

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

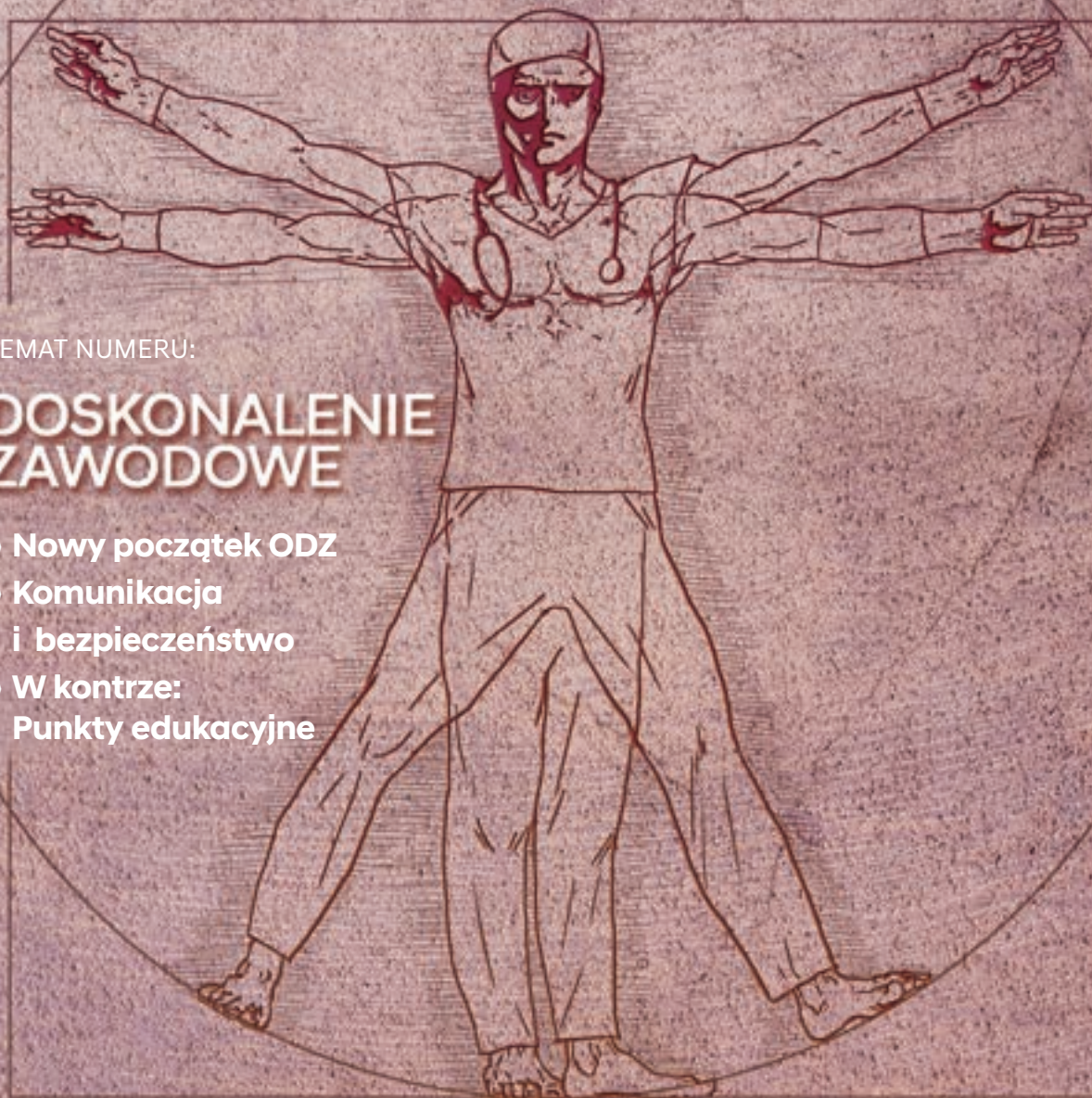
puls

KWIECIEŃ 2023 (nr 336)

TEMAT NUMERU:

DOSKONALENIE ZAWODOWE

- › Nowy początek ODZ
- › Komunikacja
i bezpieczeństwo
- › W kontrze:
Punkty edukacyjne



› Sumienie a praca medyka

› Asklepios nie był rzemieślnikiem

› Dwóch z Judenratu

TEMAT NUMERU:

DOSKONALENIE ZAWODOWE

- 4** Nowy początek ODZ
z Maciejem Cyranem
rozmawia Kamila Hoszcz-Komar
- 10** Komunikacja to fundament
bezpieczeństwa pacjenta
Maria Libura
- 15** Doskonałość
Jerzy Bralczyk
- 17** W kontrze: Punkty edukacyjne
Michał Niepytalski
Grzegorz Wrona
Roman Danielewicz



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 3** Jakość i korporacyjność
Piotr Pawliszak

KADRY

- 8** Przyptywy i odpływy
Małgorzata Solecka

ETYKA ZAWODOWA

- 12** Kwestia sumienia
w pracy medyka
Dariusz Pater

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

- 20** Kto będzie wyższą instancją?
Dariusz Paluszek

IZBA DLA LEKARZY

- 22** Vademecum przedsiębiorcy...
Kamila Hoszcz-Komar

ROZWÓJ OSOBISTY

- 26** Asklepios nie był rzemieślnikiem
Paweł Walewski

SYSTEM

- 29** Lekarze drenują system?
Małgorzata Solecka

PRAWO

- 30** Koniec z niechcianymi
reklamami?
Michał Niepytalski
- 31** Kontrole do kontroli
Monika Potocka
- 32** Analiza przypadku
Karolina Podsiadły-Gęsikowska,
Aleksandra Powierża
- 34** Aktualności prawnomedyczne
Filip Niemczyk

NA PRZESTRZENI LAT

- 40** Dwóch z Judenratu
Kamila Hoszcz-Komar

LEKARZ W SPOŁECZEŃSTWIE

- 46** Bez tatuażu
Krystyna Bieżańska

Z okazji świąt Wielkiej Nocy
życzymy wszystkim wiosennej radości,
szczęśliwych chwil w rodzinnym gronie,
 optymizmu, wzajemnej życzliwości
i wszelkiej pomyślności.
Niech ten czas będzie wytchnieniem
od codziennej pracy.

Prezes Piotr Pawliszak
wraz z Okręgową Radą Lekarską w Warszawie





Fot. K. Bartyzel

Zazdrość

MICHAŁ NIEPYTALSKI, p.o. redaktor naczelny

Parlamentarzyści z lubością zajmują się tymi lekarzami, którzy żyją dostatnio. Jeśli czynią to z pobudek politycznych, to – jako politycy – mają do tego prawo. Niestety, im częściej poruszają ów temat, tym silniejsze odnoszę wrażenie, że kierują się względami osobistymi, a przecież nie przystoi wykorzystywać do tego mandat.

Na ten trop naprowadził mnie Andrzej Kryj z Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych wypowiadający się na temat zarobków lekarzy: *„Mówi się, że to posłowie bardzo dużo zarabiają, a lekarz specjalista bez żadnego problemu (patrząc na te oświadczenia) może zarobić cztery razy tyle, co poseł”*.

Już porównanie tych dwóch zawodów budzi moje zaskoczenie. Może gdyby do zdobycia mandatu posła konieczna była przynajmniej dziesięcioletnia edukacja zawodowa, byłoby co porównywać. Ryzykowne jest też porównywanie jakości pracy. Jakość polskiej ochrony zdrowia, dzięki wykwalifikowanym kadrom, jest oceniana dość wysoko, krytykuje się głównie, wynikającą z mizernych nakładów budżetowych, jej dostępność. A jak jest w polityce? Posłowie i senatorowie, choć do ich podstawowych obowiązków należy udział w głosowaniach, niejednokrot-

nie nawet nie wiedzą, nad czym głosują. Plagą jest zgłaszanie pod obrady poselskich projektów ustaw przez przedstawicieli partii rządzących po to, by obejść reguły legislacji rządowej, takie jak obowiązek przeprowadzenia konsultacji społecznych. W konsekwencji ustawy bywają nowelizowane zanim zdążą wejść w życie. Bywa, że posłowie i senatorowie nie słuchają nawet opinii prawników zatrudnionych przez kancelarie Sejmu i Senatu.

Tymczasem lekarz nie tylko może, ale musi stosować się do opinii ekspertów. Zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej nie powinien podejmować prac wykraczających poza jego umiejętności zawodowe. Jeżeli natomiast zakres powierzonych zadań przewyższa jego umiejętności, winien się zwrócić o pomoc do bardziej kompetentnego kolegi.

Poza tym lekarz musi się uczyć. Nie „może”, lecz „musi”. Doskonalenie zawodowe jest obowiązkiem każdego przedstawiciela tej profesji. W kontekście zarobków to chyba jeden z najważniejszych argumentów na korzyść wolnego zawodu lekarza w konfrontacji z wolnym mandatem posła lub senatora. I m.in. dlatego doskonaleniu zawodowemu w dużej części poświęcamy ten numer „Pulsu”. ●



Szanowni Państwo,

wiosna budząca przyrodę z zimowego uśpienia symbolizuje Święta Wielkanocne.

Otwórzmy nasze dusze i ciała na ten właśnie czas, będący źródłem świetlistej radości i pokoju.

Życzę całemu Środowisku Medycznemu i Każdemu z Nas z osobna, aby Zmartwychwstały Chrystus Pan napełniał swoim Życiem nasze serca.

ks. Władysław Duda
duszpasterz środowisk medycznych Archidiecezji Warszawskiej



Fot. M. Najdzik

Jakość i korporacyjność

PIOTR PAWLISZAK, prezes ORL w Warszawie

ODDAJĘ NINIEJSZY TEKST DO DRUKU W KILKA DNI PO ZAKOŃCZENIU OBRAD SENACKIEJ KOMISJI ZDROWIA, KTÓRA REKOMENDUJE ODRZUCENIE PROJEKTU USTAWY O JAKOŚCI W OCHRONIE ZDROWIA. SŁYCHAĆ GŁOSY MÓWIĄCE WRĘCZ O NIEZGODNOŚCI TEGO PROJEKTU Z KONSTYTUCJĄ RP. JEDNOCZEŚNIE ZREZYGNOWANO ZE ZDECYDOWANEJ WIĘKSZOŚCI SUGESTII, KTÓRE ZGŁOSILIŚMY JAKO SAMORZĄD, WŁĄCZNIE Z GOTOWYM PROJEKTEM USTAWY.

Niemniej jednak z pewną satysfakcją obserwuję rosnące zainteresowanie tematyką *no-fault* i wiązanie go wprost z zagadnieniem jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta. Choć długa droga przed nami, wygląda na to, że złapaliśmy właściwy kierunek, a podążanie we właściwym kierunku, w swoim tempie, rokuje lepiej niż pęd na oślep.

Idąc z duchem promowania jakości i sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu, należy zwrócić uwagę na dwa aspekty.

Po pierwsze, na rolę samorządu w kształceniu lekarzy i naszą nową wizję funkcjonowania Ośrodka Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie, o czym w wywiadzie na łamach tego numeru „Pulsu” mówi dyrektor Maciej Cyran. Czując potrzebę wyjścia naprzeciw Państwa oczekiwaniom, zachęcam do wypełnienia ankiety dotyczącej oczekiwań szkoleniowych, która została zamieszczona na stronie izby.

Po drugie, na wielowątkowy aspekt „korporacyjności” samorządu. Zapewne wielu z Państwa

„korporacja” kojarzy się z bezdusznym wyzyskiem. Minister Niedzielski używa tego sformułowania w formie oskarżenia samorządu, który realizuje swój konstytucyjny obowiązek stania na straży należytego wykonywania zawodu i zgłasza wątpliwości dotyczące nowych kierunków medycznych otwieranych w coraz to nowych miastach, które częściowo podziela również Rada Organizacji Pacjenckich. Argumentów o korporacyjności izb używa też parlamentarny Zespół ds. Funkcjonowania Izb Lekarskich, który podważa zasadność funkcjonowania pionu odpowiedzialności zawodowej, sugerując ustami polityków, że należy wprowadzić do tych komórek prokuratorów, co byłoby równoznaczne z utratą przez nie niezależności. Byłaby to duża szkoda, gdyż od lat powtarzamy, że zdrowie nie ma barw politycznych.

Dbajmy o to, by rozmawiać o ideach, nie o partiach. Po dziewięciu latach pracy w nowoczesnej korporacji medycznej widzę proste powiązanie między szeroko postrzeganą kulturą organizacyjną a jakością opieki. Tej samej refleksji oczekiwałbym od rządzących, niezależnie od łatki przypinanej samorządowi. ●

Nowy początek Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów

ODZ OIL W WARSZAWIE TO PIERWSZA TEGO TYPU JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA W POLSCE. ZAJMUJE SIĘ M.IN. REJESTRACJĄ DZIAŁALNOŚCI EDUKACYJNEJ POMOCNEJ W WYKONYWANIU ZAWODU LEKARZA, POTWIERDZANIEM ZDOBYTYCH PRZEZ LEKARZY PUNKTÓW EDUKACYJNYCH ORAZ KONTROLĄ JAKOŚCI SZKOLEŃ ZEWNĘTRZNYCH. O SWOICH PLANACH I POTRZEBIE ZMIAN MÓWI NOWY DYREKTOR ODZ DR N. MED. **MACIEJ CYRAN**, LEKARZ SPECJALISTA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

To pana pierwsza funkcja w samorządzie?

Kierownicza? – tak, ale od roku mam również zaszczyt zasiadać w Okręgowym Sądzie Lekarskim naszej izby.

Jakie są pana odczucia związane z tymi obowiązkami?

Praca w sądzie lekarskim jest dla mnie bardzo satysfakcjonująca. Cieszę się, że mogę połączyć swoją wiedzę i doświadczenie medyczne z inną interesującą mnie dziedziną – prawem. Każdego dnia uczę się czegoś nowego, rozwijam umiejętności. Z kolei Ośrodek Doskonalenia Zawodowego jest dla mnie nowym wyzwaniem i narzędziem pokazania lekarzom i lekarzom dentystom, że Izba Lekarska w Warszawie chce pomóc im się rozwijać zgodnie z ich aktualnymi potrzebami.

Pańskie plany na ten rok?

Przede wszystkim chciałbym przeorganizować szkolenia realizowane przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego i zwiększyć ich atrakcyjność oraz dostępność. Wymaga to dużego nakładu pracy i środków, dlatego w tym roku na szkolenia ODZ przeznaczono trzykrotnie wyższy budżet niż w roku ubiegłym. W porozumieniu z wiceprezes ORL dr Olgą Rostkowską wprowadziliśmy już nowy podział szkoleń na obejmujące kompetencje miękkie, które mają pomóc lekarzom w codziennej pracy (np. umiejętność negocjacji, radzenia sobie ze stresem, delegowania obowiązków), i kompetencje twarde, czyli kursy typowo specjalistyczne, np. dotyczące zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych, nieodzownych w pracy lekarzy wielu specjalności, a także z wykorzystania USG – coraz częstszego narzędzia pracy nie tylko w rękach lekarzy radiologów. Ponadto chcemy zaoferować szkolenia przeznaczone głównie dla lekarzy dentystów oraz kursy z zakresu ochrony prawnej lekarzy i lekarzy dentystów.



Z tematyką naszych szkoleń pragniemy dotrzeć do jak największej liczby lekarzy naszej izby. W tym celu przeprowadzamy ankietę dotyczącą potrzeb szkoleniowych. Gorąco zachęcam członków OIL w Warszawie do jej wypełnienia. Można ją znaleźć na naszej stronie internetowej w zakładce z listą szkoleń.

W przyszłości zamierzamy poszerzać działalność o współpracę z innymi izbami. Moglibyśmy w ramach takich porozumień, jakie dotychczas zawarliśmy

z izbami szczecińską i bydgoską, podjąć wspólne inicjatywy. Tego rodzaju współpraca pozwoli na wymianę doświadczeń, uzupełnianie wiedzy, a także efektywniejsze wykorzystanie zasobów infrastrukturalnych i kadrowych.

Szkolenia będą prowadzone w Warszawie, a co proponujecie członkom spoza stolicy?

Na razie plany obejmują Warszawę. W przypadku szkoleń praktycznych

z częścią warsztatową, jak kursy posługiwania się USG, chcemy wykorzystać istniejącą infrastrukturę w postaci centrów symulacji, których dostępność jest większa w stolicy. Należy wspomnieć, że w dobie pandemii rozwinęła się gałąź szkoleń w formie online i hybrydowej, co spotkało się z entuzjazmem części lekarzy. W związku z tym planujemy organizację kursów również w takiej formie. Nie dotyczy to jednak szkoleń warsztatowych, w przypadku których kontakt bezpośredni z instruktorami jest nieodzowny.

Jak przebiega współpraca z Delegaturą Radomską?

Rozmawiałem z wiceprezesem ORL, przewodniczącym Delegatury Radomskiej dr. Karolem Stępniewskim i zgodziliśmy się, że jeśli będzie wystarczająco duże zapotrzebowanie na szkolenia stacjonarne w Radomiu, to je tam zorganizujemy. Tym bardziej zachęcam lekarzy i lekarzy dentyistów z Radomia do licznego udziału w ankiecie dotyczącej zapotrzebowania szkoleniowego.

Jakie zmiany są konieczne?

Rozpowszechnienie informacji o obowiązku doskonalenia zawodowego wynikającym z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Niestety, zdarza się, że nasi koledzy nie zdają sobie z tego sprawy albo zwyczajnie nie wiedzą, jak ów obowiązek spełnić. Tymczasem zdobycie wymaganych punktów edukacyjnych jest proste, a lekarze często nie są świadomi, że dawno zgromadzili odpowiednią ich liczbę w danym okresie rozliczeniowym. Uzyskuje się je chociażby wraz ze specjalizacją (50 pkt. za każdy ukończony rok). Ponadto uczestnictwo w konferencjach, a nawet przynależność do towarzystw naukowych i współautorstwo artykułów naukowych również przynoszą punkty edukacyjne. Warto dopełniać obowiązek doskonalenia zawodowego, zwłaszcza że – przy obecnie dynamicznie zmieniającym się porządku prawnym – ten fakt może stać się naszą tarczą w postępowaniach przed organami ścigania. Otrzymujemy już wnioski od pełnomocników procesowych o udzielenie informacji w kwestii dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez ►►



Fot. P. Kólczyk

- ▶ poszczególnych lekarzy biegłych sądowych w celu zdyskredytowania przed sądem ich opinii.

Może należy rozważyć bardziej rygorystyczny sposób kontrolowania lekarzy w zakresie kształcenia ustawicznego?

Obecny brak mechanizmów przymusu respektowania omawianego obowiązku wynika z zapisów ustawy, która mówi, że lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego. Uważam jednak, że stosowanie metody kija nie byłoby dobrym rozwiązaniem. Bardziej sensowne wydaje się popularyzowanie właściwych postaw i wskazywanie benefitów, a nie negatywnych konsekwencji niewypełniania obowiązku.

Jak przebiega proces składania dokumentów?

Punkty nie są automatycznie zapisywane po odbyciu szkolenia lub po udziale w konferencji, na co oczywiście wpływa fakt, że zewnętrzni organizatorzy nie przekazują takich danych do izb lekarskich. Dotychczas zdobyte punkty lekarz musiał zgłosić w ODZ osobiście. W dobie informatyzacji uprościliśmy ten proces, umożliwiając przekazywanie zaświadczeń drogą elektroniczną. Dokumenty, których lista znajduje się na stronie ODZ, można wysłać przez formularz na stronie izby. W przyszłości planujemy stworzyć system obiegu dokumentów podobny do pozwalających sprawnie załatwiać wszelkie urzędowe sprawy przez Internet. Jednocześnie uspokajam lekarzy, którzy wolą formę analogową,

że nadal będziemy w ODZ przyjmować dokumenty w wersji papierowej.

Czy izby mają wystarczające uprawnienia do sprawdzania jakości szkoleń zewnętrznych, za które przyznawane są punkty?

Moim zdaniem – nie. Obowiązujące prawodawstwo umożliwia nam kontrole w formie wizytacji, sprawdzania dokumentacji, zasięgania opinii uczestników oraz kadry dydaktycznej. Kontrole podmiotów realizujących szkolenia są ograniczone przepisami prawa. Muszą być zapowiedziane z ustawowym wyprzedzeniem. Często okres od złożenia wniosku o rejestrację podmiotu i wydarzenia do jego realizacji jest krótszy niż wskazany w ustawie, co uniemożliwia nam przeprowadzenie kontroli. W takim przypadku pozostaje nam odmówić lub przyznać punkty na podstawie dostarczonych dokumentów. Niemniej jednak pozostajemy otwarci na zmiany legislacyjne i chętnie uczestniczylibyśmy w pracach nad nimi.

Szykujecie nowości?

Należy wspomnieć o nowym, ciekawym projekcie – planowanej refundacji kosztów doskonalenia zawodowego. Członek izby, który złoży wniosek, będzie mógł otrzymać refundację w wysokości nawet 1000 zł za opłacone przez niego kształcenie zawodowe w różnych formach, takich jak studia podyplomowe, kursy, konferencje, a nawet zakup książek, pod warunkiem spełnienia regulaminowych wymagań, m.in. aktualizacji danych w rejestrze lub wspomnianego rozliczenia się z punktów edukacyjnych. Z refundacji mogą skorzy-

stać także lekarze stażyści (regulamin wyłącza w ich przypadku obowiązek rozliczenia punktów edukacyjnych, ponieważ obowiązek obejmie ich dopiero po uzyskaniu pełnego prawa wykonywania zawodu). Już teraz zachęcamy wszystkich lekarzy do śledzenia informacji na stronie internetowej OIL w zakładce ODZ i skorzystania z propozycji, która z pewnością pomoże w poszerzaniu wiedzy i doskonaleniu umiejętności. W tym roku ORL zdecydowała przeznaczyć na ten cel 1 mln zł, co pozwoli na objęcie refundacją znacznej liczby członków izby.

Chciałby pan przekazać coś kolegom po fachu?

Trzeba ciągle się rozwijać, ponieważ świat i metody leczenia stale się zmieniają. Dlatego ważne jest, aby być na bieżąco. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie przewiduje, że wraz z osiągnięciem pewnego wieku kończy się obowiązek doskonalenia zawodowego. Uważam to za słuszne, bo lekarze i lekarze dentyści, podejmując decyzję o kontynuowaniu aktywności zawodowej, powinni nadążać za zmieniającą się medycyną, aby leczyć pacjentów z zachowaniem należytej staranności i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Pana najważniejszy cel?

Chciałbym, aby dostępność i tematyka szkoleń była coraz atrakcyjniejsza dla członków OIL w Warszawie. Życzyłbym też sobie, żeby podczas zapisów na szkolenia zawsze konieczne było tworzenie list rezerwowych ze względu na duże zainteresowanie ofertą ODZ. ●

Rozliczenie punktów edukacyjnych

Przygotuj: **dokumentację odbytych szkoleń**

Dostarcz do Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarz Dentystów OIL w Warszawie:

- pocztą tradycyjną,
- osobiście do biura ODZ,
- w formie elektronicznej przez formularz na stronie internetowej izba-lekarska.pl, w zakładce Punkty Edukacyjne.

Moja składka – co warto wiedzieć?

Jaka jest obecnie wysokość składki?

- 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.

Jak mogę złożyć wniosek do Komisji?

Wniosek można wysłać pod adresem: skladki@oilwaw.org.pl
Składka może być obniżona o połowę lub wnioskujący może być zwolniony z jej opłacania.



Masz pytania?

Skontaktuj się z nami!
Na Wasze pytania dotyczące składek czekamy pod adresem e-mail: skladki@oilwaw.org.pl

Kto może ubiegać się o zwolnienie z obowiązku opłacania składki?

Może to zrobić **każdy lekarz w trudnej sytuacji życiowej**. Wnioskiem zajmie się Komisja ds. Zwolnień Lekarzy z Obowiązku Opłacania Składki Członkowskiej.

Na co przeznaczana jest składka?

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

- ubezpieczenia OC,
- opieki prawnej,
- pomocy pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów,
- Funduszu Samopomocy (becikowego, pożyczek socjalnych i szkoleniowych, zapomóg losowych, odpraw pośmiertnych),
- szkoleń,
- stypendiów/dofinansowań,
- dofinansowania szczepień ochronnych,
- zajęć organizowanych przez Komisję ds. Sportu,
- zajęć Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor”.

