obserwacji przytoczonych na wstępie artykułu, trzeba przypomnieć słowa pionierki polskiej seksuologii Michaliny Wiślockiej, która pod koniec swojego życia powiedziała: „*Ta późna miłość interesuje mnie teraz najbardziej. To wspinały czas, gdy człowiekowi do szczęścia potrzebne jest – jak w niemowlęctwie – przytulanie, głaskanie, czułe gesty i pocałunki. Człowiek starszy spragniony jest miłości nie mniej niż niemowlęta czy maluchy. Pragnienie ciepła, dobrego słowa, trzymania za rękę, nastawiony na czułość dotyk, przyjazny uśmiech, pocałunki w policzek wyzwalają w nim endorfiny – hormony szczęścia, które powodują, że wiekowe osoby rozkwitają*”. Relacja przeżywana intymnie, w sposób wyrażający miłość, niezależnie od wieku, jest więc ważnym elementem jakości życia i płynącej z niego satysfakcji.

Naukowcy z Duke-NUS Medical School w Singapurze zmierzili poziom szczęścia u prawie 4,5 tys. ochotników w wieku co najmniej 60 lat. Przez sześć lat śledzili ich losy, uwzględniając wiele czynników związanych z demografią, stylem życia, zdrowiem i funkcjonowaniem społecznym. Po przeanalizowaniu wyników obliczyli, że każdy jednopunktowy wzrost na skali szczęścia wiąże się u badanych z 9-procentowym spadkiem prawdopodobieństwa śmierci z jakiegokolwiek przyczyny, a przeciętnie szczęśliwe osoby w podeszłym wieku są o 19 proc. mniej narażone na przedwczesne zakończenie życia.

W GABINECIE LEKARSKIM

Choć o zdrowiu seksualnym seniorów w przestrzeni medialnej mówi się coraz częściej, wyniki badań – chociażby przedstawione w artykule – świadczą o znikomej efektywności tych dyskusji. Seksuolodzy przekonują, że meno- czy andropauza, a także problemy zdrowotne typowe dla zaawansowanego wieku, nie powinny być pretekstem zakończenia aktywności seksualnej. Przeszkodą w kontynuowaniu życia intymnego mogą być bariery w przekazywaniu drugiej osobie pewnych „wstydlivych” kwestii, takich jak problemy z erekcją czy lubrykacją.

– *Kobieta powinna mieć odwagę zapytać o to ginekologa. Niestety, sami lekarze często o to kobiet nie pytają. (...) Problemy z erekcją nie dotyczą tylko mężczyzn, ale też pośrednio kobiety, która jest pozbawiona możliwości współżycia ze swym partnerem* – mówił w wywiadzie dla PAP.pl prof. Izdebski.

Medycyna już na podstawowym poziomie ma wiele do zaoferowania osobom, które w swojej ocenie, często wynikającej ze społecznego wyobrażenia o ludziach starszych, nie powinny już korzystać z dobrodziejstw relacji intymnych.

„*Po co seniorzy dzień w dzień przed ósmą pojawiają się w poczekalni POZ? Chcą usłyszeć pytanie: »Jak się pani/pan*



Fot. licencja OIL w Warszawie

czuje?». Nikt nas, lekarzy, nie stymuluje do tego, byśmy zadawali pytanie: »*jak pani/panu układa się życie intymne, czy są jakieś problemy?»*” – przyznaje dr Jacek Putz, specjalista zdrowia publicznego, gerontolog i jeden z twórców medycyny rodzinnej.

Seksuolodzy zwracają również uwagę na to, by już podczas rutynowych wywiadów przewlekle leczonych pacjentów pytać o zadowolenie czy też niekorzystne objawy w zakresie funkcjonowania seksualnego. Osobom cierpiącym na miażdżycę i inne choroby układu krążenia, które nierzadko wiążą się z zaburzeniami potencji, pomoc mogą kardiolodzy podczas konsultacji planowych. Problemy z erekcją pojawiają się również, gdy pacjent choruje na cukrzycę. W tym przypadku niezbędne dla podtrzymania go w dobrej samoocenie byłoby wytłumaczenie konsekwencji choroby w dziedzinie aktywności seksualnej już w gabinecie diabetologa. Gdy endokrynolog widzi w wynikach badań pacjentki spadek poziomu estrogenów wynikający z wieku lub problemów neurologicznych, mógłby wyjaśnić, jakie zmiany mogą zajść w jej życiu intymnym. Gdy lekarz stwierdza artretyzm u swojego pacjenta, może zalecić mu zmianę pozycji seksualnej, która nie będzie niekorzystnie wpływała na jego zdrowie. Taki zwyczaj w lekarskich gabinetach nie tylko mógłby pomóc w szybkiej reakcji na istotne problemy w życiu pacjenta, ale również – np. w przypadku jego kłopotów z erekcją – stanowiłby informację dla lekarza o potencjalnych problemach kardiologicznych pacjenta.

Tylko codzienne i zwyczajne traktowanie ogromnie istotnej dla zdrowia sfery intymnej osób starszych może realnie wpłynąć na postrzeganie seniorów jako pełnowartościowych kobiet i mężczyzn. Choć skroń niejedna siwa, każdy z nich chce mieć poczucie, że nadal coś znaczy, że – co doskonale rozumiał Wojciech Młynarski – choć jest w kłopotcie, „*ale na rozpaczy dnie jeszcze nie. Długo nie*”. I gra w zielone. ●

Piorun sycylijski, czyli o zdradzie słów kilka

DLACZEGO CHIRURG JEST BARDZIEJ MĘSKI NIŻ DERMATOLOG? CZY KONTAKTY BISEKSUALISTY Z OSOBĄ TEJ SAMEJ PŁCI SĄ ZDRADĄ? KIM JEST PAPUŻKA NIEROZŁĄCZKA? I CZY ZA PIENIĄDZE TO TEŻ ZDRADA? O NIE DO KOŃCA CZARNO-BIAŁEJ ZDRADZIE MÓWI PROF. DR HAB. N. MED. **ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ**.

rozmawia **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**



Ilu ludzi, tyle definicji zdrady.

Oczywiście, bo zdrada to pewna niełojalność, przekroczenie ustalonego między partnerami kodeksu. Pójście z kimś do łóżka to zdrada, która w wielu przypadkach kończy związek, ale na drugim biegunie są pary, które nie robią z tego problemu. Partnerzy jedynie powiadamią się o tym, że np. nie wrócą na noc. Dla nich skoki w bok nie są zdradą. Tak ustalili. Inny przykład, z którym spotygam się bardzo często w gabinecie: kobieta przyłapuje męża na oglądaniu porno. Dla jednej to już zdrada, dla drugiej nic wielkiego, bo przecież każdy mężczyzna ogląda takie filmy, a trzecia się obrazi, że jej nie zaprosił. Z oczywistych powodów zdaniem mężczyzny nie ma tu mowy o zdradzie. Ale wszystko zależy od systemu normatywnego. Co uważają za zdradę członkowie Kościoła rzymskokatolickiego, jest jasne. Również w innych religiach świata obowiązują pewne normy. Są jednak także normy partnerskie. I właśnie one regulują granice i kryteria zdrady w związku.

Jak wiele par, zgłaszających się po pomoc, ma taki ustalony kodeks?

Bardzo mało. Właśnie najgorsze jest to, że mnóstwo par nie określa granic, pozostają niedopowiedziane. Weźmy przykład z pornografią: dla niego to żadna zdrada, bo wszyscy tak robią. Dla niej

Fot. archiwum



to zdrada, ale o tym nie rozmawiali. Dopiero, kiedy wystąpił problem, okazuje się, że różnica jest normatywna. Nie rozmawiamy o tym i nie określamy, co dla kogo jest zdradą, bo wydaje nam się, że druga osoba to wie, że powinna się domyślić. Nie domyśli się. W przypadku romansu można powiedzieć, że sprawa jest dość prosta. Proszę jednak sobie wyobrazić osobę biseksualną lub geja, który się żeni. Jeśli ma kontakty seksualne pozamałżeńskie, to zdradził czy nie? I znowu: ich partnerki mogą to traktować różnie. Dla jednych będzie to zdrada bezdyskusyjna, a dla innych nie, bo nie zdradza z kobietami.

Kiedy mleko się rozlało, a kodeksu brak, czy punkt widzenia będzie miał większe znaczenie: zdradzanego czy zdradzającego?

W takiej sytuacji musimy podjąć próbę obiektywizacji tego, co się zdarzyło. Wcale nie tak rzadko takie pary proszą mnie o pomoc. Kobieta, która wychowywała się w domu, gdzie ojciec zdradzał matkę, a matka przez to bardzo cierpiała, może nadinterpretować zachowania partnera i przeżywać je bardzo głęboko. Dla przykładu: kobieta z domu, w którym ojciec był alkoholikiem, krzyczy do partnera: – *Ty pijaku!* kiedy on wypija jedno piwo podczas oglądania meczu. Ewidentna nadinterpretacja. Tak samo będzie w przypadku tej kobiety, której ojciec zdradzał matkę. Problem będzie stanowiło samo zatrzymywanie wzroku przez partnera na innej kobiecie lub opowiadanie o koleżance z pracy. Ale utrudnijmy to sobie jeszcze. U większości mężczyzn zdrada musi się wiązać z sek-

sem lub z pieszczotami. Fakt, że partnerka godzinami rozmawia przez telefon czy wysyła SMS, jeśli relacja nie wychodzi poza strefę wirtualną, jest przez nich akceptowany. Z kolei wiele partnerek będzie traktowało już jako zdradę czas poświęcony innej kobiecie, mimo że nic nagannego się nie dzieje. Problem kobiet przyjaciółek. On był nielojalny wobec partnerki w kategoriach emocjonalnych, ona będzie to postrzegać jako zdradę. Ale dzięki temu my, seksuolodzy, pracujemy, bo jesteśmy m.in. od tego, żeby wytłumaczyć, dlaczego tak nie jest.

A co z nieśmiertelnym: „To nie miało dla mnie znaczenia”?

Stwierdzenie bardzo często używane. Mężczyźni korzystający z usług agencji towarzyskich uważają, że to nie jest żadna zdrada, bo stosunek nie miał znaczenia, tylko zaspokoił potrzeby biologiczne. Niektórzy używają slangowego określenia: „spuścił z krzyża”. Mężczyźni znacznie częściej autonomizują seks: seks dla seksu.

Nieźle usprawiedliwienie.

Dla takich mężczyzn to będzie po prostu czynność fizjologiczna i dlatego nie widzą problemu. Ale mężczyźni mają jeszcze jedno wytłumaczenie, bardzo wygodne, którym nader często się posiłkują: oni są z natury poligamiczni, a kobiety monogamiczne. To stereotyp z dawnych czasów, bardzo utrwalony wśród mężczyzn. Jest poligamiczny, więc może zdradzać, ale żona nie, bo jest monogamiczna. Z natury. Dlatego

muszę tłumaczyć, że to nieprawda, jedynie stereotyp.

Jak jest naprawdę?

Monogamia to tylko wybór i decyzja, że będę z jedną osobą i dochowam jej wierności. Nasz popęd jest z natury poligamiczny zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet (wbrew temu w co chcieliby wierzyć mężczyźni). Odczuwamy pożądanie „do”. I to nie tylko do danej płci (biseksualiści oczywiście do obu), ale także do pewnego typu. A tych typów można spotkać w życiu wiele. I to się może przytrafić także w 80. czy 90. roku życia.

Zatem zdrada jest kwestią wyboru, a nie imperatywem?

Nawet jeśli trafi nas piorun sycylijski (to moje określenie nagłej, wielkiej namiętności i pożądania), nadal do nas należy decyzja, co z tym zrobimy. Decyzje bywają trudne, ale możliwe, bo jesteśmy poczytalni. Papież Franciszek, który pracował w slumsach Buenos Aires, powiedział, że nadmierna fascynacja ludzi, nawet części spowiedników, tzw. grzechami poniżej pasa nie jest dobra, bo nie te grzechy są najważniejsze. Muszę jednak podkreślić, że seksuolog nie jest spowiednikiem i nie rozgrzesza. A nieraz zgłaszają się do nas osoby, które tego rozgrzeszenia szukają. Nawet próbują uzyskać naszą zgodę na nawiązanie romansu, bo nie mają odwagi „pójść w tango”.

Osobowość też ma znaczenie? Istnieją osoby mające większe predyspozycje do zdradzania?

W dużym skrócie: na kogo uważać? ►

► Oczywiście, tak. Wyodrębniamy trzy grupy. Pierwsza to osoby, które czerpią przykład z rodziców. Wyobraźmy sobie rodzinę, w której ojciec zdradza matkę, ale jest to tajemnica poliszyneła. On nie robi tego jawnie, matka nadal kocha ojca. Zdrada w żaden sposób nie wpływa na funkcjonowanie rodziny i nie niesie negatywnych konsekwencji dla ojca. Czy syneczek nie będzie naśladował tatusia?

Drugą grupę, wcale nie małą, tworzą ludzie z zaburzeniami osobowości, np. z osobowością typu *bordeline*. Oczywiście, nie wszyscy. Jedną z ich cech diagnostycznych jest nieuporządkowane życie osobiste oraz łatwość nawiązywania kontaktów seksualnych. W tej grupie są też psychopaci i psychopatki: osoby pozbawione empatii, prowadzące swobodne życie seksualne. A narcyzi? To bardzo ciekawa osobowość, ale również predysponowana do zdradzania partnerów.

Pozostaje nam trzecia grupa: osoby posiadające tzw. gen niewierności. Co prawda jeszcze go nie wyizolowano, ale dużo się o tym w świecie nauki mówi. Jest z nimi trochę tak, jak z osobami, które są w znacznie większym stopniu niż inni podatne na uzależnienia. Hipoteza o tyle niebezpieczna, że taka osoba nie będzie miała motywacji do leczenia i dla niej to bardzo wygodna teoria.

Warto wspomnieć o jeszcze jednej grupie: ludzi błędnie określanych jako uzależnieni od seksu. Nie ma takiego rozpoznania w klasyfikacji ICD-10 ani ICD-11. To hiperseksualne zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. W ich przypadku mamy do czynienia z pewną eskalacją: masturbacja -> oglądanie porno -> portale randkowe -> romansowanie tylko w sieci -> romanse w realu. Jak w rozwojowej chorobie, tylko w wyniku pogłębienia tych zaburzeń dochodzi do zdrad.

Czy kobiety zdradzają w odwecie?

Na pewno wiele z nich o tym myśli. Ale tylko część realizuje zemstę w formie zdrady. Jednak nie wynika z tego, że tak kochają swojego niewiernego partnera. Chodzi raczej o ich system normatywny: odrzucają takie rozwiązanie, bo nie

chcą się zniżyć do poziomu zdradzających partnerów. Oczywiście, są panie, które robią to bardzo chętnie, a do tego przesyłają zdjęcia z seksualnych sesji partnerowi, które – muszą zaznaczyć – bywają nader szczegółowe.

Nie ma oficjalnych statystyk, ale podaje się, że lekarze w rankingu najczęściej zdradzających zawodów plasują się na drugim miejscu, za bankierami. Dlaczego?

Widzę kilka uwarunkowań:

1. Jeśli lekarz pracuje na kilku etatach i jeszcze specjalizuje się lub pisze doktorat, jak wygląda jego życie domowe? W zasadzie bliższe są mu osoby z pracy.

2. To zawód wyjątkowo stresujący, zwłaszcza w niektórych specjalizacjach, gdzie podejmuje się decyzje ważne dla życia pacjenta. Wtedy pojawia się potrzeba rozładowania ogromnego napięcia i często rozładowuje się ją przez seks pozapartnerski.

3. Lekarze niektórych specjalizacji uchodzą za supermężczyzn. Teraz jest wielu mężczyzn nieokreślonych lub zniewieściałych, a lekarze są postrzegani jako mężczyźni. Chirurdzy, ginekolodzy, urolodzy. Ci, którzy muszą podejmować szybkie decyzje, którzy nie hamletyzują. A ten typ (dodam: wymierający) podoba się wielu kobietom. Archetypy męskości i kobiecości nadal w nas tkwią.

4. Kiedyś częściej, teraz rzadziej ujawniana przyczyna: „z lekarzem to nie grzech”. Czyli rozgrzeszenie w punkcie startu.

A lekarki?

W ich przypadku najczęściej chodzi o romanse w miejscu pracy z powodu długiego przebywania z kolegami i potrzeby rozładowania stresu. Mogą też być romanse hierarchiczne: przystojny szef, zjazd naukowe. Świat nauki jest szalenie bizantyjski, więc będziemy mieli do czynienia z afrodyzjakiem władzy, a przez to z dowartościowaniem, bo „zwyčajny” czy „nadzwyčajny” zwrócił uwagę na którąś panią. Oczywiście,

wiecie, medycy obu płci wchodzić także w relacje z pacjentami z powodu zafascynowania osobą, i tworzą związki.

Wielu medyków zwraca się o pomoc do seksuologów?

Bardzo nieliczni. To być może kwestia pewnego dyskomfortu. Być może chodzą do psychologów.

Patrząc na świat dookoła, można odnieść wrażenie, że wszyscy zdradzają i problem mają ci niezdradzający.

Problem stanowią media, bo wpierają nam, że zdrady są zjawiskiem powszechnym. A tak nie jest. Połowa mężczyzn nie zdradza. Są osoby bezkompromisowe w tym względzie. U mężczyzn to się nazywa zespół Tristana i Izoldy. Nawet gdyby u jego boku leżała miss świata lub miss porno, co kto woli, to nic z tego nie będzie. To jest Tristan – dżentelmen, który dokonał wyboru. Na drugim biegunie jest Casanova i Don Juan, który nawet przez chwilę nie będzie się zastanawiał. Na tym samym biegunie mamy Messalinę, która lubi romansować i lubi seks. Czasem, oglądając różne vipówny i celebrytki, od razu mógłbym wytypować, która jest kim. Mamy też kobiety typu Madonna: mowy nie ma, bo ślubowała. Niektóre wierne są poza grób, umiera partner, ale ona nigdy z nikim się nie zwiąże. Nie to, że ma opory, po prostu nie i koniec. Papużka nierozłączka. Jeśli jeszcze to był jej jedyny partner, mamy do czynienia z bardzo silnym związkiem z uzależnieniem emocjonalnym. Przedstawicielka tego typu do mnie nie przyjdzie, bo nie widzi problemu i tak jest jej dobrze.

Czy można kochać więcej niż jedną osobę?

Oczywiście, że można, bo każdą kocha się inaczej. Nowomodne wyjaśnienie, że jestem poliamoryczny, to żadne usprawiedliwienie. Nawiasem mówiąc, to moda jak każda inna i żadne odkrycie, przecież nasz popęd jest poligamiczny. Natomiast w dalszym ciągu dochowanie wierności partnerowi to kwestia wyboru. ●

Blisko

W 2003 R. ODKRYWCA, EDUKATOR I PISARZ DAN BUETTNER WYRUSZYŁ W PODRÓŻ PO GLOBIE, BY ZBADAĆ MIEJSCA, GDZIE LUDZIE ŻYJĄ DŁUGO I SZCZĘŚLIWIE. WIADOMO, ŻE TAKIE HOTSPOTY DŁUGOWIECZNOŚCI, KTÓRYCH MIESZKAŃCY Z POWODZENIEM DOŻYWALI STU LAT, ZNAJDOWAŁY SIĘ WÓWCZAS NA SARDYNII (WŁOCHY), OKINAWIE (JAPONIA) I W MIEJSCOWOŚCI LOMA LINDA (STANY ZJEDNOCZONE).

tekst **OLGA ROSTKOWSKA**, wiceprezes ORL w Warszawie



Fot. A. Boguski

Buettner wyruszył do miejsc znanych i do nowych, rozszerzając cel podróży o półwysep Nicoya w Kostaryce oraz Ikarję, grecką wyspę na Morzu Egejskim. Miał ze sobą sztab ekspertów, w tym antropologów, historyków i demografów. Wszyscy zadawali sobie to samo pytanie: co łączy długowiecznych ludzi żyjących o tysiące kilometrów od siebie?

Żadnego lekarza nie zdziwi, że prosta dieta, z dużą ilością świeżych warzyw i owoców, oraz umiarkowany codzienny wysiłek fizyczny były powtarzającym się elementem życia stulatków badanych przez zespół Buettnera. Ważne było nieprzejadanie się, część osób zaznała w życiu nawet okresów głodu. Większe zaskoczenie może wywołać znaczenie w ich życiu związków międzyludzkich. Bliskie albo – używając języka medycznego – pełnowartościowe relacje z otoczeniem odgrywały niebagatelną rolę dla zdrowia jednostek w każdym z zakątków

świata, które odwiedził podróżnik. Opisywani stulatkowie byli zawsze częścią mniejszej lub większej społeczności, składającej się z kilku pokoleń, a codzienność tych ludzi przeplatała się w naturalny sposób. Dzieci, sąsiedzi, lokalni sklepikarze, opiekunowie, wspólnota duchowa... Wiekowi rekordziści nigdy nie żyli w odosobnieniu. Warto wspomnieć, że nie zawsze definicja osoby bliskiej musi być tożsama z mężem, dzieckiem czy rodzicem. Czasem najważniejsze są osoby, z którymi nie łączą nas więzy krwi lub formalności – nasi przyjaciele i znajomi, czyli rodzina, którą sami sobie wybraliśmy jako dojrzałe ludzie, a ona sprawdziła się zarówno w chwilach radości, jak i smutku. Relacje z takimi osobami uspokajają, rozładowują napięcie, wywołują śmiech, czasem lży ulgi. Mogąc otworzyć się przed bliskimi, dajemy upust emocjom, z którymi w inny sposób mierzyć musiałoby się nasze ciało, w postaci wysokiego ciśnienia, zaburzeń snu, bólu brzucha czy głowy, niekiedy depresji. Mam przekonanie graniczące z pewnością, że każdy z czytelników doświadczył kiedyś fizycznego dyskomfortu związanego z towarzystwem określonych osób. Jednocześnie chcę wierzyć, że każdy zna także uczucie ukojenia i wytchnienia, a nawet wzruszenia, jakie potrafi dać kontakt ze szczególnie drugim człowiekiem.

Właśnie tego dotyczyła akcja społeczna #WspólneŚwięta zorganizowana w grudniu 2022 r. połączonymi siłami izb lekarskich w Szczecinie, Bydgoszczy i Warszawie. Mówiliśmy o najważniejszym i najbardziej wartościowym prezencie, jaki możemy ofiarować starszej osobie z okazji świąt Bożego Narodzenia – o byciu razem. Chcieliśmy, aby ten czas był odżywczy nie tylko dzięki karpioniowi i barszczowi na stole, ale przede wszystkim dzięki obecności i bliskości ludzi, którzy na co dzień często się mijają. Choć relacje z naszymi rodzicami i dziadkami bywają skomplikowane i nie zawsze rysują się tak kolorowo, jak na plakacie akcji #WspólneŚwięta, warto ćwiczyć utrwalanie dobrych wspomnień. Dbajmy o archiwum pamięci z najpiękniejszymi momentami z przeszłości odległej i tej niedalekiej. Przywołujmy je także między świętami. Z dużym prawdopodobieństwem będzie to krzepiące zarówno dla babci czy dziadka, jak i dla nas samych.

