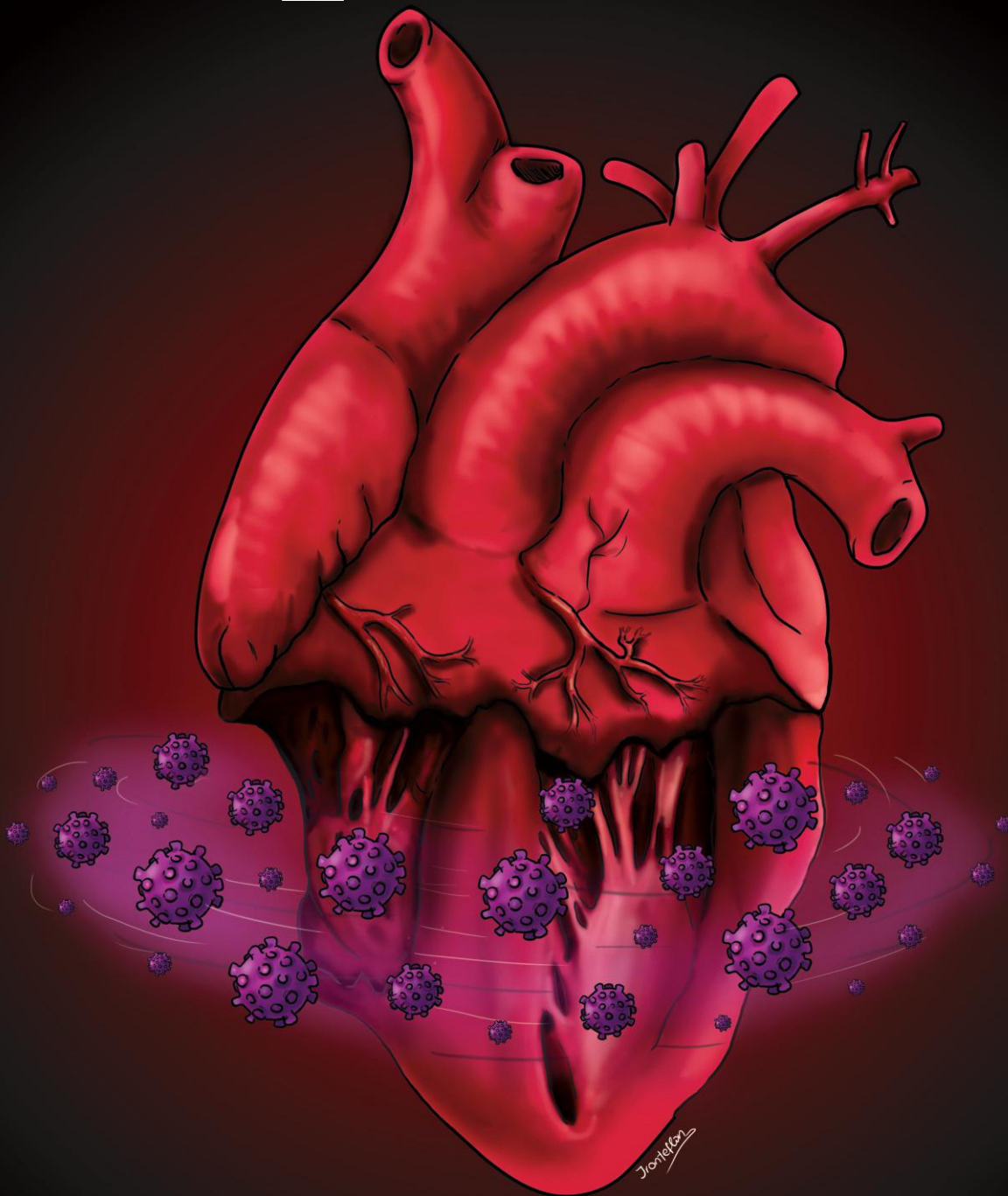


Miesięcznik  
Okręgowej  
Izby Lekarskiej  
w Warszawie  
im. prof. Jana  
Nielubowicza

# puls

CZERWIEC 2021 (nr 314)



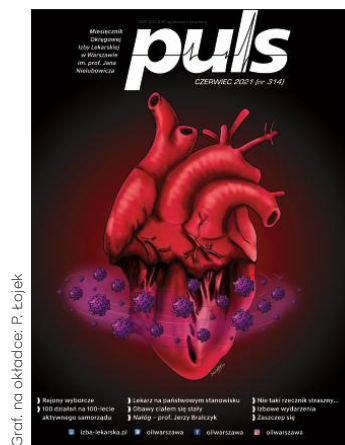
» Rejony wyborcze  
» 100 działań na 100-lecie  
aktywnego samorządu

» Lekarz na państwowym stanowisku  
» Obawy ciałem się stały  
» *Nałóg* – prof. Jerzy Bralczyk

» Nie taki rzeźnik straszny...  
» Izbowe wydarzenia  
» Zaszczep się

# SPIS TREŚCI

- ▶ NA DZIEŃ DOBRY (str. 2) \_\_\_\_\_
- ▶ DZIŚ I JUTRO (str. 3) \_\_\_\_\_
- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 16, 26–28, 39, 50–52, 54)
- 26** Izbowe wydarzenia dla lekarzy i lekarzy dentyków
- 39** Interwencje rzecznika praw lekarza
- ▶ SAMORZĄD \_\_\_\_\_
- 4** 100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu
- 7** Wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy
- 16** Nie taki rzecznik straszny...  
– rozmowa z Ewelina Bobek-Pstruchą
- ▶ WYNURZENIA I IDEOLOGIE... \_\_\_\_\_
- 9** Memizacja przestrzeni publicznej  
– Jarosław Biliński
- ▶ OPINIE \_\_\_\_\_
- 10** Obawy ciałem się stały  
– Małgorzata Solecka
- 12** Jeszcze w zielone gramy  
– Paweł Walewski
- 14** Covidowe pokolenie  
– Paweł Kowal
- ▶ SŁOWA NA ZDROWIE \_\_\_\_\_
- 13** Nałóg  
– prof. Jerzy Bralczyk
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA \_\_\_\_\_
- 15** Nowy portfel z bombonierką  
– Marek Balicki
- ▶ ETYKA \_\_\_\_\_
- 19** Lekarz na państwowym stanowisku  
– Michał Niepytalski
- ▶ ZDROWIE PSYCHICZNE \_\_\_\_\_
- 22** Wypijmy... na zdrowie?  
– Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW \_\_\_\_\_
- 24** Warto przeczytać  
– Dariusz Paluszek
- 25** #IzbaDlaLekarzy, także zdających PES
- 25** List intencyjny: współpraca OIL w Warszawie i PTSG



Gráf. na okładce: P. Łojek

www.miesiecznik-puls.org.pl

- ▶ SZCZEPHENIA \_\_\_\_\_
- 29** Zaszczep się. Wróćmy do normalności.
- 30** Nieważne czym, ważne, by jak najszybciej  
– rozmowa z Anną Rahnamą
- ▶ MEDIA \_\_\_\_\_
- 32** #SPRAWDZAM  
– Małgorzata Solecka
- 33** #W\_ETERZE
- ▶ ZABIEGI WIZERUNKOWE \_\_\_\_\_
- 36** Trzeźwe spojrzenie  
– rozmowa z Maciejem Orłosiem
- ▶ PRAWO \_\_\_\_\_
- 40** Stan specjalnej troski  
– Aleksandra Powierża, Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- 42** Wokół epidemii COVID-19  
– Filip Niemczyk
- ▶ NA PRZESTRZENI LAT \_\_\_\_\_
- 45** „Dawniej» inteligentów« na odwyku było mało”  
– rozmowa z Bohdanem Tadeuszem Woronowiczem
- ▶ PO GODZINACH \_\_\_\_\_
- 48** Lekarze na szlaku  
– rozmowa z Dariuszem Bobołą
- ▶ W PIGUŁCE (str. 6) \_\_\_\_\_
- ▶ OKIEM NFZ (str. 38) \_\_\_\_\_
- ▶ LIST DO REDAKCJI (str. 44) \_\_\_\_\_
- ▶ WSPOMNIENIE (str. 53) \_\_\_\_\_



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Niełubowicza

## PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE



**Lekarzu z OIL w Warszawie,  
skontaktuj się z pełnomocnikiem, jeżeli chcesz:**

- dowiedzieć się, jak zadbać o swoje zdrowie psychiczne
- skorzystać z pomocy psychoterapeutów współpracujących z OIL w Warszawie
- pomóc koleżce lekarzowi (a nie wiesz, jak to zrobić)

**Zapraszamy do kontaktu:**

tel. 660 672 133 (prosimy o wiadomość SMS, pełnomocnik oddzwoni)  
e-mail: [pełnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl](mailto:pełnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl)

Więcej:



## OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ



Wywiad z OROZ na str. 16.



Fot.: K. Bartyzel

**RENATA JEZIÓŁKOWSKA**

redaktor naczelna

**„Nie dramatyzuj”**

*„Nie przesadzaj, inni mają gorzej, jesteś przewrażliwiony/przewrażliwiona”. Jak często zdarzało nam się słyszeć te słowa, gdy głośno mówiliśmy o złym samopoczuciu, obawach, problemach, gdy się otwieraliśmy? Zamiast wsparcia i zrozumienia – „policzek”.*

Bo przecież trzeba być silnym. I lawina kolejnych myśli. Podobno czekolada rozumie wszelkie troski, alkohol rozumie... A czemu psychiatra miałby nie zrozumieć? Problemy psychiczne to wciąż w społeczeństwie temat tabu, a wizyta u fachowca uznawana jest, choć w coraz mniejszym stopniu, za coś krępującego, wręcz powód do wstydu. Pandemia potęguje problemy, oddziałuje na zdrowie fizyczne i psychiczne.

**C**COVID-19 bezpośrednio lub pośrednio dotknął wszystkich. U wielu osób spowodował urazy, zaostrzył problemy zdrowotne, u wielu dokonał spustoszenia emocjonalnego. U lekarzy także. Symbolizuje to ulegające zniszczeniu serce na naszej okładce. Ten numer „Pulsu” w dużej części poświęcamy fizycznym i psychicznym skutkom pandemii. Szczególny nacisk kładziemy na uzależnienia. Rozmawiamy z ekspertami i zachęcamy do korzystania z pomocy pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, który służy wsparciem członkom naszej izby.

Poruszamy kwestie prawne i etyczne. Zadajemy pytania o łączenie zawodu lekarza z funkcjami państwowymi i działalnością polityczną. Przyglądamy się kwestii wizerunku w kontekście uzależnień, różnego kalibru sytuacji, wypadków i wpadek. Wyjaśniamy, jakie są zadania okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i namawiamy do włączania się w tę sferę działalności samorządowej.

W tym numerze publikujemy porównanie różnych szczepionek przeciw COVID-19, opracowane przez nasz Zespół ds. Szczepień, oraz rozmawiamy o postawie pacjentów wobec szczepień, ich wątpliwo-

ściach i obawach. Sprawdzamy, co dla pacjentów i lekarzy kryje się za zapowiedziami zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia.

Nasza izba, biorąc pod uwagę sytuację epidemiczną i szczepienia, organizuje spotkania dla lekarzy. Słowo „wracamy” nie byłoby tu adekwatne, bo nie zamykaliśmy się i nigdzie nie poszliśmy, wręcz przeciwnie – mieliśmy w pandemii mnóstwo zadań. Raczej wracają wydarzenia nieonline. Widzimy, jak bardzo brakowało bezpośrednich izbowych spotkań (oczywiście planujemy wszystko z zachowaniem reżimu sanitarnego) i jak bardzo tęsknimy za normalnością. Na pewno klimat „prawie jak w czasach przed epidemią” bardzo odpowiadał uczestniczkom Dnia Matki Lekarki i osobom, które wzięły udział w Rodzinnym Rajdzie Rowerowym oraz w „Medic Walking”. Z formuły online nadal chętnie korzystamy i korzystać będziemy, bo w wielu sytuacjach spełnia nasze oczekiwania. Sprawdzają się również formy hybrydowe, czego świetne przykłady stanowiły konferencja „Problemy interny na Mazowszu” oraz konferencje dentyckie mające miejsce częściowo w siedzibie OIL w Warszawie. Przygotowujemy kolejne izbowe wydarzenia, na które serdecznie Państwa zapraszamy. Zaproszenia publikujemy w naszym miesięczniku, ale też informujemy o nich na stronie internetowej i w mediach społecznościowych.

Wiele naszych działań wpisuje się w 100-lecie samorządu, o którym przy każdej okazji i w każdym tegorocznym numerze „Pulsu” przypominamy. Kontynuujemy nasz cykl i planujemy różne inne formy uczczenia tego wyjątkowego jubileuszu.

Informujemy oczywiście o kolejnych etapach wyborów i kluczowych terminach. ■



**ŁUKASZ JANKOWSKI**  
prezes ORL w Warszawie

# Koleżanki i Koledzy,

szpitalne oddziały „odcovidowują się”, liczba zachorowań spada, więc pojawiło się poczucie, że wszystko powoli wraca na... tory. Celowo pomijam określenie „właściwe”, bo zdecydowanie nie pasuje do stanu ochrony zdrowia sprzed pandemii.

**S**ytuacja była fatalna już przed pandemią, wraz z jej nasilaniem się system zaciągnął u medyków ogromny kredyt. Jedyne dzięki ciężkiej pracy lekarzy, pielęgniarek, personelu to wszystko się nie zawaliło. Pisząc „kredyt”, mam na myśli poświęconą energię, życie rodzinne, niezadko resztki wolnego czasu. Bo kto, jak nie my?

Rozumiemy – pandemia, wszystkie ręce na pokład! Jednak gdy „jedziemy na oparach” i słyszymy, że pomysły na „po pandemii” nie są poprzedzone systemowymi zmianami, lecz znów ich realizacja będzie opierać się na nas, aż trudno wyrazić emocje. Śmiać się, czy płakać?! Dobrze byłoby wiedzieć, że teraz się przemęczymy, ale nadejdą zmiany, zostaniemy odciążeni z biurokracji, pojawią się wreszcie asystenci medyczni, prowizorkę, chaos, niejasne wytyczne zastąpią porządne, rzetelne rozwiązania.

Trudno przejść obojętnie wobec nieuleczonej ochrony zdrowia. Jako lekarze szczególnie to rozumiemy. Wizja przyszłości kreślona przez decydentów podczas konferencji prasowych prezentuje się bardzo ładnie. Po analizie zapowiedzi entuzjazm niestety opada.

System po pandemii ma do spłacenia dług zdrowotny wobec pacjentów. Co miałby

zmienić pomysł zniesienia limitów wizyt u specjalistów, skoro brakuje specjalistów?

Nie wystarczą brawa i podziękowania. Nie chodzi też o dożalne dodatki czy rekompensaty. Zmiany systemowe przerażają każdy kolejny rząd i przekonujemy się, że nawet pandemia nie spowodowała przełomu. Owszem, temat zdrowia trafił na czołówki gazet i „jedyński” serwisów informacyjnych, ale co z tego?

Zauważamy coraz większe przyzwolenie społeczne na postrzeganie lekarzy w kategoriach służby. Pracownicy służby zdrowia – to sformułowanie jest błędne, bo przecież od lat nie istnieje służba zdrowia, tylko ochrona zdrowia. Jednak jest ono wciąż powtarzane, również przez najważniejsze osoby w państwie. Czy naprawdę, gdy decyduje się o sprawach ochrony zdrowia, nie zna się obowiązujących pojęć? Fakt, że mamy Kodeks Etyki Lekarskiej i wiemy, że dobro pacjenta jest najważniejsze, nie czyni z nas służby, od której wymaga się bezgranicznego poświęcenia wszystkiego, zawsze i wszędzie.

Oczekujemy konkretów. Dialogu. Gdy go brakuje, nie obrażamy się, lecz dalej wychodzimy z propozycjami, bo to ważne dla środowiska. Wciąż nie ma np. dobrego systemu płacowego. Są niezrozumiałe nierówności, patologiczna wręcz „wieloletowość”. Naszym merytorycznym wyjściem przed szereg i reakcją na nie do przyjęcia projekt ustawy o płacach w ochronie zdrowia będzie ekspercka konferencja dotycząca siatki płac. Bo powinien zostać opracowany docelowy model, uwzględniający płacenie za jakość oraz kierujący się bezpieczeństwem pacjenta. Konferencję planujemy jeszcze w czerwcu. Zapowiedź oraz relację opublikujemy na stronie internetowej izby oraz na naszych profilach w mediach społecznościowych. ■

# 100 działań na 100-lecie

Jesteśmy na półmetku – w tym numerze przedstawiamy piątą dziesiątkę organizowanych i współorganizowanych przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie przedsięwzięć oraz funkcjonujących w izbie i przy izbie organów, zespołów, form wsparcia. Zajmujemy się strictly izbowymi zadaniami, ale angażujemy się także na zewnątrz, m.in. podejmujemy współpracę z różnymi podmiotami. W działaniach OIL koncentrujemy się na edukacji, ale również wspieramy rozwój lekarskich zainteresowań sportowych, muzycznych, artystycznych. W niniejszym zestawieniu znalazły się ponadto akcenty medialne. Coraz częściej planujemy wydarzenia poza przestrzenią wirtualną.

## 1

Samorząd rozstrzyga wątpliwości dotyczące etyki lekarskiej i postępowania zgodnie z prawem. Skargi rozpatruje **okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej**. Izba zachęca do zgłaszania się lekarzy do pełnienia tego typu funkcji, których istnienie i sprawna realizacja odgrywają istotną rolę dla środowiska lekarskiego. Jak zostać okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, jak wyglądają kwestie skarg i całej ścieżki postępowania informujemy na str. 16.



## 3

Prowadzimy akcje edukacyjne, m.in. dotyczące szczepień ochronnych. Zespół ds. Szczepień przygotował graficzną **analizę porównawczą czterech stosowanych w Polsce szczepionek przeciwko COVID-19**. Opracowanie to, stanowiące zestawienie w pigułce najświeższych informacji na temat szczepionek, promujemy m.in. na naszych profilach społecznościowych, by lekarze mieli je w zasięgu ręki. Grafika na str. 29.



## 2

Podejmujemy i formalizujemy **współpracę na rzecz zdrowia** z różnymi instytucjami, jednostkami, placówkami. W ostatnim czasie podpisany został list intencyjny z Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej (więcej na str. 25). W tym roku zawarliśmy także porozumienie z Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym. Porozumienie dotyczące wspólnych inicjatyw podpisaliśmy również m.in. z Urzędem m.st. Warszawy i Warszawskim Uniwersytetem Medycznym.



## 4

Uzdolnionych muzycznie członków izby zapraszamy do udziału w **2. Festiwalu Piosenki Lekarzy**, który odbędzie się 25–26 września. Już można zacząć przygotowania, zgłoszenia przyjmowane są do 15 sierpnia. Festiwal planujemy wspólnie z działającym przy izbie chórem Medicantus. Szczegóły:



# e aktywnego samorządu

5

OIL w Warszawie w ramach propagowania zdrowego stylu życia wspiera różnego rodzaju przedsięwzięcia sportowe oraz aktywnych sportowo lekarzy. Takie wsparcie otrzymuje m.in. **Lekarski Klub Turystyki Pieszej „Pro-Mile”**, który organizuje rajdy w różnych zakątkach Polski. Klub skupiał początkowo wyłącznie lekarzy z Kozienic, obecnie w jego imprezach biorą udział także medycy z terenu naszej izby.



8

Okręgowa Izba Lekarska zapewnia rodzinom zmarłych lekarzy **odprawy pośmiertne** w wysokości 1 tys. zł. Ponadto do dzieci zmarłych, które nie przekroczyły 26. roku życia i uczą się, trafiły zapomogi w formie stypendium w wysokości 2 tys. zł rocznie. W ubiegłym roku wypłacono odprawy dla rodzin 53 lekarzy, w tym roku – dotychczas dla 19. Stypendia w zeszłym roku przyznano 24 osobom, w bieżącym – 2.



6

W obchody 100-lecia samorządu wpisują się **7. Otwarte Mistrzostwa Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie w Radomiu** organizowane przez Delegaturę Radomską. Bieg zaplanowany na 27 czerwca odbędzie się w ramach 9. Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76 (organizowanego przez Stowarzyszenie Bieganiem Radom! i prezydenta Radomia). Zapisy:



9

Pod hasłem „Wyjdz z twarzą” przeprowadzimy 26–27 lipca **szkolenie rzeczowników prasowych i osób reprezentujących szpitale w mediach**. Wśród wykładowców będą autorytety w swoich dziedzinach, m.in. współpracujący z „Pulsem” prof. Jerzy Bralczyk i Maciej Orłoś. Szkolenie będzie miało charakter warsztatowy, złożą się na nie bloki: „Słowa na zdrowie”, „Zabiegi wizerunkowe”, „Medialna gorączka”, „Zdrowe brzmienie”, „Z głową”. Inicjatywa pojawiła się w ubiegłym roku, jednak w jej realizacji przeszkodziła pandemia.



7

Kolejną naszą propozycją jest szkolenie **„Gabinet lekarski – od pomysłu do pierwszego pacjenta”**. Uczestnicy poznają krok po kroku sposób zakładania praktyki, kwestie księgowości, finansów, zatrudnienia pracowników, programów, prowadzenia dokumentacji medycznej, urządzania wnętrz, zakupu sprzętu i wyposażenia, kredytów, kontroli, odbioru inwestycji przez Sanepid, ale też metody informowania i komunikacji z pacjentami. Zapisy zaczną się pod koniec lipca. Szczegółowe informacje będziemy publikować na stronie internetowej.



10

Kierując się ideą #IzbaDlaLekarzy, a tym samym #PulsDlaLekarzy, wszystkich, którzy chcieliby podzielić się swoimi pomysłami, opiniami dotyczącymi „Pulsu” lub zadać pytania, zapraszamy na **otwarte kolegium redakcyjne**. Spotkanie online planujemy na 2 lipca o godz. 16.00. Chętni mogą zgłaszać się e-mailowo: puls@oilwaw.org.pl. Redakcja skontaktuje się z każdą zgłaszającą się osobą i prześle instrukcję udziału w zdalnym posiedzeniu zespołu. ■



Oprac. Renata Jeziólkowska

Podczas pandemii COVID-19 wiele mówi się o chorobach towarzyszących. Zwykle w kontekście ich oddziaływania na przebieg zakażenia koronawirusem. Tym razem postanowiliśmy w pigułce omówić **choroby, których nasilenie powodują metody walki z epidemią**, a więc praca zdalna i dystans społeczny.

**D**la osób pracujących przy biurku wielomiesięczna praca z domu oznaczać może znacznie większe niż w normalnych warunkach ryzyko urazów kręgosłupa. „Boston Globe” wskazuje, że do głównych czynników zwiększających owo ryzyko należą nowe stanowiska pracy – łóżka, kanapy, nieergonomiczne krzesła przy stołach itp. Nie mniej szkodliwa jest długotrwała praca przy laptopach, których konstrukcja uniemożliwia przyjęcie optymalnej pozycji – z przedramionami ułożonymi prostopadle do ciała i monitorem na wysokości wzroku. Jeśli ktoś wykonuje pracę w biurze, raz na jakiś czas wstaje od stanowiska, np. by wziąć udział w zebraniu, porozmawiać z osobą z innego pomieszczenia. W domu ani takiej okazji, ani takiej potrzeby nie ma. Dlatego bardzo ważne jest pamiętanie o przerwach na rozruszanie się.

**P**rzerwy powinny stanowić jeden z zabiegów przeciwdziałających otyłości. Pandemia także i na tym polu przyniosła negatywne skutki. Pogarszające się nawyki żywieniowe i brak ruchu, spowodowany m.in. zamknięciem obiektów sportowych i odwołaniem treningów, to główne przyczyny problemu. Tym poważniejszego, że badania wskazują na związek otyłości z ciężkim przebiegiem COVID-19. Grupa badaczy z Włoch i USA w czasopiśmie „Clinical Nutrition” zwraca uwagę, że w związku z tym podczas pandemii należy nie tylko przeciwdziałać otyłości, ale także szczególnie wyczulić osoby z nadwagą, by skuteczniej zadbały o zdrowie.

**O**kazuje się, że pandemia ma negatywny wpływ także na nasze oczy. Wraz z pojawieniem się globalnego zagrożenia COVID-19 i społecznych metod walki z pandemią znacznie wzrosła liczba osób cierpiących na zespół suchego oka. Na łamach czasopisma „Risk Management and Healthcare Policy” badacze udowadniają, że nie wynika to jedynie z intensywniejszego używania komputerów i smartfonów (choćby podczas pracy i nauki zdalnej). Podobnie dużym problemem jest zubożenie diety i deficyt witamin, a także np. zaburzenia snu stanowiące wypadkową problemów o charakterze psychicznym, które również istotnie wzmogły się z nadejściem pandemii.

**A**merykańskie badania realizowane przez Rządową Agencję ds. Zwalczania i Prewencji Chorób (CDC) wskazują, że w ciągu ostatniego roku wzrósł odsetek osób doświadczających stanów lękowych i depresyjnych, a także osób, których stan psychiczny wymagał konsultacji ze specjalistą, a owej konsultacji nie mogli odbyć. Zmiana trybu życia związana z ograniczeniem przemieszczania się i kontaktów z jednoczesnym stałym lękiem o własne i bliskich zdrowie i życie nie tylko wywołała nowe problemy psychiczne, ale także uwypukliła te, które przed pandemią tylko się tliły. Na łamach Healthline.com Tara Swart, badaczka układu nerwowego

z Massachusetts Institute of Technology, przyznaje, że po zakończeniu pandemii mogą pojawić się kłopoty natury psychicznej. Powrót do normalnego życia będzie jej zdaniem wymagał dostosowania się, bo przebywanie w otoczeniu większej liczby ludzi może się wiązać z dyskomfortem psychicznym, a nawet lękiem społecznym lub lękiem przestrzeni.

**Ś**wiatowe Forum Ekonomiczne zwraca uwagę, że ograniczenie możliwości socjalizacji podczas ostatnich kilkunastu miesięcy wpłynęło również na nasze zdolności poznawcze. Organizacja podkreśla jednocześnie, że pandemia stworzyła unikalną przestrzeń badawczą dla analizy wpływu ograniczenia społecznych interakcji na ludzki umysł. Badania, które udało się zrealizować w ostatnim czasie, wcześniej prowadzono przede wszystkim na bardzo specyficznych i wąskich grupach – astronautach, osobach przebywających w bazach polarnych itp. Najnowsze analizy naukowe potwierdziły to, co wynikało z wcześniejszych dociekań – przebywanie w izolacji i brak kontaktu z szerszymi grupami ludzi wpływa negatywnie na pamięć, poziom koncentracji i zdolność przyswajania nowych informacji. Te same badania dowodzą jednak, że zdolności poznawczych nie tracimy na zawsze, na szczęście wracają po unormowaniu się sytuacji.

**N**a łamach „Harvard Public Health Review” pojawiła się publikacja zwracająca uwagę na jeszcze inne kłopoty dotyczące pamięci. Chodzi o zaburzoną przez lockdown zdolność tworzenia wspomnień. Monotonia życia, zwłaszcza jeśli ktoś pracuje zdalnie w domu, powoduje, że trudniej oddzielić czas wolny od czasu pracy, tydzień pracy od weekendu itp. To pogarsza percepcję upływu czasu, w efekcie trudniej umiejscowić w czasie konkretne wspomnienie. Monotonia wiąże się z niewielką liczbą nowych bodźców pamięciowych. A to one, przekonuje autor artykułu w „HPHR”, mają decydujący wpływ na nasze postrzeganie przeszłości przez pryzmat wspomnień.

**B**rytyjskie badanie zrealizowane przez Education Endowment Foundation wskazuje, że pandemiczne ograniczenie kontaktów w niebagatelnym stopniu oddziałuje na rozwój zdolności językowych wśród dzieci, np. na zasób słownictwa. Dorosli ograniczyli przede wszystkim relacje towarzyskie i bezpośrednie kontakty zawodowe, dla komunikacji najmłodszych poważniejszym problemem stało się zaś znaczne zmniejszenie ilości czasu spędzanego z dziadkami i to, że większość osób, z którymi kontaktują się poza domem, nosi maseczki. Spośród uczniów 58 badanych podstawówek, którzy zaczęli rok szkolny we wrześniu 2020 r., dodatkowej pomocy w zakresie komunikacji wymagało o trzy czwarte więcej dzieci niż rok wcześniej. Rząd Wielkiej Brytanii przeznaczył 18 mln funtów na wsparcie działań mających zaradzić temu problemowi. ■

mn



# Wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy

Szanowni Koleżanki i Koledzy,

12 maja Okręgowa Rada Lekarska przyjęła uchwałę nr 50/R-VIII/20 w sprawie ustalenia ostatecznej liczby rejonów wyborczych. Zgodnie z tym dokumentem jest ich 195. Każdy rejon obejmuje od 90 do 263 członków naszej izby, łącznie 33 080 lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających czynne prawo wyborcze.