WIĘCEJ INFORMACJI ZNAJDZIESZ NA:
[HTTPS://IZBA-LEKARSKA.PL/](https://izba-lekarska.pl/)

OBSERWUJ NAS:   

Przypływy i odpływy

ZATRZYMALIŚMY ODPŁYW LEKARZY. MAMY ICH W SYSTEMIE O KILKANAŚCIE TYSIĘCY WIĘCEJ NIŻ W ROKU 2015 – PRZEKONUJE MINISTER ZDROWIA ADAM NIEDZIELSKI.

JEDNAK BADANIA, JAKIE PROWADZĄ NAUKOWCY Z UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO, DOWODZĄ, ŻE NAWET JEŚLI SYTUACJA SIĘ USTABILIZOWAŁA, TRUDNO PRZESĄDZAĆ, NA JAK DŁUGO.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

Temat migracji lekarzy – i szerzej: kadr medycznych – był omawiany na marcowym VIII Kongresie Wyzwań Zdrowotnych (HCC) w Katowicach. Zaprezentowano tam nowe wyniki badań prowadzonych na Wydziale Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych UW. Prace badawcze objęły studentów VI roku kierunku lekarskiego, studiujących zarówno w języku polskim, jak i angielskim, z 13 akademickich uczelni medycznych.

– *Robimy badania powtórzone. Badamy co roku bardzo podobną grupę osób i sprawdzamy, czy nastąpiły jakieś zmiany. Następnie wracamy do osób, które rok wcześniej uczestniczyły w badaniu, by przekonać się, co się u nich zmieniło: czy wyjechali, co się z nimi dzieje. Podstawowym celem jest uchwycenie zmian migracyjnych w czasie i przestrzeni* – mówił prof. Maciej Duszczyk podczas HCC. – *Dysponujemy już prawie 500 ankietami w języku polskim i blisko 100 w angielskim. To bardzo duża próba, bo obejmuje około 20 proc. studentów VI roku. Pozwala to na wyciągnięcie wniosków.*

W ubiegłym roku pytano studentów, czy pandemia COVID-19 stanowi niezależny czynnik wpływający na trend migracyjny. – *Studenci mówili, że wzmacnia tendencję migracyjną, ale nie jest kluczowym czynnikiem. Sam COVID-19 nie skłania do migracji. Bardzo podobny wniosek płynie z badań w kontekście wojny na Ukrainie. Na pytanie, czy przyczynia się ona do zwiększenia migracji lekarzy, studenci odpowiadają twierdząco, ale na pytanie, czy oddziałuje na ich własny potencjał migracyjny, odpowiadają już – nie* – relacjonował prof. Maciej Duszczyk.

Co więc zdecydowanie najmocniej wpływa nie tyle na decyzje o wyjeździe, ile na gotowość do takiej decyzji? – *Byliśmy pewni, że głównymi czynnikami będą wynagrodzenie, kariera itd. Z zaskoczeniem obserwowaliśmy, zarówno w pierwszej, jak i drugiej turze badania, że najbardziej wzmacniają potencjał migracyjny czynniki polityczno-społeczne i hejt* – twierdził naukowiec. Czynniki społeczno-polityczne to jednak nie tyle poglądy, sympatie do takiego czy innego obozu politycznego, ile odbiór tzw. atmosfery w kraju przez młodych ludzi. – *Oni czują, że się tutaj duszą* – podkreślił ekspert. – *Stabilność państwa i jego instytucji bardzo mocno ich niepokoi.* Na wysokich miejscach nadal znajdują się takie kwestie jak warunki pracy, kariera zawodowa (możliwość rozwoju zawodowego) i wynagrodzenia.

Co trzeci student kierunku lekarskiego, studiujący w języku polskim, bierze pod uwagę emigrację. Dobra, z punktu widzenia decydentów, wiadomość brzmi, że zdecydowana większość zapewnia, iż decyzji o wyjeździe nie podejmie bezpośrednio po studiach. Część twierdzi, że rozważy ją po stażu, część – dopiero po uzyskaniu specjalizacji. Korzystny dla polskiego systemu jest też fakt, że duża część deklarujących gotowość do wyjazdu podczas pierwszej tury badania jednak nie zdecydowała się (jeszcze) na emigrację. Co więcej, osoby te wyraziły nieco mniejszą gotowość do wyjazdu (choć jej nie wycofały). I równie ważna (i pozytywna) informacja: przyszli lekarze zapewniają, że ich ewentualna decyzja o emigracji nie byłaby – czy nie będzie – decyzją „na stałe”.

Niekorzystnie natomiast trzeba ocenić decyzje władz dotyczące newralgicznych obszarów: bezpieczeństwa pracy (które staje pod znakiem



zapytania, ze względu na brak systemu *no-fault*), a także nasilającego się zjawiska hejtu wobec lekarzy.

Gdzie chcą wyjechać adepci medycyny, którzy myślą o emigracji? Głównie do Niemiec. – *To wciąż pierwszy kraj, do którego wyjazd rozważają młodzi medycy. Na drugim miejscu znajdują się państwa skandynawskie, na trzecim Szwajcaria. Wielka Brytania dziś jest dopiero na czwartym miejscu. To zasadnicza zmiana, ponieważ jeszcze kilka lat temu była głównym celem migracji. Wszystko zmienił brexit i problemy, z jakim zmagają się National Health Service. Wielka Brytania przestała już być tak atrakcyjna* – uważa prof. Duszczyk.

W ramach badania zapytano również studentów, czy rosnąca liczba kierunków lekarskich w Polsce rozwiąże problem dostępu do lekarzy. Minister zdrowia Adam Niedzielski podkreślił podczas wystąpienia otwierającego HCC, że jest „*zdeteminowany, by w najbliższych latach liczba lekarzy rosła lawinowo*”. – *Średnia odpowiedzi w skali od 1 do 5 wyniosła 1,7; młodzi ludzie nie wierzą, że to rozwiąże problem. „Wyprodukowanie” lekarzy nie daje gwarancji likwidacji zjawiska ich braku na rynku pracy* – mówił prof. Duszczyk.

– *Być może powinniśmy zmienić akcenty w ochronie zdrowia, żeby nowe zawody czy też inne zawody poszerzyły swoją odpowiedzialność za zdrowie populacji. Dostrzegamy działania ministerstwa mające na celu znaczące podniesienie liczby lekarzy. Tylko że efekt przyjdzie w ciągu dziesięciu lat, kiedy około 35 proc. populacji Polski przekroczy 65. rok życia. Wtedy potrzeby zdrowotne będą nieprawdopodobnie wysokie* – podkreślał Artur Białoszewski, epidemiolog, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia środowiskowego.

Zwłaszcza że emigracja zewnętrzna to tylko część problemu. W dyskusji zwracano uwagę, że obecnie równie duże znaczenie ma emigracja w ramach środowiska. Jej kierunek jest jednoznaczny – z lecznictwa szpitalnego do otwartego oraz, równoległe, z systemu publicznego do prywatnego. Dotyczy to zresztą nie tylko lekarzy. – *Młodzi ludzie po studiach najczęściej nie chcą pracować w publicznym systemie ochrony zdrowia, który nie zapewnia im oczekiwanych warunków, m.in. komfortu, który mają w systemie prywatnym, u prywatnych pracodawców, gdzie bada się, jaką ścieżkę kariery mogą obrać, co dla nich jest dobre, co ważne, gdzie dba się o atmosferę w miejscu pracy* – mówił Gilbert Kolbe, koordynator zespołu pielęgniarskiego w Jutro Medical.

Grażyna Cebula-Kubat, przewodnicząca OZZL, podkreślała, tłumacząc chęć wyjazdu zagranicę, że lekarze wskazują najczęściej możliwość szybszego uzyskania wymarzonej specjalizacji, lepszą organizację systemu oraz możliwość życia w zgodzie z zasadą *work life balance*: – *Na ostatnim miejscu wymieniany jest zwykle czynnik finansowy. Migracja w ramach środowiska dotyczy przede wszystkim przenoszenia się ze szpitali publicznych do prywatnych i do AOS. Wiąże się to, jeśli chodzi o sektor prywatny, z dużo lepszymi zarobkami, organizacją pracy i atmosferą. Tam się szanuje pracownika. W AOS lekarz jest bardziej doceniany jako specjalista i – najważniejsza sprawa: nie musi dyżurować. Częstym powodem napięć w szpitalach jest właśnie obsada dyżurów. Problem nakręca też spiralę płacową, bo dyrektorzy – chcąc uchronić się przed zawieszaniem czy zamykaniem oddziałów utrudniającym lub uniemożliwiającym realizację kontraktu z NFZ – oferują „pod przymusem” stawki, na które na dobrą sprawę szpitali nie stać.* ●

Komunikacja to fundament bezpieczeństwa pacjenta

BEZPIECZEŃSTWO JEST TYM WYMIAREM JAKOŚCI OPIEKI MEDYCZNEJ, KTÓRY MA PODSTAWOWE ZNACZENIE DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN. WAŻNYM I CZĘSTYM ŹRÓDŁEM BŁĘDÓW MEDYCZNYCH, TAKŻE NAJPOWAŻNIEJSZYCH W SKUTKACH, JEST NIEPOPRAWNA KOMUNIKACJA. WEDŁUG DANYCH Z BAZY AMERYKAŃSKIEJ JOINT COMMISSION WIODĄCĄ PRZYCZYNĄ ZDARZEŃ OSTRZEGAWCZYCH (*SENTINEL EVENTS*) W STANACH ZJEDNOCZONYCH SĄ WŁAŚNIE BŁĘDY W KOMUNIKACJI. JEŻELI WEŹMIEMY POD UWAGĘ, JAK WIELE INTERAKCJI MIĘDZYLUDZKICH MA MIEJSCE CODZIENNIE W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH, PIERWSZORZĘDNE ZNACZENIE SPRAWNOŚCI KOMUNIKACYJNEJ WSZYSTKICH PRACOWNIKÓW ORAZ WPROWADZENIA STANDARDÓW DOTYCZĄCYCH ZASAD PRZEKAZYWANIA INFORMACJI WYDAJE SIĘ OCZYWISTE.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szalirski

Niestety, w Polsce poza ośrodkami akademickimi o komunikacji medycznej myśli się zazwyczaj wąsko i fragmentarycznie. Nadal zaskakująco często sprowadza się ją do wymiaru „satysfakcji pacjenta”, postrzeganego jako klient, którego zadowolenie można wywołać gestem i uśmiechem, szczególnie wówczas, gdy niewiele można mu zaferować. Niektórzy prowadzący szkolenia komercyjne bardzo dosłownie czerpią z techniki sprzedażowych, nie poświęcając uwagi prawom pacjenta i etyce lekarskiej. Motywowanie do zmiany zlewa się niebezpiecznie z manipulacją, a lekceważenie psychologicznego wymiaru choroby skutkuje zalewem szybkich kursów radzenia sobie z „pacjentem agresywnym i roszczeniowym”. W morzu takich ofert ginie prosta prawda: komunikacja nie jest dodatkiem ani ozdobnikiem, ale podstawowym narzędziem pracy w praktyce klinicznej.

Zrozumienie znaczenia tego faktu doprowadziło do szerszego włączenia zagadnień komunikacji w programy nauczania zawodów medycznych na całym świecie. Także w Polsce

uniwersytety medyczne od lat eksperymentują z praktycznymi metodami szkolenia i doskonalenia umiejętności rozmowy z pacjentem, zbierania wywiadu, przekazywania niepomysłnych informacji, porozumiewania się w zespole terapeutycznym. Rekomendacje dotyczące kształcenia umiejętności komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym opublikowało Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej. Niebawem nastąpi rewizja efektów uczenia się, która m.in. ma zwiększyć znaczenie dobrego komunikowania się jako kompetencji wymaganej od przyszłego lekarza. Podobny proces zachodzi w przypadku kształcenia podyplomowego. Aby jednak wysiłki te przełożyły się na realne zmiany w systemie ochrony zdrowia, potrzebne jest dostrzeżenie problemów nieformalnego i ukrytego programu (*informal and hidden curriculum*).

Ukryty program został wcześniej zdefiniowany w odniesieniu do nauczania etyki lekarskiej. Bioetycy szybko zauważyli, że zasady autonomii pacjenta lub argumenty za jego prawem do podejmowania decyzji, przedstawiane na

formalnych kursach, spływają po studentach jak woda po gęsi, jeśli w rzeczywistych warunkach klinicznych ich starsi koledzy stosują odmienne systemy wartości, np. wyznając staromodny paternalizm. Kazimierz Szewczyk odnotował, że nabywanie przez studentów negatywnych nawyków, np. poczucia wyższości i arogancji wobec pacjentów, nasila się wraz z latami studiów. Zatem nieformalne wpływy edukacyjne wynikają z bezpośrednich obserwacji zachowań kolegów w szpitalu lub

z efektów wieloletowości jest brak więzi w zespołach medycznych. Niebezpiecznym momentem, ze względu na ryzyko powstania błędów w komunikacji, jest przekazanie pacjenta do innej placówki, ale też pod opiekę innego lekarza podczas zmiany obsady na oddziale. Aby niebezpieczeństwu przeciwdziałać, opracowano protokoły standaryzacji formy przekazu najważniejszych informacji, takie jak system SBAR. Wymagają one jednak, by cały personel znał i rozpoznawał je jako



Zasady autonomii pacjenta lub argumenty za jego prawem do podejmowania decyzji, przedstawiane na formalnych kursach, spływają po studentach jak woda po gęsi, jeśli w rzeczywistych warunkach klinicznych ich starsi koledzy stosują odmienne systemy wartości.



Fot. licencja OIL w Warszawie

poradni. Podobnymi obserwacjami dzielą się często wykładowcy prowadzący zajęcia z komunikacji. Nawet najlepsze metody nauczania, odejście od „teoretyzowania” na rzecz praktycznych ćwiczeń w centrach symulacji medycznych, na niewiele się zdadzą, jeśli w praktyce studenci lub młodzi lekarze będą świadkami „rzucenia rozpoznaniem” *en passant* na korytarzu lub w sali pełnej przysłuchujących się pacjentów zamiast zastosowania jednego z protokołów przekazywania trudnego rokowania. Innymi słowy, bez zbliżenia oficjalnego wzorca dobrej komunikacji z tą realną zmianą w programach nauczania pozostaną głównie ćwiczeniem intelektualnym. Z tego powodu w wielu krajach, m.in. w Norwegii, liderami zmian uczyniono ordynatorów oddziałów szpitalnych. To ich w pierwszym rzędzie przeszkolono, by stali się apostołami komunikacji, szkolącymi swoje zespoły, by trafiający na zajęcia praktyczne adepci medycyny nie musieli mierzyć się z dysonansem poznawczym.

W tym miejscu trafiamy na prawdziwą podwodną rafę czyhającą na reformatorów w Polsce. Otóż właściwe porozumiewanie się oprócz kompetencji poszczególnych pracowników wymaga także spójnych i przyjaznych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia. Błędy komunikacyjne można bowiem dopełnić ze zmęczenia, a nie z braku przeszkolenia. Jednym

oczywiste ramy komunikacji. Gdy lekarz jest kilka godzin tu i kilka godzin tam, obsługując różne placówki stosujące różne rozwiązania, cierpi na tym bezpieczeństwo i ciągłość opieki nad pacjentem. Innymi słowy, dobra komunikacja w klinikach nie pojawi się, jeśli wyposażone w wysokie kompetencje jednostki trafią do strukturalnie utrudniającego komunikację środowiska pracy.

Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia takie błędy oznaczają porażkę, gdy chory, który spodziewa się pomocy, narażony jest na ryzyko utraty zdrowia, a nawet życia. Dodatkowe koszty leczenia powikłań i utraty sprawności oraz odszkodowania to zauważalny ekonomiczny wymiar zdarzeń niepożądanych. Nie mniejsze znaczenie mają trudniejsze do zmierzenia szkody, takie jak cierpienie psychiczne i utrata zaufania do systemu ochrony zdrowia. Także personel zaangażowany w te trudne sytuacje płaci zwykle swoją cenę, w tym niebagatelną cenę emocjonalną. Poprawa komunikacji z pacjentem, porozumienia w zespole terapeutycznym, a także wymiany informacji między różnymi zespołami i świadczeniodawcami sprawującymi opiekę nad chorym stanowi fundament kultury bezpieczeństwa i jakości ochrony zdrowia. Nie wystarczy jednak przeszkolenie personelu. Równoległe muszą zmieniać się rozwiązania systemowe, które dziś systemowo utrudniają komunikację. ●

Literatura zamieszczona na stronie internetowej „Pulsu”.

Kwestia sumienia w pracy medyka

W OCHRONIE ZDROWIA, PODOBNIK JAK W INNYCH DZIEDZINACH ŻYCIA SPOŁECZNEGO, POLE KONFLIKTU ŚWIATOPOGLĄDOWEGO STAŁE SIĘ ROZRASTA. ISTNIEJĄ TRZY PODMIOTY, KTÓRE ODGRYWAJĄ TU WAŻNE ROLE: MEDYK, JEGO PRACODAWCA I PACJENT, A REALIZACJA PROCEDUR MEDYCZNYCH WCIAŻ BUDZI WIELE WĄTPLIWOŚCI. OCZYWIŚCIE, OGROMNA CZĘŚĆ ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH UDZIELANA JEST RUTYNOWO, TO ZNACZY NIE WIĄŻĄ SIĘ Z NIMI ŻADNE KONTROWERSJE NATURY ŚWIATOPOGLĄDOWEJ. JEDNAK ATOMIZACJA SPOŁECZEŃSTWA NIEUCHRONNIE PROWADZI DO WZROSTU LICZBY SPRAW, KTÓRYCH ROZSTRZYGNIĘCIE WCHODZI JUŻ W ZAKRES WOLNOŚCI ŚWIATOPOGLĄDOWEJ, I DYSKUSJE SPOŁECZNE SĄ WÓWCZAS NIEUNIKNIONE.

tekst **DARIUSZ PATER**



Fot. archiwum

Godność człowieka, sumienie, wolność przekonań to pojęcia uniwersalne i podstawowe zarówno w zachodnich systemach prawnych, jak i w polskim. Wprost wskazane są w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Art. 30 mówi, że „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”. W art. 53 znajdziemy zaś zapis: „Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie”. Natomiast art. 31 gwarantuje ochronę prawną wolności człowieka i zobowiązuje każdego do szanowania wolności i prawa innych.

Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka oraz wolność sumienia stanowią ludzkie atrybuty, wykonywanie zawodu medycznego nie może czynić w nich uszczerbku. Owszem, medycy mają prawo do stosowania klauzuli sumienia, czyli lekarz, pielęgniarka, położna lub farmaceuta mogą odmówić wykonania świad-

czeń ze względu na swoje przekonania, a klauzula sumienia ma swoje umocowanie prawne w przepisach konstytucji. Osób wykonujących zawody medyczne dotyczą również uregulowania zawarte w Ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r. Lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30). Jeśli lekarz zdecyduje się na odstępianie od udzielenia świadczenia, ponieważ chce pozostać w zgodzie ze swoim sumieniem, musi wskazać pacjentowi realne możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej oraz uzasadnić swój wybór i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Zatem wolność sumienia ma mocne umocowanie prawne. Także prawo międzynarodowe gwarantuje jej ochronę, np. w art. 9 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności czy w art. 10 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej.

Cóż jednak robić w przypadku kolizji światopoglądowej powstającej między medykiem a pacjentem? W procesie leczenia pacjent występuje z reguły w pozycji słabszej niż medyk.



Nie oznacza to jednak, że nie przysługują mu konstytucyjne prawa do zachowania wolności sumienia. Naturalna postawa uległości, występująca w relacji pacjent – medyk, jest bardzo często niewymuszona. **Pacjenci niejednokrotnie sami wchodzą w rolę „ofiary losu”, gdyż choroba, słabość, cierpienie niejako predestynują ich do tego. Jednak wykorzystywanie tej sytuacji przez medyka i nachalne wywieranie presji światopoglądowej jest w takich sytuacjach niedopuszczalne.**

Trzeba zaznaczyć, że światopogląd może łączyć w głębokiej, subiektywnej syntezie różne, czasem sprzeczne ze sobą poglądy. Może zawierać prawdy i domniemania. Lekarz, który w procesie leczenia opiera się na aktualnej wiedzy medycznej, nie gwarantuje wcale, że droga leczenia, którą wybierze, jest jedyną słuszną. Przecież przez lata „aktualna wiedza medyczna” uzasadniała choćby wykonywanie lobotomii. Co więcej, nie sposób oddzielić tego, co jest „tylko” wiedzą medyczną, od tego, co jest „jedynie” światopoglądem lekarza. Te sfery spotykają się w jednym podmiocie, w osobie, i są integralne.

Można by jednak powiedzieć: niech lekarze dzielą się z pacjentami swoją wiedzą, ale niech nie rozstrzygają za nich tego, co jest dobre, a co złe. To oczywiście utopia, gdyż ogromna liczba pacjentów nie ma pojęcia o procesie chorobowym

i sposobach leczenia. Nie dysponuje również taką wiedzą, aby wejść w dyskusję z medykiem, a co dopiero, by dokonać istotnego, z medycznego punktu widzenia, wyboru. Niemniej jednak taki wybór powinien pacjent mieć. I ma. Dowodem są dziesiątki zgód podpisywanych przez pacjentów przy byle wizycie w szpitalu, a to na wbicie wenflonu, a to na pobranie krwi albo na przekazanie rodzinie informacji o niespodziewanej śmierci. Jeśli jednak mimo to pacjent poczuje, że medyk w sposób nieuprawniony naruszył jego sferę światopoglądową, że przekroczył granice szacunku czy wolności, może złożyć skargę i zacząć walkę o swoje prawa. Informacje na temat praw pacjenta udostępnione są na ogół w gablotach szpitalnych lub poradnianych.

W sferze świadczenia usług medycznych, zarówno na poziomie języka, jak i relacji społecznych, postępuje proces zwany mechanizacją. Dzisiaj nie używamy już pojęcia służby zdrowia. Nie ma co nawet wspominać o jakiegokolwiek służbie, jeśli pacjenci oraz udzielający świadczeń muszą przede wszystkim dostosowywać się do procedur. Procedury medyczne wpływają na zoptymalizowanie procesu leczenia. Powoduje to jednak dehumanizację, wypiera etykę, kulturę, empatię. Nierzadko pierwszą ofiarą tych procedur jest zdrowy rozsądek człowieka. Przykładów są setki, m.in. dr Jolanta Tyczyńska ma zapłacić ponad 161 tys. zł, gdyż przepisywała małym pacjentom nierefundowane mleko zastępcze. Ratowała ich życie, ►►

- ▶ ponieważ dzieci tolerowały tylko ten konkretny produkt, a na refundowany miały alergię. Z drugiej jednak strony warto zauważyć, że każde świadczenie medyczne jest dobrem rzadkim i jakieś reguły powinny określać jego reglamentowanie. Ale czemu lekarze promujący określone leki, przepisujący je pacjentom, otrzymują różnego rodzaju gratyfikacje, a inne leki, skuteczne, są wypierane z rynku farmaceutycznego, ponieważ rządzi się on swoimi prawami, konkurencyjnością, ceną, refundacją. Wiele skutecznych leków polskich producentów wywożonych jest zagranicę, ponieważ u nas są za tanie i nie opłaca się ich sprzedawać.

Wszelkie dziedziny życia społecznego, w tym sfera medyczna, są w coraz większej mierze regulowane przez prawo. **Niestety, prawo ze swoją aksjologią efektywności staje się często uzurpatorem sumień.** Mowa tu o prawie pozytywnym (prawie stanowionym), które w czasach ponadnarodowych procesów integracji nie jest już tylko wolą suwerena (w naszej konstytucji wciąż jest nim naród), lecz staje się wolą choćby sędziów orzekających w ETS, niemających legitymacji demokratycznej. W systemach regulujących, bardziej niż w prawie stanowionym, opartym na etyce, rozsądku, wspólnie akceptowanych wartościach i zasadach współżycia społecznego, nie istnieje konieczność rozrostu abstrakcyjnych konstruktów prawnych i konkretyzowania ich zgodnie z kazuistyką orzecznictwa.

