ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

MARZEC 2021 (nr 311)

- 100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu
- Przerwane łańcuchy
- Nie zamierzamy wojować, chcemy współpracować
- Mobbing nasz powszedni
- Słowa na zdrowie *Stereotyp* prof. Jerzy Bralczyk

izba-lekarska.pl oilwarszawa oilwarszawa oilwarszawa

SPIS TREŚCI

IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 27–29, 41, 51–52, 55)

NA DZIEŃ DOBRY (str. 2)

DZIŚ I JUTRO (str. 3)

SAMORZĄD: 100 NA 100

4 **100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu**

OPINIE

6 **Czy przyjadą?**
– Małgorzata Solecka

8 **Co mogę zrobić jako wiceprezes NRL?**
– Artur Drobniak

11 **Przerwane łańcuchy**
– Paweł Walewski

12 **Świat nie widział**
– Paweł Kowal

WYNURZENIA I IDEOLOGIE...

9 **Misja, która stała się wrzodem, ale kiedyś znów będzie pasją**
– Jarosław Biliński

BEZ ZNIECZULENIA

10 **Wszyscy będziemy seniorami**
– Marek Balicki

SŁOWA NA ZDROWIE

13 **Stereotyp**
– prof. Jerzy Bralczyk

KOBIETY W MEDYCYNIE

14 **Nie zamierzamy wojować, chcemy współpracować**
– rozmowa z Małgorzatą Nowosad, Magdaleną Wyrzykowską i Anną Siedlik

ZDROWIE PSYCHICZNE

18 **Mobbing nasz powszedni**
– Magdalena Flaga-Łuczkiewicz

DLA ZDROWIA

22 **Kobiecość bez tabu**
– rozmowa z Agnieszką Nalewczyńską i Moniką Orzechowską-Kossek

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

24 **Głowy i szyje na głowach lekarzy dentystów**
– rozmowa z Magdaleną Cedzyńską

Graf. na okładce: P. Łojek

www.miesiecznik-puls.org.pl

MEDYCYNA PERSONALIZOWANA

30 **Leczenie „szyte na miarę”**
– rozmowa z Joanną Chorostowską-Wynimko

MEDIA

34 **#SPRAWDZAM**
– Małgorzata Solecka

35 **#W_ETERZE**

ZABIEGI WIZERUNKOWE

38 **Wystąpienia (mniej lub bardziej) publiczne**
– rozmowa z Maciejem Orłosiem

PRAWO

42 **Na żądanie pacjenta**
– Aleksandra Powierża, Karolina Podsiadły-Gęsikowska

44 **Aktualności prawnomedyczne**
– Filip Niemczyk

NA PRZESTRZENI LAT

46 **Specjalizacja młoda, problemy odwieczne**
– rozmowa z Grzegorzem Pankiem

PO GODZINACH

48 **Pomagać innym, a nie swojemu sumieniu**
– rozmowa z Michaliną Drejzą

W PIGUŁCE (str. 19)

STATYSTYKI (str. 20)

WSPÓŁPRACA (str. 26)

OKIEM WUM (str. 32)

OKIEM NFZ (str. 40)

UCHWAŁA ORL (str. 53)

WSPOMNIENIA (str. 54)

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

LEKARZU, PAMIĘTAJ O ODNOWIENIU UBEZPIECZENIA

OC W SKŁADCE

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/oilwarszawa, telefonicznie** (+48 577 930 560 / +48 577 930 370 / + 48 577 930 380) 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. +48 22 494 36 50, e-mail: biuro@ins-med.pl.

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

PZU

Fot. K. Bartyzel

RENATA JEZIÓŁKOWSKA
redaktor naczelna

„Kobieto! To jest Twój czas!”. I takie tam

Przeróżnymi sloganami zachęca się kobiety do zmiany stylu życia, pozbycia się zbędnych kilogramów, podejmowania odważnych decyzji, rzucania się w wir zakupów. Już, natychmiast! W popkulturze i świecie reklamy kreowane są różnorodne wzorce kobiecości, kreowane są potrzeby, pokutuje mnóstwo stereotypów. Kobiety cały czas coś powinny... Tak, powinny – nie ulegać presji i dbać o swoje zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Mimo „braku czasu”. O czym na pewno za mało się mówi. Dotyczy to tak samo mężczyzn. Ale w tym numerze, marcowym – kobiecym, więcej uwagi poświęcamy paniom.

W trosce o zdrowie ogromną rolę odgrywa czas. W diagnostyce, leczeniu, przywracaniu sprawności. Taki jest przekaz naszej okładki. Niby oczywiste, że nicnierobienie szkodzi. Niebadanie się, niereagowanie na sygnały, jakie daje organizm. Ale też niemówienie „dość”, gdy wyniszcza mobbing lub wypalenie. Wszystko jest niby oczywiste, a statystyki przerażają. Niestety, nie wszystko zależy od pacjenta, od lekarza, czy od lekarza będącego pacjentem. Bo swego rodzaju ścianą, od której się odbijamy, bywa system.

Rozmawiamy w tym numerze o zdrowiu, głównie zdrowiu kobiet, ale też o kobietach w ochronie zdrowia, m.in. o kobietach w chirurgii, która stereotypowo uchodzi za męską specjalizację. Przyglądamy się samemu słowu „stereotyp”… Rozmawiamy o chirurgii także bez pryzmatu męskości czy kobiecości. Ekspertom zadajemy pytania dotyczące ginekologii onkologicznej i medycyny „szytej na miarę”.

Wracając do stereotypów – któż nie łapie się na tym, że szufladkuje, upraszcza, dopasowuje innych do swoich wyobrażeń i schematów. Łącząc to – lub nie – z płcią. Szufladkuje ludzi, instytucje, może też np. środowisko lekarskie? Może do ochrony zdrowia jest odgórne krzywdzące podejście, jak do naiwnej, łatwowiernej, wrażliwej dziewczynki, która nie może liczyć na żaden gest dobrej woli, jeżeli się o niego nie upomni, która może nie zauważy, że coś jej się należy, która przecież jest dobra dla idei, która ma załamania nerwowe, popłacze, ale wie, że musi iść dalej i z zaciśniętymi zębami robić swoje. Ale może to błędne przypuszczenia? W każdym razie, abstrahując (a może nie) od skojarzeń z ochroną zdrowia, gdy mała dziewczynka zbierze siły, gdy już ma wszystkiego dość, potrafi uderzyć pięścią w stół, postawić warunki, walczyć i wywalczyć. Gorzej, jeżeli się załamie albo po prostu odwróci na pięcie i wyjdzie. Czy da się ją jakoś zatrzymać? A może to nie jest żadna mała dziewczynka. Najlepiej nie kierować się podpowiedziami nasuwanymi przez stereotypowe myślenie, lecz próbować poznać, zrozumieć, wniknąć w potrzeby.

OIL w Warszawie wsłuchuje się w głosy płynące od lekarzy. Pod hasłem #izbadlalekarzy wdrażamy kolejne pomysły, zachęcamy do włączania się w życie samorządu i do korzystania z jego propozycji. Kontynuujemy cykl „100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu”. Przybliżamy kolejne przedsięwzięcia OIL w Warszawie i oferowane przez nią formy wsparcia. Historia wybrzmiewa nie tylko przy okazji 100-lecia samorządu, ale także w rubryce o tym, jak dawniej się leczyło, czego nie było, a jak było.

W „Pulsie” piszemy o tym, co aktualne, ważne, ciekawe. Nie sposób pominąć tematu szczepień przeciwko COVID-19, tematu epidemii (trwającej już rok!), pieniędzy oraz ich braku, kwestii prawnych. Piszemy o współpracy, przytaczamy wypowiedzi lekarzy w mediach. Epidemia generuje nowe problemy, ale też obnaża stare niedomogi systemowe i zaniedbania. Na każdym etapie epidemii czegoś brakuje – środków ochrony indywidualnej, środków finansowych, procedur, szczepionek, wsparcia, a bardzo często zwykłego szacunku. ■

Fot. K. Bartyzel

ŁUKASZ JANKOWSKI
prezes ORL w Warszawie

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

po dłużących się miesiącach, właściwie roku, epidemii wszyscy z niecierpliwością wypatrujemy lepszych czasów. Przedsiębiorcy, twórcy, szefowie i pracownicy przeróżnych branż, także my – lekarze. Bardziej niż kiedykolwiek wszyscy potrzebujemy odwilży w kontaktach społecznych i powrotu normalności. Pracujący na oddziałach covidowych tęsknią za tym, aby wreszcie móc rozmawiać z pacjentami, nie będąc oddzielonymi od nich szczelnym kombinezonem. Pozostali – aby móc leczyć chorych przynajmniej w znanych sprzed pandemii warunkach, choć trudno w odniesieniu do naszej ochrony zdrowia mówić o warunkach normalnych.

Wszyscy tęsknimy za światem bez obostrzeń, utrudnień w dostępie do leczenia, zmieniających się jak w kalejdoskopie zaleceń i systemowych zmian. Dlatego tak wielkie nadzieje pokładamy w szczepieniach. Ale gdy szczepienia są odkładane, harmonogram sypie się, ba! kiedy mimo wcześniejszych (często pisemnych) obietnic wstrzymywane są szczepienia medyków, oddala się wizja pokonania wirusa, pojawia się poczucie zawiedzionych nadziei i rozgoryczenia. Bo jak czuje się dziś dotychczas niezaszczepiony lekarz, który kwalifikuje pacjentów do szczepień, a sam nie może nawet zgłosić się do zaszczepienia? Jak czują się pacjenci, w których rozbudzono entuzjazm do szczepień, by przez brak dostaw szczepionek i niesprawną organizację natychmiast ten entuzjazm ugasić? Jak czuje się lekarz, który musi odmawiać zapisanym pacjentom szczepienia drugą dawką, bo znów „nie dojechały szczepionki”? Czy zawsze musimy działać w systemie ochrony zdrowia według narzucanego przez kolejnych rządzących schematu – najpierw hurraoptymizm, prezentacje na konferencjach prasowych, a potem ciche „nic się nie stało” połączone z zamiataniem spraw pod dywan i zrzucaniem z siebie odpowiedzialności? Znamienne, że efekty nieudanych projektów i tak musimy przedstawiać pacjentom my, a nie decydenci.

Często zadawane jest pytanie, czy po roku pandemii jesteśmy lepiej przygotowani do trzeciej fali koronawirusa? Czy wypracowano odgórne procedury, czy korzystano z dobrych doświadczeń i uwspólniano je? Czy we wszystkich szpitalach stworzono bezpieczne warunki pracy z pacjentami podejrzanymi lub chorymi na COVID? Odpowiedzi znamy. Brak strategii, wytycznych w zakresie przygotowania logistycznego szpitali, koordynacji – jest w systemie wciąż wiele do zrobienia. Zamiast przystosować system do wyzwań związanych z pandemią koronawirusa, próbowano sprawić, aby medycy przystosowali się do niewydolnego systemu i zgodzili pracować często w warunkach, które ze standardami leczenia nie miały wiele wspólnego. Żeby po raz kolejny dźwigali na barkach niewydolny system. Ale doświadczenie listopadowego szczytu zakażeń pokazało, że nawet nadludzki wysiłek pracowników ochrony zdrowia nie wystarczy, jeśli system jest nieprzygotowany. Kolejny szczyt zakażeń – jeśli faktycznie jest przed nami, może przynieść opłakane skutki.

Za oknami widać odwilż, ale w systemie ochrony zdrowia na odwilż niestety się nie zanosi. A szkoda, bo wiosna to najlepszy czas na porządki. Na zajęcie się przez rządzących finansowaniem, niedoborem kadrowym, biurokracją. Wszystkim , co przekładane jest z kąta w kąt i tłumaczone porządkowaniem bieżącego chaosu.

Nasza izba jest czujna, reagujemy, interweniujemy, wykorzystujemy dostępne narzędzia i możliwości, by sytuacja środowiska lekarskiego poprawiała się – z roku na rok, z wiosny na wiosnę. Oferujemy pomoc, z której warto korzystać. O szczegółach na bieżąco informujemy w „Pulsie”, na naszej stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych. ■

100 działań na 100-lecie

Kontynuujemy nasz tegoroczny cykl polegający na przedstawieniu w każdym z 10 numerów „Pulsu” 10 inicjatyw na 100-lecie samorządu lekarskiego. Czas na drugą dziesiątkę, na którą składają się m.in. akcje, szkolenia, warsztaty i konkursy. Izba nie tylko dba o bezpieczeństwo i zdrowie lekarzy, ale również wspiera ich oraz stwarza im możliwości pogłębiania wiedzy, rozwijania zainteresowań kulturalnych i sportowych.

1

OC w składce. Izba proponuje każdemu członkowi przystąpienie do programu ubezpieczenia OC w ramach lekarskiej składki (bez dodatkowych opłat). Ubezpieczenie OC jest obowiązkowe dla lekarzy. Po przystąpieniu do programu należy ubezpieczenie odnawiać co roku (przystąpienie oraz odnawianie nie następują automatycznie). Obecnie ubezpieczonych w ramach „OC w składce” jest 15 178 lekarzy z OIL w Warszawie. Więcej na str. 1.

2

„Lekarz doktorem” to szkolenie, które nasza izba zorganizowała, by przybliżyć lekarzom ważne informacje o tym, jak wygląda droga do uzyskania stopnia doktora nauk medycznych. Na kurs online zapisało się 500 osób. Już dzień po rozpoczęciu zapisów wszystkie miejsca były zajęte.

3

Dla stomatologów Komisja ds. Lekarzy Dentystów przygotowuje cykl szkoleń. Pierwsze odbędzie się 20 marca – w ramach Światowych Dni Jamy Ustnej, z udziałem wykładowców z WUM. Zapisy i szczegóły: skanuj kod QR.

17 kwietnia i 15 maja zaplanowane są konferencje naukowo-szkoleniowa we współpracy z PTS. 22 maja wraz z PTS przygotowujemy konferencję dotyczącą stomatologii dziecięcej. Informacje o zapisach na wymienione i inne kursy oraz szczegóły dotyczące programu będziemy publikować na bieżąco.

4

Zorganizowaliśmy akcję szczepień donosowych przeciwko grypie dla dzieci lekarzy i lekarzy dentystów z naszej izby. Zgłosiło się 130 osób, które są systematycznie szczepione. Szczepionki dostarczyła Agencja Rezerw Materiałowych, a szczepienia (dwie dawki) wykonuje przychodnia wchodząca w skład Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Mokotów. Szczepienia donosowe dla dzieci izba organizowała pierwszy raz. W kolejnych sezonach planujemy następne akcje, licząc, że przekazanie szczepionek przez ARM (od lutego Rządową Agencję Rezerw Strategicznych) będzie szybsze i sprawniejsze, co pozwoli zaszczepić większą liczbę osób.

aktywnego samorządu

5 Komisja ds. Kultury organizuje dwa konkursy. Temat dorocznego konkursu literackiego „O złote pióro Asklepiosa” brzmi: „Lekarz w czasie pandemii”. Prace, zarówno poetyckie, jak i prozatorskie, można nadsyłać do 31 maja. Pracy lekarza w czasie pandemii dotyczy także konkurs fotograficzny. Termin nadsyłania zdjęć upływa 31 marca. Regulaminy i zasady konkursów opublikowane są na stronie internetowej izby, kod QR umieszczony został na grafikach na str. 12 oraz 51.

6 OIL Sport Start to jeden z trzech programów Komisji Sportu. Dwa pozostałe opisujemy w kolejnych punktach. Programy mają na celu wspieranie aktywności fizycznej w nowej, usystematyzowanej formule. W ramach „Startu” lekarze otrzymają dofinansowanie udziału w zawodach sportowych.

7 OIL Sport Event umożliwia wsparcie finansowe, ale i organizacyjne lekarzy, którzy chcą organizować lub współorganizować zawody sportowe lub imprezy sportowo-integracyjne.

8 Celem OIL Sport Mistrz jest promowanie i docenianie lekarzy z sukcesami sportowymi. Dla najlepszych sportowców z naszej izby, wygrywających w lekarskich zawodach rangi krajowej i międzynarodowej, przewidziano nagrody w wysokości 2 tys. zł. Więcej informacji o wszystkich programach znajdą Państwo na str. 27–29.

9 Warsztaty fotograficzne i literackie to propozycja Komisji ds. Kultury dla lekarzy z OIL w Warszawie, którzy chcieliby uczestniczyć w praktycznych zajęciach pod okiem profesjonalistów. Pierwsze warsztaty literackie zaplanowano na 3 marca, pierwsze fotograficzne – na 17 marca (należy przyjść z własnym aparatem). Zajęcia będą prowadzone z zachowaniem reżimu sanitarnego. W przypadku pogorszenia się sytuacji epidemicznej nie wykluczamy przejścia na formę online. Liczba miejsc jest ograniczona. Zapisy – telefonicznie (22 542 83 33) oraz przez stronę internetową naszej izby. Na stronie umieszczony jest harmonogram i szczegółowe informacje.

10 Lekarze pragnący rozwijać się wokalnie mogą dołączyć do działającego przy OIL w Warszawie chóru Medicantus. Chór wznawia próby w siedzibie izby, prowadzone będą z zachowaniem reżimu sanitarnego. Kontakt telefoniczny: 22 542 83 30. ■

Oprac. **Renata Jeziółkowska**

Fot. archiwum

Czy przyjadą?

MAŁGORZATA SOLECKA

Na przełomie stycznia i lutego Ministerstwo Edukacji Narodowej i Nauki wyliczało w mediach społecznościowych trzymiesięczny dorobek szefa resortu Przemysława Czarnka. Wśród sukcesów wymieniono również program pilotażowy „Medyk NAWA", który miał sprowadzić do polskich uczelni medycznych, ale też do szpitali, polskich emigrantów, lekarzy i pielęgniarki. Za sukces uznano uruchomienie programu, efekty pomińmy milczeniem. Nieoficjalnie wiadomo, że do Polski przyjedzie dosłownie kilka osób.

Program z wielką pompą został ogłoszony pod koniec października 2020. Dzięki pilotażowi kilkudziesięciu lekarzom i pielęgniarkom pracującym poza Polską zaoferowano stypendia umożliwiające im pracę na polskich uczelniach. – *Program ma zachęcić naukowców zagranicą, by działali na rzecz rozwoju kadry medycznej w Polsce* – mówił podczas konferencji prasowej minister edukacji i nauki Przemysław Czarnek. Kierownictwo resortu podkreślało, że w ramach programu uczelnie medyczne będą mogły zaprosić do współpracy lub zatrudnić lekarzy naukowców, lekarzy praktyków (również lekarzy dentystów) oraz pielęgniarki i położne z Unii Europejskiej, a także z Wielkiej Brytanii, oferując im roczne stypendia w wysokości 7,5 tys. zł miesięcznie dla lekarzy oraz 5 tys. zł miesięcznie dla pielęgniarek i położnych. Zachętą do przyjazdu do Polski miał być też jednorazowy dodatek na zagospodarowanie się (12 tys. zł) oraz dodatek mobilnościowy (5 tys. zł dla stypendysty i 2 tys. zł dla każdego członka rodziny).

– *Zapraszamy do przyjazdu do Polski lekarzy i pielęgniarki ze wszystkich krajów Unii Europejskiej oraz szukających możliwości kontynuowania kariery zawodowej poza Wielką Brytanią. Stwarzamy im warunki, by wykorzystali swoje doświadczenie zawodowe w pracy na polskich uczelniach medycznych i w polskiej ochronie zdrowia, która teraz potrzebuje każdego wsparcia w zakresie kadrowym i dzielenia się najlepszymi praktykami zawodowymi* – mówił ówczesny wiceminister nauki prof. dr hab. n. med. Wojciech Maksymowicz. – *Liczymy, że program pilotażowy będzie również zachętą do powrotu dla naszych rodaków, którzy kiedyś wyjechali zagranicę, a po brexicie myślą o przeprowadzce do kraju. Polacy stanowią dużą grupę zawodową w brytyjskiej służbie zdrowia, szacuje się ich liczbę na 10 tys.*

Początkowo termin zgłoszeń do programu wyznaczono na 20 listopada, ale – podobno na prośbę uczelni medycznych – wydłużono go o 10 dni. Potem zapadła cisza. Na stronie Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej, gdzie opublikowane są wyniki naboru w ramach realizowanych programów, w tym pilotaży, informacji o „Medyk NAWA" próżno szukać do tej pory, choć termin przyjazdu stypendystów do kraju upływa 31 marca. W mediach społecznościowych również cisza. Swoim sukcesem, umożliwiającym zaproszenie dwóch pielęgniarek, pochwalił się do tej pory jedynie Gdański Uniwersytet Medyczny. Nieoficjalnie wiadomo, że zainteresowanie programem było raczej skromne, a ostateczne wyniki – adekwatne. Stypendia w ramach „Medyk NAWA" otrzyma kilka (prawdopodobnie pięć) osób.

Góra urodziła mysz? Problem polega na tym, że cały projekt jeszcze na przełomie października i listopada zaczął żyć własnym życiem, także dzięki nie do końca jasnej komunikacji ze strony decydentów. Analizując doniesienia medialne, można było odnieść wrażenie, że rząd Mateusza Morawieckiego uruchamia program repatriacji medyków, którzy wyjechali do pracy blisko dwie dekady temu. Portal Politykazdrowotna.com pisał na początku lutego: *„Roczne stypendia dla lekarzy i pielęgniarek, którzy wrócą do kraju, przewiduje jeden z projektów MEN – »Medyk NAWA«, którym pochwalił się minister edukacji w podsumowaniu pierwszych trzech miesięcy"*, przedstawiając umiarkowanie entuzjastyczne (ściślej mówiąc

Fot. licencja OIL w Warszawie

– wysoce krytyczne) opinie przedstawicieli samorządów lekarskiego i pielęgniarskiego. Z tonu materiałów prasowych, telewizyjnych i radiowych można było wnioskować, że każdy lekarz i pielęgniarka może wziąć udział w programie, jeśli zdecyduje się na powrót do ojczyzny. Co, samo w sobie, byłoby świetnym pomysłem – samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę, że zamiast brnąć w ściąganie do pracy lekarzy spoza Unii Europejskiej, warto byłoby zawalczyć o to, by ci, którzy wyjechali w ciągu ostatnich 20, 30 lat, rozważyli powrót.

Można było odnieść wrażenie, że projekt „Medyk NAWA" wpisuje się w ten kierunek myślenia. Prof. Wojciech Maksymowicz przy okazji prezentacji założeń pilotażu wspominał, że podobne programy zachęcania lekarzy i pielęgniarek do powrotu realizują inne kraje europejskie. Co więcej, stwierdził nawet, że bezpośrednią inspiracją opracowania programu „Medyk NAWA" były billboardy przy granicy niemiecko-polskiej skierowane do polskich lekarzy, zastanawiających się nad wyjazdem z Wielkiej Brytanii po brexicie, i zachęcające ich do przeniesienia się do Niemiec.

Trudno nie zauważyć, że choć brexit nie był żadną niespodzianką i przez dobre dwa, trzy lata był czas na zastanowienie się, jak zawalczyć o medyków, dla których pozostanie na Wyspach nie jest dobrym pomysłem (dla wielu jest, bo NHS nie wypycha ani lekarzy, ani pielęgniarek, którzy od lat pracują w brytyjskim systemie), zdecydowano się „coś" zrobić, dopiero gdy z kampanią ruszyli niemieccy sąsiedzi. A to, że o ekspatów medycznych – nie tylko z Polski – będą po brexicie walczyć inne kraje (przede wszystkim Niemcy, ale też Szwecja i Norwegia) również nie było tajemnicą.

Liczą się jednak nie tyle kampanie billboardowe czy nawet programy „repatriacyjne" (pilotażowe bądź nie), ile – najszerzej mówiąc – warunki pracy, jakie oferuje dany kraj. W tym oczywiście polityka w zakresie wynagrodzeń (o negocjacjach dotyczących siatki płac minimalnych piszemy bardziej szczegółowo na str. 34), choć nie wszystko można sprowadzać do prostego porównania wysokości przelewów na konto. Liczy się np. obciążenie pracą. Opublikowany w listopadzie raport OECD „Health at a Glance 2020" nie pozostawia pod tym względem żadnych wątpliwości. Nasz kraj ma najniższy wskaźnik liczby lekarzy na 1 tys. mieszkańców, a organizacja i model opieki zdrowotnej, a także niedostatek pielęgniarek (jeden z najniższych wskaźników), sprawiają, że polscy lekarze pracują najwięcej w Unii Europejskiej – na jednego lekarza przypada niemal 3,2 tys. konsultacji rocznie. Co więcej, ten wskaźnik rośnie już niemal od dwóch dekad (od 2002 r.), choć w ostatnich latach zauważalnie wolniej. To w 2002 r. po raz ostatni wynosił około 2,5 tys. – tyle, ile we Francji czy w Niemczech. Najnowsze dane dowodzą, że we Francji lekarz udziela nieco ponad 1868 konsultacji, w Niemczech – niemal 2,3 tys. W Szwecji, która aktywnie werbuje lekarzy w Polsce i innych należących do UE krajach Europy Środkowo-Wschodniej, rocznie na lekarza przypada 656 konsultacji, co jest związane z modelem opieki zdrowotnej opartej przede wszystkim na świadczeniach udzielanych przez pielęgniarki. ■

Fot. archiwum

Co mogę zrobić jako wiceprezes NRL?

ARTUR DROBNIAK
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej,
członek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Podejmując się pracy w samorządzie, tak jak większość z Was myślałem, że będę miał okazję przyczynić się do szybkiego wprowadzania zmian korzystnych dla naszego środowiska i systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Niestety, ustawa o izbach lekarskich w praktyce szybko sprowadziła mnie na ziemię. Choć daje samorządowi wiele uprawnień organizacyjnych, wielu innych (czasem wydaje się, że oczywistych) rzeczy nie pozwala realizować. Niemniej jednak od początku kadencji staram się popychać zmiany w ochronie zdrowia w korzystną dla pacjenta i środowiska stronę. Prawdopodobnie to znalazło uznanie w oczach kolegów, którzy w styczniu wybrali mnie na wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

W Naczelnej Izbie Lekarskiej zajmuję się przede wszystkim:

1. Pracami nad wprowadzeniem systemu „no-fault" we współpracy z rzecznikiem praw pacjenta.

System „no-fault" ma umożliwić pacjentom szybkie i proste uzyskiwanie odszkodowań za niepożądane zdarzenia medyczne. Gwarantować to powinien Fundusz Zdarzeń Medycznych. Dla personelu medycznego natomiast wspomniany system powinien być zabezpieczeniem przed odpowiedzialnością karną i finansową w przypadku zgłoszenia zdarzenia niepożądanego do Rejestru Zdarzeń Niepożądanych. Główne jego założenia są zatem następujące – zapewnić korzyść zarówno pacjentom, jak i lekarzom.