W następstwie wspomnianej uchwały Okręgowa Komisja Wyborcza przyjęła 18 maja uchwałę w sprawie ustalenia list członków rejonów wyborczych (uchwała nr 44/2021/VIII). W związku z tym 21 maja na stronie internetowej [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl) pojawiła się wyszukiwarka rejonów (szczegóły na grafice na następnej stronie), jest także do wglądu w siedzibie izby w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, oraz w siedzibie delegatury w Radomiu, przy ul. Rwańskiej 16.

Po opublikowaniu list **powstała możliwość zmiany rejonu wyborczego**. Wnioski należy składać **do 20 czerwca**. Wzór wniosku znajdują Państwo na dole strony. Jeżeli zamierzają Państwo uczestniczyć w wyborach w innym rejonie niż podany na liście, należy dostarczyć Okręgowej Komisji Wyborczej wypełniony wniosek:

- pocztą, pod adresem: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18 (decyduje data wpływu do OKW),
- e-mailowo (zeskanowany i podpisany wniosek) pod adresem: [wybory@oilwaw.org.pl](mailto:wybory@oilwaw.org.pl),

- osobiście do Okręgowej Komisji Wyborczej w siedzibie OIL w Warszawie, ul. Puławska 18 (pokój nr 112) lub w siedzibie Delegatury OIL w Radomiu, ul. Rwańska 16, w godzinach pracy biura.

Uprzejmie prosimy, aby każdy wniosek był czytelnie podpisany.

Wszelkie informacje dotyczące zmiany rejonu znajdują się także na naszej stronie internetowej. Wątpliwości można również wyjaśnić telefonicznie (o informacji telefonicznej więcej na następnej stronie).

Po zakończeniu procedury zmiany rejonów wyborczych rozpocznie się okres zgłaszania kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie. W kolejnym numerze „Pulsu” znajdują Państwo wzór karty zgłoszenia ze wszystkimi informacjami dotyczącymi zgłaszania kandydatów.

Informujemy, że zasady przydzielania lekarzy do rejonów wyborczych zawarte są w dokumencie „Wytyczne dla zespołu powołanego na podstawie zarządzenia nr 5/2021 prezesa ORL w Warszawie z 5 stycznia 2021 r. w sprawie powołania zespołu ds. przeprowadzania w rejonach wyborczych wyborów delegatów na OZL w Warszawie IX kadencji 2022–2026”.



**Okręgowa Komisja Wyborcza  
OIL w Warszawie**

## WNIOSEK O PRZENIESIENIE DO INNEGO REJONU WYBORCZEGO I WPISANIE NA LISTĘ TEGO REJONU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nazwisko

LEKARZ       LEKARZ DENTYSTA

--	--	--	--	--	--	--

numer prawa wykonywania zawodu

.....  
numer i nazwa rejonu, na listę którego wpisany jest lekarz

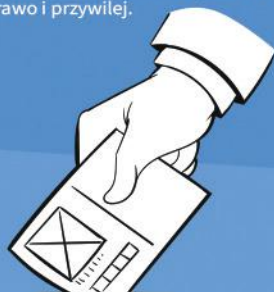
Oświadczam, że zamierzam uczestniczyć w wyborach delegatów na okręgowy zjazd lekarzy w rejonie wyborczym nr ..., nazwa .....  
i proszę o wpisanie mnie na listę członków tego rejonu wyborczego.

.....

**Lekarzu,**  
weź czynny udział w tworzeniu samorządu!

- ✓ **Kandyduj**
- ✓ **Zgłoś delegata**
- ✓ **Oddaj głos**

Udział w wyborach delegatów na zjazd lekarzy to Twoje prawo i przywilej.



Samorząd zawodowy to dobro, o które warto dbać!

### Izba zachęca do zadawania pytań w związku z wyborami.

Jeśli macie Państwo wątpliwości związane z rejonizacją, z adresem, pod jakim przyjdzie pakiet wyborczy, harmonogramem wyborów, prosimy o kontakt telefoniczny:

 **22 542 83 06**  
(biuro warszawskie)

 **48 331 36 62**  
(Delegatura Radomska)



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

## REJONY WYBORCZE



- SPORZĄDZONE PRZEZ OKRĘGOWĄ KOMISJĘ WYBORCZĄ WSTĘPNE LISTY CZŁONKÓW REJONÓW WYBORCZYCH ZOSTAŁY OPUBLIKOWANE 21 MAJA.

- WYSZUKIWARKA REJONÓW WYBORCZYCH ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE OIL W WARSZAWIE: [WWW.IZBA-LEKARSKA.PL](http://WWW.IZBA-LEKARSKA.PL), W ZAKŁADCE „WYBORY”.

- LISTY REJONÓW SĄ TAKŻE DO WGLĄDU W SIEDZIBIE IZBY W WARSZAWIE, PRZY UL. PUŁAWSKIEJ 18, ORAZ W SIEDZIBIE DELEGATURY W RADOMIU, PRZY UL. RWAŃSKIEJ 16.

Wybory Delegatów na Okręgową Izbę Lekarzy w Warszawie IX Kadencji

Rejony wyborcze dentystyczne IX kadencji | Rejony wyborcze lekarskie IX kadencji

Wyszukaj rejon wyborczy

Wytyczne dla zespołu powołanego na podstawie zarządzenia nr 3/2021

Wniosek o utworzenie rejonu wyborczego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Uchwała nr 76/R-VIII/20 ORL - w sprawie ustalenia liczby członków rejonu wyborczego...





21 maja 2021

Wyszukaj rejon wyborczy

PWZ:

Nie jestem robotem

Wyszukaj

Udostępnij    



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza



Fot.: K. Bartyzel

# Memizacja przestrzeni publicznej

JAROSŁAW BILIŃSKI, członek Prezydium ORL w Warszawie

Mamy obecnie czasy, w których krótka informacja obrazkowa połączona z tekstem może powiedzieć o wiele więcej niż kilka stron opisu. „Memy”, czyli gatunek humorystycznej wypowiedzi internetowej w postaci grafiki, obrazka i krótkiego tekstu, stały się formą przekazu informacji. Słowo „mem” wywodzi się z matematyki, której paradygmatem jest mem jako najmniejsza jednostka informacji kulturowej. Tak jak gen to podstawowa jednostka informacji w dziedziczeniu, tak mem to podstawowa jednostka przekazu kulturowego. Jest to o tyle ciekawe, że definicja naukowa została dookreślona samoistnie przez kulturę Internetu – nie trzeba wiedzieć, o co chodzi, ale słowo „mem” weszło do języka szybko i stało się jednostką samą w sobie.

**S**am lubię oglądać i czytać memy, szczególnie jeśli dotyczą tematu, który jest mi bliski albo mnie irytuje. Pozwala to nabrać dystansu do przedmiotu naszych uczuć, ale i do samego siebie. Dlatego memy o ochronie zdrowia, mimo że mogą stanowić swoisty „czarny humor”, zazwyczaj mnie bawią. W tym śmiechu jest jednak silna nuta goryczy, która każe śmiać się i natychmiast kodować w głowie, że to coś w rodzaju bareizmu.

Zdałem sobie ostatnio sprawę, że im więcej tajników medycyny się poznaje, tym więcej memów przychodzi do głowy. Mówiąc „tajniki medycyny”, mam na myśli nasz polski system ochrony zdrowia. Od czasu protestu rezydentów, wyniesienia na sztandary ochrony zdrowia, roztrząsania kwestii systemu w mediach (to akurat jeden z większych sukcesów protestu rezydentów) pojawia się cała masa opinii, jak ten nasz system uzdrowić. W dobie pandemii sytuacja przybrała na sile po tysiącokroć i oprócz domorosłych ekspertów z dziedziny ochrony zdrowia mamy całą plejadę politycznych rarytasów, które można zamknąć w encyklopedię memów. Otóż mam wrażenie, że im bliżej do politycznej konstatacji, że nie ma ważniejszej sfery publicznej niż ochrona zdrowia, tym bardziej politycy wiją się i pocą, jak by tu zamknąć jak najwięcej konkretów w jak najbardziej puste słowa. Paradoks? Otóż to! Politycy zdali sobie bowiem sprawę, że nieuniknione będzie w końcu podniesienie nakładów na ochronę zdrowia, stworzenie podwalin pod racjonalną reformę, poważne zajęcie się tematem. I cholernie się boją! Wiecie Państwo, dlaczego? Dlatego, że polityk patrzy krótkoterminowo – wszystko, co mówi i obiecuje, musi się dokonać w czasie jednej kadencji parlamentu. Jak obieca, powie, że coś robi, musi to zrobić, np. za publiczne pieniądze dzielić i rządzić. W ochronie zdro-

wia nie jest to takie łatwe, gdyż wdrażane zmiany często dopiero po kilku latach dają rezultaty. Zmiany mogą dla wielu być niewygodne, bo zmuszają do racjonalnych prozdrowotnych zachowań, a to wymaga wysiłku. Itd., itp. Dlatego już dziś otwieram torebkę z popcornem i zasiadam w wygodnym fotelu, czekając na kolejną kampanię wyborczą. To będzie niesłychany spektakl! Odbędzie się bowiem wyścig politycznych gadających głów, kto zaproponuje „lepiej” dla ochrony zdrowia, ale jednocześnie na tyle zakręci i zaszczepi rzeczywistość, żeby nie naobiecować nic, co realnie będzie zbyt kosztowne lub co trzeba będzie rzeczywiście wdrożyć, bo profity polityczne mogą być relatywnie małe. Nowa jakość. Myślę, że dla ludzi znających się na ochronie zdrowia będzie to niezwykle płodny czas i memy będą się sypać tonami.

Na koniec zatem parę przykładów memów o ochronie zdrowia. Ponieważ nie mam tutaj możliwości przedstawienia formy wizualnej, przytoczę tylko te, które są (choć być może to oksymoron) memami słownymi:

- Powiem tak: albo amputacja, albo prywatnie.
- Ile czasu czeka się na zabieg usunięcia zaćmy, refundowany przez NFZ? Można się pomylić o 25 lat.
- Jakie jest motto polskiej służby zdrowia? „Czas leczy rany”.

I wreszcie jeden z moich ulubionych, pokazujący, że politycy powołują się na dokumenty i statystyki, które nie istnieją, i nie czują, że to „obciach”. Marszałek Terlecki powiedział kiedyś: „Polska służba zdrowia uznawana jest za jedną z najlepszych w Europie”. Jakież to wymowne, że w memie, w którym to mówił, jego twarz zastąpiona była zdjęciem „Misia” z filmu Barei. ■



Fot. archiwum

# Obawy ciałem się stały

MAŁGORZATA SOLECKA

Przedłużająca się izolacja, stres, niepewność, lęk związany z utratą pracy czy chorobą bliskich powodują, że wiele osób częściej sięga po alkohol – alarmowała rok temu, w pierwszych tygodniach pandemii COVID-19, Fundacja Instytut Łukasiewicza. Dziś eksperci ostrzegają, że jesteśmy na granicy utraty kontroli nad chorobą alkoholową i, choć nie mówi się o tym wystarczająco głośno, po pandemii będzie to jeden z najpoważniejszych problemów dla zdrowia publicznego.

Rok temu, w maju 2020, Polska Agencja Prasowa donosiła, że „wzrost sprzedaży alkoholu w Polsce w marcu i kwietniu, liczony rok do roku, wyniósł od kilku nawet do kilkunastu procent. Podobne zjawisko obserwowane jest w wielu innych krajach świata, m.in. w USA, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii”. Podatek od tzw. małek niewiele zmienił. Można zaryzykować twierdzenie, że Polacy po prostu przerzucili się na większe pojemności, zwłaszcza że jednym z powodów wybierania „małek” była chęć spożycia alkoholu w drodze do pracy lub nawet w pracy (!). Pandemia zmieniła okoliczności: wiele osób pracowało i nadal pracuje zdalnie. Zniknął powód do ukrywania butelki z alkoholem w kieszeni czy torebce. Dr Tadeusz Jędrzejczyk, specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego i były prezes NFZ, mówi, że gdy na każdego mieszkańca przypada ponad 13 l wypitego alkoholu, problem przybiera rozmiary porównywalne z tymi, jakie obserwowano w zaborach rosyjskim i austriackim w połowie XIX w. lub (co wielu pamięta doskonale) w końcówce PRL.

O ile problem konsumpcji alkoholu, a co za tym idzie rosnącego zagrożenia chorobą alkoholową, wydaje się

niewiele umykać decydom, o tyle głośno przyznają, że po pandemii, a raczej po okresie ostrego jej przebiegu (bo pandemia trwa i nie wiadomo, czy uda się ją opanować nawet w przyszłym roku, choć wszystko wskazuje, że kolejne fale nie będą aż tak dotkliwe jak te z jesieni 2020 i wiosny 2021), będziemy mieć ogromny problem z epidemią otyłości. Już przed wybuchem pandemii COVID-19 o otyłości mówiło się w kategoriach problemu pandemicznego wręcz, teraz jest tylko gorzej. To, co wiosną 2020 r. socjologowie i specjaliści z zakresu zdrowia publicznego obserwowali jako groźny fenomen (gwałtowny przyrost masy ciała na skutek lockdownu i prób okiełznania stresu przez „zajadanie” emocji) stało się, nomen omen, ciałem. We Francji w ciągu niespełna dwóch pierwszych miesięcy pandemii niemal 60 proc. obywateli utyliło – średnio o ponad 2 kg. Według przeprowadzonego w maju 2020 r. badania Francuzi zagryzali stres np. czekoladą, mniej się ruszali i pili aperitify z przyjaciółmi podczas towarzyskich spotkań online.

A w Polsce? Już w ubiegłym roku, przed drugą falą pandemii, oszacowano, że średni przyrost masy ciała statystycznego Kowalskiego wyniósł około 2 kg. To m.in. efekt większej liczby godzin spędzanych przed komputerem i telewizorem. Zwłaszcza podczas pierwszej fali pandemii, gdy minister zdrowia mówił, że czas lockdownu nie jest czasem dbania o formę, a za jazdę na rowerze czy bieganie groziły wręcz mandaty i kary administracyjne (cóż z tego, że potem uchylane przez sądy?), Polacy wzięli sobie do serca przekaz: zostań w domu. Przekonani, że ratują życie, przerywając transmisję wirusa, jednocześnie to życie narażali – przez brak ruchu i spożywanie nadmiernej (przy zmniejszonym wysiłku) ilości pożywienia. Problem pandemicznej, w obu znaczeniach, nadwagi i otyłości dotyczy wszystkich – kobiet i mężczyzn, dzieci i dorosłych. Badania opinii publicznej dowodzą, że tylko 13 proc. Polaków utożsamia (prawidłowo!) otyłość z chorobą,

a nadwagę ze stanem prowadzącym do choroby. Dla zdecydowanej większości są to jedynie problemy estetyczne.

Pandemia zaowocowała również (jeszcze) większym przywiązaniem do urządzeń elektronicznych. Zdalna nauka, zdalna praca, rozrywka, możliwość kontynuowania relacji towarzyskich – wszystko przeniosło się przed ekrany. Nawet ćwiczenia fizyczne. Niebawem eksplozję popularności zanotowały wszelkiego rodzaju aplikacje treningowe i kanały trenerów personalnych. Dla formy fizycznej – z korzyścią, dla narządu

Choć o dłużej zdrowotnym, z jakim Polacy wyjdą z pandemii, mówi się najczęściej w kontekście chorób kardiologicznych i onkologicznych, nie ma wątpliwości, że jednym z najpoważniejszych wyzwań będzie szerokie spektrum problemów psychicznych. Już jesienią 2020 r. naukowcy z University of Houston opublikowali badania pokazujące skutki pandemii w obszarze zdrowia psychicznego. A od tego czasu problem się nie tylko nie zmniejszył, ale przez kolejne miesiące stresu, izolacji, często traumatycznych wydarzeń w najbliższym otoczeniu – narósł. Jeszcze długo po wynalezieniu szczepionki



”  
Jeszcze długo  
po wynalezieniu  
szczepionki  
i podliczeniu liczby  
zgonów z powodu  
koronawirusa bę-  
dziemy odczuwać  
skutki epidemii  
w zakresie  
zdrowia  
psychicznego.  
”

Fot. licencja OLL w Warszawie

wzroku, wszystko razem, niekoniecznie. Co trzeci Polak, jak wynika z badania przeprowadzonego przez SW Research na zlecenie firmy Vision Express w maju 2021 r., ocenia stan swojego wzroku źle lub bardzo źle. W lutym w podobnym badaniu, zrealizowanym przez ośrodek badawczy IQS, odsetek takich odpowiedzi wynosił 23 proc.

Pozycja siedząca to również problemy z kręgosłupem czy szerzej – narządem ruchu. Dotyczące dorosłych, ale może przede wszystkim dzieci i młodzieży. Specjaliści alarmują, że poziom kondycji fizycznej młodych Polaków, mierzony w różnego rodzaju testach, systematycznie spada od dwóch dekad. Pandemia COVID-19 tylko problem pogłębiła. Nauka online, zamknięte baseny, sale sportowe i boiska spowodowały, że aktywność fizyczna najmłodszych spadła o 33 proc. – wynika z raportu „Aktywność fizyczna i żywienie dzieci w czasie pandemii”. Z jednej strony skutkuje to wzrostem liczby otyłych lub mających nadwagę dzieci i młodych osób, z drugiej (co prawdopodobnie zostanie dokładnie zmierzone dopiero w kolejnym roku szkolnym) – cierpiących na wady postawy, łącznie z prowadzącymi do bólu kręgosłupa.

i podliczeniu liczby zgonów z powodu koronawirusa będziemy odczuwać skutki epidemii w zakresie zdrowia psychicznego – ostrzegali amerykańscy naukowcy we wrześniu 2020 r. Kilka miesięcy później ruszyła (w krajach rozwiniętych stosunkowo sprawnie) kampania szczepień, ale równolegle do niej – trzecia fala COVID-19.

Psychologowie od miesięcy alarmują, że od rozpoczęcia pandemii znacząco wzrosła liczba szukających pomocy w ich gabinetach. Należą do nich dzieci, młodzież i dorośli. Nie są to pacjenci psychiatryczni, ale tacy, którzy potrzebują, wymagają wręcz, wsparcia psychicznego. Jeśli go nie otrzymają, grożą im poważne kłopoty zdrowotne. Osobnym problemem – wracając do początku – jest również inny skutek pandemii: wzrost skłonności do uzależnień. Uzależnienie od alkoholu, od jedzenia, uzależnienie cyfrowe, ale też inne behawioralne nałogi (życie w wirtualnej rzeczywistości ułatwia np. popadnięcie w uzależnienie od hazardu i zakupów). Naukowcy spodziewają się wręcz, że po pandemii z całą mocą wybuchnie fala zaburzeń psychicznych, z której skutkami będziemy mierzyć się przez lata, ale wręcz przez dekady. ■



Fot. L. Zych, „Polityka”

# Jeszcze w zielone gramy

PAWEŁ WALEWSKI

Kiedy to się skończy?! Ile razy przez półtora roku zadawaliśmy sobie to pytanie – między sobą lub poszukując w doniesieniach medialnych prognoz ekspertów?

**B**yla pierwsza fala, druga, trzecia... Nikt nie wie, co czeka nas jesienią. Ale niezależnie od spodziewanego wygaśnięcia pandemii w związku z nabyciem odporności stadnej (jeśli sprawdzi się optymistyczny scenariusz) jeszcze długo będziemy odczuwali konsekwencje wszystkiego, co koronawirus uczynił na świecie. I nie mam na myśli powikłań, na jakie cierpi mnóstwo ludzi po przechorowaniu COVID-19, ani skutków zaniechania diagnostyki lub leczenia innych chorób, co odzwierciedlają statystyki nadmiarowych zgonów. Takich medycznych następstw będzie bez liku, ale istnieje też pokłosie społeczne pandemicznych obostrzeń, których żniwo zbierzemy za jakiś czas.

Nawiązywanie relacji w popandemicznej teraźniejszości nie wszystkim przyjdzie łatwo, zwłaszcza że przez najbliższe miesiące będziemy mieli społeczeństwo wyraźnie podzielone – na zaszczepionych i nieodpornych.

Izolacja społeczna nie może pozostać bez wpływu – u jednych, bardziej wrażliwych, na psychikę, u reszty zaś na przyzwyczajenia. Nowe nawyki, jakie weszły nam w krew, pewnie pozostaną, ale artykułowane głośno pragnienie jak najszybszego powrotu do „normalności” utożsamianej z czasami sprzed pandemii wskazują tęsknotę za bezpośrednimi spotkaniami, podróżami, a nawet... wychodzeniem do pracy.

O konsekwencjach kwarantanny i dystansowania się od innych ludzi napisano już sporo, a ponieważ jesteśmy istotami społecznymi, niełatwo było niektórym pogodzić się z osamotnieniem wynikającym z ostrych reguł sanitarnych. Lekcja regularnego mycia rąk i zakazu odkaśniania

w otwartą dłoń, podobnie jak pozostawania w domu w przypadku przeziębień lub grypy, przyda się wielu Polakom, którzy byli na bakier z higieną. Ale wzrost wskaźników depresji, uogólnionych lęków, obsesji to również będzie efekt minionego toksycznego roku. I rachunek za to przyjdzie kiedyś zapłacić.

Skąd jednak wiadomo, jaka jest rzeczywista skala zaburzeń, jeśli wiele z nich (jeśli nie większość) przebiega w zamkniętych domach i dotknięte nimi osoby muszą radzić sobie same, bez fachowej pomocy? Z jednej strony izolacja, z drugiej nadmierna bliskość. Osoby nawet o stabilnych dochodach czują się przytłoczone: zdalną pracą, zarządzaniem opieką nad dziećmi, nauką w domu, a poddanie się kwarantannie i odcięcie od krewnych lub przyjaciół pogłębia frustrację. Jak zgrabnie ujęła to prof. Cynthia Enloe z Clark University w jednym z wywiadów: „*Wszyscy jesteśmy na tym samym wzburzonym morzu, ale płyniemy na bardzo różnych łodziach. Niektóre są nieszczelne, inne nie mają wiosel, a jeszcze inne mają silniki o dużej mocy*”.

Przystosowanie do nowej rzeczywistości, jak powiadają psychoterapeuci, każdy więc będzie przechodził we własnym tempie. Niewykluczone, że nadzieja, iż wszystko będzie tak jak przedtem, okaże się płonna. Jednym wychodzi, że powtórka Wielkiego Kryzysu nam nie grozi, innym – że to początek długiej recesji i znaleźliśmy się w największej zapaści od lat. Wielu straciło źródło utrzymania, w rodzinach trwa oplakiwanie bliskich, którzy odeszli w minionym roku. Jak w takiej sytuacji odzyskać po pandemii chęć do życia, jeśli nie ma się poczucia bezpieczeństwa? Nawiązywanie relacji w popandemicznej teraźniejszości nie wszystkim przyjdzie łatwo, zwłaszcza że przez najbliższe miesiące będziemy mieli społeczeństwo wyraźnie podzielone – na zaszczepionych i nieodpornych, na tych, którzy potrafią szybko wrócić na dawne tory, i takich, którzy nie wiedzą, jak odbudować równowagę w relacjach. Dlatego wszechstronna analiza wpływu pandemii na nasze zdrowie koniecznie musi uwzględniać parametry psychiczne, szczególnie u osób najbardziej podatnych na zagrożenia. Pytanie tylko, czy oni sami będą umieli zdiagnozować swój stan, czy też znajdzie się ktoś (no właśnie: kto? lekarze rodzinni?) potrafiący wykryć ich w tłumie i pomóc wydobyć się z letargu? ■



Fot. Flickr/P. Drabik

# Nałóg

Prof. JERZY BRALCZYK

„Nałóg jest takie wciągnięcie się, czyli nałożenie się do czego, że się staje jakby drugą naturą, że człowiek czuje do tego jakiś nieprzewyciężony pociąg, że mu się zdaje, iż się bez tego obejść nie może; i chyba największy gwałt sobie zadając, oprzeć się temu potrafi. Bierze się najczęściej na złą stronę: niekiedy jednak mówi się o rzeczach nieszkodliwych, a nawet dobrych, do których człowiek tak się wezwyczał, iż je niby machinalnie odbywa (...) w nałogu człowiek idzie za tem, co już jakby w naturę jego weszło” – pisze biskup Krasieński w swoim nieocenionym „Słowniku synonimów polskich” z końca XIX w.

Jest w nałogu coś, co go od nas uniezależnia, a zatem co złe postępowanie w jego wyniku po części nas samych zdaje się usprawiedliwiać. Bo to my zależy od nałogu, nie on od nas. Nałóg sam jest uzależnieniem, czasem niezbyt logicznie określanym niby medycznie jako jakiś *-holizm* (*seksoholizm, pracoholizm*). O jego władzy nad człowiekiem mówiły dawne cytaty i przysłowia. Wacław Potocki w XVII w. pisał: „Iacno z grzechu powstanie, kto nie ma nałogu, a kto ma, nie wylezie z niego po ożogu”, mówiono, że „nałóg trudno odmienić”, że „nałóg wiele może” i że „gorszy niż przyrodzenie”. To wszystko też wskazywało, że nałóg, niezależny niejako od człowieka, ku złemu raczej wiedzie. Biernat w XVI w. pisał „ze złego nałogu trudno ku Bogu”. Ale dodawał do nałogu przymiotnik *zły*, co wskazywałoby, że nałóg złym być nie musiał i nie każdy był. Było też powiedzenie „każdą niemal wadę nałóg wdziękiem zdobi”, wskazujące, że nałogowość nieco wadzie wadliwości ujmuje. U Górnickiego w XVI w. „z tego, czego się czynić zwyczajmy, nałóg roście”, a w słowniku Mączyńskiego (też XVI w.) „nałóg jest snadność do czynienia złego abo dobrego”. Nie wiele potem pisze Sebastian Petrycy, że „cnoty nałóg mieć i żyć cnotliwie różne są rzeczy: daleko jest lepsze życie cnotliwe niż mienie nałogu (sc. cnoty)”. Ta niezależność nałogu osłabia grzeszność przewin, ale też umniejsza zasługi cnot.

W niektórych nowszych słownikach sięgano po behawioryzm. W słowniku języka polskiego z 1939 r. mamy, że nałóg to „mocno zakorzenione przyzwyczajenie do wykonywania pewnych czynności, ilekroć występują warunki, w których te czynności już dawniej były

wykonywane”. W połowie ubiegłego wieku to „szkodliwy dla zdrowia, zły nawyk”, ale i „zakorzenione przyzwyczajenie, przywyknienie do czego, włożenie się do czego”.

Nałóg, choć sam w sobie coraz gorszy, w końcu sam zły, zdaje się jednak tłumaczyć złe uczynki, do których prowadzi, właśnie swoją od nas niezależnością. On panuje nad nałogowcem, nie nałogowiec nad nim, nałogowe czyny są niejako poza kontrolą. I wygodne to tłumaczenie, i oszukańcze często. Ciekawe skądinąd, że wolimy nieraz pokazać się ubzewłasnowolnionymi raczej niż panującymi nad czynami. Ale to pewnie z nałogu tłumaczenia się.

Był kiedyś *nałóg*, co mówi etymologia (i na co po trosze wskazuje ostatnia cytowana definicja), czymś na człowieka „nałożonym”, ściślej „nałożonym przez siebie samego”. U Lindego nałóg to to, „do czego się kto nałożył”. Dawniej była żeńska *nałoga*. *Nałożone* jednak coś bywa z góry, tymczasem nałóg jest postrzegany jako coś, w co można *wpaść*, jak w dół (z którego *wydstać się* niemal nie można). Frazeologicznie bywa *zakorzeniony*, co wyraźnie świadczy o trwałości. O przywiązaniu do niego świadczy też *wyrzekanie się nałogu*, tak mówimy o czymś bardzo bliskim.

Było też powiedzenie „każdą niemal wadę nałóg wdziękiem zdobi”, wskazujące, że nałogowość nieco wadzie wadliwości ujmuje.