Na razie leczeniem zajmuje się uprawniony do tego człowiek, nie algorytm albo sztuczna inteligencja. Procedura medyczna wciąż pozostaje sprawą drugoplanową, przynajmniej wedle obowiązującego prawa. Redukowanie roli człowieka leczącego do pozycji zoptymalizowanego automatu, wykonującego tylko określone procedury, i kastrowanie go z poglądów, przyjmowanych i wyznawanych wartości, pozbawianie go prawa

do marginesu błędu lub świadomego odejścia od procedur jest fikcją. Podobną fikcją jak apolityczność sędziego, stale konkretyzująca się w dyskursie teoretycznym i pragmatyce, a tak rzadko spotykana.

Funkcjonujemy w stanie przejściowym. Sarkastycznie podchodząc do tematu, można powiedzieć, że gdy procedury w procesach leczenia staną się już tak zoptymalizowane, że lekarz będzie prawie zbędny, chory zostanie uwolniony od „ryzyka komunikowania się z tym mocno niepewnym elementem procesu leczenia”, a „zbiorowe sumienie” twórców pan-procedury nie będzie naruszać komfortu neutralności pacjenta. Trzeba tylko wiedzieć, że każde znormalizowane postępowanie oparte jest na konkretnej aksjologii. Pacjent leczony przez automaty nie zetknie się (być może) z żadną osobistą presją światopoglądową, będzie jednak podlegał „jedynie słusznym” procedurom.

Światopogląd medyka jest mniej niebezpieczny niż jego sztuczna neutralność. Zostawia on miejsce na rozstrzygnięcie spornej kwestii w sumieniu. Tymczasem fikcja neutralności światopoglądowej to jakby budowa systemu domkniętego. Ostateczną i pełną formą neutralności światopoglądowej jest nieistnienie osoby ją reprezentującej. ●

Dariusz Pater – duchowny, doktor habilitowany nauk teologicznych, profesor nadzwyczajny w Katedrze Personalizmu Chrześcijańskiego na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, bioetyk, psychoonkolog. Jest zastępcą przewodniczącego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.

Konferencja:
Ból i cierpienie
- ognisko światła i ciemności.
Onkologia dziecięca

22 KWIETNIA 2023
GODZ. 10.00

Zapraszamy!

- **stacjonarnie**
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie (ul. Dewajtis 5 - Aula Jana Pawła II)
- **online**
na platformie Cisco Webex Meetings

Wstęp wolny

Organizatorzy:

Plan konferencji: www.bci-uksw.pl

Doskonałość

Z JEDNEJ STRONY IDEAŁ, Z DRUGIEJ PERFEKCJA. MOŻNA BYĆ DOSKONAŁOŚCIĄ, MOŻNA JĄ OSIĄGNAĆ. A WŁAŚCIWIE NIE MOŻNA, BO POWTARZAMY SOBIE, ŻE JEST NIEMOŻLIWA I W OGÓLE „NOBODY’S PERFECT”. POPULARNE POWIEDZENIE „NIKT NIE JEST DOSKONAŁY” BYWA ZRESZTĄ WYGODNYM TŁUMACZENIEM NASZYCH BŁĘDÓW.

tekst JERZY BRALCZYK



Fot. K. Bartyzel

Doskonałość jest w zasadzie stanem skończonym, nic dalej nie ma, więcej i lepiej nie można. Takie *skończenie* bywa ambiwalentne w wielu przypadkach, o tym samym mówiono, że jest *skończenie piękne* albo niby wręcz przeciwnie, że jest *nieskończenie piękne* (nie wiadomo, co lepsze); o tym samym, że *skończenie głupie* albo *nieskończenie głupie* (nie wiadomo, co gorsze). Do skończenia i do nieskończenia zatem podchodzimy pod pewnym względem podobnie – oba trudne do wyobrażenia. *Doskonałość* jest od takiego *skończenia* o tyle lepsza, że działa niejako tylko w jednym kierunku, jej antonim *niedoskonałość* cofa ją, a nie potęguje. W każdym razie przymiotnik *doskonały* jest o tyle absolutny, że nie ma logicznego stopnia wyższego, choć ma emocjonalnie przesadny stopień najwyższy – *najdoskonalszy*. Ale, jak to bywa, i ironia może się tu pojawić, i przysłówkowy okrzyk *doskonale!* może być wyrazem stosunku negatywnego.

W całej swojej doskonałości ten doskonały przymiotnik bierze się z dwóch starych imiesłów przeszłych: *dokonały* oraz *skonały* (to nie mnogie czasowniki, to dawne imiesłowy, jak *były* od *być* czy *przeszły* od *przejsć*). *Dokonać* i dziś ma niezłe znaczenie, *skonać* trochę gorzej się kojarzy, ale kiedyś oba odnosiły się do stanu skończenia, także jako do zamierzonego celu. Kiedyś było i *dokonać się*, i *skonać się*, a żeby *dokonać* (również *wykonać*), trzeba było *konać*. Prasłowiańskie *konati* to ‘robić coś z rozmysłem, realizować zamiar’. W pewnym więc sensie *kończyć*. Niestety, takie *kończenie* w określonych kontekstach nawet i dziś odnosi się do życia. Ale to *konanie* ma też innych, dobrych potomków, wciąż chcemy *pokonywać* i *przekonywać*, i *wykonywać* różne rzeczy.

Dokonać czegoś to ‘doprowadzić to coś do końca, do stanu ostatecznego’, a więc i do perfekcji. Przedrostek *s-* był podobny do *do-*, zresztą również teraz czasowniki *skończyć* i *dokończyć* mają podobne znaczenia. A jak się takie dwa przedrostki zejdą, otrzymuje się coś mocniejszego, doskonalszego być może. Zatem *do-* + *-s-* + *konaty* – doprowadza do perfekcji. *Doskonały* to po łacinie *perfectus*, po prostu *perfekt!*

Doskonałość w ogóle trudno osiągnąć, boć to przecie atrybut Boga. Słowniki wprowadzie mówią, że *doskonałość* oznacza „*brak wad, najwyższy stopień cech dodatnich, bycie doskonałym, idealność*”, ale wiemy, że w idealnie doskonałym świecie języka bywają byty w rzeczywistym świecie niespotykane.

Wszelako w różnych sprawach *dążyć do doskonałości* chcemy. Choćby częściowej, ale satysfakcjonującej. Być w czymś doskonałym, no, może do doskonałości zbliżonym. Czasem mówi się, że niektórzy ją osiągają i są *doskonalszymi narciarzami, poetami* czy *krawcami*. Najczęściej to jednak znaczy tyle, że są bardzo dobrzy, ale lubimy przesadzać i idealność zdarza nam się komuś w czymś tam przypisać. Nie tylko o *dążeniu do doskonałości* mówimy, ale i o jej *osiąganiu* i o *doprowadzaniu* czegoś do niej. Świadomi przesady, czasem też już ironicznie mówimy o kimś nadmiernie chwalanym, że to *chodząca doskonałość*.

Doskonaleniem, doskonaleniem się, podobnie jak *udoskonalaniem*, nazywamy działania powszechnie spotykane i właściwie naturalne w naszym życiu. Zresztą chyba każde poprawianie się, nawet wychodzenie z najgorszego stanu, może być postrzegane jako postępowanie w kierunku doskonałości. ●

Polityka jako politykowanie

KIM JEST POLITYK? CZY TO KTOŚ, KTO MA JAKIŚ FORMALNY MANDAT LUB STANOWISKO? KTOŚ, KTO JEST POSŁEM LUB MINISTREM? MYŚLENIE O POLITYKU W KATEGORIACH ZAWODU ZACZĘŁO SIĘ NA POCZĄTKU XX W., OD ZNANEGO TEKSTU MAKSA WEBERA „POLITYKA JAKO ZAWÓD I POWOŁANIE” (1919 R.).

tekst **PAWEŁ KOWAL**



Fot. archiwum

Zawiedziony porażką swojej partii w wyborach myśliciel zaproponował nowe rozumienie pojęcia „polityk”. W związku z zachodzącymi zmianami społecznymi uprawianie polityki nie będzie już bowiem domeną księży i bogaczy, ale stanie się zadaniem także dla tych, którzy nie mają własnych zasobów finansowych, więc musi być w większym stopniu traktowane jak zawód – płatna praca. Ale gdybyśmy przyjęli definicję Webera, politykami nie można by było określać takich osób jak Jerzy Giedroyc czy Adam Michnik (tylko przez krótki czas był posłem na Sejm po 1989 r.). Nie mamy przecież wątpliwości, że jest na świecie wiele osób, które tworzą politykę, ale nie pobierają za to wynagrodzenia. Z drugiej strony wielu posłów czy senatorów – chociaż formalnie są politykami – w rzeczywistości żadnej polityki nie uprawia. Tak, głosują, może nawet zostają powołani na ministrów lub wiceministrów, ale nie tworzą żadnego wspólnego dobra ani nowych idei i rozwiązań. Ot, po prostu są zatrudnieni w Sejmie lub ministerstwie „tego i owego”. Czytałem kiedyś, że tylko około 10 proc. parlamentarzystów w dojrzałych demokracjach stanowią politycy kreatywni, wnoszący nowe pomysły, idee. Może więc polityk, to w naj-

szerszym rozumieniu ten, kto „politykuje”, czyli myśli nad wspólnym dobrem, wskazuje nowe rozwiązania, zastanawia się, jak skutecznie wyleczyć więcej osób chorych na raka, w jaki sposób pozyskać więcej pieniędzy na ochronę zdrowia i jak przekonać do ich wpłacania bogatszych podatników.

Nie ma demokracji bez polityki – bez konkurencji idei i sporu o to, jak naprawić tę lub inną kwestię. Przykładowo, czy reformować system ochrony zdrowia, czy skupić się na skutecznej walce z najczęstszymi chorobami. To dlatego w rzeczywistość zamieniają się w demokracji najczęściej tylko te idee, które pojawiają się w kampanii wyborczej. To dlatego demokracje powinny zależeć na tym, by spór jednak był i to jak najbardziej emocjonalny. Powinno mu zależeć na tym, by padały obietnice, których realizację będzie potem można egzekwować. Po wyborach dawni wicowoi krzykacze i autorzy obietnic potrzebują urzędników – takich, którzy wiedzą, jak zmieniać państwo, i nie chcą już nawet odpowiadać na pytanie „co trzeba zmieniać”, bo to ustalili politycy z obywatelami w czasie wyborów. Tak się zaczyna rola urzędników. Bez nich nie ma państwa i nie ma zmiany. ●



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

Punkty edukacyjne

WŁAŚCIWA PRACA LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY WYMAGA CIĄGŁEGO DOSKONALENIA ZAWODOWEGO. MEDYCyna TO NAUKA, KTÓRA NIE STOI W MIEJSCU. ZARÓWNO NA GRUNCIE TEORETYCZNYM, JAK I PRAKTYCZNYM, W TYM TECHNOLOGICZNYM, STALE ZACHODZI WIELE ZMIAN. NIESTETY, NIE WSZYSCY LEKARZE W RÓWNYM STOPNIU DBAJĄ O KSZTAŁCENIE USTAWICZNE, CO MOŻE WPŁYWAĆ NIE TYLKO NA ICH INDYWIDUALNE DECYZJE LECZNICZE, ALE TAKŻE NA OGÓLNĄ JAKOŚĆ WYKONYWANIA ZAWODU, NA STRAŻY KTÓREJ STOI SAMORZĄD. DLATEGO W RUBRYCE „W KONTRZE” PYTAMY EKSPERTÓW O ICH POMYSŁY ZMIAN W SYSTEMIE DOKUMENTOWANIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW, A PONIŻEJ PREZENTUJEMY GARŚĆ FAKTÓW.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Problematyka doskonalenia zawodowego została uregulowana w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Mówi o nim art. 56 KEL:

„1. Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom.

2. Lekarze, w miarę możliwości, winni brać czynny udział w pracach towarzystw lekarskich”.

Podobnie ogólnie zostały sformułowane zasady doskonalenia zawodowego w pierwotnym brzmieniu ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry:

„Art. 18. 1. Lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego”.

Dopiero w nowelizacji ustawy wprowadzone zostało w art. 18 pojęcie punktów edukacyjnych, a samorządowi lekarskiemu przyznano kompetencje w zakresie ich rozliczania. Obecnie przepisy są sformułowane następująco:

„2. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy okręgowa rada lekarska potwierdza przez dokonanie wpisu w rejestrze (...). Potwierdzenia dokonuje okręgowa rada lekarska na podstawie przedłożonej przez lekarza dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego (...).

4. Lekarz realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego przez uzyskanie odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych obliczonych w okresach rozliczeniowych”.

Szczegółowo kwestię zdobywania i rozliczania punktów edukacyjnych reguluje rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie sposobu dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystry. Ów akt prawny określa katalog działań, za które przyznawane są punkty. Oprócz udziału w kursach i szkoleniach należą do nich m.in.: wygłoszenie wykładu, odbycie praktyki w ośrodku specjalistycznym, uczestnictwo w pracach towarzystwa naukowego, uzyskanie tytułu naukowego doktora, doktora habilitowanego lub profesora, opublikowanie książki medycznej lub artykułu naukowego, pełnienie funkcji opiekuna stażu lub kierownika specjalizacji, a nawet prenumerata fachowych czasopism.

Okres rozliczeniowy punktów za doskonalenie zawodowe wynosi cztery lata. W tym czasie należy przedstawić swojej okręgowej radzie lekarskiej dokumentację potwierdzającą zdobycie 200 pkt. edukacyjnych. Zgodnie z przepisami listę dokumentów wpisuje się do „Karty ewidencji doskonalenia zawodowego”. Do niej dołącza się dokumenty potwierdzające punktowane działania. Więcej na ten temat oraz o planach Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystry OIL w Warszawie w wywiadzie z jego dyrektorem Maciejem Cyranem, na str. 4. ●



Fot. archiwum

Za mało wiemy

tekst **GRZEGORZ WRONA**

sekretarz NRL, były naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej

STAŁE DOSKONALENIE SIĘ W ZAWODZIE STANOWI FUNDAMENT ETYKI LEKARSKIEJ. DLATEGO NALEŻY DBAĆ O TO, ŻEBY LEKARZE SPEŁNIALI OBOWIĄZEK KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO. SPOSÓB KONTROLI, CZYLI ROZLICZANIA ZDOBYTYCH PUNKTÓW, JEST SKOMPLIKOWANY, WIĘC NA DOBRĄ SPRAWĘ NIE WIEMY, CZY TO ROBIĄ.

Podstawowym problemem dla twórców Kodeksu Etyki Lekarskiej była kwestia nadzoru nad prawidłowością wykonywania zawodu w oparciu o aktualną wiedzę medyczną. Konieczne stało się wprowadzenie metody weryfikacji, czy lekarz dąży do zdobywania aktualnej wiedzy. Dlatego środowisko lekarskie zabiegało o wprowadzenie do art. 18 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry szczegółowych uregulowań w tej sprawie. Warto zauważyć, że ani w ustawie, ani w KEL nie ma mowy o sankcjach za nierozliczanie się ze zdobytych punktów edukacyjnych. Moim zdaniem to dobrze, bo sam dokonuję tego zgodnie z obowiązującymi okresami rozliczeniowymi i przyznam, że nie przychodzi mi to łatwo.

Kompletowanie certyfikatów, wypełnianie ewidencji zabiera sporo czasu. A przecież tyle mówi się o odbiurokratyzowaniu naszej pracy. Sądzę, że tu należy szukać przyczyny nierozliczania się przez lekarzy z punktów edukacyjnych. W praktyce w wielu przypadkach możemy tylko domyślać się, czy dopełniają obowiązków doskonalenia zawodowego. Tymczasem bez rzeczywistej wiedzy o zakresie kształcenia ustawicznego w naszym środowisku trudno mówić o szukaniu rozwiązań na jego polepszenie. Dlatego moim zdaniem pierwszym krokiem do poprawy sytuacji jest uproszczenie, automatyzacja systemu rozliczania punktów edukacyjnych. Najlepiej za pomocą systemu teleinformatycznego.

Można się też zastanawiać, czy nie dałoby się w pewnym stopniu zaangażować w dokumentowanie punktów edukacyjnych organizatorów szkoleń, by to oni zgłaszali do izb fakt zdobycia przez medyków certyfikatów. Zalecałbym jednak ostrożność, by nie wylać

dziecka z kąpielą. Już teraz organizatorzy szkoleń muszą spełnić wiele wymagań formalnych, by ich kursy były punktowane przez samorząd lekarski. Istnieje niebezpieczeństwo, że jeśli dołożymy im kolejne obowiązki, część ośrodków edukacyjnych zniechęci się do prowadzenia punktowanych zajęć. Równie dobrze mogą przecież organizować szkolenia i nie przyznawać punktów. A jeśli tak się stanie, to można doprowadzić niechęć do ograniczenia oferty szkoleniowej weryfikowanej przez samorząd. Z drugiej strony, każdy nowy obowiązek dla organizatora łączy się z potrzebą zatrudnienia pracownika, który będzie go wypełniał, czyli poniesienia nowych kosztów. A te niechybnie zostaną przerzucone na uczestników kursów.

Abstrahując jednak od zachęt do rozliczania punktów: doskonalenie zawodowe w mojej opinii, jako byłego sędziego sądu lekarskiego i rzecznika odpowiedzialności zawodowej, powinno być sprawdzane przez te właśnie organy dyscyplinarne i brane pod uwagę w toku toczonych przez nie postępowań. Dla wiarygodnej oceny jakiegoś zdarzenia ważne jest stwierdzenie, czy nieprawidłowości w działaniu lekarza wynikały np. z pomyłki, niedopatrzenia, czy z braku aktualnej wiedzy medycznej, o której zdobycie nie zadbał.

W ten sposób będziemy mogli podejść już nie tylko do problemu ustalenia winy, ale również wysokości kary. Znam orzeczenia sądów lekarskich, w których sąd odniósł się do niedopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego. Okres pandemii, kiedy udział w szkoleniach był utrudniony, spowodował, że takich orzeczeń było mniej, ale teraz ta tendencja wraca. ●

W KONTROLI



Fot. P. Wierzechowski

Subtelne metody nacisku

tekst **ROMAN DANIELEWICZ**, transplantolog, były dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia

DYSKUSJA NAD SKUTECZNYM „ROZLICZANIEM” Z DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW JEST WŁAŚCIWIE PERMANENTNA. BEZ WZGLĘDU NA TO, ŻE PRZEPISY CO JAKIŚ CZAS SĄ MODYFIKOWANE, NP. WPROWADZONO PUNKTY EDUKACYJNE, WSKAZANO DŁUGOŚĆ OKRESU ROZLICZENIOWEGO OWYCH PUNKTÓW. ALE W ŻADNEJ Z KOLEJNYCH NOWELIZACJI USTAWODAWCA NIE ZDECYDOWAŁ SIĘ NA WPROWADZENIE SANKCJI ZA NIESPEŁNIANIE TEGO FUNDAMENTALNEGO DLA LEKARZA OBOWIĄZKU. W EFEKCIE PRZEDKŁADANIE DOWODÓW DOSKONALENIA ZAWODOWEGO JEST PRAKTYCZNIE DOBROWOLNE.

Odwieczna dyskusja dotyczy przede wszystkim kwestii odpowiedzialności i linia podziału opinii jest dość oczywista. Z jednej strony znajdują się zwolennicy karania, z drugiej osoby przekonane, że problem należy uregulować rozwiązaniami nierepresyjnymi. Ja stoję po tej drugiej stronie. Dlaczego? Bo z moich doświadczeń wynika, że lekarze, poza nielicznymi wyjątkami, i tak zawsze doskonalą się zawodo-wo. Spełnianie obowiązku zapisanego w ustawie czy KEL jest naturalną częścią wykonywania zawodu. Lekarze się kształcą, zdobywają specjalizacje, odbywają kursy. Uznawanych za doskonalenie zawodowe form kształcenia jest naprawdę dużo, więc każdy może znaleźć coś odpowiadającego jego upodobaniom i aspiracjom. Zaznaczam jednak, że na mój pogląd może wpływać wieloletni związek ze środowiskiem akademickim. Nie wykluczam, że perspektywa lekarzy pracujących w małych, lokalnych placówkach medycznych jest inna. W moim otoczeniu trudno znaleźć osobę, która by swojej ścieżki zawodowej nie budowała w oparciu o zdobywanie kolejnych specjalizacji, bez doktoratu i kolejnych stopni naukowych albo przynajmniej pisanie prac naukowych i odbywania kursów doskonalących niezależnie od programu

specjalizacji. Zatem przede wszystkim zajmujemy się tym, by przyzwoicie, uczciwie i nowocześnie swój zawód uprawiać, niekoniecznie myśląc, czy dostajemy za to punkty. Dlatego karanie za ich nieudokumentowanie wydaje mi się niepotrzebne.

Obowiązek trzeba jednak jakoś egzekwować. Ponieważ przepisy prawa kompetencje w tym zakresie powierzają samorządowi zawodowemu, rola prawodawcy w tej kwestii mogłaby być najwyżej nieformalna, miękka, i polegać np. na pieczołowitym wywiązywaniu się z (także zapisanego w ustawie) obowiązku ułatwiania lekarzowi doskonalenia zawodowego. Ten obowiązek można przecież wypełniać, korzystając z szerokiego wachlarza możliwości, m.in. dofinansowując czy wręcz organizując kursy.

Trwa dyskusja, czy w konkursach na stanowiska kierownicze w ochronie zdrowia, jeśli startują w nich lekarze, nie brać pod uwagę rozliczenia ze zdobytych punktów edukacyjnych. W tej sytuacji w mojej opinii nic nie stoi na przeszkodzie, by to robić, zwłaszcza że zgodnie z przepisami w komisjach pracują przedstawiciele izb lekarskich, którzy mogliby tego dopilnować. ●

W KONTRZIE

Kto będzie wyższą instancją?

NIEDAWNO ROZMAWIAŁEM Z JEDNYM Z NAJLEPSZYCH FACHOWCÓW W DZIEDZINIE RADIOLOGII, KTÓREGO CHCIAŁEM PRZEKONAĆ DO PRZEPROWADZENIA SZKOLENIA DLA NASZYCH DENTYSTÓW. SZCZERZE MI ODPOWIEDZIAŁ, ŻE „ZWYKLI” RADIOLODZY NA RADIOLOGII STOMATOLOGICZNEJ SIĘ NIE ZNAJĄ. A FACHOWCÓW, KTÓRZY MOGLIBY ZROBIĆ SZKOLENIE, POWINIENEM SZUKAĆ W UNIWERSYTECKICH ZAKŁADACH RADIOLOGII STOMATOLOGICZNEJ. DOBRZE, ŻE TAKIE JESZCZE ISTNIEJĄ.

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



Fot. K. Bartyzel

Piszę: jeszcze, bo niestety coraz częściej są zamykane. Radiologów wysoko wyspecjalizowanych w zagadnieniach interesujących lekarzy dentystów jest po prostu z roku na rok mniej, co wiąże się z kalkulacją ekonomiczną. Specjalistów radiologii w Polsce w ogóle jest niewiele, więc mogą wybierać części ciała, których opisy badań są dla nich bardziej opłacalne.

Jednocześnie większość z nas, lekarzy dentystów, zna się na badaniach obrazowych bardzo dobrze, badania RTG w gabinetach stomatologicznych są już standardem. W tej dziedzinie nie wchodzimy sobie w drogę z lekarzami ogólnymi. A jednak opowiadam się za utworzeniem specjalizacji lekarsko-dentystycznej z radiologii stomatologicznej. Powód jest prosty – każdemu z nas raz na jakiś czas trafia się przypadek niestandardowy, w którym musimy zasięgnąć opinii

specjalizowanego fachowca. Jeśli liczba uczelnianych zakładów radiologii stomatologicznej skurczy się jeszcze bardziej, garstka najwybitniejszych znawców tematu nie nadąży z przeprowadzaniem konsultacji.