Choć dziś obserwacje poczynione przez Dana Buettnera niemal 20 lat temu poddawane są pewnej krytyce, z uwagi na brak standardyzacji i trudności z uzyskaniem części certyfikatów urodzenia, wiele intuicyjnych przesłanek autora znalazło potwierdzenie w niezależnych badaniach naukowych prowadzonych w ostatnich latach. Wyłania się z nich konkluzja: aby cieszyć się długim i zdrowym życiem, dbajmy o dobre, wzmacniające relacje. Według medycyny stylu życia są nie mniej ważne niż zdrowe jedzenie, aktywność fizyczna i sen. Ponadto z osobą naprawdę bliską, z którą życzymy sobie nawzajem jak najlepiej, o wiele łatwiej podejmować prozdrowotne wybory i w takich postanowieniach wytrwać w całym nowym roku. ●

Alchemia uczuć

WIĘKSZOŚĆ Z NAS STAJE W SWOIM ŻYCIU W OBLICZU POWAŻNEGO KRYZYSU ZDROWIA PSYCHICZNEGO. MA ON SWOJĄ NAZWĘ: MIŁOŚĆ.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Gdyby autorzy walentynkowych kartek, by nie popadać w rutynę, chcieli ukazać na nich prawdziwe siedlisko miłości, musieliby zamiast czerwonego serca namalować mocno pofałdowany mózg. Nie byłoby więc tak ładnie, choć wreszcie prawdziwie. Wolimy jednak żyć w wykrzywionej rzeczywistości sercowej symboliki. Mózg jest wciąż zbyt skomplikowanym organem, żeby można go odwzorować kredką (a przebity strzałą raczej nie oddawałby pożądanych emocji), i nadal pełnym tajemnic, również związanych z życiem uczuciowym.

Odkąd jednak nauka zaczęła zwracać większą uwagę na burzę chemiczną, którą wywołuje romantyczna miłość, coraz więcej przemawia za tym, by zaliczać ją do kryzysów psychicznych, źle wpływających na codzienne funkcjonowanie. Miłość uzależnia i może być przyczyną nerwicy natręctw – twierdzi m.in. psychiatra Donatella Marazziti z Uniwersytetu w Pizie. Nie jest to jedyna badaczka, która w uczuciach dopatruje się znamion choroby. Helen Fisher, antropolożka z Rutgers University w Nowym Jorku, i Arthur Aron, psycholog z nowojorskiego Stony Brook University, za pomocą wyrafinowanej aparatury skanującej poszczególne fragmenty tkanki mózgowej odnaleźli u osób zakochanych wiele analogii do zaburzeń przypisywanych ludziom chorym: natrętne myśli, stale krążące wokół obiektu miłości, obsesyjną potrzebę bliskości, stan uzależnienia.

Również badania dotyczące poziomu serotoniny sugerują, że miłość i choroba psychiczna mają wiele wspólnego. Gdyby porównać jego spadek u osób ostatnio zakochanych z notowanym u pacjentów dotkniętych zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, był podobny.

A to nie wszystko! Przypatrywanie się zdjęciom ukochanej osoby uruchamia w mózgu

układ dopaminowy, ten sam, który jest związany z przyjemnością i przywiązaniem do używek.

Odmierz kilka kropeł dopaminy, połącz w równej proporcji z noradrenaliną – tak mógłby wyglądać początek receptury na syrop, który zapewni miłość tyleż namiętą, co pełną euforii. Dodaj fenyletyloaminę, a będziesz wielbić ukochaną osobę bez względu na jej wady. Wymieszaj z dużą ilością monoaminooksydazy i wazopresyny, by zapewnić sobie stałość w uczuciach. Jeszcze odrobina oksytocyny, która – niczym szczypta pieprzu w potrawie – wyostri zmysły oraz spotęguje uczucie rozkoszy. Sporządzoną miksturę należy przyjmować regularnie, najlepiej tuż przed snem, by wyciszony organizm łatwiej przyswoił wszystkie składniki.

Domowa kuchnia namiętności to jednak nie laboratorium neurobiologów. Były czasy, kiedy w afrodyzjakach upatrywano korzystnego wpływu na odczuwanie bodźców i zwiększenie sprawności seksualnej. Ten sposób na romantyczne doznania opiera się jednak raczej na wykorzystaniu roślinnych kłaczy, pikantnych przypraw i owoców morza niż na wyrafinowanych neuroprzekaznikach. Ale nie znaczy to, że naukowcy nie byli nimi nigdy zainteresowani. W prestiżowym „British Medical Journal” w 2003 r. podjęto próbę analizy składu napoju, który nieświadomie wypili Tristan i Izolda. Na podstawie analizy objawów, jakie wystąpiły u tej pary nieśmiertelnych kochanków, uczeni skomponowali trunek zawierający zioła z rodziny psiankowatych (*Solanaceae*), zwłaszcza bielun dziedrzawą (*Datura stramonium*) i pokrzyk wilczą jagodę (*Atropa belladonna*), dodali też szczyptę sproszkowanego tojadu (*Aconitum napellus*) i bukwy (*Stachys officinalis*). Belladonna służyła urokliwym weneckankom już w czasach renesansu do poszerzania źrenic

i przydawania oczom blasku, w starożytności obłęd miłosny miały powodować zioła z Tesalii. W Polsce zastępowano je: nasięźrzałem (nazwa mówi, że kochankowie będą na siebie źrzeć, czyli spojierać), samostrzałem (małą paprocią z jednym listkiem, z której pochwiastej nasady wychodzi cienki kłosa zarodkowy) albo lubczykiem dziewięciornikiem (zwanym inaczej adamowym korzeniem). Wszelkie skojarzenia z tymi określeniami są jak najbardziej na miejscu, a przytaczam je za prof. Andrzejem Szczeklikiem, który wymienił je w jednej ze swych książek („Kore”).

W dzisiejszych czasach nikt do lasu po roślinne wyzwalacze miłości raczej nie zagląda. Za to amerykańska prasa raz po raz bywa zalewana ogłoszeniami zapraszającymi do uczestnictwa w badaniach nowych specyfików rozbudzających pożądanie. Ostatnio częściej u kobiet, bo odkąd viagra i jej liczne pochodne sprzedawane są w aptekach bez recepty, jak dropsy, mężczyźni mogą niwelować nimi swoje hydrauliczne problemy. U pań jest to o wiele bardziej skomplikowane. Ale rzecz ciekawa: odzew na anonsy informujące o badaniach takich żeńskich stymulantów zawsze jest lepszy, gdy publikowane są w rubrykach sportowych, a nie między przepisami kulinarnymi, co świadczy o tym, że mężczyźni bardziej przejmują się brakiem reakcji seksualnych swoich partnerek niż one same.

W końcu wykazano, że nowoczesny afrodyzjak na miarę XXI w. (a więc nie żadne chili ani półmisk ostryg) powinien zwiększać poziom testosteronu (kobiecy organizm też go potrzebuje, choć w dużo mniejszych ilościach) albo dopaminy i serotoniny. Wracamy więc jednak do neuroprzekazników, z których pierwszy potęguje odczuwanie przyjemności, a drugi przywraca uczuciom stabilność. Tak jak w wielu innych stanach emocjonalnych, oba powinny pracować w równowadze. Jeśli dopaminy jest zbyt dużo, pożądanie zanika pod wpływem chaosu; gdy mózg przytłacza serotonina, seksualne podniecenie zostaje wyparte racjonalnym myśleniem.

Czy to już zakrawa o manipulację miłością? Julian Savulescu, etyk z Oksfordu, prorokuje: „W przyszłości możliwa będzie stymulacja neuronów, by ktoś się we mnie zakochał lub żebym ja się czuł jak świeżo zakochany. Bo miłość nie jest wcale tak romantyczna, jak byśmy chcieli”.

No właśnie, choć z punktu widzenia neurobiologii miłość nie jest tak tajemnicza ani ulotna, jak piszą poeci, nie wszyscy jej wypatrują, bo zranieni i nieszczęśliwie zakochani raz na zawsze mają dość takich katuszy. Dla nich każde wspomnienie ukochanej osoby jest prawdziwą torturą. Czy twórcy aerozoli nie mogliby pomyśleć o lekarstwie także dla takich nieszczęśników? O jakimś spreju wyciszającym szał miłosny, który po zaaplikowaniu przez nos przynosiłby ukojenie, a może – w skrajnych przypadkach – pozwalałby nawet zapomnieć o ukochanym?

Tylko czy z miłości w ogóle da się wyleczyć, jak z ostrej psychozy? Jest wiele chorób, również w psychiatrii, dla których nie istnieją skuteczne terapie, więc może lekarstwa dla zakochanych próżno szukać w laboratoriach i lepiej poprzestać na prastarych miksturach. Paracelsus, nazywany ojcem nowożytnej farmakologii, był sceptyczny wobec wszelkich prób kuracji objawów miłości. Choć jego cudowny środek, zwany *laudanum*, sporządzony na początku XVI w., który przetrwał 200 lat, mógłby być w tym celu wykorzystywany? Uchodził wszak za remedium na wiele banalnych i ciężkich schorzeń, więc pewnie podawano go także w go-

rażkach miłosnych, tak jak przy wielu innych miazmatach, na czele z napadami globusa. Ten alkoholowy ekstrakt z opium, z dodatkiem cynamonu, szafranu, goździków i sherry, miał silną moc uzależniającą. A zatem, zgodnie z odwieczną zasadą leczenia: „*similia similibus curantur*” („podobne leczy się podobnym”), do wyprowadzania z miłości uzależnionych od siebie kochanków doskonale by się nadawał.

Sporo osób nabiera się jeszcze na feromony, uchodzące za nowatorski eliksir, choć są najzwyczajniejszym produktem przemiany naturalnych hormonów: testosteronu, progesteronu i oksytocyny. Tak jak w całej medycynie naturalnej, odkryto w nich żyłę złą, bo naiwni klienci spryskują nimi ubrania i skórę, gdyż wierzą w dobre efekty. Okazują się jednak bliższe placebo niż podwyższonemu poziomowi miłosnych hormonów. Ale wokół miłości nigdy nie brakowało oszukanych. I choć przykry to wniosek na okoliczność walentynek, najtrudniej czasem przyznać, że wciąż zapadamy na choroby, na które nigdy nie będzie lekarstwa. A miłość jest chyba właśnie jedną z nich. ●

Autor jest publicystą „Polityki”.



Graf. licencja OLL w Warszawie

Nasz lekarski dobrostan

ZGODNIE Z DEFINICJĄ ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA, ZDROWIE TO „PEŁEN DOBROSTAN FIZYCZNY, PSYCHICZNY I SPOŁECZNY, A NIE TYLKO BRAK CHOROBY LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI”. JAKO LEKARZE MAMY RACZEJ DOBRE ROZEZNANIE, JEŚLI CHODZI O CHOROBY I NIESPRAWNOŚCI. ZAJMUJEMY SIĘ CHOROBAMI PACJENTÓW, Z NASZYMI WŁASNYMI BYWA RÓŻNIE, ALE TO TEMAT NA ODDZIELNY FELIETON. CZYM JEST ÓW TAJEMNICZY „DOBROSTAN FIZYCZNY, PSYCHICZNY I SPOŁECZNY”? CZY ZACHODNIA MEDYCyna POŚWIĘCA MU WYSTARCZAJĄCO DUŻO UWAGI? I NAJWAŻNIEJSZE: CZY POTRAFIMY DBAĆ O SWÓJ DOBROSTAN?

tekst **MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**



Fot. archiwum

Robię w myślach szybki przegląd perspektyw różnych specjalności i podspecjalności lekarskich i z ulgą dochodzę do wniosku, że – szczególnie w ostatnich latach – zachodnia medycyna także widzi człowieka holistycznie, nie tylko jak zbiór jednostek chorobowych, ale w kontekście kształtu i dynamiki jego życia, otoczenia fizycznego, aspektu psychologicznego i społecznego. Zakresy zainteresowań poszczególnych specjalistów coraz częściej się zazębiają i nakładają, do medycyny przenikają wpływy nauk psychologicznych, społecznych, z dziedziny dietetyki i badań nad zmianami klimatu, a nawet zjawiskami społeczno-politycznymi. Wyrazem integracji różnych sposobów widzenia człowieka i praktycznego podejścia, zakładającego, że to, co i jak robimy w każdej chwili życia, ma wpływ na nasze zdrowie (w szerokim rozumieniu WHO), jest powstanie i dynamiczny rozwój nowej dziedziny – medycyny stylu życia. To dziedzina innowacyjna, ale równocześnie nawiązująca do korzeni medycyny, do tego, o czym wiedzieli, choć bardziej dzięki intuicji i doświadczeniu niż badaniom naukowym, starożytni medycy. Czy odpowiada także na pytanie, jak każdy z nas może zadbać o swój dobrostan?

Sprawdźmy.

OTO TZW. SZEŚĆ FILARÓW MEDYCyny STYLU ŻYCIA:



Wygląda na to, że mamy współczesną, naukowo podbudowaną wiedzę, która uzupełnia coraz lepsze metody diagnostyki i leczenia o to, co jest bazowe, codzienne, zapobiegawcze w najgłębszym znaczeniu tego słowa.

Źródło grafiki: Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia, <https://ptmsz.pl/>, za zgodą.

PORA NA HISTORIĘ Z LEKARSKIEGO ŻYCIA WZIĘTĄ

Dr W. jest świetnym chirurgiem naczyniowym, odnoszącym sukcesy zarówno jako klinicysta, operator, jak i w nauce. Praca z nim jest dla każdego młodego lekarza niepowtarzalną szansą na rozwój, ale nikt nie może liczyć na taryfę ulgową. W jego zespole nie ma przerw na kawę czy lunch, szkoda na to czasu, zjesz sobie obiad po powrocie do domu. W. pracuje od rana do nocy, wymagając tego samego od swoich współpracowników i podwładnych. Nie wszyscy to wytrzymują, podobnie jak trudny charakter doktora, jego ciągle napięcie, obsesyjną dbałość o każdy szczegół, potrzebę kontroli, wybuchy złości. Dyrektor szpitala nieśmiało wspominał o tym, że lekarze skarżą się na atmosferę na jego oddziale, ale W. wie, że jest zbyt cennym pracownikiem, by musiał się tym przejmować. Jest typem samotnika, nie ma przyjaciół, ludzie go złoścą, wydają się głupi, nieambitni, prostacy, ma ich wszystkich dość. Chodzą słuchy, że był kiedyś żonaty i ma dzieci, ale nikt nie wie tego na pewno. W jego życiu liczy się praca, ciągły rozwój, sukcesy, dążenie do perfekcji. W. nie narzeka na swoje zdrowie, a nawet gdyby coś mu dolegało, i tak nie miałby czasu się tym zajmować. Jego sylwetkę można określić jako „misiowatą”, ale w jego świecie wartości dbanie o to, by być „fit”, stanowi wyraz próżności, więc nie przejmuje się dietą, a stanie przy stole operacyjnym i chodzenie po oddziale uważa za wystarczającą aktywność fizyczną. Podkreśla, że nie ma problemów ze stresem i snem – dwie szklaneczki whisky i pisane *pro auctore* „zetki” dają mu pełny komfort. Ponieważ zajmuje się najtrudniejszymi pacjentami, mimo wszelkich starań i mistrzowskich umiejętności operatora zdarza się, że któryś umrze. Takie dni są szczególnie trudne, ale dr W. się nie poddaje łatwo słabościom. Ma swoje sposoby znieczulania się, odcinania od emocji. Niektóre można określić jako „medyczne”, inne raczej nie, ale po pierwsze jest lekarzem i wie, jak używać różnych substancji, a po drugie – w końcu wszystko jest dla ludzi.

Czy dr W. jest zdrowy? Przypuszczamy, że może mieć nadciśnienie, hipercholesterolemię, cukrzycę. Załóżmy jednak, że miał szczęście odziedziczyć „dobre geny” i wymienione choroby w badaniu wykluczamy. Zatem – zdrowy? Cofnijmy się do definicji WHO. Brak choroby? Tak. Brak niesprawności? Zasadniczo tak. Pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny? Tutaj nie byłibyśmy tak pewni. Sposób odżywiania, zaniedbywanie higieny snu i aktywności fizycznej oraz niestronienie od używek nie działają z pewnością na korzyść doktora W., choć na razie ustrzegł się przed chorobami dzięki predyspozycjom genetycznym.

Zostają dwa filary medycyny stylu życia: redukcja stresu oraz relacje międzyludzkie. Stres jest wszechobecny w naszym życiu, jest immanentnie związany z medycyną, nie ma szans, by go wykluczyć. Czy jest możliwe osiągnięcie mitycznego „pełnego dobrostanu”, gdy jest się lekarzem, skoro nie da się uciec od źródeł stresu? Nie o ucieczkę wszakże chodzi, lecz o reakcję na stres. Pełnia zdrowia wyraża się tym, że choć w obliczu silnego stresu mobilizujemy siły i jesteśmy w stanie zachować równowagę, umiemy dostrzegać granice, poza

którymi stres nas zaczyna „zjadać”, i pilnujemy, by zza tej granicy jak najszybciej wrócić do strefy dobrych proporcji obciążeń i odpoczynku. Dobrostan psychiczny doktora W. poprawiłby się, gdyby zaczął bardziej świadomie monitorować swój stan emocjonalny (kluczem do obserwowania na początek mogą być reakcje ciała) i zarządzać emocjami, nauczył się rozpoznawać, kiedy powinien przystopować, a przede wszystkim zdobył trudną dla niego umiejętność odpoczywania. Strategia radzenia sobie w trudnych momentach za pomocą znieczulania emocji używkami nie wydaje się najlepszym wyborem i może doprowadzić doktora W. do kolejnych problemów zdrowotnych, somatycznych i psychicznych.

A co z relacjami? Czy naprawdę wszyscy ich potrzebujemy? Badania naukowe sugerują, że tak. Ludzie mający dobre, bliskie relacje z innymi (niekoniecznie liczne, ważna jest jakość!) żyją dłużej, są ogólnie zdrowsi, ich układ odpornościowy działa skuteczniej, rany pooperacyjne goją się szybciej, a w przypadku chorób przewlekłych ryzyko pogorszenia się czy poważnego nawrotu jest mniejsze. Są aktywniejsi, częściej odczuwają emocje „pozytywne”, są bardziej zaangażowani w pracę, skuteczniej i bardziej kreatywnie rozwiązują problemy. Świadomość przynależności do jakiejś wspólnoty ludzkiej zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Nie ma jednak „wzoru” na ilość i jakość relacji gwarantujących dobrostan. Być może doktor W. doświadczałby pełni dobrostanu psychicznego, gdyby miał jednego bliskiego, zaufanego przyjaciela, któremu mógłby opowiedzieć czasem o tym, jak wszyscy pozostali go wkurzają. Może też od czasu do czasu trochę o tym, że nienawidzi chwil, gdy nie może nic zrobić, bo nie po to został lekarzem, by czuć bezsilność. Że przeraża go, gdy sprawy wymykają się spod kontroli. A może wcale by nie potrzebował o tym mówić, bo posiedzenie razem i pośmianie się z różnych śmiesznych i niesmiesznych rzeczy by wystarczyło. Może po takim wieczorze następnego dnia byłby spokojniejszy, mniej napięty, nie złościłby się tak o każdy drobiazg, jego ciśnienie i w ogóle funkcjonowanie organizmu byłoby stabilniejsze, przychylniej spojrzalby na współpracowników, być może któryś okazałby się nie tak denerwujący i głupi, jak W. sądził do tej pory. Po takim dniu W. wróciłby do domu w lepszym humorze i może przyszedłoby mu do głowy, że krótki spacer jest niezłym pomysłem, a wieczorem zasnąłby bez wspomagaczy...

Możemy snuć dalej historię doktora W., zastanawiając się, jak pozornie mało medyczne zjawisko bycia w relacji z drugim człowiekiem przekłada się na stan zdrowia. Możemy też zostawić doktora W. i pomyśleć, jakimi – nawet pozornie drobnymi – zmianami możemy poprawiać każdego dnia nasz własny, lekarski dobrostan.

PS Doktor W. w rzeczywistości nie istnieje, ale ulepiłam go z mniejszych i większych okruszków jak najbardziej prawdziwych postaci i historii. ●

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

Złudzenie wzrostu

USTAWA O JAKOŚCI W OCHRONIE ZDROWIA DOMKNIE PROCES ZMIAN, JAKIE ZJEDNO-CZONA PRAWICA PRZEPROWADZA W SYSTEMIE – ZAPEWNIĄŁ PODCZAS PIERWSZEGO CZYTANIA PROJEKTU MINISTER ZDROWIA ADAM NIEDZIELSKI, WSKAZUJĄC, ŻE JAKOŚĆ, JAKO „TRZECI FILAR”, NIE MOGŁĄBY BYĆ ZREALIZOWANA, GDYBY NIE GWARANCJE WZROSTU FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA. SĘK W TYM, ŻE GWARANCJE MOŻE I SA, ALE WZROST – PRZECIWNIE, JEST WIELKIM NIEOBECNYM.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

Ile wynoszą polskie wydatki publiczne na ochronę zdrowia? Zdaniem polityków obozu rządzącego w tym roku sięgną 6,3 proc. PKB. Takim wskaźnikiem posługiwał się też podczas debaty minister zdrowia, akcentując, że będzie to oznaczać przekroczenie minimalnego, założonego w ustawie 7 proc. PKB na zdrowie, poziomu. Można powiedzieć, że jeśli chodzi o 6 proc., „mamy to”, a 7 proc. jest w zasięgu ręki i w 2027 r. (najpóźniej) zostanie osiągnięte.

Brzmi nie najgorzej, tyle że to nieprawda. W opublikowanym 5 grudnia raporcie OECD i Komisji Europejskiej „Health at a Glance. Europe 2022” Polska stoi pod pręgierzem faktów: publiczne wydatki na ochronę zdrowia w 2020 r. wyniosły 4,8 proc. PKB. W sumie Polska w pierwszym roku pandemii przeznaczyła na ten cel 6,5 proc. Ten drugi wskaźnik nie zmienia się od kilku lat. Pierwszy – faluje, w granicach 4,5–4,9 proc. PKB. Ekspertki podkreślają, że ani w 2021 r., ani w 2022 nie udało się nam przebić granicy 5 proc. PKB, a w 2023 – w związku z nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która weszła w życie przed końcem 2022 r. i pomniejszy finanse NFZ o około 13 mld zł – będzie to jeszcze mniej prawdopodobne.

Raport OECD ukazuje się co roku, ale ostatni z punktu widzenia Polski ma znaczenie szczególne. Dane na temat finansowania pochodzą z 2020 r., trzeciego, w którym działała już tzw. ustawa 6 proc. PKB na zdrowie, gwarantująca, zdaniem polityków obozu rządzącego, stopniowy wzrost publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Ustawa, której uchwalenie przyspieszył protest lekarzy re-

zydentów, wsparty przez przedstawicieli innych zawodów medycznych, a której nowelizacja, wymuszona głódówką młodych lekarzy, miała gwarantować – na mocy porozumienia ówczesnego ministra zdrowia z protestującymi – jeszcze szybszy wzrost nakładów do poziomu 6 proc. PKB. Ani lekarze, ani opozycja, ani eksperci nie zauważyli i nie docenili przebiegłości „przeciwnika”, czyli strony rządowej. Zabezpieczyła ona interesy budżetu państwa regułą N-2 w praktyce gwarantującą, że rzekomy wzrost będzie finansowany z wolumenu rosnącej składki zdrowotnej, przy założeniu dobrej lub nawet umiarkowanej koniunktury gospodarczej.