Bo i bliski nam się staje, gdy go na siebie *nałożymy* (czy gdy się do niego *nałożymy*), i wrośnięty w nas, gdy się *zakorzeni*, i *wyrzec się go* trudno. A jak sobie powiemy, że nad nami *panuje*, to będzie dowód, że rzeczywiście: poddaństwo polega głównie na jego uznaniu. ■



Fot. archiwum

# Covidowe pokolenie

**PAWEŁ KOWAL**

Jeszcze wiele będzie się pisało o skutkach pandemii. Pokazała bezradność państwa w dziedzinie edukacji. Po pierwszym zamknięciu szkół rok temu w Ministerstwie Edukacji Narodowej zapanował najwyraźniej błogi spokój wynikający z przekonania, że najgorsze za nami. Władza powinna była przeszkolić nauczycieli z prowadzenia zdalnych zajęć na masową skalę. Nie zrobiła tego, a tymczasem kolejne zamknięcie szkół nastąpiło jesienią.

Ofiarą słabości systemu oświatowego stało się już całe pokolenie dzieci i młodzieży. Tak, to będzie niedouczone pokolenie, czego skutki dadzą się nam we znaki przez lata. Nie ma wątpliwości, że uczniowie „covidowi” dostali znacznie mniej kapitału na dalsze kształcenie niż to konieczne. Zasapane dzieciaki logujące się na lekcje wychowania fizycznego, a tak naprawdę przewracające się z boku na bok i podglądające filmy na Netfliksie, pozostaną symbolem tego czasu.

Inna sprawa, jakie skutki będzie miało zamknięcie dzieci w domach na wiele miesięcy dla ich rozwoju osobowego. Młodzież, która rok temu poszła do liceum, już praktycznie dwa lata uczy się zdalnie, bez kontaktu z rówieśnikami, czyli tak na dobre spotyka się z koleżankami i kolegami z klasy tylko wirtualnie. Nawet jeśli wrócą do szkoły od września, praktycznie spędzą licealny czas bez normalnych relacji z rówieśnikami. Pół biedy, jeśli w tym czasie mieli kontakt z rodzeństwem, ale wiele dzieci w Polsce jest jedynakami albo ma tylko jedną siostrę lub brata.

Będzie czas na stawianie pytań o zasadność wprowadzenia lockdownu na tak szeroką skalę, będzie czas na analizy, czy warto było to robić. Wiele państw zachodnich podjęło przecież decyzję o ograniczeniach w kontaktach obywateli pod polityczną presją lub w akcie bezsilności, gdyż nie miały doświadczenia w radzeniu sobie z epidemią. Teraz jednak na naszych oczach zaczyna się nowa gra – które z rozwiniętych państw wyciągną lekcje z pandemii, a które nie. Od pojawienia się COVID-19 jednym z kryteriów oceny

nowoczesności państwa będzie umiejętność przestawienia się niemal z dnia na dzień w dwóch podstawowych dziedzinach: edukacji i ochronie zdrowia, z normalnego funkcjonowania na tryb zdalny. W przypadku edukacji chodzi o masowe przeszkolenie uczniów i nauczycieli w zakresie zasad postępowania podczas epidemii. W niektórych państwach Azji Południowo-Wschodniej przyjęto założenie, że powszechne zamknięcie szkół jest ostatecznością.

W Polsce problemem jest przestawienie systemu na zdalny z dnia na dzień – zarówno w edukacji, jak i w ochronie zdrowia, która wymaga znacznie głębszej reformy. Nie tylko zwiększenia środków finansowych, ale przeszkolenia rzeszy osób w zarządzaniu kryzysowym w medycynie, przeglądu szpitali i przychodni w zakresie zagrożenia epidemią, zapewnienia takich plac, by lekarze, pielęgniarki i pozostały personel medyczny nie rozglądali się za pracą poza granicami kraju. Przecież jednym ze skutków COVID-19 jest właśnie zapowiedź odpływu lekarzy do pracy na Zachodzie. Można powiedzieć, że wielu wykonało swoją misję, nie zostawiło pacjentów w potrzebie. Szczególnie narażone służby medyczne w czasie największych dwóch fal epidemii w większości pokazały klasę i odwagę. Ale po tym wszystkim wielu mówi „dość”. Nie chcą mieć z polską ochroną zdrowia wiele wspólnego, nie chcą więcej ryzykować i nie wierzą w zmianę, szczególnie że receptą, którą pokazuje teraz rząd, jest kierowanie każdym szpitalem z poziomu ministerstwa. Czyli ci, co kupowali respiratory, które nigdy nie dotarły na oddziały szpitalne, chcą teraz kontrolować wszystkie szpitale, od Bieszczadów po Szczecin.

I tak dochodzimy do najważniejszego tematu. Rząd przedstawia pomysł, jak wydać wielkie pieniądze na odbudowę po pandemii – tak zwany Polski Ład. Te pieniądze, które w części zostały pożyczone z Unii Europejskiej, nie są po to, żeby je wydać na zasiłki i dodatki. To są pieniądze na strategiczną zmianę w Polsce przede wszystkim w zakresie ochrony zdrowia i edukacji. To nie są pieniądze tylko dla biednych albo tylko dla bogatych. To są pieniądze na sprawne państwo przyszłości dla wszystkich obywateli. To są środki na zmianę państwa – organizmu, który przeszedł przez COVID dzięki wysiłkowi polskich nauczycieli i medyków, dzięki ich skłonności do poświęceń, ale kolejnych kryzysów może już nie przetrwać. ■





Fot. archiwum

# Nowy portfel z bombonierką

MAREK BALICKI

Polski Ład jest w chwili, gdy piszę te słowa, odmieniany przez wszystkie przypadki. To zrozumiała reakcja mediów i polityków na ogłoszenie tak ważnego dokumentu programowego rządzącej koalicji. Dokumentu, który ma być strategią przezwyciężenia skutków pandemii i gospodarczej odbudowy państwa. Mało kto z komentatorów zwrócił jednak uwagę, że sprawy zdrowia zostały przez jego autorów umieszczone na pierwszym miejscu listy priorytetów. W programach naszych partii politycznych to do tej pory rzadkość. Czy deklaracja ta znajdzie pokrycie w rzeczywistości? Tu pewności nie mamy. Pierwsza lektura części dokumentu poświęconej zdrowiu może bowiem budzić mieszane uczucia.

**P**ropozycje zdrowotne Polskiego Ładu można określić krótko: nowy portfel i bombonierka. Nowy portfel to zmiany w finansowaniu dotyczące zarówno wielkości przyszłych nakładów na zdrowie, jak i sposobu zbierania składki zdrowotnej. Przyspieszenie osiągnięcia poziomu 6 proc. w relacji do PKB i wyznaczenie nowego celu na poziomie 7 proc. spełnia w dużym stopniu oczekiwania społeczne. Wynika to z trafnie przyjętego założenia, że wydatki na zdrowie na pewnym etapie rozwoju społeczno-gospodarczego muszą rosnać szybciej niż PKB. Taka jest specyfika tej dziedziny. Postęp techniczny nie zmniejsza tu kosztów, wręcz przeciwnie – należy do głównych czynników kosztotwórczych. A jest jeszcze sporo do nadrobienia, choćby w zakresie wynagrodzeń dla personelu medycznego.

Zmiany zasad opłacania składki zdrowotnej nie spodobają się przede wszystkim osiągnięciem wysokie do-

chody w ramach umów cywilnoprawnych. Teraz składka ma mieć charakter liniowy, zależny od dochodu, a nie od ryczału liczonego od 75 proc. przeciętnego wynagrodzenia (obecnie 4,2 tys. zł), bez względu na faktycznie uzyskiwane dochody. Zrównanie zasad płacenia składki dla działalności gospodarczej i umowy o pracę wypada uznać za sprawiedliwe. Niektórzy eksperci postulowali to już od lat. Trzeba przy tym dodać, że nie będzie już kompensowania składki (7,75 proc.) odpowiednią redukcją podatku. Mimo ogólnej obniżki podatków będzie to więc odczuwalne dla najlepiej zarabiających. W tej sytuacji niedosyt pozostawia utrzymanie dotychczasowych zasad opłacania składki dla rolników – 1 zł za hektar przeliczeniowy na rolnika i każdego domownika. Sytuacja dochodowa na wsi zmieniła się bardzo po wejściu do UE. Ale korygowanie wszystkiego naraz byłoby trudne do udźwignięcia w sensie politycznym.

Pozostałe zapowiedzi przypominają bombonierkę z zestawem owiniętych w błyszczącą folię różnych pralinek. Wyglądają zachęcająco i nie zawsze wiemy co kryje się w środku. Działania na rzecz jakości, programy profilaktyczne, rozwój kadr medycznych i nowoczesnych technologii kontrowersji budzić nie będą. Ale co się kryje pod określeniami: Agencja Rozwoju Szpitali, Agencja Modernizacji Szpitali, drugi etap reformy sieci szpitali, nie wiemy. I na tym polega największa słabość strategii. Nie znamy szczegółów, a przede wszystkim brakuje spójnej wizji potrzebnych zmian systemowych, której podporządkowane są poszczególne punkty programu. Sama ich atrakcyjność nie wystarczy. A przecież pandemia udzieliła nam bolesnej lekcji, z której trzeba wyciągnąć wnioski. To jest zatem ciągle przed nami. Na szczęście środki finansowe są w znacznym stopniu zapewnione. ■

Przyspieszenie osiągnięcia poziomu 6 proc. w relacji do PKB i wyznaczenie nowego celu na poziomie 7 proc. spełnia w dużym stopniu oczekiwania społeczne.

”

”



Fot. K. Bartyzel

# Nie taki rzecznik straszny...

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej – to zestawienie słów może wzbudzać napięcie, stres, negatywne emocje i skojarzenia. Czy słusznie? **Ewelina Bobek-Pstrucha**, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, w rozmowie z Renatą Jeziótkowską mówi o ważnej roli OROZ w samorządzie, potrzebie uczestniczenia lekarzy w pełnieniu tej funkcji na miarę XXI w. Przez pryzmat własnych doświadczeń zachęca lekarzy do pełnienia tej roli oraz przybliża szczegóły działalności Biura OROZ.

**Jakim zakresem spraw zajmuje się rzecznik odpowiedzialności zawodowej? W jakim obszarze może się poruszać?**

**N**aszym zadaniem jest przede wszystkim sprawowanie pieczy nad przestrzeganiem przez lekarzy zasad zawartych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Ich naruszenie oznacza po prostu złe wykonywanie zawodu lekarza. Skupiamy się więc na zawodowych przewinieniach albo kwestiach dotyczących etyki lekarskiej (kodeks był nowelizowany w roku 2003, w 2004 ukazał się w obecnej postaci). Te dwa aspekty są niezwykle ważne – każdy lekarz powinien się z nimi zapoznać, żeby prawidłowo wykonywać zawód. Myślę, że podczas studiów w bardzo małym stopniu informuje się przyszłych lekarzy o zasadach pracy w tym zawodzie i jego umocowaniu w prawie, które obowiązuje wszystkich. Do tej pory podczas stażu szkolenia w tej dziedzinie są prowadzone w niewielkim zakresie. Lekarze wkraczają w bardzo odpowiedzialny zawód, nie znając przepisów, które ich obowiązują. Większość wpływających do rzecznika skarg dotyczy głównie tych dwóch zagadnień: nieprzestrzegania przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej.

**Czy każdy może wnieść skargę?**

Absolutnie każdy.

**Nawet anonimowo?**

Generalnie nie, chyba że anonim zawiera istotne i szczegółowe informacje, które umożliwią rzecznikowi wszczęcie sprawy z urzędu.

**Co trzeba zrobić, żeby skarga została rozpatrzona?**

Wszystkie wpływające sprawy traktujemy poważnie. Po przeprowadzeniu czynności sprawdzających rzecznik ma prawo odmówić wszczęcia postępowania bądź wszcząć postępowanie wyjaśniające, które może zakończyć się umorzeniem lub postawieniem zarzutu i skierowaniem sprawy do Okręgowego Sądu Lekarskiego

z wnioskiem o ukaranie. W trakcie rozpatrywania sprawy rzecznik gromadzi dokumentację medyczną, przesłuchuje strony, świadków, powołuje biegłych.

### **Czy ścieżka w ramach samorządu jest potrzebna, skoro można składać skargi na drodze pozasamorządowej?**

Ta ścieżka jest ważna. Zdarzają się również sprawy bezpośrednio kierowane do prokuratury. Zazwyczaj prokuratura informuje nas, że prowadzi postępowanie dotyczące lekarza czy lekarzy. Wtedy są dwie ścieżki, które idą równolegle: prokuratura i my. Nierzadko my (OROZ) jesteśmy pierwszą instancją, do której kierowane są skargi i w wielu sprawach zasięgamy opinii biegłych. Rzecznik nie rozstrzyga żadnych spraw w aspekcie finansowym.

### **Lekarze w sprawach lekarskich są najlepszymi „sędziami”?**

Biegli są potrzebni w bardzo wielu sprawach, ale ich powoływanie przedłuża postępowanie sądowe. Wobec tego – już z ominięciem prokuratury – można wniesić do sądu oskarżenie cywilne, opierając się na dokumentacji, którą my gromadzimy w naszym postępowaniu.

### **Jakie pozytywy wynikają z bycia OROZ, zastępcą OROZ, z doświadczeń w tej roli?**

Szersze spojrzenie na wykonywany zawód. Uświadomienie sobie, że medycyna to nie tylko recepta, nie tylko obchód lekarski, ale wiele zadań wyrabiających w lekarzu odruch odpowiedniego traktowania pacjenta, czyli podmiotu naszej pracy. Lekarz poznaje różne sytuacje i perspektywy, sięga do obowiązujących przepisów, rozmawia z innymi rzecznikami, poszerza swoje horyzonty i to jest wiedza, która procentuje przez całe życie. Jest też obawa przed opinią kolegów, ale doświadczenia pracy w samorządzie to ogromna wartość. Choć nikt nie podpisuje cyrografu na całe życie, większość rzeczników chętnie pozostaje na tej funkcji przez wiele lat. Potykają bakcyła tej pracy. Nie pamiętam, by ktoś po czteroletniej kadencji powiedział: – *Mam tego dosyć, już dłużej nie chcę*. Rola rzeczni-

ka jest na tyle wciągająca, że czasami jesteśmy zmęczeni, zniechęceni, ale za chwilę przychodzi inna myśl: – *Chcę tu być, wiem co i jak, zostaję*.

### **Funkcja OROZ oznacza prestiż?**

Powinna być oceniana przez środowisko jako bardzo prestiżowa.

### **A gdyby nie było w strukturach samorządu OROZ i sądu lekarskiego?...**

Kiedyś nie było. Skargi rozpatrywały komisje złożone z prawników, nie tylko z lekarzy. W 1989 r. reaktywowany samorząd lekarski przejął te kompetencje z Ministerstwa Zdrowia od rzecznika dobrej służby zdrowia, co jest korzystne dla środowiska lekarskiego.

### **Czy istnienie tej ścieżki w strukturach samorządu można postrzegać przez pryzmat wzmocnienia środowiska?**

Absolutnie tak. Uważam, że to jest mocna podstawa izb lekarskich. Swoje sprawy staramy się załatwiać uczciwie, eliminując ze środowiska osoby, które w tym zawodzie pracować nie powinny, ale również zwracając honor niesłusznie oskarżonym.

### **Można zadać sobie pytanie, „jakiego chciałbym/łabym mieć rzecznika”?**

Należy pamiętać, że rzecznik musi mieć odpowiednie doświadczenie zawodowe. Musi być rozważny, posiadać umiejętności prowadzenia rozmowy ze skarżącymi i z lekarzami.

### **Lekarz może mieć obawy wynikające z tego, że nie zna się na prawie.**

I nie musi znać się na prawie, musi posiadać wiedzę merytoryczną i orientować się w aktualnych przepisach. Korzystamy z pomocy prawników. Nikt nie ma obowiązku rozsądzać sam.

### **Nie musi tonąć w papierach?**

Nie musi. Ale ma wiedzieć, co jest istotą skargi i jaką drogę powinien przebyć,

żeby podjąć właściwą decyzję. Taki lekarz ma wsparcie pracowników izby, którzy wysyłają zawiadomienia, pilnują porządku w aktach, przygotowują wstępną treść dokumentów, pomagają w prowadzeniu dokumentacji, czuwają nad terminowością prowadzenia spraw.

### **Ile osób teraz działa w zespole OROZ?**

W 2018 r. na zjeździe udało nam się powołać tylko 25. Brakuje nam 10 osób do maksymalnej liczby rzeczników. Bardzo byśmy chcieli, aby tyłu właśnie było. 20 lat temu nie mieliśmy takich problemów. Ludzie garnęli się do pracy w izbie lekarskiej. Izby były świeże, nowe, niosły ze sobą bardzo duży optymizm, lekarze wierzyli, że pomogą im w wielu sprawach. Później emocje opadły... Pokoleniowo skład izby lekarskiej niezwykle zmienił się w czasie ostatnich wyborów, więc po okresie stagnacji znów pojawiły się nadzieje i oczekiwania.

### **Jaka jest teraz struktura wieku w Biurze OROZ?**

Bardzo wielu rzeczników pracuje piątą lub szóstą kadencję. Kadencje są czteroletnie. Jeżeli któryś z kolegów zaczynał, mając 40 lat, a jest z nami pięć kadencji, czyli 20 lat...

### **Jakie trzeba spełnić warunki, by być rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej?**

Trzeba przez co najmniej 10 lat wykonywać zawód lekarza. Doświadczenie lekarskie i czysto ludzkie jest tutaj niezwykle istotne. Stąd granica, której nie możemy przesunąć. Lekarz musi mieć nieposzlakowaną opinię, musi być delegatem na zjazd sprawozdawczo-wyborczy, a jeśli pełnił wcześniej tę funkcję, może znaleźć się na liście rekomendacyjnej rzecznika nawet, jeśli nie posiada mandatu na zjazd.

### **Młodszy, ale spełniający warunek 10-letniego doświadczenia, lekarze nie są zainteresowani?**

Myszę, że lekarze nie zdają sobie sprawy z potencjału, który kryje się w tej ➤

➤ funkcji, bo o tym się nie mówi. O rzeczniku mówi się tylko wtedy, kiedy idzie się składać zeznania. Czyli funkcja kojarzy się negatywnie.

### W jaki sposób odbywa się uzupełnianie składu?

Na corocznych zjazdach sprawozdawczych możemy dobrać nowych członków zespołu rzeczownika, ale tylko spośród delegatów. I wtedy oni podlegają normalnemu wyborowi. Ale muszą to być delegaci na zjazd na czteroletnią kadencję.

### Jak to się zmieniało w ostatnich latach?

Dwa lata temu dołączyły do nas trzy osoby. Zastąpiły lekarzy, którzy wcześniej odeszli, i znowu jest 25 osób. I tak pozostanie do końca kadencji.

### Dużo spraw rocznie trafia do OROZ?

Średnio w roku wpływa do rzeczownika około 350 spraw. Nie wszystkie mogą być załatwione w ciągu jednego roku. Czasami liczba świadków i konieczność realizacji niezbędnych procedur powodują wydłużenie prowadzenia sprawy. Zgłaszać można sprawy, które miały miejsce przed upływem trzech lat. Każde „dotknięcie” przez rzeczownika sprawę powoduje, że ten okres się wydłuża. W sumie w ubiegłym roku rozpatrywaliśmy 508 spraw, bo do liczby zgłoszonych należy dodać te, które pozostały z poprzedniego okresu. Najwięcej spraw dotyczy braku należytej staranności lekarzy w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym, naruszenia tajemnicy lekarskiej, nieetycznego zachowania lekarza, poświadczenia nieprawdy. Takie sprawy stanowią blisko 90 proc. wszystkich, które wpływają. Najczęściej dotyczą chorób wewnętrznych, psychiatrii, pediatrii, stomatologii, rzadziej okulistyki, chirurgii. Rozrzut jest duży.

### Jaki jest nakład pracy jednego rzeczownika?

Zwykle rzeczownik prowadzi dwie, trzy sprawy równolegle. Jeden z kolegów prowadzi rocznie ponad 30 spraw, ale on jest, powiedziałabym, szlachetnym

wyjątkiem. 10 osób z naszego grona (nie liczę siebie) prowadziło od 10 do 20 spraw rocznie. W tym miejscu trzeba dodać, że wpływają do nas sprawy o różnym stopniu trudności.

### Jakie są statystyki wszczynania postępowań, umorzeń, kierowania wniosków do OSŁ?

Średnio około 10 proc. wpływających w ciągu roku spraw kończy się sporządzeniem wniosku o ukaranie i skierowaniem sprawy do Okręgowego Sądu Lekarskiego. Do sądu lekarskiego trafiają również odwołania od podjętych przez rzeczownika postanowień w przedmiocie odmowy lub umorzenia postępowania wyjaśniającego, które Okręgowy Sąd Lekarski rozpatruje w trybie odwoławczym.

### Czy kompetencje rzeczownika, Kodeks Etyki Lekarskiej, które nie zmieniają się od lat, odpowiadają dzisiejszym realiom?

Kodeks Etyki Lekarskiej nowelizowany w 2003 r. nie bardzo przystaje do naszych czasów. Pojawiły się przecież nowe sposoby komunikacji, które trzeba wziąć pod uwagę. Są pewne zasady, obowiązujące przez wieki, jeszcze od Hipokratesa, które się sprawdziły. To bardzo mocny fundament, ale nad-

Myślę, że mamy do czynienia z pewnym nieporozumieniem, koledzy nie mają bowiem świadomości, ile spraw do nas rocznie wpływa i jak niewielki odsetek tych spraw kończy się postawieniem zarzutów.

budowa musi podlegać naturalnym zmianom. Rama pozostaje ta sama, ale jej wypełnienie na pewno powinno być unowocześniane. Zmieniają się formy leczenia, diagnostyki, mnóstwo rzeczy się dzieje w medycynie, która poszła niezwykle do przodu i trudno pozosta-

wić to bez śladu w naszym Kodeksie Etyki Lekarskiej.

### W jakim zakresie rzeczownik mógłby mieć większe pole manewru, rozszerzone kompetencje?

Myślę, że rzeczownik nie potrzebuje rozszerzenia kompetencji. Jest bardzo głęboko osadzony w realiach, w pewnych ramach postępowania. Jest stałym bytem, w którego pracy przydałyby się zmiany w ustawach, przepisach, nadążające za realiami.

### Z perspektywy środowiska lekarskiego OROZ i sąd lekarski są potrzebni, mimo to coraz mniej osób angażuje się w tę działalność.

Sądzę, że mamy do czynienia z pewnym nieporozumieniem, koledzy nie mają bowiem świadomości, ile spraw do nas rocznie wpływa i jak niewielki odsetek tych spraw kończy się postawieniem zarzutów. Cała reszta jest oddalana przez nas – albo w formie odmowy, albo w formie umorzenia postępowania. Gdy podczas prowadzonego przez nas postępowania wyjaśniającego lekarz składa zeznania, przeżywa to ogromnie. Rozumiemy jego lęki, ale jest to też dla niego doświadczenie i nauka, bo umorzenie oznacza przyznanie racji lekarzowi. Przez 30 lat pełnienia funkcji biegłego, współpracy z sądami, pracy w charakterze rzeczownika obserwuję, że bardzo często lekarz, któremu postawiono zarzut, zaczyna wątpić w swoje kompetencje zawodowe. Zaczyna mieć wątpliwości, czy wybrał właściwy zawód i czy należyście wykonuje swoje obowiązki. Naruszenie tego bardzo kruchego fundamentu i poczucie, że ktoś nie ma do lekarza zaufania albo że popełnił błąd – jest dramatem. My doskonale to rozumiemy.

### Jakie obawy przed działaniem w charakterze OROZ mają lekarze?

Nie są pewni, jak będą postrzegani w środowisku, bo koledzy mają obawy, czy rzeczownik im nie zaszkodzi. Takie myślenie jest niesłuszne. Pełniący funkcję rzeczownika mogą niezwykle pomóc, zwłaszcza w sytuacjach trudnych, krytycznych. ■

# Lekarz na państwowym stanowisku



MICHAŁ NIEPYTALSKI

Czy pełniąc funkcję publiczną, można przestrzegać etyki zawodowej? Na jakie niebezpieczeństwa związane z odpowiedzialnością dyscyplinarną naraża się lekarz angażujący się politycznie? Kodeks Etyki Lekarskiej nie daje odpowiedzi wprost, ale zawiera ważne wskazówki, jak ich szukać.

Graf. licencja OIL w Warszawie

Obywatelski projekt ustawy o dobrowolności szczepień, który w 2018 r. był rozpatrywany przez Sejm, wzbudził kontrowersje nie tylko ze względu na to, że gdyby ta inicjatywa ustawodawcza zakończyła się powodzeniem, stanowiłaby zagrożenie dla zdrowia publicznego. Efektem procesu ustawodawczego były także działania podjęte przez lekarskich rzeczników odpowiedzialności zawodowej, m.in. na wniosek prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasza Jankowskiego. Kilku posłów, będących jednocześnie czynnymi lekarzami, na wstępnym etapie rozpatrywania projektu w Sejmie poparło go, mimo że był sprzeczny z projektem lekarskim. Jeden z posłów wyjaśniał z trybuny sejmowej, dlaczego projekt powinien być przedmiotem dalszych prac parlamentu, powołując się na argumenty niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Ostatecznie projekt został odrzucony, także głosami czterech z pięciu posłów lekarzy, którzy wcześniej optowali za jego dalszym rozpatrywaniem (piąty nie był obecny na głosowaniu). To tylko jeden z przykładów występowania konfliktów między przestrzeganiem lekarskich norm etycznych a wypełnianiem funkcji państwowych.

Kolejny jest bardziej aktualny, dotyczy bowiem działania lekarzy polityków podczas pandemii. Wiosną ubiegłego roku lekarka Katarzyna Pikulska z Porozumienia Chirurgów SKALPEL skierowała do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej zawiadomienie w sprawie nieetycznych jej zdaniem działań Łukasza Szumowskiego (wówczas ministra zdrowia) i Konstantego Radziwiłła (wojewody mazowieckiego). Ministrowi Szumowskiemu zarzucała działanie wbrew etyce zawodowej zarówno podczas wykonywania mandatu posła (głosowanie przeciwko poprawce ustanawiającej obligatoryjne testy na SARS-CoV-2 dla pracowników medycznych), jak i piastowania stanowiska ministra (rekomendacja przeprowadzenia wyborów prezydenckich). Konstanty Radziwiłł zaś

jej zdaniem złamał Kodeks Etyki Lekarskiej, co polegało na przydziale miejsc pracy personelowi medycznemu bez indywidualnej analizy możliwości pracownika oraz późniejszym nakładaniu kar finansowych za niestawienie się we wskazanych przez wojewodę miejscach pracy.

Te zdarzenia pokazują, że kwestia kolizji norm etyki zawodowej z funkcjonowaniem w życiu publicznym jest ciągle aktualna i dla środowiska lekarskiego ważna. Niestety, nie jest łatwa do rozstrzygnięcia.

## Pole konfliktu

– *Najpoważniejsze zagrożenie konfliktem norm etycznych zawodu lekarza z wykonywaniem funkcji publicznej stanowi inna perspektywa osoby zajmującej się pojedynczym pacjentem i osoby, która zarządza sektorem publicznym ochrony zdrowia. Działanie szefa resortu wymaga spojrzenia systemowego, np. w kwestii alokacji zawsze szczyptych środków* – uważa prof. Paweł Łuków z Zakładu Etyki Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, specjalizujący się m.in. w nauczaniu etyki w zawodach medycznych. W rozmowie z „Pulsem” wyjaśnia, że w XIX w. przyjął się wzorzec lekarza społecznika, osoby, która nie tylko dba o pacjenta, ale również ma poczucie misji społecznej, świadomość autorytetu, jakim się cieszy. – *W aktualnym Kodeksie Etyki Lekarskiej także zawarte są te idee, najbardziej widoczne w rozdziale mówiącym o obowiązkach lekarza wobec społeczeństwa. Ale nie są to obowiązki związane z piastowaniem funkcji publicznych* – podkreśla naukowiec. Szczegółowych zasad dotyczących zaangażowania politycznego, np. odnoszących się do współpracy z przemysłem medycznym, w KEL nie ma.

KEL powstał 30 lat temu. Nasze państwo było na innym etapie, a potrzeby społeczeństwa miały inny wymiar. Podobnie było z zadaniami postawionymi samorządowi lekarskiemu. ➤

➤ – Kiedy powstawały przepisy kodeksu zawodowego, miały przede wszystkim służyć kształtowaniu właściwych procedur leczniczych. Chodziło głównie o eliminowanie lekarzy, którzy nie potrafią leczyć. Dziś takich spraw jest coraz mniej, a coraz więcej takich, w których pojawiają się wątpliwości co do właściwego zachowania czy wypowiedzi – tłumaczy naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej Grzegorz Wrona. Jego zdaniem najczęstsze dziś postępowania związane są z przepisami części ogólnej KEL. Wymagają wnikliwej interpretacji, zarówno w sprawach dotyczących życia prywatnego lekarzy, jak i ich działalności publicznej, szczególnie że zapisom w lekarskim kodeksie daleko do tych stanowiących podstawę prawa powszechnego, uwzględniających wiele konkretnych zachowań. Kodeks Etyki Lekarskiej jest raczej zbiorem wskazówek. Dlatego przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej i sędziami sądów lekarskich stoi szczególnie trudne zadanie uzasadniania swoim autorytetem decyzji, które mają charakter uznaniowy.