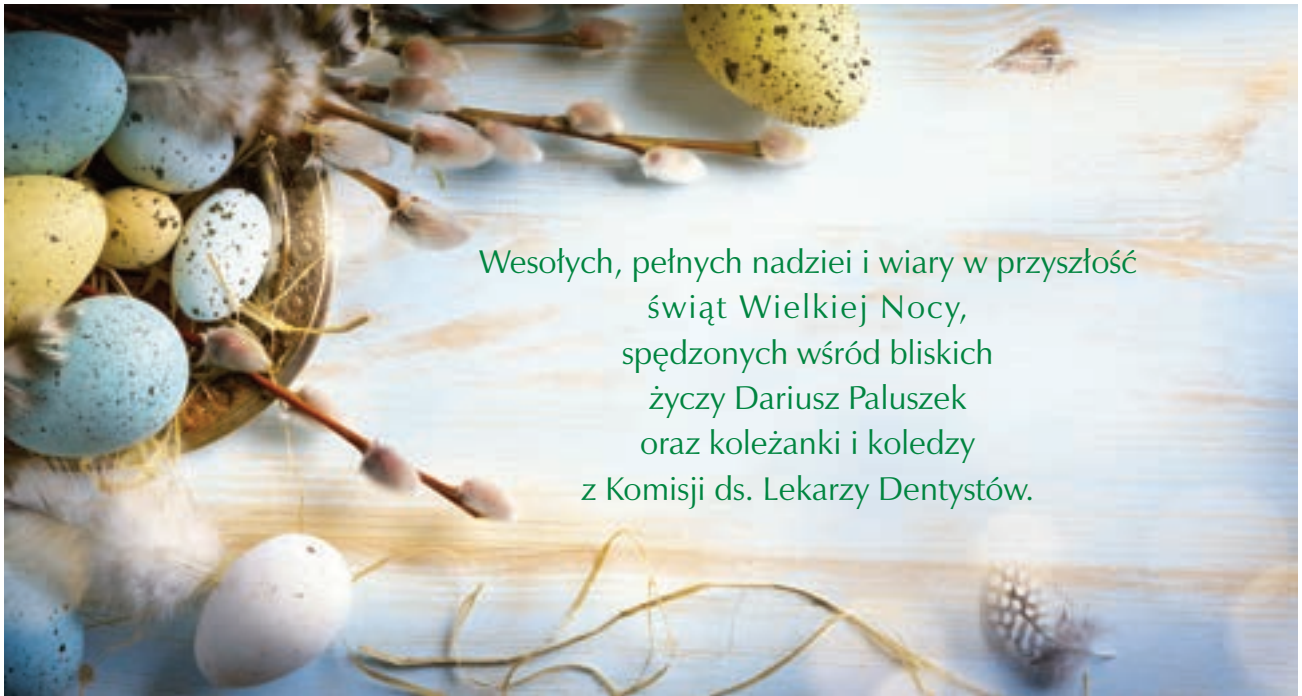
Dodatkowa specjalizacja, po pierwsze, zwiększy liczbę fachowców, nie wchodząc w parady lekarzom ogólnym. Po drugie, pozwoli „zagospodarować” tych lekarzy dentystów, którzy z różnych, przede wszystkim zdrowotnych, przyczyn nie mogą wykonywać pracy przy fotelu zabiegowym. To szczególnie istotne ze względu na postępujące starzenie się społeczeństwa, dotyczące również populacji lekarzy. Należy jednak bardzo mocno zastrzec, że specjalizacja nie byłaby konieczna do prowadzenia badań radiologicznych. Jedynie uprościłaby, metaforycznie, odwołanie się do wyższej instancji.

Po trzecie, na razie świetnie sobie dajemy radę, szkoląc się w ramach kursów doskonalenia zawodowego. Ale trzeba wziąć pod uwagę, że stoimy u progu kolejnej głębokiej przemiany w sposobie wykonywania naszej pracy, związanej z upowszechnianiem się stożkowej tomografii komputerowej (CBTC). W mojej opinii barierą na drodze postępu ciągle stanowi cena sprzętu, ale będzie ona systematycznie redukowana i w ciągu 5–10 lat CBTC trafi

do większości gabinetów. I znowu będziemy potrzebowali nie tylko nauczycieli, ale także fachowców, do których można zwrócić się o radę.

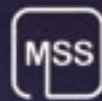
I wreszcie po czwarte – specjalizacja radiologiczna jest zarezerwowana dla lekarzy ogólnych. Nie apeluję, by otworzyć ją dla lekarzy dentystów, bo miejsc specjalizacyjnych i tak jest za mało w stosunku do potrzeb i zainteresowania medyków tym kierunkiem kształcenia. Niemniej jednak jest to jeden z wielu sygnałów wskazujących, że nie traktuje się nas jak pełnoprawnych lekarzy. Co jakiś czas pojawiają się kolejne. W ostatnim roku najpierw Ministerstwo Zdrowia wprowadziło nową specjalizację medyczną – psychoterapię uzależnień, i zamknęło do niej dostęp dentystom, ale dopuściło (poza lekarzami) socjologów i osoby wykształcone w dziedzinie resocjalizacji. Ten manewr został powtórzony w projekcie rozporządzenia dotyczącego kolejnej specjalizacji znajdującej zastosowanie w ochronie zdrowia – psychoterapii.

Oczywiście, nawet gdyby lekarze dentyści zostali do tych specjalizacji dopuszczeni, nie spodziewam się, by tłumnie skorzystali z tej możliwości, bo pracy stricte stomatologicznej mamy pod dostatkiem. Jednak bez wątpienia zostaliby potraktowani jak medycy gorszej kategorii. A chcielibyśmy mieć podobne do innych lekarzy możliwości rozwoju zawodowego, a także alternatywę na wypadek, gdyby zabrakło sił czy zdrowia na pracę zabiegową. Szkoda, żeby nasze wykształcenie, doświadczenie i umiejętności przydatne także w innych dziedzinach, terapeutycznej czy radiologicznej, marnowały się, bo ustawodawca zamknął nam inne możliwości doskonalenia zawodowego. ●



Wesołych, pełnych nadziei i wiary w przyszłość
świąt Wielkiej Nocy,
spędzonych wśród bliskich
życzy Dariusz Paluszek
oraz koleżanki i koledzy
z Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

VII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



16–18 CZERWCA 2023 | HOTEL NARVIL | SEROCK

Rejestracja na:

izba-lekarska.pl

Organizatorzy:



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY





Fot. licencja OIL w Warszawie

Vademecum przedsiębiorcy ze stetoskopem

REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ. CZYM JEST?
JAK DOKONAĆ WPISU? DLACZEGO JEST TAK ISTOTNY? ROZKŁADAMY RPWDL
NA CZYNNIKI PIERWSZE.

oprac. **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Bez wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nie można legalnie prowadzić praktyki lekarskiej w Polsce. Wpis w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub w Krajowym Rejestrze Sądowym nie wystarcza.

Rejestr indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich prowadzi okręgowe izby lekarskie właściwe dla miejsca wyko-

nywania praktyki, a w przypadku podmiotów leczniczych – odpowiednie urzędy wojewódzkie.

Każda izba prowadzi rejestr praktyk ograniczony do terytorium jej działania. Oznacza to, że lekarz, który zarejestrował praktykę na obszarze innej izby, a chce prowadzić ją na terenie podlegającym OIL w Warszawie, musi złożyć nowy wniosek. Członkostwo w danej izbie nie ma w tym wypadku żadnego znaczenia.

PIERWSZE KROKI

Wniosek o wpis do RPWDL lekarz/lekarz dentysta składa po zarejestrowaniu swojej działalności w CEIDG (indywidualnej działalności lub spółki cywilnej) lub KRS (spółki jawnej lub partnerskiej). Okręgowa izba ma 30 dni na zaakceptowanie lub odrzucenie wniosku. **Do czasu uzyskania potwierdzenia wpisu w RPWDL lekarz nie może prowadzić praktyki.** Nie zwalnia go to jednak z odprowadzania składek do ZUS oraz rozliczeń z urzędem skarbowym. Po wpisaniu do RPWDL ma trzy miesiące na rozpoczęcie świadczenia usług leczniczych. Jeśli tego nie zrobi, zostanie automatycznie wykreślony z rejestru.

JAK ZAREJESTROWAĆ PRAKTYKĘ?

Konieczne jest utworzenie konta użytkownika platformy e-PLOZ. **Wnioski o wpis należy składać elektronicznie** na stronie <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>, logowanie odbywa się przez konto e-PLOZ. Do złożenia wniosku niezbędny jest profil zaufany lub kwalifikowany podpis elektroniczny. W przypadku problemów można skorzystać z pomocy pracownika OIL na miejscu, przy stanowisku komputerowym, jednak **nie ma możliwości złożenia wniosku tradycyjnie, w formie papierowej.**

O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ, WYPEŁNIAJĄC WNIOSEK?

Są trzy rodzaje praktyk lekarskich, a każdy ma swój kod:

- praktyka wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie kontraktu z podmiotem leczniczym (93, 94),
- praktyka wyłącznie w miejscu wezwania, czyli udzielanie świadczeń w miejscu przebywania pacjenta, wizyty domowe (95, 96),
- w gabinecie własnym lub wynajętym (98, 99).

W zależności od tego, czy lekarz posiada specjalizację (94, 96, 99), czy nie (93, 95, 98), wybiera kod dla indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub indywidualnej praktyki lekarskiej. **Nie istnieje jeden uniwersalny typ praktyki lekarskiej.**

Ważne również, aby wskazać wszystkie miejsca udzielania świadczeń, a także podzielić zakres świadczeń na diagnostyczne i lecznicze. Niezbędne jest wpisanie zakresu wykonywanych czynności zgodnie z posiadanymi umiejętnościami, specjalizacją oraz ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej.

INFORMACJA O BŁĘDACH LUB POTWIERDZENIE WPISU DO RPWDL

Wszelka korespondencja dotycząca złożonego wniosku odbywa się przez system Rejestru Podmiotów Wykonujących

Działalność Leczniczą. To tam otwieramy pisma za pomocą elektronicznego podpisu lub profilu zaufanego.

ZMIANA DANYCH ORAZ ZAWIESZENIE/ZAKOŃCZENIE PRAKTYKI

Każdą zmianę danych objętych rejestrem zgłaszamy w ciągu 14 dni od daty jej powstania. W tym celu składamy wniosek o przydzielenie księgi rejestrowej oraz wniosek o wprowadzenie zmiany/zmian. Najczęściej jest to zmiana nazwiska, adresu do korespondencji, nowe miejsce udzielania świadczeń, dopisanie specjalizacji *etc.* Składamy też odpowiednie wnioski o zawieszenie lub wykreślenie praktyki z rejestru.

Wykaz dokumentów, które są niezbędne do dołączenia w formie skanów do wniosku, znajduje się pod adresem <https://izba-lekarska.pl/praktyki-lekarskie/rejestracja-on-line/>.

Koszt rejestracji wynosi 133 zł. Każdy wniosek o zmianę danych również wymaga opłaty w wysokości 66,50 zł (za wniosek, bez względu na liczbę zmian w nim zawartych).

Rachunek bankowy (Bank Pekao) do opłat rejestracyjnych praktyk lekarskich: 17 1240 6247 1111 0000 4979 3765.

NAJBLIŻSZE TERMINY

ROZLICZENIE Z URZĘDEM SKARBOWYM

- 30 kwietnia** – termin rozliczenia PIT dla pozostałych przedsiębiorców, bez różnicy w formie opodatkowania (w 2023 r. możemy rozliczyć PIT do 2 maja, gdyż 30.04 przypada w dzień wolny od pracy).

USTAWOWA SPRAWOZDAWCZOŚĆ STATYSTYCZNA

- 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 (SSOZ)**. ●

OC dla członków OIL w Warszawie

Pamiętaj o odnowieniu ubezpieczenia!

Wystarczy
tylko raz w roku
odnowić deklarację
przystąpienia do programu,
by zachować ciągłość ubezpieczenia,
które Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
gwarantuje swoim członkom.

Zrób to

online na stronie www.ins-med.pl/oil-warszawa

telefonicznie 577 930 560, 577 930 370, 577 930 380

lub osobiście w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18

W razie pytań, związanych z ubezpieczeniem OC,
zapraszamy do kontaktu z INS Services:

tel.: 22 494 36 50

e-mail: biuro@ins-med.pl

Święty Graal i humanizacja medycyny

W DZISIEJSZYM WIELOWYMIAROWYM ŚWIECIE CZAS PŁYNIĘ INACZEJ NIŻ 100 LAT TEMU, LUDZIE DŁUŻEJ POZOSTAJĄ AKTYWNI ZAWODOWO, MEDYCYNĄ STAŁA SIĘ DZIEDZINĄ, W KTÓREJ CO GODZINĘ PUBLIKOWANE SĄ ŚWIEŻE NAUKOWE DONIESIENIA, A USTAWICZNE KSZTAŁCENIE TO NIEODŁĄCZNY ELEMENT ROZWOJU KAŻDEGO LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY.

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



Fot. A. Boguski

Lekarz kształcący się dziś prawdopodobnie zmieni miejsce pracy kilkakrotnie. Obsłuży w swoim życiu zawodowym większą liczbę pacjentów niż jego kolega z ubiegłego wieku. Będzie codziennie rozwiązywał problemy medyczne, systemowe, społeczne i psychologiczne, o których nie śniło się mistrzom fachu z poprzedniej dekady.

Do utrzymania swojej łódki na powierzchni obecnego rynku usług medycznych niezbędne jest ciągłe dbanie o żagle i ster, dzięki którym nie zostaniemy w tyle, a tym bardziej nie zatonimy. Konieczne jest regularne szkolenie, doskonalenie, trening i odświeżanie wiedzy oraz zdobywanie nowych umiejętności i szlifowanie już nabytych. Nie tylko kompetencji twardej, czyli medycznych, ale również rozwijanie w sobie empatii, umiejętności słuchania i obcowania z chorym. Uzyskanie biegłości

w porozumiewaniu się jest chyba najtrudniejsze, obejmuje przecież dziedzinę najbardziej efemeryczną i nieuchwytną.

W dniu pisania tego tekstu brałam udział w panelu w ramach VIII Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach (Health Challenges Congress 2023, <https://www.hccongress.pl/2023/pl/>). Podczas konferencji mówiono o humanizacji medycyny i uczeniu lekarzy, jak być z pacjentem w harmonii i optymalnej relacji. Jak wykorzystać do tego centra symulacji medycznych i gdzie znaleźć, zrobić wyrwę w programie specjalizacji lub studiów, by zmieścić w nim skompresowany kurs komunikacji. Czy można NIE uczyć się komunikacji? Przecież to spoiwo i tkanka łączna naszej pracy. Studenci i rezydenci, a nawet już okrzepi koledzy, którzy nas obserwują, często chłoną jak gąbka sposób, w jaki porozumiewamy się z otoczeniem. A otoczenie tworzą nie tylko chorzy, ale także personel medyczny, rodziny pacjentów, przełożeni. Warto zająć się tym zagadnieniem i zapytać, co moge poprawić w tym zakresie?

Gdzie postarać się o narzędzia do lepszej komunikacji? Jak jej umiejętność wzmacniać?

Odpowiedź na te pytania można zawrzeć w jednym słowie – „słuchać”. Uczmy się lepiej przyjmować informacje od ludzi, nad którymi sprawujemy opiekę i z którymi pracujemy. To pierwszy krok w stronę humanizacji medycyny.

Świat zmienia się w tempie, któremu trudno sprostać. Wiedza medyczna zapisana w podręcznikach dziś, jutro będzie już nadgryziona zębem czasu. Rozwój techniki, która zmieniła naszą pracę w ostatnich latach, nie zmniejszy tempa. Idziemy w kierunku robotyzacji, wykorzystania sztucznej inteligencji i asystentów pracy zaprzęgniętych w sieci neuronowe, dla których pewnego dnia pamięć lekarza i chirurgiczna precyzja nie będą konkurencją.

A porozumienie z drugim człowiekiem nie straci znaczenia. Jeszcze bardzo długo będziemy się nim różnić od maszyn. Będzie naszym „ruchem wyprzedzającym” wobec zmieniającego się świata. Pozwoli nam i naszym pacjentom wspólnie nawigować pośród raf, na które nie raz rzuci nas medyczny sztorm.

Uczmy się rozmawiać, słuchać, mówić i przyjmować informacje. Być może dobra komunikacja jest najtwardszą z miękkich kompetencji medycznych, choć jednocześnie najtrudniejszą do opanowania. Ale po ten Święty Graal koniecznie powinniśmy wyruszyć drogą ustawicznego kształcenia i doskonalenia zawodowego. ●

Asklepios nie był rzemieślnikiem

PRÓŻNO OCZEKIWAĆ OD MEDYCYNY ODPOWIEDZI NA PYTANIE, CZY JESZCZE POTRZEBUJE HUMANISTÓW. OD LEKARZY NIKT TEGO NIE WYMAGA, CHOĆ LEŻY TO W ICH INTERESIE. TYLKO, CZY ZDAJĄ SOBIE Z TEGO SPRAWĘ?

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/Polityka

Autor jest publicystą „Polityki”.

Uczelnia medyczna – kiedyś akademia, dziś uniwersytet – jest szkołą zawodu. Wielokrotnie dawali nam to odczuć asystenci, gdy niezależnie od rocznika wykuliśmy na blachę podręczniki z anatomii, histologii czy interny. Rówieśnicy z innych szkół wyższych mieli więcej czasu na rozwijanie pasji. Chociaż studenci medycyny i teraz, i za moich lat też przecież chodzą do teatru, uprawiają sport i czytają książki (niekoniecznie po to, by zdać egzamin), przeważnie z przyjemności tych korzystają kosztem czasu na naukę, która na studiach lekarskich zachłannie ich przy sobie trzyma. Dopiero podczas studiów podyplomowych na Uniwersytecie Warszawskim, na Wydziale Dziennikarstwa, miałem okazję zrozumieć, co znaczy uczyć się do sprawdzianów inaczej niż w tradycyjnej szkole. Nikt nie wymagał recytowania z pamięci podręcznikowych akapitów, 20, 40 ani tym bardziej 80 stron. A gdy otrzymywaliśmy lekturę do przygotowania na egzamin, objętości ledwie rozdziału, dotycząca kośćca ręki czy nogi (o, pardon, kończyny górnej i dolnej), z „Anatomii...” Bochenka, mieliśmy na to zadanie cały semestr, a nie trzy dni.

„Medycyna nie potrzebuje humanistów” – usłyszałem na egzaminie z mikrobiologii w Katowicach od doświadczonej szefowej katedry, której nie podobały się złotousto uniki od precyzji w odpowiedziach na zadawane przez nią pytania. Nie to rzecz jasna zadecydowało, że zmieniłem później zawód, ale zapamiętałem na zawsze, że wielu medyków wykształconym w Polsce sączy się w uczelniach takie właśnie prawdy objawione i, co gorsze, robi wszystko, aby medycynę traktowali jak rzemiosło. Poszerzanie horyzontów intelektualnych? Za to na

tych studiach piątek się nie dostaje i znam długą listę argumentów przytaczanych przez tych, którym to wcale nie przeszkadza. Lekarz ma przecież umieć leczyć, diagnozować, różnicować, być sprawnym operatorem i czytany w nowościach specjalistą. Humanistyczne ciężoty zostawmy pięknoduchom, a gdy trzeba ratować czyjeś życie lub wyprowadzać z najcięższych opresji zdrowotnych, liczy się bardziej fachowa wiedza niż intelektualne cnoty. Prawda?

Niewielu będzie skłonnych zaprzeczyć, nie chcąc się narazić tuzom medycyny, dla których nic się nie liczy poza jak najlepszym przygotowaniem rzemieślników do zawodu. Wiele lat temu rozmawiałem jednak z prof. Tomaszem Pasierskim z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, który w wywiadzie dla „Polityki” powiedział: „Medycyna jest czymś więcej niż nauka i technika, bo jest też realizacją bardzo konkretnej więzi międzyludzkiej. Potrafimy się żyć z chorym, niejednokrotnie przechodzimy z nim przez chorobę, musimy więc mieć w sobie sporo empatii, by zrozumieć jego potrzeby i spełnić pokładane oczekiwania. Dlatego medycyna jest rodzajem sztuki, a nie zwyczajnym rzemiosłem. Zaangażowanie lekarza jest dużo głębsze, wymaga gotowości do otwarcia się na drugiego człowieka. Trzeba zdobyć się na takie współczucie, które pozwala nam wnikać w świat chorego – i nie jest to wcale łatwe. Medycyna bez współczucia jest ułomna”.

Rozmowa odbyła się w 2007 r., a więc w czasach, kiedy nikt oficjalnie nie mówił jeszcze o wypaleniu zawodowym lekarzy. Czy jednak brak umiejętności radzenia sobie ze współczuciem, skoncentrowanie na rzemiosle, nie jest

właśnie głównym powodem, że tyłu z nich nie znajduje ujścia dla emocji w pozazawodowym życiu? Może do tego, by umieć przeżyć cierpienie innych, humory wymagających szefów, kontrole NFZ i kilkanaście dyżurów w miesiącu, potrzebna jest odskocznia? Polskich lekarzy podczas studiów nie uczy się korzystać z niej, nie daje wolnego czasu na inne zainteresowania. Jakby mieli pracować przy taśmie produkcyjnej, a nie musieli mierzyć się z odpowiedzialnością za drugiego człowieka.

Przeciążenie pracą, brak wypoczynku oraz umiejętności odreagowania stresu to wymieniane przez pełnomocników ds. zdrowia lekarzy (powołanych w okręgowych izbach na wnioski NRL) główne przyczyny problemów. *„Umieemy dużo i coraz więcej, jeśli chodzi o nasz fach. Jeździmy na szkolenia, uczestniczymy w kursach. Jednak bardzo mało czasu zostaje na realizację hobby, uprawianie sportu, podróżowanie. A przecież aktywności te stanowią wentyl bezpieczeństwa w przeciwdziałaniu stresowi. Przekładają się wprost na naszą wydolność, zarówno w pracy zawodowej, jak i relacjach społecznych. Bez nich trudno utrzymać zdrowy balans”* – napisała niedawno dr Dorota Rzepniewska, pełnomocnik do spraw zdrowia lekarzy ze Śląskiej Izby Lekarskiej, w samorządowym periodyku „Pro Medico”. Jeszcze przed paru laty zgłaszali się do niej przeważnie uzależnieni, obecnie przybywa lekarzy-pacjentów z zaburzeniami lękowymi i psychosomatycznymi. Nieuświadomiony brak równowagi wynika z kształcenia skoncentrowanego na zawodowych obowiązkach czy własnego wyboru i nieodczuwania takich potrzeb?

Wyobrażam sobie, jaką wściekłość musi wywoływać oczekiwanie wyrażane przez niepoprawnych idealistów, że medyk poza pracą będzie gotów poszerzać swoje intelektualne horyzonty. Jeszcze jeden obowiązek dodany do doskonalenia zawodowego? Gdy w ostatnich dniach kierownictwo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego pobłogosławiło zamysł skracania staży podyplomowych, władze samorządu lekarskiego wytknęły mu drogę na skróty w dążeniu do przyspieszonego zwiększenia liczby specjalistów. Trudno nie zauważyć, że wygląda to na łatanie dziur w systemie, choć przysłuchując się dyskusjom, można wypunktować i zalety, i wady reformy kształcenia specjalizacyjnego. Co do włączenia zielonego światła dla wyższych szkół zawodowych, by zaczęły kształcić przyszłe kadry medyczne, można ironicznie stwierdzić, że wreszcie nauczanie medycyny w Polsce jak rzemiosła znajdzie dla siebie właściwe siedziby.

Szkoda tylko młodych lekarzy, bo niewielu będzie potrafiło tak gospodarować swoim wolnym czasem i obowiązkami, aby móc rozwijać zainteresowania pozamedyczne.

„Zaborcze” studia, liczne egzaminy, a potem praca w trudnych warunkach ciągłego dyżurowania zabijają ciekawość świata i będą tylko powiększały szeregi wypalonych zawodowo. A to panów ministrów nie powinno cieszyć, jeśli chcą przysłużyć się zwiększeniu liczebności tej grupy zawodowej. Mnożenie wydziałów lekarskich (poza zwiększeniem liczby studentów) nie oznacza jeszcze napływu lekarzy do polskiej ochrony zdrowia, a skrócenie okresu kształcenia nie jest gwarantem, że się w niej zakotwiczą na dłużej.