System „no-fault" z powodzeniem funkcjonuje w Europie Zachodniej, również w krajach skandynawskich. W Polsce widoczne są różnice w efektywności i jakości opieki nad pacjentem w poszczególnych ośrodkach, a odpowiednio skonstruowany, oparty na doświadczeniach zawodowych system „no-fault" może być także miernikiem jakości tej opieki.

2. Rozwojem i doskonaleniem szkoleń dla lekarzy w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Od niedawna prowadzę Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL, który zapewnia lekarzom bezpłatne szkolenia stacjonarne oraz online, cieszące się coraz większą popularnością w środowisku (w 2020 r. przeszkolił ponad 4 tys. osób). Odpowiadam za utworzenie Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnego NIL, które ma być profesjonalnie zorganizowanym miejscem konferencji i warsztatów dla lekarzy. Ośrodek Doskonalenia Zawodowego otwiera się na zupełnie nowe kierunki szkolenia: dla kadr kierowniczych zarządzających zespołami ludzkimi, w zakresie doskonalenia tzw. kompetencji miękkich. Ponadto szkoli z zagadnień związanych z telemedycyną i e-dokumentacją, a także z zakresu prawa medycznego. Niezmiernie ważnym czynnikiem wpływającym na jakość szkolenia jest kadra wykładowców bardzo cenionych w branży medycznej.

3. Upowszechnianiem wiedzy o telemedycynie – zarówno o związanych z nią zagrożeniach, jak i o jej możliwościach. Objąłem przewodnictwo Zespołu ds. Telemedycyny przed kilku laty, długo przed tym, nim stała się popularną formą udzielania świadczeń medycznych. Wraz z Telemedyczną Grupą Roboczą przygotowaliśmy wytyczne dotyczące świadczeń telemedycznych dla lekarzy i świadczeniodawców, z uznaniem przyjęte przez środowisko (wytyczne opublikowane są na www.nil.org.pl). Propaguję też nowoczesne rozwiązania techniczne w medycynie, które charakteryzują się wysoką jakością i ułatwiają dostęp do opieki medycznej.

4. Zajmuję się niektórymi kontaktami z Ministerstwem Zdrowia. W najbliższym czasie wejdę do reprezentacji samorządu powołanej do prac nad nowym systemem wynagrodzeń w ochronie zdrowia przy Zespole Trójstronnym, by wreszcie docenione zostały o wiele za szczupłe polskie kadry medyczne. Te prace wydają się być kluczowe, by wynagrodzenia personelu poszły realnie w górę. Problemem jest fakt, że w związku z przekazaniem prac do Rady Dialogu Społecznego oficjalnie mogą w nich brać udział: strona rządowa, reprezentatywne związki zawodowe (OZZL się w tym gronie nie znalazł) oraz przedstawiciele pracodawców. NRL jest jedynie ekspertem Pracodawców RP, z prawem do zabrania głosu, bez prawa do głosowania.

5. Reprezentuję NIL w Porozumieniu Organizacji Lekarskich (NIL, PZ, OZZL, PR, PCh) w akcji środowisk lekarskich #LeczymyMimoWszystko. By zapoznać się z postulatami akcji („dziewiątką POL"), pod którą chyba wszyscy się podpisujemy, zapraszam na stronę www.leczymymimowszystko.pl.

Chcę podkreślić, że na pewno nie przywiązuję się do stołka. Jeśli się nie uda osiągnąć przynajmniej częściowych sukcesów, uznam, że obecna kadencja samorządu będzie moją ostatnią. Zachęcam do zgłaszania prezesowi ORL Łukaszowi Jankowskiemu lub prezesowi NRL Andrzejowi Matyi pomysłów działań, projektów. Na pewno nie zostaniecie Państwo odesłani z kwitkiem, lecz znajdziecie wsparcie liderów. Zbierajcie siły i działajcie. Samorząd to MY! ■

Fot. K. Bartyzel

Misja, która stała się wrzodem, ale kiedyś znów będzie pasją

JAROSŁAW BILIŃSKI, wiceprezes ORL w Warszawie

Jeszcze podczas studiów, kiedy pilnie uczyłem się każdego przedmiotu i na szczęście całkiem fajnie mi to szło, często pełniłem rolę nauczyciela kolegów. Wyjaśniałem tajemnice anatomii, patomechanizmów chorób, leczenia. Lubiłem to bardzo, bo dzięki uczeniu innych sam utrwalałem wiedzę i mogłem ją zweryfikować w obliczu różnych pytań, ale także budowało moje morale. Podczas studiów mieliśmy możliwość obserwowania wielu różnych modeli nauczania.

Pragnę więc moim nauczycielom podziękować, tym zaangażowanym, z prawdziwą pasją, umiejącym sobie radzić w trudnych sytuacjach i zawsze zwracającym uwagę, że student to przyszły lekarz, doceniam to bardzo.

Dominowała jednak „slajdoza", czyli slajdy prezentowane na ścianie, wypełnione tekstem przepisanym z książki. Asystent po prostu te slajdy czytał. Nie znosiliśmy tych zajęć. Czasami jednak się przydawały, żeby się przespać po imprezie, bywały buforem bezpieczeństwa przed kolokwium, bo można było się pouczyć innego przedmiotu. Rzekłbym, że entropia równa była zeru, bo dzięki nudzie i braku zaangażowania w wykład, mogliśmy zgłębić inną wiedzę i w sumie jakaś korzyść z tego była. Ale jako student powtarzałem sobie (i nie tylko ja), że jeśli zostanę nauczycielem akademickim, nigdy nie będę powtarzał takiej fuszerki. Będę nauczycielem wybitnie zaangażowanym, tłumaczącym studentom tajniki medycyny, oczywiście doskonale przygotowanym do zajęć. Będę dawał z siebie dużo, wymagał również dużo, ale będzie to z korzyścią dla wszystkich.

Na studiach nie mogłem zrozumieć, dlaczego im bardziej zagłębialiśmy się w ćwiczenia kliniczne, tym bardziej „slajdoza" się nasilała. Teraz doskonale to rozumiem i nawet w pewnym stopniu wybaczam tym wypalonym lub zagubionym w ciągłej gonitwie asystentom. Choć popełniali błędy, wykonywali pracę niezbyt sumiennie, znam już okoliczności łagodzące.

Nie powielam tych schematów, zawsze jestem przygotowany, staram się studentom przekazać ciekawe spostrzeżenia, dyskutować, odpowiadać na pytania, wskazywać drogę do zrozumienia trudniejszych zagadnień. Mam nadzieję, że widzą moje zaangażowanie. Rozumiem już, dlaczego niektórzy asystenci stosowali „slajdozę". Choć nie popieram i uważam, że jest szkodliwą formą wykładu, to rozumiem. Po prostu praca nauczyciela akademickiego w klinice leczącej pacjentów, wśród obowiązków naukowych, to jedna wielka gonitwa, ciągły stres i ciągła konieczność wyboru między czasem poświęconym pacjentom i studentom. Mimo braków kadrowych prowadzi się taką samą liczbę pacjentów, studentów nie ubywa, a jeszcze dokumenty do wypełnienia, telefony, codzienne problemy… Jak tu znaleźć pasję, jak nie popaść w wypalenie, jak zachować ideały, jak nie dać się zapędzić w spiralę śmierci? To są prawdziwe dylematy egzystencjonalne ambitnych lekarzy, których misją, zapisaną w Kodeksie Etyki Lekarskiej, jest nauczanie młodszych kolegów po fachu. Jak daleko może pójść wrzucanie ambitnym ludziom na kark pustaków? Odpowiadam – do oporu. Dopóki kręgosłup nie pęknie, dopóki nie padniesz albo do momentu, w którym powiesz – nie.

Nie można dokonywać wyboru między studentem a pacjentem. System nauczania staje się coraz mniej efektywny, luka kadrowa powiększa się z roku na rok, muszą nastąpić zatem modyfikacje. Ja nadal wierzę, że będę jeszcze mógł się realizować jako nauczyciel z prawdziwą przyjemnością, że będę taki, jak sobie wyobrażałem jako student – pasjonat, który cieszy się, że może przekazać swoją wiedzę innym. I będę szczęśliwy, że ktoś kontynuuje moją pasję, że ktoś pochodzi „z mojej szkoły". Dzisiaj uczę, mam nadzieję, że widać we mnie pasję oraz zaangażowanie, ale brak satysfakcji jest dojmujący – to walka o przetrwanie.

Wrzody jednak się goją, objawy leczymy i dobrze, bo można ustrzec się raka. To sygnał ostrzegawczy, który trzeba dobrze wykorzystać. Swoją drogą jest paradoksem, że człowiek cieszy się z tego, iż dzisiejszy wrzód będzie jednak pasją – zgodnie z oczekiwaniami i postanowieniami. Mądrość życiowa bierze się przecież głównie z potknięć i wyciągania wniosków. Brzydkie kaczątko też w końcu stało się pięknym łabędziem. ■

Fot. archiwum

Wszyscy będziemy seniorami

MAREK BALICKI

Z opublikowanego przez Ministerstwo Zdrowia wstępnego raportu o zgonach w 2020 r. wynika, że było ich aż o 67 tys. więcej niż w 2019. Po uwzględnieniu prognozowanych zmian demograficznych stanowi to wzrost o 15 proc. rok do roku. Zjawisko nadmiarowych śmierci wystąpiło głównie w trzech ostatnich miesiącach ubiegłego roku, ze szczytem na początku listopada, kiedy ich dzienna liczba uległa podwojeniu.

Wzrost liczby zgonów w 2020 r. objął przede wszystkim osoby starsze. Aż 94 proc. tego wzrostu dotyczyło osób powyżej 60. roku życia, z czego blisko połowa to seniorzy po osiemdziesiątce.

Raport mówi też, że w przypadku 30 proc. nadmiarowych śmierci nie wykazano związku z zakażeniem SARS-CoV-2. Ilustruje to skalę niewydolności systemu podczas ubiegłorocznej jesiennej fali zachorowań na COVID-19, która dotknęła nie tylko zakażonych koronawirusem, ale również pozostałych chorych. Eksperci zdrowia publicznego alarmują, że pośrednie skutki pandemii, zwłaszcza w onkologii i chorobach układu sercowo-naczyniowego, będą dużym wyzwaniem dla naszej opieki zdrowotnej. Jednak na długo zapadnie nam w pamięć dramatyczna sytuacja seniorów, która przypomniała o ciągle nierozwiązanym problemie systemowym opieki nad tą kategorią wiekową.

> Eksperci zdrowia publicznego alarmują, że pośrednie skutki pandemii, zwłaszcza w onkologii i chorobach układu sercowo-naczyniowego, będą dużym wyzwaniem dla naszej opieki zdrowotnej.

Tak się złożyło, że w najtrudniejszym okresie pandemii – w listopadzie – miała miejsca konferencja online, na której zaprezentowano wstępne wyniki kilkuletniego projektu „Polsenior-2", największego ogólnopolskiego badania stanu zdrowia, jakości życia i sytuacji ekonomicznej osób starszych. Wyniki potwierdziły znaczny poziom niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych seniorów. Osoby starsze nie są „codziennymi pacjentami" lekarza POZ, a dostępność usług medycznych dla najstarszych grup wiekowych jest najgorsza. W ósmej dekadzie życia zmniejsza się znacznie częstość korzystania z opieki ambulatoryjnej i rehabilitacji, a jednocześnie zwiększa częstość korzystania z pomocy ratownictwa medycznego i opieki szpitalnej. Nie ma skoordynowanej i kompleksowej opieki nad osobami starszymi.

Przedstawione podczas konferencji rekomendacje wskazują m.in. potrzebę pokonania barier systemowych w dostępie do opieki uwzględniającej specyfikę wieku senioralnego, czyli wielochorobowość, gorszy stan funkcjonalny, zespół słabości czy tzw. wielkie problemy geriatryczne. Dodajmy do tego, że weszliśmy już w okres przyspieszonego starzenia się społeczeństwa, co pociągnie za sobą dynamiczny wzrost tych szczególnych potrzeb zdrowotnych w najbliższych latach.

Zapewnienia szczególnej opieki osobom w wieku podeszłym wymaga od nas też konstytucja. Chodzi o zorganizowanie owej opieki na innych zasadach niż obowiązujące w odniesieniu do opieki powszechnej, np. o tworzenie specjalnych form organizacyjnych.

Próbą reakcji na te wyzwania jest koncepcja Centrum Zdrowia 75+ opracowana w Narodowej Radzie Rozwoju. Przewiduje ona utworzenie sieci oddziałów geriatrycznych i lokalnych ośrodków dla osób po 75. roku życia, zapewniających skoordynowaną opiekę: ambulatoryjną, dzienną, domową i telemedyczną, a także profilaktykę i edukację zdrowotną we współpracy z POZ.

Potrzeba nowych rozwiązań nie powinna już budzić wątpliwości, a lekcja, jaką dał nam COVID-19, nie może pójść na marne. ■

Fot. L. Zych/„Polityka"

Przerwane łańcuchy

PAWEŁ WALEWSKI

Wobec pojawiania się i szerzenia nowych wariantów koronawirusa, szybkie przeprowadzenie szczepień jest obowiązkiem państwa. Tymczasem napotkało nie lada przeszkody.

Tak pięknie rozpoczęty na pewnej konferencji prasowej w grudniu 2020 masowy program szczepień przeciwko COVID-19 zaczął się sypać już w połowie lutego 2021 r. Wstrzymano na trzy tygodnie podanie pierwszych dawek personelowi medycznemu, który nie zdążył (lub nie mógł) zaszczepić się w styczniu, pojawiły się też kilkudniowe opóźnienia w dostawach do punktów podających szczepionki seniorom. A że seniorzy to grupa szczególna, przeważnie wymagająca zaangażowania rodziny, aby bezpiecznie dotrzeć na czas do punktu szczepień, perturbacje wywołały łańcuch kłopotów, o których być może młodzi decydenci w Warszawie nie mają pojęcia.

W dodatku okazało się, że wbrew zapewnieniom rządu Agencja Rezerw Materiałowych przestała odkładać połowę dawek na drugie szczepienie i z powodu zmniejszonych dostaw z zagranicy pojawił się ich niedobór. Tu również zadziałało prawo serii: szczepienie ludzi już zapisanych na konkretne terminy pierwszą dawką zwiększyło liczbę brakujących drugich dawek. Oczywiście, to kłopot dla przychodni, które muszą sobie z problemem jakoś radzić, a wiadomo, że odwoływanie wizyt i umawianie na nowe terminy (poza rządowym, automatycznym systemem rejestracji) frustruje i rodzi nikomu niepotrzebne napięcia.

Czy całą winę za to zamieszanie ponoszą rzeczywiście producenci szczepionek, którzy nagle zmniejszyli dostawy? Skala operacji najwyraźniej wszystkich przerosła, ale co innego kłopoty produkcyjne, a co innego logistyka i zła komunikacja. A na nią przede wszystkim słychać sporo skarg od zespołów szczepiących, które są niedoinformowane lub otrzymują sprzeczne sygnały (zamiast zamówionych szczepionek).

Trzeba przyznać, że brak płynności wystąpił na bardzo wczesnym etapie. Przed nami jeszcze długie miesiące uodporniania i kiedy pojawią się w kraju wszystkie zakontraktowane preparaty w różnych systemach dawkowania (przypomnijmy, że rząd kupił je u pięciu producentów), bałagan może być większy.

Na razie popyt przewyższa podaż i to jest akurat dobra informacja. Przedłużające się perturbacje z organizacją szczepień w pierwszym kwartale wywołają jednak u ludzi zniechęcenie i oby w połowie roku nie okazało się, że młodsze roczniki nie upominają się już o szczepionki tak jak ich rodzice i dziadkowie. Wszystkie sondaże wskazywały największe zainteresowanie zaszczepieniem właśnie w najstarszym pokoleniu, więc trzeba się liczyć ze spadkiem liczby chętnych w drugim półroczu. Eksperci na razie nie są jednomyślni co do wymaganego progu odporności zbiorowej, rozbieżne są również dane na temat liczby osób, które po bezobjawowym przebyciu zakażenia uodporniły się naturalnie (ale i one przecież powinny się zaszczepić, przynajmniej pojedynczą dawką). Kiedy pójdzie w Polskę news, że ponad połowa społeczeństwa ma przeciwciała, nowym zmartwieniem będzie, jak upłynnić zapasy, bo zabraknie chętnych do poddania się szczepieniu. Oby nie zadziałał tu również mechanizm wycofania czy znużenia, w końcu media też pewnie za jakiś czas przestaną trzymać rękę na covidowym pulsie i skończą się codzienne transmisje sprzed punktów szczepień oraz relacje, po jakim czasie można się dodzwonić na infolinię.

> Na razie popyt przewyższa podaż i to jest akurat dobra informacja.

Dlatego są kraje, które starają się zaszczepić swoich obywateli jak najszybciej, korzystając z koniunktury i wiedząc, że zła organizacja tak masowej akcji może pogrzebać jej efekty. To prawda, że są też państwa, wcale nieodległe od Polski, które radzą sobie z tym gorzej niż my, ale na ostateczne podsumowania przyjdzie jeszcze czas. Na miejscu rządowego pełnomocnika ds. szczepień przeciwko COVID-19 wstrzymałbym się z bombastycznymi przechwałkami, jak nam świetnie idzie, bo na razie epidemia nie wygasa i stąpamy wciąż po kruchym lodzie. ■

Autor jest publicystą „Polityki".

Fot. archiwum

Świat nie widział

PAWEŁ KOWAL

Czytam „Pro memoria", czyli dzienniki Stefana Wyszyńskiego, prymasa Polski. W poprzednim roku na Boże Narodzenie wyszedł tom obejmujący 1959 r. Wirus grypy w Warszawie powodował, że ludzie rezygnowali z zajęć, prymas zostawał w domu, nie odprawiał publicznych nabożeństw. Minęły lata zanim społeczeństwo, w dużej mierze dzięki szczepionce, nauczyło się radzić sobie z wirusem. Prace nad szczepionkami trwały przed półwieczem dekadami.

Teraz to dopiero jest logistyka globalna! W ciągu dwóch, trzech lat od pojawienia się nowego groźnego wirusa trzeba zaszczepić przeciwko COVID-19 cały świat. Każde słowo krytyki pod adresem organizacji międzynarodowych musi być opatrzone tym zastrzeżeniem – takich cudów jeszcze nie było, a dzieją się na naszych oczach. Czegoś takiego jeszcze świat nie widział. Z jednej strony skomplikowana gra o wielkie pieniądze i wpływy między potęgami światowymi. Szczepionka stała się bardziej strategiczna niż najbardziej nowoczesne rodzaje broni. Jednak w grze jest ludzkie życie. Wirus uderza częściej w starszych, słabszych i schorowanych, jakby natura chciała zrobić więcej miejsca na globie. Z drugiej strony ludzie – także drapieżne i potężne koncerny – walczą o życie słabszych. A tempo tego procesu zostanie opisane w książkach do historii jako niebywały fenomen.

Wśród 20 państw, w których dotychczas zaszczepiło się przeciwko COVID-19 najwięcej obywateli, przeważają członkowie Unii Europejskiej. Na szczytach rankingu są też kraje spoza UE: Izrael, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Wielka Brytania, Bahrajn i USA. To państwa z dobrze zorganizowanymi służbami i systemem ratownictwa, doświadczone w specjalnych akcjach i obronie cywilnej. Z drugiej strony w krajach, które jeszcze nie prowadzą zorganizowanej akcji szczepień, żyje 4,6 mld ludzi, czyli ponad połowa mieszkańców Ziemi. Do nich szczepionka dotrze zapewne z opóźnieniem, ale dotrze. Jeśli jednak ktoś mieszka w zachodnich państwach Unii, w USA, bez względu na to, czy jest bogaty, czy biedny, będzie w miarę szybko zaszczepiony, szczególnie jeśli znajduje się w grupie ryzyka. Faktem jest też to, że chociaż Komisja Europejska zamówiła 2 mld dawek u ośmiu producentów, szczepionkę dostarczać może tylko jeden, dwu, a kluczowy dostawca zmniejszył produkcję. Prawdą jest, że niemal wszędzie w Europie brakuje szczepionek przeciw COVID-19, a unijne firmy z różnych powodów muszą je częściowo eksportować poza UE. Także w Polsce szczepionek jest mniej niż zapowiadano i nawet w pierwszej grupie (medyków) pojawiły się opóźnienia w szczepieniach.

Jest więc dobrze, czy źle? Czy dostęp do szczepionki byłby lepszy, gdybyśmy nie byli w Unii, gdybyśmy nie byli krajem Zachodu? Gdyby rząd sam próbował kupić od koncernów szczepionki dla obywateli? Czy jest na tyle silny, że potrafiłby działać skuteczniej? Unia nie jest doskonała, koncerny nie są święte, ale takiej akcji naprawdę świat jeszcze nie widział. ■

Fot. Flickr/P. Drabik

Stereotyp

Prof. JERZY BRALCZYK

Stereotyp to była kiedyś drukarska forma metalowa, pozwalająca na odbijanie tekstów; potem utrwalony układ reakcji na bodźce. Stereotyp w swoim ucieleśnieniu językowym obie te funkcje łączy. I staje się często albo prowadzącym do niepożądanych społecznych skutków upraszczającym ogłupiaczem, albo, co gorsza, perfidnym narzędziem manipulacji.

Myślenie bywa trudne, bardzo trudne też jest ocenianie, zwłaszcza z uwzględnieniem wszystkich potrzebnych przesłanek. A często przecież oczekuje się od nas, byśmy mieli na każdy niemal temat swoje zdanie, czasem nawet takie, o którym można powiedzieć, że jest wyrobione.

A przecież w wielu przypadkach inni już wyrobili zdanie, z którym możemy się łatwo, czasem bardzo łatwo, niestety zazwyczaj zbyt łatwo – zgodzić. I zakładać, że jest to zdanie właściwe, tym bardziej że jest powszechne – a do tej powszechności właśnie tym samym się przykładamy.

> Stereotyp zwalnia nas z własnego zdania.

Uleganie stereotypom, a bardziej jeszcze posługiwanie się nimi, to myślenie na skróty, często nawet unikanie myślenia, zastępowanie go używaniem myślowych gotowców. Stereotyp zwalnia nas z własnego zdania. Co gorsze, wcale sobie z tego sprawy nie zdajemy, kiedy wygodnie używamy słów w ustabilizowanych kontekstach, rozpowszechniając nieraz wcale nieusprawiedliwione ich konotacje.

Dla niektórych już używanie słów wyposażonych w stałe skojarzenia jest naganny wykorzystywaniem szkodliwych sztanc myślowych, którymi są stereotypy. I zakazują używania np. słowa *Murzyn*, jako że obrosło negatywnymi odniesieniami. Polityczna poprawność mogłaby zakazać wielu nazw narodowości czy etnicznych przynależności, określeń zawodu, a w skrajnych wypadkach może i płci. Albo imion: dlaczego mówimy o kimś, że Janusz czy Grażyna – fakt, że mają tak na imię, nie do końca to usprawiedliwia.

Prawdziwe stereotypy językowe, te obecne w naszej wygodnej kompetencji językowej, czasem bez naszej pełnej świadomości ich znaczeń klisze wyobrażeń, te nośniki uproszczonych, wynikłych z różnymi czynnikami uwarunkowanej tradycji grupowej należą do bardziej szkodliwych zjawisk społecznych. Przypisywanie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych (a w przeważającej większości negatywne są częstsze) cech i właściwości ludziom, procesom, sprawom i bytom wywołuje nie tylko mentalne uprzedzenia, ale i działania.

Stereotypy dotyczyć mogą niemal wszystkiego. Mamy, tylko w odniesieniu do ludzi, stereotypy narodowości (większość, łącznie ze stereotypem Polaka, negatywna), kobiet i mężczyzn, matek i ojców, grubych i chudych, brunetów i blondynów (częściej blondynek). Czasem taki stereotyp tworzy systematykę i mamy sangwinników, flegmatyków, melancholików i choleryków. Zdarza się, że w ślad za tymi stereotypami pojawiają się konkretne społeczne zachowania, także owocujące układami na rynku pracy – jak w przypadku kobiet.

Stereotypy są szkodliwe. Ale ze słów, nawet obciążonych, rezygnować nie możemy. Są często nosicielami stereotypów, to prawda. Lepiej jednak byłoby oskrobywać je ze skojarzeń, choć to z kolei trudne. Gandhi chciał kiedyś zmienić stosunek do pariasów. Mógł tłumaczyć, że są w porządku, wybrał inną drogę – próbował zmienić odniesienie tego słowa, nie ruszając konotacji. Parias – mówił – to człowiek nikczemny, oszust, kłamca, takich nazywajmy pariasami. To oni, a nie członkowie kasty, są prawdziwymi pariasami. Ale nie wyszło. Mimo to wolałbym zachować słowa *Murzyn* i *Cygan*, przywracając im neutralne (kto wie, może i przypisując dobre?) konotacje. A ze słowa *kobieta* zrezygnować się nie da.

Na szczęście. ■

Fot. licencja Artmedia Partners

Nie zamierzamy wojować, chcemy współpracować

Fundacja „Kobiety w chirurgii” została powołana do życia w styczniu 2021 r. Jej działalność jest skierowana do lekarek i pielęgniarek w specjalizacjach zabiegowych. Cele działania fundacji wyjaśniają: jej prezeska **Małgorzata Nowosad** (chirurżka) oraz członkinie zarządu – **Magdalena Wyrzykowska** (chirurżka) i **Anna Siedlik** (instrumentariuszka), w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

Skąd pomysł założenia fundacji?

Magdalena Wyrzykowska: Wielokrotnie doświadczyłyśmy problemów, z jakimi borykają się kobiety, które pracują w specjalizacjach zabiegowych – dyskryminacji, mobbingu, fatalnych warunków szkolenia, braku komunikacji. Lista jest długa. Po latach spędzonych w poczuciu bezsilności postanowiłyśmy wziąć sprawy w swoje ręce, stąd decyzja o powołaniu fundacji. Czujemy, że jeżeli nie zaczniemy działać, nic nie będzie się zmieniać, ponieważ wiele osób zyskuje na obecnym *status quo*. Wciąż niewiele kobiet decyduje się na specjalizacje zabiegowe, a duża część z nich po jakimś czasie rezygnuje. Zderzają się ze światem, który od początku wyraźnie daje im do zrozumienia, że nie jest to miejsce dla nich. Chcemy pokazać, że jesteśmy pełnoprawną częścią tego świata, i pomóc kobietom w każdym aspekcie ich pracy m.in. przez stworzenie wspierającej wspólnoty. Kobiecy sposób myślenia, podejście do pracy, metody rozwiązywania problemów powinny być w zespole traktowane jak wartość dodana, a nie zagrożenie.