## Godność zawodu

Jedną z takich kwestii jest godność zawodu i obowiązek dbania o nią. Ogólne jej wyjaśnienie znajduje się już w pierwszym artykule KEL. Lekarze pełniący funkcje rzecznika odpowiedzialności zawodowej, podejmujący decyzje dyscyplinarne, muszą zdawać się na swoje doświadczenie życiowe i rozumienie zasad etycznych, gdy sprawdzają, czy jakiś przepis został naruszony. Nieco inaczej jest w innym zawodzie o silnej pozycji samorządu – wśród adwokatów. Ich zbiór zasad etyki zawodowej, także dotyczących godności, jest uszczegółowiony i mówi, że wykonywanie innych zajęć nie może obniżyć jakości pomocy prawnej ani prowadzić do utraty zaufania będącego podstawą relacji adwokata z klientem. Adwokat w działalności zarobkowej niezwiązanej z kształtowaniem świadomości prawnej i świadczeniem pomocy prawnej nie może używać tytułu zawodowego. – *Nie wolno mu wykonywać funkcji i zawodów, które narażałyby go na naruszenie zasad godności i etyki adwokackiej. Aczkolwiek to tylko ogólne wskazanie, w przepisach zawodów nie wymieniono. Dlatego praktycznie może im podlegać wszystko. Obrazuje to anegdota. Janowi Pawłowi II zadano kiedyś pytanie: Czy biskupowi wolno jeździć na nartach? Odpowiedział, że biskupowi nie wypada jeździć na nartach źle. Chcę przez to powiedzieć, że nawet najbardziej szlachetny zawód można wykonywać w sposób niegodny. Nie chodzi więc o merytoryczny przedmiot działalności, ale jej formę – wyjaśnia mec. dr Małgorzata Kożuch, przewodnicząca Komisji ds. Etyki, Praktyki Adwokackiej i Wykonywania Zawodu przy Naczelnej Radzie Adwokackiej.*

Ale czy adwokat, postępując zgodnie z zasadami etyki, może być złym politykiem? Ze strony środowiska prawniczego w ostatnich kilku latach padały oskarżenia wobec polityków prawników o działanie na szkodę wymiaru sprawiedliwości w związku z ich poparciem dla reformy sądownictwa. Czy to oznacza, że sprzeniewierzyli się zasadom etyki? – *W ślubowaniu adwokackim, które składamy, jest sformułowanie: „Ślubuję uroczyście w swej pracy adwokata przyczyniać się ze wszystkich sił do ochrony praw i wolności obywatelskich oraz*

*umacniania porządku prawnego Rzeczypospolitej Polskiej”.* Jeśli jakiś poseł adwokat wyraża opinie źle oceniane przez część środowiska zawodowego, ale w jego przekonaniu prawidłowo realizuje zasady zawarte w rocie ślubowania, to nie sprzeniewierza się mu. Istotne jest, by adwokat poseł działał w granicach obowiązującego prawa i potrafił uzasadnić zajęte stanowisko – twierdzi mec. Małgorzata Kożuch.

Takie podejście niejako wyklucza kolizję norm etycznych z zasadami uprawiania polityki. Skoro polityk postępuje w zgodzie z własnym sumieniem... Nieco inaczej braku kolizji obu systemów zasad dowodzi były poseł i minister zdrowia Marek Balicki: – *Etyka zawodowa dotyczy wykonywanego zawodu. Zbiór zasad etycznych mają lekarze, ale w pewnym sensie też posłowie, senatorowie, ministrowie, wojewodowie. Mowa więc o różnych zawodach. Na sali sejmowej znajduje się poseł, a w gabinecie ministerialnym szef resortu, nawet jeśli poza tą przestrzenią jest lekarzem. Oczywiście, wykonywanie jakiegoś zawodu poza pracą parlamentarną ma na nią wpływ, bo szczególnie uwrażliwia na potrzeby dziedziny, którą się reprezentuje. Zwykle więc postowie będący nauczycielami działają na rzecz edukacji, przedstawiciele zawodów medycznych – na rzecz ochrony zdrowia itd. Jednak będąc posłem, jest się przede wszystkim członkiem ugrupowania politycznego, które ma swój program. Jest się jego reprezentantem wskutek demokratycznego wyboru. Wybór zawodu jest decyzją indywidualną, skład parlamentu zaś – emanacją woli społeczeństwa. Zdaniem Balickiego przenoszenie wprost zasad wykonywania jakiegoś zawodu do polityki może mieć czasami wręcz dysfunkcyjny dla państwa charakter: – *To by oznaczało, że różnych polityków obowiązują różne zasady. Zrozumiałe są większe oczekiwania od lekarza, który pełni funkcję np. premiera, ze strony środowiska lekarskiego. Ale premier jest przede wszystkim premierem, a nie lekarzem. Przyjęcie przeciwnej perspektywy ostatecznie mogłoby się obrócić przeciwko lekarzom. Gdyby bowiem premierem został po nim nauczyciel, mógłby powiedzieć, że teraz zabierze lekarzom, bo jego poprzednik im przede wszystkim służył. A jak przyjdzie rolnik, to zabierze i lekarzom, i nauczycielom? Tak świat nie może być zorganizowany.**

Niebezpieczeństwo dla środowiska lekarzy w takim skrajnie solidarystycznym podejściu widzi także Grzegorz Wrona. – *Nie byłoby dobrze, gdyby rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie „ustawiali” postów. Spójrzmy na to z punktu widzenia wyborców, którzy przecież mogą pomyśleć: „Ja kogoś wybieram, ale nie mam na niego wpływu, bo on za decyzje odpowiada przed koleżankami i kolegami po fachu”. Szczególnie w przypadku zawodu lekarza bronimy się przed odium źle pojętego solidaryzmu, zgodnie z którym społeczeństwo uważa, że lekarz lekarzowi nie zrobi krzywdy – przekonuje rzecznik.*



Fot. licencja OIL w Warszawie

## Immunitet tarczą?

Interesującą kwestią jest, czy można pociągać do odpowiedzialności zawodowej osoby, które są chronione immunitetem (np. posłów lub prezydenta, choć charakter jego immunitetu jest nieco inny)? Dotąd żaden lekarz prezydentem nie był, więc brakuje ekspertyz.

– *Opinie na temat, czy immunitet poselski obejmuje postępowanie dyscyplinarne, są różne. Trudno zresztą o jednoznaczną odpowiedź, bo każdą sprawę należy rozstrzygać indywidualnie. Immunitet obejmuje konkretny rodzaj działalności, więc w razie zaistnienia czynu, co do którego byłoby wątpliwość, czy jest zgodny z zasadami etyki adwokackiej, należałoby dokonać subsumpcji (przyporządkowania stanu faktycznego do ogólnej normy prawnej), czyli sprawdzenia, czy był on istotnie związany z wykonywaniem mandatu posła lub senatora* – wyjaśnia mec. Małgorzata Kożuch.

Grzegorz Wrona stawia sprawę bardziej jednoznacznie: – *Kiedyś prowadziłem postępowanie wobec jednego z ministrów zdrowia i jednocześnie posła. Miałem wówczas wątpliwość, czy nie chroni go immunitet poselski, więc zwróciłem się o ekspertyzę prawną. Przygotował ją prof. Michał Królikowski. Wynikało z niej jednoznacznie, że immunitet nie chroni przed odpowiedzialnością zawodową. Sprawę rozstrzygał ostatecznie sąd lekarski pierwszej oraz drugiej instancji i tam decyzja dotycząca immunitetu była zgodna z opinią przedstawioną w ekspertyzie.*

Naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej podkreśla jednak, że głosowanie w parlamencie nie powinno być w ogóle przedmiotem rozważań instytucji zajmujących się odpowiedzialnością zawodową lekarzy, ponieważ czynność ta stanowi emanację roli posła. Wciskając przycisk i podnosząc rękę,

nie jest nikim innym, tylko przedstawicielem społeczeństwa. – *W Sejmie czy Senacie poseł lekarz lub senator lekarz reprezentuje nie tylko lekarzy* – zapewnia Grzegorz Wrona.

## Pacjent i wyborca

Reprezentuje więc nie lekarzy, lecz współobywateli. Ale kim są dla niego ci obywatele? Nawet jeśli nigdy z nimi nie miał do czynienia osobiście, w przyszłości każdy z nich może stać się jego pacjentem. Czy można zatem przyjąć, że dla lekarza polityka elektorat to grupa pacjentów? A jeśli tak, czy przypadkiem (np. szukając poparcia) nie wykorzystuje swojego wpływu na tych pacjentów w celu innym niż leczniczy, czego zabrania art. 14 KEL? Czy inne przepisy kodeksu mówiące o relacjach lekarza z pacjentem nie powinny się odnosić także do działalności politycznej? Według prof. Pawła Łukowa – nie. – *Lekarz starający się o funkcję publiczną nie występuje wobec wyborców jako ich lekarz, więc nawet jeśli wykorzystuje*

*swój autorytet w innym celu niż leczniczy, to nie wobec konkretnego pacjenta. W przypadku występowania w roli zawodowej lekarza rozumienie terminu „pacjent” jest zawężone do konkretnej osoby, z którą lekarz ma styczność na gruncie zawodowym, która przychodzi do niego w sprawie konkretnej usługi medycznej. Wykorzystywanie autorytetu lekarza do zyskania poparcia politycznego ma też inny charakter niż ten, o którym mowa w kodeksie. Tu raczej chodzi o autorytet osoby wykształconej, wykazującej się wysokim poziomem moralności, odpowiedzialności, powagi, a nie autorytet osoby udzielającej pomocy konkretnemu choremu* – wyjaśnia etyk.

Grzegorz Wrona podobny wniosek wysnuwa ze zbioru praw pacjenta: – *Nie każdy wyborca, zdrowy czy chory, jest jednocześnie pacjentem lekarza polityka. Wynika to ze świętego prawa pacjenta do wyboru lekarza. Utrzymanie tego układu daje gwarancję kontaktu opartego na zaufaniu. A przecież wybór dokonany przez wyborcę nie jest tożsamy z wybraniem lekarza.*

Warto zaznaczyć, że osoba piastująca funkcję publiczną, bez względu na to, jak ją oceniamy w praktyce, z założenia dba o dobro ogółu. A jeśli nie dba, może za to ponieść konsekwencje wynikające z zasad pełnienia funkcji: dyscyplinarne albo polityczne, niezależne od zasad etyki zawodu wykonywanego pozapolitycznie. Ale w polityce jest też masa ludzi, którzy żadnej funkcji, oprócz partyjnej, nie pełnią. Teoretycznie więc można sobie zadawać pytanie, czy osób będących jednocześnie lekarzami i członkami partii nie powinny obowiązywać analogiczne przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej jak zawarte w rozdziale dotyczącym relacji lekarzy z przemysłem medycznym? Czyż partie nie działają podobnie do firm, tyle że zamiast na zysk finansowy są nastawione na zysk polityczny? – *Uważam, że powinno się dokonać kolejnego przeglądu KEL, ale nie widzę potrzeby uzupełniania go o przepisy dotyczące związku z polityką, bo te zasady da się wywieść z przepisów istniejących* – mówi Grzegorz Wrona.

Paweł Łuków tłumaczy natomiast tę sprawę następująco: – *Pytanie, czemu służą partie polityczne, jest pytaniem z zakresu filozofii polityki. Zgodnie z jednym ze stanowisk reprezentują one interesy konkretnych grup, zatapiają ich sprawy. Przyjmując takie podejście, można mieć zastrzeżenia do łączenia zawodu lekarza z przynależnością do partii politycznej. Ale z perspektywy liberalno-demokratycznej członkowie wszystkich partii politycznych powinni mieć na celu dobro publiczne, choć w ramach ugrupowań politycznych mogą odmiennie je rozumieć. W takim podejściu przynależność partyjna nie stawia lekarza w złym świetle, naturalnie z wyjątkiem członkostwa w partiach podważających porządek demokratyczny, jak np. partie propagujące totalitaryzm. Należy podkreślić, że to drugie podejście jest bliższe współczesnemu spojrzeniu na filozofię polityki.*

Nawet jeśli nasze spojrzenie na bieżącą politykę jest inne, trzeba pamiętać, że w kwestii norm etycznych poruszamy się w sferze idei, czyli tego, do czego należy dążyć i na czym opierać zasady, a nie tego, jak postrzegamy konkretne partie i konkretne osoby. ■



Fot. K. Bartyzel

# Wypijmy... na zdrowie?

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

W 2020 r. sprzedaż alkoholu w Polsce spadła, głównie za sprawą piwa i wódki (prawdopodobnie wskutek odwołania imprez masowych i zamknięcia gastronomii), równocześnie odnotowano wzrost sprzedaży wina, whisky, rumu i ginu, zapewne spożywanych w okresie lockdownu w domowym zaciszu.

**W**edług badania Chodkiewicza i innych, przeprowadzonego w końcu roku 2020, prawie 16 proc. spośród 618 ankietowanych Polaków spożywało alkohol w sposób ryzykowny lub szkodliwy. Biorąc pod uwagę, że mężczyźni stanowili niespełna 20 proc. respondentów, a badanie miało charakter anonimowej ankiety wypełnianej przez chętnych samodzielnie online, należy przypuszczać, że realnie ten odsetek jest dużo wyższy (część pijących intensywnie mogła nie wziąć udziału w badaniu, możliwe jest także niedoszacowanie własnego picia, ze względu na charakterystyczne w myśleniu osób uzależnionych minimalizowanie i zaprzeczanie własnej słabości). Wśród osób, które zwiększyły spożycie alkoholu podczas pandemii, przeważali pijący intensywnie przed pandemią oraz ci, którzy charakteryzowali się gorszą kondycją psychiczną.

Badania z innych krajów wskazują dwa trendy spożycia alkoholu w pandemii: wzrost lub spadek. W badaniu Pollarda i innych odnotowano wzrost częstości spożycia alkoholu w USA o 14 proc. u ogółu badanych, o 17 proc. u kobiet i o 19 proc. u osób w wieku 30–49 lat. U jednej na 10 kobiet wzrosły problemy powiązane z alkoholem, niezależnie od poziomu jego konsumpcji. Z kolei w międzynarodowym badaniu Sallie i innych wśród respondentów z 83 krajów odnotowano ogólny spadek spożycia alkoholu, jednak szczegółowa analiza wskazała wzrost spożycia wśród ludzi starszych, osób pracujących w kluczowych sektorach (m.in. w ochronie zdrowia), rodziców dzieci w wieku szkolnym, osób pozostających w związku z kimś chorującym na COVID-19 oraz osób z silniejszymi objawami depresyjnymi, lękowymi i impulsywnymi.

Wyniki wszystkich dotychczas przeprowadzonych badań oceniających różne aspekty zdrowia psychicznego pracowników medycznych w czasie pandemii jednoznacznie mówią o wysokim poziomie stresu, zmęczenia, depresji, lęku, bezsenności.

Co nam, lekarzom, pomagało dotychczas rozładować stres i zachować równowagę psychiczną? Wielu poznało siebie na tyle, że doskonale wie, co im służy. Często to bliższe i dalsze podróże, sport, spotkania z przyjaciółmi i rodziną, kino, teatr, basen, koncerty, wyjścia do restauracji. Większość dobroczynnych dla naszej psychiki działań została ograniczonych lub wręcz uniemożliwionych kolejnymi lockdownami. A obciążenie stresem jest większe niż wcześniej. Jak sobie z tym radzimy? Niektórzy korzystają ze wsparcia psychologicznego (np. oferowanego w naszej izbie), część uznała, że czas zwrócić się o pomoc do psychiatry. Co z resztą?

”  
Gdzie leży cienka granica między używaniem nieszkodliwym a ryzykownym, a gdzie zaczyna się uzależnienie?

”  
Wiem z relacji wielu lekarzy, m.in. moich pacjentów, że piją alkohol, aby się zrelaksować po całym dniu, by odprężyć się po trudnym dyżurze, by znieczulić gniojące emocje, w wolny dzień, by poczuć w końcu spokój. Kiedy należy zacząć się niepokoić? Gdzie leży cienka granica między używaniem nieszkodliwym a ryzykownym, a gdzie zaczyna się uzależnienie?

”  
Droga Koleżanko, Drogi Kolego, chciałam zaproponować Ci chwilę zadumy nad sobą. Jak używam alkoholu? Czy powinnam/powiniem się niepokoić? Na sąsiedniej stronie krótki kwestionariusz przesiewowy AUDIT, stworzony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Nie służy do diagnozowania, jedynie do zorientowania się, czy dana osoba jest zagrożona używaniem szkodliwym lub uzależnieniem. W ramach dbania o siebie wypełnij test, nie oszukując się, bo i po co. **Zorientuj się, w którym miejscu jesteś.**

Gwoli wyjaśnienia: jedna porcja standardowa (10 g czystego alkoholu) zawarta jest w około:

- 250 ml piwa o mocy 5 proc.
- 100 ml wina o mocy 12 proc.
- 30 ml wódki o mocy 40 proc.



**1. Jak często pijesz napoje zawierające alkohol?**

- Nigdy (0)
- Raz w miesiącu lub rzadziej (1)
- Dwa – cztery razy w miesiącu (2)
- Dwa – trzy razy w tygodniu (3)
- Cztery lub więcej razy w tygodniu (4)

**2. Ile porcji alkoholu wypijasz w ciągu całego dnia, w którym pijesz?**

- Jedną – dwie (0)
- Trzy – cztery (1)
- Pięć – sześć (2)
- Siedem – dziewięć (3)
- Dziesięć lub więcej (4)

**3. Jak często zdarzyło Ci się wypić w ciągu jednego dnia sześć lub więcej porcji?**

- Nigdy (0)
- Rzadziej niż raz w miesiącu lub (1)
- Raz w miesiącu (2)
- Raz w tygodniu (3)
- Codziennie lub prawie codziennie (4)

**4. Jak często w ciągu ostatniego roku miałeś/łaś trudności z przerwaniem rozpoczętego picia?**

- Nigdy (0)
- Rzadziej niż raz w miesiącu lub (1)
- Raz w miesiącu (2)
- Raz w tygodniu (3)
- Codziennie lub prawie codziennie (4)

**5. Jak często w ciągu ostatniego roku zdarzało Ci się w związku z pić alkoholu zrobić coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Twoim środowisku normy postępowania?**

- Nigdy (0)
- Rzadziej niż raz w miesiącu lub (1)
- Raz w miesiącu (2)
- Raz w tygodniu (3)
- Codziennie lub prawie codziennie (4)

**6. Jak często na przestrzeni ostatniego roku zdarzyło Ci się wypić rano alkohol dla „odzyskania formy” po wczorajszym piću?**

- Nigdy (0)
- Rzadziej niż raz w miesiącu lub (1)
- Raz w miesiącu (2)
- Raz w tygodniu (3)
- Codziennie lub prawie codziennie (4)

**7. Jak często na przestrzeni ostatniego roku miałeś/łaś wyrzuty sumienia lub poczucie winy w związku z pićem alkoholu?**

- Nigdy (0)
- Rzadziej niż raz w miesiącu lub (1)
- Raz w miesiącu (2)
- Raz w tygodniu (3)
- Codziennie lub prawie codziennie (4)

**8. Jak często na przestrzeni ostatniego roku miałeś/łaś trudności z odtworzeniem wydarzeń, jakie miały miejsce podczas picia?**

- Nigdy (0)
- Rzadziej niż raz w miesiącu lub (1)
- Raz w miesiącu (2)
- Raz w tygodniu (3)
- Codziennie lub prawie codziennie (4)

**9. Czy kiedykolwiek doznałeś/łaś urazu fizycznego lub spowodowałeś/łaś uraz u innej osoby, a miało to związek z pićem przez Ciebie alkoholu?**

- Nie (0)
- Tak, ale nie na przestrzeni ostatniego roku (2)
- Tak, w ostatnim roku (4)

**10. Czy ktokolwiek z bliskich, przyjaciół, znajomych, a może lekarz czy inny pracownik służby zdrowia, interesował się Twoim pićem lub sugerował ograniczenie picia alkoholu?**

- Nie (0)
- Tak, ale nie na przestrzeni ostatniego roku (2)
- Tak, w ostatnim roku (4)

A teraz policz punkty.

Wynik powyżej 8 pkt w teście AUDIT wskazuje potrzebę przeanalizowania własnego wzorca picia – ilości, częstotliwości, skutków w codziennym życiu, bo być może podążasz drogą, która staje się coraz bardziej grząska i gdzieś kończy się uzależnieniem. Oby było do niego jak najdalej, warto jednak sprawdzić dokładniej. Zawsze powtarzam wszystkim, którzy mnie pytają, „czy już trzeba zgłosić się do specjalisty?”, że zawsze lepiej skonsultować się „na zapas”, skonfrontować swoje spostrzeżenia, zweryfikować wątpliwości, niż zwlekać i obudzić się w bagnie uzależnienia. Co prawda da się stamtąd wyjść, ale to dużo trudniejsze i więcej kosztuje. ■

Jeśli chcesz porozmawiać o ryzykownym piću swoim lub koleżanki lekarki/kolegi lekarza, dowiedzieć się, co można zrobić, gdzie się zgłosić i jak wygląda wsparcie terapeutyczne na poszczególnych etapach zdradliwego romansu z alkoholem, zapraszam do kontaktu:

Magdalena Flaga-Łuczkiewicz, psychiatra, psychoterapeuta, pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów – tel. 660 672 133 (proszę o SMS, oddzwonij), e-mail: pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl



# Warto przeczytać



**DARIUSZ PALUSZEK**

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Bardzo szybko minęła połowa roku 2021. Powoli przyzwyczailiśmy się do pandemii. Nauczyliśmy się „żyć zdalnie”. Komunikatory i wideokonferencje stały się elementem codzienności. Samorząd lekarzy dentystów w naszej izbie także szuka najlepszej drogi komunikacji z członkami izby. We współpracy z różnymi partnerami stale tworzymy nowe projekty szkoleń i formy kontaktów z Państwem.

**O**d listopada 2020 r. razem z Mazowieckim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego przygotowujemy comiesięczne sesje naukowo-szkoleniowe, podczas których wszyscy mamy przyjemność słuchać wielu ciekawych wykładów, m.in. prezesów towarzystw naukowych, znanych i cenionych wykładowców, pracowników katedr różnych dziedzin stomatologii, przedstawicieli WUM, co gwarantuje wysoki poziom kursu.

Dzięki współpracy naszej komisji z Polskim Towarzystwem Stomatologii Dziecięcej 22 maja zorganizowaliśmy międzynarodową konferencję dla 500 lekarzy dentystów z całego kraju. Naszą aktywność formalizujemy w ramach listów intencyjnych, na bazie których określamy sposoby współpracy i planujemy przedsięwzięcia. 7 maja podpisaliśmy list intencyjny z Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej.

Jesienią wspólnie zaprosimy Państwa na konferencję poświęconą leczeniu pacjentów senioralnych z licznymi obciążeniami – chorobami ogólnoustrojowymi. Natomiast owocem podpisania listu intencyjnego z Narodowym Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie jest projekt „Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”. To bardzo ważny projekt dla lekarza praktykującego na terenie Mazowsza. W ramach Indywidualnej Ścieżki Diagnostycznej dla Pacjentów zapewniamy szybką (bez skierowania!) konsultację z onkologiem oraz wykonanie badań diagnostycznych (z możliwością pobrania wycinka do badań histopatologicznych) i badania fibroskanem. Pacjent, u którego potwierdzona zostanie zmiana nowotworowa, może kontynuować leczenie bez ponownej rejestracji, skierowań, długiego czasu oczekiwania *etc.*

## WYSTARCZY, ABY PACJENT ZADZWONIŁ

(od poniedziałku do piątku w godz. 13.30–16.30)

i umówił się na wizytę, a szybko zostanie poddany badaniom. To działa!

---

# Tel. 573 498 657

---

Ostatnio z zaprzyjaźnionej przychodni dentystycznej skierowano pacjenta na szczegółowe badania, które przeprowadzono w ciągu kilku dni. Niestety, zdiagnozowano u niego chorobę nowotworową. Mamy nadzieję, że szybka diagnoza i znakomici lekarze w Centrum Onkologii pomogą pacjentowi w powrocie do zdrowia.

**Zapamiętajcie Państwo ten numer dla dobra pacjentów!**

Wiele ważnych informacji zamieszczamy na naszej stronie internetowej. Staramy się, aby były aktualne i pomagały Państwu w prowadzeniu praktyki dentystycznej. Zapraszamy do odwiedzania naszej strony i obserwacji poczynań komisji na Facebooku. ■

# #IzbaDlaLekarzy, także zdających PES

**7 i 8 maja** w siedzibie naszej izby gościliśmy lekarzy dentystów zdających Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją. To pierwszy przypadek, kiedy egzamin miał miejsce na terenie izby lekarskiej. Przeprowadzenie PES w budynku przy ul. Puławskiej 18 w Warszawie wynika z troski o zapewnienie odpowiednich warunków znacznej liczbie zdających, szczególnie podczas pandemii.

Dwudniowy egzamin ustny odbył się w jednej z sal konferencyjnych siedziby OIL w Warszawie, dzięki czemu zdający mieli komfortowe, kameralne warunki i zapewniony reżim sanitarny. Izba okazała się szczęśliwa dla zdających, bo wszyscy zakończyli egzamin z powodzeniem.



## List intencyjny: współpraca OIL w Warszawie i PTSG

**Partnerska współpraca** w zakresie dydaktyki i badań, realizacja wspólnych projektów dotyczących działalności samorządu lekarskiego oraz promocji zdrowia jamy ustnej wśród seniorów i rozwój nauki z zakresu stomatologii geriatrycznej – to główne założenia listu intencyjnego podpisanego 7 maja między Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie i Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie a Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej.

„Współpraca na styku nauki i działalności samorządu lekarskiego daje możliwość skutecznego połączenia wiedzy i praktyki jej stosowania oraz realizowania społecznie wartościowych przedsięwzięć” – czytamy w liście intencyjnym. Dokument zobowiązuje sygnatariuszy do zawarcia w ciągu 12 miesięcy szczegółowej umowy o współpracy. Już teraz jednak wiadomo, że dzięki niemu w najbliższych miesiącach odbędzie się wspólna konferencja naukowa.

List intencyjny w imieniu izby podpisał prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski, w imieniu Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie wiceprezes ORL Dariusz Paluszek, a ze strony PTSG prezes Barbara Kochańska i skarbnik Beata Łasińska.



Fotografie: K. Bieniaszewska

Wiceprezes PTSG prof. Agnieszka Mielczarek podczas spotkania związanego z podpisaniem listu intencyjnego zwracała uwagę, że rozwój stomatologii geriatrycznej, który nawiązana właśnie współpraca ma wesprzeć, jest społeczną koniecznością. – *Społeczeństwo się starzeje i zapewnienie kompleksowej opieki stomatologicznej seniorom stanie się niebawem tym bardziej istotnym problemem* – wyjaśniała.

Prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski podkreślał pionierski charakter dokumentu. – *Robimy coś nowego. Dotąd współpraca samorządu z towarzystwami naukowymi była dość nieśmiała. Teraz idziemy do przodu. Mamy wspólne cele, dlatego łączymy siły* – przekonywał.

Wiceprezes Dariusz Paluszek stwierdził natomiast, że dzięki współpracy z organizacją mającą charakter naukowy łatwiej zapewnić wysoki poziom szkolenia lekarzy. – *Rolą izby jest pomóc dotrzeć do lekarzy z materiałem dydaktycznym, który jest sprawdzony i przekazywany przez naukowe autorytety* – mówił przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów. ■

mn

# Izbowe wydarzenia dla lekarzy i lekarzy dentyków

Nie tylko online, ale również bezpośrednio, choć z zachowaniem reżimu sanitarnego. Za nami pierwsze od wybuchu pandemii niemal takie jak dawniej izbowe spotkania. Ostatnio odbył się Dzień Matki Lekarki, rozpoczął się cykl „Medic Walking”, miał miejsce Rodzinny Rajd Rowerowy. W sposób hybrydowy zostały zorganizowane konferencja „Problemy interny na Mazowszu” oraz konferencje dentyckie. Ponadto lekarze regularnie spotykają się na warsztatach fotograficznych, literackich i malarskich.