Presja czasu i przeciążenie obowiązkami nie znajduje przeciwwagi w tym, czego mogłaby dostarczać lekarzom literatura albo kino, gdyby tylko mieli dla nich wolną głowę. Że dla chcącego nic trudnego? Nie wszystkim udaje się pogodzić jedno z drugim, zwłaszcza że nie w każdym przypadku naturalne zamiłowanie do sfer tak ulotnych jak sztuka wynosi się z rodzinnego domu. Na jakość pracy będzie to miało wpływ fatalny, jednak sygnałów zapowiadających katastrofę wcale nie pomogą wylapać pacjenci. Trudny dostęp do świadczeń daje bowiem obu stronom fałszywe poczucie, że klasa lekarza i jego sposób kontaktu z chorym nie mają większego znaczenia. Skoro trzeba czekać na wizytę pół roku, nikt z niej nie zrezygnuje, choćby po drugiej stronie czekał ktoś, kogo nie stać na zwykłe „dzień dobry” i kto nie jest doktorem wielkiego formatu. ●



Graf. licencja OIL w Warszawie

„REZYDENCI SPĘDZAJĄ NA POSZCZEGÓLNYCH ODDZIAŁACH NAJCZĘŚCIEJ SZEŚĆ MIESIĘCY LUB MNIEJ, POTEM PRZECHODZĄ NA INNY ODDZIAŁ, CZĘSTO DO INNEJ KLINIKI. TO ZA KRÓTKO, ŻEBY ZAPOZNAĆ SIĘ WYSTARCZAJĄCO ZE SPECYFIKĄ DZIAŁANIA DANEGO ODDZIAŁU” – UWAŻA PROF. STANISŁAW POMIANOWSKI Z KLINIKI CHIRURGII URAZOWEJ NARZĄDU RUCHU I ORTOPEDII CMKP W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM SZPITALU KLINICZNYM IM. PROF. A. GRUCY W OTWOCKU.

(Tekst stanowi polemikę z poglądami prof. Ryszarda Gellerta zawartymi w tekście opublikowanym w rubryce „W kontrze” na łamach lutowego numeru „Pulsu”.)

Za mało czasu, żeby się poznać

tekst **STANISŁAW POMIANOWSKI**



Fot. archiwum

W artykule pod tytułem „Rezydenci chcą się uczyć” autor wspomina o procesie kształcenia specjalistycznego m.in. w oparciu o relację mistrz – uczeń. Píše również, że rezydenci pragną być traktowani podmiotowo i że powinno im się okazywać szacunek...

Od 5.04.2022 r. miejsca rezydenckie w naszym szpitalu są wykazywane w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie jako akredytowane miejsca w szpitalu, a nie (jak było do tej pory) w poszczególnych klinikach. O ile wiem, podjęto taką decyzję z inicjatywy dyrektora szpitala i dyrektora CMKP. Do tej pory rezydent wiedział, jaka jest jego macierzysta jednostka, miał w tej jednostce (klinice) swojego kierownika specjalizacji, wiedział, kto jest kierownikiem danego oddziału i kliniki. Teraz takiej „bazy” rezydent nie ma...

W szpitalu, w którym pracuję, plan szkolenia rezydentów, ich staże, od października 2020 r. ustala jedna osoba – zastępca dyrektora ds. nauki i dydaktyki. Ustala na rok z góry. Rezydenci spędzają na poszczególnych oddziałach najczęściej sześć miesięcy lub mniej, potem przechodzą na inny oddział, często do innej kliniki. To za krótko, żeby zapoznać się wystarczająco ze specyfiką działania danego oddziału, a jednocześnie być dobrze poznanym przez kolegów specjalistów i pozostały personel. Czy takie rotacje, zaplanowane na cały rok przez jedną osobę dla około 40 rezydentów, służą relacji mistrz – uczeń? Czy rezydent czuje się w tym przypadku traktowany podmiotowo? Mam co do tego, jako wieloletni nauczyciel akademicki, poważne wątpliwości, zresztą nie tylko ja. Większość

moich kolegów specjalistów, a także rezydentów uważa tak samo.

Rezydent powinien czuć się potrzebny, mieć możliwość dobrego kształcenia, nie tylko nauczania się opracowywania dokumentacji, ale również praktycznego opanowania zawodu, co w naszym szpitalu oznacza nabycie doświadczenia w wykonywaniu operacji urazowo-ortopedycznych.

Nie chciałbym, aby moja wypowiedź została potraktowana jak oznaka braku lojalności w stosunku do CMKP czy samego jej dyrektora. To po prostu wyrażenie mojej opinii po pewnym okresie obserwacji nowego sposobu szkolenia rezydentów w naszym szpitalu oraz zwrócenie uwagi na wątpliwości, jakie (o czym już wspomniałem) mam nie tylko ja.

Może celowe byłoby przeprowadzanie corocznych anonimowych ankiet wśród rezydentów, aby mogli wypowiedzieć się swobodnie na temat swojego szkolenia. Uważam, że ankiety te powinny być oceniane przez niezależne gremium ekspertów mające swoje umocowanie np. w okręgowych izbach lekarskich. Obecnie po zakończeniu stażu na oddziale rezydent wypełnia ankietę oceniającą pracę na oddziale, kolegów i siebie, składa ją w sekretariacie zastępcy dyrektora ds. nauki i dydaktyki. Ankieta nie jest jednak anonimowa, co – obawiam się – może osłabiać jej wiarygodność. ●

Sprawdzam

Lekarze drenują system?

RZĄD I POSŁOWIE POWINNI ZROBIĆ PORZĄDEK Z IZBAMI LEKARSKIMI

I – NAJLEPIEJ – Z LEKARZAMI. IZBY BLOKUJĄ NAPŁYW GARNĄCYCH SIĘ DO PRACY W POLSKIM SYSTEMIE MEDYKÓW ZZA WSCHODNIEJ GRANICY, A LEKARZE WINDUJĄ STAWKI GODZINOWE. W NIEKTÓRYCH SZPITALACH „ŻYCZĄ SOBIE” ZA GODZINĘ 700 ZŁ.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Prima aprilis? Skądże znowu, zaledwie fragment dyskusji z marcowego posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych. Przedstawiciele placówek, borykających się z realnym problemem braku dostatecznego finansowania wydatków będących skutkiem ustawy o wynagrodzeniach minimalnych pracowników ochrony zdrowia, coraz bardziej desperacko próbują wskazywać współodpowiedzialnych. Nikt nie ukrywa, że odpowiedzialność za opłakany stan szpitalnych budżetów spoczywa głównie na Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia. Lekarze wydają się być idealnym chłopcem do bicia, zresztą od miesięcy są przez polityków opcji rządzącej ustawiani w tej roli. Nikt inny tylko prezes Jarosław Kaczyński mówił już kilka miesięcy temu o „*wcale nie jakichś wybitnych*” lekarzach, których zarobki sięgają 70–120 tys. zł. Oczywiście, miesięcznie.

Stawka 700 zł za godzinę pracy robi wrażenie? Rzecz jasna, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę, że (według danych Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, zaprezentowanych niemal w tym samym czasie, gdy w Sejmie rozprawiano nad pazernością tych, którzy wykształcili się za publiczne pieniądze, więc teraz powinni coś zrobić dla społeczeństwa) średnia stawka godzinowa w sektorze publicznym wyniosła w 2022 r. niepełna 180 zł za godzinę, a w wielu województwach nawet mniej niż 150 zł. Problem polega na tym, że stawki rządu 500–700 zł (a nawet więcej) za godzinę... nie są za godzinę. Dyrektorzy szpitali tłumaczą, że to udział wybitnych, a w każ-

dym razie deficytowych, specjalistów w procedurach rozliczanych odrębnie z NFZ. Stawki, w przeliczeniu na godzinę, wydają się oszałamiająco wysokie, ale to nie oddaje prawdziwego stanu rzeczy, bo na tych procedurach szpitale i tak wychodzą na swoje.

Inny wątek podniesiony podczas posiedzenia: lekarz na „dyżurze weekendowym” potrafi zarobić więcej, niż pielęgniarka przez cały miesiąc. Ale do tego, by zarobić „więcej” (przyjmując za punkt wyjścia wynagrodzenie zasadnicze największej grupy pielęgniarek i położnych, czyli 5,4 tys. zł), wcale nie

musi, zakładając że dyżur weekendowy oznacza 48 godzin spędzonych w szpitalu (zwłaszcza w szpitalach powiatowych ciągle takie dyżury się zdarzają), zarabiać kokosów. Wystarczy 115 zł za godzinę. Jeśli o czymś to świadczy, to raczej o poziomie zarobków pielęgniarek. I, ewentualnie, o skali niedoborów lekarzy w lecznictwie szpitalnym. Na pewno nie o „pazerności” medyków.

Nie zabrakło też głosów, że w rozwiązaniu problemu pomogłoby ustalenie maksymalnych, a na pewno regulowanych stawek za pracę, wzorem zawodów

prawniczych, w których częściowo stawki są regulowane przez resort sprawiedliwości. Albo wręcz, że ustawa o wynagrodzeniach minimalnych powinna ewoluować w kierunku określenia również stawek maksymalnych. Politycy nie mówią „nie”, ale też wyraźnie dają do zrozumienia, że w tej kadencji decyzje nie zapadną. ●



Fot. licencja OIL w Warszawie

Koniec z niechcianymi reklamami?

WYROBY MEDYCZNE ZOSTAŁY NIEMAL ZRÓWNANE Z PRODUKTAMI LECZNICZYMI, JEŚLI CHODZI O KWESTIĘ REKLAMY BEZPOŚREDNIEJ W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH. PRZEPISY PRZYJĘTEJ W 2022 R. USTAWY O WYROBACH MEDYCZNYCH, REGULUJĄCE TO ZAGADNIENIE, WESZŁY W ŻYCIE Z POCZĄTKIEM BIEŻĄCEGO ROKU.

tekst **MICHAŁ NIEPYTALSKI**

Zmiany sygnalizował już na początku tego roku, w artykule na łamach „Pulsu”, mecenas Filip Niemczyk: „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”.

Dotąd reklama bezpośrednia była dopuszczalna w przypadku produktów mających zastosowanie w ochronie zdrowia, które używane są uzupełniająco w terapii leczniczej, choć nie służą do zapobiegania chorobom ani ich leczenia, takich jak wózki inwalidzkie, pieluchomajtki, ortozy lub aparaty słuchowe.

Już od 2008 r. reklamodawcy leków nie mogli „nachodzić” lekarzy w miejscu pracy, czyli odwiedzać bez zaproszenia. Wówczas rozporządzeniem ministra zdrowia wprowadzono regulacje mówiące, że na każde spotkanie reklamowe z lekarzem przedstawiciel medyczny lub handlowy ma obowiązek uzyskać zgodę kierownika placówki medycznej, w której ów lekarz pracuje. Rozporządzenie wprowadziło zastrzeżenie mówiące o tym, że spotkania reklamowe nie mogą odbywać się w godzinach pracy lekarzy. Nawet w czasie, który personel poświęca nie na pracę z pacjentami, ale np. na wypełnianie dokumentacji medycznej czy wręcz wypicie kawy.

Tymczasem w sprawie wyrobów medycznych panowała dotąd wolna amerykanka. W poprzedniej ustawie o wyrobach medycznych (z 2010 r.) słowo reklama nie padało ani razu!

Nowe przepisy stanowią dodatkową regulację, uszczegóławiającą Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z kwietnia 2017. Na dodatek przepis o „odwiedzaniu osób wykonujących zawód medyczny” w projekcie ustawy pojawił

się dopiero pod koniec prac rządowych, więc nie był objęty konsultacjami społecznymi. Rozważano za to umieszczenie go w oddzielnym rozporządzeniu do ustawy (podobnie jest w przypadku reklamy produktów leczniczych – regulację reklamy bezpośredniej zawiera rozporządzenie do ustawy – Prawo farmaceutyczne). Zawarcie tych przepisów w treści ustawy teoretycznie zwiększa zatem ich rangę, ale i znacznie utrudnia ewentualne zmiany.

Nie da się jednak wykluczyć, że doprecyzowujące zmiany okażą się wkrótce konieczne dla zachowania skuteczności prawa. Ustawodawca pominął w przepisach definicję reklamy i wydaje się, że miał ku temu powód. W uzasadnieniu pojawia się stwierdzenie, że nie należy wprowadzać w ustawie takiej definicji, bo występuje w obowiązującym już wcześniej rozporządzeniu unijnym, a poza tym: „działalność reklamowa została szczegółowo omówiona w bogatym orzecznictwie sądowym, co jest dodatkową wytyczną przy ocenianiu kwalifikowania się danego rodzaju działalności jako reklamy”. Tyle że doświadczenie wynikające z funkcjonowania analogicznych przepisów dotyczących produktów farmaceutycznych dowodzi, iż rzeczywistość ma się nijak do orzecznictwa. – *Bywa, że przedstawiciel firmy farmaceutycznej przychodzi i „prosi o przysługę” – żeby pamiętać o jego leku, a on może się odwdziżyć jakimś drobiazgiem, np. książką. Podejrzewam, że właśnie po to, by uniknąć zarzutu o reklamowanie* – mówi Joachim Budny, przewodniczący zarządu Regionu Mazowieckiego OZZL.

Trudno, by kierownik podmiotu medycznego każdorazowo powracał do orzecznictwa, by przekonać się, czy dane działanie można uznać za reklamę. Nie pomaga też brak konsekwencji w stosowaniu terminologii ustawowej. W jednym miejscu jest mowa o odwiedzaniu „w celu reklamy”, a w drugim – „w celu promocji”. Warto jednak dodać, że ustawa o wyrobach medycznych przewiduje srogie kary dla osób i podmiotów łamiących zasady dotyczące reklamy – nawet 2 mln zł. Być może to odstraszy osoby, które chciałyby naginać przepis. ●

Kontrole do kontroli

CIESZY ZAPOWIEDŹ MINISTRA ZDROWIA ADAMA NIEDZIELSKIEGO, ŻE JESZCZE W TYM ROKU OCENA STOPNIA REFUNDACJI LEKÓW ZOSTANIE ZAUTOMATYZOWANA. CIESZY TEŻ INFORMACJA JEGO ZASTĘPCY MACIEJA MIŁKOWSKIEGO, ŻE JEST SZANSA, BY LEKARZE, KTÓRZY PRZEPISYWALI NEOCATE LCP, JAKO PREPARAT REFUNDOWANY, NIE ZOSTANĄ UKARANI. DOBRZE, ŻE RESORT WERYFIKUJE SWOJE PODEJŚCIE DO PROBLEMU. NIE MOŻNA TEGO POWIEDZIEĆ O NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA. A IM GŁĘBIEJ WNIKAMY W DZIAŁANIA NFZ W SPRAWIE KONTROLI REFUNDACJI (I ICH BRAKU!), TYM WIĘKSZE WYWOŁUJĄ ZDZIWIENIE.

tekst **MONIKA POTOCKA**, rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie



Fot. K. Bartyzel

Nie jest tajemnicą, że NFZ przeprowadza kontrole falami. Nieraz w swojej pracy na rzecz lekarzy stykałam się z sytuacjami, kiedy fundusz po latach zawieszenia czynności kontrolnych nagle „przypominał sobie”, że jakąś refundację trzeba jednak dokładnie sprawdzić. Zadajmy pytanie, ile z tych spraw to jedynie marnowanie pieniędzy podatników lub próba wykorzystania braku wiedzy prawnej lekarzy w celu nałożenia kary. Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej (art. 61u) „prezes funduszu pobiera lub dochodzi należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym, jeżeli ich kwota określona dla danego podmiotu kontrolowanego, w dniu podpisania wystąpienia pokontrolnego, jednorazowo przekracza 500 zł”.

Ponieważ w przynajmniej jednym przypadku wygląda na to, że fundusz nie przestrzegał ustawowego ograniczenia, zwróciłam się do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z pytaniem, czy w ciągu ostatnich trzech lat pobierał lub dochodził od lekarzy należności nieprzekraczających 500 zł, wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym. A jeśli tak, to domagałam się podania liczby takich roszczeń. Na razie dotyczących wystawiania recept refundowanych na mleko Neocate LCP dla pacjentów powyżej 12. miesiąca życia, bo tej sprawie (opisywanej także w poprzednim numerze „Pulsu”) poświęcałam szczególną uwagę. NFZ odpowiedział, że nie było ani jednego takiego przypadku. Ale to niekoniecznie zamyka sprawę, bo na jej kanwie powstała kolejna wątpliwość proceduralna,

którą fundusz musi wyjaśnić. Okazało się, że w badanej przeze mnie kwestii refundacji NFZ wysłał wezwanie do zapłaty do lekarza po przeprowadzeniu działań kontrolnych, ale bez sformułowania koniecznego w takim przypadku wystąpienia pokontrolnego.

Mazowiecki NFZ sam przyznał to w piśmie skierowanym do RPL. W mojej opinii było to niezgodne z prawem, dlatego zdecydowałam się przesłać pismo do prezesa NFZ Filipa Nowaka z prośbą o niezwłoczne wyjaśnienie.

Sprawa procedury refundacji leków i udziału w niej lekarzy stała się w pewnym sensie przedmiotem ofensywy naszego środowiska zawodowego. Głos w tej kwestii zabierał zarówno samorząd, jak i inne organizacje zrzeszające medyków. Wydaje się, że ten głos został usłyszany, przynajmniej o tym świadczą medialne deklaracje. Wiceminister Maciej Miłkowski poinformował bowiem, że „*płatnik, z uwagi na uzyskaną opinię konsultantki krajowej w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej prof. dr hab. n. med. Mieczysławy Czerwionki-Szaflarskiej, uwzględnił w kontrolach fakt, że możliwe są przypadki opóźnionego rozwoju przewodu pokarmowego u dzieci, i odstąpił od karania za ordynację Neocate LCP dla dzieci w wieku od 12 do 18 miesięcy życia w pełnej wysokości kosztów refundacji*”.

Słowna deklaracja oczywiście cieszy, ale na wszelki wypadek zadaliśmy pytanie, czy słowa ministra będą poparte konkretnymi decyzjami administracyjnymi. Czekamy na odpowiedź. ●

Analiza przypadku

W NASZYCH „ANALIZACH” PROBLEM POWIKŁAŃ ZAZWYCZAJ DOTYCZY LEKARZY DENTYSTÓW. TYM RAZEM PRZEDSTAWIMY TĘ KWESTIĘ W ODNIESIENIU DO LECZENIA NEUROCHIRURGICZNEGO.

tekst

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



Fotografie: archiwum

www.prawniklekarza.pl

8 marca 2017 r. panu A. wykonano badanie rezonansem magnetycznym odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Wykazało prawoboczną przepuklinę L5/L6 (dodatkowy krąg przejściowy L6). 18 marca pacjent rozpoczął leczenie w poradni neurochirurgicznej w X. Powodem były dolegliwości kręgosłupa L/S. Stwierdzono klinicznie dodatni objaw Lasegue’a po prawej, a po lewej ujemny, zginacze stopy prawidłowe. Zlecono RTG kręgosłupa L/S. 21 marca pacjent zgłosił się do izby przyjęć szpitala klinicznego w X. w związku z bólem kręgosłupa L/S z promieniowaniem do kończyny dolnej prawej, o dużym nasileniu. Wykonano RTG kręgosłupa L/S. Po zastosowaniu leczenia zachowawczego pan A. został skierowany na leczenie neurochirurgiczne. 9 kwietnia odbył wizytę w poradni neurochirurgicznej w X. Skontrolowano wynik RTG L/S i skierowano chorego na operację.

Od 8 do 15 maja pacjent przebywał w szpitalu. 13 maja wykonano zabieg – endoskopową intralaminarną nukleotomię L5/L6 prawostronną. Przeprowadził go dr Z. Jednak po zabiegu dolegliwości bólowe nie ustąpiły. Poza tym pojawiły się zaburzenia czucia oraz zaburzenia zwieraczowe. 15 maja pan A. został wypisany do domu. Tego samego dnia przyjęto go na oddział neurochirurgii szpitala specjalistycznego w X. Powodem była przepuklina L5/L6, zespół ogona końskiego, przebyta nukleotomia intralaminarna L5/L6 po stronie prawej, lumbalizacja S1. W dniu przyjęcia wykonano panu A. CT kręgosłupa L/S. Badanie wykazało obecność dużej

przepukliny podwięzadłowej, prawie całkowicie zamykającej światło kanału kręgowego. Chory został więc poddany operacji przepukliny L5/L6 metodą otwartą. Objawy neurologiczne nieco się zmniejszyły, ale nie ustąpiły całkowicie. 25 maja pan A. został wypisany do domu.

Od 5.06. do 5.07. roszczęcy przebywał na oddziale rehabilitacji neurologicznej. Po rehabilitacji jego stan kliniczny poprawił się. Kolejne badanie MRI, wykonane 9 sierpnia, wykazało skuteczne usunięcie przepukliny, bez cech ucisku struktur nerwowych. Natomiast badanie EMG z 14 października wykazało cechy ucisku korzeni rdzeniowych L/S dotyczące bardziej nerwów piszczelowych, p>=l.

Pełnomocnik pana A. zarzucił wykonującemu zabieg lekarzowi, że dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej polegającego na nieprawidłowym przeprowadzeniu endoskopowej nukleotomii. W związku z tym wniósł o zapłatę zadośćuczynienia w wysokości 50 tys. zł oraz odszkodowania w wysokości 8,7 tys. zł, na którą złożyły się koszty związane z zabiegiem operacyjnym i leczeniem.

Aby ustalić, czy w omawianym przypadku doszło do popełnienia błędu medycznego przez dr. Z., powołano biegłego – specjalistę z zakresu chirurgii ogólnej i ortopedii.

Na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej i wyjaśnień stron lekarz orzecznik potwierdził, że po zabiegu wystąpiły u pacjenta zaburzenia neuro-

logiczne. Niemniej jednak pan A. został wcześniej poinformowany, że zajdzie konieczność przeprowadzenia reoperacji. Wszystko to zostało ujęte w zgodzie na zabieg operacyjny, z którą się zapoznał i potwierdził własnoręcznym podpisem.

Specjalista stwierdził, że sytuacja nie wynika z nieprawidłowego leczenia, tylko jest jego powikłaniem. Podczas operacji dyskopatii lędźwiowej w części przypadków dochodzi do przemieszczenia materiału przepukliny do światła kanału kręgowego, do powstania krwiaka okolicy operowanej i objawów uciskowych. Rozpoznanie powikłania stwierdzono bezpośrednio po jego wystąpieniu. Zastosowano leczenie operacyjne otwarte, które jest postępowaniem z wyboru, i usunięto materiał przepuklinowy. Świadczy o tym wynik MRI z 9 sierpnia, na którym nie widać zmian powodujących ucisk struktur nerwowych. Podjęto też szybkie leczenie rehabilitacyjne. Niestety, tego typu powikłania mogą powodować utralone zmiany neurologiczne. W ocenie biegłego nie było podstaw, aby stwierdzić błąd w sztuce podczas leczenia operacyjnego. Zarówno zabieg pierwszy, jak i drugi zostały wykonane poprawnie.

Biorąc pod uwagę orzeczenie biegłego, nie uznano odpowiedzialności dr. Z. i odmówiono przyznania jakichkolwiek świadczeń.

Pytanie redakcji: W omawianym przypadku lekarz orzecznik uznał, że po operacji u pacjenta doszło do powikłań, za które lekarz nie odpowiada. Czy zawsze w przypadku powikłania lekarze są zwolnieni z odpowiedzialności?

Odpowiedź prawnika lekarza: Nie zawsze. Lekarz, aby nie ponosić w takim zakresie odpowiedzialności, powinien poinformować pacjenta o najczęściej występujących powikłaniach. Warto również pamiętać, że lekarz zobligowany jest nie tylko do udzielenia choremu informacji, ale też do uzyskania jego



Fot. licencja OIL w Warszawie

pisemnej zgody na zabieg operacyjny albo metodę leczenia lub diagnostykę o podwyższonym ryzyku. Sąd Najwyższy w wyroku o sygn. II CSK 279/18 z 19 czerwca 2019 r. orzekł: „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 należy zawsze wyczerpująco poinformować pacjenta o wszystkich potencjalnych powikłaniach i następstwach udzielanych świadczeń. ●

Podsiadły  Powierza  PRAWNIK & LEKARZA
Konsultacje Medyczne - Reumatologia 12 12



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

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

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



Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat



Fot. archiwum

O KOMERCYJNYM WYSTAWIANIU RECEPT I ZWOLNIEŃ ONLINE

Naczelna Rada Lekarska w stanowisku z 12 lutego 2023 r.* zwróciła uwagę na rozpowszechnione od pewnego czasu zjawisko sprzedaży w Internecie recept i zwolnień. Autorzy stanowiska zaznaczają, że określenie „sprzedaż” nie mieści się w zakresie świadczeń medycznych udzielanych w formie teleporady. Teleporada jest prawnie dozwolona, ale w jej przypadku na lekarzu spoczywają te same obowiązki, co w przypadku świadczeń udzielanych tradycyjnie.* Oznacza to konieczność wykonania odpowiedniej diagnostyki oraz prowadzenia dokumentacji medycznej, przede wszystkim przed wypisaniem recepty na lek lub wystawieniem zwolnienia.