Małgorzata Nowosad: Jest takie powiedzenie: albo chirurg. albo kobieta. To bardzo fałszywe i krzywdzące. Ja nigdy nie starałam się w pracy udawać mężczyzny. Mam swoje obowiązki, dziecko, więc czasem czegoś nie mogę zrobić, bo muszę być w domu. W mojej pracy wszyscy wiedzą, że telefon od córki to jedyny telefon, który muszę odebrać. Ale musiałam to sobie wypracować. Ważne, żeby w zespole wszyscy wiedzieli, że niezależnie od obowiązków wywiązujemy się ze swoich zadań.

Czyli damsko-męska współpraca chirurgów jest możliwa?

Anna Siedlik: Tak, ale przecież nie chodzi o to, żeby „wychowywać” sobie ludzi, z którymi się pracuje. To nie są dzieci. Nie powinno być tak, że przez lata kobieta musi się starać coś osiągnąć, by być traktowana na równi z mężczyznami. A teraz tak jest – ktoś się musi do ciebie przekonać, bo jesteś kobietą. Sądzę, że gdyby chirurdzy chodzili z workami na głowach i z modulatorami głosu, by nie można było rozpoznać ich płci, w wielu sytuacjach nie dałoby się zauważyć różnicy. Świetnym przykładem są przypadki zasłabnięcia w czasie operacji. To zdarza się zarówno kobietom, jak i mężczyznom, bo wielogodzinne stanie w wymuszonej pozycji, w masce, i wykonywanie statycznego wysiłku, np. trzymanie haków, to ogromne obciążenie fizyczne. Jeśli facetowi zrobi się słabo, mówi się, że ma gorszy dzień, jeśli zasłabnie kobieta, od razu pojawia się komentarz w stylu „na pewno jest w ciąży”.

M.W.: Problemem jest też to, że oprócz osób, które latami cierpliwie znoszą złe traktowanie, by sobie wywalczyć silniejszą pozycję, jest wiele takich, które nie mają wystarczającej siły przebicia w relacjach interpersonalnych. Niestety, często załamują się i rezygnują, co

dodatkowo skutkuje długotrwałymi problemami emocjonalnymi. We mnie tkwi wewnętrzna niezgoda na świat z miejscem tylko dla najsilniejszych, którzy – wyłącznie gryząc wszystkich dookoła – potrafią wywalczyć sobie względnie normalne funkcjonowanie w pracy. To jest praca – my tam chodzimy, żeby wykonywać konkretne zadania, a nie walczyć o przetrwanie. Zamiast poświęcać się leczeniu ludzi i doskonaleniu swojego fachu, musimy skupiać się na codziennym rozwiązywaniu konfliktów, odpieraniu ataków personalnych, walce o wyjście o normalnej porze, by zdążyć odebrać dzieci albo załatwić osobiste sprawy. Przez wiele lat w pracy to pochłaniało 90 proc. mojej uwagi. Oczywiście, po latach uczymy się lawirować, jednych unikać, z innymi się kumplować, ale przecież nie o to chodzi. To kompletnie patologiczny system. Ciągła walka powoduje, że ideały znikają za horyzontem, a co gorsza przestajesz lubić samą siebie.

A.S.: Wiadomo, że część chirurgów ma smykałkę do operowania, a część nie. Każdy może się wyuczyć zawodu, ale są chirurdzy rzemieślnicy i chirurdzy artyści. I to jest niezależne od płci. Niestety, kobiety z talentem w chirurgii odchodzą, np. do pracy w poradniach, mimo że są artystkami. Pacjenci na tym tracą. Wszystko przez to, że udowodnienie swojej wartości nie opiera się w tym środowisku na jakości pracy.

A może ten wojskowy styl wynika z „wojennego" trybu pracy – lekarze w Polsce są przeciążeni. Szczególnie chirurdzy, którzy wykonują nie tylko pracę umysłową, ale także ciężką fizyczną. Może potrzeba zmian w podejściu do pracy lekarzy w całym systemie ochrony zdrowia, żeby coś zaczęło się zmieniać w środowisku chirurgów?

M.N.: Na pewno. Przeciążenie pracą wpływa negatywnie na relacje. Powoduje także, że problemy konkretnych kobiet w chirurgii są spychane na dalszy plan. Ciągle są pilniejsze sprawy. Spiętrzenie problemów systemowych w ochronie zdrowia powoduje, że zła sytuacja kobiet nie jest dostrzegana, bo dotyczy zbyt małej liczby osób. Obrazowo porównując: jeśli jesteś głodny i spragniony, nie martwisz się tym, że nie możesz kupić butów. Dla nas problem jest ważny, powoduje, że nie możemy normalnie funkcjonować i pracować. Dlatego powołałyśmy do życia fundację. Nie będziemy krzyczeć, że za mało zarabiamy, bo to nie nasza rola. Za to, gdy przyjdzie do nas koleżanka i powie: – *Nie mam wolnego czasu, bo muszę się zajmować dzieckiem, a chcę pojechać na wymarzony kurs związany z moją specjalizacją*, postaramy się o pieniądze na kurs, ale i na zapewnienie opieki nad dzieckiem. Innymi słowy naszym celem nie jest tylko mówienie o problemach, ale ich rozwiązywanie.

Fotografie: archiwum

Magdalena Wyrzykowska i Małgorzata Nowosad

> Zamiast poświęcać się leczeniu ludzi i doskonaleniu swojego fachu, musimy skupiać się na codziennym rozwiązywaniu konfliktów, odpieraniu ataków personalnych, walce o wyjście o normalnej porze.

W planach mamy już konkretne projekty. Jeden z nich nosi nazwę „Liczymy się". Nazwa jest celowo dwuznaczna, bo projekt, oprócz dowartościowania społeczności kobiet w chirurgii, ma na celu zebranie danych statystycznych. Chcemy wiedzieć, o jakich liczbach mówimy, jakie są oczekiwania dziewczyn, jak możemy sobie wzajemnie pomagać, jakie programy pomocy stworzyć. Dysponujemy wprawdzie statystykami Naczelnej Izby Lekarskiej, ale nie z izb pielęgniarskich. Tymczasem dziś, w dobie mediów społecznościowych, jesteśmy w stanie zebrać te dane we własnym zakresie i wykorzystać do budowania wartościowej społeczności.

M.W.: Chcemy też ustalić, jaka jest wśród nas struktura wiekowa. Ile dziew-

Anna Siedlik

czyn decyduje się na wejście do tego środowiska, wiedząc, jaka jest sytuacja? Ile jest lekarek w chirurgii w wieku przedemerytalnym? To też dla nas ważne. Chcemy dać kobietom poczucie wsparcia we wspólnocie. Przekonanie, że są inne osoby, które znają ich problemy, doświadczyły tego samego, które nie powiedzą „przesadzasz" albo „wybrałaś taki zawód, to nie narzekaj".

Mamy zresztą w planach uruchomienie telefonów ze wsparciem psychologicznym oraz poświęcone temu zagadnieniu spotkania w stylu grupy wsparcia. Stworzenie społeczności pozwalającej podnieść poczucie własnej wartości da szansę lepszej pracy i lepszego życia po pracy. Naszym marzeniem jest, aby działania fundacji prowadziły do zmian systemowych.

M.N.: Drugi planowany projekt budzi nasze wielkie nadzieje na przełamanie sposobu myślenia o szkoleniu kobiet. Będziemy organizować kursy z laparoskopii przeznaczone dla kobiet w różnych specjalizacjach zabiegowych. Naukowo udowodniono, że kobiety i mężczyźni przyswajają wiedzę i nabywają umiejętności w inny sposób, ale znajomość tego zjawiska nie wpływa na profilowanie edukacji. W związku z tym np. w szkołach nauka przedmiotów ścisłych jest prowadzona metodami bardziej odpowiadającymi męskiemu sposobowi przyswajania wiedzy. Rzecz jasna w efekcie dziewczęta mają gorsze wyniki i powstaje stereotyp, że są słabsze od chłopców z matematyki czy fizyki. To taka samospełniająca się przepowiednia. Całe życie słyszysz, że w czymś jesteś gorsza i sama zaczynasz w to wierzyć, blokujesz się i w efekcie naprawdę gorzej sobie radzisz. Rozmawiając o problemach kobiet w chirurgii, doszłyśmy do wniosku, że tak samo jest chociażby z laparoskopią. Mówi się, że kobiety są gorsze od mężczyzn w tych operacjach, ale to nieprawda. Kobiety po prostu wymagają innego sposobu szkolenia, co jest związane z odmienną percepcją przestrzeni. I takie szkolenie chcemy zorganizować, zwłaszcza że badania mówią, iż jeśli kobiety już się nauczą, po operacjach przez nie przeprowadzonych jest mniej powikłań. Zamierzamy zrobić kurs, który pokaże, że sposób nauki ma ogromne znaczenie, a wsparcie i motywacja są o wiele skuteczniejsze niż presja i punktowanie, że kolega robi to lepiej. Planujemy takie małe kroki, które mają przekonać kobiety, że jest dla nich bezpieczne miejsce, w którym nauczą się, jak w miejscu pracy robić to, co chcą.

> Złe metody komunikacji nie tylko psują atmosferę, ale przede wszystkim zmniejszają efektywność pracy.

Małgorzata Nowosad

Czy tych problemów nie da się rozwiązać odgórnie?

M.W.: A czy kiedykolwiek ktoś odgórnie pomógł kobietom w chirurgii? Czekanie, że może ktoś sobie o nas przypomni, nie satysfakcjonuje nas.

A.S.: Mam wrażenie, że im głębiej ktoś tkwi w środowisku medycznym, tym bardziej jest przekonany, że widocznie tak musi być, skoro tak było od lat. A chodzi o poważne patologie, takie jak mobbing czy molestowanie, które trzeba jednoznacznie określić jako złe. Nie można udawać, że specyfika pracy jest taka, że przemocowe środowisko to coś normalnego. Co więcej, nie dotyka to wyłącznie kobiet, mężczyzn także. Uważamy, że tak być nie musi.

M.N.: Trzeba jeszcze wziąć pod uwagę fakt, że problemów w polskiej ochronie zdrowia jest mnóstwo, a większość dotyczy znacznie szerszego grona niż kobiety w specjalnościach zabiegowych. Dlatego ja nawet nie oczekuję, by ministerstwo czy samorząd się tym zajęły. Oczywiście, dobrze gdyby tak się stało, ale rozumiem, że nie na wszystko starcza czasu i sił.

Nie obawiacie się, że fundacja może pogłębić antagonizmy?

M.W.: Nie obawiamy się. Fundacja została powołana do życia, aby poprawić sytuację kobiet. Jeśli ktoś znajdzie w tym powód do niezadowolenia, nic na to nie poradzimy. Nie mamy na celu walczyć z mężczyznami, tylko pokazać, że w chirurgii jest miejsce dla każdej płci i dla ludzi o różnych predyspozycjach. Chcemy mówić głośno, że mobbing jest zły, że bycie matką w tym zawodzie jest normalne, że nikt nie może zawłaszczać sobie twojego życia i traktować cię jak własność, bo tak zawsze było i jest. My się na to nie godzimy, chcemy tworzyć nowe, cywilizowane zwyczaje. Jeśli to dla kogoś powód do antagonizmu, to tylko źle o nim świadczy. Chcemy tworzyć miejsce do edukacji, robić kursy, organizować staże, prowadzić badania. Nie ma w tym działań przeciwko komuś.

> Na koniec dnia, kiedy zakończę trudną operację, chcę móc każdemu w zespole podać rękę i podziękować za wspólną dobrą pracę.

M.N.: Fundacja ma też na celu (choć nie wprost) poprawienie sytuacji mężczyzn. W „zabiegówkach" nie ma miejsca dla jednego wielkiego operatora, który może wszystko zrobić sam. Bez asysty, instrumentariuszki, anestezjologa, nie zrobi nic, choćby był wybitnym chirurgiem. Każdemu, nawet bardzo samodzielnemu i zdolnemu zabiegowcowi, będzie się lepiej pracowało z lekarzami solidniej wyszkolonymi, wyposażonymi w tzw. umiejętności miękkie, nad którymi na studiach się nie pracuje, a którym jako fundacja chcemy poświęcić uwagę. Ideą naszej organizacji nie jest tylko wsparcie konkretnych kobiet ani nawet środowiska kobiet w chirurgii, ale sprawienie, by w „zabiegówkach" pracowały lepsze, bardziej zgrane zespoły. Uważam, że rywalizacja w chirurgii jest złem, bo działa na niekorzyść pacjentów. Dlatego chcemy współpracować. Na koniec dnia, kiedy zakończę trudną operację, chcę móc każdemu w zespole podać rękę i podziękować za wspólną dobrą pracę.

A.S.: U nas na oddziale mówi się, że to nie Betlejem i dla każdego starczy miejsca. Fakt, że więcej pań będzie chirurgami, nie oznacza, że zabraknie miejsca dla panów. Potrzebujemy dobrej komunikacji. Do szpitali trafiają absolwenci szkół medycznych, których nie uczy się rozmawiać, więc przejmują złe nawyki starszych kolegów, bo to jedyny wzorzec, jaki się im przedstawia. Te złe metody komunikacji nie tylko psują atmosferę, ale przede wszystkim zmniejszają efektywność pracy. Wierzymy, że fundacja będzie zmieniała chirurgię na lepsze dla wszystkich. ■

Fot. K. Bartyzel

Mobbing nasz powszedni

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

Pracując jako psychiatra w ambulatorium, spotykam ludzi, u których głównym powodem pogorszenia stanu zdrowia jest to, co dzieje się w ich miejscu pracy. Trafiają do mnie znękani, wykończeni psychicznie, zastraszeni. Zdarza się, że pierwszym działaniem terapeutycznym, które podejmuję, jest wysłanie pacjenta na zwolnienie lekarskie. Wcale nie reaguje on na to zalecenie entuzjastycznie, wciąż się boi, bo jest pod wpływem psychicznego terroru. W tej grupie dominują przedstawiciele dwóch środowisk zawodowych: pracownicy korporacji i lekarze.

Niezależnie od tego, o jakiej formie mobbingu mówimy, jest bardziej powszechny, niż chcielibyśmy wierzyć. Według Centrum Badania Opinii Społecznej 17 proc. osób przyznało się do doświadczania przemocy ze strony przełożonych.[1] Zerknijmy na katalog zachowań mobbingowych, opracowany przez badacza tematu Heinza Leymanna[2]: wyśmiewanie, publiczne ośmieszanie, przerywanie wypowiedzi, robienie aluzji, obraźliwe gesty, sugerowanie choroby psychicznej, obmawianie za plecami, izolowanie od innych osób, m.in. przez nastawianie innych przeciw tej osobie, fałszywe ocenianie zaangażowania w pracę, przydzielanie zadań poniżej kwalifikacji, dyskredytowanie, zmuszanie do pracy w czasie wolnym, komentowanie wyglądu, molestowanie seksualne, zastraszanie, wulgaryzmy... Jeśli nękanie powtarza się wobec konkretnej osoby lub grupy osób, jest intencjonalne i trwa dłuższy czas, mamy do czynienia z mobbingiem. Mobbing powoduje zaniżone poczucie własnej wartości i kompetencji, osoba zastraszona czuje się wyalienowana.

Najczęstsze zachowania mobbingowe zgłaszane przez polskich respondentów to bezpodstawne karanie, okazywanie niechęci, powierzanie obowiązków niezgodnych z kompetencjami oraz odmawianie urlopu. Zjawisko nękania psychicznego ma w środowisku medycznym długą, niechlubną tradycję.

Czynnikami sprzyjającymi stosowaniu mobbingu są: wysoka pozycja zawodowa, poczucie bezkarności, chaos i monotonia w miejscu pracy, niejasny system przydzielania zadań, oceny, awansu, niejasna hierarchia, duża konkurencja, słaba lub nadmierna kontrola.[3] Niestety, tak można scharakteryzować wiele miejsc pracy w systemie ochrony zdrowia. Przyzwyczajanie lekarzy, że psychiczna przemoc jest naturalnym elementem pracy w medycynie, zaczyna się jeszcze na studiach i jest kultywowane przez kolejne lata edukacji i pracy. Kto z nas nie pamięta uczestnictwa w wielkich obchodach, kiedy ordynator/profesor (płci dowolnej) odpytywał, wyśmiewał studentów, a nierzadko też pracowników, odgrażając się lub robiąc niestosowne uwagi w obecności pacjentów, studentów, asystentów, personelu pielęgniarskiego? Jeśli przełożony ma swoją „ulubioną" ofiarę, pozostali szybko uczą się, że lepiej nie być za blisko takiej osoby, by przypadkiem nie znaleźć się w ogniu nękania.

Kto częściej pada ofiarą mobbingu? Większe ryzyko występuje u osób ambitnych, pracowitych, obowiązkowych, z predylekcjami do pracoholizmu. Dodatkowym czynnikiem ryzyka są problemy w życiu osobistym i trudności w nawiązywaniu relacji, które sprawiają, że osoba nie należy do nieformalnych grup i „klik" w miejscu pracy. Wiadomo też, że mobberzy częściej obierają sobie za cel osoby należące w danym środowisku do mniejszości ze względu na płeć, pochodzenie, wygląd czy religię, np. kobiety w dziedzinach medycyny tradycyjnie postrzeganych jako męskie.

Mobbing nie pojawia się z dnia na dzień, zwykle zaczyna się od konfliktu, po którym następuje faza narastających zachowań stygmatyzacyjnych, alienujących ofiarę. Gdy szykanowanie przybiera na sile, ofiara dociera do punktu krytycznego, poza którym załamuje się zdrowie fizyczne i psychiczne. Cały cykl kończy zwolnienie z pracy.

Walka z mobbingiem, podobnie jak z wypaleniem zawodowym, zaczyna się od edukacji. Im więcej będziemy o nim wiedzieć, tym większa szansa na uświadomienie sobie, że jesteśmy jego ofiarą lub świadkiem. Jeśli będziemy umieli sięgnąć do ochrony prawnej i wsparcia psychologicznego, możemy ustrzec się przekroczenia granicy naszej wytrzymałości. ■

[1] CBOS 2014, „Szykany w miejscu pracy", komunikat z badań nr 109/2014.
[2] Leymann 1996.
[3] Jabłonowska 2014.

O endokrynologii kobiet

Po zaskakująco srogiej momentami zimie wyczekujemy już nadejścia kalendarzowej wiosny. Zdaniem naukowców z izraelskiego Weizmann Institute of Science na wiosnę szykują się także hormony. Zespół badaczy przeanalizował zmiany w poziomie ludzkich hormonów na przestrzeni całego roku. Okazuje się, że ów poziom waha się w zależności od pór roku. Analizie poddano 11 hormonów, w tym kortyzol, hormony tarczycy, a także związane z reprodukcją i płcią. Odchylenia od średniego poziomu w skali roku wynosiły około 5 proc. Fazy wzrostów i spadków są różne dla poszczególnych hormonów, ale, co szczególnie ciekawe, zaobserwowano pewną synchronizację produkcji części z nich u przeciwnych płci. Chodzi konkretnie o testosteron i estradiol. U mężczyzn najwyższy poziom roczny testosteronu badacze stwierdzili w styczniu i sierpniu. U kobiet w tym samym czasie przypadają szczytowe momenty produkcji estradiolu. Z kolei męski szczyt estradiolowy przypada w kwietniu, czyli w tym samym czasie, kiedy najwięcej testosteronu mają kobiety. Zdaniem naukowców z Izraela wyniki te wskazują, że wzrost liczby narodzin w poszczególnych miesiącach roku może być skutkiem decyzji prokreacyjnych związanych z hormonami.

Badania przeprowadzone w Herbert Wertheim College of Medicine – uczelni medycznej na Florydzie, dowodzą, że hormony mogą wpływać na śmiertelność zakażenia koronawirusem. Analiza statystyczna danych dotyczących demografii ofiar śmiertelnych epidemii pokazuje wprawdzie, że kobiety umierają rzadziej, ale wśród żeńskiej populacji obserwuje się specyficzne odchylenia w wykresie śmiertelności, w zależności od sytuacji hormonalnej. Śmiertelność wzrasta wyraźnie wśród pań po 50. roku życia, a więc tych, które przechodzą klimakterium. Być może łatwej by było to zjawisko wiązać wyłącznie ze starzeniem się organizmów, gdyby nie kolejny trop, wskazujący, że wiele przypadków ciężkiego przebiegu COVID-19 badacze odnotowali wśród kobiet zarażonych krótko po porodzie. A zatem wtedy, kiedy spada u nich poziom progesteronu. Wyciąganie definitywnych wniosków z tej analizy statystycznej naukowcy uważają jednak za przedwczesne. Temat będą drążyć, bo odkrycie może mieć istotne znaczenie dla określenia nowych grup ryzyka.

Z kolei według norweskich naukowców z University of Bergen kobiety po menopauzie powinny szczególnie zwracać uwagę na swoją ekspozycję na promieniowanie UV, a więc rozsądnie dawkować sobie przebywanie w słońcu. Badacze analizowali poziom hormonów u pań mających za sobą klimakterium na różnych szerokościach geograficznych, od krajów śródziemnomorskich po Skandynawię. Okazało się, że u kobiet, które częściej wystawiały się na działanie promieniowania UV, zaobserwowano istotnie niższy poziom estrogenu. Specjaliści z Bergen zwracają uwagę, że w takim razie intensywne opalanie się po menopauzie może powodować nasilenie się dolegliwości związanych z niskim poziomem tej grupy hormonów, np. osteoporozy.

Z badań naukowych wynika też, że płeć wpływa na sposób podejmowania niektórych decyzji. Jeśli wyróżnimy decyzje oparte na wartościowaniu efektów, okaże się, że mężczyźni są bardziej skłonni do podejmowania decyzji, które jednorazowo maksymalizują zyski, a kobiety „nagrodę" wolą odbierać na raty. Podobnych różnic jest więcej, a badania wykazały, że panie podejmują nieco inne decyzje w zależności od momentu cyklu menstruacyjnego. Zespół naukowców Tybingi, Oslo i Lipska doszedł więc do wniosku, że i w tym przypadku można szukać wyjaśnienia w endokrynologii. W opublikowanej niedawno pracy dowodzą, że hormony produkowane w jajnikach wpływają na działanie neuroprzekaźników uczestniczących w procesie podejmowania decyzji.

Scientific American zwraca z kolei uwagę na problem hormonalnej dyskryminacji kobiet sportowców. Grace Huckins z Uniwersytetu Stanforda przekonuje, że zmuszanie zawodniczek z naturalnie wysokim poziomem testosteronu do obniżania go jest krzywdzące. Takie wymogi dotyczą pań, które, mając anatomiczne żeńskie cechy płciowe, posiadają charakterystyczny dla mężczyzn zestaw chromosomów: XY. W tym kontekście badaczka podała przykład znanej sprinterki Caster Semenyi. Grace Huckins przekonuje, że zestaw chromosomów jest taką samą cechą o podłożu genetycznym, jak np. wzrost, a nikt nie zmusza wysokich sportowców do wycofywania się chociażby z uprawiania zawodowo koszykówki.

Częstsze niż u mężczyzn występowanie wśród kobiet autoimmunologicznych chorób tarczycy jest sprawą oczywistą. Problemy z niedoczynnością i nadczynnością tego gruczołu są u pań kilkakrotnie częstsze, dlatego częściej borykają się z ich negatywnymi skutkami, np. z utrzymaniem zbliżonej masy ciała. Naukowcy już dawno ustalili, że hormony tarczycy mają wpływ na metabolizm, ale poznanie szczegółów mechanizmu procesu biochemicznego, który o tym decyduje, było poza ich zasięgiem. Być może przełomu dokonali specjaliści z Perelman School of Medicine na Uniwersytecie Pensylwanii. Na łamach magazynu „Genes and Development" opublikowali ostatnio wyniki badań, w których pokonali najpoważniejszą dotychczas przeszkodę w rozwiązaniu zagadki – niemożność zaobserwowania procesu łączenia się cząsteczek hormonu z proteinami kontrolującymi aktywność genów odpowiadających za procesy metaboliczne. Odkrycie może przyczynić się do powstania nowych leków pozwalających na skuteczniejszą walkę z nadwagą wywołaną chorobą tarczycy. ■

mn

Źródła: sciencedirect.com, news-medical.net, news.fiu.edu, eurekalert.org, Scientific American

Fot. licencja OIL w Warszawie

Nowotwory kobiece w liczbach

Polska wciąż wyprzedza kraje Europy Zachodniej, jeśli chodzi o ponure statystyki śmierci z powodu nowotworów kobiecych. O ile w zakresie zwalczania nowotworów piersi nie różnimy się zbytnio od Francji czy Holandii, o tyle w przypadku nowotworów macicy czy szyjki macicy dzieli nas od poziomu krajów zachodnich prawdziwa przepaść. By ukazać istniejący stan rzeczy, prezentujemy dane dotyczące profilaktyki nowotworów zebrane w ubiegłym roku przez agencję badawczą IQS dla fundacji Kwiat Kobiecości.

- 62 proc. kobiet odwiedza ginekologa co najmniej raz w roku.
- Z tej grupy 47 proc. rozmawiało na temat profilaktyki chorób kobiecych w gabinecie ginekologicznym.
- 41 proc. co najmniej raz w roku wykonuje cytologię.
- 37 proc. raz na rok wykonuje USG dopochwowe.
- 18 proc. raz na rok wykonuje USG jamy brzusznej.
- 22 proc. raz na rok wykonuje USG piersi.
- 7 proc. wykonuje raz w roku test na HPV.
- 68 proc. kobiet, wiedząc, że ma predyspozycje genetyczne do zachorowania na raka piersi lub jajników, zrobiłoby wszystko, by zapobiec chorobie, ale aż 20 proc. woli nie wiedzieć, że ma predyspozycje genetyczne do zachorowania na nowotwór.