## Dzień Matki Lekarki

Badania profilaktyczne, szkolenia, warsztaty, konsultacje, ale też możliwość skupienia się na swoim dobrym samopoczuciu psychicznym i fizycznym, spędzenia odrobiny czasu na relaksie w miłym towarzystwie. To, co pożyteczne, przyjemne i oczywiście zdrowe, składało się na program zorganizowanego 22 maja w OIL w Warszawie Dnia Matki Lekarki.



Zaczął się od spotkania z mecenasem na temat problemów i praw kobiet w ciąży oraz mam. Po szkoleniu panie korzystały również z indywidualnych bezpłatnych konsultacji. Można było porozmawiać z pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków OIL w Warszawie. Konsultowano się z braffitterkami, które udzielały profesjonalnych wskazówek. Od codziennych trudów i stresu można było odetchnąć podczas spotkania z instruktorką pracy z ciałem. Uczestniczki wzięły udział w warsztatach ze specjalistą od wizerunku, wysłuchały porad w kwestiach pielęgnacji cery i skóry dłoni, makijażu. Zwieńczeniem spotkania była rozmowa o roli funkcjonującego w OIL Zespołu ds. Matek Lekarek, odpowiedzialnego za organizowanie imprez dla lekarskich rodzin oraz działania na ich rzecz. Na dziedzińcu izby powstała strefa relaksu z kąciem kawowym i ogródkiem zielonym, gdzie można było skomponować (i zabrać do domu) koszyk ziół.





Lekarki odwiedzały izbę i – za sprawą izby – również pobliską przychodnię lekarską. W ramach Dnia Matki Lekarki zorganizowaliśmy wspólnie z MAG Centrum Zdrowia bezpłatne badania USG piersi. Zapisane wcześniej kobiety mogły bezpłatnie wykonać również USG ginekologiczne i cytologię. Odbyło się to dzięki uprzejmości i zaangażowaniu dyrekcji, lekarzy i całego zespołu placówki.



## Konferencja „Problemy interny na Mazowszu – maj 2021”

Konferencja zorganizowana przez Oddział Warszawski Towarzystwa Internistów Polskich oraz konsultanta wojewódzkiego przy wsparciu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



wie składała się z dwóch bloków – problemowego i wykładowego. Uczestniczyło w niej 50 lekarzy – online, za pośrednictwem specjalnej platformy. Przedstawiciele organizatorów i część wykładowców miała swoje wystąpienia w siedzibie izby.

Odbywająca się cyklicznie konferencja adresowana jest do ordynatorów i lekarzy pracujących na oddziałach wewnętrznych w szpitalach na Mazowszu. W ubiegłym roku z uwagi na sytuację epidemiczną nie odbyła się. W tym roku izba zapewniła wsparcie techniczne umożliwiające realizację przedsięwzięcia. Było to kolejne z wielu wydarzeń, jakie organizujemy lub współorganizujemy online bądź hybrydowo, częściowo w naszej siedzibie.

Część problemowa konferencji poświęcona internie na Mazowszu odbyła się 14 maja, a część wykładowa dotycząca pandemii koronawirusa – 15 maja. Dyskutowano m.in. o problemach kadrowych, finansowych, sprzętowych, lokalowych, rezydenturach oraz różnego typu zagrożeniach. Mówiono również o internie w kontekście pandemii COVID-19.



## Szkolenia dla lekarzy dentystów

15 maja Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wraz z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym przeprowadziła konferencję naukową online, podczas której uczestnicy zapoznali się z faktami i mitami dotyczącymi medycznej marihuany, z nowoczesnym spojrzeniem na problem leczenia resorpcji zewnętrznych, a także z zagadnieniem znieczulenia jako elementu terapii stomatologicznej. Tydzień później, 22 maja, odbyła się wspólna konferencja OIL w Warszawie i Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, podczas której zwracano uwagę na postępowanie w leczeniu urazów i choroby próchnicowej u dzieci w wieku przedszkolnym, a więc z uzębieniem mlecznym, ale też w okresie późniejszym, gdy mają uzębienie mieszane.



## Cykl spotkań „Medic Walking”

Nordic, a zarazem medic walking uprawiali lekarze, którzy 9 i 23 maja wzięli udział w pierwszych z cyklu spacerach z kijkami po warszawskim Lesie Kabackim zorganizowanych przez Komisję ds. Sportu ORL w Warszawie.

Grupa kilkunastu spacerowiczów, młodych i nieco starszych, zabawę zaczynała od solidnej rozgrzewki – by uniknąć kontuzji. Kolejne zajęcia zaplanowane są na 5 i 19 czerwca. O następnych terminach i zapisach będziemy informować na naszej stronie internetowej.



## Lekarski Rajd Rowerowy

Ruch na świeżym powietrzu i obcowanie z przyrodą to dobra rehabilitacja pocovidowa i świetny sposób na zadbanie o zdrowie psychiczne oraz fizyczne w czasie pandemii. Dlatego, mimo zmiennej pogody (grad, słońce, deszcz), Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zorganizowała (wpisujący się już na stałe w kalendarz wydarzeń) II Lekarski Rajd Rowerowy w Kampinoskim Parku Narodowym.

Lekarki, lekarze i ich rodziny mieli okazję spędzenia soboty na aktywnym wypoczynku. Do wyboru były różne trasy: 5-, 15-, 25- oraz 40-kilometrowa. Nie zabrakło konkursów i gier, można było przejechać się na kucyku. Dla wszystkich sportowców przygotowano ognisko i przekąski.



## Warsztaty Komisji ds. Kultury

Dla lekarzy i lekarzy dentyistów chcących rozwijać swoje twórcze zainteresowania, dzielić się doświadczeniami, spotkać ludzi mających podobne pasje Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie organizuje warsztaty. Cyklicznie odbywają się warsztaty literackie, fotograficzne i malarskie. By wziąć w nich udział, należy wcześniej się zapisać. ■



Fotografie: archiwum OIL w Warszawie



# Zaszczep się. Wróćmy do normalności.

Stan wiedzy na 24.05.2021 izba-lekarska.pl



	Comirnaty Pfizer-BioNTech	COVID-19 Vaccine Moderna	Vaxzevria (COVID-19 Vaccine AstraZeneca)	COVID-19 Vaccine Janssen Johnson&Johnson
<b>Mechanizm działania</b>	szczepionka syntetyczna, oparta na mRNA	szczepionka syntetyczna, oparta na mRNA	defektywny (pozbawiony możliwości replikacji) adenowirus zwierzęcy	defektywny (pozbawiony możliwości replikacji) adenowirus ludzki
<b>Grupy wieku, zgodnie ze wskazaniami</b>	osoby od 16 r.ż. i starsze	od 18 r.ż. i starsze	od 18 r.ż. i starsze (zgodnie z zaleceniami MZ do 69 r.ż.)	od 18 r.ż. i starsze
<b>Liczba dawek</b>	2	2	2	1
<b>Odstępy między dawkami</b>	35 dni	35 dni	35 dni	–
<b>Ochrona przed ciężkim zachorowaniem i hospitalizacją</b>	90–94%	94%	94%	85,4%
<b>Ochrona przed objawami COVID-19</b>	94–96%	90–95%	76–81,3%	66,9%

ZESPÓŁ DS. SZCZEPIEŃ



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

# Nieważne czym, ważne, by jak najszybciej



Przewodnicząca działającego w OIL w Warszawie Zespołu ds. Szczepień **Anna Rahnama** przekonuje pacjentów, że lepiej skupić się na zminimalizowaniu ryzyka, czyli nieprzeciągnięciu czasu bez ochrony szczepieniem, niż na różnicach w preparatach. O tym, jakie w praktyce jest podejście Polaków do szczepionek, z lekarką rozmawia Renata Jeziótkowska.

**Jak pani, lekarz szczepiący przeciwko COVID-19, ocenia zainteresowanie szczepieniami? Czy często pojawiają się wśród pacjentów wątpliwości dotyczące preparatów i ogólnie szczepień?**

Jest bardzo dużo chętnych, co mnie cieszy. Kalendarze zwykle są pełne. Ja szczepię w małych punktach, gdzie pacjenci często nie są całkowicie anonimowi, bo lekarze rodzinni od wielu lat ich znają i przekazywali im zalecenie szczepienia. Obserwuję, że stosunek do szczepień bardzo się zmienia, co zresztą potwierdzają publikowane w mediach badania. Kiedy pojawiły się szczepionki, według badań z grudnia zeszłego roku pacjenci byli niepewni. Większość Polaków deklarowała, że nie ma zamiaru się szczepić i to nie z braku wiary w pandemię, tylko z braku przekonania, że szczepionka zadziała, że może zmienić sytuację epidemiczną, że jest skuteczna i bezpieczna. Lęk budził fakt, że to nowa szczepionka na rynku, pojawiały się pytania, czy nie została stworzona zbyt szybko, dopuszczona jako nieprzebadana. Dziś nadal część pacjentów ma wątpliwości, pytają np. czy ich choroby nie stanowią przeszkody w szczepieniu, czy leki, które przyjmują na stałe, nie są przeciwwskazaniem. We wszystkich mediach bardzo dużo mówi się o szczepieniach, eksperci często występują w telewizji i odpowiadają na pytania, więc pacjenci już coraz więcej wiedzą o procedurze, kwestiach technicznych, nie zaskakuje ich konieczność kwalifikacji ani inne sprawy organizacyjne, wiedzą jak przygotować się do szczepienia.

**Pytają o różnice między szczepionkami? Mają swoje preferencje i wyrobiony pogląd? Czy zdarzało się, że ktoś zrezygnował z proponowanego terminu, bo wolał poczekać na inną szczepionkę?**

Fot. archiwum



Pacjenci zwykle są zapisywani na szczepienia konkretnym preparatem i wiedzą, który zastaną w punkcie szczepień. Natomiast na początku, gdy zapisy były inaczej zorganizowane, owszem, zdarzało się, że ktoś odmawiał szczepienia szczepionką, która akurat była dostępna. Najczęściej chodziło o AstręZenecę, bo pojawiały się na jej temat w mediach informacje, które zaniepokoiły pacjentów. Lekarze informowali, że wówczas nawet kilkanaście procent zapisanych pacjentów odwoływało szczepienie. Później sytuacja na szczęście się uspokoiła i pacjenci przychodzili tak, jak byli umówieni. Powiedziałam o Astrze, ale warto wrócić pamięcią do momentu przed rejestracją szczepionek przeciwko COVID-19. Wówczas Pfizer i Moderna wydawały się pacjentom mniej wiarygodne z uwagi na nową technologię mRNA. Pojawiały się zarzuty, że polega ona na modyfikacji genetycznej, że nie wiadomo, jak działa nowy mechanizm, czy to bezpieczne. Była duża doza niepewności. Wtedy wydawało się, że AstraZeneca, szczepionka oparta na starszej technologii, będzie tą chętniej wybieraną przez pacjentów w Europie. Później opinie zupełnie inaczej się kształtowały.

### **Gdy pacjenci pytają o różnice, tłumaczy im je pani, czy zachęca do korzystania z każdej szczepionki?**

Jeżeli pacjent odmawia szczepienia danym preparatem, ponieważ chce się zaszczepić innym, zawsze proszę, by się zastanowił, czy jest sens czekać nie wiadomo jak długo na szczepienie preparatem przez niego wybranym. Może to być odległy termin, a każdy kolejny dzień, tydzień czy miesiąc bez szczepienia oznacza dalsze narażanie się na infekcję COVID-19. Wszystkie szczepionki są skuteczne w zapobieganiu najcięższemu przebiegowi choroby i to jest największa ich wartość, o której trzeba mówić. Nie warto uparczywie trzymać się procentów skuteczności z badań klinicznych, które mówią o trochę większej lub mniejszej skuteczności różnych szczepionek. Nie o to chodzi. Powtarzam pacjentom: najważniejsze, żeby zapewnić ochronę przed ciężkim i najcięższym przebiegiem COVID-19, a to zapewnia każda zarejestrowana szczepionka.

Zawsze podkreślam (i to dotyczy wszelkich szczepień), że najważniejsza jest ocena ryzyka wystąpienia powikłań po szczepionce zestawiona z oceną ryzyka choroby.

”

### **Czy nieprzekonanych do szczepień próbuje pani przekonać?**

Szczepienie przeciw COVID jest dobrowolne, więc zwykle pacjent przychodzi zdecydowany. Natomiast w przypadku innych szczepień, dotyczących dzieci, obowiązkowych według programu szczepień ochronnych, ruchy antyszczepionkowe są bardzo dużym problemem. Zasiały ziarno niepewności, więc nawet, gdy rodzice chcą zaszczepić swoje dziecko, bo wierzą, że szczepienia są ważne, wręcz konieczne, mają wątpliwości. Nie są przekonani do końca, czy nie będzie poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Właśnie zasianie tych wątpliwości jest sukcesem ruchu antyszczepionkowców. To mała grupa, ale działająca na emocjach, tym samym łatwo jej wybić się medialnie.

### **Ma pani patent na tłumaczenie zasad działania i sensu przyjmowania szczepionek?**

Jeśli chodzi o szczepionki przeciw COVID-19, pacjenci zwykle nie są zainteresowani szczegółami technologicznymi. Częściej pytają o skuteczność, bezpieczeństwo. Kobiety interesują się wpływem szczepionek na płodność, osoby starsze, obciążone wieloma

”

Najważniejsze, żeby zapewnić ochronę przed ciężkim i najcięższym przebiegiem COVID-19, a to zapewnia każda zarejestrowana szczepionka.

”

chorobami – interakcjami z lekami, które przyjmują. Zawsze podkreślam (i to dotyczy wszelkich szczepień), że najważniejsza jest ocena ryzyka wystąpienia powikłań po szczepionce zestawiona z oceną ryzyka choroby. W kontekście szczepienia dzieci mówi się z kolei o anafilaksji, a to jest jeden przypadek na milion. Anafilaksja jest stanem zagrożenia życia, ale w zdecydowanej większości odwracalnym procesem. Natomiast powikłania odry czy świnki są częste i bardzo poważne, bywa, że nieodwracalne. I właśnie to zestawienie – bilansu ryzyka, zysków i strat – jest dla rodziców bardzo przekonujące. My, jako społeczeństwo, mamy problem z oceną, czy coś jest bezpieczne, czy nie. Rodzicom, którzy twierdzą, że nie ma chorób, przeciwko którym szczepimy, „bo czy ktoś widział w ostatnim czasie chorego na odrę?”, tłumaczę, że niestety odra nadal występuje. Że choroby zakaźne nadal występują, są niebezpieczne i jedynie dzięki szczepieniom nie widzimy ich na co dzień i nie musimy się ich bać. Czasem przedstawiam pacjentom infografiki, które ukazują, jak spadała liczba zakażeń chorobami zakaźnymi po wprowadzeniu programu szczepień. Skuteczność i bezpieczeństwo, jakie dają szczepienia, zestawione z niebezpieczeństwem powikłań wynikającym z choroby to skuteczny argument.

### **Pojawiają się pytania, na jak długo szczepionka zapewni ochronę...**

Tego wciąż nie wiemy, więc myślę, że najważniejsze, by tu i teraz zatrzymać pandemię. Mam wrażenie, że trzecia fala zmieniła postawę Polaków. Początkowo byli bardzo niechętni szczepieniom, ponad połowa deklarowała, że nie jest zainteresowana zaszczepieniem się. W trzeciej fali zachorowań było tak dużo, że do punktów szczepień przychodzili przerażeni pacjenci, którzy zdali sobie sprawę, iż tylko szczepienie daje szansę, by się uchronić przed zakażeniem. W Polsce było bardzo dużo zgonów z powodu COVID-19, wielu pacjentów znało kogoś, kto bardzo ciężko chorował, wymagał wentylacji mechanicznej bądź zmarł na COVID-19 i to też przekonywało ich, że trzeba zaszczepić się jak najszybciej. ■

# #SPRAWDZAM

## 7 proc. PKB na zdrowie. „Mamy to”

MAŁGORZATA SOLECKA

Gdy 15 maja prezes PiS Jarosław Kaczyński i premier Mateusz Morawiecki ogłoszali, że publiczne nakłady na ochronę zdrowia wzrosną do 7 proc. PKB, minister zdrowia Adam Niedzielski nie krył (na Twitterze) radości. „Mamy to!” – skomentował. Czy naprawdę „mamy”? I co w zasadzie?

**6** proc. PKB nie w 2024 r., jak przewiduje obecnie ustawa, ale rok wcześniej. A w dalszej perspektywie – 7 proc. Zakładając, że Prawo i Sprawiedliwość wygra wybory w 2023 r. i będzie rządzić (może wygrać i nie rządzić, warto pamiętać), zwiększenie nakładów na zdrowie do 7 proc. PKB jest obietnicą do spełnienia na koniec trzeciej kadencji.

Przypomnijmy: w 2017 r. młodzi lekarze, zrzeszeni w Porozumieniu Rezydentów OZZL, protestowali pod hasłem „6,8 proc. PKB na zdrowie! Teraz!”. Docelowy poziom publicznych wydatków na zdrowie, do którego protestujący chcieli zmierzać, miał wynosić 9–10 proc. PKB. Tyle, ile wydają Niemcy, Francja czy Szwecja, a trzeba pamiętać, że obliczają je od PKB znacząco przewyższającego polski.

6,8 proc. PKB to minimalny poziom nakładów publicznych, jaki organizacje międzynarodowe rekomendują krajom rozwiniętym. W przypadku niższych trudno zapewnić właściwy poziom opieki zdrowotnej. Owe 6,8 proc. oblicza się przy tym metodą stosowaną m.in. przez OECD – od bieżącego PKB.

Polska wydaje na zdrowie, według tej metody, około 4,5–4,6 proc. PKB, choć od 2017 r. obowiązuje ustawa, według której odsetek systematycznie wzrasta i w 2021 wynosi już 5,3 proc. Wynosi czy też ma wynieść 5,3 proc. PKB z 2019 r. Ekspertiści od co najmniej dwóch lat zwracają uwagę na konsekwencje zastosowanej w ustawie metody N-2. I nawet jeśli założyć, że w roku 2021 ustawowe zapisy uchronią nakłady na zdrowie przed związaniem z recesją ubytkiem, okazuje się, że być może ta ochrona nie byłaby konieczna. Bo ani spadek PKB w 2020 r. nie był tak głęboki, ani sytuacja na rynku pracy w 2021 tak

dramatyczna. Do kasy NFZ do końca kwietnia 2021 ZUS przekazał bowiem o 3,5 mld zł więcej niż rok temu i o 3,9 mld zł więcej niż dwa lata temu – informuje „Dziennik Gazeta Prawna”. To (niestety) nie tylko efekt dobrej kondycji gospodarki, również inflacji, ale zmiana – w kwotach bezwzględnych – jest odczuwalna, a zwiększenie wpływów wyższe, niż zakładała prognoza.

Przyjmując, że w następnych kilku latach Polska nie zanotuje już recesji (a to, zwłaszcza w perspektywie dopływu setek miliardów złotych środków unijnych, scenariusz niemal jedynej), reguła N-2 przestanie spełniać wątpliwą funkcję zabezpieczającą dla ochrony zdrowia, lecz będzie wpływać hamująco na tempo wzrostu nakładów na zdrowie. Oczywiście, politycy zapewne sięgną po argument, że ustawa określa minimum wzrostu, a nakłady mogą zwiększać się szybciej. Doświadczenie każe jednak zakładać, że będą rosły w tempie minimalnym lub niewiele wyższym.

7 proc. PKB na zdrowie w 2027 r. będzie oznaczać około 6,6–6,7 proc. PKB z 2027 r. Być może 6,8 proc. PKB. W ten sposób postulat rezydentów spełniłby się dekadę później. Wszyscy będziemy o dekadę starsi. Polskie społeczeństwo będzie starsze, a dług zdrowotny, zaciągnięty w czasie pandemii, ciągle nie będzie spłacony. Ba, przy tak niskich nakładach, jakie realnie są planowane (mimo faktycznego zwiększenia podatków, przez brak możliwości odpisu składki zdrowotnej od podatku i mimo zwiększenia składki zdrowotnej dla przedsiębiorców lub szerzej – osób prowadzących działalność gospodarczą, a więc również dużej części lekarzy pracujących na kontraktach), ten dług jeszcze będzie się powiększał. Polski Ład kładzie nacisk przede wszystkim na rozwiązania instytucjonalne, będzie mnożył instytucje zarządcze. Problemów systemu, problemów pracowników ochrony zdrowia i problemów pacjentów raczej nie rozwiąże. ■

# #W\_ETERZE

Na początku maja statystyki zgonów z powodu koronawirusa wciąż były przytłaczające, ale z upływem kolejnych dni liczba zachorowań zmniejszała się. Sytuacja w ochronie zdrowia w związku z permanentnymi jej problemami wciąż jednak wymagała udziału lekarzy w dyskursie publicznym, stąd nieustanna obecność przedstawicieli naszej izby w mediach.

## System

**W** obliczu spadku liczby zachorowań i zgonów na plan pierwszy znów zaczęły wychodzić problemy systemowe.

□ „W szpitalach brakuje lekarzy i pielęgniarek, a rząd chce ciąć im pensje. Oczekiwanie na odłożone zabiegi planowe może przesunąć się nawet o rok” – tak o sytuacji w ochronie zdrowia po ustaniu pandemii pisała „Rzeczpospolita”, dla której temat skomentował prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski: „Powstaje pytanie o nową normalność w ochronie zdrowia. Nie sztuką jest bowiem wrócić do starego, niewydolnego systemu z kolejkami, które narosły przez pandemię. Sztuką jest jego realne usprawnienie, by wszyscy zaniedbani podczas pandemii COVID-19 otrzymali właściwą opiekę. Tyle że propozycji usprawniania nie widać. System niczego się na pandemii nie nauczył”.

□ **Polityka Zdrowotna** o naszej izbie wspominała w kontekście kwestii lekarzy cudzoziemców. „Pracuje 200 medyków spoza Unii Europejskiej dostało już od ministra zdrowia zgodę na pracę w polskich szpitalach. Nawet jeśli poszczególne izby lekarskie odmówią im przyznania prawa do wykonywania zawodu, minister zdrowia zezwala na pracę w placówkach medycznych. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie z końcem maja zaczęła prowadzić szkolenia wdrażające do pracy medyków z zagranicy” – pisał portal. „Jest dużo pytań, m.in. o to, czym jest podległość służbowa, co to jest kontrakt itd. Do naszej izby dotychczas wpłynęło 20 wniosków o wydanie prawa wykonywania zawodu. Trzy odrzuciliśmy, gdyż były niekompletne. Z tego co wiem, lekarze odwołują się do Naczelnej Izby Lekarskiej – wyjaśniał Polityce Zdrowotnej prezes Jankowski.

□ W innej publikacji **PZ** poruszyła kwestię zlikwidowania w drodze nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry możliwości odbywania specjalizacji w trybie wolontariatu. „Do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie napływają zgłoszenia od za-

niepokojonych lekarzy w trakcie specjalizacji, którzy alarmują, że m.in. zarząd przychodni twierdzi, że z przyczyn finansowych nie jest w stanie ich dalej zatrudniać. Rzecznik praw lekarza w Warszawie odnotował ostatnio około 20 takich zgłoszeń” – informowała Polityka Zdrowotna. „Dyskutowaliśmy z ministerialnym zespołem ekspertów opracowującym założenia nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, którego byłem członkiem. Była zgoda, że trzeba to zlikwidować, zwłaszcza że lekarze pracujący na wolontariacie byli bardzo wykorzystywani przez pracodawców. Wykonywali specjalistyczne zabiegi, za które nie otrzymywali wynagrodzenia, na czym z pełną premedytacją korzystały podmioty szkolące” – mówił portalowi Tomasz Imiela, członek Prezydium ORL w Warszawie.



□ Dr Imiela wypowiedział się także dla **radia RDC** w kwestii zapotrzebowania na nowych lekarzy w systemie w kontekście egzaminu dojrzałości. – O 9.00 maturzyści z całego kraju rozpoczną egzamin z biologii na poziomie rozszerzonym. Egzamin nie jest obowiązkowy, ale zdecydowało się do niego przystąpić ponad 43 tys. maturzystów i jest to jeden z najchętniej wybieranych przedmiotów dodatkowych. Jest niezbędny, by dostać się na medycynę – informowała rozgłośnia. – Wybierajcie ten kierunek, to przepiękny zawód. Bywa ciężko, ale zawsze chodzi o pomoc. Zawód lekarza otwiera przed młodymi ludźmi naprawdę szerokie perspektywy. Można pracować w różnych dziedzinach: od laboratorium po kontakt z chorymi na co dzień. A w Polsce rzeczywiście w tej chwili bardzo brakuje lekarzy, więc absolutnie nie ma zagrożenia, że w najbliższych wielu latach będzie ich nadmiar – wyjaśniał Tomasz Imiela.

□ Łukasz Jankowski dla „Rzeczpospolitej” komentował temat funduszu odszkodowawczego. „Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie dodaje, że środowisko lekarzy od dawna postuluje zadośćuczynienie pacjentom za ewentualne szkody i wprowadzenie ustawy no-fault. – Zamiast systemowego pomysłu usłyszeliśmy budzącą nasz niepokój narrację o ofiarach błędów medycznych, co su-



geruje dalszy ciąg dotychczasowych działań służących rozliczaniu i karaniu personelu za niezawinione błędy medyczne – mówi, chwalać jednocześnie pomysł wzmocnienia kadr przez zwiększenie środków na ochronę zdrowia” – pisała „Rz”.

Na łamach „Dziennika Gazety Prawnej” prezes Jankowski oceniał rządowy pomysł ustalenia minimalnych płac w ochronie zdrowia. „Lekarze chcieliby wypracowania zupełnie innego systemu wynagradzania” – pisał „DGP”. „Ta ustawa to tylko proteza” – oceniał na łamach dziennika Łukasz Jankowski i dodał: „Skupiamy się na dyskusji o współczynnikach bez żadnej merytorycznej podbudowy. Minister nie dał się niestety namówić, by porozmawiać o systemie docelowym, jakiego my byśmy oczekiwali, np. o płaceniu za pracę. System jest rynkowy, przynajmniej dla specjalistów, bo jest ich za mało i w tym systemie to oni narzucają stawki, a minister chce regulować realne wynagrodzenia ustawą”.

„DGP” pisał także o lekarskich stypendiach od mazowieckiego samorządu wojewódzkiego. „Nawet po 2 tys. zł miesięcznie mogą dostać studenci ostatnich lat kierunku lekarskiego, jeśli zobowiążą się do tego, że po ukończeniu studiów podejmą pracę w jednej z wojewódzkich lecznic na Mazowszu, w specjalizacji deficytowej” – pisał dziennik. „Rozwiązania systemowe nie zachęcają do pracy absolutnie nikogo, więc samorządy sięgają po własne narzędzia, czego nie zapewnia rząd” – komentował dla „Dziennika Gazety Prawnej” Łukasz Jankowski.

Szef ORL w Warszawie wypowiedział się ponadto dla „Gazety Wyborczej”, komentując obawy o załamanie się systemu z powodu masowych odejść medyków. „To jest już duży trend. Wynika m.in. z wypalenia zawodowego, bardzo złych warunków pracy, z tego, jak jesteśmy traktowani. Nie mamy poczucia bezpieczeństwa” – ostrzegł.

## Epidemia i szczepienia

Przedstawiciele naszej izby niezmiennie występowali także w roli ekspertów w sprawie epidemii, która, choć chwilowo odpuściła, wciąż się tli. Jeszcze na początku miesiąca, kiedy sytuacja była niezwykle poważna, na łamach „Przeglądu” działania władz komentował Łukasz Jankowski. „Doszliśmy do momentu, kiedy rząd pokazuje jakieś dane, a my nie rozumiemy, skąd się wzięły i co z nich wynika. Konferencja rządu zamieniła się w tablicę informacyjną. A my obstawiamy, co dziś rządzący wymyślą i jak spróbują to uzasadnić. Nikt nie próbuje informować ludzi, na jakiej podstawie podejmuje się decyzje” – mówił tygodnikowi prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Rynek Zdrowia podniósł natomiast temat zdrowia psychicznego lekarzy w kontekście pandemii. „Korzystanie z pomocy psychoterapeuty czy psychiatry jest tak samo normalne i potrzebne jak leczenie nadciśnienia. Lekarze są dzielni, ale

i krusi – jak każdy. Gdy zbyt późno zaczynają o siebie dbać, bywa, że »rozpadają się na kawałki z wielkim hukiem«” – pisał portal, dla którego sprawę skomentowała pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. „W przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym lekarze, szczególnie z dłuższym stażem, późno decydują się zgłaszać po pomoc. Długo starają się tym problemom zaprzeczać, uciekać w pracę, w uzależnienia” – oceniała Magdalena Flaga-Łuczkiwicz.