Poprzednie dwa raporty „Health at a Glance” (z lat 2020–2021), odnoszące się do danych z 2018 i 2019 r., można było jeszcze opatrywać znakiem zapytania. Pierwszy i drugi rok działania ustawy nie przynosiły przełomowego wzrostu, co nie budziło wątpliwości rodzimych ekspertów, śledzących na bieżąco dane Narodowego Rachunku Zdrowia GUS. Widać było wyraźnie, że choć nakłady nominalnie rosną, a metoda N-2 pozwala rządowi przesuwac znacznik na mapie drogowej, nadal na ochronę zdrowia wydajemy 4,7–4,8 proc. PKB. Rok 2020 to jednak już trzeci rok działania ustawy i jednocześnie pierwszy rok pandemii: domyślnie, na zdrowy rozsądek i intuicję, czas, w którym wydatki na zdrowie powinny eksplodować.

I eksplodowały. Tyle że nie w Polsce.

Raport pokazuje nasze miejsce w szeregu. Jeśli chodzi o wydatki na zdrowie (publiczne i prywatne) w przeliczeniu na mieszkańca,



jestemy na poziomie 50 proc. średniej UE (3159 euro vs. 1591 euro). Wśród krajów Wspólnoty zajmujemy piąte miejsce od końca, wyprzedzając jedynie Łotwę, Słowację, Bułgarię, Chorwację i Rumunię. Od tej ostatniej jednak, zamykającej stawkę, dzieli nas zaledwie 163 euro. Więcej od Polski wydają na ochronę zdrowia m.in. Litwa i Estonia, a od Czech (2649 euro) dzieli nas już cywilizacyjna przepaść. W 2020 r. najwięcej w UE wydały Niemcy (4831 euro), w Europie zaś – Szwajcaria (4997 euro). Trzecie miejsce zajmuje nienależąca do UE Norwegia (4582). Bariere 4 tys. euro przekraczają jeszcze Holandia, Austria i Szwecja, ale bardzo blisko są Dania i Luksemburg. W przypadku odsetka PKB wydawanego na ochronę zdrowia (łącznie) nasze 6,5 proc. oznacza trzecie miejsce od końca – przed Rumunią i zupełnie niereprezentatywnym, małym i ekstremalnie bogatym Luksemburgiem.

Jeśli chodzi o wydatki publiczne jako odsetek PKB, zajmujemy ostatnie miejsce w UE – około 4,8 proc. Średnia UE to niemal 9 proc., Czechy zaś wydały w 2020 r. 8 proc. swojego PKB. Najwięcej w pierwszym roku pandemii ze środków publicznych na ochronę zdrowia wyasygnowały Niemcy i Francja (po ponad 12 proc.), podobne wyniki osiągnęły Wielka Brytania i Szwajcaria.

Jeszcze więcej powodów do (smutnej) refleksji przynosi analiza zmian w wydatkach na zdrowie w latach 2013–2019 i 2019–2020. W pierwszym okresie, który można zaklasyfikować jako „odbudowę po kryzysie finansowym”, w niemal wszystkich krajach UE wydatki na ochronę zdrowia rosły. Średnie tempo dla UE wyniosło 3 proc. W państwach o odpowiednio wysokim punkcie startu wzrost był wolniejszy (nawet poniżej 1 proc.). Region Europy Środkowo-Wschodniej, nadrabiając cywilizacyjne zaniedbania, inwestował w zdrowie więcej. Również Polska, bo w tych latach środki na ochronę zdrowia zwiększyły się u nas o 4,9 proc. Przekroczyły

zatem unijną średnią, ale były wyraźnie mniejsze niż np. na Łotwie, Litwie i w Rumunii (7–7,8 proc.). Dynamika zmian w finansowaniu wydatków zdrowotnych w latach 2019–2020 pokazuje reakcje poszczególnych krajów na wyzwania związane z pandemią.

Średnio w UE wydatki w pierwszym roku pandemii zwiększyły się wobec roku poprzedniego o 5,5 proc. Rekordowo wysoki wzrost zanotowała Bułgaria (niemal 20 proc.!), ale dwucyfrowy wzrost wystąpił też w Czechach (15,2 proc.) i na Węgrzech (11,4 proc.). Blisko 10 proc. osiągnęły Irlandia i Estonia, a z krajów spoza UE – Wielka Brytania. Polska znajduje się na drugim końcu skali. Byliśmy jednym z trzech państw (obok Słowacji i Belgii), w których wydatki na zdrowie *per capita* w 2020 r. zmniejszyły się. Fakt, że był to spadek niewielki (-0,7 proc.), nie zmienia sytuacji. Autorzy raportu zwracają uwagę, że redukcja finansowania nastąpiła we wszystkich krajach, ze względu na ograniczenie planowego leczenia. Tam, gdzie silny – jak w Polsce – jest komponent wydatków prywatnych, spadek mógł być bardziej odczuwalny. Jednak w lwiej części państw został zrównoważony ogromnymi wydatkami związanymi choćby z wyższym finansowaniem działalności oddziałów intensywnej opieki medycznej czy profilaktyki (testowanie, w Polsce drastycznie ograniczone).

W tych dwóch kontekstach – „stabilnego” poziomu finansowania poniżej 5 proc. realnego PKB oraz faktycznego braku adekwatnej (!) reakcji na pandemię (szkoda, że na kolejny raport, pokazujący, co działo się w 2021 r., przyjdzie czekać długich dziesięć miesięcy) – zapewnienia, że mamy wystarczające podstawy, by w oparciu o nie uchylać ustawę o jakości i by ta ustawa rzeczywiście gwarantowała pacjentom jakość i bezpieczeństwo, brzmią nie tyle śmiesznie, co złowieszczo. Jakie fundamenty, taka ostateczna realizacja całego przedsięwzięcia, a brak fundamentów to najprostszy przepis na katastrofę. Nie tylko w budownictwie. ●

Problemy interny na Mazowszu

Z INICJATYWY MAZOWIECKIEGO KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DR. N. MED. MARKA STOPIŃSKIEGO PO RAZ KOLEJNY ODBYŁO SIĘ SPOTKANIE POD HASŁEM „PROBLEMY INTERNY NA MAZOWSZU”. GRUPA KILKUDZIESIĘCIU SPECJALISTÓW DYSKUTOWAŁA O PROBLEMACH, KTÓRE WPRAWDZIE MAZOWSZA I INTERNY DOTYCZĄ, ALE MAJĄ CHARAKTER ZNACZNIE SZERSZY, OGÓLNOPOLSKI.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

W spotkaniu w podwarszawskich Radziejowicach uczestniczyli goście także spoza naszego regionu oraz osoby decydujące o ponadregionalnych sprawach związanych z systemem ochrony zdrowia, m.in.: konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. Jacek Różański, prezes NFZ Filip Nowak i dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Michał Dziegielelewski. Nie zabrakło oczywiście przedstawicieli władz naszej izby, obecny był prezes ORL Piotr Pawliszak i wiceprezes Tomasz Imiela. Konferencja miała charakter dyskusyjny, a poziom emocji sporów mógłby zaskoczyć niejednego obserwatora. W opinii postronnego świadka, jakim jest dziennikarz „Pulsu”, to zaskoczenie pozytywne na tle licznych „ugrzeczniczonych” dyskusji, bo wywołuje wrażenie, że poruszane tematy leżą na sercu uczestnikom. Wypowiadali się m.in.: dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego prof. Ryszard Gellert, kierownik Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych WUM prof. Magdalena Durlik i prezes Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich prof. Jan Duława.

Wśród omawianych kwestii były zagadnienia związane z modelowaniem finansowania oddziałów internistycznych, odciążeniem ich przez podniesienie poziomu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, np. w ramach opieki koordynowanej, realizowanej w POZ, lub szkolenie kadry medycznej. Jeden wątek przewijał się w niemal każdej wypowiedzi – sprawa pacjentów oddziałów internistycznych, którzy mogliby znaleźć opiekę gdzie indziej. Pacjentów paliatywnych, których powinny przejąć hospicja, i tych, którzy trafiają do szpitala w związku z upojeniem alkoholowym. Wreszcie pacjentów w wieku podeszłym, wymagających opieki wielospecjalistycznej, którzy nie mogą liczyć na miejsce w zakładzie opiekuńczym, a których w skrajnych przypadkach rodzina „porzuca” w szpitalu. Ten problem poruszany jest przez naszą izbę podczas akcji społecznej #WspólneŚwięta, a podczas spotkania



Fot. M. Niepytalski

mówił o nim organizator konferencji dr Marek Stopiński: – *Przedświadczone hospitalizacje to element szerszego problemu. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2021 ponad połowę pacjentów oddziałów internistycznych stanowiły osoby mające ponad 70 lat. Jeśli zawęzić statystykę tylko do pacjentów starszych niż 80-letni, okaże się, że stanowili prawie jedną trzecią osób leczonych na internie. Dlatego uważam, że potrzebne jest opracowanie programu opieki hospicyjnej, geriatrycznej i długoterminowej.*

Dr Stopiński zwrócił też uwagę, że dodatkowe obłożenie interny uniemożliwia przyjmowanie przez oddziały pacjentów planowych, co w znacznym stopniu pogarsza perspektywy zdrowia publicznego. ●



Rezydentury w małych miastach

DYSPROPORCJA W LICZBIE LEKARZY NA TYSIĄC MIESZKAŃCÓW W RÓŻNYCH CZĘŚCIACH KRAJU, A TAKŻE WOJEWÓDZTWACH, NALEŻY DO POWAŻNYCH PROBLEMÓW POLSKIEJ OCHRONY ZDROWIA. BYĆ MOŻE JEDNĄ Z METOD JEGO ROZWIĄZANIA BYŁOBY ZWIĘKSZENIE LICZBY LEKARZY W TRAKCIE SZKOLEŃ SPECJALIZACYJNYCH W MAŁYCH MIASTACH. CHOĆ OCZYWIŚCIE RODZI SIĘ PYTANIE, CZY TO NIE WYGENEROWAŁOBY INNYCH PROBLEMÓW. DLATEGO TYM RAZEM W RUBRYCE „W KONTRZE” POSTANOWILIŚMY ZAPYTAĆ, CZY SYSTEM REZYDENTUR JEST SPRAWIEDLIWY DLA PLACÓWEK POZA DUŻYMI OŚRODKAMI, A PONIŻEJ PRZEDSTAWIMY GARŚĆ FAKTÓW ZWIĄZANYCH Z TYM TEMATEM.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

W wyniku ubiegłorocznej jesiennej rekrutacji na specjalizację placówki medyczne w Polsce „wzbogaciły się” o 3071 rezydentów. W całym kraju było 4218 miejsc, a w województwie mazowieckim – 602. Opierając się na analizie wyników rekrutacji, opublikowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, można obliczyć, że zajęta została nieco ponad połowa. To znaczy, że na terenie województwa (zatem także płockiej OIL) podjęło dalsze kształcenie 339 nowych rezydentów. Nawiasem mówiąc, miejsca pozarezydentckie wykorzystano proporcjonalnie o wiele słabiej. Z 11 955 miejsc specjalizacyjnych w kraju zajętych zostało 1109 (108 na Mazowszu). CMKP, publikując ogólnodostępne wyniki rekrutacji, nie podaje nazw konkretnych placówek i informacji, czy trafia do nich rezydent, czy lekarz specjalizujący się w trybie pozarezydentckim. Niemniej jednak widać, że placówki z niewielkich miast cieszą się znacznie mniejszą popularnością niż np. warszawskie. „Puls” skontaktował się ze szpitalami w Garwolinie, Iłży i Pułtusku z prośbą o dane, ilu rezydentów przybyło do placówek w wyniku rekrutacji wiosną i jesienią 2022 r. Okazało się, że tylko jeden (w Garwolinie)!

Największą uczelnią medyczną kształcąca na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym jest rzecz jasna Warszawski Uniwersytet Medyczny. W Warszawie jest też najwięcej placówek medycznych, najwięcej miejsc stażowych i specjalizacyjnych. Wielu absolwentów uczelni medycznych po pięciu- lub sześcioletnich studiach w stolicy konieczność odbycia stażu gdzie indziej traktuje jak zesłanie. Staż jednak jest stosunkowo krótki, trwa rok. Specjalizacja – już kilka lat.

Z danych rejestrowych wynika, że blisko 21,2 tys. lekarzy naszej izby podaje warszawski adres. Oczywiście, nie oznacza to, że wszyscy muszą pracować w stolicy. Część z pewnością dojeżdża do placówek w innych częściach okręgu. Ale też część niemieszkających w Warszawie dojeżdża do pracy w stolicy. 21,2 tys. lekarzy stanowi około 60 proc. członków OIL w Warszawie (35 039). Mazowiecką statystykę w znikomym stopniu zmienia liczebność płockiej izby, do której należy 1425 osób. Jednocześnie Warszawa liczy według GUS około 1,7 mln mieszkańców, czyli blisko 30 proc. ludności województwa (5,5 mln osób). ●



Fot. archiwum

Rezydenci chcą się uczyć

tekst **RYSZARD GELLERT**

dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

SYSTEM REZYDENTUR TO JEDNO Z NARZĘDZI MINISTERSTWA ZDROWIA W REALIZACJI DŁUGOOKRESOWEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ KRAJU.

Celem szkolenia specjalizacyjnego, koordynowanego i realizowanego przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, jest wykształcenie nowych lekarzy specjalistów. Jednak niektórzy pracodawcy zdają się postrzegać system rezydentur inaczej – jak krótko- i długookresowe rozwiązanie aktualnego niedoboru własnych kadr. Domagają się zatem zapewnienia miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach, w których ich brak już utrudnia prawidłowe przeprowadzenie szkolenia specjalizacyjnego. Uzasadnieniem dla takich rozwiązań bywa nadzieja, że rezydenci po uzyskaniu statusu specjalisty będą poszukiwać zatrudnienia w pobliżu jednostki szkolącej. Zakłada się, że w trakcie szkolenia osiągną stabilizację rodzinną, socjalną i mieszkaniową, choć nie zawsze to się udaje. W takich jednostkach brak kadry utrudnia realizację kształcenia specjalizacyjnego, a tym samym zniechęca rezydentów do podejmowania szkolenia, uniemożliwia jego sprawne przeprowadzenie i nie uatrakcyjnia perspektywy pozostania.

Kształcenie przyszłego specjalisty to złożony proces nabywania umiejętności pod okiem specjalisty w czasie wspólnej pracy w relacji mistrz – uczeń. Praca ta jest w znacznym stopniu finansowana przez Ministerstwo Zdrowia w formie rezydentur i wynagrodzenia dla kierownika specjalizacji. Teraz kształcą się ponad 27 tys. specjalizantów.

System szkolenia podyplomowego umożliwia wszystkim chętnym uzyskanie specjalizacji, ale niekoniecznie w wybranej dziedzinie i miejscu czy trybie. Obecnie zajętych jest około 60 proc. miejsc akredytowanych do prowadzenia specjalizacji. W niektórych specjalnościach liczba szkolonych osób zapewnia tylko uzupełnienie przewidywanych braków kadrowych. Dlatego wszystkie podmioty zaangażowane w realizację świadczeń zdrowotnych – bezpośrednio i pośrednio – powinny oswoić się z faktem, że przyszłe niedobory kadr medycznych można uzupełnić tylko w jeden sposób – szkoląc nowych specjalistów.

Jestem zdecydowanym przeciwnikiem postrzegania kształcenia podyplomowego w kategoriach produkcyjnych. Jednostki akredytowane przez CMKP do szkolenia specjalizacyjnego w szpitalach i przychodniach nie tylko muszą udzielać świadczeń medycznych, ale mają też zadania dydaktyczne. Powinny konkurować o rezydentów proponowanymi warunkami szkolenia. Jestem przekonany, że liczbę miejsc do specjalizacji możemy stosunkowo łatwo podwoić z blisko 50 tys. do 100 tys. Konsekwencją zaniechań w kształceniu specjalistów będzie demoralizujący wyścig płacowy.

Rezydenci chcą dziś nie tylko pracować, ale i efektywnie się kształcić. Finanse są dla nich ważne, ale nie najważniejsze. Choć jeszcze nie mają doświadczenia specjalisty, pragną być traktowani podmiotowo, jako wykształceni lekarze. Od pracodawcy oczekują wsparcia w realizacji kształcenia opłaconego przez Ministerstwo Zdrowia. Szczególnie zależy im na zapewnieniu dostępności kierownika specjalizacji, która może być niewystarczająca w ramach częściowego zatrudnienia. Chcą uzyskać oczekiwaną równowagę praca – życie i wiele dla niej są skłonni poświęcić. Rezydent zasługuje na szacunek z racji swojego wysiłku i oczekuje, że będzie mu on okazywany. Oczekuje też, że system szkolenia będzie go maksymalnie wspierał i zapewni wysoką jakość wykształcenia.

Dyrektorzy podmiotów szkolących specjalistów, zamiast narzekać na brak rozwiązań administracyjnych, powinni niezwłocznie pozyskać kierowników specjalizacji zainteresowanych szkoleniem podyplomowym i stworzyć odpowiednie dla szkolącego i szkolonego warunki. Rezydent to przecież ważny partner w procesie diagnostyczno-terapeutycznym i potencjalny pracownik. To nie są dodatkowe ręce do pracy „zafundowane” przez ministra zdrowia, nieusatisfakcjonowany może się przecież przemieścić gdzie indziej. ●

W KONTROLERZE



Fot. archiwum

Mały może więcej

tekst **PAWEŁ RADWAŃSKI**

zastępca dyrektora ds. leczenia w SPZOZ Szpital w Iłży

W KONTRZĘ SPECJALIZUJĄCY SIĘ LEKARZE NIE ZDAJĄ SOBIE SPRAWY, JAKIE ZALETY I MOŻLIWOŚCI ROZWOJOWE DAJE REZYDENTURA W SZPITALACH POZA WIELKIMI OŚRODKAMI, NP. POWIATOWYCH. W DODATKU DO PRACY W MAŁYM MIEŚCIE ZNIECHĘCA ICH CZĘSTO SYTUACJA ŻYCIOWA. DLATEGO UWAŻAM, ŻE POTRZEBNE JEST SYSTEMOWE ROZWIĄZANIE MOTYWUJĄCE DO ODBYWANIA SPECJALIZACJI W MAŁYCH PLACÓWKACH.

Absolwent uczeni medycznej w dużym mieście ma już w mniejszym lub większym stopniu ułożone życie osobiste. Dlatego, podając preferencje dotyczące miejsca odbywania specjalizacji, moim zdaniem kieruje się, poza oczywiście rodzajem specjalizacji, kwestiami bytowymi. Przeprowadzka dla większości osób wiąże się przecież ze stresem, koniecznością dostosowania się do zmian. Jeśli jest to przeprowadzka np. z Warszawy do mniejszego miasta, oznacza utratę pewnego komfortu polegającego na łatwym dostępie do usług i rozrywek. A także ograniczenie kontaktu z koleżankami i kolegami ze studiów. Oczywiście, część młodych lekarzy, wybierając wymarzoną rezydenturę, kieruje się również przekonaniem, że w dużych szpitalach, np. uniwersyteckich, gdzie pracują ich profesorowie, gdzie przeprowadzane są niecodzienne zabiegi, będzie miała zapewniony nieporównywalnie wyższy poziom szkolenia niż chociażby w moim szpitalu w Iłży. Uważam jednak, że to złudzenie. Nie ujmując niczego szacownym profesorom, w szpitalu, w którym pracuje tłum stażystów i rezydentów, nawet tym wybitnym naukowcom trudno zapamiętać imiona wszystkich podopiecznych. Mam też wrażenie, że w takiej masie szkolących się przydzielenie każdemu z nich zadania odpowiadającego jego naukowemu ambicjom nie jest proste. A zdarza się i tak, że młody lekarz czuje się po prostu jak piąte koło u wozu.

W małych szpitalach jest zupełnie inaczej. Tu rezydent może nie znajdzie okazji do przypatrywania się pionierskim operacjom, ale zawsze będzie się czuł potrzebny.

Jeśli ma ambicję, a sędzę, że do naszego zawodu trafiają przede wszystkim ludzie ambitni, to z dala od wielkich ośrodków akademickich nie tylko znajdzie masę ciekawych wyzwań, ale przede wszystkim spotka się z partnerskim podejściem innych lekarzy, w tym opiekunów specjalizacji. Mówiąc wprost, lekarz rezydent w małym szpitalu nie będzie mógł liczyć na taryfę ulgową. To nauka przez praktykę, a nie obserwację. Do efektywności szkolenia specjalistów w małym szpitalu z deficytem personelu przyczynia się fakt, że przecież im szybciej opiekun go wyszkoli, tym szybciej rezydent stanie się wsparciem dla załogi.

Niezwykle ważnym argumentem przemawiającym za koniecznością wsparcia systemowego rezydentur w małych miastach jest brak lekarzy, szczególnie dotkliwie tam odczuwany. Ściągnięcie rezydenta, który być może podczas specjalizacji ułoży sobie życie osobiste i zechce kontynuować karierę zawodową w tym samym miejscu, zmniejsza ryzyko konieczności poszukiwania specjalisty na drugim końcu województwa albo kraju. Specjalisty, dla którego jedynym argumentem za przeprowadzką będzie argument finansowy, uwzględniający sowitą rekompensatę za przeprowadzkę lub dojazdy. Zatem, gdyby obok listy specjalizacji deficytowych wprowadzić również listę regionów deficytowych, może udawałoby się unikać tak krytykowanych przez polityków kominów płacowych, do których stosowania małe szpitale są zmuszane, jeśli alternatywą jest np. zamknięcie oddziału. ●

Implant i implantologia dla każdego



Fot. M. Niepytalski

NOWO WYBRANY PREZES OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA IMPLANTOLOGII STOMATOLOGICZNEJ DR HAB. N. MED. **KORNEL KRASNY** W WYWIADZIE DLA „PULSU” M.IN. PRZYBLIŻA SWOJE PLANY NA ROZPOCZĘTĄ KADENCJĘ.



rozmawia **DARIUSZ PALUSZEK**, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Czym na co dzień zajmuje się OSIS, bo nie jest to przecież towarzystwo, które tylko rozmawia towarzysko o implantach?

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej zajmuje się przede wszystkim implantologią, ale także chirurgią i innymi dziedzinami medycznymi sta-

nowiącymi przygotowanie do zabiegów implantologicznych. Dlatego jesteśmy otwarci na współpracę z wszystkimi dentystami, również rozpoczynającymi karierę, którzy stawiają pierwsze zawodowe kroki. Zapraszamy do niej lekarzy zajmujących się chirurgią, protetyką, periodontologią czy ortodontcją. Ponadto organizujemy kilka razy w roku kongresy, a także szkolenia zakończone przy-

znaniem certyfikatu umiejętności. Naszą dodatkową działalnością jest opiniowanie zdarzeń medycznych z zakresu chirurgii stomatologicznej oraz implantologii.

Czy uważa pan, że młodzi lekarze powinni mieć możliwość wykonywania zabiegów implantologicznych? Nie jest potrzebna specjalizacja?