- Nic dziwnego, że najczęstszą przyczyną niepodejmowania działań profilaktycznych jest lęk przed wykryciem choroby. Deklarowało go 65 proc. ankietowanych. 49 proc. stwierdziło, że brakuje im pieniędzy na prywatnego lekarza, a dla 38 proc. barierą był zbyt długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza.
- 58 proc. pacjentek w ubiegłym roku działania profilaktyczne utrudniła pandemia. Najczęściej wskazywały, że na skutek komplikacji związanych z działaniem ochrony zdrowia w trybie awaryjnym przepadła im wizyta lub w ogóle nie udało im się umówić do ginekologa.
- Ponad połowa kobiet twierdzi, że mało wie na temat nowotworów jajnika, szyjki macicy i piersi. Dużą wiedzę deklaruje nieco ponad 10 proc.

Autorzy badania analizowali także podejście lekarzy do zgłaszania przez pacjentki dolegliwości. Analiza dotyczyła objawów gastrycznych mogących wskazywać na obecność raka jajnika. Fundacja Kwiat Kobiecości ocenia, że zbyt rzadko w takich przypadkach pacjentki kierowane są na badania USG. Niemal co druga kobieta skarżąca się na uczucie ciężkości w jamie brzusznej, wzdęcia i niestrawność otrzymuje zalecenie zmiany diety. W przypadku rozwolnienia odsetek ten wynosi 37 proc.

Jedna na cztery pacjentki zgłaszające uczucie ciężkości w jamie brzusznej i wzdęcia jest kierowana na USG. Ze skarżących się na niestrawność skierowanie na to badanie otrzymuje 14 proc., a na rozwolnienia – 18 proc.

Badanie w formie wywiadu internetowego zostało zrealizowane przez IQS w sierpniu 2020 r. Wzięły w nim udział kobiety w wieku 15–55 lat. Cały raport zamieszczony jest pod adresem: https://diagnostykajajnika.pl/.

Fundacja Kwiat Kobiecości prowadzi szóstą edycję kampanii „Diagnostyka jajnika” i zwraca szczególną uwagę na rolę lekarzy pierwszego kontaktu w doprowadzeniu do rozpoznania zmian nowotworowych. *„Chcemy ich zmobilizować do pogłębiania diagnostyki ginekologicznej, by przyspieszyć i skrócić drogę kierowania na USG transwaginalne, szczególnie w przypadku kobiet z grupy podwyższonego ryzyka”* – informuje Kwiat Kobiecości. Eksperci fundacji zwracają uwagę, że u 70 proc. osób z pozytywnym rozpoznaniem diagnoza stawiana jest zbyt późno. Organizatorzy kampanii podkreślają, że problem prawdopodobnie się nasili w związku z kłopotami z korzystaniem z opieki medycznej w wyniku pandemii. ■

mn

Kobiecość bez tabu

FUNDACJA jeszcze

Fotografie: archiwum

Ubóstwo menstruacyjne, niebadanie się, niska świadomość własnego ciała, brak wiedzy pozwalającej zadbać o zdrowie, opieranie się na mitach – to problemy dotyczące młodych dziewcząt, w których rozwiązaniu ma zamiar pomagać fundacja Jeszcze. Pomysłodawczynie i założycielki fundacji – ginekolog dr n. med. **Agnieszka Nalewczyńska** oraz dziennikarka **Monika Orzechowska-Kossek**, z którymi rozmawia Renata Jeziółkowska, zachęcają lekarzy do włączenia się w przedsięwzięcie. Ma ono na celu m.in. zapewnienie lekarskiego wsparcia dziewczętom z domów dziecka.

Liczą panie, że jeszcze (stąd nazwa fundacji) będzie pięknie. Co trzeba naprawić i jak? Jaka jest idea fundacji?

Agnieszka Nalewczyńska: Jesienią, gdy wszyscy mówili o prawach kobiet, do mnie i do Moniki pisało na Instagramie coraz więcej pań. Pomyślałyśmy więc, że spróbujemy pomóc. Wyodrębniłyśmy najistotniejsze problemy, jakimi mogłybyśmy się zająć. Chodzi ogólnie o edukację zdrowotną, w tym seksualną. Pytania, jakie otrzymujemy w mediach społecznościowych, świadczą o ogromnej niewiedzy. Chcemy pomagać m.in. mieszkankom domów dziecka, bo zalecenia ginekologów i położników mówią, że dziewczynka do 16. roku życia powinna odbyć wizytę ginekologiczną. A wiemy, że niestety w wieku 18 lat ruszają w świat najczęściej niedoinformowane w kwestiach dotyczących ich własnego ciała i bezpieczeństwa zdrowotnego. Istnieje też ogromny problem ubóstwa menstruacyjnego. Środki są drogie, poza tym to ubóstwo ma nie tylko finansowe oblicze, niekiedy wynika z niewiedzy. Monika w swoim artykule przytaczała przykłady: mama dała córce tampon, ale nie wytłumaczyła, jak go użyć. Córka źle go założyła, w taki sposób, że nie miał prawa zadziałać…

Monika Orzechowska-Kossek: Kiedy zaczęłam zgłębiać temat ubóstwa menstruacyjnego, okazało się, że koleżanki dziennikarki miały podobne doświadczenia w dzieciństwie, np. gdy mama nie pomogła, papier toaletowy stosowały zamiast podpasek. Zdarza się to bardzo często: dziewczynka nie ma na podpaski, nie idzie do szkoły, wagaruje, w szkole się wstydzi przyznać, jaki był powód jej nieobecności, jest więc uznawana za wagarowiczkę. Woli być niepromowana, niż przyznać się, że nie była w szkole, bo miała okres. Bardzo byśmy chciały móc dostarczać darmowe środki higieny. Nawiązałyśmy kontakt z fundacją „Akcja menstruacja”, myślimy m.in. o kartach przedpłaconych dla potrzebujących dziewczynek, żeby mogły pójść do apteki i po prostu dostać te środki. Pomysłów jest wiele. Zaczynamy dopie-

ro naszą działalność, organizujemy się formalnie i logistycznie, więc mamy nadzieję, że niedługo będziemy robić wspaniałe rzeczy.

Skąd myśl o pomocy dziewczętom z domów dziecka?

M.O.K.: Wiem, jak trudno wychowankom domów dziecka wejść na rynek pracy, bo nie umieją robić pewnych rzeczy. Zaczęłam ten problem zgłębiać i okazało się, że zaniedbania są na każdym poziomie funkcjonowania tych placówek. Dostawałyśmy liczne sygnały, że pomoc jest potrzebna.

Jak w praktyce wygląda i będzie wyglądać realizacja założeń fundacji?

A.N.: Jesteśmy już całkiem nieźle zorganizowane, współpracujemy z wolontariuszami, którzy chcą pomagać bezinteresownie. Ale bardzo nam potrzebne wsparcie ginekologów, którzy mogliby raz czy dwa razy w miesiącu poświęcić czas dla dziewczynek z domów dziecka, najlepiej *pro bono* lub finansowani przez naszą fundację. Będziemy zbierać informacje, który ginekolog, w jakim mieście byłby skłonny pomagać. Potem skontaktujemy ich z domami dziecka, aby dziewczynki mogły odbyć wizytę ginekologiczną. Myślimy też o współpracy ze stomatologami. Wolontariusze pomagają nam np. w opracowywaniu materiałów edukacyjnych, które wrzucamy na YouTube. To filmy typowo edukacyjne, z animacjami, dotyczące anatomii, podstawowych chorób, tego, co badać, jak się zabezpieczać, o co pytać lekarza.

M.O.K.: Lekarz powinien być wyczulony na problemy dojrzewających dziewcząt, poruszać kwestie związane z miesiączką, dopytać, czy ma środki na podpaski. To problem jak góra lodowa. Widać wierzchołek, a na dole jest mnóstwo nieszczęścia. Dziewczyny piszą do nas o ubóstwie, o tym, że nigdy nie były u ginekologa.

A.N.: Istnieje mnóstwo mitów, z którymi należy się rozprawić, oraz tematów tabu. Edukacja to podstawa i na niej na początek się skupiamy. Najbardziej nam teraz zależy, by dotrzeć do lekarzy, nie tylko ginekologów. By dziewczynki mogły np. porozmawiać z lekarzem rodzinnym, by pewne zagadnienia im wytłumaczył, wykazał się cierpliwością i zrozumieniem. To trudne rozmowy. Lekarze mogą się do nas zgłaszać e-mailowo i telefonicznie. Zachęcamy do kontaktu, szczegóły ustalimy (kontakt@fundacjajeszcze.pl).

M.O.K.: Pytania, jakie trafiają na Instagramie do Agnieszki jako lekarza, świadczą, jak niska jest świadomość zdrowotna młodych kobiet. To pytania o podstawowe sprawy, np. czy myć się w czasie miesiączki. Fundacja chce pomagać w całej Polsce. Poza Warszawą, w małych miejscowościach, jest większy problem z dostępem do lekarzy, ale też są miejsca, gdzie już samo pójście do lekarza jest wstydliwe. A co dopiero rozmowa z nim!

> To problem jak góra lodowa. Widać wierzchołek, a na dole jest mnóstwo nieszczęścia. Dziewczyny piszą do nas o ubóstwie, o tym, że nigdy nie były u ginekologa. (...) Istnieje mnóstwo mitów, z którymi należy się rozprawić, oraz tematów tabu.

A.N.: Przykładów niewiedzy mamy mnóstwo. Dziewczyny wkładają podpaski klejącą stroną nie do bielizny, tylko do ciała. Nie wiedzą, że trzeba się podcierać od przodu do tyłu, bo nikt z nimi na ten temat nie rozmawiał. Stosują gazety, notorycznie noszą wkładki higieniczne albo nie stosują wody i żelu w czasie miesiączki, bo słyszały, że to szkodzi… Pojawiały się też oczywiście pytania o stosunek przerywany jako metodę antykoncepcyjną, o… skakanie z szafy jako sposób na przerwanie ciąży. Bywa, że dziewczyny nie leczą zębów w ciąży, przekonane, że w ciąży się tego nie robi.

Wydaje się, że dzisiaj łatwo zdobyć informacje. Jest przecież Internet, media społecznościowe, mówi się i pisze niemal o wszystkim.

A.N.: Często matki nie rozmawiają z córkami, ufają, że ich pociechy dowiedziały się wszystkiego z Internetu lub w szkole. Świadomość występowania wielu problemów jest wbrew pozorom bardzo niska. Wydaje mi się, że ja byłam bardziej świadoma w wieku 18 lat niż dzisiejsze osiemnastolatki, bo mnie po prostu ktoś tę wiedzę przekazał. Im takiej wiedzy nikt nie przekazuje, są pozostawione same sobie. I nie dotyczy to tylko dziewcząt z tzw. zaniedbanych domów, często pochodzą z wykształconych rodzin. Ale w tych rodzinach z dzieckiem się nie rozmawia. Owszem, kupuje się nowego iPada, ale nikt z dziewczyną nie rozmawia – ani mama, ani tata. Dużo jest do zrobienia nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Widzimy ogromny odzew po publikacji naszych materiałów. Wiele kobiet, nie tylko młodych, ale także w średnim wieku, przyznaje, że o czymś nie wiedziało, nie zdawało sobie sprawy. Zaprosiłyśmy do współpracy autorytety z różnych dziedzin. Zależy nam, by goście bardzo prosto i ciekawie mówili o zdrowiu. Chcemy stworzyć encyklopedię „Moje ciało" na YouTube.

Spotykają się panie z hejtem?

M.O.K.: Tak, ale zdecydowanie więcej jest pozytywnych reakcji i dobrego odbioru. Problem leży w światopoglądzie. Agnieszka mówi o seksie, o miesiączkach, co czytelniczki niekiedy komentują, że jest zbereźna i mówi o brzydkich, złych rzeczach. Pytają, czy zdaje sobie sprawę, że dziewczynki ją oglądają. Okres, miesiączka – takie słowa są wypowiadane z drżeniem...

Czy lekarze już zgłaszają się do współpracy?

M.O.K.: Tak. Sporo położnych się zgłosiło, sporo lekarzy, studentów medycyny. Chciałybyśmy, by tych osób było o wiele więcej. Chciałybyśmy też, żeby pierwsza wizyta dla dziewcząt nie była traumą. ■

Fot. archiwum

Głowy i szyje na głowach lekarzy dentystów

W ramach zacieśnienia współpracy między OIL w Warszawie a Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym Komisja ds. Lekarzy Dentystów zachęca do uczestnictwa w kursie online dotyczącym nowotworów głowy i szyi, a także do kierowania pacjentów dentystycznych z podejrzeniami nowotworów na szybką ścieżkę konsultacji onkologicznej. O tych przedsięwzięciach mówi kierownik Poradni Pomocy Palącym w Instytucie Onkologii w Warszawie **Magdalena Cedzyńska** w rozmowie z wiceprezesem ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów dr. n. med. Dariuszem Paluszkiem.

Jaką wagę w leczeniu nowotworów ma współpraca onkologów z lekarzami dentystami?

Rola lekarza dentysty w tej kwestii jest nieoceniona. Niestety, współpraca onkologów ze stomatologami dotąd nie była sformalizowana. Tymczasem wielu dentystów pracuje w małych gabinetach i właściwie nie mają pojęcia, gdzie kierować pacjenta, jeśli zauważą potencjalnie nowotworowe zmiany w obrębie głowy i szyi. A przecież jeśli zmiana jest widoczna w jamie ustnej, właśnie stomatolog najprędzej ją dostrzeże. Dlatego tak ważne jest, aby w ogóle rozpocząć współpracę. Szczególnie, że nowotwory głowy i szyi to problem narastający.

Czy wiadomo, jaki jest udział wśród osób ze zdiagnozowanymi nowotworami głowy lub szyi pacjentów, którzy trafili do onkologa za pośrednictwem stomatologa?

Tego nie wiemy, ale sądzimy, że uda się to obliczyć dzięki programowi profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi „Nie trać głowy", prowadzonemu przez Narodowy Instytut Onkologii, współfinansowanemu przez UE ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. Przygotowując go, pomyśleliśmy także o lekarzach dentystach. Pozyskanie wspomnianych danych może służyć nie tylko instytutowi, ale także chociażby MZ do wyznaczenia kolejnych pól współpracy z dentystami. Nawiązanie współpracy z OIL w Warszawie jest zresztą jednym z pierwszych akordów procesu włączania dentystów do naszego programu. Nieco wcześniejszym było stworzenie dla nich kursu online, który dzięki Komisji ds. Lekarzy Dentystów uda się, mamy nadzieję, rozpropagować.

Na ów kurs można się zarejestrować, korzystając ze strony nietracglowy.coi.pl oraz przez witrynę internetową naszej izby, do czego zachęcamy, bo umożliwi nam to analizę statystyczną zainteresowania szkoleniem lekarzy dentystów z OIL w Warszawie. Co znajduje się w programie kursu?

Kurs obejmuje metody diagnostyczne, leczenie, ale również problemy rehabilitacji pacjentów, ponieważ nowotwory głowy i szyi są zwykle mocno okaleczające. Pacjenci z dnia na dzień zaczynają zupełnie inaczej funkcjonować niż przed leczeniem. Rehabilitacja wiąże się często z przywróceniem funkcji mówienia, zdolności jedzenia. Podczas kursu wyjaśniamy lekarzom, jak opiekować się pacjentami w trakcie rehabilitacji. Nie może oczywiście zabraknąć szkolenia z zakresu informowania o czynnikach ryzyka. Zdecydowana większość nowotworów, o których mówimy, to nowotwory płaskonabłonkowe, a ich etiologię znamy doskonale. Wiemy, że palenie tytoniu i spożywanie wysokoprocentowych alkoholi jest główną przyczyną ich występowania. Szczególnie niebezpieczne jest połączenie tych używek, bo kancerogenne skutki konsumpcji się nie sumują, ale wręcz multiplikują. Wiadomo, że lekarzom nieraz trudno rozmawiać z pacjentami o paleniu, bo przyjmują postawę obronną, a nałóg traktują jak sprawę osobistą, która nie powinna interesować medyka. Ale naszym zdaniem lekarz dentysta ma wręcz obowiązek mówić nie tylko o chorobach zębów czy przyzębia związanych z paleniem, ale także o nowotworach. Chcielibyśmy, by w rozmowie stomatologa z pacjentem pojawiał się temat wirusa HPV, który również jest przyczyną nowotworów głowy i szyi.

Poza tym położymy nacisk na edukacyjny charakter wizyty u dentysty. W końcu podczas zabiegu pacjent nie może mówić, zatem lekarz ma pełne pole do popisu. To świetny moment na informowanie o czynnikach ryzyka, na instruowanie, gdzie szukać pomocy w leczeniu uzależnienia od tytoniu, wyjaśnianie, że są leki wspomagające ten proces, o czym pewnie nie każdy dentysta wie, dlatego i o tym będziemy mówić na kursie. Podczas szkolenia podkreślimy wagę formy komunikacji – jak mówić, żeby do pacjenta trafić, a nie spowodować, że się zamknie na nasze argumenty.

Kurs kończy się egzaminem?

Tak. Każdy lekarz ma dwa podejścia do egzaminu. Natomiast ukończenie kursu z pozytywnym wynikiem zapewnia aż 32 punkty edukacyjne i certyfikat, co będzie mam nadzieję sporą zachętą. Oferujemy też lekarzom dentystom osobny kurs instruktażu rzucenia palenia, realizowany w ramach Narodowego Programu Zdrowia. W przypadku lekarzy dentystów nie chodzi oczywiście o to, by podejmowali kompleksowe leczenie uzależnienia, ale by byli przygotowani do przeprowadzenia minimalnej interwencji lekarskiej. Podczas kursu poruszamy szerokie spektrum tematów – od epidemiologii palenia, toksykologii dymu tytoniowego przez diagnostykę zespołu uzależnienia po leczenie. Szkolenie składa się z dwóch części – teoretycznej i warsztatowej, podczas której kursanci ustalają strategię komunikacji z hipotetycznym pacjentem.

Nowością dla lekarzy dentystów, którą zrodziła współpraca izby z instytutem, jest szybka ścieżka onkologiczna dla pacjentów, u których dentyści zaobserwowali niepokojące zmiany i podejrzewają nowotwór. Na czym ona polega?

Przede wszystkim należy zaznaczyć, że ta szybka ścieżka nie ma nic wspólnego z tą, która związana jest z kartą DiLO. Jeśli lekarz dentysta zaobserwuje niepokojącą zmianę, może pacjenta w ramach programu „Nie trać głowy" wysłać bezpośrednio do onkologa. Nie jest potrzebne skierowanie. Wystarczy podać pacjentowi numer do tzw. opiekuna pacjenta w NIO (573 498 657). Lekarz nie musi mieć kontraktu z NFZ, a pacjent na tym etapie nie musi być ubezpieczony. Maksymalny czas oczekiwania na konsultację onkologiczną umówioną przez owego opiekuna wynosi trzy tygodnie. Zwykle podczas konsultacji wykonujemy fiberoskopię. Jeśli rzeczywiście zmiana okazuje się podejrzana, w ramach tego programu (bezpłatnego i niezależnego od finansowania NFZ) prowadzona jest dalsza diagnostyka, np. biopsja. Po konsultacji i badaniach, gdy okaże się, że pacjent ma nowotwór, trafia już na tradycją ścieżkę dla pacjentów Narodowego Instytutu Onkologii finansowaną przez NFZ. Nie musi jednak czekać w kolejkach i nie potrzebuje skierowań. To znacznie skraca czas między zaobserwowaniem niepokojących objawów a rozpoczęciem leczenia. Szczególnie, że zwykle pacjent, nim trafi do centrum onkologii, odbywa średnio osiem wizyt u różnych lekarzy. To czas stracony, który w przypadku nowotworów jest na wagę złota. ■

Zacieśnienie współpracy z Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym

Fot. K. Bartyzel

Współpracę w zakresie działalności dydaktycznej, rozwojowej, naukowej i badawczej oraz wspólne działania na rzecz prewencji pierwotnej nowotworów obejmuje podpisane 12 lutego 2021 r. porozumienie między Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie i Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym.

Działalność samorządowa i naukowa uzupełniają się, więc dzięki porozumieniu łączymy siły, by efektywnie wykorzystywać nasze mocne strony. Przed nami wspólne projekty dotyczące m.in. profilaktyki nowotworowej. Dotychczasowa współpraca gwarantuje, że kolejne realizowane razem przedsięwzięcia przyniosą korzyści i lekarzom, i pacjentom – powiedział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski podczas spotkania, na którym podpisał porozumienie. Z ramienia Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie podpisał je zastępca dyrektora ds. klinicznych prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki.

– Reprezentuję Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, więc cieszę się, że będziemy więcej i ściślej mówić o prewencji pierwotnej nowotworów głowy i szyi oraz wspólnie działać w tym zakresie. Problem jest bowiem bardzo poważny, znamy wiele czynników ryzyka – podkreślił dr n. med. Paweł Koczkodaj.

W imieniu Komisji ds. Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie podpis złożył jej przewodniczący, wiceprezes ORL dr Dariusz Paluszek. – *Mamy dużo planów, które będziemy razem wprowadzać w życie, dotyczących chorób głowy i szyi. Podpisane właśnie porozumienie pozwoli w przyszłości, mam nadzieję, realizować działania wykraczające poza dzisiejsze plany. Chcielibyśmy też poruszyć problem szczepień przeciwko HPV, które naszym zdaniem powinny być podstawą walki z tą chorobą, aby za kilkanaście lat jej zasięg znacznie zmalał.*

W porozumieniu czytamy, że w ramach współpracy NIO-PIB i OIL wyrażają wolę:

– udziału we wspólnych projektach organizowanych przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów, m.in. naukowych, badawczych, rozwojowych, organizacji konferencji i seminariów naukowych poświęconych tematyce prewencji pierwotnej nowotworów oraz zadań i działalności instytutu,
– prowadzenia badań nad jakością życia, kształtowania optymalnych kierunków prewencji pierwotnej nowotworów oraz integracji środowiska, któremu bliskie są problemy zdrowotne osób dotkniętych problemami onkologicznymi,
– inicjowanie i prowadzenie badań naukowych w zakresie prewencji chorób nowotworowych,
– współpracy i nawiązywania kontaktów z osobami i organizacjami działającymi w obszarze onkologii i w dziedzinach pokrewnych,
– doradztwa, konsultacji naukowych dotyczących ryzyka zachorowania, specyfiki objawowej oraz metod leczenia,
– umożliwienia przedstawicielom sygnatariuszy uczestnictwa w konferencjach naukowych z zakresu nauk onkologicznych w celu poszerzania wiedzy w populacji,
– promowania wypracowanych przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów oraz NIO-PIB projektów na rzecz prewencji pierwotnej nowotworów, będących sprawą istotnie wpływającą na prawidłowe funkcjonowanie ochrony zdrowia w aspekcie opieki onkologicznej,
– współpracy przynoszącej realne działania we wspomnianym zakresie, co bezpośrednio wpłynie na poprawę jakości profilaktyki. ■

rj

OIL SPORT
START
PROGRAM STYPENDIALNY
DLA STARTUJĄCYCH SPORTOWCÓW LEKARZY
WIĘCEJ INFORMACJI O DOFINANSOWANIU STARTU:
IZBA-LEKARSKA.PL
W WARSZAWIE

OIL SPORT
EVENT
PROGRAM ORGANIZACJI I DOFINANSOWANIA
IMPREZ SPORTOWYCH, INTEGRACYJNYCH
ORAZ ZAWODÓW
WIĘCEJ INFORMACJI DLA ORGANIZATORÓW:
IZBA-LEKARSKA.PL
W WARSZAWIE

Wypromować sport wśród lekarzy

Usystematyzowanie izbowego wsparcia dla lekarzy uprawiających sport i dotarcie z inicjatywami do jak najszerszej grupy osób – takie cele Komisji ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej uważa za najważniejsze jej przewodniczący. Z **Krzysztofem Hermanem** rozmawia Michał Niepytalski.

Fot. K. Bartyzel

Pandemia wymusiła ograniczenie aktywności sportowej, ale Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie poświęciła ten czas na przygotowania do nowego otwarcia.

Zgadza się, na grudniowym posiedzeniu ORL powołaliśmy do życia trzy programy: OIL Sport Mistrz, OIL Sport Start, OIL Sport Event. Ideą było zreorganizowanie działalności w taki sposób, by poprawić komunikację ze środowiskiem lekarskim. Obawiam się bowiem, że choć komisja działa prężnie, wielu lekarzy nawet nie wie, że ona istnieje. Wymienione programy mają też na celu usystematyzowanie działań naszej komisji, które nieraz miały charakter doraźny.

Zacznijmy więc od programu OIL Sport Start. Na czym będzie polegał?

Jego celem jest dofinansowywanie udziału członków izby w lekarskich zawodach sportowych, zarówno lokalnych, ogólnopolskich, jak i międzynarodowych. Nie jest to pomysł całkiem nowy, ale mamy poczucie, że istnieje szansa, by zachęcić do skorzystania z izbowego wsparcia finansowego większą liczbę osób. Dofinansowanie oferujemy od lat, tylko nie wszyscy o nim wiedzą. W ramach programu OIL Sport Start będziemy je realizować regularnie. Poza tym chcemy nim objąć również starty w zawodach nielekarskich, pod warunkiem, że będą to rozgrywki drużynowe, a drużyna będzie reprezentowała naszą izbę (np. umieści OIL w Warszawie w swej nazwie). Należy podkreślić, że chodzi tylko o dofinansowanie opłaty startowej, nie o koszty transportu ani zakwaterowania.

Komisja Sportu ma na koncie także własne imprezy sportowe. W ubiegłym roku plany pokrzyżowała epidemia. Czy OIL Sport Event ułatwi pokonanie tych trudności?

Program ma umożliwić członkom naszej izby współorganizowanie lub organizowanie zawodów sportowych albo imprez integracyjnych. Angażowaliśmy się już wcześniej w analogiczne działania, np. gdy jeden z lekarzy zgłosił się do nas z prośbą o pomoc w organizacji turnieju tenisowego. Program OIL Sport Event jest

więc próbą ustalenia jasnej, ogólnie znanej strategii działania w celu zaspokojenia potrzeb członków izby sygnalizowanych nam przez lekarzy. Jeśli ktoś, zgodnie z nowymi zasadami, zwróci się do nas o pomoc, na pewno ją otrzyma. Nie tylko finansową, także organizacyjną, bo doświadczenie, które zdobyliśmy, organizując liczne spotkania, stanowi dodatkowy kapitał, którym chcemy się dzielić z lekarzami. Częścią programu OIL Sport Event będą zresztą także nasze izbowe przedsięwzięcia, m.in. piknik rowerowy, zimowy kulig, do których wrócimy, jak tylko sytuacja epidemiczna pozwoli. Chciałbym też, żeby dzięki temu programowi udało się wzmocnić działalność sekcji sportowych. Mam nadzieję, że to pozwoli zdecydowanie wzbogacić kalendarz imprez izbowych.