Komisja Etyki Lekarskiej NRL po analizie przykładów internetowych ofert usług odpłatnego wystawiania recept i zwolnień krytycznie oceniła szereg przypadków, w szczególności, gdy do otrzymania recepty lub zwolnienia wystarcza wypełnienie krótkiej ankiety niespełniającej kryterium badania i sugerującej pacjentowi objawy lub gdy pacjent nie był wcześniej badany i leczony przez lekarza wystawiającego receptę bądź zwolnienie na żądanie. Negatywnie oceniono również pobieranie płatności z góry, gdy pacjent nie ma żadnego kontaktu z lekarzem. Takie oferty noszą cechy reklamy.

Medycy wydający recepty i zwolnienia w opisywany sposób narażają się na odpowiedzialność zawodową z powodu naruszenia Kodeksu Etyki Lekarskiej, m.in. art. 8 – z powodu niedochowania należytej staranności i niepoświęcenia pacjentowi odpowiedniego czasu, art. 9 – w zakresie określenia wyjątków, kiedy pora-

da może być udzielona na odległość, art. 11 – w zakresie braku dbałości o jakość opieki nad pacjentem.

Komisja Etyki Lekarskiej zwróciła ponadto uwagę, że o świadczeniu teleporady powinny decydować kryteria medyczne, a nie życzeniowe bądź komercyjne. Nie należy udzielać zdalnej porady pacjentowi dotąd przez lekarza niebadanemu i nieleczonemu ani pacjentowi zgłaszającemu nowy problem zdrowotny. Choremu będącemu pod opieką danego lekarza należy natomiast zapewnić ciągłość leczenia, możliwość konsultacji, poczucie bezpieczeństwa. Trzeba też pamiętać, że jeśli zgłaszane przez pacjenta objawy wymagają badania fizykalnego, konieczna jest wizyta pacjenta u lekarza, a wystawienie dokumentów, takich jak recepta czy zwolnienie lekarskie, bez badania przedmiotowego może zostać uznane za niedopełnienie standardu należytej staranności.

Stanowisko w tej sprawie zajęło również Ministerstwo Zdrowia.* W dokumencie wskazano, że zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry* wystawienie recepty z pominięciem badania pacjenta może mieć miejsce jedynie w ramach kontynuacji leczenia. Wówczas wypisanie recepty jest prawem przysługującym lekarzowi, z którego może skorzystać, ale tylko pod warunkiem, że jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W opinii ministra zdrowia zasadne jest podjęcie prac legislacyjnych, które umożliwią wprowadzenie zmian w zakresie metod weryfikacji i wskazywania sfalszowanych recept oraz recept, na których przepisane leki nie są odpowiednie do dokumentacji medycznej pacjenta, wystawianych zarówno przez osoby uprawnione, jak i nieuprawnione, szczególnie recept na wszystkie substancje psychotropowe i odurzające.

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY NIE MOŻE POBIERAĆ OD PACJENTÓW DODATKOWYCH OPŁAT

Rzecznik praw pacjenta opublikował komunikat* dotyczący naruszenia zbiorowych praw pacjenta przez zakład opiekuńczo-leczniczy, który pobierał dodatkowe opłaty za pobyt. Pacjenci lub ich bliscy mieli być zobowiązani do wnoszenia opłat, których uzasadnieniem były ponadstandardowe usługi, takie jak zakupy na życie pacjenta. Rzecznik uznał, że te opłaty miały charakter stały i były pobierane z góry na dany miesiąc, a w istocie były związane z wyżywieniem i zakwaterowaniem pacjenta w ZOL. Stanowiły w związku z tym nieuprawniony, dodatkowy dochód placówki medycznej. Rzecznik praw pacjenta nakazał zaniechanie tej praktyki, a placówka medyczna dostosowała się do tej decyzji. Stanowisko rzecznika znalazło potwierdzenie w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 9 lutego 2023 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE LECZENIA BÓLU

24 lutego 2023 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych.* Rozporządzenie określa standard organizacyjny leczenia bólu przewlekłego, tj. bólu bez oczywistej biologicznej wartości, który zwykle trwa dłużej niż 3 miesiące, oraz bólu stanowiącego istotny problem kliniczny, tj. wymagającego leczenia w opinii pacjenta i lekarza. Wśród najważniejszych elementów standardu leczenia bólu znalazło się obowiązkowe zbadanie przyczyn, natężenia, okoliczności występowania oraz wpływu bólu na jakość życia pacjenta, a także prowadzenie karty oceny natężenia bólu jako elementu dokumentacji medycznej. Według rzecznika praw pacjenta* dzięki nowemu rozporządzeniu koncentracja na leczeniu bólu nastąpi już na etapie ambulatoryjnym, w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia w poradni leczenia bólu będą udzielane w przypadku wyczerpania możli-

wości diagnostycznych i leczniczych podstawowej opieki zdrowotnej. Od dnia wejścia w życie rozporządzenia placówki medyczne mają 6 miesięcy na dostosowanie działalności do nowych wymagań.

STOSOWANIE AMANTADYNY W LECZENIU COVID-19 STANOWIŁO NARUSZENIE PRAW PACJENTA

Jak podaje rzecznik praw pacjenta,* od początku epidemii wirusa SARS-CoV-2 w Biurze RPP przeprowadzono 30 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, które dotyczyły stosowania leków zawierających amantadynę w terapii COVID-19. Z komunikatu wynika, że w niektórych placówkach medycznych tylko w ciągu kilku miesięcy pandemii wystawiono setki, a nawet tysiące takich recept.

Rzecznik wyszedł z założenia, że leczenie musi odpowiadać aktualnej wiedzy medycznej, a więc posiadać rzetelnie potwierdzoną skuteczność i bezpieczeństwo. W części podmiotów objętych postępowaniami przepisywano chorym lek zawierający amantadynę pod pretekstem leczenia zakażenia wirusem grypy. Nie potwierdzano jednak u pacjentów zakażenia wirusem grypy na podstawie wyniku testu diagnostycznego, przepisywanie amantadyny opierało się więc wyłącznie na wywiadzie z pacjentem, przeprowadzanym zazwyczaj telefonicznie.

Zasadność stanowiska rzecznika w zakresie uznania praktyki stosowania amantadyny w leczeniu COVID-19 za naruszającą zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej potwierdził w wyroku z 7 lutego 2023 r.* Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie. ●

* Źródła:



Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami 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

Tutaj jestem u siebie

Obawiam się nie śmierci, ale samotności.

August Strindberg

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

Pogoda jest wyjątkowo ponura, deszcz jeszcze nie zdecydował, czy rozpaść się na dobre, czy drażnić mnie mżawką. Jestem na miejscu. Zza rytmicznie pracujących wycieraczek co i rusz wyłania się gmach Szpitala MSWiA w Warszawie. Gaszę silnik, wraz z nim milknie muzyka. Z pewnym ociąganiem opuszczam ciepłe wnętrze auta. Zapi nam kurtkę i wtulam głowę w ramiona. Ruszam w stronę bramy. Zza krzewów przebija kolorowa fasada trzypiętrowego budynku. Nachodzi mnie myśl, że wiosną musi być tutaj naprawdę ładnie.

OBOWIĄZUJE UŚMIECH

Z ulgą wchodzę do holu Domu Lekarza Seniora. Dłonie zdążyły się zrobić lodowate. Pocieram nimi energicznie. Blisko wejścia spotykam dwóch mężczyzn na wózkach. Obaj są mieszkańcami domu. Witam się z nimi, odpowiadają uprzejmie. Jeden z nich posyła wesoły uśmiech. Jestem za wcześnie, więc korzystam i oglądam parter budynku, gdzie znajduje się przestronna jadalnia oraz wyjście na rozległy taras. Nad drzwiami dyżurki co chwila uruchamia się świetlny sygnalizator. To znak, że ktoś potrzebuje pomocy sanitariusza. W ciągłym ruchu widzę też pielęgniarki. Na wprost wejścia długi korytarz. To tam znajdują się pokoje najmniej samodzielnych mieszkańców. Z tablicy ogłoszeń dowiaduję się, co dziś trafi na talerze seniorów i kiedy mogą brać udział w mszach świętych. A z regulaminu domu – że obowiązuje życzliwe podejście do współmieszkańców. „Pewnie stąd ten uśmiech, choć jestem tylko gościem” – myślę. Pojawia się dr Irena Dziewońska. To ona mnie tutaj zaprosiła. Jest jeszcze w kurtce, bo wróciła z dyżuru w przychodni. Mieszka tu od pięciu miesięcy i jednocześnie praktykuje w przychodni dziecięcej. Dziarskim krokiem podchodzi do mnie. Ściskamy sobie dłonie. Szybko wpisuję się do książki odwiedzin. Wsiadamy do windy. Na trzecim piętrze, na końcu korytarza, jest pokój pani Ireny.

FIŃSKIE TALERZYKI

Na pewno nie tak wyobrażałam sobie pokój pensjonariusza domu seniora. Nie wiem dlaczego, ale podświadomie założyłam, że musi być surowy, wypełniony meblami bez wyrazu. Nie sądziłam, że może tak wiele mówić o jego mieszkance. Właściwie już od progu czuję, że wchodzę w czyjąś bardzo osobistą przestrzeń. W świat Ireny Dziewońskiej. Mój wzrok przykuwa kryształowy żyrandol, który wyróżnia się w tak małej przestrzeni, a jednocześnie spaja ją w całość. W małym korytarzyku zostawiam kurtkę i powoli zanu-

rzam się w opowieść o życiu pani Ireny. Opowiada nie tylko ona – a doprawdy ma o czym – ale też jej pokój wypełniony fotografiami. Z każdą wiąże się kolejna historia. Widzę dom, w którym przyszła na świat, przedwojenne zdjęcia rodziców, mnóstwo fotografii syna, wnuczka, drugiego męża pani Ireny – Edwarda Dziewońskiego, i znajomych artystów. Pani Irena była czwartą żoną „Dudka”. Dla niej to było drugie i ostatnie małżeństwo. Przeżyli ze sobą niemal 40 lat. Dziewoński mawiał: „Wykazała odwagę, biorąc ze mną ślub. Teściowa jest tylko o cztery lata starsza [od niego]”. To prawda, pani Irena nie boi się niczego. Jest z gatunku tych, o których mówi się „kobieta petarda”. Choć jej twarz pokrywają zmarszczki zostawione przez czas, w oczach wciąż tłą się wesołe ogniki.

Ściany zdobią małe porcelanowe talerzyki z wymalowanymi scenami z północy Europy. – *To fińskie talerzyki, które wyszukiwałam latami na pchlich targach. Fabryka, która je produkowała, już nie istnieje. W moim mieszkaniu przy Wareckiej wisiały w kuchni. Niech sobie pani wyobrazi, że pytałam bliskich, czy ktoś chce się nimi zaopiekować, jak już się zabiorę z ziemskiego padolu. Nikt nie chciał. Musi pani przyznać, że nie znają się na rzeczy – śmieje się pani Irena.*

KARMNIK DLA PTAKÓW

Mieszkańcy DLS mogą przywieźć swoje meble. Oczywiście, dostosowując ich liczbę do skromnego metrażu pokoi. Jednak dzięki temu łatwiej się im odnaleźć w nowej sytuacji. – *Co z tego, że mam wielkie mieszkanie, a tu małe pokoiki. Wie pani, jak trudno zadbać o takie mieszkanie? Tutaj czuję się dobrze. U siebie. W wielkim mieszkaniu bardziej odczuwa się samotność. Starzy sąsiedzi poumierali lub wyprowadzili się, nowych lokatorów prawie się nie widuje. Została mi tylko żona dozorczy. Miałam świadomość, że tylko do niej mogę się odezwać – ocenia moja gospodyni. Każdy pokój ma balkon. Kątem oka spoglądam na ten należący do pani Ireny. – Przejdźmy tam – proponuje gospodyni. – Mam z balkonu piękny widok na park. Rzeczywiście DLS posiada trzyhektarowy ogród. – Na balkonie zainstalowałam karmnik dla ptaków – dodaje. Jak na potwierdzenie, do karmnika wpada sikorka, wybiera co lepsze kąski i odlatuje.*

FILIŻANKI OD MŁYŃNARSKIEGO

Siadamy przy stoliku, pani Irena wyjmuje czekoladki i podaje herbatę w filiżankach, które podarował jej Wojciech



Młynarski. Kolejne drobiazgi z historią. Moja rozmówczyni snuje opowieść o swoim życiu, której nie mogę przytoczyć, bo zajęłaby cały numer „Pulsu”. W młodości nieraz mierzyła się z realiami Polski Ludowej. Pomysłowość pozwalała jej napotykanym trudnościom zmieniać w szansę. Nie zabrakło też zabawnych historii. Ze względu na ciążę i wpływający termin ważności paszportu wróciła z ówczesnym mężem, Jerzym Czyżem, z Finlandii do Polski. Zdobyć

stażu w Warszawie było niemożliwe, więc zamieszkali w pokoiku budynku pogotowia w Dobrym Mieście i w tamtejszym szpitalu odbywali staż. – *Naprzeciwko pogotowia była trupiarnia. Kiedy urodził się mój syn Andrzej, wstawiałam go w wózek w krzak bzu przy owym budynku, a sama biegłam przyjmować pacjentów. Rejestratorka często krzyczała: „Czyżowa! Andrzeja pewno osa ugryzła, bo się drze!* – wspomina.

Ważne miejsce w życiu pani Ireny zajmuje Finlandia oraz ludzie, których tam poznała: – *Kocham Finlandię miłością pierwszą, pokochali ją też moi bliscy. Jeździmy tam co roku.* W czasach PRL udawało jej się wyjeżdżać tam do pracy jako lekarz. Raz planowała, że nie wróci, opuści ojczyznę, ale tragiczny zbieg okoliczności sprawił, że nie zrealizowała planu.

AFRYKA

Wśród fotografii widzę jedną odstającą od reszty. To kolejna historia. Irena Dziewońska dostała dwie propozycje pracy w ramach trzyletniego kontraktu – w Libii i Nigerii. Wybrała Libię. Sądziła, że to bezpieczniejsza opcja. Szybko okazało się, że o jakiegokolwiek swobodzie może zapomnieć. Przydzielono jej libijskiego „opiekuna”, który chodził za nią wszędzie, nawet w pracy. Szpiegował i podsłuchiwał. – *Libia była straszna. To był okres tuż po rewolucji Mu’ammara al-Kaddafiego. Zostałam wyznaczona na szefa intensywnej terapii dziecięcej. Żyłam pod ogromną presją. Miałam świadomość, że jeżeli będę robić punkcję lędźwiową dziecku, które ma zapalenie opon mózgowych, za mną będzie stał Arab i jego trzy żony. Jeśli mi dziecko umrze, będę martwa jak ono* – opowiada.

HONOLULU

Podczas naszej rozmowy przychodzi pani dyrektor DLS. Gospodyni proponuje herbatę i ciasteczka. Obie panie chwilę rozmawiają, a ja zastanawiam się, czy mieszkanie w Domu Lekarza nie odbiera niezależności tak aktywnej kobiecie, jaką jest Irena Dziewońska. Jakby słysząc moje myśli, pani Irena wyjaśnia: – *Widzi pani, ja tu mogę robić, co chcę. Regularnie przychodzi makijażystka, fryzjer, podolog. Nie muszę prac ani sprzątać. Za to mogę wyjechać do Honolulu na dwa tygodnie i nikt nie będzie robił mi problemów* – uśmiecha się figlarnie.

Fot. K. Hosińcz-Komar



Fot. P. Bieźński

- – *To prawda, nie traktujemy mieszkańców jak więźniów. Wielu z nich jest bardzo sprawnych i niezależnych. Nie muszą się nam opowiadać, dokąd wychodzą, ale mamy umowę, że mówią nam, kiedy możemy się ich spodziewać. Musimy wiedzieć, kiedy powinniśmy zacząć się martwić* – dodaje dyrektor Aneta Alina Olszak.

Dowiaduję się, że niektórzy mieszkańcy wychodzą w towarzystwie opiekuna, jeśli o to poproszą. Czasem potrzebują asysty przy zakupach lub, jeśli nie mają ochoty wychodzić, pracownicy robią zakupy za nich. Niezwykle przydatna jest pomoc pracowników socjalnych. Pomagają rozliczyć PIT, uzyskać oświadczenie o niepełnosprawności, napisać pismo, załatwić sprawy urzędowe. W dobie galopującej cyfryzacji seniorzy często mają z tymi sprawami kłopoty. DLS oferuje wiele atrakcji, takich jak kino wieczorne, koncerty, spektakle, gry integracyjne, wycieczki autokarowe. Uczestnictwo jest dobrowolne. Do dyspozycji jest również biblioteka. – *Prawdę mówiąc, wielu seniorów nie jest tak aktywnych, jak mieszkający u nas* – zauważa dyrektor Domu Lekarza. Mieszkańcy mają przydzielone osoby, którym zgłaszają bieżące potrzeby, a one doglądają swoich podopiecznych i sprawdzają, czy wszystko jest w porządku. – *Opiekun na dyżurze musi odwiedzić wszystkich swoich podopiecznych. To sprawia, że szybciej reagujemy na zmianę w zachowaniu czy wyglądzie, która może sugerować problem zdrowotny* – podkreśla pani Aneta. – *Udało nam się podpisać umowę na opiekę psychiatryczną, a zaraz dopinamy umowę z lekarzem od fizjoterapii. Pla-*

cówka zapewnia też opiekę lekarską i pielęgniarską.

PO PROSTU IRENA

Na pytanie, dlaczego zdecydowała się na pobyt w domu seniora, pani Irena w pierwszej kolejności wymienia poczucie osamotnienia w swoim dawnym mieszkaniu, gdzie nawet w windzie lokatorzy nie mówią sobie dzień dobry. Poza tym duże mieszkanie zaczęło sprawiać jej kłopot. Trudno jej było o nie dbać, a z racji wieku zaczynała obawiać się kontuzji. To jednak nie był jedyny powód.

Kiedy wybuchło Powstanie Warszawskie pani Irena miała 5 lat. Pamięta z tego okresu głównie wyrywkowe obrazy. Z całą rodziną trafiła do obozu przejściowego w Pruszkowie. Kiedy stali na rampie, czekając na transport do Auschwitz, jej ojciec (prawdopodobnie z powodu skurczu pęcherzyka żółciowego), mówiąc potocznie, żółtkł. – *Niemcy potwornie bali się zakażonej żółtaczką. Jeden z nich odesłał nas do szpitala w Tarczynie. Uniknęli-*

śmy wywózki, a ze szpitala udało nam się uciec. Jeden obraz pamiętam szczególnie. Stoimy w tym Tarczynie, nie mamy dosłownie nic, nie wiemy, gdzie się podziać. Bezradni i przerażeni patrzymy na lunę nad płonącą Warszawą. Wszystko do mnie wróciło, kiedy wybuchła wojna na Ukrainie. Budziłam się o trzeciej w nocy i włączałam telewizor. Łuna ze wspomnień mnie prześladowała. Przestałam spać. Czuję się wtedy rozpaczliwie samotna. I bałam się. Wróciło poczucie zagrożenia, które zapamiętałam z naszej wojny – mówi.

To przesądziło. DLS wybrała ostatecznie po kilku wizytach u swojej przyjaciółki Zofii. – *Nigdzie indziej nie mogłabym być anonimowa. Wszędzie miałabym łatkę Irena – lekarka. Inni pensjonariusze nie daliby mi spokoju. A tutaj jestem jedną z wielu i po pracy mogę być po prostu Ireną. Najtrudniejsze dla niej było przekazanie tej decyzji rodzinie. Pierwszym odruchem było zaskoczenie. Bliscy pani Ireny nie mogli zrozumieć, dlaczego chce zmienić swoje dotychczasowe życie. – Na szczęście już się przyzwyczaili. Poza tym widzę, że jestem tu szczęśliwa* – dodaje pani Irena.

POSŁOWIE

Wsiadając do auta, przypominam sobie zasłyszane epizody z życia pani Ireny, np. jak często o godzinie pierwszej w nocy mąż budził ją telefonem. „Irka! Idziemy na bankiet”. A ona mimo zmęczenia po dyżurze stroiła się jak „Wiśniewska czy inna Kunicka” i biegła na raut. Wydaje mi się, że pani Irena Dziewońska jest gotowa na niejeden jeszcze bankiet. ●



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

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

30 czerwca 2023 r.



Dofinansowanie wyrobów medycznych

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

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa

30 czerwca 2023 r.

FUNDACJA PRO SENIORE
Oligopozna Vita Lekarskiej w Warszawie

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

KRS 0000250527

Przekaz 1,5%
Swojego podatku na szczytny cel

Nr konta
34 2030 0045 1170 0000 0330 4290



Obiady w Klubie Lekarza

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza

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

Dodatkowe informacje:

Renata Sobolewska, tel. 22 543 83 30.

Dwóch z Judenratu



Fotografie: NAC

CZWARTEK 16 STYCZNIA 1947 R., WAŁBRZYCH. W ÓW ZIMOWY PORANEK O GODZINIE 7.30 DR NORBERT SZENDEROWICZ ODBIERA SOBIE ŻYCIE WE WŁASNYM MIESZKANIU PRZY UL. SŁOWACKIEGO 16. URZĄD STANU CYWILNEGO PRZYJMUJE ZGŁOSZENIE O ZGONIE LEKARZA OD DR. LUDWIKA FASTMANA. BLISKO 20 LAT PÓŹNIEJ FASTMAN WYJEŻDŻA DO AUSTRALII I ŚLAD PO NIM GINIE.

tekst **KAMILA HOSZCZ-KOMAR**

**DROHOBYCZ, WIEDEŃ,
WARSZAWA**

Próżno szukać śladów znajomości obu lekarzy w ich dzieciństwie czy młodzieńczych latach.

W lipcowy dzień 1897 r. w Drohobyczu nad Tyśmienicą Anna Fastman wydaje na świat syna. Przyszły lekarz otrzymuje od rodziców imię Ludwik. Gustaw i Anna mieszkają w Beskidach Brzeźnych – regionie wcielonym do Austro-Węgier w 1772 r. w wyniku pierwszego rozbioru Polski. Ludwik studia medyczne odbywa w stolicy cesarstwa i jako trzydziesto-jednoletni mężczyzna odbiera w Wiedniu dyplom lekarza (1928).

30 stycznia 1894 r. w domu Chaima i Heleny rodzi się Norbert, a właściwie Nahum Szende-

rowicz. Jako dorosły już człowiek pobiera nauki w Warszawie, swoim rodzinnym mieście, a mając 28 lat, cieszy się dyplomem doktora medycyny.

**RADOM
LATA 20. XX W.**

Nie wiadomo, jakie koleje losu sprowadziły obu lekarzy do Radomia, ale i jeden, i drugi związał z tym miastem większość życia. Ludwik Fastman daje się poznać radomianom nie tylko jako lekarz laryngolog, ale także jako zaangażowany działacz społeczny. Przez dwie kadencje pełni funkcję radnego miejskiego i aktywnie działa na rzecz Organizacji Syjonistycznej w Polsce.¹ W lipcu 1937 r. wchodzi w skład komitetu, który przyznał tytuł Honorowego Obywatela Miasta Radom marszałkowi Edwardowi Rydzowi-Śmigłemu. Fastman prowadzi



Fot. K. Bartyzel

prywatną praktykę w eleganckiej dzielnicy Radomia, przy ul. Sienkiewicza 12. Doskonale wyposażony gabinet lekarski wydaje się być zaledwie skromnym dodatkiem do imponującego, składającego się z pięciu bogato urządzonej pokoi, mieszkania doktora.

Wiosną 1939 r. w dzielnicy żydowskiej wybucha epidemia tyfusu. Tzw. bakcyle Kocha, grasujące wśród mieszkańców ubogich domostw żydowskich, stały się wodą na młyn dla ludzi i ugrupowań niechętnych Żydom. Ludwik Fastman nie pozostaje bierny wobec rozsiewanej dezinformacji. Na forum magistrackim udowadnia, że *Typhus exanthematicus* nie jest chorobą rasową, a jego pojawienie się w dzielnicy zamieszkiwanej przez Żydów to efekt wieloletnich zaniedbań w tym rejonie tolerowanych przez władze miasta.