Implantologia jest zaawansowaną dziedziną stomatologii, uważam więc, że lekarz powinien mieć gruntowne przygotowanie do leczenia w tym zakresie, pozyskane na szkoleniach, kongresach oraz praktykach klinicznych. Inną sprawą jest posiadanie specjalizacji. Ponieważ liczba specjalistów jest niewystarczająca, trudno oczekiwać, że tylko ta wąska grupa będzie zajmowała się implantoprotetyką. Pacjenci mają coraz większą wiedzę o tym, z jakich zabiegów mogą skorzystać i chcą z nich korzystać, a wykształcenie odpowiedniej do potrzeb liczby specjalistów w naszych realiach jest niemożliwe. Z całą pewnością specjaliści powinni zajmować się najtrudniejszymi przypadkami klinicznymi.

Implantologia „weszła pod strzechy”?

Tak, w zasadzie zdecydowana większość gabinetów ma w ofercie implanty. Są wykonywane samodzielnie przez lekarza dentystę prowadzącego placówkę lub we współpracy z innym stomatologiem. I bardzo dobrze, ponieważ implantoprotetyka jest skuteczną, trwałą i komfortową formą uzupełnienia braków zębowych, pacjenci coraz częściej o nią pytają i coraz powszechniej z niej korzystają. Jednak podkreślę raz jeszcze: trzeba się szkolić, ponieważ o błąd nietrudno, a są to procedury niosące nie raz skutki nieodwracalne.

Wspomniał pan o certyfikacie umiejętności. Ministerstwo Zdrowia zmierza do stworzenia oficjalnej, zamkniętej listy umiejętności medycznych, „małej specjalizacji”. Czy pana zdaniem do wykonywania

zabiegów implantologicznych powinna być w przyszłości obowiązkowa, czy tylko mile widziana?

Pomysł wprowadzenia katalogu umiejętności uważam za dobry, szczególnie z uwagi na lekarzy zajmujących się implantologią, a niekorzystających ze szkoleń zawodowych. Sądzę, że osoba podejmująca się wykonywania zabiegów – jak wspominałem – częściowo nieodwracalnych powinna posiadać te szczególne umiejętności kliniczne oficjalnie potwierdzone certyfikatem. Z wyjątkiem lekarzy specjalistów, którzy w ramach specjalizacji odbyli kursy związane z implantologią, np. w zakresie chirurgii stomatologicznej, protetyki lub periodontologii.

Projekt rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie listy umiejętności zawiera w uzasadnieniu przypomnienie, kto certyfikaty umiejętności może przyznawać: państwowe instytuty badawcze i towarzystwa naukowe działające przynajmniej pięć lat. Czy w pana opinii nie jest to zbyt restrykcyjne podejście? Może wystarczyłaby grupa lekarzy wyspecjalizowanych w danej umiejętności, działających np. w ramach przedsięwzięcia komercyjnego.

Uważam, że dotychczasowe rozwiązanie było właściwe i nie należy zmieniać listy uprawnionych do przyznawania certyfikatów umiejętności. Inaczej ryzykowalibyśmy, że prowadzeniem szkoleń, po których przyznawany byłby certyfikat umiejętności implantologicznych, zajęłyby się np. firmy produkujące implanty. To mogłoby negatywnie wpłynąć na ja-

kość kursów. Jedyną szansę liberalizacji przepisów widzę w określeniu jasnych wymogów dotyczących kadry naukowej.

Jakie są pana plany na rozpoczętą właśnie kadencję prezesa OSIS? Jakież fundamentalne zmiany w funkcjonowaniu towarzystwa?

Zmiany nie, ale kontynuacja rewelacyjnej pracy moich poprzedników. Nie ma co zmieniać, najwyżej należy dostosowywać się do zmian w otoczeniu. Dostrzegamy np., że w naszych kongresach coraz chętniej biorą udział studenci. Będziemy więc pewnie szukać możliwości większego otwarcia się na to środowisko i zapraszać do uczestnictwa. Nasze 25-letnie doświadczenia wskazują, że warto współpracować z inżynierami zajmującymi się techniczną stroną implantów. Inną przestrzenią aktywności, którą będziemy na pewno rozwijać, jest współpraca ze specjalistami z dziedzin niezwiązanych bezpośrednio z implantologią. Widzimy bowiem, że i oni wykazują chęć zapoznania się z tą częścią stomatologii, która może wywierać wpływ także na ich pracę. Przecież im więcej implantów na rynku, tym większa szansa, że do specjalisty stomatologii zachowawczej trafi pacjent posiadający implant, np. w ramach ostrego dyżuru. Niezwykle dynamicznie rozwija się także nasza współpraca ze środowiskiem prawniczym, co wspomaga funkcjonowanie grupy biegłych. W OSIS jest wielu lekarzy, którzy mają nowe pomysły i propozycje na rozwój. Dodatkowo otrzymują cenne rady od poprzednich prezesów – prof. Andrzeja Wojtowicza oraz prof. Stanisława Majewskiego, którym za to bardzo dziękuję. ●



Program stypendialny OIL w Warszawie

Dofinansowanie staży, kursów i konferencji zagranicznych

Składanie wniosków do 30 marca 2023 r.

Więcej: izba-lekarska.pl

Vademecum przedsiębiorcy w białym kitlu

W PIERWSZYM NUMERZE „PULSU” W 2023 R. ZACZYNAMY NOWY CYKL PRZEZNACZONY DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW PROWADZĄCYCH LUB PLANUJĄCYCH PROWADZIĆ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ. I KWARTAŁ NOWEGO ROKU WIĄŻE SIĘ Z KONIECZNOŚCIĄ SPORZĄDZENIA WIELU SPRAWOZDAŃ, ZESTAWIEŃ I RAPORTÓW, KTÓRE NALEŻY PRZEDSTAWIĆ ODPOWIEDNIM ORGANOM W WYZNACZONYM TERMINIE.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

ROZLICZENIE Z URZĘDEM SKARBOWYM

31 stycznia – termin dostarczenia PIT-11 za 2022 r. za każdego pracownika do właściwego urzędu skarbowego

28 lutego – termin rozliczenia PIT-16A dla przedsiębiorców korzystających z karty podatkowej

28 lutego – termin dostarczenia PIT-11 za 2022 r. każdemu pracownikowi

30 kwietnia – termin rozliczenia PIT dla pozostałych przedsiębiorców, bez różnicy w formie opodatkowania (w tym roku możemy rozliczyć PIT do 2 maja, gdyż 30.04 przypada w dzień wolny od pracy)

USTAWOWA SPRAWOZDAWCZOŚĆ STATYSTYCZNA

14 lutego – termin złożenia rocznego sprawozdania o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (druk MZ-24)

22 lutego – termin złożenia rocznego sprawozdania o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc (druk MZ-13)

28 lutego – termin złożenia sprawozdania z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (druk MZ-15)

1 marca – termin złożenia rocznego sprawozdania o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej (druk MZ-14)

31 marca – termin złożenia rocznego sprawozdania z działalności i z zatrudnienia pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (druk MZ-11)

10 kwietnia – termin złożenia sprawozdania o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (druk MZ-88)

10 kwietnia – termin złożenia sprawozdania o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (MZ-89)

➤ Wszystkie wymienione sprawozdania dotyczą zarówno podmiotów, jak i indywidualnych czy grupowych praktyk lekarskich. Druki MZ-88 oraz MZ-89 składają także lekarze dentyści świadczący usługi w ramach działalności gospodarczej.

➤ Sprawozdania składamy drogą elektroniczną w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia.

SPRAWOZDANIE DOTYCZĄCE ODPADÓW MEDYCZNYCH

15 marca – termin złożenia corocznego sprawozdania do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów za poprzedni rok

➤ Sprawozdanie lekarze i lekarze dentyści składają w systemie BDO (<https://bdo.mos.gov.pl/>).

SPRAWOZDANIE DOTYCZĄCE GAZÓW I PYŁÓW

31 marca – termin złożenia sprawozdania, które zawiera informacje o ilości oraz rodzajach gazów lub pyłów wprowadzanych do powietrza oraz dane, na podstawie których określono te ilości, wykorzystane do ustalenia wysokości opłat; ewentualnie uiszczenie opłat za poprzedni rok korzystania ze środowiska

➤ Sprawozdanie składamy: osobiście w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego lub w jego wyznaczonych punktach podawczych, drogą pocztową lub elektronicznie przez skrzynkę podawczą e-PUAP. Sprawozdanie składają lekarze i lekarze dentyści, którzy w swoich praktykach korzystają z samochodów i/lub mają kotłownię. ●

Odejźmy od kultu cargo

TO NIEWIELKI KROK WE WŁAŚCIWYM KIERUNKU – PRYZWYCZAILIŚMY SIĘ TAK OPISYWAĆ MAŁO SATYSFAKCUJĄCE LUB POŁOWICZNE PROPOZYCJE REFORM. O PROJEKCIE USTAWY O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ I BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTA NIE DA SIĘ, NIESTETY, POWIEDZIEĆ NAWET TEGO.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szafrański

Projekt przejawia cechy kultu cargo; tak jak mieszkańcy Melanezji budowali pasy startowe i słomiane samoloty, myśląc, że w ten sposób „zwbiją” dostawy cennych ładunków na swoje terytoria, tak nasze Ministerstwo Zdrowia posklejało różne rozwiązania z innych krajów w nadziei, że odprawienie biurokratycznych rytuałów wpłynie na zmniejszenie liczby błędów medycznych. O ile można zrozumieć, dlaczego rdzenne społeczeństwa wysp Oceanu Spokojnego, nie mając doświadczenia rewolucji przemysłowej, myliły skutki budowy lotnisk z przyczynami, o tyle trudniej pojąć, dlaczego doświadczeni fachowcy wyprodukowali chochoła systemu *no-fault*, w którym obowiązkowe zgłaszanie zdarzeń niepożądanych powiązane z odpowiedzialnością karną wykonujących zawody medyczne za nieumyślne błędy, narzucono nierealistyczny czas zgłoszenia zdarzenia do rejestru, a do tego analizę zawartych w rejestrze danych zastrzeżono dla Ministerstwa Zdrowia. Ewentualne nadzwyczajne złagodzenie kary wymierzonej sprawcy powiązane z jego wiedzą i zgodą na zgłoszenie zdarzenia do rejestru, przyjmując ciche założenie, że ustalenie uczestników zdarzenia i jego okoliczności jest zwykle proste i oczywiste. Badania dowodzą, że jest wręcz przeciwnie. Nie tylko uczestnicy zdarzeń mogą nie rozumieć w pełni, jak i kiedy do nich doszło, ale nawet badające przyczyny komisje muszą uważać na własne uprzedzenia i błędy poznawcze.

Fetyszycacja procedur zaciemnia podstawową sprawę: sercem kultury bezpieczeństwa pacjenta nie jest obowiązkowy rejestr zdarzeń niepożądanych, pozasądowy system kompensacji ani nawet system *no-fault*. Owszem, rozwiązania te bywają niezwykle przydatne, jednak kluczem jest systemowe rozpoznanie doniosłości porażki, jaką stanowi każde zdarzenie niepożądane, którego można było uniknąć. Wszystkie, nawet jeśli któreś nie miało dramatycznych konsekwencji,

muszą być lekcją do odrobienia. Według piramidy zdarzeń wypadkowych Heinricha na jeden poważny wypadek przypada 30 mniej poważnych i około 300 niemalże bez konsekwencji dla uczestników. W projektowanym systemie, w którym zgłaszający ściąga na siebie lub kolegów podejrzenie sprawstwa, można się spodziewać niskiej zgłaszalności przypadków o mało doniosłych konsekwencjach. Trudno, aby taki system uczył się na błędach, o wyprzedzającej identyfikacji i usuwaniu ryzykownych rozwiązań nie wspominając.

Bezpieczeństwo pacjenta jako obszar badań zaczęło dynamicznie się rozwijać pod koniec XX w. W tym czasie uzmysłowiono sobie, że miejsca, do których pacjent kieruje się z nadzieją na poprawę stanu zdrowia, zaskakująco często narażają chorych na poważne ryzyko, a nawet przyczyniają się do utraty zdrowia. Rosnąca złożoność procesów opieki, zmęczenie i stres personelu, rotacja pracowników uderzająca w pracę zespołową – wszystkie te czynniki sprawiają, że problem bezpieczeństwa to poważne wyzwanie nowoczesnej medycyny, coraz rzadziej sprowadzalne do „indywidualnej winy”. Co więcej, szerokie wprowadzanie nowych technologii, narzędzi opieki zdalnej, obiecujących także w polskiej strategii e-zdrowia rozwiązań predykcyjnych, opartych na sztucznej inteligencji, uczyni „osobistą odpowiedzialność” jeszcze mniej przydatną ramą analizy zdarzeń niepożądanych.

Problem zaś jest niebanalny: szacuje się, że zdarzenia niepożądane wynikające z naruszeń zasad bezpiecznej opieki stanowić mogą jedną z 10 głównych przyczyn zgonów i niepełnosprawności w skali globalnej. W krajach wysoko rozwiniętych nawet jeden na 10 pacjentów doznaje uszczerbku na zdrowiu podczas pobytu w szpitalu. Oznacza to ogromne koszty osobiste i społeczne, których poniesieniu w około połowie przypadków można byłoby zapobiec. ●

Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



HARMONOGRAM ZAJĘĆ

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

7.03.23 r., godz. 11.00 „Zwierzęta rodzinnych ogródków działkowych” – mgr Konrad Malec

21.03.23 r., godz. 11.00 „Błędy medyczne” – dr Piotr Pawliszak

4.04.23 r., godz. 11.00 „Czemu ta noc jest inna niż wszystkie” (Święto Pesach)
– Anna Cukerman i Elżbieta Magenheim

18.04.23 r., godz. 11.00 „Jak zabezpieczyć swoje prawa i czuć się bezpiecznie w jesieni życia
(wybrane umowy cywilnoprawne)” – dr Anna Płatkowska, radca prawny

9.05.23 r., godz. 11.00 „Z jakimi wyzwaniami mierzyliśmy się w szpitalu covidowym w czasie pandemii”
– prof. dr hab. Waldemar Wierzba

23.05.23 r., godz. 11.00 „Budżet powierzony POZ” – prof. dr hab. Andrzej Śliwczyński

13.06.23 r., godz. 11.00 „Sumienie wyznacznikiem dobroci czynu” – prof. dr hab. ks. Ryszard Moń

27.06.23 r., godz. 11.00 „Naruszenie dóbr osobistych. Oświadczenie woli i przyjmowanie
oświadczenia woli” – Sebastian Stykowski, prawnik

4.07.23 r., godz. 11.00 „Medycyna stylu życia a zdrowa starość” – mgr Sylwia Piętka

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

W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22-542-83-33.

Laboratorium chopinowskie

LAICY Z LUBOŚCIĄ WYPOWIADAJĄ SIĘ NA TEMAT MEDYCyny, MAJĄC SIĘ ZA WYBITNYCH ZNAWCÓW TEMATU, CHOĆ BRAK IM NAUKOWEJ PODBUDOWY DLA WYRAŻANYCH OPINII. ZROZUMIAŁE, ŻE LEKARZY CZĘSTO WPRAWIA TO W IRYTACJĘ. O TYM, CZY PODOBNY DYSKOMFORT W ROZMOWACH O MUZYCE CZUJĄ OSOBY ZAJMUJĄCE SIĘ NIĄ NAUKOWO, ROZMAWIAMY Z **MARITĄ ALBÁN JUÁREZ**,* WOKALISTKĄ JAZZOWĄ I MUZYKOŁOŻKĄ ZWIĄZANĄ Z NARODOWYM INSTYTUTEM FRYDERYKA CHOPINA.

rozmawiał **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Każdy słucha muzyki, ale naukowo zajmuje się nią garstka specjalistów. Jak naukowcowi rozmawia się z kimś, kto muzyki tylko słucha?

Myszę, że muzykolog nie powinien zamykać się w swoim świecie teoretycznych rozważań na temat muzyki. Jest ona dobrem wspólnym i każdy ma prawo przeżywać ją po swojemu. Naukowiec jest od opisu zjawisk muzycznych, dźwiękowych czy historii, a nie od narzucania swojej opinii o twórczości. Każdy powinien szukać upodobań muzycznych w sobie samym – słuchać różnych gatunków muzycznych, by odnaleźć te, które mu najbardziej odpowiadają. Najlepiej moim zdaniem słuchać muzyki na żywo, bo ona najsilniej działa na zmysły. Szcze-

rze polecam udział w koncertach, które właśnie dają najwięcej satysfakcji i przyjemności z odbioru muzyki.

Pani też koncertuje i choć zawodowo, naukowo jest związana z muzyką Chopina, to tworzy pani jazz.

Zawodowe zainteresowanie Chopinem w pewnym stopniu wynikało z mojej edukacji muzycznej, która w Polsce jest ściśle związana z muzyką klasyczną. Jednak wcale nie uważam, że jazz jest stylem muzycznym, który nie ma nic wspólnego z twórczością Chopina. Być może gdyby kompozytor żył dziś, też by się mu poświęcił. Twórców muzyki jazzowej łączy z nim bowiem upodobanie do improwizacji.

Jest pani autorką komentarza do faksymile autografu Fryderyka Chopina Tarantelli As-dur op. 43. Laik mógłby zapytać, co tu komentować?

Kilka lat temu Narodowy Instytut Fryderyka Chopina kupił na aukcji w Londynie rękopis kompozytora, jak sądzono, bezpowrotnie utracony. Wydawać by się mogło, że to przecież tylko zeszyt z nutami. Jednak zwykle do wydania dodaje się komentarz, w którym przybliża się losy takiego autografu, opisując wszelkie szczegóły, tu np. dlatego, że był nieco nadpalony. Zapis nutowy tego utworu jest nam znany, lecz rękopis różni się od wersji wydrukowanej, bo to tekst muzyczny przygotowywany dla drukarza. Zawiera np. skróty, które wyspecjalizowany w takiej pracy człowiek potrafił rozszyfrować, a nawet skierowane do kopisty krótkie informacje na marginesie. Poza tym pamiętajmy, że to jest zapis nut, który wyszedł spod pióra samego Chopina, a przecież z pisma odręcznego też wiele możemy wyczytać, np. pewne sugestie dla pianisty dotyczące interpretacji. Analiza rękopisów czasem (choć nie w tym przypadku) pozwala nawet dostrzec błędy, które popełnili późniejsi wydawcy. Komentarz do rękopisu jest więc fascynującą pracą analityczną. ●

* Marita Albán Juárez gościła w styczniu w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie z wykładem poświęconym Fryderykowi Chopinowi dla Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor”.



Fot. B. Karolak

Spółeczna odpowiedzialność uczelni medycznej

WIELOKONTEKSTOWE PRZEMIANY SPOŁECZNE, SPECYFIKA JAKOŚCIOWO NOWYCH PRZEKSZTAŁCEŃ W RELACJACH MIĘDZY SPOŁECZEŃSTWEM A OBYWATELEM, ORGANIZACJĄ A JEDNOSTKĄ ORAZ POWIĄZAŃ MIĘDZY NIMI, NIE POZOSTAJĄ BEZ ZNACZENIA DLA JAKOŚCI ROZWAŻAŃ NA TEMAT SPOŁECZNEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI, W TYM SPOŁECZNEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI UCZELNI.

tekst

AGNIESZKA CYBAL-MICHALSKA
SYLWIA JASKULSKA



Fotografie: archiwum

W 2022 r. kolejne szkoły wyższe podpisały „Deklarację społecznej odpowiedzialności uczelni”. Ma już ona 160 sygnatariuszy. W preambule czytamy: „*Szczególne miejsce uczelni, jako miejsca tworzenia i przekazywania wiedzy o otaczającej nas rzeczywistości, zobowiązuje je do uwzględniania i stosowania zasad społecznej odpowiedzialności we wszystkich obszarach działalności oraz upowszechniania tych zasad wśród interesariuszy*”. Czym jest społeczna odpowiedzialność uczelni?

W literaturze konstrukt społecznej odpowiedzialności ma bogatą tradycję w kontekście relacji przedsiębiorstwo – społeczeństwo. Społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw (ang. *Corporate Social Responsibility*) jest najczęściej rozumiana jako dobrowolne, wykraczające poza minimalne wymogi prawne, uwzględnianie przez przedsiębiorstwa problematyki społecznej i środowiskowej w ich działalności komercyjnej oraz stosunkach z zainteresowanymi stronami. Podstawowe założenie CSR to odpowiedzialne i etycz-

ne postępowanie biznesu względem grup społecznych, na które oddziałuje, z jak największym poszanowaniem środowiska przyrodniczego.

A co stanowi istotę społecznej odpowiedzialności uczelni? W przypadku szkoły wyższej, której główną osią działalności jest szeroko pojęta edukacja i prowadzenie badań naukowych, istotę społecznej odpowiedzialności stanowi realna troska o kształtowanie młodych kadr, wpływ na opinię publiczną z pozycji autorytetów naukowych, dbałość o własny wizerunek, utrzymywanie dobrych relacji z otoczeniem społeczno-gospodarczym i budowanie trwałych, przekładających się na dobrostan społeczeństwa, relacji z absolwentami. O doniosłości społecznego znaczenia uczelni świadczą więc starania na rzecz rzetelności prowadzenia badań, kształcenia przyszłych elit, pomnażania wspólnego dobra społecznego oraz umacniania dojrzałej demokracji.

W wielu publikacjach możemy napotkać próby identyfikacji obowiązków środowiska akademickiego wobec społeczeństwa. Przykładem takiej typo-



logii jest propozycja M. Yunusa wskazująca trzy główne zasady odpowiedzialności uczelni, a mianowicie: a) należy działać w taki sposób, aby nie powodować zagrożenia dla niczyjego życia; b) działalność trzeba prowadzić tak, aby stan otoczenia poprawiał się w relacji do sytuacji; c) funkcjonowanie instytucji musi być zgodne z normami społecznymi i politycznymi. Prospołeczność w odniesieniu do uczelni niewątpliwie zawiera także komponent przedsiębiorczości i strategicznego procesu zarządzania. W szkole wyższej zaangażowanej społecznie niezbędne jest opracowanie, przyjęcie oraz realizowanie w praktyce idei społecznej odpowiedzialności. Idea ta znajduje także odzwierciedlenie w etosie akademickim, rozumianym jako zbiór wartości, którym podporządkowane jest życie uczelni we wszystkich wymiarach, przyjętych jako aksjologiczne uzasadnienie postaw i działań w środowisku akademickim.

Na świadomość i zrozumienie przez szkoły wyższe potrzeb zgłaszanych przez społeczeństwo wskazuje „Kodeks dobrych praktyk w szkołach wyższych” opracowany przez Fundację Rektorów Polskich. O nieignorowaniu społecznej odpowiedzialności uczelni świadczy zapis o tym, że są one powołane do rzetelnego poszukiwania prawdy, a „wyniki tych poszukiwań powinny dokumentować (cele badawcze), kształcić młode pokolenie w metodycznym jej poznawaniu, wspomagać jego rozwój intelektualny i moralny, a także przygotowywać przyszłych absolwentów do odpowiedzialnego pełnienia funkcji publicznych i zawodowych w demokratycznym państwie (cele dydaktyczno-wychowawcze) oraz wspierać rozwój kulturowy i cywilizacyjny całego społeczeństwa (cele społeczne)”.