Dla kogo przeznaczony jest trzeci program – OIL Sport Mistrz?

Tym programem chcielibyśmy nagrodzić najlepszych sportowców – członków naszej izby. Wśród nich są naprawdę świetni zawodnicy, reprezentujący poziom sportowy niewiele odbiegający od poziomu zawodowców. Mówimy tu o osobach, które startują w zawodach lekarskich rangi krajowej, a nawet światowej, i odnoszą sukcesy. Laureatom rozgrywek takiej rangi izba przyzna jednorazową nagrodę w wysokości 2 tys. zł. Kwota może być przeznaczona na dowolny cel. OIL Sport Mistrz będzie służyć nie tylko bezpośredniemu wsparciu finansowemu tych zawodników, ale także wypromowaniu ich jako reprezentantów naszej izby, pokazaniu, że w gronie lekarzy mamy znakomitych sportowców.

> Dofinansowanie oferujemy od lat, tylko nie wszyscy o nim wiedzą.

Kiedy Komisja ds. Sportu rozpocznie przedsięwzięcia, o których mówiliśmy?

W pewnym zakresie udaje nam się niektóre inicjatywy realizować mimo pandemii. W 2020 r. już po raz drugi wystawiliśmy drużynę OIL w Warszawie w biegu przełajowym Runmageddon, który cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem. Niestety, epidemia trwa, więc moment na uruchomienie trzech nowych programów wciąż nie jest najlepszy, ale mamy nadzieję, że uda się to wiosną. Liczymy też, że warunki pozwolą na kontynuację naszych wcześniejszych przedsięwzięć, np. sportowych niedziel. Dzięki wynajęciu sali sportowej w Wojskowej Akademii Technicznej zapewniliśmy kolegom przynajmniej raz w tygodniu „ucieczkę" w sport przed codzienną ciężką pracą. Po pandemii zamierzamy wrócić do pomysłu, nie wiemy jeszcze tylko, czy w tym samym miejscu. Zapraszać będziemy lekarzy nawet z rodzinami. W ogóle mamy taką wizję działania Komisji ds. Sportu, żeby wszystkie nasze przedsięwzięcia były adresowane do jak najszerszej grupy osób. ■

Fot. licencja Artmedia Partners

Leczenie „szyte na miarę”

Medycyna personalizowana umożliwia dostosowanie leczenia do potrzeb konkretnego pacjenta i charakteru choroby. Przykładowo w onkologii identyfikujemy unikalne cechy genetyczne nowotworu, które poddają się leczeniu. Zatem medycyna personalizowana to nie tylko przyszłość, ale całkiem realna teraźniejszość. Już teraz oznaczenie biomarkerów, najczęściej specyficznych dla danego schorzenia, pozwala optymalizować leczenie, dobrać najskuteczniejsze leki. Zalety medycyny personalizowanej i trudności związane z jej wykorzystaniem w praktyce przedstawia prof. dr hab. n. med. **Joanna Chorostowska-Wynimko** z Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

Wiele osób uważa medycynę personalizowaną za pieśń przyszłości. Jak jest w rzeczywistości?

Medycyna personalizowana funkcjonuje w naszym systemie ochrony zdrowia od dłuższego czasu. Najszerzej wykorzystujemy ją w onkologii. Zdecydowana większość innowacyjnych terapii przeciwnowotworowych ma charakter personalizowany i jest stosowana w bardzo szczegółowo zdefiniowanych podgrupach chorych. Decyzję o podjęciu leczenia poprzedza precyzyjna identyfikacja biomarkera, czyli określonych cech komórki nowotworowej. Najczęściej taka analiza odbywa się na poziomie genu i realizowana jest technikami biologii molekularnej. W ten sposób próbujemy, często skutecznie, zidentyfikować optymalną strategię leczenia konkretnego nowotworu u konkretnego chorego. Terapie personalizowane w onkologii pozwalają na precyzyjne działanie ukierunkowane na komórki nowotworowe, z ochroną zdrowych narządów pacjenta. Polska medycyna ma w tym zakresie już wieloletnie doświadczenie, które potwierdza skuteczność zindywidualizowanego leczenia nowotworów. Warto podkreślić, że jest to leczenie refundo-

> Medycyna personalizowana rozwija się na tyle dynamicznie, że w nieodległej przyszłości nawet co drugi chory na zaawansowaną postać niedrobnokomórkowego raka płuc będzie miał szansę na objęcie nowoczesnym leczeniem.

wane w ramach programów lekowych Ministerstwa Zdrowia.

Jakie typy nowotworów udaje się leczyć wspomnianymi metodami?

Doskonałym przykładem jest rak piersi, który był *de facto* jednym z pierwszych nowotworów, w leczeniu których wykorzystano terapię personalizowaną. Wskaźnikiem pozwalającym oceniać przełomowe znaczenie takiego podejścia do leczenia jest radykalnie dłuższy czas życia chorych na raka piersi odnotowywany od lat. Równie spektakularne skutki uzyskujemy dzięki personalizowanemu leczeniu raka płuc. Jeszcze 15–20 lat temu dysponowaliśmy bardzo skromnymi możliwościami leczenia systemowego. Wprowadzenie do rutynowego postępowania klinicznego diagnostyki molekularnej i terapii ukierunkowanych molekularnie oraz inhibitorów punktów kontroli odpowiedzi immunologicznej, potocznie nazywanych immunoterapią, radykalnie zmieniło sytuację. Po raz pierwszy pojawiło się pojęcie raka płuca jako choroby przewlekłej. Należy jednak podkreślić, że jest to leczenie przeznaczone dla pacjentów z chorobą zaawansowaną miejscowo lub uogólnioną i wykorzystywane tylko w przypadku części chorych. Zastosowanie nowoczesnego leczenia w pierwszej linii jest ściśle limitowane pozytywną identyfikacją biomarkera.

Równocześnie jednak szybki postęp w tym zakresie powoduje, że z roku na rok zwiększa się liczba potencjalnych celów terapeutycznych i nowoczesnych leków, a więc i chorych, u których można zastosować personalizację leczenia. W ostatnich wytycznych amerykańskich wskazuje się konieczność obligatoryjnej oceny aż ośmiu biomarkerów. Więcej, zaleca się rozszerzenie diagnostyki na chorych na raka płaskonabłonkowego płuca, a nie tylko – jak do niedawna – na raka niedrobnokomórkowego niepłaskonabłonkowego. Trwają też próby wykorzystania nowoczesnych terapii w leczeniu raka drobnokomórkowego płuca oraz śródbłoniaka opłucnej. Medycyna personalizowana rozwija się na tyle dynamicznie, że w nieodległej przyszłości nawet co drugi chory na zaawansowaną postać niedrobnokomórkowego raka płuc będzie miał szansę na objęcie nowoczesnym leczeniem.

Czy medycyna personalizowana pozwala na całkowite wyleczenie zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca?

Leczenie personalizowane w obecnej formie ma charakter paliatywny, stosuje się je wyłącznie w zaawansowanej postaci choroby, a jego celem jest wydłużenie życia pacjenta i zachowanie dobrej jakości życia. Nowoczesne terapie są prowadzone w ramach opieki ambulatoryjnej, znacznie lepiej tolerowane niż chemioterapia i wielu chorym pozwalają prowadzić pełne, aktywne życie zawodowe i społeczne. Coraz szerzej stosowane są również sekwencje terapii ukierunkowanych molekularnie w kolejnych liniach leczenia; takie leczenie może trwać wiele lat. Przypominam w tym miejscu pojęcie raka płuca jako choroby przewlekłej, nawet w postaci zaawansowanej.

Rozumiem, że nauka daje coraz większe możliwości, polityka lekowa państwa też. Czy jednak udaje się wyłuskać wszystkich pacjentów, którzy mogliby zostać objęci terapią personalizowaną?

Mimo wielu bardzo pozytywnych zmian, wąskie gardło systemu nadal stanowi diagnostyka molekularna, ocena biomarkerów, a więc identyfikacja kandydatów do zoptymalizowanej formy leczenia. Diagnostyczne badania molekularne w onkologii są od kilku lat refundowane przez NFZ, z dostępnością nie ma więc problemu. Niekiedy brakuje natomiast wiedzy i umiejętności stosowania narzędzi rozliczeniowych, co (trzeba to przyznać) nie jest łatwe.

Duży problem stanowi również brak sprawnej organizacji procesu diagnostycznego. Długi czas oczekiwania na wynik badania patomorfologicznego, kontraktowanie oceny poszczególnych biomarkerów w różnych laboratoriach – rozwiązanie bardzo kosztowne, czasochłonne, niezgodne ze standardami polskimi i międzynarodowymi, brak weryfikacji jakości poszczególnych procedur diagnostycznych i wiele innych zjawisk powoduje, że możliwości systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie są w pełni wykorzystywane. Do tego należy dodać kluczowy problem, jakim jest słaba koordynacja, zbyt mały kontakt między poszczególnymi jednostkami odpowiedzialnymi za diagnostykę i za leczenie chorych na raka płuca. A czas płynie i powstają dylematy, czy czekać na wyniki badań, które mogą, ale nie muszą pozwolić na wdrożenie skuteczniejszej i mniej inwazyjnej metody leczenia, czy na wszelki wypadek zacząć np. chemioterapię. Niewielką pociechą jest fakt, że z takimi problemami borykamy się nie tylko w Polsce. ■

Idea medycyny personalizowanej opiera się na zastosowaniu kryteriów molekularnych do doboru właściwej strategii terapeutycznej dla właściwego pacjenta we właściwym czasie i na określeniu molekularnych predyspozycji do konkretnej choroby u konkretnej osoby, w celu podjęcia właściwych działań prewencyjnych we właściwym czasie. Dynamiczny rozwój tego nowego podejścia terapeutycznego jest bezpośrednio związany ze skokowym postępem badań nad genetyką człowieka w ostatniej dekadzie. Zastosowanie kryteriów molekularnych umożliwia podział pacjentów na podgrupy – podobne pod względem charakterystyki genetycznej – w ramach jednej jednostki chorobowej. Medycyna personalizowana oznacza więc więcej metod leczenia dostosowanych do indywidualnych cech pacjenta i jego choroby. Chodzi o dobranie terapii określonej choroby do konkretnego pacjenta. Wiedząc, na co jest chory i czym go leczyć, w zależności od uwarunkowań genetycznych możemy to leczenie zmodyfikować, zmieniając np. lek lub jego dawkę w oparciu o profil molekularny danego pacjenta. W ten sposób eliminowany jest dobór leczenia metodą prób i błędów. Ewolucyjnie następuje zmiana paradygmatu z leczenia jednym rodzajem terapii całej populacji (*one size fits all*) na leczenie personalizowane.

Źródło:
Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej

Fot. Dział Fotomedyczny WUM

Trzy narządy w jednym zespole

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego grupuje chirurgów różnych specjalności, co w znacznym stopniu rozszerza wachlarz możliwości leczniczych i przyczynia się do osiągania niezaprzeczalnych sukcesów. Działanie pod jednym dachem ma zatem wiele zalet, nawet jeśli ten dach przecieka. O pracy jednostki opowiada zastępca kierownika kliniki, a jednocześnie prorektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ds. klinicznych i inwestycji prof. dr hab. n. med. **Wojciech Lisik** – chirurg ogólny, onkologiczny, transplantolog kliniczny i bariatra w jednym, w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

Co wyróżnia pańską klinikę na tle innych krajowych placówek?

Klinika, w której pracuję, jest wyjątkowym ośrodkiem w skali kraju, a nawet Europy, ponieważ łączymy transplantologię, chirurgię ogólną i onkologiczną oraz chirurgię metaboliczną. Ratujemy życie chorych z krańcową niewydolnością wątroby i nerek, a przeszczepienie trzustki pozwala na leczenie cukrzycy pierwszego typu i powikłań przez nią wywołanych, natomiast operacyjne leczeniem otyłości uwalnia pacjentów od cukrzycy typu drugiego. Jesteśmy aktualnie jedynym w Polsce aktywnym ośrodkiem, który przeszczepia trzy różne narządy w jednym zespole – nerki, wątroby i trzustki. Czasami jednemu choremu przeszczepiamy więcej niż jeden narząd naraz. Dwa lata temu razem z zespołem kardiochirurgicznym wykonaliśmy transplantację serca i nerki. Byliśmy też zaangażowani w przygotowanie się zespołu WUM i Instytutu Kardiologii do jednoczesnego przeszczepienia serca i wątroby.

Kompleksowość z pewnością poprawia efekty procedur medycznych. A w jaki sposób poprawiacie jakość organów?

Szukamy pomysłów. Przede wszystkim możemy poprawiać jakość narządów już pobranych do transplantacji. Wykorzystujemy do tego pompy perfuzyjne. W dziedzinie poprawy jakości nerek za pomocą tej aparatury jesteśmy pionierami w kraju. Niedawno dzięki aktywności Fundacji Rozwoju Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wzbogaciliśmy się o analogiczne urządzenie do prezerwacji wątroby.

Fot. licencja Artmedia Partners

Z drugiej strony w przypadku nerek możemy szukać lepszych dawców, czyli żyjących. Pozytywnym zjawiskiem jest to, że mimo wstrzymania wielu procedur medycznych nadal dokonujemy najwięcej w Polsce przeszczepień nerek od żywych osób. Co więcej, nasz udział w takich transplantacjach wzrósł z 20 proc. w roku 2019 w skali kraju do jednej trzeciej w 2020. Pokazuje to, że nawet rozmaite restrykcje związane z czasami pandemii nie zatrzymały realizacji programu. Przyczynił się do tego m.in. udział zespołu kliniki w akcjach promujących takie zabiegi. Planując przeszczepienie nerki od dawcy żyjącego, możemy np. wybrać taki moment operacji, kiedy pacjent jest w najlepszej kondycji i zaangażować do niego maksymalnie dobrany zespół medyczny. Tak zorganizowana operacja odbywa się w dzień, a nie jak w przypadku przeszczepienia od zmarłych dawców w godzinach wieczornych lub nocnych. Poza tym narządy od żywych dawców działają dłużej niż pobierane od zmarłych. Niestety, obecnie wciąż w 95 proc. przeszczepień nerek w Polsce wykorzystuje się narządy od osób zmarłych, a tylko 5 proc. od dawców żyjących. Chcielibyśmy ten odsetek zwiększyć przynajmniej do 15 proc. Namawiamy chorych z niewydolnością nerek, by rozmawiali ze swoimi rodzinami, a także nefrologów, by w kontaktach z bliskimi pacjentów poruszali ten temat. To oczywiście sprawa bardzo delikatna, bo wiadomo, że jakakolwiek odmowa w relacjach rodzinnych ma znacznie poważniejszy ładunek emocjonalny niż w relacjach między osobami niespokrewnionymi. Dlatego akcje promocji dawstwa nerek muszą być niezwykle wyważone. Należy subtelnie odwoływać się do uczuć wyższych, ale tak, by nie stwarzać wrażenia szantażu emocjonalnego. Można powiedzieć, że nie namawiamy, ale przede wszystkim zwiększamy świadomość. Po pierwsze należy podkreślać, że w przypadku niewydolności nerek transplantacja jest lepszą alternatywą dializ, choć niewykorzystywaną optymalnie, bo liczba osób w kolejce do transplantacji jest znacznie mniejsza niż liczba osób dializowanych. A po drugie, że transplantacje od żyjących dawców także są możliwe. Służyło temu chociażby nagłośnienie przypadku przeszczepienia, które zespół kliniki wykonał w czasie, gdy obchodziliśmy 55. rocznicę pierwszej transplantacji nerki przeprowadzonej w Polsce. Zresztą transplantacji wykonanej w tym samym budynku przez naszych nauczycieli chirurgii.

Czy szukanie żyjących dawców nie wiąże się z niebezpieczeństwem handlu organami?

Najłatwiej jest oczywiście, gdy mamy do czynienia z przeszczepieniami w gronie rodziny. Związek genetyczny (rodzice, rodzeństwo) nie budzi wątpliwości, choć już w przypadku małżeństwa należy sprawdzić, czy nie jest ono fikcyjne, zawarte w związku z zabiegiem. W przypadku przyjaciół sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana – przyjaźń trzeba udowodnić. Takie rzeczy sprawdza i wydaje zgodę sąd.

Czy programy transplantacji innych organów w państwa klinice także przynoszą sukcesy?

Jesteśmy jednym z najbardziej aktywnych ośrodków transplantacyjnych w kraju. Nasz program przeszczepiania trzustki ma najlepsze wyniki w Europie. Pięć lat temu, bazując na własnych doświadczeniach pracy w ośrodkach zagranicznych i zbierając doświadczenia kliniki, stworzyłem autorski program przeszczepienia tego narządu. Po jego wprowadzeniu nie straciliśmy żadnego chorego, co jest ewenementem w skali wszystkich ośrodków transplantacyjnych. Wśród biorców trzustki z cukrzycą typu pierwszego, czyli niewytwarzających insuliny, żaden po transplantacji nie wymagał dalszego podawania tego hormonu, co poczytuję za nasz absolutny sukces. Podobnie jak stuprocentową przeżywalność pacjentów, u których zastosowaliśmy procedurę ALLPS w leczeniu wątroby w przypadku istniejących w jej obrębie zmian wymagających resekcji. Procedura ta w uproszczeniu polega na pobudzeniu do regeneracji zdrowej części organu przed przeprowadzeniem całkowitej resekcji jego chorego fragmentu.

Do sukcesów zaliczyłbym zastosowanie opatrunków biologicznych dla chorych z *epidermolysis bullosa*, czyli pęcherzowym oddzielaniem się naskórka. Opracowaliśmy specjalny skafold, na którym osadza się komórki macierzyste, dzięki czemu wygajamy niegojące się rany. Efekty tego wyjątkowego w skali świata rozwiązania zostały opisane w zeszłorocznej publikacji naukowej.

To tylko niektóre z naszych osiągnięć, a podkreślam, że działamy w trudnych warunkach lokalowych, z przeciekającym dachem, z dwiema łazienkami na 30 chorych. Oddział jest niedoinwestowany, wciąż czekamy na subwencję ministra zdrowia i decyzję premiera o rewitalizacji kampusu. ■

#SPRAWDZAM

Na co wystarczy pieniędzy?

MAŁGORZATA SOLECKA

Ministerstwo Zdrowia z partnerami społecznymi – aczkolwiek tylko tymi „reprezentatywnymi", w każdym razie tylko tacy mają prawo głosu – pracuje nad nowym rozwiązaniem problemu wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Czym te prace się zakończą, okaże się prawdopodobnie dopiero w marcu, ale czym się nie zakończą, wiadomo już teraz: nie będzie jakościowej zmiany w wynagrodzeniach w ochronie zdrowia.

Zapowiedzi były odważne: prace zespołu, w którym resort zdrowia reprezentuje wiceminister Maciej Miłkowski, miały zakończyć się przed marcem. Jednak już po pierwszym merytorycznym spotkaniu stało się jasne, że dotrzymanie terminu będzie trudne, wręcz niemożliwe.

Również dlatego, że o ile przedstawiciele pracowników chcą rozmawiać przede wszystkim o perspektywach realnego i odczuwalnego, żeby nie powiedzieć skokowego, wzrostu płac, o tyle strona rządowa za cel podstawowy stawia sobie uporządkowanie systemu wynagrodzeń, co oznacza przede wszystkim likwidację dodatków, jakie NFZ na podstawie OWU przesyła do placówek. Te dodatkowe strumienie – zdaniem ekspertów, urzędników NFZ i dyrektorów szpitali – zaburzają proces zarządzania finansami i na poziomie płatnika, i na poziomie szpitali. Osobno wynegocjowane – przez pielęgniarki, potem przez lekarzy i ratowników – dodatki powinny być włączone do wynagrodzeń, a te powinny być dobrze ujęte w taryfikacji świadczeń. I to właśnie zamierza osiągnąć Ministerstwo Zdrowia.

Po stronie społecznej nie ma w tej sprawie jednomyślności. Pracownicy obawiają się, że „uporządkowanie" odbije się na wysokości wynagrodzeń i *de facto* nie tylko nie wywalczą żadnych podwyżek, ale zgadzając się na likwidację dodatków, doprowadzą do obniżenia zarobków. Pracodawcy przychylają się do tej opinii, bo choć sami wielokrotnie wskazywali wady rozwiązania opartego na wypłatach dodatków, zgadzają się, że czas pandemii – skutkujący znacznie większym obciążeniem pracą i tak przepracowanych medyków – nie jest najlepszy do „porządkowania", a już na pewno bez gwarancji, że żaden z pracowników nie odczuje negatywnych skutków tych porządków.

A co ze wzrostem wynagrodzeń? Ministerstwo Zdrowia w swojej wstępnej propozycji założyło, że większego, niż wynikający z obecnego kształtu ustawy o wynagrodzeniach minimalnych pracowników ochrony zdrowia… nie będzie. Ani w tym, ani w przyszłym roku. Resort zaproponował bowiem zamrożenie obecnie obowiązujących wskaźników, więc jedynym „uzyskiem" dla pracowników byłoby osiągnięcie 100 proc. kwoty bazowej (w grudniu 2021 r.). Resort przedstawił również „mapę drogową" dojścia do wyższych wskaźników, rozpisaną do 2027.

Zamrożenie współczynników ma wynikać z przewidywanego spadku dochodów NFZ, powiązanego z pandemiczną obniżką PKB. Ministerstwo zakłada, że od 2023 r. sytuacja finansów w ochronie zdrowia zacznie się poprawiać i rysuje perspektywę przeznaczenia połowy prognozowanego wzrostu przychodów wynikających z ustawy 6 proc. PKB na zdrowie na wzrost wynagrodzeń. Minister zdrowia Adam Niedzielski podczas wstępnych rozmów ze stroną społeczną zasugerował również, że podejmie walkę o przyspieszenie tempa dochodzenia do 6 proc. PKB na zdrowie, a nawet podwyższenia tego progu do 7 proc. W rządzie coraz częściej mówi się również o możliwym (prawdopodobnym) wzroście składki zdrowotnej. Lub jej „uporządkowaniu", czyli podwyżce obciążeń składkowych dla tych, którzy w tej chwili płacą minimalne, wynikające z przepisów, składki.

Dla lekarzy kluczowe informacje są dwie: po pierwsze, ministerstwo nie widzi żadnej możliwości spełnienia postulatu trzech średnich krajowych jako wynagrodzenia zasadniczego lekarza specjalisty (i tym samym adekwatnie niższych wskaźników dla pozostałych grup lekarskich). Po drugie, proponuje, by za sześć lat wskaźnik dla lekarzy specjalistów wynosił 1,75 (lub w innej wersji – 1,96) kwoty bazowej, czyli przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce za rok poprzedni. Gdyby ten wskaźnik zastosować dziś, minimalne wynagrodzenie lekarza specjalisty wynosiłoby około 9,2 tys. zł (lub 10,3 tys. zł).

A jak jest w tej chwili? Resort podczas rozmów przedstawił dane dotyczące wynagrodzeń (tylko pracowników etatowych) za styczeń 2021. Oczywiście – średnich, obliczonych na podstawie danych przekazanych przez szpitale. Wysokość wynagrodzenia brutto lekarzy specjalistów wyniosła 7,1 tys. zł, wysokość wynagrodzenia brutto z dodatkami innymi niż za dyżur – 9,6 tys. zł, a całość wynagrodzenia, łącznie z godzinami dyżurowymi – ponad 13,6 tys. zł. W przypadku specjalistów z „jedynką" było to odpowiednio: 6,8 tys. zł, 8,7 tys. zł oraz 10,8 tys. zł, a w przypadku lekarzy bez specjalizacji (ale z wyłączeniem rezydentów i stażystów, których Ministerstwo Zdrowia w ogóle nie uwzględniło w swojej prezentacji) – 5,1 tys., 6,3 tys. i 8,6 tys. zł. ■

#W_ETERZE

Niezmiennie zdrowie pozostaje jednym z najważniejszych tematów w mediach, więc bardzo często w kluczowych sprawach, za pośrednictwem naszej izby, wybrzmiewa głos lekarzy. Przedstawiciele OIL w Warszawie zapraszani są do dyskusji w telewizji, radiu, odpowiadają na pytania dziennikarzy z prasy codziennej, tygodników, portali internetowych. W minionych tygodniach dużo mówiło się o szczepieniach, poruszane były też kwestie wynagrodzeń i dodatków dla lekarzy, sytuacji kadrowej, zdrowia psychicznego. Media pisały również o wsparciu i przedsięwzięciach organizowanych przez naszą izbę. Oto skróty części naszych wypowiedzi i fragmenty artykułów nas dotyczących.

Epidemia, szczepienia, zdrowie

❑ *– Wszyscy potrzebujemy odwilży w relacjach społecznych, ale my, lekarze, patrzymy z perspektywy oddziału szpitalnego i pacjentów zakażonych np. na spotkaniach rodzinnych, którzy mówią: nie było warto. To jeszcze nie czas na zupełne odmrożenie* – mówił w programie **Onet Rano** prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski. Odniósł się również m.in. do kwestii dodatków covidowych dla lekarzy: *– Problemem jest niejasność kryteriów, bo co to znaczy „incydentalny kontakt z pacjentem z COVID"? Mam wrażenie, że jest na dyrektorów szpitali wywierana presja: gdy zgłoszą do NFZ mniejszą liczbę takich pracowników, nie muszą obawiać się kontroli.*

❑ Dziennik **„Fakt"** zwrócił się do naszej izby z prośbą o komentarz na temat wstrzymania przez rząd szczepień medyków. Zacytowano wypowiedź lek. Marii Kłosińskiej, koordynatora mediów w OIL w Warszawie: *„Problem dotyczy i pierwszej, i drugiej dawki. Izba pomaga medykom w zapisaniu się na szczepienie. Obecnie czekamy z listą ponad 250 lekarzy na potwierdzenie, czy uda się ich zaszczepić"*.

❑ Rozmowa z prezesem ORL o problemach akcji szczepień medyków odbyła się na antenie **TVN24**. Informowano, że część lekarzy nadal czeka na pierwszą dawkę szczepionki przeciwko COVID-19. *– Czujemy się jak piłkarze, którzy uczestniczyli w meczu, a sędzia przed ostatnim gwizdkiem zabrał piłkę i poszedł na inne boisko* – stwierdził Łukasz Jankowski.