W tym samym czasie wenerolog i dermatolog Norbert Szenderowicz mieszka przy ul. Piłsudskiego 2. Prowadzi własną praktykę lekarską, ale związek ze Stowarzyszeniem Niesienia Pomocy Biednym i Chorym Miasta Radomia „Ezra” wskazuje na to, że realizuje się w działalności charytatywnej. „Ezra” – prężnie działająca żydowska organizacja pomocowa w międzywojennym Radomiu – ma swoją siedzibę przy ul. Długiej (dzisiejsza ul. Traugutta 52). Tam dr Szenderowicz z innymi lekarzami m.in. udziela bezpłatnych porad medycznych ubogim Żydom, rozdaje lekarstwa i żywność, opał, odzież, paczki okolicznościowe. „Ezra” szczególną pieczę roztacza nad żydowskimi dziećmi: karmi je, organizuje leczenie, umożliwia im pobyty lecznicze w Busku-Zdroju. Prawdopodobnie z ramienia „Ezry” Szenderowicz zostaje opiekunem Domu Sirot Żydowskich przy ul. Obozisko (dziś ul. Warszawska).²

„My, Żydzi, łączymy się w uczuciach hołdu i miłości dla naszej Armii ze wszystkimi obywatelami. Gdy zajdzie potrzeba, złożymy w obronie Majestatu Najjaśniejszej Rzeczypospolitej, nienaruszalności Jej granic i wolności obywateli – nie tylko mienie, ale i życie”. Dr Fastman w imieniu Klubu Żydowskich Radnych w 1939 r. tę deklarację popiera. Wtedy jeszcze Ludwik Fastman i Norbert Szenderowicz nie wyobrażają sobie, jak szybko i boleśnie przyjdzie im skonfrontować swoje poglądy z nowym porządkiem.

JUDENRAT

8 września, dwa dni po opuszczeniu miasta przez kierownictwo urzędów i instytucji – do Radomia wkraczają Niemcy. Miasto pozostanie pod okupacją nieprzerwanie do 1945 r. Na mocy rozporządzeń generalnego gubernatora Hansa Franka z 20 i 28 listopada 1939 r. w Radomiu utworzona zostaje Rada Starszych, czyli Judenrat.³ Jej zadaniem jest nadzorowanie wdrażania zarządzeń okupanta dotyczących ludności żydowskiej. Na czele pierwszego składu rady staje Józef Diamant. Jej członkami są m.in. Ludwik Fastman i Norbert Szenderowicz oraz dr Wolf Cug i dr Władysław Finkirlszajn.

„W grudniu 1939 r. lekarze radomscy zebrali się celem podjęcia pracy i na tym zebraniu ja zostałem wybrany przewodniczącym organizacji. W lecie 1941 r., po zorganizowaniu tzw. Izby Zdrowia, zostałem przez władze uznany kierownikiem żydowskiej izby zdrowia, podlegając równocześnie z lekarzem Polakiem, kierownikiem polskiej izby zdrowia, niemieckiemu lekarzowi, kierownikowi ogólnej izby zdrowia” – pisze w liście do prezesa TOZ Szenderowicz (1946). Rzeczywiście, przypada mu w udziale zorganizowanie opieki medycznej i nadzór nad jej funkcjonowaniem z ramienia Judenratu. Tworzy ambulatorium, w którym pracuje bakteriolog dr Anna Herschthal z asystentką Miriam Jeszurin. Sam kieruje izolatorem, które otwiera w budynku sierocińca w kwietniu 1940 r. Wydziela cztery pokoje szpitalne, jeden biurowy i pokój dla pielęgniarek. Pacjenci (jest ich 17) z braku łóżek leżą na podłodze, na słomie. Sale są koedukacyjne, w każdej umieszcza się pacjentów cierpiących na inną chorobę: tyfus, dur brzuszny i dyzenterię. Z czasem Szenderowicz zdobywa



Fot. archiwum fotopolska.eu

WEZWANIE

do ludności żydowskiej.

Na mocy rozkazu urzędowego Wyższego Dowódcy SS i Policji przy Sztapie Generalnego Gubernatora z dnia 20-go stycznia 1940 i zgodnie z rozporządzeniem Pana Starosty Miejskiego podaję do wiadomości, że wszyscy żydzi płci męskiej od ukończonego 12-90 do ukończonego 60-90 roku życia winni zgłosić się osobiście w terminach i miejscach niżej oznaczonych celem wpisania ich do karto-teki osób, podlegających przymusowi pracy.

	do lokalu Słowackiego 24	do lokalu Żeromskiego 92	do lokalu Żeromskiego 9	do lokalu Rynek 13
Data	których nazwiska rozpoczynają się na literę:			
5 marca	A	G	Ł	S
6 marca	B	H	M	T
7 marca	C	I — J	N	U
8 marca	D	K	O — P	W
9 marca	E — F	L	R	Y — Z

Rejestracja odbywać się będzie w godzinach 9 do 14 i 16 do 19.

Rejestracji podlegają również żydzi ochrzczeni.

Obowiązani do rejestracji winni zgłosić się osobiście z dowodami, stwierdzającymi tożsamość i zawód. Rzemieślnicy winni posiadać wykaz posiadanych maszyn i narzędzi, zaś właściciele fabryk dowody, stwierdzające rodzaj i rozmiary przedsiębiorstwa.

Nie zgłoszenie się do rejestracji, podanie nieścisłych danych lub niepełnych danych i inne działania, zmierzające do obejścia przepisów rozporządzenia o pracy przymusowej, podlegają ciężkim karom.

Radom, dnia 2 marca 1940.

Zezwolono:
Starosta Miejski
Schwitzgebel
Dowódca Grupy SA

Prezes
Rady Starszych Ludności Żydowskiej
w Radomiu
Józef Diament

Uwaga: Rejestrujący się opłaca 30 gr. od osoby.

► kilka łózek i niewielką ilość sprzętu. Funkcjonuje także dawny Szpital Starozakonnych oraz Szpital Epidemiczny. Różia Rywan, była pracownica ochrony zdrowia, wspomina: „*Wiadomym mi jest z okresu mojej pracy w Radomiu w szpitalu chirurgicznym w getcie radomskim, że w czasie okupacji, pełniąc obowiązki kierownika ośrodka zdrowia, dr Naum [Norbert] Szenderowicz pracował poza spełnieniem swoich obowiązków czysto zawodowych z wielkim poświęceniem i oddaniem dla dobra ogółu Żydów. W szczególności zaś lekarzy i personelu sanitarnego, zarówno w szpitalu, w którym ja byłam zatrudniona, jak i innych. W okresie jego pracy do chwili jego zaareztowania nikt z lekarzy i personelu sanitarnego nie padł ofiarą wysiedlenia z Radomia. O powyższym wiem zarówno na podstawie moich wiadomości, jako też częstych kontaktów z kolegami mojego zawodu*”. Tę wypowiedź doktor wykorzysta po wojnie, walcząc przed sądem o odzyskanie dobrego imienia.

3 kwietnia 1941 r. Niemcy wydają rozporządzenie o utworzeniu dwóch zamkniętych dzielnic żydowskich: małej na Glinicach i dużej, tzw. śródmiejskiej. Do 12 kwietnia około 25 tys. polskich obywateli wyznania mojżeszowego musi zakwaterować się w dużym getcie, a 8 tys. w małym. Ciasnotę i związane z nią upokarzające warunki obrazują dane: w śródmiejskim getcie w 3989 mieszkaniach zameldowanych zostało 25 658 osób. Wyjście poza granice getta karane jest rozstrzelaniem. Żydom odbiera się cały dobytek. Ludwik Fastman tak opisuje sytuację: „*Od 1939 r. do stycznia 1943 byłem naocznym świadkiem polityki eksterminacyjnej i rabunkowej w stosunku do ludności żydowskiej w Radomiu. (...) Masowy rabunek całego mienia ruchomego i nieruchomego 25-tysięcznej ludności żydowskiej rozpoczął się w sierpniu 1942 r. (...) W ten sposób straciłem cały swój dobytek, owoc 15-letniej pracy. Wiele domów należących do Żydów rozebrano, zużytkowując materiał budowlany na swoje cele, lub spalono. Straty ludności żydowskiej oceniam na miliardy złotych przedwojennej wartości*”.⁴ W lipcu 1942 r. Józefa Diamenta oraz kilku innych członków Judenratu aresztowano i przewieziono do Auschwitz. Jego miejsce w radzie zajął, bez niemieckiego nadania, Ludwik Fastman.

AKCJA REINHARDT

Kulminacja żydowskiej gehenny następuje w sierpniu 1942 r. Likwidacji radomskiego getta Niemcy dokonali dwuetapowo. Najpierw likwidują getto na Glinicach, a około 800 ocalałych przepędzają do dużego getta. 12 dni później następuje likwidacja dużego getta. Niemcy oświetlają teren reflektorami, a następnie w nocy wydają rozkaz opuszczenia mieszkań, bez rzeczy osobistych. Tych, którzy boją się wyjść, zabijają na miejscu. Mordują pacjentów szpitala oraz mieszkańców domu starców i sierot. Obława na kobiety i dzieci trwa przez trzy dni i dwie noce. „*Wśród szalejących Niemców wyróżniał się Erich Kappke, roztrzaskujący niemowlęta o bruk lub ściany domów – wspomina Chaim Zajde,*⁵ naoczny świadek. – *Dzieci ukryte przez rodziców zagoniono na ul. Zatylną, do koszernej rzeźni drobiu. Nie uciekały, bo dokąd, jak? Może nawet przez chwilę odczuły ulgę, bo w grupie zawsze raźniej. Padły strzały. Cele, bo tak je postrzegali Niemcy, pewnie biegały,*

krzyczały. No to rzucono do rzeźni granaty. Raz, drugi, do skutku! Dowodził esesman Erich Schild. Ciałka osuwały się na stosy świętych ksiąg”.⁶

Krzyki, płacze i strzały słychać daleko poza granicami getta. Niektórzy esesmani organizują zabawę w roztrzaskiwanie butelek z mlekiem i wodą, które trzymają matki lub dzieci. Strzelają do kobiet, które spadają z dziećmi ze śliskich od krwi trapów prowadzących do bydłych wagonów. Wagony mają zabite okna, podłogę wysypaną wapnem. W każdym umieszczonych jest około 150 osób. W tych dniach panuje wyjątkowy upał. W chwili gdy wagony ruszają, część pasażerów już nie żyje. W Treblince z każdego wagonu wysiada średnio 20 pozostałych przy życiu. Trafiają do krematorium. Obietnice, składane przez Niemców dotyczące bezpieczeństwa ludności żydowskiej podczas likwidacji getta, nie mają pokrycia. Przekonuje się o tym Ludwik Fastman: „*Ponieważ nasze zaniepokojenie wzrastało z dnia na dzień, postanowiłem, mając pewne »chody« u lekarza niemieckiego, od którego otrzymywałem szczepionkę przeciwtyfusową, skontaktować się z Blumem. Powiedziałem mu bezpośrednio, że słyszałem o tym, że getto ma być wysiedlone, a jego mieszkańcy zgłodzeni. Na to Blum pocieszał mnie, że lekarzom i ich rodzinom nic się złego nie stanie. Była to dla mnie bardzo mała pociecha, ponieważ odpowiadałem za 25 tys. Żydów. Blum w dalszym ciągu zapewniał mnie, że lekarzom nic się złego nie stanie. (...) W sprawie wywiezienia rodzin lekarzy zwróciłem się z interwencją do Feuchta, powołując się na przyrzeczenie, że rodziny lekarzy i [sami] lekarze nie będą wysiedlani. Skierowano mnie natychmiast na dworzec. Tam gestapowiec, którego wysłał Schippers, zwrócił się do grupy oficerów obserwujących ładowanie ludzi na wagony, a właściwie do Liebhardta, który odmówił interwencji*”.⁷ Po zakończeniu akcji w tzw. szczątkowym getcie zostaje około 3,5 tys. osób. Co oznacza, że blisko 30 tys. polskich obywateli wyznających judaizm ostatecznie unicestwiono.

Fastman i Szenderowicz pozostają w getcie. Fastman zostaje przełożonym obozu pracy przymusowej przy ul. Szkolnej. Za nielegalną pomoc mieszkańcowi getta w wyniku donosu zostaje aresztowany przez gestapo i przewieziony do więzienia przy ul. Warszawskiej. „*Ręce podczas przewożenia samochodem do siedziby gestapo mieliśmy skrupowane automatycznymi hakami, w samochodzie klęczeliśmy odwróceniem tyłem. Przesłuchania te polegały na biciu i wymuszaniu zeznań*”.⁸ 17 marca 1943 r. trafia do obozu Auschwitz. Udaje mu się przeżyć tzw. marsz śmierci, zostaje uwolniony przez armię amerykańską z obozu Ebensee.

Po aresztowaniu Fastmana 10 stycznia 1943 r. jego funkcje przejmuje Norbert Szenderowicz, który jest kierownikiem sanitarnym w obozie pracy przymusowej. Wszystkie funkcje pełni do 1 maja. Po półrocznym pobycie w więzieniu zostaje przewieziony do obozu Auschwitz, a następnie Sachsenhausen i Dachau.

TRUDNE POWROTY

Latem 1945 r. w „Dzienniku Powszechnym” pojawiają się dwa ogłoszenia: ►

► „Dr med. N. Szenderowicz, choroby skórne i weneryczne (...) powrócił, Radom, Moniuszki (...)”.

„Dr med. L. Fastman, specjalista chorób uszu, nosa i gardła (...) powrócił, Radom, Piłsudskiego (...)”.

Jednak to pierwsze wzbudza poruszenie wśród ocalałej ludności żydowskiej.⁹ Dr Szenderowicz jest oskarżany o kolaborację, wykorzystywanie pozycji, przyjmowanie łapówek, a od kobiet „opłaty w naturze”. Pielęgniarka Bella Frydman, która straciła rodzinę, nie przebiera w słowach: „niejednokrotnie byłam ofiarą jego dzikich instynktów, oczywiście broniąc się, przyrzekał mi, że przy pierwszej sposobności mi się zrewanżuje. (...) Przy ogólnym wysiedleniu, zbiegiem okoliczności, będąc wraz z nim na stacji przy odtransportowaniu dzieci i starców, w tłumie ludzi spostrzegłam swoją Matkę z siostrą. Z gorącą prośbą zwróciłam się do niego, błagając go chociaż o kilka słów interwencji. Niestety – głuchy wtedy był na mój płacz i prośby. Ból mój o tyle większy, gdy w mojej obecności, bez żadnego trudu, uratował inną osobę – obecną żonę dr. Fastmana”.

Na Szenderowicza wylewa się fala krytyki, pojawiają się kolejne oskarżenia. Jednocześnie może liczyć na głosy prostujące część zarzutów. Dr Bolesław Sławiński w swoim zeznaniu informuje: „Proszony przeze mnie w krytycznym dniu dr Szenderowicz w momencie wyruszenia partii na »drogę śmierci« wyciągnął żonę z tejże grupy i tym ją uratował. (...) Wobec powyższego – ja osobiście żadnych zarzutów dr. Szenderowiczowi nie stawiam”. Sam Szenderowicz, walcząc o swoje dobre imię, podkreśla, że wszystkie oskarżenia wynikają z tego, że on i jego rodzina przeżyli. Henryk Zameczkowski zdaje się to potwierdzać: „Otóż uważam, że ludzie, którzy szkalują imię dr. Szenderowicza, na pewno czynią to ze złośliwości i z zazdrości. To, że jego rodzina ocalała, to czysty przypadek, gdyż żona jego z córką i teściową była wraz ze mną w Oświęcimiu, a tam nie było »uprzywilejowanych«. W sprawie lekarza napływa dużo świadectw o różnym charakterze, jednak ostatecznie Sąd Społeczny przy Centralnym Komitecie Żydów Polskich w Warszawie uniewinnia Szenderowicza.

Fastman prowadzi praktykę i pracuje jako lekarz w ambulatorium Okręgowego Komitetu Żydowskiego. Żeni się z wdową po adwokacie Henryku Fargotszteinie, którą Szenderowicz uratował z transportu. I choć nie pojawiają się zarzuty wobec niego, w grudniu 1945 r. wyjeżdża z Szenderowiczem do Wałbrzycha. Decyduje się na pracę w ambulatorium Towarzystwa Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej i angażuje w organizację ochrony zdrowia w mieście. Zostaje ordynatorem oddziału laryngologicznego w rozwijającym się pierwszym polskim szpitalu w Wałbrzychu (dziś Specjalistyczny Szpital Zespolony im. Stefana Batorego). Zostaje wezwany na świad-



ka obrony w procesie dowódcy SS i policji dystryktu radomskiego gen. Herberta Böttchera, jednak jego zeznania są dalekie od tego, czego Niemiec oczekuje. „Oskarżonego określiłbym jako antagonistę śmierci, który zabijał ludzi tylko piórem, wydając masowe wyroki śmierci w swoim gabinecie. Podwładni mu oficerowie, zabijając lub wykonując wyroki, powoływali się zawsze na zarządzenie szefa”.¹⁰ Ostatecznie Böttcher zostaje skazany przez sąd na karę śmierci przez powieszenie. Po Ludwiku Fastmanie nie została żadna fotografia. ●

¹ Właściwa nazwa brzmi *Histadrut ha Cyjonit be Polonijah*. To najważniejsza organizacja syjonistyczna w Polsce, dążyła m.in. do utworzenia państwa żydowskiego w Palestynie.

² Nie wszystkie źródła wspominają o pełnieniu przez Szenderowicza tej funkcji. Jednak związki z „Ezrą” mogą to uwiarygadniać.

³ Działalność judenratów nadal jest szeroko dyskutowana. Ich członkom zarzuca się przede wszystkim podjęcie współpracy z Niemcami i przejście od nich większości prac administracyjnych. Z drugiej strony zachodzi wątpliwość, czy mieli dostateczną wiedzę, aby przewidzieć zamiary okupanta. Podkreśla się jednocześnie, że wiele judenratów podejmowało działania mające ulżyć ludności żydowskiej.

⁴ Zeznanie Ludwika Fastmana, Wałbrzych 1948 rok, Baza Świadectw – „Zapisy terroru”, Instytut im. Witolda Pileckiego.

⁵ Za K. Urbański, *Zagłada Żydów w dystrykcie radomskim*.

⁶ R. Metzger, *Życie i śmierć na Zatylniej w: Rocznica likwidacji radomskiego getta*, „Tygodnik Radom”, 29.08.2021.

⁷ Zeznanie Ludwika Fastmana, op.cit.

⁸ Ibidem.

⁹ Ocalało zaledwie kilkaset osób. Społeczność żydowska w Radomiu nigdy się nie odbudowała.

¹⁰ Zeznanie Ludwika Fastmana, op.cit.

Ten tekst nie powstałby, gdyby nie pomoc oraz ogromna praca dr. n. med. Roberta Wiraszki, którą wykonał, opracowując i dokumentując historię dr. Szenderowicza i dr. Fastmana.



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

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

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 „Oszustwa i kradzieże na szkodę osób starszych” – płk Marek Purzycki

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 Piętką

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

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



◇ **GDY ZMARŁ TWÓJ BLISKI, KTÓRY BYŁ
LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ**

◇ **JEŚLI JESTEŚ LEKARZEM
LUB LEKARZEM DENTYSTĄ
I ZNALAZŁEŚ SIĘ W TRUDNEJ SYTUACJI
FINANSOWEJ Z POWODU CHOROBY**

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
nie pozostawi Cię bez pomocy. Zgłoś się
do Rady Funduszu Samopomocy
– możesz uzyskać pomoc finansową.

◇ **GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO**

Rada Funduszu Samopomocy
wspomoże Cię w pierwszych
miesiącach wychowania
Twojego dziecka.

**SKORZYSTAJ
Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!**

Nieprzekraczalny termin
składania wniosków – 6 miesięcy.

Tel. 22 542 83 33



izba-lekarska.pl

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

Bez tatuażu

NIEGDYŚ TATUAŻ SŁUŻYŁ ZAZNACZENIU ODRĘBNOŚCI PLEMIENNEJ, WEWNĘTRZNEJ HIERARCHII LUB PEŁNIŁ ROLĘ MAGICZNĄ. STOSOWANO GO TAKŻE W CELACH PODKREŚLENIA WŁASNYCH POZYTYWNYCH CECH, ZASŁUG ALBO KARY LUB ZWYKŁEJ IDENTYFIKACJI. CZĘSTO STANOWIŁ ZNAK ROZPOZNAWCZY SUBKULTUR. BYŁ ATRYBUTEM ZARÓWNO JEDNOŚCI, JAK I WŁADZY, CZYNNIKIEM WAŻNYM W ŚWIECIE, W KTÓRYM POZYCJI SPOŁECZNEJ W DANEJ GRUPIE I WŁASNEJ TOŻSAMOŚCI NIE POTRAFIONO WYRAZIĆ INACZEJ.

tekst. **KRYSTYNA BIEŻAŃSKA**



Fot. P. Bieżański

Współcześnie tatuaż przestaje pełnić taką rolę. Jest raczej sposobem odróżnienia się od innych, ale jednocześnie dostosowania do panujących trendów propagowanych w środkach przekazu. Telewizja i Internet stworzyły ogromne możliwości – nieznane wcześniej w historii – poszerzenia zasięgu informacyjnego oraz idei. Kryterium oglądalności stało się dominujące. Idolami są często ludzie budzący zainteresowanie ekstrawagancją. To rodzi zjawisko, które określić by można stylem bycia społeczeństwa.

Dziś w powszechnej opinii tatuaż jest formą sztuki. Jednakże rysunek naniesiony pod skórę zawsze ma charakter uproszczony, wynikający z ograniczeń narzędzia i podłoża. W większości przypadków stosowane są szablony, bardziej kojarzące się z popularnymi piktogramami lub szlaczkami niż z głębszym zamysłem stricte artystycznym, choć niekiedy rysunek jest bardzo rozbudowany, skomplikowany, podbity różnorodnymi kolorami.

Światopogląd człowieka ewoluuje w ciągu życia. Dlatego decyzja o trwałym oznaczeniu własnego ciała rysunkiem, podjęta na jakimś etapie życia, w wyniku fascynacji danym wzorem lub trendem, jest ryzykowna. Zarówno ze względu na nieprzewidywalnych, estetycznych, jak i medycznych, choć tu zdania są podzielone.

Oryginalność, nowość zawsze były atrakcyjne dla młodych ludzi, dlatego osoby takie jak ja, oceniające tatuowanie się negatywnie, upatrują nadziei w zwyczajowej kontestacji przez następne pokolenie zastanych mód, którym hołdują rodzice. I refleksja może mało

oryginalna, ale oczywista – wszystko mija. Na szczęście – jak można usłyszeć – moja subiektywna ocena nie musi być „jedynie słuszna”. Różnorodność jest bowiem bogactwem świata, co potwierdzają moje rozmowy na ten temat.

**PROF. DR HAB. N. MED.
WIESŁAW WIKTOR JĘDRZEJCZAK,
HEMATOLOG**

Czy tatuże mogą mieć wpływ na zdrowie?

Kilka lat temu siedziała przede mną w samolocie piękna kobieta z wytatuowanymi na plecach skrzydłami. Tatuaż już trochę przyblakł, a ponadto po nim widać było niezauważalne w innych miejscach starzenie się skóry. Ten rodzaj ekspresji nigdy mnie nie pociągał, przez lata traktowałem go wyłącznie jak składnik niektórych subkultur lub objaw zwiększonych skłonności danej osoby do zachowań ryzykownych dla zdrowia.

Tatuowanie się ma tysiące lat tradycji, ale chyba nigdy nie była to tradycja polska. Kiedyś zgłosił się do mnie pacjent z dziwnymi bąblami w obrębie tatuażu i innymi objawami, które pozwoliły na rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej. Badania wykazały, że miejsca zdeponowania pigmentu stały się swojego rodzaju nisząmi, w których komórki białaczkowe znalazły dobre miejsce do rozmnażania się, a jak się później okazało – także schronienie przed lekami. Białaczka reagowała na chemioterapię, ale bardzo szybko odradzała się w miejscach tatuowanych. Ostatecznie nie udało się jej stamtąd

wyeliminować (prawdopodobnie nie było tam penetracji leków) i pacjent zmarł. Nie znalazłem opisu podobnego przypadku w piśmiennictwie, ale są raporty o ponad 60 przypadkach związku nowotworów skóry z tatuażami. Biorąc pod uwagę światową powszechność tatuaży, jest to jednak ciągle liczba niewystarczająca, aby potwierdzić związek przyczynowy.