Społeczna odpowiedzialność uczelni jest zatem zobowiązaniem podejmowanym dobrowolnie dla wspólnego dobra, z uwzględnieniem zakresu działania szkół wyższych, od badawczego po edukacyjny i relacyjny, z konstytuującą je prawdą na cele.

Uczelnia medyczna z jednej strony nie wyróżnia się w tym aspekcie. Jak każda inna szkoła wyższa, ma udział w kreowaniu kadry inteligenckiej i społecznie użytecznym wykorzystywaniu wyników badań w praktyce, w odpowiedzialnym, proekologicznym, prodemokratycznym zarządzaniu zasobami wiedzy, umiejętności i postaw. Z drugiej jednak strony moralne zobowiązanie i odpowiedzialność społeczna wpisane w zawody medyczne wydają się mieć wymiary i głębię wyjątkową, wynikającą nie tylko z prawnych zobowiązań, ale i z etyki zawodu oraz jego historycznie i praktycznie prospołecznego umocowania. Szkoły wyższe pracują w pewnych obszarach kompetencyjnych, a są to kompetencje wpisane w dyscypliny naukowe i zawodowe. Obszary kompetencji medycznych – poza obecnymi w nich zasobami wiedzy i umiejętności – zdecydowanie nawiązują do postaw, relacji, wpływu na dobrostan społeczeństwa, szeroko rozumiane zdrowie publiczne.

Na funkcjonowaniu uczelni medycznych odciska się jednocześnie piętno szczególnych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych i rynkowych. Od uniwersytetów oczekuje się dziś elastyczności na tyle, by dostosowywały się lokalnie i reagowały na różne zmiany, aby sprostać wyzwaniom dynamicznie zmieniającego się świata. W przypadku uczelni medycznych ►►



Fot. licencja OIL w Warszawie

» szczególnie widoczne są uwikłania i naciski związane choćby ze zbyt małą liczbą osób o medycznym wykształceniu podejmujących pracę w Polsce. Tym samym zobowiązania wpisane w zasady społecznej odpowiedzialności są jeszcze bardziej ważne i pożądane. Propozycja zwiększenia limitów przyjęć na studia medyczne powinna być poprzedzona rzetelną analizą potrzeb systemu ochrony zdrowia, ale również analizą potencjalnych ścieżek rozwoju kariery w sektorze medycznym, o zapewnieniu najwyższej jakości kształcenia nie wspominając... Na czym zatem ma osadzać się elastyczność uczelni medycznych wobec wymogów rzeczywistości? Gdzie są jej granice, których przekroczenie godzić zaczyna w zasady społecznej odpowiedzialności uczelni?

Na uwagę i odpowiedzialną refleksję zasługuje fakt zwiększenia udziału uczelni niemedycznych w kształceniu osób podejmujących pracę w zawodach medycznych. „Dziennik Gazeta Prawna” w listopadzie 2022 r. podawał, że uczelni niemedycznych z uprawnieniami do kształcenia w zawodach medycznych przybywa błyskawicznie. Otwierane są nowe kierunki, np. pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, a nawet lekarskie. W listopadzie 2022 zgodę na prowadzenie kierunku lekarskiego miało w Polsce już 12 uczelni niemedycznych.

Zielone światło z MEiN dla takich praktyk ma bardzo pragmatyczne uzasadnienie. Czas pokaże, jak podejmowane dziś decyzje wpłyną na społeczeństwo w przyszłości, a nade wszystko na pacjentów. W zakresie idei społecznej odpowiedzialności zadania stojące przed uczelniami medycznymi są złożone, a mianowicie: zapewnienie ścisłej i realnej współpracy z praktykującymi, stworzenie możliwości robienia specjalizacji, zagwarantowanie przestrzeni uczenia się znacznie szerszej niż sale wykładowe, obejmującej dobrze wyposażone szpitale akademickie, bazę badawczą, wyspecjalizowaną i wrażliwą na potrzeby człowieka kadre nauczycielską itp. Pytanie, czy liczebność tej kadry będzie wystarczająca do „obsłużenia” medycznych i niemedycznych uczelni i jak przełoży się na jakość kształcenia, to jedno z wielu, które zadawane są w debacie na ten temat. Czy walka o wysoką jakość kształcenia merytorycznego i praktycznego może być wygrana, gdy

na pierwszym planie toczy się inna: o kandydata na studia, a przede wszystkim absolwenta, który podejmie pracę w naszym kraju?

Pojawia się zatem następujący wniosek: pytanie o społeczną odpowiedzialność uczelni medycznych należy poszerzyć o odpowiedzialność uczelni niemedycznych podejmujących kształcenie w zawodach medycznych. Nie podważając intencji, znaczenia i oczywistych motywów ani prawnych umocowań poszerzania rynku kształcenia medycznego, warto już przy planowaniu potencjalne efekty reformatorskich kroków analizować, obierając dłuższą perspektywę czasu i uwzględniając wskaźniki działania społecznie odpowiedzialnego jako punkt odniesienia.

Nowe wymiary dyskusji nad społeczną odpowiedzialnością uczelni kształcących w zawodach medycznych świadczą o umocnionej tradycją roli tychże uczelni w kształtowaniu elit i społecznego dobrostanu, są wyrazem troski o możliwość jej realizacji w niepewnych, trudnych czasach, a postreganie uczelni w kategoriach ich służebności wobec społeczeństwa przyczynia się do pomnażania wspólnego dobra społecznego, umacniania dojrzałej demokracji i budowania społeczeństwa obywatelskiego. Jednakże wymóg odpowiedzialności powstaje po obu stronach, zarówno społeczeństwa, jak i uczelni. Stąd zaproszenie do dyskusji, stawiania pytań o społeczną odpowiedzialność uczelni medycznych, także w środowiskach niemedycznych. Wszyscy jesteśmy częścią trwających zmiany. ●

Literatura zamieszczona na stronie internetowej „Pulsu”.

Prof. dr hab. Agnieszka Cybal-Michalska
– dziekan Wydziału Studiów Edukacyjnych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Prof. UAM dr hab. Sylwia Jaskulska
– pedagożka związana z Pracownią Pedagogiki Szkolnej
na Wydziale Studiów Edukacyjnych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Odpowiedzialność zawodowa

SAPER MYLI SIĘ RAZ. BŁĄD SAPERA KOSZTUJE GO ŻYCIE – I TO KOŃCZY SPRAWĘ. BŁĄD LEKARZA MOŻE KOSZTOWAĆ ZDROWIE LUB ŻYCIE PACJENTA. TAKŻE W TYM PRZYPADKU NIE ZAWSZE JEST SPOSÓB NA ODWRÓCENIE SKUTKÓW BŁĘDU.

tekst **PAWEŁ KOWAL**



Fot. archiwum

Aprzecież błąd jest wpisany w pracę lekarza, tak jak w aktywność człowieka w każdej innej dziedzinie. Błąd lekarski staje się w świecie zachodnim, w którym troska o zdrowie i życie człowieka należy do najbardziej drażliwych kwestii, jednym z najważniejszych tematów sporów. Zmniejszeniu liczby błędów sprzyja technika, dobra organizacja szpitali i opracowane procedury. Precyzja maszyny bywa wyższa od ludzkiej, lekarskiej. Dobra organizacja ochrony zdrowia, eliminowanie zmęczenia także zmniejszają liczbę błędów, pomaga również przestrzeganie procedur. Zaostrzenie przepisów prawnych działa tylko do pewnego stopnia. Efekt „wystraszenia” medyków odpowiedzialnością za popełniony błąd może przecież wpływać paraliżująco na system. Gdy brakuje środków na zatrudnienie dodatkowego personelu, błędów nie pomoże uniknąć straszenie odpowiedzialnością. Konsekwencją jest niechęć młodych polskich medyków do podejmowania specjalizacji, z którymi wiąże się wielka liczba pozwów ze strony pacjentów. Przecież lekarze podlegają odpowiedzialności karnej i roszczeniom cywilnym. Odpowiedzialność zawodowa lekarza znaczy nawet wiele więcej. To także odpowiedzialność za naruszenie zasad wykonywania zawodu,

zasad etyki itd. Tu jest inaczej niż w kodeksie karnym czy cywilnym, bo zamkniętego katalogu błędów nie da się stworzyć.

Ale czy skutków błędu lekarskiego nie przewyższają konsekwencje błędów w Sejmie i Senacie? Czy pisanie ustaw w jedną noc nie naraża tysięcy, a czasami milionów osób na cierpienia psychiczne, stres i traumę, które są czasami gorsze niż ubytek na zdrowiu w sensie fizycznym, chociaż prowadzą także do licznych chorób wynikających ze stresu? W dodatku stres i niepewność będące efektem błędów w ustawach należy pomnożyć przez miliony ludzkich problemów. Polityka jest w demokratycznym społeczeństwie podstawą wszystkiego. Nie lubisz polityki? To nic. I tak każda decyzja w państwie będzie podejmowana w procesie politycznym. Nic na to nie poradzisz. A zatem błąd polityka waży więcej niż każdy inny błąd, bo wpływa na każdą dziedzinę życia. Zawsze gdy ręka podnosi się „za” lub „przeciw”, polityk bierze na siebie odpowiedzialność za błąd, choćby taki, że nie podjął decyzji zgodnie z sumieniem czy radą ekspertów i ktoś na tym może dużo stracić.

Może czas na nową debatę o odpowiedzialności zawodowej polityków? ●



Polubowne rozstrzygnięcie sporu z pacjentem
Mediator OIL w Warszawie

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

E-mail mediator@oilwaw.org.pl

Tel. 22 542 83 29

Nie kupuje nosorożców

O POWADZE BEZ KRAWATA, NIEPOWAŻNYCH POWAŻNYCH PRACACH NAUKOWYCH, NIEPRZYPADKOWEJ ROLI PRZYPADKU I NIE TYLKO OPOWIADA PÓŁ ŻARTEM, PÓŁ SERIO WŁAŚCICIEL PRZYPADKOWEJ KOLEKCJI NOSOROŻCÓW I PSYCHIATRA (A JAKŻE!) Z PRZYPADKU W JEDNEJ OSOBIE – PROF. DR HAB. N. MED. ŁUKASZ ŚWIĘCICKI.



rozmawia KAMILA HOSZCZ-KOMAR

Nosorożce są niemal wszędzie. Przed gabinetem stoi nosorożec-gazetnik, przy drzwiach nosorożec-stoper, skądinąd niezwykle powabny. A dalej to prawie „zjazd absolwentów”. O co chodzi z tymi nosorożcami?

Kiedy zacząłem interesować się psychiatrią, sięgnąłem do etologii zwierząt. Wydaje mi się to

dość oczywiste. Nie dlatego, że zwierzęta i ludzie zachowują się podobnie. Po prostu pewne ludzkie zachowania łatwiej zrozumieć na prostszych przykładach (w pewnym zakresie) zachowań zwierząt. Bardzo zaciekały mnie nosorożce, sporo o nich czytałem. Okazuje się, że mają duże trudności w ekspresji, przekazywaniu emocji, w komunikatach niewerbalnych. Po prostu słabo się rozu-

mieją, dlatego, że są „zamurwane” w pancerzach. Ale nigdy nie planowałem zbierania nosorożców. To czysty przypadek. Dostałem nosorożca od pacjentki. Potem inni pytali, czy zbieram nosorożce, bo ten pierwszy był ładny. Bardzo. Odpowiadałem, że nie, bo przecież miałem tylko jednego, więc co to za kolekcja. Ale oni zaczęli przynosić. A jak było pięć, to skapitulowałem, bo



Fot. K. Hosięz-Komar

chce być jej mężem, czy coś z tego ma być. Nie rozumiała go. Słowem, komunikacja między nimi była utrudniona. Wspomniałem jej o tych biednych nosorożcach, że najlepiej się ze sobą dogadują, kiedy zrobią taką wielką kupę i potem ją rozgrzebiują. Ona popatrzyła na mnie dziwnie, ale przecież ogólnie wiadomo, że psychiatrzy mówią czasem od rzeczy. W sumie wyglądała na trochę przestraszona i dość szybko wyszła. Byłem pewien, że nie wróci, bo uznała, że jestem za bardzo zwariowany jak na jej potrzeby, i znajdzie bardziej normalnego psychiatrę. Nieoczekiwanie miesiąc później pojawiała się w gabinecie z pięknym hebanowym nosorożcem. Po ostatniej wizycie wzięła inicjatywę w swoje ręce: wyszła za mąż, nie pytając o zdanie swojego partnera. Oznajmiła mu, że się pobierają, a on nie zaprotestował. W podróży poślubnej odwiedzili RPA i stamtąd właśnie przywiozła mi nosorożca.

Nosorożec naturalistyczny, abstrakcyjny, kamienny, ceramiczny lub z welenki. A nawet nosorożec nie-nosorożec, który bardzo stara się tym nosorożcem być. A pan jest kolekcjonerem niekolekcjonerem: nie poszukuje pan nowych okazów.

Bardzo się powstrzymuję przed ich poszukiwaniem. Nie należę do klubu miłośników nosorożców, nie przesiaduję na nosorożcowych forach. Uważam, że każda kolekcja musi mieć motyw porządkujący. Moje nosorożce są podarowane przez pacjentów. Nie pod przymusem i bez agitacji. Oprócz gazetnika. Trochę urabiałem na niego żonę. I teraz mam dylemat, czy mogę go wliczać do kolekcji. Nosorożce nie są dla mnie przedmiotami samymi w sobie, tylko symbolami jakiegoś rodzaju komunikacji z pacjentami. I rzeczywiście sprawdzają się w tej roli: kojarzę z nimi różnych pacjentów, różne przejścia, które mieliśmy.

Domyślałem się, że nie lubi pan planować.

Nie to, że nie lubię. Ja po prostu tego nie robię! Moja żona planuje wszystko perfekcyjnie, dlatego ja nie muszę. Gdybym jej nie miał, pewnie coś planować bym musiał, a tak czuję się z tego obowiązku zwolniony. Poza tym rzeczy, któ-

rych nie planowałem, bardzo dobrze wychodzą. W sumie przypadkiem zostałem psychiatrą, przypadkiem zbieram nosorożce, przypadkiem napisałem doktorat i przypadkiem zostałem profesorem. Czasem nawet się dziwię, że to wszystko tak się ułożyło. Ale jak się otwierają jakieś drzwi, to ja w nie! Właściwie nie mam żadnego oporu. Trochę jak Poszukiwacze z powieści science fiction „Gateway” („Brama do gwiazd”) Frederika Pohla. Obca cywilizacja zostawia mnóstwo pojazdów kosmicznych. Nie ma do nich instrukcji obsługi, ale można je uruchomić i odbyć lot w nieznaną, i wrócić. I ci Poszukiwacze latają. Jedni wracają bogaci, inni nie wracają, a jeszcze inni wracają bez niczego – wynudzili się i tyle. To bardzo dziwna historia, ale miałem ją w sercu przez całe życie. Po prostu naciskam guzik i zobaczymy, co będzie.

Najlepsze i najgorsze dzieło przypadku?

Najlepsze na pewno jest to, że zostałem psychiatrą. Nie wyobrażam sobie teraz, że mógłbym być kimś innym, choć tego nie planowałem. A na drugim miejscu to, że piszę felietony! Zawsze lubiłem pisać. Wyżywałem się, pisząc artykuły naukowe, do których wtrącałem takie kawałki, których nie powinno w nich być. Recenzenci je wycinali. Nie przejmowałem się i znowu pisałem drętwe artykuły naukowe, w których między wierszami przemyślałem różne śmieszne informacje, o których tylko ja wiedziałem, że tam są, i potem się z tego śmiałem. Aż pewnego dnia żona – jak to zwykle w moim życiu – powiedziała: – *Po co się tak męczysz? Załóż sobie bloga i pisz tam, co chcesz.* Dla niej to było oczywiste, a mnie jakby olśniło. Nigdy bym na to nie wpadł. I tak sobie prowadzę jednoosobową gazetę. 600 stron tych felietonów się uzbierało. Będą z tego dwa tomy książki. Sprawia mi to ogromną przyjemność, choć pochłanianie sporo czasu i nikt mi za to nie płaci. A najgorsze? W zasadzie nie ma takiego. Nawet moje wypadki, także ten najpoważniejszy, wniosły coś nowego w moje życie, musiałem zmierzyć się z wielkimi zmianami, niekoniecznie łatwymi. Dzięki temu lepiej rozumiem niektórych pacjentów i jest mi bliżej do

jak jest pięć, to już wypada odpowiedzieć, że zbieram.

Zastanawia mnie, dlaczego podarowała panu nosorożca, a nie np. słonia lub konia?

Pacjentka skarżyła się na problemy z komunikacją ze swoim partnerem. Nie wiedziała, czy chce być jego żoną, czy on

- ▶ tego, co oni przeżywają, kiedy coś im się kończy, umiera. Może więc nie chciałbym tych przypadków powtórzyć, ale też nie do końca żałuję.

Jest pan psychiatrą i twórcą. Czy psychiatrzy łatwiej poradzić sobie z wystawianiem swojego dzieła na krytykę?

Oczywiście, cieszę się, kiedy komuś moje pisanie podoba. Ale prawdę mówiąc, piszę dla siebie. Wiem, kiedy napisałem dobrze, a kiedy tekst jest słaby, więc choćby wszyscy powiedzieli, że im się nie podoba, uznałbym, że nie mają gustu. Uważam, że jestem dobrym felietonistą. Zupełnie poważnie. Rzecz jasna chciałbym, żeby wszystkim moje teksty się podobały, tak jak podobają się mnie. Ostatnio, kiedy moje felietony zostały wydane w książce, przeczytałem je sobie do poduszki. Nie mam problemu, żeby sam siebie chwalić, nie ma we mnie fałszywej skromności. Od razu się uśmiechnąłem i pomyślałem: „*To jednak świetny facet musiał napisać!*”.

Konstruktywna krytyka – czy autor może obiektywnie stwierdzić, co nią jest, a co nie?

To określenie wytrych, jak ktoś nie lubi krytyki, stanowi dla niego świetną wymówkę. Istnieje konstruktywna i niekonstruktywna krytyka, ale nie mam pewności, czy autor jest w tej sprawie najlepszym sędzią. Ja mam swojego obiektywnego krytyka w osobie żony. Jest bardzo krytyczna wobec moich tekstów. I cieszę się, gdy wskazuje, że coś jest nie tak jak powinno. Wcale nie myślę: „*Czemu nie ożeniłem się z bardziej entuzjastycznie oceniającą mnie kobietą?*”, bo gdybym żył w samozadowoleniu i przekonaniu, że wszystko robię świetnie, nie miałbym motywacji do dalszego rozwoju.

Czy można być zabawnym i poważnym jednocześnie?

Chesterton pisał: „*Większość ludzi myśli, że jak nie są zabawni, to są poważni*”, a to nieprawda. Oni po prostu nie są zabawni. Stawianie w opozycji powagi i zabawności to błąd, to nie są przeciwieństwa. Zdaniem Chestertona, jeśli

chcesz się wzbogacić intelektualnie, musisz zetknąć się z opinią, której nie oczekiwałeś, ktoś musi zrobić ci szybki bałagan w głowie, a właśnie rzeczy nieoczekiwane czy paradoksalne budzą śmiech. Jeśli ktoś wyklucza zabawność, odbiera sobie możliwość dotarcia do jakiegoś rodzaju prawdy. Swego czasu napisałem pracę habilitacyjną dotyczącą depresji zimowej i zaniósłem swojemu mentorowi prof. Stanisławowi Pużyńskiemu. On ją przeczytał i mówi: – *Świetna, zabawna książka. Tylko teraz pan te wszystkie zabawne fragmenty powycina i możemy z tym jechać*. Zaskoczony odpowiedziałem: – *Ale panie profesorze, to będzie głupie*. Na to profesor: – *Nie, proszę pana, nie będzie głupie, będzie poważne*. Książka, która w ten sposób powstała, jest beznadziejna. Jedyna książka, której się wstydzę, to moja praca habilitacyjna. A w pierwszej wersji była naprawdę zabawna i błyskotliwa.

A środowisko lekarskie? Ma do siebie dystans?

Myślę, że to się zmienia. Dziś młodzi lekarze są zupełnie inni niż ich starsi koledzy. Moi rezydenci są fantastyczni i bardzo dobrze mi się z nimi pracuje. Oczywiście, poznałem też wielu drętłych lekarzy. Uważam, że my, lekarze, mamy interesujące poczucie humoru, choć może nieco zbyt naturalistyczne i werystyczne. Na pewno jesteśmy nieco prymitywni, bo inaczej byśmy sobie nie radzili z trudnościami, jakie napotykamy w pracy. Gdybyśmy byli zbyt wrażliwi, mdlelibyśmy na widok cewnika, i kto by nas ratował? My musimy być tymi, którzy mdleją ostatni, więc jeśli aktualnie nie rozpruwamy komuś brzucha, powinniśmy o tym pogadać, żeby przygotować się na taką okoliczność. Hartujemy się w ten sposób. Głęboko wierzę, że robimy sobie rozgrzewkę przed horrorami, którymi usiane jest życie lekarza, nawet psychiatry.

W oczach pacjentów im bardziej drętwy lekarz, tym lepszy fachowiec?

Nie znam choroby, na którą drętwość by pomagała. To się nie może udać. Ale tak, zgadza się, spotykałem się z takim zarzutem ze strony pacjentów,

że „*przyszedt Świącicki i się wygłupia*”, co jest dla mnie naprawdę przykre. Pracuję przez 30 lat na oddziale, gdzie wszyscy mają depresję i wszyscy płaczą, ale się do tego płaczu nie dołączę. Staram się zrobić coś nieoczekiwanego lub zabawnego. Nie dla siebie, lecz dla nich. Na szczęście większość to docenia. Nie chodzi o to, że mam błaznować, ale nie położę się i nie rozbeczę. Najbardziej krzywdząca jest dla mnie opinia, że śmieję się z czyjegoś cierpienia. Jestem od tego tak daleki jak tylko można. Nie śmieję się z cierpienia, tylko z nim walczę.

Czyli pokutuje wizerunek profesora pod krawatem.

Profesor Pużyński, którego wspominam tutaj prawie tak często jak żonę, bardzo przejmował się opiniami pacjentów i przeprowadził ankietę. Chodziło o zaufanie do lekarza. Aby nie utrudniać zbyt, ograniczył się do wyglądu zewnętrznego. I wyszło z tego, że lekarz musi być koniecznie pod krawatem, ale nie może mieć marynarki, żeby nie robił wrażenia, że się wywyższa. Za to fartuch koniecznie, bo inaczej pacjent nie będzie wiedział, że to lekarz. Do tego koszula z kołnierzykiem. I bez gadania, chodziliśmy w tych fartuchach jak w garniturach. Ponieważ nie lubię realizować tego typu pomysłów, bardzo szybko zacząłem nosić muszkę.

Bardzo wytwornie.