❑ Przykłady problemów ze szczepieniami prezes ORL przywołał w wypowiedzi dla **„Rzeczpospolitej"**: *„Codziennie napływają do nas skargi od lekarzy, którzy nie mogą doczekać się szczepienia. W poniedziałek zgłosił się lekarz, który na szczepienie zapisał się już w grudniu i do dziś nie doczekał się zaproszenia na szczepienie pierwszą dawką, i drugi, który dopiero chciał się zapisać, ale w każdym z punktów szczepień usłyszał, że do końca marca nie ma miejsc"*.

❑ Wypowiedź odnosząca się do zachorowań wśród medyków i wstrzymania szczepień przeciwko COVID-19 w grupie „zero" zawarta została w głównym wydaniu **„Wydarzeń"** w **Polsacie**: *„Lekarze, którzy jeszcze się nie zaszczepili, nie mają szansy dzisiaj się zaszczepić"*.

❑ O innym wątku dotyczącym szczepień, gdzie przywołano naszą izbę, pisała **Polityka Zdrowotna**: *„M.in. do **Okręgowej Izby Lekarskiej** zaczęły napływać pytania o to, czy ewentualne niepowodzenia podczas podawania szczepionki są objęte ochroną ubezpieczeniową. Otóż PZU odpowiedział **OIL w Warszawie**, że czynności związane z podaniem preparatu są objęte ochroną ubezpieczeniową wynikającą z obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia OC, jakie posiada lekarz"*.

❑ W mediach pojawiały się wypowiedzi lekarzy z naszej OIL dotyczące zarówno COVID-19, jak i innych chorób oraz przypadłości. *„Jednym z nietypowych objawów zakażenia koronawirusem jest obrzęk pojawiający się w obrębie dłoni i stóp. Ten mało znany sygnał zakażenia COVID-19 pokazała na Twitterze lekarka Maria Kłosińska. Na zdjęciu widać, jak*

po kilku dniach gorączki zmieniło się ciało nastolatka zakażonego koronawirusem” – napisał portal **mamadu.pl**, który udostępnił wpis lekarki z naszej izby. Wpis opublikowały także **Radiozet.pl** oraz **abcZdrowie.pl**.

Kolejny jej twitt, który cytował m.in. **TOK FM**, dotyczył problemu wśród dzieci i młodzieży obserwowanego przez neurologów: *„W związku z epidemią omdleń i pierwszych incydentów mogących odpowiadać napadom padaczkowym u nastolatków neurolodzy z naszego szpitala zaczęli solidarnie pisać zalecenia: 3x15 min używania urządzeń audiowizualnych oraz 2 godziny przed snem bez komórki/TV”*.

Sytuacja lekarzy, sprawy kadrowe

❑ Media wielokrotnie zwracały się do przedstawicieli OIL w Warszawie z prośbą o skomentowanie kwestii wynagrodzeń dla medyków. *„Wielu specjalistów obawia się, że podwyżka ministra Łukasza Szumowskiego przestanie obowiązywać, a oni będą zarabiać po 4 tys. zł brutto, jak przed 2018 r. Już szukają alternatyw dla pracy w szpitalu, również w sektorze prywatnym. Dlatego resort zdrowia powinien za wszelką cenę wypracować systemowe rozwiązanie, które pozwoli zatrzymać specjalistów w publicznych szpitalach. A publicznym placówkom grozi odpływ nie tylko lekarzy ze specjalizacją, ale też innych członków personelu medycznego – pielęgniarek, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, którzy zaczęli odpowiednio zarabiać wyłącznie dzięki dodatkowi covidowemu. Kiedy pandemia się skończy, a wypłaty dodatku zostaną wstrzymane, wielu z nich może nie chcieć wrócić do dawnych stawek. Odejdzie do sektora prywatnego lub się przebranżowi”* – ostrzegał w rozmowie z **„Rzeczpospolitą”** prezes Łukasz Jankowski. Wypowiedź cytowały **gazeta.pl** oraz **„Fakt”**.

❑ O niedoborach kadrowych wypowiadał się w **Radiu Eska** przewodniczący Delegatury Radomskiej, wiceprezes OIL w Warszawie Mieczysław Szatanek: – *Najbardziej brakuje lekarzy anestezjologów, lekarzy ratownictwa medycznego, ale też lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii. 30–40 proc. personelu medycznego to są ludzie w wieku emerytalnym lub pracujący na emeryturze. Powstała dziura pokoleniowa, która zaczęła się objawiać szczególnie w miejscach obciążonych pracą, m.in. na SOR, w miejscach doraźnej pomocy. Lekarzy wycofano z karetek i skierowano ich na szpitalne oddziały ratunkowe. To jest strasznie ciężka praca, stresogenna. Napór pacjentów jest duży. O skali problemu najlepiej świadczy fakt, że rząd ułatwia podjęcie pracy lekarzom z zagranicy. Ci lekarze nie muszą już spełniać wszystkich kryteriów wykonywania zawodu, daje im się czasowe prawa wykonywania zawodu, żeby te dziury załatać.*

❑ Media informowały o uruchomionym przez OIL w Warszawie Funduszu COVID-19. *„Z funduszu mogą korzystać lekarze i lekarze dentyści będący członkami **Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**, którzy wskutek zakażenia wirusem SARS-CoV-2 byli hospitalizowani i wymagali respiratoterapii bądź wysokoprzepływowej tlenoterapii oraz mający inne ciężkie powikłania w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”*. Artykuły ukazały się w: **Termedia**, **Medexpress**, **podyplomie.pl**.

❑ **Polityka Zdrowotna** opublikowała artykuł o zjawisku mobbingu. W tekście jest mowa o zorganizowanym przez OIL w Warszawie szkoleniu antymobbingowym: *„Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje dla medyków specjalne warsztaty z psychologami i lekarzami, podczas których specjaliści wyjaśniają, jak radzić sobie z presją w szpitalach. Szkolenia cieszą się dużym zainteresowaniem. W 2020 r. do warszawskiej izby wpłynęło 80 skarg na mobbing w szpitalach. – To zjawisko nasiliło się, gdy wiele oddziałów w szpitalach było przekształcanych w covidowe i medycy, zwłaszcza w trakcie specjalizacji, buntowali się, że zostają zmuszani do pracy na odcinku szpitalnym niekompatybilnym z ich specjalizacją – wskazuje Sebastian Stykowski, prawnik z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Przyznaje, że część lekarzy decyduje się składać pozwy do sądów pracy o mobbing, ale często te sprawy są załatwiane polubownie”***.

Zestresowany i szykanowany jak medyk w szpitalu

Pandemia nasiliła zjawisko stresu wśród pracowników medycznych oraz przymuszania do pracy ponad normę. Okręgowe izby lekarskie pomagają zatem lekarzom w walce z mobbingiem.

❑ *„Spodziewam się, że po pandemii lekarze będą odchodzić z zawodu i emigrować* – podkreśla w rozmowie z **„Rzeczpospolitą”** dr Magdalena Flaga-Łuczkiewicz, psychiatra, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów

w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. – *Trudno oczekiwać od lekarzy znieczulicy i braku wrażliwości na widok pacjenta, który dusi się pod zepsutym respiratorem. Żaden lekarz nie jest też przygotowany na tyle zgonów, że w szpitalu brakuje worków na zwłoki, czy na to, że będzie musiał za sanitariusza znosić zwłoki do chłodni”.*

❑ Rozmowa o kondycji zdrowia psychicznego z psychiatrą, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów OIL w Warszawie dr Magdaleną Flagą-Łuczkiewicz, ukazała się w **Onecie**: *„Nie oszukujmy się, jak lekarz pije czy ćpa, na oddziale wszyscy o tym wiedzą. To trwa często latami i dopóki nie zostanie złapany za rękę, problem jest ukrywany. A kiedy już się go przyłapie, najczęściej wyrzuca się takiego lekarza z pracy. On idzie gdzie indziej i robi to samo”.*

❑ W kontekście sprawy lekarza z Radomia, który pracował pod wpływem alkoholu, wypowiedziała się w **Radiu dla Ciebie** rzeczniczka Okręgowej Izby Lekarskiej Renata Jeziółkowska: – *Żadna sytuacja, gdy ktoś pracuje pod wpływem alkoholu, nie jest dopuszczalna ani akceptowalna. Reakcja to konieczność.* (…) *Jednocześnie izba oferuje wsparcie lekarzom, którzy potrzebują pomocy psychologicznej i leczenia. Taką pomoc zapewnia pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów.*

❑ W **Radiu Eska** sprawę skomentował przewodniczący Delegatury Radomskiej OIL w Warszawie Mieczysław Szatanek: – *Sytuacja, jaka miała miejsce i zdarzyła się po raz drugi, jest sytuacją naganną. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej odpowiedniej izby na pewno przeprowadzi postępowanie wyjaśniające. Jeśli okoliczności będą niekorzystne dla lekarza, może skierować sprawę do sądu lekarskiego. Okręgowy sąd lekarski właściwej izby rozstrzygnie sprawę i ukarze lekarza. Z drugiej strony wiem, że zarząd Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego otoczył troską tego lekarza i wdrożył postępowanie w celu podjęcia przez niego leczenia.*

❑ **Infodent24** zamieścił artykuł o przyznawanej przez izbę statuetce: *„Dr Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie, wręczając Statuetkę św. Apolonii prof. Dorocie Olczak-Kowalczyk, zaznaczył, że samorząd lekarski szukał możliwości wyróżnienia osoby, która w środowisku lekarzy dentystów byłaby najbardziej godna uszanowania, która przez większość lekarzy dentystów byłaby postrzegana jak ich przyjaciel”.*

❑ **Infodent24** oraz **Medexpress** informowały o porozumieniu zawartym przez naszą izbę z Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym**.**

❑ O wyborze dr. Artura Drobniaka, członka Prezydium OIL w Warszawie, na nowego wiceprzewodniczącego Naczelnej Rady Lekarskiej pisały: **Puls Medycyny**, **Termedia**, **Co w zdrowiu**.

E-zdrowie

❑ O innowacjach w medycynie dla **Rynku Zdrowia** mówił przedstawiciel ORL w Warszawie Michał Gontkiewicz: *„Innowacyjne techniki to przede wszystkim skrócenie czasu do postawienia właściwej diagnozy i wdrożenia skutecznego leczenia. To także zmniejszenie możliwości popełnienia błędu oraz poprawa współpracy z pacjentem. Przykładowo, prowadzone aktualnie testy systemu sztucznej inteligencji w wideokolposkopii pomagają we wczesnym wykryciu raka szyjki macicy, minimalizując niedoskonałość oceny oraz znacznie przyspieszając proces leczniczy. Innym, często przywoływanym przeze mnie przykładem, wynikającym wprost z dobrodziejstw e-recepty i telemedycyny, jest zmniejszenie ryzyka interakcji lekowych. Dobrze przygotowane oprogramowanie błyskawicznie wyłapuje groźne interakcje między lekami, które przepisujemy pacjentowi lub które zostały przepisane przez innego lekarza”.*

Narodowy Kryzys Zdrowia

❑ W ogólnopolskich oraz w lokalnych mediach pojawiają się odniesienia do kampanii społecznej naszej izby „Narodowy Kryzys Zdrowia” pod hasłem „Polska to chory kraj”. *„W Światowym Dniu Walki z Rakiem porannym gościem **Radia Piekary** był rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Tomasz Szczepański. Na naszej antenie opowiedział m.in. o problemach pacjentów onkologicznych w dobie pandemii. – Pamięta pan »Narodowy Kryzys Zdrowia« ogłoszony przez lekarzy we wrześniu 2019 r.? Zacytuję manifest, który wówczas sformułowała Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie: Najmniej lekarzy na 1 tys. obywateli w UE, dostęp do leczenia raka na jednym z najniższych poziomów w Europie, dwa lata w kolejce do specjalisty (…) Ile gorzej jest po epidemii?”.*

❑ Po cytaty związane z kampanią społeczną sięgnięto również w **Radiu Zet**. *„Przypominamy: tuż przed wybuchem pandemii, we wrześniu 2019, lekarze ogłosili Narodowy Kryzys Zdrowia: »Najmniej lekarzy na 1 tys. obywateli w Unii Europejskiej, dostęp do leczenia raka na jednym z najniższych poziomów w Europie, dwa lata w kolejce do specjalisty. Średni czas oczekiwania na wizytę u endokrynologa wynosi 24 miesiące, w kolejce do kardiologa dziecięcego czekamy 12 miesięcy« – punktowała Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie w manifeście pt. »Polska to chory kraj«”.* ■

Wystąpienia (mniej lub bardziej) publiczne

Gdy wypowiadamy się dla mediów, na kongresie, prowadzimy wykład, zabieramy głos podczas zebrania, chcemy jak najlepiej wypaść. Wystąpieniom publicznym zazwyczaj towarzyszy (w różnym natężeniu) trema, zwłaszcza jeśli nie mamy wprawy. Z takimi sytuacjami mierzą się osoby wykonujące przeróżne zawody, również lekarze. O receptach na jak najlepszy efekt – mimo że nie jest się zawodowym mówcą i nie ma się czasu na zgłębianie technik komunikowania – z **Maciejem Orłosiem** rozmawia Renata Jeziółkowska.

Fot. archiwum

Konieczność wystąpienia przed audytorium liczącym 200 osób może okazać się przytłaczająca, paraliżująca. Niekiedy mówienie nawet do garstki osób jest stresujące. Jak ograniczyć zdenerwowanie?

Trening czyni mistrza. Za każdym razem będzie łatwiej. Najważniejsze jest przygotowanie, by wyjść do ludzi z poczuciem, że to, co powiem ma sens, jest wyjątkowe, ciekawe, że słuchaczy zainteresuję, że zapamiętają, o czym mówiłem, ponieważ opowiadałem w sposób atrakcyjny. Przytoczę dwie reguły. Żona prezydenta Johnsona powiedziała kiedyś, że najlepszym sposobem na pozbycie się tremy jest tak mocne zaangażowanie się w to, co się mówi, że trema schodzi na dalszy plan. Simon Sinek, znany mówca motywacyjny, na zadawane mu za kulisami pytanie, czy się denerwuje, odpowiadał twierdząco, ale po jakimś czasie zmieniał zdanie i tłumaczył, że jest jedynie podekscytowany. To oddaje istotę tematu. Chodzi o to, by być zaangażowanym, podekscytowanym zadaniem, a nie zdenerwowanym. Kiedy jestem pozytywnie podekscytowany, ten stan mnie napędza. Podobnie reaguje większość ludzi, niezależnie od profesji. Często spotykam się z profesorami, ekspertami, którzy potrafią genialnie opowiadać o skomplikowanych zagadnieniach, dzięki czemu także dla mnie, laika, stają się interesujące. Są również specjaliści niezwykle kompetentni, którzy tak nudzą… Nie można się zasłaniać tym, że skoro mówimy do ekspertów, jedynie treść jest ważna, a nie forma wypowiedzi. W ogóle nie można tak podchodzić do wystąpień publicznych, bo nuda spowoduje, że słuchacze zasną, nic do nich nie dotrze. Trzeba im ułatwiać słuchanie, ubarwiać wypowiedzi, ilustrując działającymi na wyobraźnię przykładami.

Czytać z kartki, czy mówić z pamięci? Niektórzy bez kartki, choćby zapisanego planu wypowiedzi, czują się bardzo niekomfortowo. Mówienie z pamięci bywa ryzykowne.

Często pomocna jest prezentacja. Jeżeli chcemy się poczuć pewniej, zróbmy konspekt z wypisanymi hasłami, tematami, planem przejścia od tematu do tematu. Mamy wtedy pewność, że się nie pogubimy, przez emocje nie pominiemy żadnego wątku. Można zapisać jakieś strategiczne dane, nazwiska lub nazwy. Spoglądanie na notatki jest jak najbardziej uzasadnione. Natomiast nie jestem zwolennikiem czytania wystąpień. Politycy swoje przemówienia na ogół czytają. Myślę, że John Biden podczas inauguracji swojej prezydentury czytał. My tego nie widzieliśmy, ale korzystał z promptera. Widziałem niejedno świetne czytane wystąpienie, ale także fatalne bez kartki, tylko co z tego. Lepiej mówić spontanicznie lub z pamięci, niż czytać, bo mało kto potrafi czytać porywająco, tak, żeby nikt nie zwrócił uwagi, że czyta. Ale notatki są dopuszczalne, wręcz wskazane.

Czasem zdarza się, że czujemy kompletną pustkę w głowie.

To uczucie znane ludziom telewizji. Nawet gdy ma się dużą wprawę, może nadejść chwila napięcia, wrasta poziom adrenaliny, bo coś się dzieje nie tak, jak

miało być. Wtedy bywa, że wyleci z głowy coś absolutnie oczywistego. Byłem w takich tarapatach, pracując w telewizji lub gdy prowadziłem eventy, więc wypisywałem sobie dość oczywiste nazwy, nazwiska ludzi, których nawet dobrze znałem. Boże, jak się ten człowiek nazywa? Znam go doskonale, a nagle czuję pustkę. Często pamiętam nazwisko, ale z imieniem mam problem. Warto zapisywać takie rzeczy, żeby nie mieć później deprymujących wpadek, które mogą być skwitowane uśmiechem politowania, ocenione jako zachowanie nieprofesjonalne. Należy być przygotowanym na chwilowe zaniki pamięci.

Jeżeli się zdarzy jakieś *faux pas* podczas publicznego wystąpienia albo widzę, że mi nie idzie, nie jestem w formie, czy próbować się tłumaczyć? Powiedzieć: „przepraszam, to mój debiut", „nie mam wprawy" albo „jestem przeziębiona"? Czy lepiej udawać, że się nic nie stało?

Rzecz w tym, żeby się solidnie przygotować i żeby nie było efektu „nie idzie". Faktycznie, jeżeli zaczniemy źle, pomylimy się i to nas zdeprymuje, następuje efekt kuli śnieżnej – jest coraz gorzej. Wiemy, że publiczność widzi, że jest fatalnie, więc się pogłębia nasze poczucie klęski i zmierzamy do katastrofy. Ze wszystkich sił trzeba się wystrzegać takich sytuacji, uchroni nas przed nimi dobre przygotowanie oraz wsparcie w postaci „ściągi", dzięki której nie będziemy zdani tylko na to, co mamy w głowie. Jeżeli wszystko idzie świetnie, w ogóle nie należy się przejmować jednym czy drugim drobnym potknięciem. Gorzej, jeżeli będzie poważne, powiemy coś zupełnie bez sensu, przekręcimy oczywistą nazwę. Wtedy nawet znakomite wystąpienie przyćmi niesmak. Gdy jest to pomyłka polegająca na zwykłym przejęzyczeniu, nie należy się nią przejmować. Efekt potknięcia zbadali naukowcy – publiczność woli słuchać mówców, którzy mają ludzkie oblicze. Człowiek może się pomylić, bo jest tylko człowiekiem, a nie cyborgiem. Jeśli świetnie wykonuje swoje zadanie, gdy się potknie raz czy dwa, pomyli w nawet nieco poważniejszej kwestii, ale potrafi wybrnąć z sytuacji, przeprosi, wręcz wzmocni sympatię do siebie.

Czy warto nagrywać swoje przemowy, ćwiczyć przed lustrem, a może z kimś, kto będzie udawał widownię, rozmówcę?

Lepiej nagrywać. Lustro jest dużo gorsze. Powiem do lustra – nie zwrócę uwagi na pewne rzeczy. Natomiast jak się nagram, a w dzisiejszych czasach zrobię to choćby za pomocą smartfona, później mogę wszystko przeanalizować – dostrzegę, jaki mam wyraz twarzy, czy kontroluję spojrzenia, czy mówię składnie, czy mieszczę się w założonym czasie. Także pomoc kogoś innego, kto zwróci uwagę na pewne rzeczy, których sami nie dostrzegamy, przećwiczenie wystąpienia z kimś, do kogo mamy zaufanie, są jak najbardziej pożyteczne.

Czasem trudno zapanować nad postawą, rękami. Garbimy się, chwiejemy, zaciskamy dłonie. Jak zadbać o mowę ciała, gdy koncentrujemy się na treści wypowiedzi?

Czasem? To się zdarza bez przerwy. A klucz do sukcesu w kwestii mowy ciała jest w rękach. Najgorsze, co można zrobić, to zblokować ręce, np. ściskając palce, lub wziąć jakiś niepotrzebny rekwizyt, powiedzmy długopis, bądź trzymać ręce za plecami. Każde zblokowanie rąk da fatalne efekty uboczne, takie jak nieświadome kiwanie się, niekontrolowane ściskanie palców, które obnażą nieporadność, nerwowość, co może pogorszyć samopoczucie. Gestykulacja pomaga w mówieniu, a brak gestów przeszkadza. Pozycją wyjściową jest ułożenie rąk mniej więcej na wysokości pępka. Wyprowadzanie gestów z tej wysokości, powrót – oczywiście nieschematyczne.

O czym jeszcze musimy pamiętać, wypowiadając się publicznie?

Gdy odpowiadamy na trudne pytania, ogólna zasada jest taka, że im mniej, tym lepiej. Czyli mówimy tylko to, co naprawdę musimy. Trzeba sobie dokładnie sprecyzować, co mogę, a czego nie chcę albo nie powinienem powiedzieć. I nie dać się sprowokować. Ważne, by nie mieć rozbieganego wzroku, nie błądzić oczami. Ktoś może mówić „mamy sytuację pod kontrolą", ale całym sobą temu przeczyć i będzie niewiarygodny. Przyczynia się do tego rozbiegany wzrok, ściągnięta, ponura twarz, chaos w ubiorze, czym może sprawiać wrażenie, że jest „nieogarnięty", bo ma sytuację „totalnie awaryjną" i nie miał czasu nawet zerknąć w lustro. Gdy na dodatek jest spocony z emocji, wygląda już naprawdę fatalnie. Wielu osobom na pewno utkwiła w pamięci scena, gdy poseł Chlebowski pocił się, tłumacząc się na konferencji prasowej z tzw. afery hazardowej. Jeżeli będziemy mówić, że sytuacja jest opanowana, i powiemy to z uśmiechem w oczach – wizerunek będzie wiarygodny. Natomiast ściągnięta twarz budzi dysonans. Co z tego, że ktoś mówi, że wszystko jest pod kontrolą, skoro ma przerażenie w oczach. Możemy pomóc sobie metodą „z zewnątrz do wewnątrz". Gdy udamy jakiś stan, po chwili może stać się przekonujący. Nawet jeśli nasz uśmiech jest sztuczny, mózg zrozumie dosyć szybko, że ma go pokazać w oczach.

Wyzwaniem jest mówienie do kamerki w laptopie, a raczej do wielu osób, które uczestniczą w konferencji online lub szkoleniu. Jest się samemu w pomieszczeniu, a *de facto* uczestniczy się w spotkaniu w licznym gronie.

To wymaga naciśnięcia w głowie guzika *„tak, to realna sytuacja, to się dzieje naprawdę, tam są ludzie, którzy mnie słuchają i moim zadaniem jest sprawić, żeby wszystko poszło sprawnie i profesjonalnie"*. Co znaczy sprawnie i profesjonalnie? Jestem przygotowany, wiem, o czym mówię, wiem, jak posłużyć się narzędziami cyfrowymi. Przećwiczenie jest konieczne, powinniśmy skontaktować się wcześniej z organizatorami spotkania i sprawdzić działanie internetowej platformy, żeby czuć się pewnie. Trzeba utrzymywać spojrzenie w kierunku kamerki, mieć dobrze ustawiony kadr, światło, dźwięk, zadbać o jakość łącza internetowego. Należy sprawdzić, czy nas słychać, czy nie siedzimy pod światło, nie mamy twarzy w cieniu, czy kadr jest właściwy – nie jesteśmy za blisko kamery albo na brzegu kadru, co jest karykaturalne, czy w tle nie ma czegoś, z czego ludzie będą się śmiać, albo będzie zbytnio absorbować ich uwagę. ■

Dodatkowe wynagrodzenia covidowe

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia

Odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na pytania najczęściej nurtujące świadczeniodawców.

Minister zdrowia Adam Niedzielski 4 września 2020 r. wydał polecenie NFZ przekazania dodatkowych wynagrodzeń podmiotom wykonującym działalność leczniczą wyłącznie związaną z przeciwdziałaniem COVID-19. Zasady wypłacania dodatkowych wynagrodzeń zostały udostępnione przez wojewódzkie oddziały NFZ świadczeniodawcom, niemniej jednak niejednokrotnie Ministerstwo Zdrowia było zmuszone udzielać wyjaśnień. 30 września i 1 listopada 2020 r. wydano nowelizację polecenia uwzględniającą m.in. wnioski poszczególnych grup zawodowych, w tym ratowników medycznych i diagnostów laboratoryjnych.

Podstawa naliczania świadczenia

Czy pojęcie „wynagrodzenia" obejmuje wszelkie informacje zawarte w umowie o pracę (wynagrodzenie zasadnicze, wysługa, premia itp.)? Czy w celu obliczenia dodatkowego świadczenia pieniężnego podwyższa się je o przepracowane w danym miesiącu godziny nadliczbowe wynikające z braku kadry medycznej, dyżury odbywane na podstawie dodatkowej umowy oraz przepracowane godziny dyżurowe wynikające z dodatkowej umowy, tj. opt-out?

Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi poleceniem ministra zdrowia z 1 listopada 2020, wysokość świadczenia dodatkowego wzrosła z 50 proc. wynagrodzenia zasadniczego do 100 proc. Termin wynagrodzenie należy rozumieć jako wynagrodzenie brutto należne pracownikowi z tytułu wykonania przez niego pracy na dzień udostępnienia informacji, tj. wynagrodzenie zasadnicze, wynagrodzenie za pełnienie dyżurów medycznych, wynagrodzenie za godziny nadliczbowe i tzw. dodatki ministerialne wynikające z OWU.

Czy w przypadku szpitali II i III poziomu dodatkowe wynagrodzenie przysługuje pracownikom realizującym świadczenia na rzecz pacjentów z podejrzeniem lub chorych na COVID-19 wyłącznie w komórkach organizacyjnych bądź w ramach potencjału łóżkowego wskazanych w decyzjach wojewody?

W przypadku szpitala II albo III poziomu w pierwszej kolejności należy sprawdzić, czy spełniony jest warunek bezpośredniego kontaktu personelu medycznego z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Kontakt nie może być incydentalny, lecz powinien wynikać z faktycznie wykonywanych zadań i udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jeżeli osoby wykonujące zawody medyczne spełniają ten warunek, niezależnie od oddziału, w którym pracują, są uprawnione do zgłoszenia i otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego.