Uruchomienie podczas długiego weekendu majowego mobilnych punktów szczepień przeciwko koronawirusowi, do których zgłosić mogła się każda pełnoletnia osoba, komentowała w „Faktach” w telewizji TVN przewodnicząca Zespołu ds. Szczepień Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. – Bardzo budujący widok. Pokazuje, że Polacy ufają szczepieniom, chcą się szczepić – mówiła o ustawiających się do szczepień kolejkach Anna Rahnama.



Na temat szczepień w domach wypowiadał się w TVN24 przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy OIL w Warszawie. – Próbuje organizować transporty i zwiększamy liczbę osób, które będą szczepione w domu. Staramy się kolejne osoby włączać do wyjazdowych zespołów. Mamy już na liście około 900 chętnych pacjentów, których musimy zaszczepić w domu. W ostatnim tygodniu zgłosiło się więcej osób z prośbą, żeby zapisać seniora na szczepienie w domu, bo np. rodzina boi się go przetransportować albo nie jest w stanie. Widzimy zwiększone zainteresowanie, więc wydaje mi się, że apele jednak dotarły do społeczeństwa – mówił Paweł Doczekalski.



□ Tomasz Imiela w serwisie informacyjnym **TVN24** komentował realizację programu szczepień. – *Jak najwięcej osób w jak najkrótszym czasie powinno się zaszczepić, abyśmy zbliżali się do tej słynnej odporności populacyjnej i cały czas utrzymywali zasady bezpieczeństwa, o których już od tylu miesięcy mówimy* – przekonywał przedstawiciel Prezydium ORL na antenie telewizji informacyjnej.



## Działania izby

Media dostrzegały aktywność samorządu lekarskiego, co znalazło odzwierciedlenie w licznych publikacjach dotyczących inicjatyw, w jakie zaangażowała się Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

□ **Infodent24** informował o wydarzeniach organizowanych i współorganizowanych przez naszą izbę, m.in. o Ogólnopolskich Spotkaniach Stomatologicznych. „*Kolejna konferencja PTS odbędzie się w trybie online 15 maja 2021 r. W programie trzy wykłady poprowadzone przez ekspertów z różnych dziedzin. Bezpłatna konferencja PTS dla lekarzy i lekarzy dentystów członków OIL w Warszawie odbędzie się w trybie online na platformie ClickMeeting*” – donosił portal. Infodent24 podał także informację o organizowanym przez izbę Dniu Matki Lekarki: „*Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie myśli o kobietach, które muszą łączyć trudne role lekarki i matki. Dla nich organizuje 22 maja 2021 r. (w sobotę) w godz. 10.00–15.00 warsztaty, które mają im w tym pomóc*”.

□ **Dentonet** napisał natomiast o wyjątkowym miejscu przeprowadzenia Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją. „*Po raz pierwszy w historii Państwowy Egzamin Specjalizacyjny odbył się w siedzibie izby lekarskiej – w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18. (...) To pierwszy przypadek, kiedy egzamin miał miejsce w izbie lekarskiej. Wynikało to z chęci zapewnienia jak najbardziej komfortowych warunków znacznej liczbie zdających, szczególnie podczas pandemii. Wszyscy zdający zakończyli egzamin pozytywnie*”.

□ Media medyczne szeroko informowały o podpisaniu przez izbę listu intencyjnego w sprawie współpracy z Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej. „*Partnerska współpraca w zakresie pracy dydaktycznej i badawczej oraz realizacja wspólnych projektów dotyczących działalności samorządu lekarskiego, promocji zdrowia jamy ustnej wśród seniorów i rozwój nauki*

*z zakresu stomatologii geriatrycznej to główne założenia listu intencyjnego podpisanego 7 maja między Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie i Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie a Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej*” – pisał **Medexpress**, przytaczając jednocześnie wypowiedzi sygnatariuszy listu ze strony izby. „*Prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski podkreślał pionierski charakter dokumentu. – Robimy coś nowego. Dotąd współpraca samorządu z towarzystwami naukowymi była dość nieśmiała. Teraz idziemy do przodu. Mamy wspólne cele, dlatego łączymy siły* – przekonywał. Wiceprezes **Dariusz Paluszek** argumentował natomiast, że dzięki współpracy z organizacją mającą charakter naukowy łatwiej zapewnić wysoki poziom szkolenia lekarzy. – *Rolą izby jest pomóc dotrzeć do lekarzy z materiałem dydaktycznym, który jest sprawdzony i przekazywany przez osoby stanowiące naukowe autorytety – wyjaśniał przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów*”. O liście napisały także **Infodent24** i **Dentonet**.

## Wzór partnerskiej współpracy: Polskie Towarzystwo Stomatologii Geriatrycznej - OIL w Warszawie

ms 07-05-2021, 20:33

Lubie to? 2



□ **Infodent24** i **Medexpress** poinformowały ponadto o przyznaniu stypendiów ORL w Warszawie. „*Komisja Współpracy z Zagranicą dokonała oceny wniosków o przyznanie stypendium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie złożonych w wiosennej edycji programu stypendialnego. 21 kwietnia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej zatwierdziło listę rankingową przedstawioną przez przewodniczącą Komisji Współpracy z Zagranicą lek. Agnieszkę Serwan*” – pisał **Medexpress**.

□ **Gość Radomski** informował natomiast o mszy świętej w intencji pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w dniu ich święta, z udziałem przedstawiciela OIL w Warszawie. „*W eucharystii uczestniczyli przedstawiciele środowiska pielęgniarek i położnych z poczem sztandarowym Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Obecny był również dr Mieczysław Szatanek z radomskiej delegatury Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie*” – donosił portal. ■

# Trzeźwe spojrzenie



Fot. archiwum

Uzależnienie – sytuacje obnażające natóg, wypadki „pod wpływem” – może zrujnować wizerunek i zniszczyć karierę. Nie zawsze udaje się odbudować to, co zostało zburzone. Obserwatorzy z zewnątrz, pacjenci, dostrzegają efekty, szufladkują i są bezlitosnymi sędziami. O wizerunku w kontekście uzależnień, ale też pojedynczych, na pozór błahych lub prywatnych zdarzeń, z **Maciejem Orłosiem** rozmawia Renata Jeziółkowska.

**Bez wątplenia uzależnienie może zrujnować indywidualną opinię, ale również nadszarpnąć wizerunek całego środowiska, np. lekarskiego.**

**W**iadomo, media żywią się informacjami sensacyjnymi. Nie napiszą o tym, że milion lekarzy nie wypilo kropli alkoholu, napiszą o tym, że jeden lekarz wypil i w związku z tym wydarzylo się coś złego. Oczywiście, to naganne, lecz stanowi ułamek procenta w całej branży. Tak jest we wszystkich dziedzinach życia:

wykolei się pociąg, wszyscy będą mówić – wykoleił się pociąg! Choć tego samego dnia miliony pociągów na całym świecie dojechały bezpiecznie do celu.

**Bywa, że jedna jedyna sytuacja niszczy wszystko i człowiek może być zawsze postrzegany przez jej przyzmat. Przykleja się łatka. Można to zmienić?**

Niestety, sprawa jest trudna, bo coś się może przykleić do kogoś czy do jakiejś branży i tak już pozostać. Przykładowo,

gdy ktoś spowoduje wypadek ze skutkiem śmiertelnym. Wówczas mniejsze znaczenie mają zasługi, dorobek, kariera. Wydarzyło się coś, co determinuje już całą resztę, wpływa na postrzeganie przez ludzi z zewnątrz. Jakiś aktor prowadził samochód, spowodował wypadek i już myśli się o nim tylko w tym kontekście, z tym się kojarzy. Może to dotyczyć także lekarzy. Taki jest mechanizm funkcjonowania mediów, a odbiorcy mają często krótką pamięć. Gdy ktoś pod wpływem alkoholu powoduje wypadek, ginie człowiek, jesteśmy gotowi zapomnieć o wcześniejszych zasługach osoby, która spowodowała ten wypadek. Jeżeli sytuacja nie jest aż tak dramatyczna, mamy szansę się zrehabilitować i być może nie zaważy ona tak bardzo na naszej opinii. Są na szczęście ludzie, którzy potrafią przyłożyć odpowiednią miarę do zdarzenia, oszacować sytuację, nie zapominając o czyichś zasługach. Od tego w ostateczności są też sądy, żeby o czymś rozstrzygać. Są sprawy w sądzie, które dotyczą naruszenia dóbr osobistych i czytamy w różnych mediach sprostowania, które są publikowane, bo ktoś został o coś posądzony albo niekorzystnie o nim napisano, mijając się z prawdą. Bywa, że człowiek musi iść do sądu, żeby dochodzić swego, a i tak coś może do niego przylgnąć. Moim zdaniem niewiele można z tym zrobić. Trzeba oczywiście się starać, walczyć o swoje dobre imię, tłumaczyć, prostować... Co innego, gdy np. ktoś został przyłapany na narkotyzowaniu się. Może o sobie usłyszeć: „taki porządny człowiek, a ma związek z narkotykami i łamie prawo”. Co innego jednak, gdy operacja się nie udała, a lekarz był pod wpływem alkoholu.

**Gdy już wydarzy się coś złego, jakaś kompromitująca wpadka podważająca autorytet, czy lepiej „schować się”, posypać głowę popiołem i przeprosić (np. wystosować oświadczenie), czy robić swoje, jak gdyby nigdy nic. Jest jakaś dobra droga?**

Według mnie, choć nie jestem ekspertem od sytuacji kryzysowych ani od PR, lepsze jest pierwsze rozwiązanie, czyli wyjście do ludzi, przyznanie się do błędu, posypanie głowy popiołem, powiedzenie

kilku słów skruchy i podkreślenie chęci naprawy popełnionego błędu, pokazanie swojej ludzkiej twarzy, ale również odwagi przyznania się do błędu. Wtedy istnieje spora szansa na wybaczenie, a potem zapomnienie i odzyskanie sympatii. Myślę, że to dobra droga.

**Lekarz, czyli ktoś, kto dba o zdrowie innych, który nie dba o własne, ryzykuje utratą dobrej opinii. Ufamy mu, powierzamy zdrowie, a on nałogowo pali, czasem pije...**

W pewnym stopniu takie postępowanie może podważać wiarygodność. Ale przypomnijmy sobie prof. Religę, który palił jak smok, a był wybitnym lekarzem. Wszyscy patrzyli na jego palenie z przmrużeniem oka i mu wybaczało, na zasadzie, że palenie to jego prywatna sprawa, bo robił przecież wielkie rzeczy. Teraz jest inaczej, ponieważ w niewielu miejscach można publicznie palić papierosy. Palenie nie jest takie powszechne i mocno widoczne. Jest inna presja społeczna, inny ogólny klimat. Warto zwrócić uwagę, że różnym ludziom stawiane są różne granice. A każdy ma jakieś słabości i popełnia błędy. Gdy prezydent USA Bill Clinton miał romans z asystentką, mówił o tym cały świat. I Clinton musiał przeproszać na oczach całego świata, pokajając się z powodu czegoś, co dotyczyło bardzo intymnej sprawy, wyłącznie jego prywatnego życia. Ale prezydent Stanów Zjednoczonych ma bardzo ograniczoną przestrzeń prywatną i tu nastąpiło przekroczenie granicy. Mnie jako pacjenta

Warto zwrócić uwagę, że różnym ludziom stawiane są różne granice. A każdy ma jakieś słabości i popełnia błędy.

w gruncie rzeczy nie interesuje życie osobiste lekarza. Czy w sytuacjach prywatnych pije alkohol, pali papierosy. Może mnie interesować, czy pali papierosy, jeśli jest np. stomatologiem, lecz mi zęby i podczas zabiegu czuję nieprzyjemny zapach. Jako pacjent rozdzielam te sfery – nie interesuje mnie, co lekarz robi w domu, jakie ma problemy i jak sobie z nimi radzi, dopóki dobrze wykonuje swoją pracę, czyli sprawdza się w relacji lekarz – pacjent.

**Czyli ktoś, kto pokazuje drogę, sam nie musi tą drogą podążać?**

Powinien jednak podążać. Sądzę, że ktoś, kto z przekonaniem coś mówi innym ludziom, powinien potwierdzać to własnym życiem, postępowaniem. Myślę, że wielu lekarzy tak właśnie robi. Być może są i tacy, którzy mają swoje słabości, i oni prawdopodobnie czują dyskomfort. Nie wiem, czy prof. Religa miał ze swoim nałogiem problem, już mówiliśmy, że to były inne czasy.

**Na pewno w świadomym budowaniu wizerunku ważna jest czujność i ostrożność w mediach społecznościowych.**

Tak, oczywiście. Jeśli jestem kimś, kto na co dzień wykonuje odpowiedzialną pracę – policjantem, nauczycielem – muszę uważać na media społecznościowe. Kamery są wszędzie, wszyscy mają smartfony i wszędzie można wrzucić zdjęcia w dobrej albo złej wierze. Ktoś może sfotografować w sytuacji prywatnej np. nietrzeźwego funkcjonariusza, wrzucić zdjęcie do sieci i afera gotowa... Znam osoby, które całkowicie zrezygnowały z profili w mediach społecznościowych, chcąc zachować prywatność. Stwierdzali, że do niczego nie jest im potrzebne, żeby ktoś – np. student wykładowcy – zaglądał do życia prywatnego i widział ich na plaży w kostiumie kąpielowym lub z drinkiem. Już nawet nie chodzi o sytuacje kompromitujące.

**Ja mogę nie mieć profilu na Facebooku, ale inni mają. Uczestniczę w jakimś wydarzeniu, a ktoś inny robi zdjęcia, wrzuca je do sieci bez mojej wiedzy...**

Oczywiście, warto uprzedzić wcześniej, poprosić, by nie publikowano zdjęć, na których jestem. Najlepiej ustalić to wcześniej. Chcę się wyluzować, idę na prywatną imprezę, wypilem trochę alkoholu (alkohol jest dla ludzi, nie jest powiedziane, że każdy lekarz ma być abstynentem), ale powinienem pamiętać o tych zdjęciach, zachować czujność. Można mieć też obok siebie kogoś bliskiego, kto będzie o tym pamiętał. Czasem wystarczy chwila nieuwagi i czyjaś zła wola, a w Internecie bardzo łatwo innym zaszkodzić. ■

## 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](mailto:sekretarz@oilwaw.org.pl)**

# Dodatki covidowe – jakie są kryteria

Zgodnie z poleceniem ministra zdrowia z 1 listopada 2020 r. wysokość świadczenia dodatkowego została podniesiona z 50 do 100 proc. wynagrodzenia zasadniczego pracownika (jednak nie więcej niż do 15 tys. zł).

**M**owa o wynagrodzeniu brutto należnym z tytułu wykonania pracy na dzień udostępnienia informacji, tj. wynagrodzeniu zasadniczym, wynagrodzeniu za pełnienie dyżurów medycznych oraz za godziny nadliczbowe i tzw. dodatkach ministerialnych wynikających z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

**Dodatkowe wynagrodzenie należy się pracownikom szpitali II i III stopnia zabezpieczenia covidowego, wykonującym zawód medyczny i uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 lub chorym na COVID-19.** Mają do niego prawo także osoby pracujące w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, w izbach przyjęć, na szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w laboratoriach, z którymi NFZ podpisał umowę o wykonywanie testów w kierunku koronawirusa.

Dodatek przysługuje bez względu na formę zatrudnienia – dotyczy zarówno osób zatrudnionych na umowy o pracę, jak i na umowy cywilnoprawne.

## Nieprawidłowości w dokumentacji

Warunkiem wypłaty dodatków covidowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest przesłanie przez placówki medyczne prawidłowo sporządzonych dokumentów. Wszelkie błędy w dokumentacji wymagają korekty, co powoduje opóźnienia w wypłatach środków dla szpitali. **Jeśli dokumenty dostarczane przez placówki są kompletne, NFZ przekazuje im należne środki w terminie trzech dni roboczych.**

Wynika z tego, że czas, w jakim płatnik dokonuje przelewu pieniędzy na konto szpitala, uzależniony jest przede wszystkim od szybkiego przesłania przez szpital prawidłowo wypełnionych dokumentów. Niestety, zdarza się, że nadesłana dokumentacja wymaga nawet kilkakrotnej weryfikacji. W przypadku pracowników kontraktowych czynnikiem mogącym wydłużyć czas wypłaty środków jest brak faktury.

## Weryfikacja dokumentacji

Wypłata środków finansowych na dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego udzielającego świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 następuje po przedłożeniu przez świadczeniodawcę oraz

zweryfikowaniu przez oddział NFZ dokumentacji będącej podstawą rozliczenia.

Weryfikacja dokumentów polega m.in. na sprawdzeniu:

- czy przekazano oświadczenia wszystkich pracowników wykazanych do wypłaty dodatku,
- czy naliczona przez świadczeniodawcę kwota brutto dla konkretnego pracownika nie przekracza 100 proc. wynagrodzenia i 15 tys. zł,
- czy wskazana kwota jest pomniejszona o liczbę dni nieobecności danego pracownika.

Najczęstszą nieprawidłowością jest brak oświadczeń poszczególnych osób uprawnionych do dodatku covidowego.

Nie wszystkie podmioty lecznicze na bieżąco przekazują dokumenty stanowiące podstawę rozliczenia za poszczególne miesiące. **Są szpitale, które dotychczas nie przekazały wykazów za styczeń, luty i marzec.**

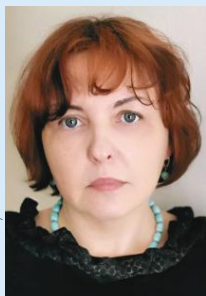
## Dodatek covidowy w liczbach

Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ od początku pandemii do kwietnia 2021 r. wypłacił szpitalom ponad **696 mln zł** z przeznaczeniem na świadczenia dodatkowe. Od marca do grudnia ubiegłego roku była to kwota ponad **289 mln zł**, natomiast przez pierwsze cztery miesiące 2021 wypłacono na ten cel już przeszło **407 mln zł**, co stanowi ponad 35 proc. wartości środków wypłaconych w tym czasie podmiotom wykonującym działalność leczniczą z tytułu COVID-19. Dla porównania w roku 2020 świadczenia dodatkowe stanowiły 19,2 proc. wartości środków wypłaconych z tytułu COVID-19.

Tylko w marcu 2021 r. dodatkowe wynagrodzenia trafiły do 8252 pracowników medycznych ze 183 placówek na terenie Mazowsza, w tym do 2348 lekarzy, 3131 pielęgniarek, 2165 ratowników i 608 pozostałych pracowników medycznych. Dla porównania w szczycie drugiej fali COVID-19, tj. w listopadzie 2020, na mocy polecenia ministra zdrowia z 1 listopada 2020 dodatki covidowe wypłacono łącznie 21 737 osobom wykonującym zawód medyczny, w tym 6333 lekarzom, 10 824 pielęgniarkom, 2608 ratownikom i 1972 pozostałym pracownikom medycznym. ■

**Andrzej Troszyński**  
rzecznik prasowy Mazowieckiego OW NFZ





Fot. K. Bartyzel

# Interwencje rzecznika praw lekarza

**MONIKA POTOCKA**  
rzecznik praw lekarza

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

**W** tym artykule chciałabym zwrócić Państwa uwagę na fakt, że w ustawie o izbach lekarskich jako organy izby występują: Okręgowa Rada Lekarska, Komisja Rewizyjna, Sąd Lekarski, który został powołany do orzekania w zakresie przewinień zawodowych, oraz okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, który sprawuje funkcję oskarżyciela przed sądami lekarskimi. Dwa ostatnie organy pełnią zatem funkcję kontrolno-represyjną.

Niestety, ustawodawca nie przewidział powołania organu, który pełniłby rolę ustawowego obrońcy interesów zawodowych lekarzy w postępowaniach sądowych i pozasądowych.

W ostatnich latach bardzo wzrosła liczba spraw dotyczących różnych problemów środowiska lekarskiego, zarówno indywidualnych, jak i zbiorowych. Zwłaszcza w okresie pandemii zaostrzyły się istniejące problemy i pojawiły nowe, z którymi lekarze jeszcze się nie spotkali.

Podkreślenia wymaga fakt, że w naszym środowisku często występuje lęk przed dochodzeniem swoich praw z obawy przed utratą pracy lub miejsca szkoleniowego. Często lekarze, którzy podjęli próbę walki o swoje prawa, spotykali się z represyjną reakcją przełożonych – rozwiązywaniem umów o pracę lub zawartych w celu odbycia szkolenia specjalizacyjnego oraz z innymi formami wywierania nacisku.

Potrzebę powołania obrońcy lekarzy w osobie rzecznika praw lekarza samorząd zawodowy zauważył ponad 10 lat temu, ale jego istnienie

jest uregulowane jedynie wewnętrznymi przepisami samorządu zawodowego, zawartymi np. w uchwale nr 15/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z 26 marca 2010 r. Niestety, te przepisy nie zapewniają rzecznikowi umocowania prawnego do występowania do organów administracji publicznej, podmiotów leczniczych, osób prawnych, a także osób fizycznych, zajmowania stanowisk w konkretnych sprawach indywidualnych i zbiorowych oraz wstępowania w toczące się postępowania sądowe, o ile konieczność ochrony praw lekarza tego wymaga. A tylko wtedy można by mówić o realizacji celów określonych w art. 5 pkt 14 ustawy o izbach lekarskich.

W naszej izbie problem ten został rozwiązany uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej z 17 kwietnia 2019 r., która delegowała swoje uprawnienia, nadane izbom lekarskim przez ustawodawcę, czyli występowania w imieniu lekarzy w celu ochrony ich interesów, na rzecznika praw lekarza. To jednorazowa uchwała, podjęta dopiero w obecnej kadencji naszego samorządu, i stanowi rozwiązanie nowatorskie na tle uregulowań innych izb lekarskich. Brak niestety rozwiązań systemowych w tym zakresie. Konieczne jest zatem wprowadzenie w ustawie nowego organu, którego zadaniem będzie obrona godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu, który uzyska możliwości działania na wzór rzecznika praw pacjenta, w imieniu właściwej izby lekarskiej oraz będzie całkowicie niezależny od pozostałych jej organów.

13 stycznia 2021 r. ORL powołała czteroosobową komisję, której zadaniem będzie przygotowanie projektu zmian w ustawie o izbach lekarskich w celu wprowadzenia do niej nowego organu – rzecznika praw lekarza, i wyposażenia go w potrzebne narzędzia, zgodnie z przepisami prawa.

Inicjatywę taką podjęliśmy jako jedyna izba w Polsce i mamy nadzieję, że ustawodawca przyjmie naszą propozycję, aby każdy lekarz miał swojego ustawowo umocowanego obrońcę w osobie rzecznika, do którego zawsze będzie mógł się zwrócić o pomoc i ją otrzymać. ■



Fotografie: archiwum

# Stan specjalnej troski

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

## Analiza przypadku

**P**ani A. (lat 31) zdecydowała się na prowadzenie ciąży przez lek. Z. z NZOZ Centrum Medyczne w X. Na pierwszą wizytę przyszła 28.08.2016 r., w siódmym tygodniu ciąży. Na kolejnej wizycie 19.09.2016 r. pacjentka zgłaszała lekarzowi prowadzącemu ciążę brunatne plamienia, które lekarz uznał za normalne na tym etapie ciąży. Kolejna wizyta miała miejsce 27.09. Poprzedziło ją wykonanie tego samego dnia badań prenatalnych. Z badań tych pani A. dowiedziała się, że jej ciąża jest nieprawidłowo zlokalizowana – nastąpiło odwarstwienie kosmówki 22/44 mm, a szyjka macicy miała 15 mm długości. Lekarka wykonująca badanie prenatalne zaleciła pacjentce niezwłocznie konsultację z lekarzem prowadzącym ciążę. W tym samym dniu pani A. udała się na wizytę do lek. Z. Po zapoznaniu się z wynikami i wykonaniu dodatkowych badań lekarz stwierdził niską lokalizację ciąży i przepisał luteinę (lek na podtrzymanie ciąży), po czym odesłał pacjentkę do domu. Wyniki badań USG przeprowadzonych przez lekarza wskazały, że szyjka w godzinach wieczornych miała 25 mm. Następną wizyta ustalona została na 14. tydzień ciąży. Z obawy o przebieg ciąży pani A. 3.10. zgłosiła się do wojewódzkiego szpitala w X., gdzie została przyjęta na oddział położnictwa i ginekologii. Jako rozpoznanie wskazano: 12-tygodniowa ciąża szyjkowa. Po badaniach stwierdzono, że stan pacjentki zagraża jej życiu i konieczne jest natychmiastowe przerwanie ciąży.

Okazało się, że podczas tygodniowego pobytu w domu, po wizycie u lek. Z., u pani A. rozwinęło się łożysko, a szyjka macicy w dniu przyjęcia do szpitala miała około

13 cm długości i 9 cm szerokości. Łożysko wrosło w ścianki szyjki macicy.

W dniu przyjęcia do szpitala pacjentkę operowano, ponieważ łożysko wrosnięte było w szyjkę macicy, nie udało się go usunąć. Pani A. z martwym płodem ponad dwa miesiące przebywała w szpitalu w X. W tym okresie podawano jej m.in. metotrexat, by możliwe było usunięcie martwej ciąży. Pacjentka korzystała w tym czasie z pomocy psychologicznej oraz psychiatrycznej.

Zabieg embolizacji tętnic macicznych i ewakuacji ciąży szyjkowej, wyłyżeczkowania kanału szyjki macicy wykonano 13.12., a 21.12. wypisano pacjentkę do domu z zaleceniem wizyty u lekarza prowadzącego z wynikiem badań histopatologicznych.

W styczniu 2017 r. u pani A. wystąpiło krwawienie z dróg rodnych i konieczna była reoperacja wyłyżeczkowania kanału szyjki macicy, którą przeprowadzono 8.01. Chorej dwukrotnie przetoczono krew. Ostatecznie pacjentka wypisana została ze szpitala 22.01.

W wyniku długotrwałego pobytu w szpitalu i konieczności leżenia w łóżku u pani A. zdiagnozowano: niewydolność żyły odpiszczelowej, niewielkie żylaki na podudziu kończyny lewej, pogłębioną lordozę lędźwiową, pogłębioną kifozę piersiową oraz skrzywienie z rotacją trzonów kręgow.

3.08.2017 r. pacjentka poddała się operacji usunięcia żyły odpiszczelowej lewej metodą Babcocka, żyły Giacominięgo oraz żyłaków goleni lewej. Zabieg wykonano w prywatnym centrum medycznym w R.

W związku z opisanymi zdarzeniami pełnomocnik pani A. zarzucił lek. Z., że:

- nie zdiagnozował niewłaściwego położenia ciąży podczas wizyt pacjentki 28.08. i 19.09.2016 r.,
- odesłał pacjentkę do domu po wizycie 27.09.2016 r. i przepisał jej leki podtrzymujące ciążę, zamiast niezwłocznie skierować ją do szpitala, z uwagi na fakt niewłaściwej lokalizacji ciąży.

Pełnomocnik pani A. wskazał, że powodowało to dalszy rozwój ciąży i gdy pacjentka zgłosiła się do szpitala tydzień później, znajdowała się już w stanie zagrożenia życia, a dalsze leczenie było długotrwałe i dramatyczne (m.in. ponad dwa miesiące nosiła martwy płód). W tej sytuacji pełnomocnik wniósł o wypłatę na rzecz pani A. zadośćuczynienia w wysokości 200 tys. zł.

Sprawa została zgłoszona do ubezpieczyciela lek. Z. Pełnomocnik doktora wyjaśnił, że podczas wizyt u lek. Z. trzykrotnie wykonano badanie USG, co jest procedurą ponadstandardową, gdyż zgodnie z zaleceniem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego pierwsze badania USG powinno się wykonać dopiero w 11.–14. tygodniu ciąży. W trakcie badań wysunięto podejrzenie nieprawidłowości w przebiegu ciąży dotyczącej niewłaściwej jej lokalizacji i skierowano pacjentkę na dodatkowe badania prenatalne, aby potwierdzić diagnozę. Powikłanie, które wystąpiło, jest niezwykle rzadkie, notuje się je w około 0,1–0,2 proc. wszystkich ciąż ektopowych (pozamacicznych), które z kolei stanowią około 2 proc. wszystkich ciąż. Pełnomocnik lek. Z. podkreślił, że większość ciąż tego rodzaju stwierdza się u pacjentek po cięciach cesarskich, co dodatkowo obniża ryzyko takiego zaburzenia u pierwotki. W związku z tym postawienie rozpoznania ciąży o nieprawidłowej lokalizacji jest bardzo trudne i często wieloetapowe. Sposób postępowania z pacjentką ambulatoryjnie był prawidłowy, tym bardziej że brak w dostępnym piśmiennictwie standardów postępowania w przypadku ciąży o nieprawidłowej lokalizacji w macicy. Jednocześnie pełnomocnik lek. Z. stanął na stanowisku, że długość pobytu pani A. w szpitalu związana była z poważną patologią ciąży, a nie z czasem, w którym postawiono rozpoznanie. Zróżnicowanie między ciążą o niskiej lokalizacji a zagrażającym poronieniem jest bardzo trudne. Z tego powodu zalecono pacjentce wykonanie kontrolnego badania USG w dwa tygodnie od ostatniej wizyty.