Tak, choć były próby szturmowania. Profesor patrzy i mówi:

- *Panie kolego, pan nie ma krawata!*
- *Ale panie profesorze ja mam muszkę.*
- *No tak, ma pan muszkę, Jezus Maria... pan błaznuje z tą muszką!*
- *Nie, to bardzo dobra muszka, kupiłem ją w bardzo eleganckim sklepie.*
- *A nie mógłby pan krawata?*
- *Nie, bo wolę muszkę.*

Mam cały zbiór muszek i bardzo polecam, bo się ich nie wsadzi do zupy ani nie upačka w śledziach. Muszka puszcza oko. Niby jestem taki elegancki, ale wiecie, gdzie ja to mam. Nosilem też fular. Ten to jest elegancki, a do tego ironiczny. Tylko ten krawat do niczego. Chyba że niezwiązany, ale nie pozwalają. ●



Fot. O. Rasinińska

Z KOŃCEM ROKU 2022 NAKŁADEM OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE, Z INICJATYWY KOMISJI DS. KULTURY ORL, UKAZAŁA SIĘ BAJKA Z ILUSTRACJAMI DR. STEFANA WELBELA, PT. „DOKTOR ZDRÓWKO” DLA NAJMŁODSZYCH PACJENTÓW SZPITALI DZIECIĘCYCH. KSIĄŻKA POWSTAŁA NA PODSTAWIE WIERSZY AUTORA DEDYKOWANYCH WNUCZĘTOM.

oprac. **REDAKCJA „PULSU”**

Zył przed laty, gdzieś w Aninie./ Pamięć o nim nie zaginie./ Choć dziś to zdziwienie budzi,/ dość już miał leczenia ludzi/ i od dawna, jak pamięta,/ bardzo leczyć chciał zwierzęta./ Powstał więc tu problem nowy:/ jak nauczyć się ich mowy...” – tak brzmi początek kilkudziesięciostronicowej książki o przygodach „Doktora Zdrówki”. Publikacja otwiera cykl „Lekarze małym pacjentom”, zainicjowany przez Komisję ds. Kultury ORL. Wśród lekarzy i lekarzy dentyków jest wielu utalentowanych literatów, którzy piszą niezwykle utwory dla dzieci. Na coroczny konkurs literacki lekarze nadsyłają wiersze, opowiadania i bajki. Od dziś wyróżnione utwory w ramach cyklu będą wydawane w formie książeczki ilustrowanej również przez lekarzy.

Doktor Stefan Welbel jest psychiatrą, z zamiłowania historykiem. Poza pracą oddaje się rysowaniu, grze na pianinie,

aktywności fizycznej i pisaniu. W grudniu z grupą lekarzy naszej izby wręczał książki pacjentom czterech warszawskich szpitali: Instytutu Matki i Dziecka, Warszawskiego Szpitala dla Dzieci przy ul. Kopernika, Centrum Zdrowia Dziecka i Szpitala Dziecięcego im. prof. Bogdanowicza przy ul. Niekańskiej. „Doktor Zdrówko” trafił dzięki temu do około 400 dzieci przebywających na leczeniu w tych placówkach. Kolejnych 800 egzemplarzy zostało przekazanych dzieciom lekarzy z naszej izby podczas samorządowych mikołajek, które odbyły się w Warszawie, Radomiu i Opinogórze koło Ciechanowa. Podczas posiedzenia Prezydium ORL w Warszawie autor „Doktora Zdrówki” został uhonorowany przez reprezentantów Okręgowej Rady Lekarskiej. Promocja książki, z udziałem dr. Welbela, odbędzie się po wykładzie Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor” 7 lutego 2023 r. ●

Być w sieci..., ale nie dać się złowić

BYĆ EKSPERTEM, AUTORYTETEM I PROFESJONALISTĄ – JAK SKUTECZNIE DBAĆ O MARKĘ OSOBISTĄ TAKŻE W ŚWIECIE ONLINE? JAK STWORZYĆ IDEALNY PROFESJONALNY PROFIL W MEDIACH SPOŁECZNOŚCIOWYCH I CZY TO SIĘ OPŁACA?

tekst **OLGA RASIŃSKA**



Fot. W. Szachowski

Kiedy słyszymy sformułowanie „eksperci internetowi”, na naszych twarzach pojawia się często pobłażliwy uśmiech. Jednak życie od wielu lat toczy się nie tylko „w realu”. Skoro na co dzień dbamy o swój wizerunek, warto aby znalazło to odzwierciedlenie także w świecie „online”. Swoje profile można kształtować świadomie, podkreślać umiejętności i pasje. W Internecie wszyscy jesteśmy w pewnym sensie osobami publicznymi. Publikowane treści mają wpływ nie tylko na nasz wizerunek, ale także na postrzeganie branży, którą zajmujemy się zawodowo. Czym jest marka osobista, bardzo dobrze obrazuje stwierdzenie Jeffa Bezosa, założyciela Amazona: *„Marka osobista to to, co ludzie mówią o tobie, kiedy nie ma cię w pokoju”*. To wyobrażenie, które ma ogromny wpływ zarówno na nasze życie zawodowe, jak i prywatne. Być w sieci, ale nie dać się w nią złowić, uczestniczyć w internetowych dyskusjach świadomie i zdawać sobie sprawę z zagrożeń z tym związanych. Jak to zrobić?

Na początku trzeba zadać sobie dwa najważniejsze pytania. Czy chcemy, aby nasz profil miał charakter prywatny, czy ekspercki, i czy mamy czas na aktywne kształtowanie „marki osobistej”? Odpowiedzi na nie zdefiniują sposób, w jaki będziemy podchodzić do naszej obecności w Internecie. Raz zamieszczona w sieci treść pozostanie tam na zawsze – informacje są wylapywane i stają się częścią trwałego zapisu. Można próbować je usunąć, ale nigdy nie ma pewności, że zniknęły ze wszystkich obszarów. Prywatny komentarz może zostać potraktowany jak głos środowiska lekarskiego. Wypowiedź wyrwana z kontekstu

będzie kopiowana, przetwarzana i udostępniana aż straci pierwotne znaczenie. Dlatego na każdej z platform społecznościowych warto zadbać o ustawienia prywatności swojego profilu i dokładnie przejrzeć informacje, jakich udzielamy innym internautom. Przykładowo, oznaczając miejsce swojego zatrudnienia, narażamy się na „wywołanie do tablicy” w internetowych dyskusjach oraz na skargi na nasze zachowanie.

Z drugiej strony, jeśli mamy czas i chętnie dzielimy się posiadaną wiedzą, tworzymy profesjonalny profil eksperta i bardzo wiele zyskujemy. Owszem, proces jest długotrwały, wymaga cierpliwości i zaangażowania, ale w ogólnym rozrachunku przynosi dużo satysfakcji. Poza tym w przypadku lekarzy i lekarzy dentyistów przemyślana obecność w sieci może działać wiele dobrego dla społeczności internetowej. *„Tak, Internet potrzebuje lekarzy i to bardzo. Podstawowe źródło wiedzy medycznej dla Polak i Polaków to dr Google. Niestety, jest to miejsce, w którym znajdziemy masę treści wprowadzających w błąd i nakręcających spiralę paniki. I tutaj powinni wkraczać lekarze, eksperci. Jeśli oni to pole odpuszczą, zajmą je pseudoeksperti, którzy łatwo przejmą rząd dusz. Nie można na to pozwolić, świat lekarza nie kończy się przecież w gabinecie”* – mówi Marcin Żukowski, autor książki „Ty w social mediach”.

Od czego zacząć? *„Właściwie kluczowe jest wybranie jednej platformy podstawowej. Jeśli uznamy, że ma to być podcast, Twitter czy blog, na tym się skupmy. Możemy oczywiście prowadzić komunikację w innych social mediach, ale nie będziemy mieć czasu i energii, by robić to*



wystarczająco dobrze. Skoncentrujmy się więc na jednej platformie, a pozostałe traktujmy reaktywnie – miejmy tam konta i reagujmy, jeśli ktoś do nas napisze, ale swoje siły przekierujmy na to, by zrobić jedną rzecz najlepiej, jak potrafimy” – przekonuje Marcin Żukowski. Do dyspozycji mamy wiele narzędzi. Lubicie słuchać radia, a może prowadzicie działalność akademicką? Podcasty są teraz niesłychanie popularne! Dla tych, którzy czują się pewnie przed obiektywem kamery, najlepszą platformą dotarcia do internautów może okazać się YouTube. Musimy jednak zdawać sobie sprawę, że tworzenie formatów audio i wideo wymaga wiele pracy i czasu. Jeśli nie możemy poświęcić się tak wymagającym formom przekazu, powinniśmy rozejrzeć się za innymi portalami. Dla tych, którzy na bieżąco śledzą przekazy mediowe i mają umiejętność krótkiego, dobitnego formułowania myśli, atrakcyjny będzie Twitter. Natomiast jeśli umiemy pisać przystępnie, potrafimy tłumaczyć zrozumiale nawet trudne zagadnienia, z łatwością odnajdziemy się na Facebooku.

Jakie treści mogą znaleźć się na profilu eksperta? Na wszystkich platformach społecznościowych możemy nawiązywać do bieżących wydarzeń (np.: pandemii) i dzielić się swoimi doświadczeniami zawodowymi. Warto brać udział w dyskusjach internetowych, a także promować sukcesy kolegów i koleżanek z branży. Pamiętajmy o internetowym *savoir-vivre*. Za każdym razem, kiedy powołujemy się na czyjąś opinię lub osiągnięcia, powinniśmy oznaczyć autora w swoim poście za pomocą funkcji „@”. Wtedy nie tylko udostępniamy szerszej grupie odbiorców źródło rzetelnej informacji, ale również symbolicznie dziękujemy innym twórcom internetowym. Nie bez znaczenia jest możliwość interakcji pod publikowanymi przez nas treściami. Warto rozmawiać, spierać się i wzajemnie promować. Ekspertci uczestniczą w konferencjach i ważnych

spotkaniach branżowych, które także można relacjonować w sieci. Zasięg treści powiększy także stosowanie odpowiednich hashtagów. Decydując się na publikację, poświęćmy czas na sformatowanie materiałów. Poszczególne portale społecznościowe mają swoje preferencje dotyczące wielkości grafik i długości tekstu, np.: algorytmy Facebooka preferują określone proporcje zdjęć. Niestosowanie się do tych zasad sprawia, że nasze posty mają mniejszy zasięg.

Niezależnie od tego, jaki mamy pomysł na swoją „personę” internetową, musimy pamiętać o netykietce i kilku ważnych zasadach. Obowiązuje kultura wypowiedzi i szacunek do rozmówców, również w przypadku, gdy angażujecie się w dyskusje o charakterze światopoglądowym. Jeśli popełnicie błąd, przyznajcie się do niego, bo wszyscy ponosimy odpowiedzialność za treści, które publikujemy. W dyskusjach nigdy nie używamy obraźliwych sformułowań pod adresem rozmówców, konkurencji i... współpracowników. Nie powinniśmy również udostępniać zdjęć komputerów ani haseł. Nie możemy publikować żadnych współpracowników i pacjentów (bez ich zgody) oraz żadnych informacji, które naruszają tajemnicę lekarską. „Potrzeba 20 lat, żeby zbudować dobrą reputację, a tylko pięć minut, żeby ją zniszczyć. Jeśli to sobie uświadomisz, będziesz podchodzić do wszystkiego inaczej” – twierdził Warren Buffett.

WAŻNA RADA:

Każdy, kto korzysta z Internetu, powinien przestrzegać podstawowych zasad bezpieczeństwa. Dbajmy o swoje ustawienia prywatności, nigdy nie przekazujemy haseł i dostępów do swoich profili. Aktualizujemy oprogramowanie antywirusowe w urządzeniach służących nam do publikacji treści. Korzystajmy z dwuetapowej weryfikacji, która wzmacnia zabezpieczenie naszych profili i utrudnia ich przejęcie. ●

Analiza przypadku

WEDŁUG ZESTAWIENIA PRZEDSTAWIONEGO PRZEZ NACZELNĄ IZBĘ LEKARSKĄ DO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE PRZYNALEŻY NAJWIĘKSZA LICZBA LEKARZY DENTYSTÓW. 31.12.2022 R. BYŁO ICH 7646. JEŚLI MIAŁYBYŚMY POWIEDZIEĆ, JAKA SPECJALIZACJA ZAGROŻONA JEST NAJWIĘKSZĄ LICZBĄ ROSZCZEŃ CYWILNYCH ZE STRONY PACJENTÓW, NA JEDNYM Z PIERWSZYCH MIEJSC WYMIENIŁYBYŚMY WŁAŚNIE DENTYSTÓW. CO PRAWDA TE ROSZCZENIA NIE SĄ AŻ TAK WYSOKIE JAK NP. W PRZYPADKU LEKARZY GINEKOLOGÓW, ALE JEST ICH CORAZ WIĘCEJ, WIĘC WARTO WYJAŚNIĆ NA KONKRETNYM PRZYKŁADZIE, CZY ROSZCZENIA PACJENTÓW ZAWSZE ZWIĄZANE SĄ Z KONIECZNOŚCIĄ ZAPŁATY ŚWIADCZEŃ.

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



www.prawniklekarza.pl

3 września 2015 r. pani L. zgłosiła się do gabinetu lekarki dentyстки D., aby rozpocząć leczenie zęba 23 (ząb okoronowany, tkliwy na perkusję). Pacjentka została skierowana na RTG zęba w trybie pilnym. Badanie wykonane 4 września ujawniło zmianę okołowierzchołkową zęba 23, zdecydowano więc o przeprowadzeniu leczenia kanałowego. Ząb strepanowano i pozostawiono otwarty. 10 września, podczas kolejnej wizyty, w trakcie opracowywania kanału zęba doszło do złamania poszerzacza, którego nie udało się usunąć w gabinecie. Ząb został zaopatrzony opatrunkiem, a pacjentkę skierowano na kontrolne RTG. Jednocześnie udzielono jej informacji o powikłaniu oraz o możliwości kontynuowania leczenia w centrum stomatologii, gdzie ze względu na sezon urlopowy zapisano panią L. za półtora miesiąca.

31 września w placówce X. usunięto pacjentce złamane narzędzie (fragment o długości 6–7 mm) z komory zęba i kontynuowano leczenie, w trakcie którego wypełniono kanał materiałem

ostatecznym. 21 grudnia odbudowano koronę zęba za pomocą włókna szklanego oraz materiału kompozytowego.

Niezadowolona z leczenia pani L. złożyła roszczenie do ubezpieczyciela dr D. Zarzuciła lekarce niewłaściwe przeprowadzenie leczenia endodontycznego. W jej ocenie została zbyt późno poinformowana o powikłaniu (złamaniu poszerzacza), wskazując, że odbyło się to podczas następnego wizyty po stwierdzeniu przez dentystkę powikłania. Wniosła zatem o zwrot kosztów leczenia (750 zł) oraz wypłatę zadośćuczynienia w wysokości 10 tys. zł.

W toku postępowania likwidacyjnego ubezpieczyciel zasięgnął opinii medycznej lekarza specjalisty z zakresu protetyki stomatologicznej. Lekarz orzecznik stwierdził, że opisane zdarzenie medyczne należy zakwalifikować jako powikłanie nieumyślne, nieskutkujące trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ani przedłużeniem okresu leczenia. Leczenie przeprowadzone przez dr D. było należycie staranne i zgodne ze współczesnym stanem wiedzy. Opiniujący

podał, że złamanie narzędzia kanałowego jest powikłaniem wpisanym w ryzyko leczenia kanałowego, dodatkowo utrudnionego m.in. przez wiek pacjentki i obliterację kanału zęba. Wskazał ponadto, że lekarka dentystka D. zleciła zdjęcie zarówno przed rozpoczęciem leczenia, jak i po zauważeniu powikłania, jakim było złamanie narzędzia. Podjęła też nieskuteczną próbę usunięcia odłamka. Narzędzie zostało usunięte podczas pierwszej wizyty po zgłoszeniu się pani L. do placówki X. Natomiast rozwój stanu zapalnego zęba, wymagającego antybiotykoterapii, był związany z postępowaniem procesu chorobowego, jaki istniał przed podjęciem leczenia przez ubezpieczoną lekarkę.

Mając na uwadze opinię orzecznika, ubezpieczyciel odmówił uznania odpowiedzialności i wypłaty świadczeń, wskazując, że postępowanie dr D. nie nosi znamion winy.

Pytanie redakcji: Dlaczego w omawianym przypadku ubezpieczyciel lekarza nie dokonał wypłaty świadczeń?

Odpowiedź prawnika lekarza: Trzeba mieć świadomość, że lekarze ponoszą odpowiedzialność za błędy medyczne. Błąd medyczny i powikłanie to dwie, zupełnie odrębne kwestie. Powikłanie przeważnie stanowi anormalną reakcję organizmu pacjenta na prawidłowo podjęte leczenie. Ważne jest, aby przyczyną zaistnienia powikłania nie była nienależyta staranność lekarza lub działania niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Tu mamy do czynienia ze zdarzeniem niezależnym od przestrzegania ustalonych procedur medycznych.

Pytanie redakcji: Czy w przypadku powikłań lekarz zawsze będzie zwolniony z odpowiedzialności?

Odpowiedź prawnika lekarza: Nie zawsze. W przedstawionej analizie przypadku sprawa wydaje się nie pozostawiać



Fot. licencja OIL w Warszawie

wątpliwości. Niemniej jednak trzeba pamiętać, że pacjent musi być prawidłowo poinformowany o możliwych powikłaniach. Sąd Najwyższy w wyroku o sygn. II CSK 279/18 z 19 czerwca 2019 r. wskazał: „*uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia stanowiące powikłanie związane ze świadczeniem zdrowotnym może być uznane za następstwo nieudzielenia należytej informacji o tym powikłaniu tylko wtedy, gdy są wystarczające podstawy do przyjęcia, że w razie udzielenia należytej informacji pacjent odmówiłby zgody na udzielenie tego świadczenia*”. W związku z tym, trzeba zawsze pamiętać, aby poinformować pacjenta o wszystkich możliwych powikłaniach i następstwach udzielanych świadczeń. ●

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacka w Warszawie 12 p.

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)



Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

RZĄDOWY PROJEKT USTAWY O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ

Powielu miesiącach prac i zapowiedzi, na kilka dni przed świętami, do Sejmu skierowany został rządowy projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.* Proponowane przepisy zawierają wiele nowych rozwiązań, m.in.:

- ▼ **Autoryzację podmiotów wykonujących działalność leczniczą**, która dotyczy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Autoryzacji udzielać będzie prezes NFZ z udziałem dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ na 5 lat. Od rozstrzygnięcia będzie przysługiwało odwołanie do prezesa NFZ. Okres przejściowy dla podmiotów podlegających autoryzacji na dostosowanie się do nowych wymagań wyniesie 36 miesięcy od wejścia w życie ustawy.
- ▼ **Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem** – obowiązkowy dla placówek, które wykonują działalność leczniczą, niezależnie od korzystania ze środków publicznych.
- ▼ **Zewnętrzny rejestr zdarzeń niepożądanych** – prowadzony przez ministra zdrowia. Nie będzie zawierał danych osobowych, ale podmioty, które wykonują działalność leczniczą, będą publikowały informację o liczbie zdarzeń niepożądanych oraz wdrożonych działaniach korygujących i naprawczych.
- ▼ **Proces akredytacji w ochronie zdrowia** – jego celem będzie zbadanie, czy dany podmiot spełnia standardy akredytacji. Oceny dokonywać będzie minister zdrowia we współpracy z NFZ. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia zostanie zlikwidowane. Minister zdrowia, w zależności od wyników procesu, udzieli lub odmówi udzielenia akredytacji, a także będzie mógł ją cofnąć.
- ▼ **Dwuinstancyjny, pozasądowy system rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych** – ma być obsługiwany przez rzecznika praw pacjenta, który zastąpi w tym zakresie wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Procedura zakłada wprowadzenie rekompensat bez orzekania o winie personelu medycznego. Wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia medycznego wyniesie ma od 2 tys. do 200 tys. zł. Środki na ten cel pochodzić będą z nowo powstałego Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.

Stanowisko wobec projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej zajęło Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie.* Wskazano w nim, że proponowane zmiany mają bardzo szeroki zakres, w związku z czym niezbędne są gruntowne konsultacje społeczne, w szczególności z udziałem środowisk medycznych i kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia. Zdaniem autorów stanowiska nowe rozwiązania nie zostały sprawdzone w praktyce, a oznaczają nałożenie na podmioty wykonujące działalność leczniczą zbyt wielu obowiązków organizacyjno-finansowych. Placówki ochrony zdrowia są w kryzysie, ale remedium nie jest dalsza biurokratyzacja systemu. Należy poddać pod publiczną dyskusję rozwiązanie polegające na skupieniu w obrębie NFZ zarówno procesu autoryzacji, jak i akredytacji jednostek ochrony zdrowia. Autorzy stanowiska

wskazują też, że projektowana ustawa nie przewiduje udziału Naczelnej Rady Lekarskiej, jako podmiotu konsultacyjnego, w procesie stanowienia przepisów wykonawczych do ustawy. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie trafnie podnosi również, że zaproponowane przez rząd przepisy dotyczące systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz procedur kompensacyjnych nie uwzględniają postulatów samorządu lekarskiego w zakresie systemu *no-fault*, a na personelu medycznym nadal ciążyć będzie ryzyko odpowiedzialności karnej.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH O KANCELARIACH ODSZKODOWAWCZYCH

Rzecznik praw obywatelskich skierował do ministra sprawiedliwości wystąpienie* o działalności tzw. kancelarii odszkodowawczych, zajmujących się m.in. sprawami dotyczącymi zdarzeń medycznych.

Oto problemy, na jakie zwrócił uwagę rzecznik:

- ▼ działalność kancelarii odszkodowawczych nie jest uregulowana w przepisach prawa,
- ▼ podmioty te pobierają zbyt wygórowane wynagrodzenia,
- ▼ zawierają umowy z poszkodowanymi w sytuacji, gdy ich stan uniemożliwia świadome podjęcie takiej decyzji,
- ▼ usługodawcy przetrzymują na własnych rachunkach wypłacone odszkodowania,
- ▼ reklama usług jest zbyt nachalna.

Zdaniem rzecznika konieczne jest takie uregulowanie działalności, by zwiększyć bezpieczeństwo poszkodowanych. W odpowiedzi Ministerstwo Sprawiedliwości* zapewniło, że prace legislacyjne w tej sprawie zostały niedawno rozpoczęte. Nie zadeklarowano jednak konkretnego terminu ich zakończenia.

KONIEC Z UDAWANYMI LEKARZAMI W REKLAMACH

Pierwszego dnia nowego roku weszły w życie przepisy ustawy o wyrobach medycznych,* określające reguły reklamowania wyrobów medycznych i produktów leczniczych. Zakazana jest obecnie taka reklama, w której występuje lekarz,

farmaceuta lub też inna osoba, która na potrzeby promocyjne stwarza pozory wykonywania zawodu medycznego. Zakazana jest także reklama, która zawiera bezpośrednie wezwanie dzieci do nabycia reklamowanych wyrobów lub nakłonienie rodziców lub innych osób dorosłych do kupienia reklamowanych wyrobów. Dodatkowo reklama musi być sformułowana w sposób zrozumiały dla laika, tzn. podmiotu nieprofesjonalnego: pacjenta, konsumenta, przeciętnego użytkownika Internetu.