Rotacyjny system pracy

Bez znaczenia dla ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego za dany miesiąc pozostaje fakt, czy osoba wykonująca zawód medyczny w danym okresie rozliczeniowym udziela cały czas (w sposób ciągły) świadczeń na rzecz pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Zgodnie bowiem z punktem 3b załącznika do polecenia ministra zdrowia z 4 września 2020 r. w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie powinno podlegać proporcjonalnemu obniżeniu. Jest to jedyna przyczyna proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego określona we wspomnianym dokumencie.

Lekarz z oddziału na SOR

W jaki sposób należy ustalić wartość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla lekarza „schodzącego" z niecovidowego oddziału na dyżur na SOR, np. dwa, trzy razy w miesiącu? Czy dodatkowe świadczenie pieniężne należy obliczyć od wysokości pełnego wynagrodzenia lekarza, czy tylko w oparciu o wynagrodzenie za dyżury pełnione na SOR?

Otóż w przypadku pełnienia przez osobę wykonującą zawód medyczny dyżuru na SOR w podmiocie leczniczym, w którym jest zatrudniona na stałe, dodatkowe świadczenie pieniężne powinno być naliczane od całego wynagrodzenia tej osoby.

Na SOR dyżury pełnią również lekarze z innych podmiotów leczniczych. Czy w takich przypadkach dodatkowe świadczenie pieniężne ustalane jest jedynie od wynagrodzenia za dyżur?

Gdy na SOR dyżury pełnią lekarze z innych podmiotów leczniczych, dodatkowe świadczenie pieniężne dla tych lekarzy powinno być naliczane tylko w oparciu o wynagrodzenie uzyskane w podmiocie, w którym pełnią dyżur, udzielając świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Jeżeli np. lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym X pełni również dyżury na SOR w podmiocie Y, wówczas do ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego należy wziąć pod uwagę tylko wynagrodzenie za dyżury pełnione na SOR w podmiocie Y. ■

Andrzej Troszyński
rzecznik prasowy Mazowieckiego OW NFZ

Fot. archiwum

Interwencje rzecznika praw lekarza

MONIKA POTOCKA
rzecznik praw lekarza

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

Jak Państwu wiadomo, na podstawie art. 1 pkt 27 ustawy z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2020 r., poz. 1291) ustawodawca nadał nowe brzmienie art. 16h ust. 2 pkt 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wprowadzając zasadę, iż lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne, w tym dyżury medyczne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych w trybie pozarezydenckim na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, z zastrzeżeniem, że określone w umowie wynagrodzenie nie może być niższe niż liczone od minimalnej stawki godzinowej ustalonej na podstawie przepisów ustawy z 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (DzU z 2018 r., poz. 2177 oraz z 2019 r., poz. 1564). W treści wspomnianego przepisu wprost wskazano obowiązek wynagradzania lekarzy również w przypadku odbywania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie umowy cywilnoprawnej. Zmiana regulacji prawnej wynika z zastrzeżeń złożonych przez przedstawicieli Komisji Europejskiej do brzmienia dotychczasowych przepisów ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, co wykorzystywane było przez podmioty akredytowane prowadzące szkolenie. Z uwagi na fakt, że przepisy dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych nie przewidują w ramach wolontariatu (tj. bez wynagrodzenia) realizacji szkolenia specjalizacyjnego i wykonywania w jego trakcie świadczeń zdrowotnych, istniała konieczność dostosowania przepisów krajowych do norm unijnych. Oznacza to, że od dnia wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw podmioty szkolące, które miały zawarte z lekarzami umowy cywilnoprawne na zasadach tzw. wolontariatu, muszą dokonać ich aneksowania w celu wprowadzenia do treści umów zapisów o wynagrodzeniu, które nie może być niższe niż liczone od minimalnej stawki godzinowej za pracę ustalonej na podstawie przepisów ustawy z 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (DzU z 2018 r., poz. 2177 oraz z 2019 r., poz. 1564).

Wobec wspomnianej zmiany na podstawie art. 1 ust. 1, art. 2 ust. 1 i ust. 2, w zw. z art. 10 ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (DzU z 2020 r., poz. 2176) wystosowałam do blisko 30 szpitali na terenie województwa mazowieckiego następujące pytania:

1. Ile umów cywilnoprawnych zostało zawartych z lekarzami w Państwa podmiocie leczniczym w celu odbycia szkolenia specjalizacyjnego, w trybie tzw. wolontariatu?

2. Czy umowy cywilnoprawne w celu odbycia szkolenia specjalizacyjnego w trybie tzw. wolontariatu zostały aneksowane i przekształcone w umowy odpłatne, stosownie do art. 16h ust. 2 pkt 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU 2020, 514 t.j.)?

Mam nadzieję, że moja interwencja zobliguje te podmioty do szybszego aneksowania umów. Ponadto uznałam, że zasadne byłoby podjęcie przez rzeczników praw lekarza poszczególnych okręgowy izb lekarskich działań zmierzających do poinformowania lekarzy, iż zawarte umowy cywilnoprawne w trybie tzw. wolontariatu powinny zostać aneksowane i przekształcić się w umowy odpłatne. W tym celu zwróciłam się do nich ze stosownym apelem.

Konieczność skierowania pism do izb lekarskich była podyktowana otrzymywaniem przeze mnie informacji od lekarzy będących członkami innych okręgowych izb lekarskich, że w poszczególnych województwach kierownicy jednostek szkolących odmawiają aneksowania wspomnianych umów, a w konsekwencji kwestionują prawo do wynagrodzenia lekarzy. Dlatego tak istotne jest podjęcie przez reprezentantów poszczególnych okręgowych izb lekarskich stanowczych kroków w tej sprawie.

Walczmy o swoje interesy i domagajmy się należnych nam praw. ■

Fotografie: archiwum

Na żądanie pacjenta

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA – radca prawny

Analiza przypadku

Zgodnie z art. 16 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta: *„Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody”*. To warunek każdej interwencji medycznej. Prawo to wynika z poszanowania autonomii pacjenta. Trzeba jednak wiedzieć, że ta autonomia nie oznacza, że pacjent może domagać się przeprowadzenia dowolnego zabiegu czy określonej procedury medycznej. Decyzja w tym zakresie pozostawiona jest lekarzowi. Czasami zdarza się, że pacjenci niezadowoleni z prowadzonego leczenia wypisują się ze szpitala na własne żądanie. Czy wówczas mogą obciążać placówkę medyczną odpowiedzialnością? Przeczytajcie nową „Analizę przypadku”.

W marcu 2012 r. pan H. podczas treningu motocrossowego uległ wypadkowi. Bezpośrednio po zdarzeniu został przewieziony do szpitala powiatowego w F., gdzie po zbadaniu i przeprowadzeniu diagnostyki stwierdzono przednie zwichnięcie stawu ramiennego prawego z neuropraksją nerwu pachowego. W dniu przyjęcia do szpitala na SOR podjęto próbę repozycji zwichnięcia. W związku z jej niepowodzeniem kolejną, również nieudaną, podjęto na bloku operacyjnym, a następnie założono ortezę na ramię i bark. 5.03.2012 r. pacjent został przewieziony na rezonans magnetyczny stawu barkowego do NZOZ w D.

6.03.2012 r. pan H. wypisał się ze szpitala na własne żądanie, ze względu na *„brak wyniku badania MRI i brak działań ze strony lekarzy prowadzących”*.

Po opuszczeniu szpitala powiatowego w F. tego samego dnia pacjent zgłosił się do prywatnej placówki medycznej w R., gdzie w rozpoznaniu wskazano: *„zwichnięcie prawego stawu ramiennego – wielokrotne, nieudane próby repozycji, uszkodzenie torebki stawu ramiennego o typie oderwania od trzonu kości ramiennej, całkowite uszkodzenie ścięgna mięśnia podłopatkowego, nadgrzebieniowego interponujące między głową kości ramiennej a panewką łopatki, częściowe uszkodzenie przyczepu ścięgna mięśnia piersiowego większego do kości ramiennej, zwichnięcie ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia ku tyłowi, uszkodzenie przedniej części obrąbka stawu ramiennego, złamanie fragmentu guzka większego, cechy porażenia nerwu pachowego*.

7.03.2012 r. pacjenta poddano operacji otwartej repozycji zwichnięcia prawego barku, a następnie założono ortezę przywiedzeniową. Pan H. został wypisany z prywatnego szpitala 9.03.2012 r. z zaleceniem noszenia ortezy przez minimum 3 tygodnie, stosowania leków przeciwbólowych, wykonywania badań kontrolnych oraz rehabilitacji. Za pobyt w placówce i zabieg pan H. zapłacił 14 874 zł. O zwrot tej kwoty zwrócił się do szpitala powiatowego w F.

W celu oceny prawdopodobieństwa popełnienia przez lekarzy zatrudnionych w szpitalu powiatowym w F. błędu w sztuce i sprawowania niewłaściwej opieki nad pacjentem zasięgnięto opinii lekarskiej.

Biegły w oparciu o zgromadzoną w toku likwidacji szkody dokumentację medyczną wyjaśnił, że zdarzenia mające miejsce od 3 do 6 marca 2012 r. nie spełniają definicji błędu medycznego. Lekarz wskazał: *„Wykonanie badania rezonansem magnetycznym 5 marca 2012 r. było uzasadnione względami medycznymi, istniały do niego wskazania lekarskie (ocena uszkodzeń tkanek miękkich okołostawowych i nerwów obwodowych, przy współistnieniu objawów uszkodzenia neurologicznego).*

Termin wykonania również bez zarzutu (po repozycji barku, po niepowodzeniu dotychczasowego leczenia). W praktyce medycznej w Polsce wynik (opis radiologa) placówka zlecająca otrzymuje w ciągu 1–3 dni (poza sytuacjami nagłymi). Zarzut o bezczynności lekarza jest nieuprawniony merytorycznie: wobec niepowodzenia dotychczasowego leczenia (kilkakrotne próby repozycji, bez sukcesu lub z nawrotem zwichnięcia – były prawidłowym postępowaniem) podjęto decyzję o rozszerzeniu diagnostyki obrazowej o badanie MRI w celu precyzyjnego określenia charakteru uszkodzeń i przyczyn dotychczasowych niepowodzeń, a także dla bezpiecznej kwalifikacji do leczenia operacyjnego (dostęp operacyjny, struktury do rekonstrukcji itp.). Ewentualna kwalifikacja w sytuacji klinicznej, takiej jak w analizowanym przypadku, do leczenia operacyjnego zajmuje od kilku dni do kilku tygodni. Nie ma podstaw do przyjęcia, że obwiniona placówka mogłaby w dalszym działaniu nie zaopatrzyć ostatecznie pacjenta. Wypis chorego ze szpitala na własne żądanie przerwał proces diagnostyczny i terapeutyczny. Oczywiście, pacjent ma do tego prawo (by zmieniać miejsce leczenia), ale w tej sytuacji nadużyciem jest oskarżanie szpitala powiatowego o bezczynność (ostatecznie o błąd medyczny)".

Mając na uwadze opinię biegłego, uznano, że nie ma podstaw do zwrotu panu H. kosztów leczenia w prywatnej placówce.

Pytanie redakcji: Z jakiego powodu pacjent zgłosił roszczenie, skoro był w trakcie leczenia? Czy nie powinien poczekać na wyniki, żeby stwierdzić, czy faktycznie było ono nieprawidłowe?

Odpowiedź prawnika lekarza: Prawo nie uniemożliwia występowania z roszczeniami w trakcie leczenia, nie zawsze trzeba czekać do jego zakończenia. Pacjent powinien jednak mieć na uwadze, że aby można było przypisać komuś odpowiedzialność, muszą wystąpić trzy przesłanki odpowiedzialności: szkoda, wina i związek przyczynowy między nimi. W omawianym przypadku nie można było stwierdzić, że leczenie w publicznej placówce nie przyniosło rezultatów, a w konsekwencji spowodowało u pacjenta szkodę. Dlatego m.in. odmówiono uznania odpowiedzialności.

Pytanie redakcji: Czy to częsty przypadek?

Odpowiedź prawnika lekarza: Częsty może nie, ale nie jest odosobniony. W naszej praktyce rzeczywiście spotykamy się z sytuacjami, w których pacjent niezadowolony z efektów leczenia wypisuje się z placówki państwowej i chce kontynuować leczenie w prywatnej. To nic dziwnego i pacjent ma do tego prawo. Niemniej jednak należy mieć na względzie, że leczenie w prywatnej placówce nie zawsze jest skuteczniejsze. Niejednokrotnie zdarza się, że właśnie po leczeniu w prywatnej placówce pacjent musi skorzystać z publicznej ochrony zdrowia. Dlatego warto, aby pacjenci podejmowali racjonalne decyzje, oparte na konkretnym stanie faktycznym. ■

Podsiadły Powierża

PRAWNIK LEKARZA

Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

FILIP NIEMCZYK, adwokat

PUBLIKACJA WYROKU TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO

27 stycznia 2021 r. opublikowano[1] wyrok Trybunału Konstytucyjnego K 1/20 z 22 października 2020 r. w sprawie zgodności z Konstytucją RP art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.[2] W obecnym stanie prawnym zabieg przerwania ciąży jest dopuszczalny jedynie w sytuacji, kiedy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, albo gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że powstała w wyniku czynu zabronionego.

Konsekwencją jest fakt, że od dnia publikacji wyroku przeprowadzenie zabiegu przerwania ciąży, a także pomoc kobiecie ciężarnej w przerwaniu ciąży z powodów innych niż wymienione, stanowi przestępstwo z art. 152 kodeksu karnego zagrożone karą pozbawienia wolności do lat trzech. W szczególnym przypadku, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej – do lat ośmiu.

W obecnym stanie prawnym kryminalizacja zabiegu oraz pomocy w przerwaniu ciąży wbrew ustawie jest zatem na tyle szeroka, że obejmuje nie tylko lekarza, który zabieg przeprowadził, ale także osobę, która np. udzieliła informacji o miejscu, w którym takiemu zabiegowi można się poddać, pomogła w dotarciu do niego, udzieliła istotnej dla osiągnięcia tego celu informacji lub rady.

Rzecznik praw obywatelskich[3] zwrócił uwagę, że między ogłoszeniem wyroku TK i jego wejściem w życie kobiety miały pełne prawo do legalnego przerwania ciąży w przypadku wad płodu, a wykonanie w tym czasie przez lekarza aborcji z uwagi na przesłankę embriopatologiczną nie mogło być przestępstwem.

[1] DzU 2021, poz. 175.

[2] DzU nr 17, poz. 78 z 1995 r. ze zm.

[3] https://www.rpo.gov.pl (dostęp: 11.02.2021).

SZCZEPIENIA PRZECIWKO COVID-19

14 stycznia 2021 r. ogłoszone zostało rozporządzenie Rady Ministrów,[4] w którym określono kolejność przeprowadzania szczepień przeciwko COVID-19. Wyodrębnione zostały dwie grupy uprawnione do szczepień – w tzw. etapie 0 oraz I. W kolejnych tygodniach reguły te podlegały pewnym modyfikacjom.[5]

Etap pierwszy objął kolejno: osoby zatrudnione w podmiocie leczniczym wykonujące zawód medyczny lub których praca pozostaje w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w tym podmiocie, osoby wykonujące zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyka zawodowa oraz osoby zatrudnione przez tę praktykę, wykonujące zawód medyczny lub których praca pozostaje w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w tej praktyce, przedstawicieli ustawowych dzieci urodzonych przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży, które w dniu podania ich przedstawicielom ustawowym pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19 są hospitalizowane w podmiocie leczniczym i których przewidywany okres hospitalizacji będzie dłuższy od czasu wymaganego dla osoby poddanej szczepieniu do uzyskania optymalnej odporności na zakażenie wirusem SARS-CoV-2, osoby inne niż wymienione, zatrudnione w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, farmaceutów i techników farmaceutycznych zatrudnionych w aptece ogólnodostępnej, nauczycieli akademickich zatrudnionych na uczelni medycznej albo na innej uczelni prowadzącej zajęcia na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego oraz doktoranci i studenci tych uczelni biorący udział w zajęciach z udziałem pacjentów lub w trakcie których następuje kontakt z biologicznym materiałem zakaźnym, osoby zatrudnione w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym oraz osobom w podeszłym wieku.

Etap drugi obejmuje kolejno: pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjów stacjonarnych lub domowych i oddziałów medycyny paliatywnej oraz osoby przebywające w domach pomocy społecznej

[4] DzU 2021, poz. 91.

lub w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, osoby urodzone nie później niż w1941 r., następnie w latach 1942–1951, a potem w latach 1952–1961 oraz osoby urodzone po 1961 r. ze stanami zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, w tym dializowane z powodu przewlekłej niewydolności nerek lub z chorobą nowotworową, u których po 31 grudnia 2019 r. prowadzono leczenie chemioterapią lub radioterapią, lub poddawane przewlekłej wentylacji mechanicznej, lub po przeszczepach komórek, tkanek i narządów, u których prowadzono leczenie immunosupresyjne. Następnymi osobami są nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni, pomoc nauczyciela i pomoc wychowawcy, zatrudnieni w przedszkolu, innej formie wychowania przedszkolnego, szkole lub placówce działającej w systemie oświaty, a także instruktorzy nauki zawodu prowadzący zajęcia praktyczne, osoby pracujące z dziećmi w placówce opiekuńczo-wychowawczej, w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, w interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym oraz w ramach form opieki nad dziećmi w wieku do lat trzech, nauczyciele akademiccy prowadzące na uczelni zajęcia ze studentami lub doktorantami, funkcjonariusze albo żołnierze Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, Policji, Straży Granicznej, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Wywiadu Wojskowego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Celno-Skarbowej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa, Służby Więziennej, Inspekcji Transportu Drogowego, Straży Ochrony Kolei, prokuratorzy i asesorzy prokuratury oraz członkowie ochotniczych straży pożarnych, ratownicy górscy i wodni wykonujący działania ratownicze, urzędowi lekarze weterynarii oraz osoby zatrudnione w Inspekcji Weterynaryjnej, wykonujące czynności związane z kontrolą występowania zakażenia SARS-CoV-2 u norek i zwalczaniem ognisk tej choroby.

[5] DzU 2021, poz. 153; DzU 2021, poz. 207; DzU 2021, poz. 253; DzU 2021, poz. 267.

Z omawianych przepisów wynika, że w sytuacji ryzyka niewykorzystania szczepionki dopuszcza się, aby w jednym czasie szczepienie objęło osoby wchodzące w skład obu grup. Ponadto osoby, którym przed dniem wejścia w życie omawianego rozporządzenia zostało wystawione skierowanie na szczepienie ochronne przeciwko COVID-19, są uprawnione, w okresie ważności tego skierowania, do poddania się szczepieniu. Rozporządzenie nie precyzuje sformułowania „ryzyko niewykorzystania szczepionki", dlatego podanie szczepionki w takiej sytuacji należy starannie udokumentować.

AKTUALNE OGRANICZENIA ZWIĄZANE Z EPIDEMIĄ COVID-19

Od 14 stycznia do 22 lutego 2021 r. Rada Ministrów opublikowała pięć rozporządzeń[7] zmieniających dotychczasowe zasady związane z życiem społeczno-gospodarczym w warunkach epidemii COVID-19. Wzrost zakażeń powoduje, że ogłaszane są na bieżąco nowe zaostrzone reguły.

Pośród najważniejszych zmian, jakie wprowadzono na przełomie stycznia i lutego 2021 r., wymienić należy:

- wznowienie edukacji uczniów klas I–III w trybie stacjonarnym,
- otwarcie centrów i galerii handlowych,
- otwarcie galerii sztuki, muzeów i bibliotek przy zachowaniu reżimu sanitarnego,
- zniesienie godzin dla seniorów,
- wznowienie działalności hoteli w zakresie 50 proc. obłożenia,
- wznowienie działalności w ścisłym reżimie sanitarnym basenów, stoków narciarskich, saun, salonów masażu, łaźni, solariów itp.,
- umożliwienie uprawiania sportu amatorskiego na świeżym powietrzu, a także na kortach tenisowych.

[6] https://www.rpo.gov.pl (dostęp: 11.02.2021).

[7] DzU 2021, poz. 91; DzU 2021, poz. 153; DzU 2021, poz. 207; DzU 2001, poz. 267; DzU 2001, poz. 336.

Nadto, od 11 marca 2021 r. wznowiona zostanie działalność sanatoriów i uzdrowisk. Nadal nie jest znana data wznowienia działalności m.in. restauracji, targów, kongresów, klubów nocnych. Kwarantanna dotyczy obecnie osób, które przekraczają granicę RP stanowiącą zewnętrzną granicę UE lub przekraczają granicę RP transportem zorganizowanym, miały kontakt z osobami zakażonymi koronawirusem, mieszkają z osobą zakażoną (izolowaną) albo zostały skierowane na test w kierunku COVID-19 przez lekarza podstawowej lub nocnej opieki zdrowotnej. Kwarantanna trwa 10 dni, jeśli w jej trakcie nie wystąpiły objawy COVID-19. Zgodnie z obowiązującym prawem, osoby mieszkające z osobą na kwarantannie nie podlegają już kwarantannie. Osoba mieszkająca z osobą zakażoną wirusem ma obowiązek poddania się kwarantannie od dnia uzyskania pozytywnego wyniku testu do siedmiu dni po zakończeniu izolacji osoby zakażonej. Obowiązku poddania się kwarantannie nie stosuje się do osoby wykonującej zawód medyczny. Od 28 grudnia obowiązkowej kwarantanny nie muszą odbywać także osoby, które zaszczepiły się przeciwko COVID-19. ■

Specjalizacja młoda, problemy odwieczne

Jako ginekolog onkologiczny pracuje od niemal 40 lat, w 2005 r. był jednym z pierwszych, którym formalnie przyznano tę specjalizację. O zmianach w tej dziedzinie medycyny opowiada prof. nadzw. dr hab. n. med. **Grzegorz Panek**, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie ginekologii onkologicznej, w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

Fot. archiwum

Czy kończący dziś specjalizację ginekolog onkolog przeniesiony w czasy, kiedy pan zaczynał karierę zawodową, doznałby szoku związanego z realiami pracy?

Nie sądzę, by dla młodego lekarza warunki pracy z lat 80. były szokujące. To chyba zbyt mocne słowo. Oczywiście, postęp techniczny się dokonał, przede wszystkim w zakresie diagnostyki jest ogromny. Na początku mojej kariery zawodowej, kiedy miałem problem z ustaleniem rozpoznania przy skromnych możliwościach badań obrazowych, kiedy o prawidłowym rozpoznaniu decydowała intuicja kliniczna, bywało, że słyszałem od nauczycieli: *„Panie Grzegorzu, na pewno nie będzie to złoty zegarek”*. Ten żart świadczył jednak o ich doświadczeniu, bo przeczuwali, że zmiany, których nie potrafiłem jednoznacznie zidentyfikować, znamionują coś poważnego. Nie mieliśmy stosowanego dziś sprzętu, np. urządzeń do zabiegów małoinwazyjnych, takich jak laparoskopia, albo robotów chirurgicznych. Współcześnie dysponujemy też nieporównanie lepszym, bardzo precyzyjnym sprzętem do radioterapii. To nowa jakość w tej dziedzinie medycyny. Przeniesiony w czasie młody człowiek mógłby odnieść wrażenie niezwykłej skromności ówczesnych klinik i oddziałów. I to nie tylko w Polsce. Ale zdziwiłby się, jak wiele zacnych rzeczy udawało się wykonać w takich warunkach.

Specjalizacja ginekologii onkologicznej w ogóle jest relatywnie młoda.

Tak, ale leczenie nowotworów narządów płciowych kobiety jest tak stare jak historia ginekologii. Guzy jajnika, nowotwory szyjki macicy operowano, od kiedy tylko medycyna była w stanie oferować w miarę bezpieczne operacje z dostępu brzusznego czy pochwowego. Historia tych operacji liczy już ponad 100 lat, choć teraz używamy nieco innych technik. Formalnie w Polsce specjalizacja ginekologii onkologicznej została wprowadzona w 2004 r., a pierwsza grupa specjalistów zdała egzamin państwowy w 2005. I ja w niej się znalazłem. Dopuszczono nas do egzaminu w uznaniu dorobku w tej dziedzinie.

Czy ustanowienie ram formalnych specjalizacji spowodowało pana zdaniem zmianę jakościową w leczeniu nowotworów ginekologicznych?

Trzeba odpowiedzieć sobie na inne pytanie: co się najbardziej liczy, jeśli chodzi o zdolności medyczne? Czy doświadczenie i umiejętności, czy certyfikat po zdanym egzaminie? Sprawa przebiegu i programu specjalizacji podlega coraz surowszej ocenie. Lekarz, który zdobędzie specjalizację, nie jest specjalistą, który sprosta wystarczającej liczbie zadań stojących dziś przed ginekologiem onkologiem. Oczywiście, reforma programu specjalizacji to nieustający proces, dlatego za priorytetową uważam współpracę w tym zakresie z konsultantem krajowym w dziedzinie ginekologii onkologicznej, prof. Mariuszem Bidzińskim. Cel jest jeden – podniesienie jakości szkolenia.

Wspomniał pan o tym, że dla młodych lekarzy zaskakujące mogłoby być, że kiedyś w relatywnie skromnych warunkach udawało się dokonywać wielkich rzeczy.

Siłą ginekologii onkologicznej jest to, że jeśli pacjentka zostanie znieczulona i ma zagwarantowaną opiekę pooperacyjną na odpowiednim poziomie, jesteśmy w stanie przeprowadzić wiele skomplikowanych operacji, nawet bez bardzo specjalistycznego sprzętu dostępnego w wybranych placówkach. Zawsze walczymy o to, by te warunki były jak najlepsze, ale jeżeli mówimy o operacjach radykalnych w sensie rozległości, doświadczenie, wiedza i sprawność manualna są dominującym czynnikiem powodzenia zabiegu. Dlatego lekarze z mojego pokolenia byli zapraszani do szpitali o różnym statusie: akademickich, ale i miejskich, powiatowych, by przeprowadzić operację onkologiczną, do której personel tych placówek nie był przygotowany. Jeździliśmy z pomocą do miejsc, w których siłą rzeczy warunki były gorsze niż w jednostkach wyspecjalizowanych. Te wizyty były przy okazji platformą edukacyjną. Dziś takie wyjazdy są sporadyczne, bo jednak optymalną sytuacją jest leczenie kompleksowe, z opieką wielospecjalistyczną, gdy ma to miejsce

> Przeniesiony w czasie młody człowiek mógłby odnieść wrażenie niezwykłej skromności ówczesnych klinik i oddziałów. Ale zdziwiłby się, jak wiele zacnych rzeczy udawało się wykonać w takich warunkach.

w jednej placówce. Twarde dane dowodzą, że właśnie wyspecjalizowane ośrodki mają najlepsze statystyki wyników leczenia z zakresu ginekologii onkologicznej.