Dysponując przytoczonymi wyjaśnieniami oraz dokumentacją medyczną pani A., w celu ustalenia, czy postępowanie lek. Z. było prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską, wystąpiono o opinię medyczną, którą sporządził specjalista położnictwa i ginekologii.

Opiniujący stwierdził, że lek. Z. prawidłowo udzielił świadczeń medycznych. Podczas trzech wizyt wykonał trzy badania USG, zachował się więc bardzo profesjonalnie – udzielił świadczeń ponad standard. Specjalista podał, że plamienie, o którym wspomina pełnomocnik pani A., może się zdarzać w ciąży wczesnej i być reakcją na implantację jaja płodowego. W trakcie badań wysunięto podejrzenie nieprawidłowego rozwoju ciąży. Zlecono badanie prenatalne USG I trymetru, które potwierdziło niskie posadowienie ciąży. 27.09.2016 r. lekarz wystawił skierowanie do szpitala o treści „*C1, II tyg. zagrażające poronienie ciąży o niskiej lokalizacji w macicy*”. Opiniujący ocenił, że lekarz nie miał wpływu na to, że pacjentka zgłosiła się tam dopiero 3.10.

Orzecznik podkreślił, że ciąża szyjkowa jest rzadką patologią wśród ciąż ektopowych. Początkowo może rozwijać się jak

prawidłowa, w dolnej części jamy macicy, a potem stopniowo migrować w kierunku kanału szyjki, powodując powiększenie szyjki i zmieniając jej anatomię. Rozwój trofoblastu (protoplasty łożyska) przypomina nowotwór naciekający okoliczne tkanki. Opiniujący wyjaśnił, że rozwój ciąży pozamacicznej szyjkowej przywodzi na myśl rozwój nowotworu inwazyjnego szyjki macicy. Objawia się intensywnym krwotokiem w razie pęknięcia i bezpośrednim zagrożeniem życia w wyniku upływu krwi. Jediną metodą w obecnym stanie wiedzy jest terminacja ciąży metodą farmakologiczną za pomocą KCL oraz metotreksatu. To postępowanie długotrwałe, wyczekujące, ale bezpieczne i pozwalające uchronić pacjentkę przed całkowitym usunięciem macicy. Ciąża pozamaciczna, jako patologiczna, nie ma objawów, jakbyśmy tego oczekiwali. Rozwijają się w kanale szyjki lub w dolnym biegunie jamy macicy, migrując pod wpływem ciężenia w kierunku kanału szyjki, nacieka okoliczne tkanki, deformując je i stwarzając obraz zagrażającego poronienia, tj. obraz jaja płodowego migrującego w kierunku ujścia kanału szyjki. Tylko seryjne badania na polu naukowym pozwalają śledzić drogę takiej ciąży, a w warunkach udzielania świadczeń leczniczych jest to niemożliwe.

Lekarz orzecznik zwrócił uwagę, że nie sposób od pierwszej wizyty rozpoznać patologię. Mimo to lekarz Z. zauważył, że ciąża rozwija się nieprawidłowo, i wydał skierowanie do szpitala. Lek. Z. miał skromną wiedzę o pacjentce, gdyż ciąża w 11. tygodniu jest bardzo niewielka. Upływ czasu i warunki szpitalne oraz możliwość konsultowania się lekarzy stwarzały większe szanse ustalenia ostatecznego rozpoznania i wyboru właściwej metody leczenia.

W ocenie opiniującego lek. Z. postąpił prawidłowo, kierując pacjentkę do szpitala 27.09.2016 r. Tym samym uznano, że lek. Z. nie można przypisać winy za omawiane zdarzenie. Wobec niespełnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej ubezpieczyciel lek. Z. odmówił uznania odpowiedzialności i wypłaty wszelkich świadczeń pacjentce.

**Pytanie redakcji:** Czy w sprawach przeciwko lekarzom ginekologom często dochodzi to stwierdzenia braku odpowiedzialności?

**Odpowiedź prawnika lekarza:** Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Bez wątplenia kluczowe znaczenie dla oceny odpowiedzialności ma opinia biegłego. Czasem zdarza się, że jest korzystna dla pacjenta, a czasem powoduje, że jego szanse na wygraną drastycznie spadają.

**Pytanie redakcji:** Czy w każdej sprawie konieczne jest wydanie opinii przez biegłego?

**Odpowiedź prawnika lekarza:** Wszystko zależy od okoliczności danej sprawy. W praktyce tylko w marginalnych przypadkach taka opinia nie jest potrzebna. ■



Fot. archiwum

# Wokół epidemii COVID-19

FILIP NIEMCZYK, adwokat

Od przeszło roku aktywność legislacyjna ministra zdrowia oraz Rady Ministrów w zakresie prawa medycznego koncentruje się wokół kwestii epidemii COVID-19. W ciągu ostatnich dwóch miesięcy oba organy wydały wiele rozporządzeń, które modyfikują dotychczas obowiązujące reguły reżimu sanitarnego i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Omówię najważniejsze i najbardziej aktualne.

9 kwietnia 2021 r. wydane zostało rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19.<sup>1</sup> Wskazano w nim, kto poza lekarzem może przeprowadzać badania kwalifikacyjne do wspomnianego szczepienia, a także kto może szczepić. Otóż badania ma prawo wykonywać lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, felczer, ratownik medyczny i higienistka szkolna, a nadto fizjoterapeuta, farmaceuta i diagnosta laboratoryjny, którzy ukończyli szkolenie teoretyczne na platformie e-learningowej Centrum Medycznego

<sup>1</sup> DzU 2021, poz. 668.



<sup>2</sup> DzU 2021, poz. 855.



<sup>3</sup> Rozporządzenie ministra zdrowia z 31 grudnia 2020 r. w sprawie metody zapobiegania COVID-19, DzU 2021 r., poz. 10.



<sup>4</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl>



Kształcenia Podyplomowego. Badanie kwalifikacyjne może wykonać również osoba, która kształci się na piątym albo szóstym roku studiów na kierunku lekarskim lub na trzecim roku studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i uzyskała dokument potwierdzający posiadanie umiejętności kwalifikowania do szczepień, wydany przez uczelnię prowadzącą to kształcenie,

oraz przeprowadza badanie kwalifikacyjne pod nadzorem osób wymienionych wcześniej. Zgodnie z omawianym rozporządzeniem, fizjoterapeuci, farmaceuci, higienistki szkolne i diagnosty laboratoryjni są upoważnieni do wykonywania szczepień przeciwko COVID-19, jeżeli uzyskali dokument potwierdzający ukończenie szkolenia teoretycznego i praktycznego.

5 maja 2021 r. wydane zostało rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19.<sup>2</sup> W akcie tym rozszerzono względem dotychczas obowiązującego rozporządzenia<sup>3</sup> listę miejsc, gdzie wykonywane są szczepienia przeciw COVID-19. Poza gabinetami diagnostyczno-zabiegowymi, pomieszczeniami spełniającymi określone przepisami wymagania higieniczno-sanitarne i miejscami pobytu osobób podlegających szczepieniu, których stan zdrowia uniemożliwia samodzielne dotarcie do gabinetu, mogą być nimi również szpitale psychiatryczne dla osób tam przebywających i jednostki penitencjarne dla osadzonych. W uzasadnieniu nowej regulacji<sup>4</sup> wskazano, że w zakładach karnych i aresztach śledczych przebywa około 70 tys. osób, a organizacja konwoju do punktu szczepień dla każdej osadzonej osoby jest nieracjonalna i nieefektywna. Może również wzbudzać kontrowersje ze względu na dowożenie grup osadzonych do publicznych podmiotów leczniczych oraz konieczność udzielania im świadczeń poza kolejnością. W szpitalach psychiatrycznych istnieje natomiast możliwość zorganizowania szczepienia przez wyjazdowy zespół lub zakwalifikowania szpitala jako punktu szczepień tylko dla pacjentów w nim przebywających. Liczba takich pacjentów wynosić może 15–20 tys.

6 maja 2021 r. wydane zostało obszernie rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.<sup>5</sup> 10 maja 2021 r. wydane zostało rozporządzenie,<sup>6</sup> mocą którego wprowadzono pewne modyfikacje. We wspomnianych aktach zaproponowano harmonogram luzowania obostrzeń epidemicznych. Zrezygnowano także z regionalizacji, wpro-

wadzając jednolite zasady bezpieczeństwa na terenie całego kraju. 8 maja otwarto obiekty sportowe na świeżym powietrzu z zachowaniem limitu 50 osób. W reżimie sanitarnym udostępniono galerie sztuki i muzea, z limitem 1 osoby na 15 mkw. Klienci wrócili do galerii handlowych i sklepów budowlanych, a goście mogą korzystać z usług hoteli (przy 50-proc. obłożeniu).

15 maja 2021 r. zniesiony został obowiązek noszenia maseczek na świeżym powietrzu. Bez zmian pozostaje jednak nakaz zakrywania nosa i ust za pomocą maseczki w pomieszczeniach zamkniętych, m.in.: w transporcie zbiorowym, sklepach, kościołach, kinach i teatrach. Zaczęła działać gastronomia zewnętrzna (na świeżym powietrzu), a odstęp między stolikami musi wynosić co najmniej 1,5 m. Kina, teatry, opery, filharmonie na świeżym powietrzu mogą funkcjonować z maksymalnie 50-proc. obłożeniem. Zajęcia w domach i ośrodkach kultury

<sup>5</sup> DzU 2021, poz. 861.



oraz świetlicach, a także działalność edukacyjna i animacyjna organizowana przez instytucje kultury na otwartym powietrzu mogą być prowadzone z zachowaniem reżimu sanitarnego. Wprowadzona została nauka hybrydowa dla uczniów klas 4–8 szkół podstawowych i klas 1–4 szkół średnich. Obiekty sportowe na świeżym powietrzu są dostępne dla maksymalnie 25 proc. publiczności, a zajęcia i zawody sportowe poza obiektami sportowymi odbywać się mogą z limitem 150 osób.

<sup>6</sup> DzU 2021, poz. 879.



<sup>7</sup> <https://www.gov.pl> (dostęp: 13.05.2021).



Od 21 maja 2021 r. działalność rozpoczęły kina, teatry, opery, filharmonie przy obłożeniu 50-proc. i reżimie sanitarnym, polegającym m.in. na zachowaniu dystansu, nakazie dezynfekcji rąk, noszenia maseczki, zakazie spożywania napojów i posiłków. Dozwolona została również działalność domów i ośrodków kultury, świetlic, działalność edukacyjna i animacyjna prowadzona przez instytucje kultury w pomieszczeniach.

<sup>8</sup> DzU 2021, poz. 853.



Od 28 maja 2021 r. dozwolona jest działalność gastronomiczna wewnętrzna przy maksymalnie 50 proc. obłożeniu lokalu i dystansie między stolikami. Można organizować imprezy okolicznościowe dla maksymalnie 50 osób, przy czym do limitu nie są wliczane osoby w pełni zaszczepione przeciw COVID-19. Otwarte zostały kryte obiekty sportowe i baseny przy 50-proc. obłożeniu, a w zajęciach i zawodach poza obiektami sportowymi ma prawo wziąć udział 250 osób. Otwarto także siłownie, kluby fitness, solaria z za-

<sup>9</sup> DzU 2021, poz. 642.



<sup>10</sup> Ustawa z 1 września 2015 r. (DzU 2021, poz. 183).



strzeżeniem limitu: 1 osoba na 15 mkw. Od 29 maja wszyscy uczniowie szkół podstawowych i średnich uczą się stacjonarnie, z zachowaniem reżimu sanitarnego polegającego na wietrzeniu sal na przerwach i dezynfekcji placówek w weekendy.

Warto odnotować, że 24 marca 2021 r. opublikowany został Komunikat Rady Medycznej ds. COVID-19 przy Prezesie Rady Ministrów sygnowany przez prof. Andrzeja Horbana,<sup>7</sup> w którym podzielono pacjentów z COVID-19 w zakresie, w jakim powinni być zwalniani z izolacji po przebyciu zakażenia. W grupie pierwszej znaleźli się pacjenci bezobjawowi, bez obniżonej odporności, którzy po 10 dniach od pozytywnego wyniku testu mogą być zwolnieni z izolacji. W grupie drugiej są pacjenci objawowi, bez obniżonej odporności, którzy mogą być zwolnieni po co najmniej 10 dniach od pojawienia się objawów oraz co najmniej 24 godzinach bez gorączki i bez przyjmowania leków przeciwgorączkowych, z poprawą kliniczną. Trzecia grupa to pacjenci z głębokim deficytem odporności, którzy powinni być zwolnieni po co najmniej 20 dniach od wystąpienia objawów. Mimo medycznej zasadności zaleceń dziwi nieco rozbieżność między nimi a tym, czego w zakresie zwolnienia z izolacji wymaga rozporządzenie ministra zdrowia z 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego.<sup>8</sup> Ogłaszanie kolejnych regulacji dotyczących stanu epidemii zazwyczaj ma miejsce tuż przed ich wejściem w życie i podczas konferencji prasowych. Dodatkowe źródło rządowych zaleceń potęguje niestety informacyjny chaos.

Aktem prawnym, który nie dotyczy bezpośrednio stanu epidemii, a o którym warto wspomnieć, jest Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025,<sup>9</sup> wydane na podstawie ustawy o zdrowiu publicznym.<sup>10</sup> Strategicznym celem programu jest zwiększenie liczby lat przeżytych przez Polaków w zdrowiu dzięki profilaktyce i promowaniu postaw prozdrowotnych. Przy realizacji programu będą brane pod uwagę skutki COVID-19. Autorzy aktu zauważają, że choroba ta przyczyniła się do największego kryzysu zdrowotnego w Polsce po zakończeniu II wojny światowej. Nakłada się na epidemię chorób cywilizacyjnych, takich jak nadwaga i uzależnienia oraz problemy zdrowia psychicznego. Program ma być realizowany przez profilaktykę w kluczowych obszarach, polegającą m.in. na prowadzeniu ogólnopolskiej edukacji żywieniowej, promocji aktywności fizycznej, pracy nad systemem przyjaznego etykietowania żywności, profilaktyce uzależnień, promocji zdrowia psychicznego, w tym kompleksowych badań stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań, działaniach edukacyjnych dotyczących wpływu środowiska życia na zdrowie, monitorowaniu zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy, kreowaniu postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszeniu kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego itd. Program ma być realizowany we współpracy wielu instytucji administracji centralnej, a na jego wdrożenie w latach 2021–2025 przeznaczono około 140 mln zł. ■

# LIST DO REDAKCJI **Wybory**

Wybory kadencyjne w samorządzie lekarskim rozpoczynają się z chwilą podjęcia uchwały Krajowej Komisji Wyborczej w sprawie ramowego kalendarza wyborczego. Niestety, przedmiotowa uchwała z 26 września 2020 r. nie została opublikowana na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej, co jest dość symptomatyczne dla pracy wielu komisji wyborczych i organów izb lekarskich, w których transparentność nie jest priorytetem. Z roku na rok spada frekwencja wyborcza podczas pierwszego etapu wielostopniowych wyborów organów samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków, czyli etapu wyboru delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy. W ostatnich wyborach w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie frekwencja wynosiła niecałe 15 proc. (3856 lekarzy stanowiących około 16 proc. liczby lekarzy i tylko 723 dentyków stanowiących około 10 proc. liczby lekarzy dentyków). Rejony wyborcze są ustalane decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na zespołowy wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie, kolegów będących pod przymusem wybrania co najmniej 50 proc. delegatów z liczby ustalonej odrębną uchwałą rady. Zasada materialnej równości wyborów przegrywa tu z misją zakończenia wyborów, co zapewne sprzyja wyborowi osób, które znając reguły wyborów, wykazują aktywność, choć niekoniecznie tych, które mają poparcie społeczności lekarskiej.

Problem jest potęgowany przez brak aktualnych danych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy czy nawet w Rejestrze Praktyk Lekarskich (skrótowo zwanym: RPWDL). Połowa członków OIL w Warszawie nie wykazuje miejsca wykonywania zawodu, a wykazywane w większości są nieaktualne. Komisja, starając się zweryfikować dane, korzystała

głównie z informacji wysłanych przez jednostki, pomijając w istotnej części dane zawarte w rejestrach. W poszukiwaniu kompromisu stworzyła ogólne zasady przydzielania członków do poszczególnych jednostek, grup lub obszarów administracyjnych. Zasady, które w dużym stopniu wpływają zarówno na strukturę rejonów wyborczych, jak i na podział członków na rejony wyborcze.



Owe zasady zostały opublikowane jako „Wytyczne dla zespołu powołanego na podstawie zarządzenia nr 5/2021” na stronie internetowej OIL w Warszawie w zakładce dotyczącej wyborów.

Obecnie trwają prace nad uzupełnianiem zaleceń, które po zatwierdzeniu przez komisję zostaną zapewne zamieszczone na stronach internetowych OIL w Warszawie. Zasady te są precedensem w pracach okręgowych komisji wyborczych samorządu zawodowego lekarzy i powinny służyć zwiększeniu transparentności prac komisji. Ogłoszenie pełnych list członków rejonów wyborczych, zawierających nie tylko imiona, nazwiska, ale i numery rejestracyjne (NPWZ uzupełniony o oznaczenie izby lekarskiej oraz sposób wykonywania zawodu), pozwoliłoby lepiej zweryfikować metodę podziału członków na rejony wyborcze. Niestety, załącznik nr 2 do Regulaminu wyborów, który stanowił o takim przedstawieniu danych, został uchylony przez Krajowy Zjazd Lekarzy 14 maja 2016 r. W efekcie brak przyjętego wzoru publikacji list, co skutkuje tym, że w niektórych izbach dane te są wręcz zastrzeżone dla wąskiej grupy osób. Działacze samorządowi muszą zdać sobie sprawę, że prawdziwą oceną ich działania jest frekwencja wyborcza.

**Janusz Pachucki**

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza



## BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

Dla lekarzy i lekarzy dentyków  
członków OIL w Warszawie

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

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

# „Dawniej »inteligentów« na odwyku było mało”

Kiedy podejmował pracę, przed półwieczem, pomoc alkoholikom polegała głównie na zniechęcaniu do picia za pomocą bodźców fizycznych. Od tego czasu w terapii uzależnień zaszła prawdziwa rewolucja, także w podejściu do pacjentów.

O swoich wieloletnich doświadczeniach w tej dziedzinie opowiadał „Pulsowi” psychiatra oraz certyfikowany specjalista i superwizor psychoterapii uzależnień, dr n med. **Bohdan Tadeusz Woronowicz**.

Fot. archiwum

**W jednym z wywiadów wspominał pan, że gdy zaczynała się pańska kariera zawodowa, nie było w zasadzie mowy o leczeniu uzależnienia od alkoholu. Jak pomagano wtedy chorym?**

**P**racę z osobami uzależnionymi zaczynałem w połowie lat 70. XX w. W tamtym okresie pracą w poradni odwykowej nie wypadało się

chwalić, ale ponieważ byłem wówczas na etacie w Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, koledzy traktowali to jak moją fanaberię. Wówczas pacjenci, którzy zgłaszali się do poradni dobrowolnie lub przymusowo, dostawali anticol (spożycie alkoholu etylowego po zażyciu tej substancji skutkuje wzrostem stężenia aldehydu octowego w organizmie i objawami zatrucia – red.) oraz

garść przestroż od lekarza, bardziej lub mniej mądrych. Dostawali także zalecenie, że mają zgłaszać się codziennie po anticol (disulfiram), który na dodatek był rozpuszczany przez pielęgniarkę w szklance wody, żeby pacjent nie mógł schować tabletki pod język lub ukradkiem wypłuć. Wiadomo było, że anticol nie leczył uzależnienia, tylko odstraszał od spożywania alkoholu. ➤

➤ Na oddziałach odwykowych leczono głównie somatyczne powikłania alkoholizmu. Pacjentów przetrzymywano w zamknięciu wiele miesięcy. Jedyną terapią alkoholizmu, na jaką mogli liczyć, to coś, co nazywano ergoterapią, czyli terapia przez pracę. Po śniadaniu prowadzono lub zawożono pacjentów do pracy, a potem odstawiano z powrotem. Przez resztę dnia mieli czas wolny. Mogli pograć w warcaby, szachy, ping-ponga, w karty, nieraz grali na pieniądze. To „leczenie” trwało przeciętnie trzy miesiące. Pacjent wychodził z implantowanym esperalem zawierającym ten sam disulfiram, który doustnie podawano w poradniach.

Inną stosowaną wówczas metodą była tak zwana rzyganka, wykorzystująca mechanizm powstawania odruchów warunkowych. Rano pacjent dostawał apomorfinę mającą silne działanie wymiotne. Po krótkim czasie dawano mu do powąchania lub spróbowania alkohol, by ten bodziec skojarzył z odruchem wymiotnym. Dopiero po takim zabiegu podawano posiłek – jakąś bułkę i kawę z mlekiem. Pamiętam pacjenta, który po zakończeniu odwyku twierdził, że akurat z pić alkoholu nie ma żadnego problemu. Gorzej z kawą z mlekiem, zawsze kiedy mu ją podawano, dostawał mdłości. Ta anegdota dość dobrze pokazuje, jaka była skuteczność ówczesnych metod leczenia uzależnienia od alkoholu – prawie żadna. Wtedy stosowano też leczenie przymusowe na wzór radziecki. Nawiasem mówiąc, w ZSRR funkcjonowały nawet obozy karne dla alkoholików. Ale to też było bezskuteczne. Alkoholizmu nie da się wyleczyć farmakologicznie. A psychoterapii nie da się prowadzić pod przymusem. Pacjent musi chcieć. Musi wierzyć w skuteczność psychoterapii i być na nią otwartym. Pod przymusem można dać zastrzyk, ale jeszcze nikt nie wymyślił zastrzyku, który by wyleczył z uzależnienia.

**Czy nieznanomość skutecznych metod była powszechna na świecie, czy charakterystyczna dla naszej części globu?**

Myśmy wówczas wykorzystywali metody radzieckie, a jak leczyło się alko-

holizm za żelazną kurtyną, nie mieliśmy większego pojęcia. Mało kto wyjeżdżał z kraju, szczególnie na Zachód, podglądać jak leczy się alkoholików. Dziś wiemy, że w tym czasie Amerykanie z sukcesami włączali elementy programu 12 kroków Anonimowych Alkoholików do programów psychoterapii alkoholizmu. Na własne oczy zobaczyłem to dopiero w 1986 r., kiedy pojechałem po raz pierwszy do USA. Przekonałem się wówczas, że każdy tamtejszy ośrodek leczenia uzależnień proponował psychoterapię.

**Alkoholizm w naszym regionie świata zawsze stanowił poważny problem. Także z punktu widzenia maszyny państwowej. Można by pomyśleć, że władzy ludowej nie zależało na radzeniu sobie z nim, skoro nie próbowała stosować skutecznych, choćby i zachodnich, wzorców.**

Władzy bardzo zależało na walce z alkoholizmem. Terapia disulfiramem i przymusowe kierowanie do pracy wynikały z panującego wówczas przekonania, że alkoholik to jest leń, który nie chce i nie lubi pracować. Dlatego rozwój leczenia uzależnień miał charakter oddolny, czego przykładem jest otwarty w 1975 r. w Instytucie Psychoneurologicznym (dzisiaj to Instytut Psychiatrii i Neurologii) w Warszawie psychoterapeutyczny dzienny oddział odwykowy. Brałem udział w jego tworzeniu, a pod koniec

”  
Postrzeganie alkoholizmu jako choroby jest dziś znacznie częstsze niż kiedyś.  
”

1979 r. zostałem jego szefem. Była to pierwsza taka placówka w Europie Środkowo-Wschodniej. Stosowaliśmy psychoterapię, wspomagając się radami kolegów zajmujących się leczeniem nerwic. Dzięki nim udało nam się opracować własne metody psychoterapeutycznego leczenia alkoholików. Krok

naprzód stanowiła ustawa o przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982 r. Wraz z nią w systemie pojawiły się pieniądze na wsparcie lecznictwa odwykowego, np. na zlecenie Instytutu Psychoneurologicznego Polskie Towarzystwo Psychologiczne przeprowadziło badania wśród pracowników placówek lecznictwa odwykowego. Okazało się, że większość zatrudnionych w takich placówkach ma negatywny stosunek do podopiecznych. Wśród wielu osób zajmujących się zawodowo leczeniem alkoholików pokutowała bowiem opinia, że alkoholik to degenerat, a nie chory człowiek. Że alkoholicy zasługują na karę, a właściwszymi instytucjami do zajmowania się nimi są prokuratury i sądy. Poza tym poziom kompetencji personelu tych placówek okazał się żenujący. Nie było zatem szans na skuteczność działań prowadzonych przez te jednostki. Dzięki wspomnianym badaniom udało nam się przekonać Ministerstwo Zdrowia do przeznaczenia środków finansowych na szkolenie pracowników lecznictwa odwykowego. Niejako dalszym ciągiem zwiększającego się zaangażowania państwa było powołanie instytucji Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Natomiast w 1993 r. powołana została Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która wkrótce objęła nadzorem lecznictwo odwykowe, dotąd podległe lecznictwu psychiatrycznemu i traktowane przez nie po macoszemu. Na przestrzeni lat podejście instytucjonalne do leczenia uzależnień zmieniło się zatem kolosalnie.

**Czy zmienił się też odbiór społeczny problemu alkoholizmu?**

Postrzeganie alkoholizmu jako choroby jest dziś znacznie częstsze niż kiedyś. Pojawiło się wiele mądrych publikacji książkowych, w radiu, telewizji, prasie, Internecie. Ale nadal w środowisku medialnym są osoby, które do opisywania problemów wywołanych przez chorobę alkoholową podchodzą nieodpowiedzialnie. Przykładem był ostatnio atak na aktora Borysa Szycy, który przyznaje się do swojego uzależnienia, ale mówi też o tym, jak sobie z problemem poradził. Kiedyś jednak wypowiedział



się publicznie w jakiejś kwestii politycznej. Wówczas pewien dyspozycyjny dziennikarz TVP wyciągnął materiały sprzed kilku lat, kiedy Szycc zachowywał się niewłaściwie, będąc pod wpływem alkoholu. Opublikowanie materiałów sprzed lat miało aktora zdyskredytować współcześnie. A przecież robił to pod wpływem czynnej choroby, którą postanowił leczyć i dzisiaj jest zupełnie innym człowiekiem. Autor materiału kpił więc z osoby, która pokonała nałóg. Trudno mi takie postępowanie nazwać inaczej niż śmieciowym dziennikarstwem. Oczywiście, każdy powinien odpowiadać za swoje zachowanie, bez względu na to, czy jest zdrowy, czy chory. Ale Platon powiedział, że największym zwycięstwem jest zwycięstwo nad samym sobą, i w mojej opinii takie zwycięstwo należy doceniać, a nie wykiwać.

**Uzależnionych od alkoholu według PARPA jest około 800 tys. osób, co stanowi 2 proc. społeczeństwa. Niebywale wysoka liczba. Leczenie alkoholizmu rozwija się, ale czy to nie jest walka z wiatrakami?**

Szczerze mówiąc, nie wierzę w te dane. Myślę, że uzależnionych jest grubo ponad milion. W wyniku pandemii te statystyki musiały się jeszcze pogorszyć. Cała masa ludzi przekroczyła granicę między zdrowiem a chorobą. Osłabła kontrola społeczna, bo zmniejszyła się liczba interakcji społecznych, m.in. na skutek pracy zdalnej. Czy to jest walka z wiatrakami? Z jednej strony możemy pomagać skuteczniej i większej liczbie osób. Z drugiej PARPA jest instytucją państwową, a więc uzależnioną od czynników politycznych, co obniża jej skuteczność. Nota bene obecnie ma zostać wchłonięta przez znacznie mniejszą instytucję – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, i funkcjonować w ramach tzw. Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Problemy alkoholowe zostaną rozwodnione, chociaż systematycznie zwiększa się spożycie alkoholu w społeczeństwie. Pamiętam, że w 1980 r. na jednego mieszkańca powyżej 15. roku życia rocznie przypadało 8,4 l czystego spirytusu i krzyczeliśmy, że komuniści rozpijają naród! Dziś to spożycie wynosi

”  
Mamy wielu doskonałych specjalistów leczenia uzależnień, bardzo dobre programy terapeutyczne, a poziom naszego leczenia uzależnień jest wyższy niż w większości krajów tzw. starej Europy.

około 12 l. Ciekawe, na kogo teraz zostanie zwalona wina? Pewnie na Tuska. Ale trudno się temu dziwić, skoro od kilku kadencji parlamentarzysty nie potrafią uchwalić przepisów zabraniających np. sprzedaży alkoholu na stacjach paliw. W Rosji wprowadzono minimalną cenę alkoholu, u nas okazało się to niemożliwe. „Zadbał” o to producent, bo taka zmiana prawa uderzyłaby w nich.