Wprowadzono też nowe reguły dotyczące reklamy bezpośredniej. Wizytowanie osób wykonujących zawód medyczny w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w celu reklamy może odbywać się:

- ▼ wyłącznie po uzgodnieniu terminu spotkania,
- ▼ poza godzinami pracy,
- ▼ po uzyskaniu zgody kierownika danego podmiotu leczniczego, a w przypadku praktyki zawodowej – zgody osoby wykonującej zawód medyczny w ramach tej praktyki.

Nad przestrzeganiem przepisów dotyczących reklamy nadzór sprawują prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz minister zdrowia.

ZMIANY W USTAWIE O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY BEZ WETA PREZYDENTA

1 stycznia 2023 weszły w życie zmiany w najważniejszej z punktu widzenia lekarzy ustawie, czyli ustawa z 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw. Prezydent RP podpisał przyjętą przez parlament ustawę, mimo wystosowanego 16 grudnia przez Naczelną Radę Lekarską apelu o weto.* Nowelizację omówiłem szerzej w poprzednim numerze „Pulsu”. Zdaniem samorządu lekarskiego zaproponowane zmiany, które nie wiążą się z gwarancją adekwatnego zwiększenia budżetu NFZ, narażają zdrowie, a nawet życie pacjentów i prowadzą publiczną ochronę zdrowia w kierunku dalszej zapaści. ●

* Źródła:



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

Sprawdzam

Upraszczenie dostępu do szczepień przeciw grypie

SEZON 2022/2023 DLA PROFILAKTYKI ZACHOROWAŃ NA GRYPĘ, CZYLI KAMPANII SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH, MOŻNA UZNAĆ OFICJALNIE ZA STRACONY.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Gdy na początku roku liczba zaszczepionych z ledwością przekraczała 700 tys. (biorąc pod uwagę, że razem z populacją uchodźców z Ukrainy liczba ludności Polski oscyluje wokół 40 mln, to mniej niż 5 proc. społeczeństwa), wiceminister Waldemar Kraska nie tylko ubolewał, że Polacy nie garną się do szczepień, ale jeszcze wyraził zawstydenie niskim poziomem zaszczepienia personelu medycznego. Faktycznie, nawet poziom zaszczepienia lekarzy, według danych resortu zdrowia, nie przekracza 40 proc., choć w porównaniu z danymi z lat przed pandemią, jest to wynik wręcz kosmicznie wysoki.

Warto jednak sprawdzić, czy to, czego wstydzi się wiceminister Kraska, pokrywa się z tym, czego wstydzić się powinno w tym zakresie Ministerstwo Zdrowia. Bo przecież nie kto inny, wbrew rekomendacjom ekspertów i apelom m.in. samorządu lekarskiego, podjął decyzję o zniesieniu refundacji kosztów szczepionek przeciw grypie dla pracowników ochrony zdrowia. Owszem, NFZ od września finansował i finansuje procedurę szczepienia, jednak zdecydowana większość Polaków, w tym pracowników ochrony zdrowia, a więc „frontowych”, najbardziej narażonych na infekcję, musi za szczepionki zapłacić (kilkadziesiąt złotych).

Nie jest to oczywiście koszt zaporowy, jednak na pewno odpłatne szczepienia, zwłaszcza że w ostatnich dwóch latach spora część osób zdecydowanych na nie, mogła to zrobić za darmo, stanowi wyraźne utrudnienie. Niejedyne. Aby kupić szczepionkę, trzeba mieć receptę od lekarza. Na początku stycznia resort zdrowia spełnił obietnicę „uproszczenia” dostępu do szczepień i podczas prac nad projektem ustawy o badaniach klinicznych, metodą poselskiej „wrzutki”, wprowadził przepis umożliwiający wystawianie na szczepionki recept farmaceutycznych. Zdaniem ministerstwa powinno to ułatwić decyzję o szczepieniu, ponieważ w jednym miejscu załatwiana jest i recepta, i szczepienie. Sęk w tym, że chętni będą musieli za szczepionkę zapłacić, nawet jeśli należy im się 50- lub nawet 100-proc. refundacja.

Posłowie opozycji, a także część posłów PiS, podczas debaty postulowali, żeby farmaceuci również mogli wystawiać recepty z refundacją. Argumentowali, że wszystkim powinno zależeć szczególnie na tym, by na szczepienie zdecydowały się osoby z grup podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu grypy. Resort zdrowia rozkłada jednak ręce – aż tak bardzo dostępności szczepień uprościć nie można, bo... system. A konkretnie: określenie poziomu refundacji należy do lekarza.

To nic, że praktycznie od wejścia w życie ustawy refundacyjnej lekarze walczą, by ten obowiązek został z nich zdjęty, by poziom refundacji był przypisany pacjentowi i określany administracyjnie, przez płatnika. To nic, że w ostatnich miesiącach samorząd lekarski podniósł tę kwestię publicznie dobrych kilka razy. Wykazał też, ile NFZ traci na określeniu poziomu refundacji przez lekarzy, podczas gdy system na tyle wyewoluował już pod względem ucyfrowienia, że powinno to dziać się automatycznie, nawet poza wiedzą medyków. Szczepienia przeciw grypie należą do najbardziej dobitnych przykładów, jak system może buksować i nie pozwalać na rozwiązanie problemów, których tak naprawdę nie ma, a w każdym razie być nie powinno.

A szczepienia przeciw grypie? Cóż, ustawa o badaniach klinicznych z „wrzutką szczepienną”, która coś upraszcza, ale nie do końca, wejdzie w życie zapewne nie wcześniej niż w drugiej połowie lutego. Co prawda ostatni szczyt zachorowań przewidywany jest, jak co roku, na przełomie lutego i marca, należy jednak bardzo wątpić, że na ostatniej prostej przed końcem sezonu infekcyjnego Polacy masowo ruszą do aptek skuszeni wizją uproszczonego wydania około 50 zł.

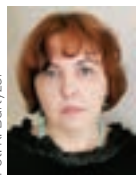
Podsumowanie sezonu grypowego 2022/2023, które zostanie przedstawione za kilka miesięcy, powinno być okazją do refleksji nad jakością podjętych decyzji, ale również – do wyciągnięcia wniosków i postawienia pytań o konsekwencje. Czy tak będzie? Sprawdzimy. ●

72 godziny pracy lekarza

W JEDNYM Z MAZOWIECKICH SZPITALI NA ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I NACZYNIOWEJ JEDYNY ZATRUDNIONY LEKARZ MIAŁ NIEPRZERWANIE UDZIELAĆ ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH PRZEZ 72 GODZINY, MIĘDZY 1 A 3 LIPCA 2022 R., PONIEWAŻ UMOWY ZAWARTE Z INNYMI OSOBAMI PRACUJĄCYMI NA TYM ODDZIALE ZOSTAŁY ROZWIĄZANE (30 CZERWCA 2022 R.). ZAPLANOWANY CZAS PRACY OSTATECZNIE SKRÓCONO, ALE SZPITAL I TAK ZOSTAŁ UKARANY ZA NIEZAPEWNIENIE ODPOWIEDNIEJ LICZBY LEKARZY NA ODDZIALE.

tekst **ADRIAN BOGUSKI**

Rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie po otrzymaniu informacji o planowanym 72-godzinnym czasie pracy skierował pismo do kierownictwa placówki, wzywając do podjęcia działań, które zapewnią oddziałowi właściwą obsadę lekarską we wspomnianych dniach. W odpowiedzi na pismo członek zarządu szpitala poinformował, że jeden lekarz zapewniał opiekę medyczną na oddziale od 1 do 2 lipca.



Fot. K. Bartyzel

Szpital, którego sprawa dotyczy: „*jest placówką, w której przyjmuje się dużą liczbę pacjentów, co powoduje, że niezapewnienie właściwej obsady ww. oddziału może skutkować po pierwsze nieprzyjmowaniem nowych pacjentów, po wtóre niezapewnieniem ciągłości leczenia pacjentom znajdującym się*

na oddziale. W ocenie rzecznika praw lekarza bez wątpienia braki w obsadzie lekarskiej szpitala rzutują na płynność udzielania świadczeń. Należy podkreślić, że taka sytuacja nie jest spowodowana przez lekarzy, lecz wynika ze sposobu zarządzania szpitalem. Rzecznik ma świadomość, że wiele szpitali w kraju nie zapewnia całodobowej specjalistycznej opieki, co nie wynika z braku woli, lecz raczej w wielu przypadkach z trudności finansowych i kadrowych. Nie mogą jednak one usprawiedliwiać powodowania zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów oraz lekarzy. Tym bardziej że rzecznik praw lekarza ustalił, iż kierownik placówki wiedział, że 30 czerwca

2022 r. zakończy się okres wypowiedzeń umów i ulegną one rozwiązaniu” – czytamy w piśmie rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Moniki Potockiej do dyrektora Departamentu Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia, w którym rzecznik wezwała do zlecenia wojewodzie mazowieckiemu przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego i ustalenia osób odpowiedzialnych za organizację pracy w szpitalu.

Kierownictwo Departamentu Nadzoru i Kontroli na wniosek ministra zdrowia zleciło Narodowemu Funduszowi Zdrowia zbadanie poruszonych w piśmie RPL zagadnień. NFZ potwierdził zaistnienie nieprawidłowości (brak odpowiedniej liczby lekarzy w dniach 1–3 lipca) zgłaszanych przez RPL i nałożył na szpital karę umowną oraz przedstawił zalecenie pokontrolne dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy chirurgów naczyniowych w zakresie określonym przepisami prawa.

RPL podkreśla, że praca jednego lekarza na tak dużym oddziale przez 72 godziny powoduje zagrożenie zdrowia i życia pacjentów oraz medyka. Istotnie zwiększa bowiem ryzyko popełnienia błędu przez zmęczonego lekarza. Odpowiedzialność organizacyjna w jednostkach medycznych, zwłaszcza w obliczu ciągłego niedofinansowania ochrony zdrowia, jest podstawą dobrego funkcjonowania instytucji i starannie wykonywanej pracy lekarzy, która przynosi wymierne korzyści zdrowotne pacjentom i minimalizuje ryzyko przeciążenia personelu. ●



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

**Dyżury rzecznik praw lekarza Moniki Potockiej
poniedziałki 10.00–14.00 ● czwartki 10.00–16.00**

E-mail rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl

Tel. 512 331 230, 691 224 246



Fot. A. Boguski

O Tworkach nieznanymy cz. II

*HISTORIA SZPITALA W TWORKACH, TO PRZEDE WSZYSTKIM HISTORIA LUDZI, KTÓRZY GO TWORZYLI I TWORZĄ – MÓWI **MARIA PAŁUBA**, WIELOLETNIA ORDYNATOR I DYREKTOR SZPITALA TWORKOWSKIEGO (1987-1999), WSPOMINAJĄC DZIEJE PLACÓWKI PO II WOJNIE ŚWIATOWEJ.*

rozmawia **ADRIAN BOGUSKI**

Od czego zaczął się pani związek ze szpitalem w Tworkach?

Na psychiatrię i do Tworek trafiłam przypadkowo w 1964 r., po ukończeniu studiów w Śląskiej Akademii Medycznej. Nie mogłam znaleźć pracy w Warszawie, więc kolega doradził mi złożenie podania właśnie do Tworek. Pojechałam do sekretariatu szpitala, by dowiedzieć się, czy istnieje możliwość zatrudnienia. Kiedy zapytałam o wolne etaty, od razu podszedł do mnie mężczyzna, który znajdował się pokoju: – *Dzień dobry, Feliks Kaczanowski, jestem dyrektorem szpitala. Zapraszam do gabinetu.* Rozmawialiśmy prawie trzy godziny. Dyrektor Kaczanowski z niezwykłą pasją opowiadał o szpitalu, pacjentach, personelu i samych Tworkach. Mimo że spotkaliśmy się pierwszy raz, rozmowa przebiegała bardzo swobodnie. Pomyślałam wówczas, że skoro taki człowiek pełni w tym szpitalu funkcję dyrektora, jest to miejsce dla mnie. Drugim czynnikiem, który wpłynął na moją fascynację tym miejscem, było przedstawienie mnie, jako nowego lekarza, ordynatorom szpitala w sali konferencyjnej. Dyrektor miał zwyczaj każdego nowego pracownika oficjalnie zapoznawać z całym zespołem. Wielkie wrażenie zrobiła na mnie wówczas sala konferencyjna w kolorze ciemnej zieleni, z szafami pełnymi ksiąg oprawionych w skórę, olejnymi obrazami na ścianach i popiersiami z brązu. Pochłonięta atmosferą sali, po pewnym czasie właściwie nie słuchałam, co mówi dyrektor i inni członkowie zespołu. Oglądałam obrazy, odczytywałam nazwiska na popiersiach: Rafał Radziwiłłowicz, Witold Łuniewski, Józef Handelsman, zastanawiając się, jaką rolę odegrali w historii szpitala.

Wspomnieliśmy o nich w pierwszej części opowieści o Tworkach. Kim dla pani były te osoby?

Szpital w Tworkach to miejsce szczególne m.in. ze względu na wielkie osobowości. Prof. Rafał Radziwiłłowicz rozpoczął pracę w placówce w roku jej powstania (1891). Pełnił funkcję ordynatora do czasu odmowy przyjęcia carskiego Orderu św. Anny, co skutkowało zakazem pracy w placówkach publicz-

nych. Nadal jednak był konsultantem i kierownikiem Kliniki Psychiatrycznej w Wilnie. Ten wybitny psychiatra, naukowiec, charyzmatyczny wykładowca, społecznik zaangażowany w działalność narodowowyzwoleńczą w Polsce był prekursorem psychiatrii sądowej i leczenia alkoholowego. Zaprzyjaźniony z Prusem, Dąbrowską, Wyspiańskim, Sienkiewiczem, Strugiem, Żeromskim, był dla niektórych wzorcem postaci literackich. Zainicjował pierwszy Zjazd Psychiatrów Polskich (1920) oraz utworzenie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Inna znacząca postać związana ze szpitalem to prof. Józef Handelsman. Jako lekarz został powołany do armii carskiej. Koniec wojny spędził zaś w austriackiej niewoli. Uwolniony z pomocą prof. Radziwiłłowicza, wrócił do Tworek i po wojnie przywrócił do życia zdewastowany i rozkradzony szpital. Odmówił przyjęcia stanowiska dyrektora, objął zaś kierownictwo Kliniki Neurologicznej. Poświęcił się pracy naukowej i badaniom zmian organicznych w mózgu, publikując liczne prace z tego zakresu. Dyrektorem szpitala został doc. Witold Łuniewski. To za jego czasów znacznie rozbudowano szpital, a on w historii placówki zapisał się jako kolejny dobry gospodarz.

Po wojnie szpital w Tworkach stał się pewnego rodzaju medycznym centrum Warszawy.

W 1945 r. odbyło się w nim pierwsze po wojnie i bardzo dramatyczne – z powodu przedstawienia zasięgu zjawiska eksterminacji chorych psychicznie podczas II wojny światowej – Walne Zgromadzenie Towarzystwa Psychiatrów Polskich. Na tym posiedzeniu odczytano także testament Witolda Łuniewskiego, który jedną piątą swojego majątku przeznaczył na stypendia dla psychiatrów. Niestety, testament okazał się bez pokrycia, majątek przestał bowiem istnieć podczas wojny.

Tworki rzeczywiście stanowiły wówczas centrum polskiej psychiatrii. Na terenie szpitala w 1945 r. powstała Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej, a w 1951 – Instytut Psychiatrii i Neurologii, po-

wołano również Klinikę Psychiatrii Sądowej. Po wielu latach, kiedy Warszawa została odbudowana, instytucje te przeniosły się do stolicy. W Tworkach po raz pierwszy w Polsce przeprowadzono badanie elektroencefalograficzne (EEG), powstały pracownie patomorfologiczne, poszerzone laboratorium analityczne i diagnostyczna pracownia rentgenowska oraz wiodący oddział neurologiczny. Wykształcono tam setki lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii i neurologii, a także stworzono właściwe warunki zawodowego kształcenia pielęgniarek.

W ciągu kolejnych lat szpital rozwinął również oddział odwykowy.

W Tworkach wyznaczono kierunki leczenia odwykowego, co jest niebywałą zasługą dr. Jerzego Fiutowskiego. Nie tylko zadbał o miejsce do terapii odwykowej w szpitalu, ale również promował tworzenie poradni odwykowych w kilku województwach, szczególnie w ówczesnym województwie warszawskim. Bardzo dużo pracy włożył w otwarcie tych poradni. Wielkie znaczenie w skali kraju miała również tworkowska psychiatria sądowa za sprawą dyrektora Kaczanowskiego. W Polsce mówiło się nawet o tworkowskiej szkole psychiatrii sądowej. Wydałiśmy bardzo wiele skomplikowanych opinii sądowych dotyczących spraw toczących się nie tylko w województwie warszawskim, ale na terenie całej Polski. Zewsząd przysyłano do nas pacjentów na obserwację.

Psychiatria w latach 60. i 70. XX w. wyglądała inaczej niż dziś, brak było leków antypsychotycznych...

Pracowałam w szpitalu przez pół wieku. Pamiętam czasy, kiedy nie dysponowaliśmy lekami tzw. drugiej generacji. Stosowaliśmy podstawowe neuroleptyki i środki uspokajające, wstrząsy elektryczne (EW) i śpiączkę insulinową. Wskazania do wykonania wstrząsów zwięzły się do bardzo głębokiej depresji, stanów katatonii i schizofrenii. Wówczas EW odbywało się bez udziału anestezyjologa. Jedynym zabezpieczeniem pacjenta były waleczki wkładane do ust i pod odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz delikatne przytrzymanie nóg pa- ▶▶



Fotografie: K. Bieźomska

► cjęta przez personel podczas napięcia. Śpiączki insulinowe polegały na podaniu choremu insuliny w dawce doprowadzającej do hipoglikemicznej śpiączki, a następnie wybudzaniu z niej pacjenta, dzięki podaniu przez sondę żołądkową płynu zawierającego mleko, cukier i jajka. Zabiegi te wymagały wielkiej uwagi i staranności, były dość przykre zarówno dla personelu, jak i dla pacjenta. Ze stosowania śpiączki już dawno się wycofano, a zabiegi EW przeprowadzane są w wyselekcjonowanych przypadkach. Wyraźny postęp w leczeniu nastąpił razem z pojawieniem się leków psychotropowych drugiej generacji, bardziej skutecznych i bez przykrych objawów ubocznych. Obecnie leczenie chorych oparte jest na farmakoterapii połączonej z szeroko rozumianą psychoterapią, treningami behawioralnymi lub arteterapią.

W jakiej kondycji zastała pani szpital, kiedy objęła stanowisko dyrektora?

Do szpitala wróciłam w 1985 r., po kilkuletniej pracy z Afryce Południowej

w charakterze konsultanta psychiatry. Zaczęłam pracować jako ordynator oddziału psychiatrycznego i zastępca dyrektora ds. lecznictwa. Pierwsze lata były bardzo trudne, brakowało pieniędzy, leków, materiałów opatrunkowych i środków czystości. Korzystaliśmy w dużym zakresie z darów zagranicznych. W 1987 r. zostałam dyrektorem szpitala. Po kursie WHO w Danii na temat nowoczesnej psychiatrii wiedziałam, jak powinien funkcjonować szpital oparty na środowiskowym modelu organizacyjnym lecznictwa psychiatrycznego. Zaczęłam od remontów i zmian organizacyjnych. Zlikwidowane zostały duże sale chorych, powstały gabinety dla psychologów i terapeutów, pracownie zajęciowe, oddział dzienny, rehabilitacyjny, hostel, rozszerzono zakres działania zespołu lecznictwa środowiskowego, powołano rzecznika praw pacjentów, rozpoczęto treningi behawioralne, arteterapię, organizowano turnusy rehabilitacyjne. Wówczas powstały także dwie organizacje pozarządowe: Towarzystwo Amici di Tworci i Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół

Chorych Psychicznie „Szansa”. Ważnym osiągnięciem było udoskonalenie systemu ogrzewania szpitala. Zlikwidowano 22 kotłownie węglowe i zastąpiono je centralnym ogrzewaniem.

Jednym z moich priorytetów było nawiązanie współpracy szpitala z psychiatrycznymi ośrodkami zagranicą. Przez wiele lat współpracowano z klinikami i szpitalami w Dortmundzie, Gandawie, Pradze, Lwowie, Lester, Odessie. Ponad 200 pracowników tworkowskiego szpitala skorzystało z różnego rodzaju szkoleń zagranicznych, kursów i staży. Przez 13 lat organizowałam w szpitalu międzynarodowe konferencje na temat psychiatrii środowiskowej. W 1992 r., reprezentując Polskę, miałam możliwość przedstawienia efektów naszej międzynarodowej współpracy w Parlamencie Europejskim w Strasburgu na Seminarium „Współpraca szpitali Europy”. Przez siedem lat w Tworkach odbywały się zebrania dyrektorów szpitali psychiatrycznych. Wszystko, co udało się w tym czasie zrobić w placówce, było zasługą całego zgranego zespołu pracowników



wszystkich szczebli i moich zastępców lekarzy: Małgorzaty Janiszewskiej, Kazimierza Dębowskiego i Andrzeja Kacprzaka.

Amici di Tworki są chyba jednym z najważniejszych pani przedsięwzięć.

Towarzystwo założyłam z wielką pomocą Ewy Kuryluk, malarki, historyka sztuki i pisarki. Bardzo bolała mnie dyskryminacja osób chorych psychicznie i upokarzające ich traktowanie, dlatego z problemem ludzi chorych psychicznie postanowiłam wyjść poza bramę szpitala i środowisko stricte psychiatryczne. Pomyślałam, że to właśnie sztuka może być nośnikiem mojej koncepcji przeciwstawiania się stygmatyzacji chorych psychicznie. Opracowałam projekt „Razem w sztuce i życiu” promujący twórczość osób z zaburzeniami psychicznymi i wspierający prowadzenie terapii przez sztukę w szpitalu. Chciałam pokazać społeczeństwu ich świat, ich możliwości, a równocześnie zależało mi na zapewnieniu pacjentom równorzędnego

zaistnienia w przestrzeni pozaszpitalnej, przynajmniej w zakresie sztuki. Z Ewą Kuryluk zwróciliśmy się z apelem „do artystów świata” o wsparcie tego projektu. Pozytywny odzew ze strony artystów popłynął z 16 państw. Zaczęłam organizować wystawy prac artystów i pacjentów. Wśród ofiarodawców byli m.in. Magdalena Abakanowicz, Jerzy Nowosielski, Józef Szajna. Wystawom towarzyszyło wydanie pięknych katalogów. Pierwsza wystawa odbyła się w Galerii Zachęta, następnie przez 13 lat organizowaliśmy wernisaże w Galerii Zapiecek na Starym Mieście oraz w wielu miejscach na świecie, np. w Instytucie Polskim w Paryżu, w Konsulacie Polskim w Nowym Jorku, w muzeach i galeriach Brukseli, Kopenhagi, Dortmundu, Lwowa, Chicago, Gandawy. Wielką zapłatą za tę działalność społeczną była radość naszych pacjentów, ich poczucie własnej wartości i godności, kiedy widzieli zainteresowanie swymi pracami i traktowanie ich na równi z pracami artystów. Ten projekt powiódł się dzięki wysiłkowi, pracy i dobremu sercu wielu ludzi. Dziękuję także terapeutom twor-

kowskim za ich pomoc, Nielimitowaną pracę społeczną i troskliwą obecność przy naszych twórcach.