Piśmiennictwo dotyczące zagrożenia zdrowia związanego z tatuażami jest dość obszerne i pierwotnie obejmowało głównie ryzyko infekcyjne: zakażenia bakteryjne (przede wszystkim gronkowce) oraz wirusowe (głównie zapalenia wątroby typu C oraz HIV). Wydaje się, że obecnie ryzyko to (choć istnieje) jest znacznie mniejsze, ponieważ osoby robiące tatuaże wiedzą o konieczności stosowania jałowych, jednorazowych instrumentów. Niemniej jednak unikamy kwalifikowania na dawców szpiku osób niedawno tatuowanych, kiedy jeszcze nie ma pewności, że do zakażenia u nich nie doszło. Dziś największą uwagę przywiązuje się do reakcji alergicznych, zwłaszcza w przypadkach wykorzystywania barwników innych niż czarne (czerwonego, zielonego i niebieskiego).

Gdy mam przed sobą pacjenta z tatuażami, zastanawiam się, do jakich innych zachowań ryzykownych zdrowotnie ten pacjent był skłonny i jakie z tego mogły wynikać skutki dla choroby, z którą się do mnie zgłasza.

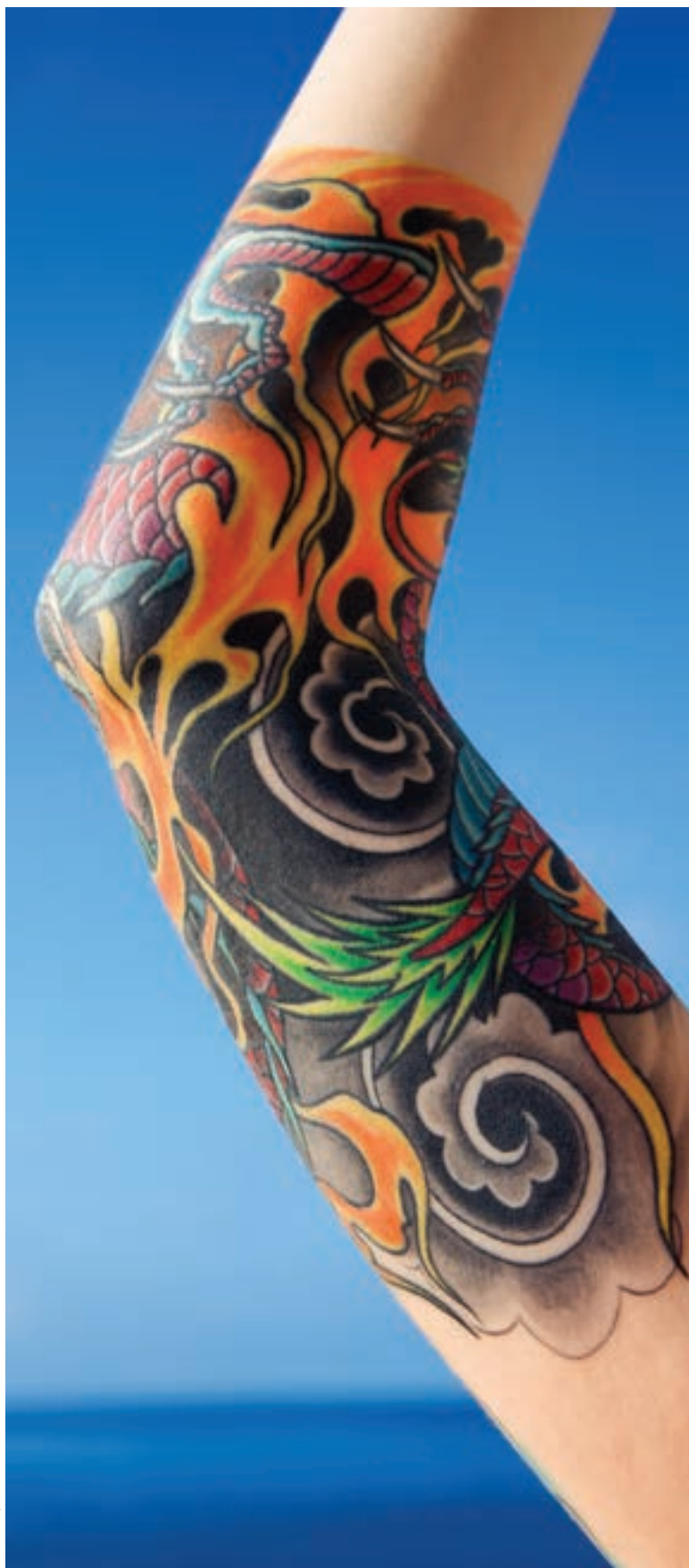
SEBASTIAN GONCERZ, LEKARZ

Co wpłynęło na pana decyzję o zrobieniu tatuażu?

Pasjonuję się archeologią i antropologią. Kilka razy zdarzyło mi się zaprojektować tatuaż po natrafieniu na ciekawe informacje o znaleziskach archeologicznych. Niektóre projekty zrealizowałem na własnym ciele. Niewiele mam widocznych, ale każdy jest związany z kulturą dawnych epok.

Dlaczego wybrał pan taką formę wyrazu swojej pasji? Ktoś inny kupiłby pamiątkę kojarzącą mu się z archeologicznym artefaktem, pan zdecydował się na coś bardzo ryzykownego z mojego punktu widzenia, bo rysunek pozostaje na skórze do końca życia.

Mam nieco inne spojrzenie na robienie tatuażu, jako decyzję nieodwracalną. W ciągu



Fot. licencja OIL w Warszawie

- ▶ życia dokonujemy ogromnej liczby wiążących i trudnych wyborów, choćby dotyczący zawodu, więc jeśli mówimy o zmianach wyglądu naszego ciała, nie powinniśmy gubić skali problemów. Decydując się na medycynę, dokonujemy wyboru, który wpływa diametralnie na nasze życie. Według statystyk lekarze żyją o 10 lat krócej niż statystyczni obywatele, profesja obciążona jest wyższym o 250 proc. wśród kobiet, a 70 proc. wśród mężczyzn ryzykiem samobójstwa w porównaniu z ogółem populacji, wypalenie zawodowe jest gwarantowane w pewnym wieku. Ale ja tę decyzję podjąłem, choć ma o wiele poważniejsze konsekwencje niż rysunek na skórze. A tatuaż jest ze mną, niezależnie od tego, gdzie jestem, z każdym wiąże się jakaś opowieść.

Jak pacjenci odnoszą się do pańskich tatuaży?

Nigdy nie zetknąłem się z negatywną reakcją, na ogół ludzie nie zwracają na nie uwagi. Kiedyś pomogły mi nawet w pracy. Miałem zdiagnozować nieśmiałe dziecko, lecz ono wtuliło się w matkę i nie pozwalało dotknąć. Jednak gdy matka zwróciła jego uwagę na moje tatuaże, zainteresowało się nimi i pozwoliło się zbadać.

Czy pana zdaniem wykonanie tatuażu może nieść ze sobą jakąś szkodę dla zdrowia?

Dwie grupy zagrożeń związanych z tatuażami to reakcje alergiczne oraz zakażenia. Te drugie są aktualnie niezmierną rzadkością w wypadku profesjonalnych studiów tatuażu, których pracownicy przestrzegają zasad aseptyki. Dla przykładu: według danych CDC ryzyko zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby wynosi 0,09 proc. przy robieniu tatuażu i 0,32 proc. podczas zabiegów dentystrycznych, jest też wielokrotnie niższe niż w przypadku zabiegów kosmetycznych (choć tu brak rzetelnych danych statystycznych). Aktualnie nie ma jednoznacznych badań, które łączyłyby tatuaże i długofalowe problemy zdrowotne. Istotnym aspektem jest to, że pokrycie dużej powierzchni skóry tuszem może opóźnić diagnozę czerniaka, więc w takich sytuacjach należy zachować szczególną czujność i badać wszelkie niepokojące zmiany skórne.

JULIA PANKIEWICZ, REZYDENTKA PSYCHIATRII

Kiedy podjęła pani decyzję o zrobieniu sobie tatuażu?

Jeszcze w gimnazjum. Tatuaże bardzo mi się podobają ze względów estetycznych, jako ozdoba ciała. Są dla mnie tym, czym dla innych biżuteria.

Każdy z moich tatuaży coś dla mnie znaczy, nie są wyłącznie ornamentem, traktuję je jak pamiątnik. Są zapisem pasji, bardzo ważnych momentów w moim życiu, okresów, które wewnętrznie mnie jakoś odmieniły. Symbolami chwil, które zapamiętałam i do których wracam, albo odzwierciedlają tę cechę mojego charakteru, którą chcę pielęgnować. Tatuaże to zapis sentymentalny. Muszą współgrać z moim poczuciem estetyki, a przede wszystkim muszą mi się podobać. Są ozdobą ciała na równi z kolczykiem czy makijażem.

Pani tatuaże są widoczne podczas pracy. Wpływają na pani kontakty z pacjentami, czy są traktowane jak zupełnie zwyczajna rzecz?

Na ogół nikt nie zwraca na nie uwagi, więcej jest uwag dotyczących mojego makijażu. Niedawno matka pacjenta powiedziała z podziwem: „*Strasznie fajne ma pani tutaj te złote takie*”. To zbliża, pomaga przełamać bariery. Nawet krótki komentarz pacjenta: „*O, ładny tatuaż*”, bywa sposobem na nawiązanie mniej formalnego kontaktu. Tatuaże stały się tak modne, że nikogo już nie dziwią.

Czy będzie pani robiła sobie kolejne?

Tatuaże są związane z przeżyciami, które mają dla mnie znaczenie. Inaczej mogłyby się znudzić lub przestać podobać. To argument prewencyjny, by tatuaż był ważny nie tylko ze względów czysto estetycznych i w chwili powstania. Tatuaż jest formą wspomnień. W młodości można nie zdawać sobie sprawy z tego, że jakieś wydarzenia będą miały znaczenie dla naszego życia.

Kiedy wybuchła wojna na Ukrainie wielu jej obywateli robiło tatuaże, bo zarobek pracowni z określonego dnia był przeznaczany na pomoc dla wojska. Zrobiłam go i ja, właśnie w tym celu, wcześniej przemyślałam projekt, choć nie był związany graficznie z wojną.

Mój punkt widzenia w sprawie tatuaży, zarówno jako zjawiska społecznego, jak i indywidualnego wyboru, przedstawiłam we wstępie. Wiele opracowań historii ornamentów na skórze można przeczytać w Internecie, dlatego tu skupiłam się na przestrodze, którą akcentuje prof. Jędrzejczak, i zrozumieniu racji tych, którzy w tej kwestii mają odmienne zdanie, a nawet kierują się motywacją czerpaną z zupełnie innej niż moja perspektywy. ●



Fot. licencja OIL w Warszawie



Już w kwietniu rusza

Lekarska Liga Mistrzów OIL w Warszawie!

Przygotujcie się na
prawdziwe
sportowe emocje

Zagrajmy razem!

Więcej informacji na:

izba-lekarska.pl



Aktualności Komisji ds. Kultury



Fot. D. Hankiewicz (proca z pleneru w Żyrardowie z 2022 r.)

III KONKURS FOTOGRAFICZNY DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Na główny, obowiązkowy temat konkursu Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie wybrała „Grę świateł”. Drugim zaś jest „Temat wolny”.

Prace należy nadesłać do **30 września 2023 r.** pod adresem e-mailowym lub na nośniku elektronicznym pod adresem: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, z dopiskiem „III Konkurs Fotograficzny dla Lekarzy”.

KONKURS POETYCKI

Publikacja dzieła w antologii „**Lekarze małym pacjentom**” – to nagroda w konkursie literackim dla lekarzy organizowanym przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie.

Zgodnie z regulaminem prosimy o zgłaszanie maksymalnie trzech wierszy lub niewielkich prozatorskich form literackich. Termin nadsyłania prac: **31 sierpnia 2023 r.**

Przedsięwzięcie „**Lekarze małym pacjentom**” zostało zapoczątkowane w 2022 r. wraz z publikacją książki dla dzieci „Doktor Zdrówko” autorstwa dr. Stefana Welbela. Tomik trafił m.in. do kilkuset pacjentów warszawskich szpitali dla dzieci.

II PLENER FOTOGRAFICZNY – ŻYRARDÓW 2023

Od 11 do 14 maja w Żyrardowie trwać będzie plener dla lekarzy fotografików. Planowane tematy fotograficzne: architektura, ulica, człowiek, rejestracja przemijania czasu, fotografia jako forma plastyczna. Przewidujemy też szkolenie w zakresie wykonania portretu fotograficznego.

„Dlaczego w Żyrardowie? Ta dziewiętnastowieczna osada fabryczna stała się na tamte czasy najnowocześniejszym miastem w Polsce. Zbudowana od podstaw, tworzy kompletny, zintegrowany i przemyślany koncept. (...) Jednorodna, charakterystyczna zabudowa z nietynkowanej cegły, wkomponowana w parki i ogrody, z ciekawymi detalami architektonicznymi i unikalnym klimatem, to idealne miejsce na plener fotograficzny” – napisała przy okazji poprzedniego pleneru przewodnicząca Komisji ds. Kultury Bożena Hoffmann-Golańska.

Warunkiem uczestnictwa jest znajomość podstaw fotografii cyfrowej i własny sprzęt fotograficzny. Koszt uczestnictwa wynosi 500 zł.

Szczegółowy program i zasady zapisu znajdują się na stronie: izba-lekarska.pl w zakładce komisji. ●

tel.: 22-542-83-33, e-mail: komisjakultury@oilwaw.org.pl

W środę 17 maja 2023 r.
Komisja Lekarzy Seniorów
zaprasza
na jednodniową wycieczkę do Żelazowej Woli

Liczba miejsc ograniczona

Zapisy u Renaty Sobolewskiej, tel.: 22 542 83 30



Zapraszamy na spotkanie wielkanocne



Z przyjemnością informujemy o terminie wielkanocnego spotkania lekarzy seniorów. Odbędzie się ono w poniedziałek 3 kwietnia 2023 r., o godz. 14.00, w Klubie Lekarzy w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54.

Zapisy u Renaty Sobolewskiej, tel.: 22 542 83 30.
Liczba miejsc ograniczona.

SPORTOWE NIEDZIELE

Kwiecień: 2, 23, 30

Maj: 7, 14, 21, 28

w godz. 15.00–17.00

Studium Wychowania Fizycznego WAT,
ul. Kartezjusza 1

Rejestracja i więcej informacji: 22 542 83 33





Andrzej Sawoni (1954–2023)

Trudno pisać o kimś, kogo ze względu na fizyczny dystans mogłem nazwać jedynie kolegą, chociaż traktowałem Go jak bliskiego sercu przyjaciela. Myślę, że Andrzej, wybitny

działacz samorządu lekarskiego, już od chwili jego reaktywacji aż do czasu objęcia funkcji prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, był przez wielu odbierany właśnie w taki sposób.

W postawie, w działaniu życzliwy ludziom i szanujący wszystkich, traktujący bez złych emocji nawet przeciwników, skłonny do negocjacji, był szczególnym przykładem lidera, dla którego najważniejsza jest nie własna pozycja, lecz zadania do wykonania. Autorytet zdobywał nie wypracowywanymi gestami ani socjotechnicznymi zabiegami, ale zdrowym rozsądkiem, talentami organizacyjnymi, wyczuwalną życzliwością i łatwą dostępnością dla wszystkich oraz czymś, co bez wahania można nazwać klasą!

Choć jako szef był pewny siebie, równocześnie dysponował wewnętrzną skromnością, którą po raz pierwszy dostrzegłem wiele lat temu, kiedy podczas przypadkowego spotkania w operze przedstawiłem Go żonie jako osobę wybitną. Jego zmieszanie i zażenowanie zaskoczyło mnie tak bardzo, że ten epizod utkwiał mi w pamięci na zawsze.

Andrzej, świetny chirurg praktyk, był człowiekiem renesansu. Szeroko pojęta kultura była dla Niego inspiracją, co odbijało się wyraźnie na stylu Jego pracy w izbach lekarskich.

Moim zdaniem był jednym z ostatnich, którzy korporację lekarską traktowali w dużej mierze jak organizację koleżeńską, skupiającą ludzi zawodu charakteryzującego się humanizmem. Sam tego doświadczyłem. Przy okazji służbowych wyjazdów zagranicznych On i grono działaczy mieli okazję zapoznawać się w wolnych chwilach z wierszami, które napisałem. Wydanie ich pierwszego zbioru przez „Puls” było inicjatywą Andrzeja Sawoniego z życzliwym wsparciem otoczenia, a tytuł „Wino życia” zyskał teraz wymowę symboliczną.

Andrzej Sawoni, nieograniczany jeszcze późniejszymi problemami zdrowotnymi, kiedy mógł, „pił wino życia”, był życia i świata bardzo ciekawy. Zamiłowany podróżnik; przez jakiś czas uprawiał niezwykły sport, jakim jest awiacja. Z Jego otwartej osobowości człowieka o szerokich horyzontach, wręcz instynktownie pragnącego pomagać, wynikało, jak sądzę, wsparcie dla literatury i dla innych pozalekarskich zainteresowań medyków, nie mówiąc już o popieraniu kontaktów naszej izby ze środowiskami

lekarskimi innych krajów. Myślę, że wiele osób jest Mu wdzięcznych za taką postawę, która rzecz jasna owocowała konkretnymi faktami. A przecież nie był fantastą, miał wiedzę, talent i siłę, które pozwoliły Mu niemalże rewolucyjnie zmienić organizację pracy samorządu warszawskiego, z czego – często nieświadomi Jego zasług – korzystają wciąż lekarze odwiedzający naszą izbę.

Pisząc o Jego wewnętrznej skromności, chcę podkreślić, że jak każdy człowiek o naturze prostolinijnej, dający wiele, spodziewał się, że Jego praca będzie doceniona i jak każdy przeżywał porażki i zawody, które mogły być tego zaprzeczeniem.

Odszedł przedwcześnie, co było szokiem dla przyjaciół i znajomych. „Kochajmy ludzi, tak szybko odchodzą” – napisał ks. Twardowski. Przypominają mi się te słowa, kiedy wyrzucam sobie, że mimo danej Andrzejowi obietnicy, długo do Niego nie dzwoniłem, a teraz zaskoczony, myślę: nie zaniedbujemy przyjaciół...

Krzysztof Saturnin Schreyer



Wielkim żalem okryła nas wiadomość o śmierci
12 marca 2023 r.

Andrzeja Sawoniego

chirurga,
prezesa ORL w Warszawie w latach 2013–2018,
byłego wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej,
delegata na okręgowe i krajowe
zjazdy lekarskie wszystkich kadencji,
pełniącego wiele ważnych izbowych funkcji,
wielce zasłużonego
dla środowiska lekarskiego samorządowca,
jednego z założycieli
odrodzonego samorządu lekarskiego.

Rodzinie składamy wyrazy współczucia.

Piotr Pawliszak
– prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
członkowie ORL w Warszawie



Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że 7 stycznia 2023 r. odeszła
nasza ukochana i niezastąpiona Żona, Mama i Babcia

śp.

Wanda Sarnecka-Preiss

lekarka psychiatra dzieci i młodzieży,
była ordynator oddziałów psychiatrii w byłym
Państwowym Sanatorium Opieki Neuropsychiatrycznej
dla Dzieci i Młodzieży w Garwolinie i Zagórzcu.

Przez ponad 40 lat otaczała troskliwą opieką
swoich młodych pacjentów.

Pogrążeni w żałobie mąż, córka i wnuczka



Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
naszego Nauczyciela

dr hab. n. med. spec. okulistyki Ewy Iwaszkiewicz

Żegnamy Osobę, która odegrała wiodącą rolę
w rozwoju polskiej keratoplastyki.
Była dla nas autorytetem i wsparciem.

Rodzinie Pani Docent
składamy wyrazy współczucia.

Marek Czubak, Wojciech Gałeczki, Waldemar Woźniak
oraz zespół MegaLens



Dr Barbarze Remiszewskiej
wyrazy szczerego współczucia i wsparcia
w trudnych chwilach po śmierci

Syna Maćka

składają koleżanki i koledzy.



Z przykrością informujemy, że 11 marca 2023 r.
zmarł w wieku 46 lat lekarz dentysta

Tomasz Borzęcki

Odszedł od nas wybitny profesjonalista.

O czym zawiadamia
pogrążona w głębokim smutku rodzina.



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: Kamila Hoszcz-Komar – k.hoszcz@oilwaw.org.pl, Olga Rasińska – o.rasinska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Maria Libura, Mikołaj Małeczki, 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 adiacji 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.

©Copyright by OIL w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.

Stowarzyszenie Absolwentów i Wychowanków AM w Warszawie, we współpracy z OIL w Warszawie

Zapraszamy Koleżanki i Kolegów do udziału w przygotowaniu książki pod roboczym tytułem: „Pamiętniki lekarzy – wychowanków Warszawskiej Akademii Medycznej i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”.

Ideą publikacji jest zachowanie pamięci o naszych studiach, pracy zawodowej, koleżankach i kolegach.

Czas powoli zaciera wspomnienia, a przecież stanowią, obok osiągnięć naukowych i zawodowych każdego z nas, ważny element życia naszej Alma Mater.

Zachęcamy do przesyłania pocztą pod adresem OIL w Warszawie lub pocztą elektroniczną pod adresem: wspomnienia@oilwaw.org.pl, Waszych wspomnień i fotografii z lat studiów i pracy zawodowej.

Jednocześnie zachęcamy do współpracy w ramach naszego stowarzyszenia.

Przewodniczący stowarzyszenia
prof. dr hab. n. med. **Bogdan Ciszek** oraz
prezes ORL w Warszawie **Piotr Pawliszak**

A poster for the Chór Medicantus choir. The top part features a photograph of several people, likely choir members, looking at a document. The text on the poster is in white and black. The title 'Chór Medicantus' is in a large, bold, serif font. Below it, the text reads 'Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie' and 'zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów do wspólnego śpiewania.' At the bottom, there is a contact information box with a white background and black text.

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. Paławskiej 18, w Sali im. prof. W. Szanajcha.

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

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

OGŁOSZENIE KOMISJI DS. REJESTRACJI PRAKTYK LEKARSKICH ORL W WARSZAWIE

W odniesieniu do informacji zamieszczonej w „Pulsie” nr 9/2022, dotyczącej obowiązku zgłoszenia miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, informujemy, że wspomniany obowiązek

**DOTYCZY WYŁĄCZNIE LEKARZY,
KTÓRZY ZAPRZESTALI PROWADZENIA INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ,
A NIE ZGŁOSILI TEGO IZBIE.**

Obowiązek powstał w związku weryfikacją stanu jakości danych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, przeprowadzoną przez Rządowe Centrum e-Zdrowia w oparciu o status aktywności gospodarczej uwzględnionej w bazie REGON.

Wyposażenie gabinetu ginekologicznego

Sprzedam wyposażenie gabinetu ginekologicznego: fotel ginekologiczny, aparat USG, lampę, parawan, dwie kozetki, aparat KTG. Więcej informacji pod numerem telefonu 500 104 165.



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, szaf i oszklenia.



Składki niższe nawet do -70%.



Wiarygodny i renomowany ubezpieczyciel – PZU SA.



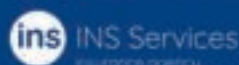
Kompleksowa obsługa – wszystkie ubezpieczenia w jednym miejscu.



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 dentystów 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)



PRACA DLA LEKARZY

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

Na stronie WWW OIL w Warszawie:

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

**Na profilu facebookowym Centrum Kariery
Lekarza:**

www.facebook.com
→ @centrumkarierylekarza

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

**C E R
M E D**
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY



**Zapraszamy pracodawców
do publikacji ogłoszeń.**

Jeśli chcesz poznać więcej szczegółów,
zadzwoń do nas:

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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

Piotr Pawliszak PREZES ORL W WARSZAWIE

Olga Rostkowska WICEPREZES ORL

Tomasz Imiela WICEPREZES ORL

Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW

Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz 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

KOMISJA DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ | skladki@oilwaw.org.pl

Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22-542-83-90 | 22-542-83-33

SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30

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 i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00

02-512 Warszawa | ul. Puławska 18 | tel. 22-542-83-48

biuro@oilwaw.org.pl

NIP 522-00-02-357





Czy wyznaczyłeś już swojego **Doradcę ADR**?

Nowy obowiązek dla nadawców odpadów!

www.ekoemka.com.pl/adr