Czy w ostatnich dziesięcioleciach zauważył pan jakąś zmianę w mentalności i świadomości zdrowotnej pacjentek?

Jeśli spojrzymy na poziom wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki nowotworów, zauważymy pewną dwoistość. Stosunkowo szeroka stała się partycypacja kobiet w programach profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi, natomiast w badaniach przesiewowych wykrywania raka szyjki macicy, czyli cytologii, jest wciąż mizerna. Najnowsze dane z Mazowsza, z 2019 r., wskazują, że udział w tych badaniach wzięło mniej niż 20 proc. kobiet. Do tego oczywiście dochodzą badania wykonywane poza programem badań screeningowych, więc liczba cytologii jest z pewnością istotnie większa, ale nadal zbyt wiele kobiet uważa, że nie ma potrzeby, by się badać pod tym kątem. Myślą, że skoro czują się dobrze, na pewno nic złego z ich organizmem się nie dzieje. Tymczasem, żeby program badań przesiewowych wykazał skuteczność, powinno się przebadać przynajmniej 60 proc. populacji. W przypadku tak niskiego poziomu jak u nas utrzymujemy w gotowości niewykorzystaną potężną machinę medyczną, co kosztuje masę pieniędzy, a nie przynosi spodziewanych efektów. Niestety, liczba kobiet z zaawansowanym rakiem macicy jest nadal niepotrzebnie duża, a umieralność istotnie wyższa niż średnia europejska. A przecież możemy temu rakowi zapobiegać, lecząc go na wczesnym etapie rozwoju lub dzięki szczepionce przeciwko HPV.

> Niestety, liczba kobiet z zaawansowanym rakiem macicy jest nadal niepotrzebnie duża, a umieralność istotnie wyższa niż średnia europejska.

Czy z perspektywy pana kariery zawodowej szczepionka stanowiła przełom?

Kiedy wprowadzono ją do użytku klinicznego, patrzyliśmy na to z wielką nadzieją. Niestety, w Polsce w dużym stopniu pozostaje nadzieją. Poziom realizacji programu szczepień jest niski. Jako praktykujący ginekolog mogę stwierdzić, że młode pacjentki rzadko o nią pytają, podobnie jak mamy dorastających córek. Przyczyny takiego stanu rzeczy są wielorakie, np. wynikające z obyczajowości, światopoglądu. Ale istotnym czynnikiem jest też cena preparatu, który nie jest refundowany. Wreszcie zdarzają się bariery w dystrybucji szczepionki, które powodują, że nawet osoby zainteresowane mają problem z jej nabyciem. Nawiasem mówiąc, uczestniczyłem wielokrotnie w różnego rodzaju akcjach prozdrowotnych dotyczących profilaktyki raka szyjki macicy i szybko rozczarowałem się ich wynikami. Służą przekonywaniu przekonanych. Bardzo łatwo się zorientować, że udział w nich biorą przede wszystkim kobiety, które generalnie dbają o swoje zdrowie i korzystają z dostępnych programów profilaktyki. Jednocześnie istnieje duży procent kobiet, do których nie jesteśmy w stanie dotrzeć. Pewnie często niechęć do spotkań z lekarzem wynika z lęku ubieranego w wymówki, takie jak brak czasu. Brakuje nawyku przeprowadzania regularnych badań. To osoby, które często od ostatniego porodu nie były u ginekologa od kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat! Wśród nich rak zbiera najtragiczniejsze żniwo. ■

Pomagać innym, a nie swojemu sumieniu

Fot. archiwum

Do Afryki Południowo-Wschodniej zaczęła jeździć jeszcze podczas studiów medycznych. Od tego czasu wciąż angażuje się w międzynarodowe projekty pomocowe. Mówi, że bierze udział wyłącznie w przedsięwzięciach, które mają na celu pomoc rozwojową opartą na kooperacji, negatywnie ocenia działania o charakterze postkolonialnego uzależniania od datków. O swoich doświadczeniach z misji opowiada **Michalina Drejza**, rezydentka ginekologii i położnictwa w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym w Poznaniu, w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

Jak to się stało, że zainteresowała się pani misjami medycznymi?

W czasie studiów wstąpiłam do Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA Poland, w którym działałam głównie w ramach programu ds. zdrowia reprodukcyjnego i AIDS. W związku z tym wielokrotnie jeździłam na międzynarodowe zgromadzenia delegatów, podczas których przeprowadzaliśmy warsztaty dotyczące szeroko pojętego zdrowia seksualnego. Zawsze wiedziałam, że medycyna dla mnie nie jest tylko pracą w klinice. Od początku przywiązywałam wagę do zdrowia populacyjnego i publicznego. Na pierwszą misję pojechałam w roku 2014 na Madagaskar, w ramach projektu realizowanego przez Polską Misję Medyczną we współpracy z Ministerstwem Spraw Zagranicznych. Celem było wsparcie organizacji pomocy chirurgicznej w postaci stworzenia małego bloku operacyjnego. Realizowaliśmy też program edukacyjny, w ramach którego w szkołach rozmawialiśmy z dziećmi i młodzieżą na temat zdrowia, m.in. zdrowia reprodukcyjnego. Misja trwała trzy miesiące. Później moje zadania zagraniczne także koncentrowały się w obszarze Afryki Południowo-Wschodniej.

Jakie doświadczenia przyniósł ten pierwszy wyjazd?

Najważniejsza refleksja była taka, że nie da się zrealizować projektu z nastawieniem, które nazwałabym postkolonialnym. W Afryce jest bieda i nagle ja, fantastyczny, bogaty biały człowiek, przyjechałam do Afryki, żeby uzdrawiać ludzi. To oczywiste, że na świecie istnieją nierówności finansowe i w dostępie do opieki zdrowotnej, a jeśli ktoś pojedzie z takim pseudobohaterskim nastawieniem, w rzeczywistości ratuje nie innych, lecz własne sumienie i w niewielkim stopniu przyczynia się do rozwiązywania rzeczywistych problemów.

> Problemy, które na co dzień sobie stwarzamy, np. w relacjach interpersonalnych – że ktoś powiedział coś nie tak albo krzywo spojrzał – są niczym w porównaniu z problemami w tamtych rejonach. Tam (...) problemy są oczywiste, więc nikt nie stwarza sztucznych.

W efekcie tych wyjazdów mocno zainteresowałam się tematyką zdrowia globalnego. Pracowałam w Departamencie Zdrowia Reprodukcyjnego WHO, najpierw jako stażysta, a po ukończeniu Londyńskiej Szkoły Higieny i Medycyny Tropikalnej, która skupia się właśnie na kształceniu z zakresu zdrowia globalnego, zostałam konsultantem Światowej Organizacji Zdrowia i do dziś współpracuję z WHO w zakresie badań naukowych.

Jakie kraje odwiedziła pani po Madagaskarze?

W 2015 r. wyjechałam do Ugandy, rok później do Rwandy, byłam także m.in. w Kenii. Uczestniczyłam w projektach edukacyjnych skierowanych do młodzieży, dotyczących dostępu do opieki zdrowotnej z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Mój pogląd na kształt misji zagranicznych się zmienił – przecież ludzi mieszkających w tych krajach można wyszkolić, żeby robili to samo co my, jeżdżąc na misje. Tam nie

Fotografie: archiwum Polskiej Misji Medycznej

brakuje ludzi do pracy, ale niestety brakuje im umiejętności, a szczególnie wymiany doświadczeń i kontaktu z nowinkami naukowymi i technicznymi. Oczywiście, konieczne jest też wsparcie ekonomiczne, by te nowinki można było stosować.

Czy pani zdaniem pomoc międzynarodowa w tym rejonie Afryki, na którym skupiła się pani działalność, jest skuteczna?

Mam wrażenie, że jest tam wręcz zbyt dużo organizacji pozarządowych i agend rządowych różnych krajów, ale każdy działa sam. Brakuje wspólnego planu, nie tyle realizowanego wspólnie przez te organizacje, ile w porozumieniu z władzami krajów, dla których przeznaczona jest pomoc, bo przecież w ich gestii powinno leżeć zadbanie o ład systemowy. Te indywidualne projekty działają jak plaster dla poważnie chorego pacjenta – stanowią mizerną pomoc, bez szansy na to, by rzeczywiście wpłynąć na naprawę tamtejszego systemu ochro-

ny zdrowia. Moim zdaniem to utrwalanie stosunku zależności mieszkańców krajów Afryki od Europy i Ameryki Północnej, zwłaszcza że poszczególne inicjatywy często nie są konsultowane nawet z lokalnymi społecznościami, które teoretycznie mają wesprzeć. A przecież niektóre pomysły, nawet jeśli sprawdzają się w krajach szeroko pojętego Zachodu, niekoniecznie odpowiadają potrzebom osób, które mieszkają np. w Kenii, Tanzanii czy na Madagaskarze. To wynika z błędnego założenia, że wszyscy funkcjonują tak samo.

Jakie jest podejście do was ludzi, którym chcecie pomóc?

Wspomniane błędy w działaniach pomocowych powodowały, że czasami cudzoziemców traktowano jak chodzącą portmonetkę. Z drugiej strony były osoby, które miały opory przed przyjęciem proponowanej pomocy ze względu na poczucie, że ktoś obcy próbuje im coś narzucić bez wysłuchania, co mają do powiedzenia. Jednak w większości przypadków podejście było pozytywne i mam fantastyczne wspomnienia z wyjazdów.

Niektóre pomysły, nawet jeśli sprawdzają się w krajach szeroko pojętego Zachodu, niekoniecznie odpowiadają potrzebom osób, które mieszkają np. w Kenii. To wynika z błędnego założenia, że wszyscy funkcjonują tak samo.

Myślę, że wynika to też z faktu, że teraz już angażuję się wyłącznie w przedsięwzięcia mające na celu pomoc o charakterze rozwojowym i kooperacyjnym.

Jak się po takich wyjazdach wraca do Polski i tutejszych problemów?

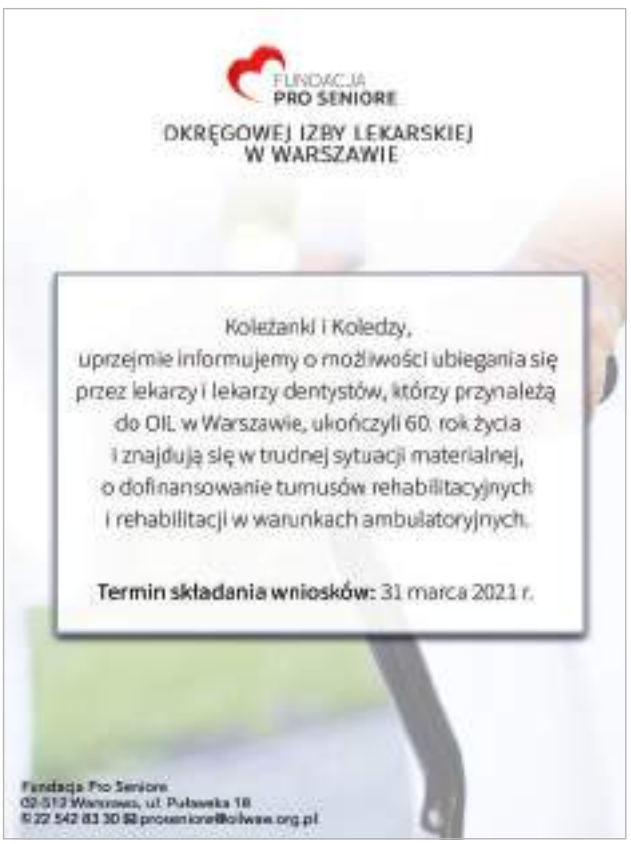
Po powrocie z Madagaskaru, czyli z pierwszego wyjazdu, trudno mi było się odnaleźć. Miałam przeświadczenie, że problemy, które na co dzień sobie stwarzamy, np. w relacjach interpersonalnych – że ktoś powiedział coś nie tak albo krzywo spojrzał – są niczym w porównaniu z problemami w tamtych rejonach. Tam życie jest proste, ale nie w sensie pejoratywnym. Problemy są oczywiste, więc nikt nie stwarza sztucznych. Za każdym razem, kiedy wyjeżdżam, przypominam sobie to uczucie. Niestety, po powrocie do Polski nie utrzymuje się długo. Wystarczy obejrzeć program informacyjny albo pójść do pracy. Dlatego po każdym powrocie zaczynam odliczać czas do kolejnego wyjazdu. ■

doroczny konkurs literacki
„O ZŁOTE PIÓRO ASKLEPIOSA"
temat:
Lekarz w czasie pandemii
nadsyłanie prac (poezja, proza) do 31 maja
Komisja ds. Kultury
izba-lekarska.pl
ZASADY:

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza
zaprasza na
przedświąteczne spotkanie
dla lekarzy seniorów
27 marca (sobota) godz. 11.00–15.00
siedziba OIL w Warszawie,
ul. Puławska 18,
Sala im. W. Szenajcha,
zapisy telefoniczne: 22 54 28 330
wydarzenie dla członków OIL w Warszawie

FUNDACJA
PRO SENIORE
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
1%
„Bogatym nie jest ten,
kto posiada, lecz ten,
kto daje"
KRS 0000250527
Przekaż 1% swojego podatku
na szczytny cel.
Nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

FUNDACJA
PRO SENIORE
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
zapraszamy seniorów lekarzy/lekarzy dentystów
w poniedziałki i czwartki w godz. 12.00-14.00
na dofinansowane przez OIL w Warszawie
obiady do Klubu Lekarza w Warszawie
ul. Raszynska 54.
FUNDACJA
PRO SENIORE


FUNDACJA
PRO SENIORE
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Koleżanki i Koledzy,
uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się
przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy przynależą
do OIL w Warszawie, ukończyli 60. rok życia
i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej,
o dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych
i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.
Termin składania wniosków: 31 marca 2021 r.
Fundacja Pro Seniore
02-513 Warszawa, ul. Puławska 18
t 22 542 83 30 prosenior@oilwaw.org.pl

UCHWAŁA NR 3/R-VIII/21
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 13 grudnia 2020 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu przyznawania zapomogi dla lekarzy i lekarzy dentystów w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 z Funduszu COVID-19

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965 t.j.), w zw. z art. 14hb ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU z 2020 r., poz. 1842) – uchwala się, co następuje:

§1

1. Przyjmuje się Regulamin przyznawania zapomogi dla lekarzy i lekarzy dentystów w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 z Funduszu COVID-19.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.
3. Regulamin obejmuje wszystkie przypadki zachorowań na COVID-19 od początku pandemii.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

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

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

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Renata Jeziółkowska, tel. 22-542-83-81, r.jeziolkowska@oilwaw.org.pl
SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl
PUBLICYSTYKA: Michał Niepytalski, m.niepytalski@oilwaw.org.pl
WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Magdalena Flaga-Łuczkiewicz, Paweł Kowal, Filip Niemczyk, Maciej Orłoś, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski
ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl
REKLAMA I MARKETING: Renata Klimkowska, tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl
KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Artmedia Partners **GRAFIKI:** Mateusz Chrzanowski
KOREKTA: Lidia Sadowska-Szlaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

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

OGŁOSZENIE

Wynajmę lokal usługowy – przychodnię w Warszawie przy al. KEN 103, 152 mkw., 5 gabinetów, bezpośrednio przy stacji metra Ursynów. Kontakt: 603-705-953.

Jan Antczak
(1939–2020)

26 sierpnia odszedł na wieczny lekarski dyżur dr n. med. Jan Antczak – urolog, lekarz wielkiego serca, społecznik, współtwórca odrodzonego samorządu lekarskiego. Syn ziemi kaliskiej, absolwent elitarnego Liceum im. Adama Asnyka w Kaliszu, co często z dumą podkreślał.

W 1960 r. ukończył Warszawską Akademię Medyczną. Po stażu podyplomowym odbył dwuletnią służbę wojskową w Komorowie koło Ostrowi Mazowieckiej, równolegle pracował w pogotowiu ratunkowym oraz na oddziale chirurgicznym. Od 1963 r. związany był ze Szpitalem Bielańskim, gdzie zdobył specjalizację I i II stopnia z chirurgii. W latach 1975–1980 pracował na Oddziale Urologicznym Szpitala Wolskiego, w 1977 r. uzyskał specjalizację z urologii. W 1980 r. powrócił do Szpitala Bielańskiego, do Kliniki Urologii CMKP, aby pełnić obowiązki zastępcy ordynatora. Był autorem 40 prac naukowych zwieńczonych w 1984 r. obroną pracy doktorskiej. Po przebytym w 1987 r. zawale do emerytury pracował w poradni urologicznej.

Pracę zawodową łączył z działalnością społeczną w Polskim Towarzystwie Urologicznym, pełniąc m.in. funkcję sekretarza oddziału warszawskiego. Trudną do przecenienia rolę odegrał w reaktywacji samorządu lekarskiego, budując jego struktury. Podczas spotkań w przychodni przy ul. Czumy, przed I Zjazdem Lekarzy, tworzył z kolegami podstawy organizacyjne i programowe samorządowej działalności. Jego zaangażowanie zaowocowało wyborem na delegata I Okręgowego Zjazdu Lekarzy, a następnie krajowego, wyborem do Prezydium I Okręgowej Rady Lekarskiej oraz powierzeniem funkcji skarbnika ORL. Był związany z samorządem lekarskim do końca, jako zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Później jako honorowy delegat naszej izby uczestniczył w posiedzeniach Prezydium Rady, służąc doświadczeniem i bezcennymi radami. Był pierwszym chorążym sztandaru naszej izby. Za swą działalność zawodową i społeczną został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi, odznaką honorową „Za wzorową pracę w służbie zdrowia" i odznaką dla zasłużonych dla Szpitala Bielańskiego, a także najważniejszymi odznaczeniami samorządu lekarskiego: Laudabilis oraz medalami dr. Jerzego Moskwy i prof. Jana Nielubowicza.

Jan miał liczne zainteresowania pozazawodowe, w czasie studiów był przewodnikiem górskim w Bieszczadach, a swoje pasje turystyczne zwieńczył półroczną wyprawą w góry Etiopii w roku 1968, łącząc obowiązki lekarza wyprawy z życiową pasją. W 1978 r. jako lekarz okrętowy uczestniczył w rejsie do Afryki Zachodniej. Największą wartością była dla Niego wspaniała rodzina – studencka miłość Hanna (pediatra), z którą przeżył ponad 60 lat, dzieląc troski i radości, córka Dorota (pediatra, neurolog dziecięcy) i wnuczek.

W czasie naszej ponad 30-letniej przyjaźni miałem szczęście doświadczyć, jak serdeczną osobą był Jan, ogólnie lubiany i ceniony. Bardzo będzie mi brakowało Jego ciepłego zwrotu: *„odpowiedz mi, Krzysiu, tylko na jedno pytanie"...*

Żegnaj Wspaniały Kolego i Przyjacielu, na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci!

Krzysztof Makuch

Z przykrością powiadamiamy
o odejściu naszych ukochanych
Rodziców, Dziadków, Pradziadków,
zasłużonych w swej ponad 40-letniej pracy
lekarzy stomatologów,
oddanych rodzinie
i swym pacjentom

Janiny Andrzejewskiej
zmarłej 10 listopada 2019 r.

oraz

Wojciecha Andrzejewskiego
zmarłego 18 grudnia 2020 r.

Pokój Ich duszom.

Pogrążeni w głębokim smutku
dzieci, rodzina, znajomi i pacjenci

Naszemu Koledze Panu
doc. Tadeuszowi M. Zielonce
wyrazy szczerego współczucia
w trudnym czasie po śmierci
Taty

śp.
prof. Zbigniewa Zielonki

składają koledzy
całego zespołu
Oddziału Chorób Wewnętrznych
Szpitala Czerniakowskiego.

Panu
prof. dr. hab. n. med.
Olgierdowi Kapuścińskiemu
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Żony

składają pracownicy
Zakładu Radiologii
Narodowego Instytutu Kardiologii
w Warszawie.

PRACA DLA LEKARZY

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

CENTRUM KARIERY LEKARZA

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

Program ubezpieczenia OC
lekarzy i lekarzy dentystów

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

PAMIĘTAJ O PONOWNYM ZŁOŻENIU DEKLARACJI

Deklarację przystąpienia możesz wypełnić: **ins-med.pl/oil-warszawa**

Ubezpieczenie OC lekarza i lekarza dentysty jest bezpłatne dla członka OIL w Warszawie.

program obsługuje:
INS Service
Insurance agency

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń
przeznaczony specjalnie dla lekarzy.

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

- ubezpieczenie utraty dochodu, odszkodowanie nawet do 180 tys. zł
- ubezpieczenie ochrony prawnej nawet do 500 tys. zł
- ubezpieczenie OC nadwyżkowe, możliwość rozszerzenia zakresu o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną
- ubezpieczenie NNW związane z ekspozycją na HIV / WZW
- PZU Wojażer dla lekarzy na cały rok

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

Specjalna oferta ubezpieczeń OC dla podmiotów leczniczych

Gwarantujemy:

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

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

INS Services
insurance agency

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

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

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

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski, tel. 22-542-83-82
Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów Dariusz Paluszek, tel. 22-542-83-55
Wiceprezes ORL Jarosław Biliński, tel. 22-542-83-45
Wiceprezes ORL Krzysztof Madej, tel. 22-542-83-46
Wiceprezes ORL przewodniczący Delegatury Radomskiej Mieczysław Szatanek, tel. 48-331-36-62
Sekretariat tel. 22-542-83-40, 22-542-83-47, faks 22-542-83-41
Sekretarz ORL Marta Moczydłowska, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41
Zastępca sekretarza ORL Piotr Pawliszak, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41
Skarbnik Jan Krzysztof Kowalczuk, tel. 22-542-83-85
Pełnomocnik ds. operacyjnych Piotr Wincjunas, tel. 22-54-28-345
Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej Ewelina Bobak-Petrucha, tel. 22-542-83-22, 22-542-83-24, 22-542-83-27
Okręgowy Sąd Lekarski przewodnicząca Magdalena Rychłowska-Pruszyńska, tel. 22-542-83-20, 22-542-83-21
Okręgowa Komisja Rewizyjna przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak, tel. 22-542-83-90
Dyrektor biura Anna Ścibisz, tel. 22-542-83-47
Główna księgowa Agnieszka Kazimierczak, tel. 22-542-83-36
Księgowość tel. 22-542-83-35, 22-542-83-79, 22-542-83-54
Kasa tel. 22-542-83-24, czynna wtorek – 9.00 – 15.00 (przerwa 13.00 – 13.30),
środa – 9.00 – 15.00 (przerwa 13.00 – 13.30),
Składki tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, 22-542-83-78, 22-542-83-96
Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu tel. 22-542-83-16, 22-542-83-14
Komisja ds. Praktyk Lekarskich tel. 22-542-83-18, 22-542-83-19
Okręgowa Komisja Wyborcza tel. 22-542-83-48
Zespół ds. Wyborów tel. 22-542-83-06
Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia tel. 22-542-83-30
Komisja ds. Stażu Podyplomowego tel. 22-542-83-32
Komisja Bioetyczna przy OIL w Warszawie tel. 22-542-83-12
Komisja ds. Lekarzy Dentystów tel. 22-542-83-55
Komisja ds. Nauki i Kształcenia tel. 22-54-83-33
Komisja Współpracy z Zagranicą tel. 22-542-83-90
Komisja Lekarzy Seniorów tel. 22-542-83-30
Komisja Młodych Lekarzy tel. 22-542-83-80
Komisja ds. Kultury tel. 22-542-83-33
Komisja ds. Sportu tel. 22-542-83-33
Rzecznik praw lekarza tel. 22-542-83-29
Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów tel. 660-672-133
Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów tel. 22-542-83-71, 22-542-83-75, 22-542-83-76, 22-542-83-77, faks 22-542-83-65, odz@oilwaw.org.pl
Rada Funduszu Samopomocy tel. 22-542-83-33
Mediator tel. 22-542-83-29
Zespół ds. Wypalenia Zawodowego tel. 22-542-83-80
Zespół ds. Matek Lekarek tel. 22-542-83-80
Zespół ds. Szczepień tel. 22-542-83-33
Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia tel. 22-542-83-90
Dział Informacji Medialnej tel. 22-542-83-83, **rzecznik prasowy** Renata Jeziółkowska, tel. 660-679-737
Marketing i reklama tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00, marketing@oilwaw.org.pl
Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16), tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30,
poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 7.30–15.30, środa w godz. 8.00–16.00
Fundacja Pro Seniore tel. 22-542-83-30 proseniore@oilwaw.org.pl

www.izba-lekarska.pl

Biuro OIL od 1.03.2021 r. działa w godzinach 8.00 - 16.00. Szczegóły na stronie internetowej izby.
Zachęcamy do **zdalnego załatwiania spraw.** Szczegółowe informacje (pobierz kod) ››
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, NIP 522-00-02-357, tel.: 22-542-83-48, biuro@oilwaw.org.pl

E-KONGRES

TOP MEDICAL TRENDS

2021

19–29 kwietnia
ONLINE

ORGANIZATOR
Wydawnictwo Termedia,
wydawca czasopism *Lekarz POZ*
i *Top Medical Trends – Przewodnik Lekarza*

PATRONAT NAUKOWY
Polskie Towarzystwo
Medycyny Rodzinnej
oraz
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

BIURO ORGANIZACYJNE
Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl

WIĘCEJ INFORMACJI NA
WWW.TOPMEDICALTRENDS.PL

RADA NAUKOWA

PRZEWODNICZĄCY
prof. dr hab. Jacek WYSOCKI
zastępca przewodniczącego
Polskiego Towarzystwa Wakcynologii

SEKRETARZ
dr hab. Agnieszka MASTALERZ-MIGAS
konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej,
kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

CZŁONKOWIE
dr hab. Jarosław DROBNIK, prof. PMWSZ
wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

prof. dr hab. Zbigniew GACIONG
rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr hab. Anna POSADZY-MAŁACZYŃSKA
kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

prof. dr hab. Jacek SZEPIETOWSKI
kierownik Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
honorowy przewodniczący
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego,
prezydent Europejskiego Towarzystwa Psychodermatologii (ESDaP)

TERMEDIA
NOWE TRENDY W MEDYCYNIE
WWW.TERMEDIA.PL