Jak dziś szpital korzysta z dziedzictwa osiągnięć poprzedników? Czy wiąże panią z Tworkami wspólne inicjatywy?

Na to, jaki szpital jest obecnie, złożyły się wizje, wybory, złe i dobre decyzje jego liderów i dyrektorów. Z doświadczenia wiem, że nie da się urzeczywistnić swoich planów bez pomocy i udziału innych ludzi, dlatego historię Tworek współtworzyły zarówno jego wybitne indywidualności, jak i całe pokolenia oddanych chorym i szpitalowi pracowników. Ja Tworkom zawdzięczam bardzo wiele. Dziękuję późniejszym dyrektorom szpitala: Andrzejowi Kacprzakowi i Lidii Rudzkiej oraz obecnemu – Wojciechowi Legawcowi za umożliwienie mi obecności w Tworkach. Cieszę się, że udało się odnowić współpracę ze szpitalem i kliniką we Lwowie oraz zorganizować potrzebną im teraz pomoc. ●

**OBWIESZCZENIE NR 18/2022/IX
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 6 GRUDNIA 2022 R.**

**w sprawie wygaśnięcia mandatu
zastępcy okręgowego rzecznika
odpowiedzialności zawodowej
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 33/2022/IX

Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 grudnia 2022 r. w sprawie stwierdzenia wygaśnięcia mandatu zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie 20 października 2022 r. mandatu zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. dent. Beaty Włodarczyk-Mosiótek.

§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**

**Samoobrona dla lekarzy – III edycja
6 marca – 24 kwietnia, godz. 19.00**



Więcej informacji i zapisy na stronie: iba-lekarska.pl. Uwaga! Rejestracji dokonujemy na cały cykl zajęć.



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. Szejałcha.

Kontakt

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

Wynajem gabinetów lekarskich,
sal zabiegowych i operacyjnych.

pulmed

BLOKI OPERACYJNE

z wyposażeniem do zabiegów z zakresu

CHIRURGII OGÓLNEJ I LAPAROSKOPOWEJ
ORTOPEDII /ARTROSKOPIE/
CHIRURGII PLASTYCZNEJ
OKULISTYKI /OPERACJE ZACMY/
CHIRURGII KRĘGOSŁUPA
LARYNGOLOGII, UROLOGII

GABINETY LEKARSKIE KONSULTACYJNE

dla lekarzy specjalistów, internistów

GABINETY ZABIEGOWE

dla lekarzy medycyny estetycznej

GABINETY OKULISTYCZNE

3 UNITY
OCT / GDX / LASERY

KORZYSTNE WARUNKI FINANSOWE CENTRUM MIASTA

Najkrótszy czas podróży pociągiem ze stacji Warszawa-Centrałna to tylko
1 godzina i 41 minut. Szpital mieści się 300 m od Dworca Łódź Fabryczna.

tel. + 48 668 606 311

zkowalczyk@pulmed.com.pl

ul. Polskiej Organizacji Wypkowej 26 30-248 Łódź

REKLAMA



Naszej Koleżance **Marcie Bodek**
wyraży szczerego współczucia i wsparcia
w trudnych chwilach po śmierci

Taty

składają pracownicy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.



Drogiej Koleżance Marii Chyczewskiej-Pacule
wyraży żalu z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i koledzy
z Oddziału II AB Szpitala Tworowskiego



Z głębokim żalem zawiadamiam, że 12 grudnia 2022 r.
odeszła moja najukochańsza Mama

Ewa Maria Twarowska,

lekarz stomatolog, specjalista ortodonta.

Przez ponad 50 lat
z oddaniem wykonywała zawód lekarza,
cieszyła się wielkim autorytetem wśród pacjentów.

Pogrążona w smutku córka Kasia



Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 28 grudnia 2022 r.
zmarła nasza Koleżanka

śp. dr Wanda Poniatowska-Nawrocka

lekarz psychiatra, biegły sądowy
Sądu Okręgowego w Warszawie.

Wyraży współczucia mężowi
dr. Kazimierzowi Nawrockiemu, synowi Maciejowi
i całej Rodzinie
składają koleżanki i koledzy absolwenci
Akademii Medycznej w Warszawie, rocznik 1962.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

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

REDAKTOR NACZELNA: Urszula Wolińska-Kuñaj – u.wolinska@oilwaw.org.pl

P.O. REDAKTOR NACZELNY: Michał Niepytalski – tel. 22-542-83-81, m.niepytalski@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,
Olga Rasińska – o.rasinska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Maria Libura, Mikołaj Małeckie, Filip Niemczyk,
Olga Rostkowska, 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:** Keiji Matsumoto

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiestacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.



Andrzej Danysz (1924–2022)

2 grudnia 2022 r. zmarł Andrzej Danysz – lekarz, profesor nauk medycznych, współtwórca radiofarmakologii, powstaniec warszawski. Ceremonia pogrzebowa odbyła się 16 stycznia 2023 na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach w Warszawie.

Andrzej Danysz urodził się w Warszawie 22 lutego 1924 r. Jako 15-letni chłopiec podczas kampanii wrześniowej wstąpił w szeregi Wojska Polskiego. Został gońcem w 36 Pułku Artylerii Ciężkiej. Po kapitulacji polskiej obrony powrócił do rodziny. Ukończył liceum na tajnych kompletach i w 1942 r. zdał małą maturę. W tym samym roku podjął naukę w Private Fachschule für Sanitaires Hilfspersonal, która faktycznie była zakamuflowaną uniwersytecką medycyną, tzw. Szkole Zaorskiego. Mieściła się na terenie Uniwersytetu Warszawskiego, w gmachu Wydziału Lekarskiego.

W czasie okupacji dołączył do konspiracji, wstąpił do tajnej Szkoły Podchorążych Rezerwy. W czasie Powstania Warszawskiego należał do Kompanii „Grażyna”, Batalionu „Harnaś”. Brał udział w odbiciu z rąk niemieckich Poczty Głównej, w obronie budynku Prudentialu i Kościoła Świętego Krzyża. Po rozproszeniu kompanii – w zaopatrzeniu powstańczego szpitala.

– *Chodziłem po piwnicach, mówiłem: „Słuchajcie, jeżeli są mężczyźni, którzy chcą przynieść dla siebie jęczmień, to oświadczam, że 20 kilogramów trzeba przynieść dla szpitala, a kto przyniesie więcej, to dla niego”. Miałem mnóstwo kandydatów. Ja ich prowadziłem. Sobie też przynosiłem, co ponad 20 kilo. Miałem w nocy i nosiłem mojej matce, jej kuzynom mąkę czy kaszę, którą gotowali. A szpital, dzięki temu zaczął egzystować doskonale, bo nie tylko wymieniał jęczmień na inną żywność, ale także na leki, środki opatrunkowe itd. – wspominał.*

Podczas jednego z niemieckich ataków został ciężko ranny. Po upadku powstania trafił wraz z matką do obozu dla wysiedlonej ze stolicy ludności cywilnej w Piastowie. Szczęśliwie spotkany przez Andrzeja Danysza kolega pomógł w załatwieniu dla niego fałszywej kenkarty, dzięki której mógł opuścić ośrodek. Nie wiedząc do końca, gdzie Niemcy skierowali pociąg, wyskoczyli w Płaszowie, skąd doszli do Krakowa.

W Krakowie dołączył do nich brat Andrzeja – Maciej, również powstaniec, walczący w szeregach Batalionu „Zośka”, i jego ojciec – Michał, oficer Wojska Polskiego. W Krakowie Andrzej Danysz został sanitariuszem w popowstańczym szpitalu i zapisał się na wydział lekarski, by dokończyć studia medyczne.

Dyplom lekarza otrzymał w 1948 r. na Uniwersytecie Jagiellońskim, rok później obronił pracę doktorską. W 1950 poznał swoją późniejszą żonę Waclawę, z którą miał córkę Beatę i syna Wojciecha. Do 1957 r. był wykładowcą farmakologii. W swoim życiu zawodowym pracował w wielu miastach i na różnych uczelniach. W Zakładzie Farmakologii AM w Białymstoku stworzył Badawczy Ośrodek Radiobiologiczny. Osiem lat później został kierownikiem Zakładu Farmakologii Instytutu Leków. W 1961 r. otrzymał habilitację, a tytuł profesora zwyczajnego w 1980. Trzy lata później został dyrektorem Naczelnego Instytutu Leków (pełnił tę funkcję do 1991). W 1992 r. objął kierownictwo Zakładu Farmakologii Instytutu Farmaceutycznego i szefował mu przez trzy lata. Był jednym z członków założycieli Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego i Polskiego Towarzystwa Badań Radiacyjnych. Jest autorem ponad 500 publikacji naukowych, przeglądowych, monografii i podręczników.

Za swoją działalność został uhonorowany Nagrodą Naukową PAN, Nagrodą Resortową I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, medalami „Zasłużony dla Warszawy” i „Zasłużony dla Białostoczyzny”, Odznaką „Za szczególne zasługi dla Akademii Medycznej w Białymstoku”, tytułem i sygnetem Medicus Nobilis Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Złotym Medalem Międzynarodowej Akademii w Paryżu oraz tytułem doktora honoris causa AM w Białymstoku. Powołano Go na członka Nowojorskiej Akademii Nauk.

Za zasługi dla Polski Andrzej Danysz otrzymał: Krzyż Armii Krajowej i Warszawski Krzyż Powstańczy, Krzyż Komandorski, Krzyż Oficerski i Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Krzyż Zasługi.

W zeszłym roku, z okazji 78. rocznicy wybuchu Powstania Warszawskiego, przybliżyliśmy powstańczą historię prof. Andrzeja Danysza. Artykuł pt. „Pomyślałem – muszę coś zrobić...” znajduj Państwo w zeszłorocznym wrześniowym numerze „Pulsu” oraz na stronie internetowej izby. ●

Adrian Boguski



Dr. Krzysztofowi Dudzie
wyrazy współczucia z powodu śmierci

Żony

dr Ilony Lipińskiej-Dudy

w imieniu własnym
oraz radomskiego środowiska lekarskiego składu
lek. Karol Stępniewski,
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
przewodniczący Delegatury Radomskiej.



Lesław Musur
(1931–2022)

Urodził się we Lwowie 23 września 1931 r. Uczył się w Gimnazjum im. Stanisława Staszica w Lublinie, maturę zdał w Liceum im. ks. Józefa Poniatowskiego w Warszawie.

W latach 1950–1954 Lesław Musur studiował na Wydziale Lekarskim warszawskiej Akademii Medycznej. W czasie studiów należał do Koła Naukowego przy Głównej Poradni Sportowo-Lekarskiej w Warszawie. W 1955 r. uzyskał dyplom lekarza, w 1965 – I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych, a w 1967 – z medycyny sportowej.

Pracował w I Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie i Głównej Poradni Sportowo-Lekarskiej, która została przemianowana na Centralną Przychodnię Sportowo-Lekarską, a następnie na Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej. W CPSL przez 20 lat pełnił funkcję kierownika działu diagnostyczno-badawczego. Sprawował opiekę lekarską nad zawodnikami kadry narodowej: narciarzy (1954–1955), zapaśników (1956–1979), judoków (1980–1990), kolarzy (1985–1987), żeglarzy (1990–1996), pływaków (1996–2000), kolarzy niepełnosprawnych (tandemu; do 2008).

Przez 56 lat aktywnie uczestniczył w zjazdach naukowych Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, a podczas Walnego Zgromadzenia Członków przyznało Mu tytuł Honorowego Członka TMS.

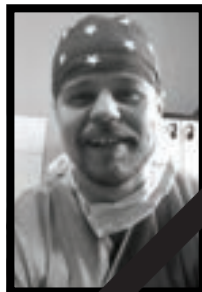
Był współautorem podręcznika „Medycyna sportowa w praktyce” wydanego w 1984 r. Rozdział Jego autorstwa dotyczył diagnostyki ogólnej wydolności fizycznej sportowców.

Lesław był człowiekiem niezwykle rzetelnym i obowiązkowym w pracy, ciepłym i radosnym w kontaktach koleżeńskich i rodzinnych. Przyjaźnił się z moim mężem, twórcą nowej gry sportowej – ringo, i w wieku bardzo dojrzałym zaczął uprawiać tę dyscyplinę. Wielokrotnie startował ze swoją rodziną w Mistrzostwach Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo.

Kochający ojciec czworga dzieci, czterech wnuków i siedmiu wnuczek, niestety nie doczekał narodzin prawnuczki.

Przez 30 lat znajomości nigdy nie odmówił mi pomocy, zastępstwa na dyżurze, na zawodach czy w przychodni, i to też była cecha Jego niepowtarzalnej osobowości – po prostu – Przyjaciela. ●

Krystyna Aniol-Strzyżewska



Łukasz Wąs
(1983–2021)

My, koleżanki i koledzy z Kliniki Ortopedii SPSK im. prof. A. Grucy w Otwocku, piszemy to wspomnienie, aby uhonorować 11 lat znajomości z niezwykłym Człowiekiem Lekarzem Łukaszem Wąsem.

Łukasz urodził się 30 lipca 1983 r. w Rzeszowie. Uczęszczał do IV LO w Rzeszowie o profilu biologiczno-chemicznym. Maturę zdał w 2002 r. i rozpoczął naukę na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Zabrze. Od 2005 kontynuował studia w Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Ukończył naukę w 2009 r. i po rocznym stażu otrzymał dyplom lekarza.

Od 2010 r. pracował jako lekarz rezydent w SPSK im. A. Grucy w Otwocku, a od 2017 – jako lekarz specjalista w Klinice Ortopedii.

Łukasz zmarł 9 lutego 2021 r. w domu rodzinnym w Rzeszowie, po niemal dwuletniej walce z glejakiem, w wieku 37 lat.

Był wszechstronnym chirurgiem ortopedą. Wiedzę i doświadczenie zdobywał również w klinikach we Włoszech, Austrii, Rumunii i na Syberii. Zajmował się także endoprotezoplastyką, artroskopią, szeroko pojętą ortopedią dorosłych i chirurgią urazową. Interesował się chirurgią ręki.

To był człowiek czynu. Odważnie patrzył w przyszłość, był bezkompromisowy. Chorzy wspominają Go jako zdecydowanego chirurga, skupionego na wyznaczonym celu.

Bardzo nam Go brakuje w codziennej pracy na oddziale, również ze względu na Jego charakter. Jak nikt inny potrafił kilkoma słowami, a często tylko jednym, przywołać kolegów do porządku. Miał ogromny szacunek do szefa, a Jego niepokorny charakter z jednej strony często przysparzał Mu problemów, z drugiej umożliwiał rozwój i pchał do przodu.

Zainteresowania Łukasza to przede wszystkim podróże i motoryzacja. Przemierzył całe Stany Zjednoczone, znał je jak własną kieszeń. Spełniał tam, jak mówił, swój *american dream*. Z każdej wyprawy wracał z kolejnym harleyem – Jego miłością i znakiem rozpoznawczym. W 2018 r. zwiedził skuterem cały Wietnam.

Łukasz, prostolinijny, zawsze uśmiechnięty, był duszą towarzystwa. Cieszył się życiem i korzystał z niego w stu procentach. Był prawdziwym Przyjacielem, o co niełatwo w obecnych czasach.

Tych symbolicznych kilka słów to namiastka naszych częstych rozmów na oddziale, podczas których wspominamy nie tylko pracę z Łukaszem, ale również wolny czas z Nim spędzony. Zespół, jaki tworzymy, to m.in. Jego zasługa. Łukaszu, dziękujemy Ci za to. ●



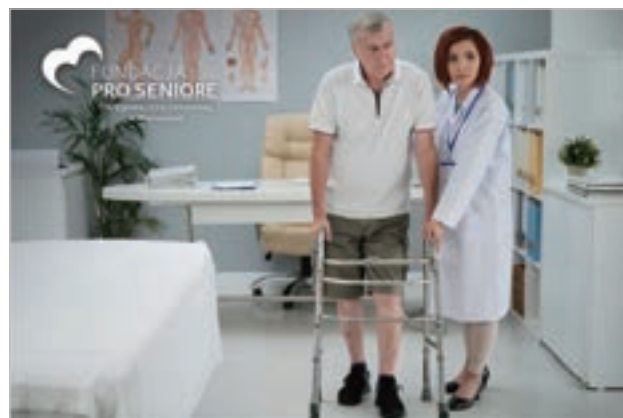
Dofinansowanie wyrobów medycznych

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 marca 2023 r.



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 marca 2023 r.



Obiady w Klubie Lekarza

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.

**Bogatym nie jest ten,
kto posiada,
lecz ten, kto daje**

KRS 0000250527

Przekaż 1%
swojego podatku na szczytny cel

Nr konta

34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

6-miesięczna lokata do 500 tys. zł z kontem Citigold



OFERTA DLA NOWYCH KLIENTÓW, WAŻNA DO 28.02.2023

Zapraszamy do odwiedzenia naszych oddziałów:

Monika Nosek, tel: 667 684 011,
Oddział Citigold, al. Jana Pawła II 22,
00-133 Warszawa (Biurowiec Q22)

Michał Matak, tel: 605 782 038,
Oddział Citigold, ul. Senatorska 16,
00-923 Warszawa

oraz do sprawdzenia szczegółów na stronie [www](http://www.citigold.pl):



Citigold®

citi handlowy®

Bank Handlowy w Warszawie S.A. Oferta obowiązuje do 28.02.2023 r. i jest skierowana do Klientów, którzy na rachunkach oferowanych przez Bank utrzymują saldo bieżące środków na poziomie co najmniej 450 tys. zł. Szczegółowe warunki otrzymania nagród w ofercie specjalnej dla nowych Klientów zawarte są w Regulaminie oferty „Citigold 8” oraz w Tabeli Opłat i Prowizji dostępnych na stronie internetowej Banku. Materiał nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego.

SPORTOWE NIEDZIELE

5, 12, 29, 26 lutego 2023 r.
5, 12, 29, 26 marca 2023 r.
w godz. 15.00–17.00

Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1

Rejestracja i więcej informacji: 22 542 83 33



KO-OPERACJA RÓWNOWAGA

Nowy cykl webinarów nt. zdrowia psychicznego
w ramach współpracy międzyzbowej
już od lutego.



Więcej informacji odwiedź na stronie: lody.lozyska.pl



REKLAMA

WYNAJMIJ NOWOCZESNĄ KLINIKĘ ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNĄ W CENTRUM WARSZAWY

Dlaczego warto:

- ✓ atrakcyjna cena,
- ✓ bez potrzeby inwestycji w sprzęt (klinika jest wyposażona),
- ✓ możliwość prowadzenia praktyki i zabiegów od zaraz,
- ✓ świetna lokalizacja (ul. Hoża w Warszawie),
- ✓ elastyczne warunki współpracy.

WIĘCEJ INFORMACJI: kjaniszewska@ahelodz.pl, 609734900



Darmowe e-booki medyczne



*Jesteś lekarzem?
Szukasz sprawdzonej wiedzy?*

Specjalnie dla Ciebie wydawnictwo PZWL przygotowało **darmowe e-booki z kilkudziesięciu dziedzin**. Do wyboru masz bezpłatne publikacje dotyczące chorób wewnętrznych, dermatologii, kardiologii, pediatrii, medycyny rodzinnej, psychiatrii i wiele, wiele innych.



Wejdź na ebook.e-pzwl.pl,
znajdź darmową publikację dla siebie i bądź na bieżąco!



Specjalny program ubezpieczeń OC i majątkowych dla podmiotów leczniczych

Kompleksowa oferta ubezpieczeń dla przychodni oraz gabinetów lekarskich i stomatologicznych

ubezpieczenie OC obowiązkowe

- ✓ spełnia wymogi obowiązkowego ubezpieczenia OC – zakres zgodny z Rozporządzeniem Ministra Finansów,
- ✓ obejmuje szkody wyrządzone w wyniku rażącego niedbalstwa,
- ✓ PZU SA rezygnuje z prawa do regresu.

ubezpieczenie NNW z ekspozycją na HIV i WZW

- ✓ zwrot kosztów kuracji antyretrowirusowej wraz z niezbędnymi badaniami,
- ✓ wypłata odszkodowania w przypadku zakażenia HIV lub WZW do 200 000 PLN.

ubezpieczenie OC dobrowolne z klauzulą medycyny estetycznej

- ✓ wysokie Sumy Gwarancyjne i szeroki zakres ubezpieczenia.

ubezpieczenia majątkowe dla gabinetów oraz przychodni

- ✓ szeroki zakres ubezpieczenia all risk, w zakresie podstawowym odpowiedzialność m.in. za: zniszczenie, kradzież, zalanie, przepięcia, nieostrożność lub zaniedbania człowieka i wiele innych,
- ✓ możliwość ubezpieczenia m. in. lokalu, sprzętu medycznego i elektronicznego (stacjonarnego i przenośnego), nakładów adaptacyjnych, środków obrotowych, gotówki, szyb i oszklenia.



Składki niższe nawet do -70%.



Wiarygodny i renomowany ubezpieczyciel – PZU SA.



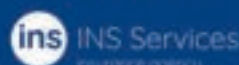
Kompleksowa obsługa – wszystkie ubezpieczenia w jednym miejscu.



Dedykowana infolinia i wsparcie w procesie likwidacji szkód.

W celu poznania oferty skontaktuj się z nami

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



+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)



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

Piotr Pawlitzak PREZES ORL W WARSZAWIE
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Tomasz Imiela WICEPREZES ORL
Magdalena Flaga-Luczkiewicz PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Winciunas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Jan Krzysztof Kowalczyk SKARBNIK
Marta Moczydłowska SEKRETARZ ORL
Joanna Pokładnik ZASTĘPCZYNI SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Roman Jasiński PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO
Elżbieta Latoszek-Banasiak PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22-542-83-48
SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 | 22-542-83-42 | 22-542-83-82 | 22-542-83-55
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22-542-83-31
BIURO OROZ tel. 22-542-83-22 | 22-542-83-24 | 22-542-83-27
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
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22-542-83-20 | 22-542-83-21
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22-542-83-28

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22-542-83-16 | 22-542-83-14
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22-542-83-18 | 22-542-83-19
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-55
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22-541-83-31
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22-542-83-30
KOMISJA BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22-542-83-12

KOMISJE
I ZESPOŁY
PROBLEMOWE

MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ,
MATEK LEKAREK, MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA, SZCZEPIEŃ

Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22-542-83-30 | 22-542-83-33

SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-90

POZOSTAŁE

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
DZIAŁ INFORMACJI MEDIALNEJ tel. 22-542-83-83
RZECZNIK PRASOWY Olga Rasińska tel. 784-986-716 | media@oilwaw.org.pl
MARKETING I REKLAMA tel. 22-542-83-53 | 668-373-100 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48-331-36-62 | faks 48-331-17-30
poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 7.30–15.30 | środa w godz. 8.00–16.00

02-512 Warszawa | ul. Puławska 18 | tel. 22-542-83-48
biuro@oilwaw.org.pl
NIP 522-00-02-357





Wytwórco odpadów medycznych i weterynaryjnych

Pamiętaj o **sprawozdaniu rocznym.**

Spełnij swój obowiązek już od **50 zł!**

Sprawozdanie w BDO za 2022 rok należy złożyć do środy 15 marca 2023 roku!

www.emkasa.pl