**Czyli medycyna i psychologia idą naprzód, ale przemysł alkoholowy znajduje coraz lepsze metody dotarcia do odbiorców?**

Niestety, tak. Lobby alkoholowe jest niezwykle silne, bo bardzo bogate. Reklamy alkoholu to problem. W dodatku alkohol jest relatywnie tani (jego cena nie wzrasta proporcjonalnie do wzrostu zarobków), a dostępność ogromna – jeden sklep z alkoholem przypada na mniej niż 300 osób. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, by był jeden na co najmniej 1500 osób. Z tym władze państwa też nic nie robią. Chciałbym podkreślić jedną kluczową kwestię – nie ma czegoś takiego jak dochód państwa ze sprzedaży alkoholu. Straty powodowane przez alkoholizm i pijaństwo są nieporównywalnie większe niż wpływy z podatków, czyli z akcyzy. Nie tak dawno dyrektor PARPA Krzysztof Brzózka stracił stanowisko, bo głośno mówił, jak naprawdę wygląda sytuacja.

**Rozmawialiśmy o zmianach systemowych, zmianach w nauce. A czy zaszyły zmiany wśród samych uzależnionych?**

Inny jest profil osób zgłaszających się na leczenie. Są coraz młodsze, często mają 20–30 lat. Przyczyną jest nie tylko obniżenie się wieku inicjacji, ale głównie fakt, że ludzie są dziś bardziej świadomi, a leczenie bardziej dostępne. No i mamy wielu doskonałych specjalistów leczenia uzależnień, bardzo dobre programy terapeutyczne, a poziom naszego leczenia uzależnień jest wyższy niż w większości krajów tzw. starej Europy. Dziś przychodzi do mnie wielu ludzi, którzy doskonale funkcjonują w społeczeństwie, świetnie zarabiają, są znakomicie wykształceni, ale za pomocą alkoholu „relaksują się”, z pytaniem: czy ja nie zacząłem przesadzać? Duża część rzeczywiście przesadza i podejmuje leczenie. Kiedy zaczynałem pracę, zgłaszali się raczej 40–50-latkowie, pracownicy fizyczni, słabo wykształceni. „Inteligentów”, jak się wówczas mówiło, na leczenie zgłaszało się bardzo niewiele.

**Kiedy zaczynał pan pracę, mówiło się przede wszystkim o alkoholizmie, czyli uzależnieniu od alkoholu. Dziś uzależnień jest mnóstwo, także od korzystania z przedmiotów, które w latach 70. jeszcze nie istniały, takich jak smartfony.**

Rzeczywiście. Przykładowo uzależnienie od narkotyków stało się w Polsce poważnym problemem dopiero w latach 80. Wcześniej zwracało się także uwagę na hazard. Ale cały katalog uzależnień – od seksu, od jedzenia, gier wideo itp. – opisano całkiem niedawno. Sam też się tym zajmowałem, wkrótce wydana zostanie moja książka „Zachowania, które mogą zranić. O uzależnieniach behawioralnych i nie tylko”. Myślę, że warto, by każdy lekarz dla dobra swoich pacjentów do niej zajrzał. Dynamiczny rozwój badań nad uzależnieniami behawioralnymi to kwestia ostatnich dwóch dekad. Dziś prowadzi się ich bardzo dużo. Wskazują m.in. na to, że reakcja mózgu np. u osoby uzależnionej od hazardu podczas grania jest podobna do tej, jaką wywołuje przyjęcie kokainy. Ważna rola w kształtowaniu się uzależnień przypisywana jest tzw. układowi nagrody w naszym mózgu. ■

# Lekarze na szlaku



Fotografie: archiwum

Dr **Dariusz Bobola**, kierownik SPZOZ w Gniewoszowie, przez lata związany z oddziałem chirurgicznym szpitala w Kozienicach, przekonuje, że dla lekarza poruszanie się pieszo nie musi się ograniczać do szpitalnych obchodów. Prowadzony przez niego Lekarski Klub Turystyczny pozwala poznawać piękno Polski podczas wypraw pieszych, rowerowych, kajakami i łódkami. – *Tworzymy okazje do wymiany doświadczeń i poglądów oraz środowisko wzajemnego wsparcia* – zapewnia w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

**Jak udaje się panu pogodzić pracę chirurga i kierownika placówki medycznej z tak czasochłonną rozrywką jak turystyka?**

**Cz**as znaleźć trzeba. Człowiek nie żyje samą pracą. Odskokcznia jest konieczna dla zachowania higieny psychicznej. Ale też nie robię tego z przymusu. Sprawia mi to przyjemność, więc wolnego czasu szukam sam z siebie. Podobnie pozytywne podejście mają koleżanki

i koledzy z klubu, więc nawzajem się dopingujemy.

**Wszystko zaczęło się...**

Początki działalności klubu sięgają roku 1994. To był pomysł kilku osób z oddziału chirurgicznego szpitala w Kozienicach – pierwszy pieszy rajd po Puszczy Kozienickiej. Wówczas liderem przedsięwzięcia był dr Sławomir Jakubowski, który w kolejnych latach rozwijał działalność klubu „Pro-Mile”.

Ja przyłączyłem się w roku 1996. Wówczas, po ukończeniu studiów, trafiłem właśnie na chirurgię do Kozienic. Kiedy dr Jakubowski wyjechał do pracy zagranicę, ja przejąłem prowadzenie klubu, ale Sławek do dziś pozostaje naszym honorowym prezesem. Początkowo działaliśmy, można powiedzieć, towarzysko, a w 2002 r. podjęliśmy współpracę z Komisją Sportu ORL w Warszawie. Od tego czasu izba patronuje naszym przedsięwzięciom, pomaga nam finansowo i organizacyjnie.

**Realizujecie cykliczne imprezy.**

W zasadzie realizowaliśmy do ubiegłego roku, bo w 2020 plany pokrzyżowała pandemia. Najważniejszą imprezą, która stanowi kontynuację tej sprzed 27 lat, jest rajd pieszy. Tylko pierwszy rajd odbył się w naszej puszczy. Podczas kolejnych coraz bardziej oddalaliśmy się od miejsca zamieszkania. Po kilku latach dotarliśmy do Ojcowskiego Parku Narodowego, potem m.in. do Białowieskiego. Zdobywaliśmy też góry, np. Turbacz, byliśmy w Pieninach, Bieszczadach, Gorcach i wielu innych miejscach. Każdy rajd ma oczywiście swoją plaketkę i podobną formułę. Jest wyprawą dwudniową, pierwszego dnia pokonujemy około 15 km, drugiego zwykle nieco mniej. Nocujemy w różnych warunkach, ale staramy się, żeby były turystyczne, korzystamy więc zarówno ze schronisk, jak i z namiotów. Wieczorami oczywiście palimy ogniska i śpiewamy.

**A innego rodzaju wyprawy?**

Od 2001 r. organizujemy spływy kajakowe w najróżniejszych miejscach. Kilkakrotnie odbywaliśmy rejsy żeglarskie. Co roku wracamy też tam, gdzie wszystko się zaczęło, czyli do Puszczy Kozienickiej, na Rajd Świetlików. Organizowany jest na początku listopada, w porze wieczorno-nocnej, dlatego uczestnicy, czyli owe świetliki, startują

z latarkami czołowymi na głowach. W imprezach bierze udział od 20 do nawet 60 osób, lekarzy z rodzinami, bo chcemy, by taki charakter miał nasz klub – rodzinny. Skład jest względnie stały,

czas spotkań klubowych z kolegą ze związku zawodowego wspólnie negocjowaliśmy warunki pracy. Uczestnictwo w wyprawach umacnia nas jako grupę zawodową.

ale też już jakiś czas. Na samym początku naszej działalności komórki były jeszcze całkowitą nowością. Gdy ktoś się zgubił, nie można było wiele zrobić. Trzeba było czekać, że się zgu-



choć oczywiście na przestrzeni trzech dekad zmieniał się, a klub się rozrastał. Na początku członkami były wyłącznie osoby skupione wokół szpitala w Kozienicach. Potem dołączali koledzy i koleżanki m.in. z Radomia i Warszawy, ale też klubowicze z dalszych zakątków świata, bo nasi członkowie nawet jeśli wyjeżdżają zagranicę, nie tracą z nami kontaktu. Przyjeżdżają na rajdy z Irlandii i Portugalii, bo mają do klubu i naszych imprez ogromny sentyment.

**Wspólna wyprawa krajoznawcza, a przede wszystkim nocne ognisko, jest nie tylko okazją do odpoczynku, ale również do integracji środowiska lekarskiego.**

Tak, zawsze to podkreślam. Zapewniamy szansę wymiany doświadczeń i poglądów, środowisko wzajemnego wsparcia. To przynosi całkiem wymierne efekty. Pamiętam jak przed kilkunastu laty, w okresie strajków, pod-

**Czy po niemal 30 latach istnienia klubu są w nim tylko lekarze z wielkim turystycznym doświadczeniem, czy pojawia się świeża krew?**

Był moment, kiedy mówiliśmy, że się starzejemy, a młodych nie ma. Ale pojawili się. Dziś spektrum wieku członków klubu jest bardzo szerokie. Są i lekarze tuż po studiach, są emeryci. Niektórzy młodzi to dorosłe potomstwo starszych członków klubu, którzy kiedyś zabierali dzieci na nasze wycieczki. Teraz ci młodzi zabierają swoje dzieci i mamy imprezy wielopokoleniowe. Aspekt zbliżania różnych pokoleń lekarzy jest wart podkreślenia.

**Jak rajdy zmieniały się przez lata?**

Nie jest tajemnicą, że kiedyś podczas rajdu pieszego najpoważniejszy problem polegał na tym, że ktoś się zgubił. Od lat telefony komórkowe są powszechne, te z nawigacją nieco krócej,

„ Niektórzy młodzi to dorosłe potomstwo starszych członków klubu, którzy kiedyś zabierali dzieci na nasze wycieczki. Teraz ci młodzi zabierają swoje dzieci

ba sama znajdzie, więc bywało nerwowo. Kiedyś też zupełnie inaczej informowaliśmy się o imprezach. W latach 90., jak wspominałem, grono klubowiczów ograniczało się do osób związanych ze szpitalem w Kozienicach i porozumiewaliśmy się osobiście, w pracy. W wyniku rozrastania się grupy musieliśmy zaprząć do pracy telefony. Dziś łączność ułatwia Internet, przede wszystkim dzięki niemu udaje się utrzymywać kontakt z naszymi członkami w innych miastach i państwach.

## ➤ Czy istnieje coś stałego? Jakaś rajdowa tradycja?

Zawsze przed wyruszeniem na wędrowną robimy sobie wspólne zdjęcie. Powtarzamy też rytuały organizacyjne – robimy odliczanie, ustalamy osobę, która otwiera przemarsz i która go zamyka. Te osoby wymieniają się informacjami przez krótkofalówki. Staramy się, by organizacja wyprawy miała charakter profesjonalny. Warto dodać, że nazwa naszego klubu „Pro-Mile”, choć żartobliwa, odnosi się do mil, a więc pokonywanego dystansu, a nie do promili. Lubimy dużo chodzić, choć przyznam, że poziom trudności wypraw nie jest stały. W dużym stopniu zależy od warunków, czyli od pogody, również pogody ducha, bo czasem po prostu nasz nastrój nie sprzyja ekstremalnemu wysiłkowi.

## Wracając do telefonów. Skoro dziś wszyscy je mają, czy podczas rajdu często z nich korzystacie?

Absolutnie nie, tego problemu wśród nas nie ma. Sporadycznie zdarza się załatwianie jakichś spraw zawodowych przez telefon. Nie widzę też, by ktoś szczególnie dużo się telefonem „bawił”. Potrafimy się odciąć, choć – jak wspominałem – są wśród nas osoby w róż-

nym wieku. Może nie nadążamy za duchem czasów.

## Czy w czasie pandemii trwała działalność klubowa?

Niestety nie, musieliśmy ją zawiesić. Ostatnią imprezą był Rajd Świetlików w 2019 r. Sezon zaczynamy zwykle w maju lub czerwcu od naszego rajdu, a przygotowania do niego trwają od początku wiosny. Tymczasem pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce wykryto w połowie marca. Sytuacja była napięta, zagrożenie zupełnie nowe, nikt z nim nie był obyty, schematy postępowania kształtowano *ad hoc*, więc trudno było realnie myśleć o większym wypadzie. W końcu zabroniono nawet wstępu do lasów. W sierpniu i na początku września, kiedy zwykle urządzamy spływy, zanotowaliśmy spadek liczby zachorowań i zastanawialiśmy się nawet, czy nie przenieść rajdu na ten termin. Uznaliśmy jednak, że odpowiedzialna będzie rezygnacja z wyjazdu także i w tym terminie, choć mimo ostrzeżeń niektórzy przecież wyjeżdżali. Bardzo szybko okazało się, jak słuszna była ta decyzja, bo jesienią pojawiła się przecież druga, tragiczna fala zachorowań. Nie ominęła przecież i lekarzy. Jeden z naszych klubowych kolegów musiał być podłączony do respiratora.

## Wypadów klubowych nie było, ale zgaduję, że nie porzuciliście aktywności fizycznej w terenie.

Moim żywiołem są wyprawy rowerowe, więc w tej sytuacji tym bardziej dałem się mu pochłonać. Mam to szczęście, że mieszkam na obrzeżach Puszczy Kozienickiej, gdzie jest mnóstwo szlaków zarówno pieszych, jak i rowerowych. W zasadzie jeździę na rowerze poświęcałem każdą wolną chwilę, tak jak wspominałem, przede wszystkim dla higieny psychicznej. Czasem ktoś mi towarzyszył. Wiem, że inni klubowicze też starali się „nie zaśniedzieć” i w mniejszych grupkach urządzali sobie wypad w głąb puszczy. Nawet zimą.

## A co dalej z działalnością klubu?

Oczywiście, z każdym miesiącem coraz bardziej osuwamy się z nowymi warunkami, trwają szczepienia, więc jest bezpiecznie. Dlatego planujemy powrót na szlaki. W końcu organizowaliśmy wędrownki przez 27 lat, szkoda by było to teraz porzucić. Nie mamy jeszcze skonkretyzowanych planów, bo na przeszkodzie stoją m.in. kwestie finansowe związane z zapewnieniem transportu, ale mam nadzieję, że już jesienią dojdzie do przełomu w tym zakresie. ■



## OIL SPORT MISTRZ

Program nagród dla najlepszych sportowców lekarzy

- złóż wniosek do 30 czerwca,
- daj sobie szansę na wygranie jednej z czterech nagród (2 tys. zł) ufundowanych przez OIL w Warszawie.

Regulamin i wniosek:



Więcej informacji: Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie, tel. 795 560 297

Komisja  
ds. Sportu



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Niełubowicza

## XII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentyistów

### „Puls słowa”

Jeśli chcesz wziąć udział w konkursie, prosimy o nadesłanie pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu, w czterech egzemplarzach. Każdy utwór powinien być opatrzony godłem. Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane.

Prace należy nadsyłać do **31 lipca 2021 r.** (decyduje data stempla pocztowego) pod adresem: SZPZLO Praga Północ, gab. 306, ul. Jagiellońska 34, 03-719 Warszawa z dopiskiem: Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls słowa”.

Zapraszamy do udziału w konkursie.  
Szczegółowe informacje dostępne na stronie izby



lub tel.: 604 286 324  
(Maria Żywicka-Luckner, Majka)  
e-mail: majkazywicka@wp.pl



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nieślibowicza  
Komisja ds. Kultury



GAZETA  
LEKARSKA



Kwartalnik  
Własnym Głosem



# 2

## 25-26 WRZEŚNIA 2021

# FESTIWAL PIOSENKI LEKARZY

termin  
nadsyłania  
zgłoszeń:

15.08.2021

medicantus@oilwaw.org.pl



Regulamin:  
[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)





**Lekarzu z OIL  
w Warszawie**

Jeżeli chcesz podzielić się pomysłami dotyczącymi „Pulsu”, masz pytania, chciałbyś przekazać opinię, spotkaj się z nami online.

**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE**  
im. prof. Jana Nielubowicza

Zapraszamy na


**OTWARTE  
KOLEGIUM REDAKCYJNE „PULSU”**

2 lipca, godz. 16.00.

Wyślij zgłoszenie pod adresem:  
[puls@oilwaw.org.pl](mailto:puls@oilwaw.org.pl)

Skontaktujemy się z Tobą i prześlemy instrukcję udziału w zdalnym posiedzeniu zespołu redakcyjnego.

**#IzbaDlaLekarzy**




**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](mailto:puls@oilwaw.org.pl)

**REDAKTOR NACZELNA:** Renata Jeziółkowska, tel. 22-542-83-81, [r.jeziolkowska@oilwaw.org.pl](mailto:r.jeziolkowska@oilwaw.org.pl)  
**SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-59, [k.biezanska@oilwaw.org.pl](mailto:k.biezanska@oilwaw.org.pl)  
**PUBLICYSTYKA:** Michał Niepytalski, [m.niepytalski@oilwaw.org.pl](mailto:m.niepytalski@oilwaw.org.pl)  
**WSPÓŁPRACUJĄ:** Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Paweł Kowal, Filip Niemczyk, Maciej Orłoś, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski  
**ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:** tel. 22-542-83-14, [p.rejestracja@oilwaw.org.pl](mailto:p.rejestracja@oilwaw.org.pl)  
**REKLAMA I MARKETING:** Renata Klimkowska, tel. 22-542-83-53, 668-373-100, [marketing@oilwaw.org.pl](mailto: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.**



**PODZIĘKOWANIE**

Najserdeczniej dziękuję dr Irenie i dr. Andrzejowi Sadownikom za nieocenioną pomoc w znalezieniu miejsca dla mojego ratunku, troskę o przebieg mojej choroby, wielką życzliwość, empatię i serce. Dziękuję również dr Julicie Roszkowskiej, mojej lekarce pierwszego kontaktu, za ukierunkowanie drogi ratowania mojego życia i za całą dalszą opiekę oraz nieustającą życzliwość i empatię. Składam również serdeczne podziękowania moim przyjaciołom i znajomym kardiologom dziecięcym i lekarzom innych specjalności za okazaną troskę.

Wdzięczna pacjentka i koleżanka  
**Mirostawa Sielska-Wojtaszek**



**Emilia  
Woda-Zakrzewska**  
(1931–2021)

Urodziła się i wychowała w Warszawie. Miała 7 lat, gdy w 1938 r. zmarła Jej matka, natomiast w 1944, podczas Powstania Warszawskiego,

w niemieckim nalocie na Warszawę straciła ojca, sama została ranna. Przeżycia z czasów wojny miały duży wpływ na Jej postawę w dorosłym życiu.

Po zdaniu matury podjęła studia w Akademii Medycznej w Warszawie, w 1958 r. uzyskała dyplom lekarza stomatologa. Na początku swojej drogi zawodowej, w latach 60., pracowała w ambulansach obsługujących szkoły, lecząc dzieci na terenie województwa mazowieckiego. W roku 1975 uzyskała II stopień specjalizacji w zakresie stomatologii zachowawczej.

Od 2002 r. pracowała w ZOZ na Pradze Północ, gdzie pełniła funkcję zastępcy kierownika ds. stomatologii.

Była delegatem na Okręgowy Zjazd Lekarzy III kadencji, w latach 1997–2001.

Rodzina i praca, której całkowicie się poświęciła, wypełniały Jej życie. Była zawsze gotowa, aby nieść pomoc innym. Wspominamy Ją jako osobę niezwykle życzliwą, pogodną, z wielkim sercem dla wszystkich ludzi.

Syn, rodzina, koleżanki i koledzy



7 maja 2021 r. w Göteborgu zmarł

**dr n. med.  
Jerzy Wojciech Sokołowski**

lekarz radiolog pracujący w szpitalach Wielunia, Warszawy, Göteborga, Kungälv. Kapitan jachtowy, człowiek wielu talentów, o wielkim sercu, przyjaciel ludzi, dobry, mądry, życzliwy.

Uroczystości pogrzebowe odbyły się w kościele Polskiej Misji Katolickiej w Göteborgu-Angered 4 czerwca 2021 r.,

o czym zawiadamiają pogrążeni w żalu żona, rodzina i przyjaciele.



Ze smutkiem żegnamy  
naszego wspaniałego Kolegę i Przyjaciela

**prof. Mieczysława Chorążego**

żołnierza Armii Krajowej Pułku „Baszta”, uczestnika Powstania Warszawskiego. Poświęcił się badaniom nad przyczynami powstawania chorób nowotworowych. Odznaczony Orderem Orła Białego.



Z wielkim żalem żegnamy naszego Kolegę i Przyjaciela

**prof. Stanisława Lufta**

reumatologa, wspaniałego lekarza o niezwyklej osobowości i szlachetności, żołnierza Armii Krajowej batalionu „Ruczaj”, uczestnika Powstania Warszawskiego.

Dziękujemy za opiekę, którą otaczałeś nas przez lata.



Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszego Kolegi

**dr. Jana Podgórskiego**

Był człowiekiem pogodnym, uczynnym, cieszył się ogólną sympatią.

Z oddaniem organizował dla nas w Klubie Lekarza spotkania, które przyczyniły się do umacniania więzi między nami.

Żegnaj, Drogi Janku!



W wieku 94 lat odszedł nasz Kolega

**prof. Stefan Żarski**

neurochirurg, wspaniały, niestrudzony lekarz, którego nie dotknęło wypalenie zawodowe. Mimo przejścia na emeryturę był czynny zawodowo, do końca życia otaczał kombatantów opieką i pomocą.

Żegnaj, Drogi Stefku, Serdeczny Przyjacielu.


Absolwenci Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, rocznik 1945–1950

  
**FUNDACJA PRO SENIORE**  
**OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**

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



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

  
**FUNDACJA PRO SENIORE**  
**OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**

Koleżanki i Koledzy,  
 uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się  
 przez lekarzy i lekarzy dentyków, 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: 30 czerwca 2021 r.**

**Kolejna edycja  
 30 września 2021 r.**

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

REKLAMA

**COMARCH**  
Healthcare

90 dni  
za 1 zł

medNote

kompletny system  
dla gabinetów lekarskich

Jedna aplikacja – wszystkie potrzebne funkcje:

 rejestracja pacjentów	 zarządzanie dokumentacją medyczną
 e-recepty, e-skierowania i e-zwolnienia	 integracja z systemem eWUŚ



Wypróbuj system przez  
3 miesiące za 1 zł



Zeskanuj kod QR  
lub wejdź na stronę

comarch.pl/rabat-mednote/





## Program ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów

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






### PAMIĘTAJ O PONOWNYM ZŁOŻENIU DEKLARACJI

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

program obsługuje:  
**ins INS Service**  
insurance agency

### Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy.

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

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

Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć w dowolnym czasie i miejscu na stronie internetowej [www.ins-med.pl](https://www.ins-med.pl)

### Specjalna oferta ubezpieczeń OC dla podmiotów leczniczych

#### Gwarantujemy:

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

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

**ins** INS Services  
insurance agency

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

biuro@ins-med.pl  
[ins-med.pl](https://ins-med.pl)

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

# PRACA DLA LEKARZY

**KADRY**

Zapraszamy  
pracodawców do  
publikacji ogłoszeń.

Jeśli chcesz poznać więcej szczegółów,  
zadzwoń do nas:

22 542 83 53 lub 668 373 100  
lub napisz: [praca@oilwaw.org.pl](mailto:praca@oilwaw.org.pl)

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



**Na stronie WWW OIL w Warszawie**

[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)  
→ praca dla lekarzy  
→ wyszukiwarka ogłoszeń



**Na profilu facebookowym Centrum  
Kariery Lekarza**

[www.facebook.com](http://www.facebook.com)  
→ @centrumkarierylekarza



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



**Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej** Łukasz Jankowski, tel. 22-542-83-82  
**Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyistów** Dariusz Paluszek, tel. 22-542-83-55

**Wiceprezes ORL** Tomasz Imiela, tel. 22-542-83-42

**Wiceprezes ORL** Krzysztof Madej, tel. 22-542-83-46

**Wiceprezes ORL przewodniczący Delegatury Radomskiej** Mieczysław Szatanek, tel. 48-331-36-62

**Sekretariat** tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42, faks 22-542-83-41

**Sekretarz ORL** Marta Moczydłowska, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

**Zastępca sekretarza ORL** Piotr Pawliszak, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

**Skarbnik** Jan Krzysztof Kowalczyk, tel. 22-542-83-85

**Pełnomocnik prezesa ORL w Warszawie ds. operacyjnych** Piotr Artur Winciunas, tel. 22-54-28-345

**Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej** Ewelina Bobek-Pstrucha, tel. 22-542-83-22, 22-542-83-24, 22-542-83-27

**Okręgowy Sąd Lekarski** przewodnicząca Magdalena Rychłowska-Pruszyńska, tel. 22-542-83-20, 22-542-83-21

**Okręgowa Komisja Rewizyjna** przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak, tel. 22-542-83-90

**Dyrektor biura** Anna Ścibisz, tel. 22-542-83-47

**Główna księgowa** Agnieszka Kazimierczak, tel. 22-542-83-36

**Księgowość** tel. 22-542-83-35, 22-542-83-79, 22-542-83-54

**Kasa** tel. 22-542-83-34, czynna w poniedziałek i wtorek od godz. 9.00 do 15.30, w środę – od 9.00 do 17.00, w czwartek i piątek – od 9.00 do 15.30 (przerwa codziennie od godz. 13.30 do 14.00)

**Składki** tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, 22-542-83-78, 22-542-83-96

**Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu** tel. 22-542-83-16, 22-542-83-14

**Komisja ds. Praktyk Lekarskich** tel. 22-542-83-18, 22-542-83-19

**Okręgowa Komisja Wyborcza/Zespół ds. Wyborów** tel. 22-542-83-06

**Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia** tel. 22-542-83-30

**Komisja ds. Stażu Podyplomowego** tel. 22-542-83-32

**Komisja Bioetyczna przy OIL w Warszawie** tel. 22-542-83-12

**Komisja ds. Lekarzy Dentyistów** tel. 22-542-83-55

**Komisja ds. Nauki i Kształcenia** tel. 22-54-83-33

**Komisja Współpracy z Zagranicą** tel. 22-542-83-90

**Komisja Lekarzy Seniorów** tel. 22-542-83-30

**Komisja Młodych Lekarzy** tel. 22-542-83-80

**Komisja ds. Kultury** tel. 22-542-83-33

**Komisja ds. Sportu** tel. 22-542-83-33

**Rzecznik praw lekarza** tel. 22-542-83-29

**Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów** tel. 660-672-133

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyistów** tel. 22-542-83-71, 22-542-83-75, 22-542-83-76, 22-542-83-77, faks 22-542-83-65, [odz@oilwaw.org.pl](mailto:odz@oilwaw.org.pl)

**Rada Funduszu Samopomocy** tel. 22-542-83-33

**Mediator** tel. 22-542-83-29

**Zespół ds. Wypalenia Zawodowego** tel. 22-542-83-80

**Zespół ds. Matek Lekarek** tel. 22-542-83-80

**Zespół ds. Szczepień** tel. 22-542-83-33

**Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia** tel. 22-542-83-90

**Grupa Balinta** tel. 22-54-83-80

**Dział Informacji Medialnej** tel. 22-542-83-83, **rzecznik prasowy** Renata Jeziótkowska, tel. 660-679-737

**Marketing i reklama** tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00, [marketing@oilwaw.org.pl](mailto: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](mailto:proseniore@oilwaw.org.pl)



**Oral-B** iO™



**W długoterminowym badaniu klinicznym, trwającym ponad 24 tygodnie, Oral-B iO™ poprawiło stan zdrowia dziąseł u 96% badanych pacjentów.**

Rekomendacja odpowiedniej szczoteczki do zębów może pomóc Twoim pacjentom znacząco poprawić zdrowie jamy ustnej do czasu kolejnej wizyty.

Obserwuj nas:



Marka najczęściej używana przez dentystów na świecie\*

\*na podstawie badania reprezentatywnej próby dentystów na świecie, regularnie wykonywanego dla P&G