

REGULAMIN

DZIAŁANIA PEŁNOMOCNIKA DO SPRAW ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE IM. PROF. JANA NIELUBOWICZA

Ilekość w niniejszym regulaminie mowa jest o:

Pełnomocniku – rozumie się przez to Pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza;

OIL – rozumie się przez to Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza;

Lekarzu - rozumie się przez to lekarzy i lekarzy dentystów będących członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Programie Monitorowania Zdrowia Lekarzy – rozumie się przez to przyjęty przez Pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie program, który zastąpił dotychczas obowiązujący Program Zdrowotny Lekarzy. Lekarze objęci uprzednio obowiązującym Programem Zdrowotnym Lekarzy mogą kontynuować współpracę z Pełnomocnikiem na dotychczasowych zasadach lub przystąpić do Programu Monitorowania Zdrowia Lekarzy.

§ 1

Zasady ogólne

1. Pełnomocnik koordynuje działania OIL mające na celu wspieranie zdrowia i dobrostanu psychicznego lekarzy, w tym lekarzy, których stan zdrowia może uniemożliwiać lub w znacznym stopniu ograniczać zdolność do wykonywania zawodu.
2. W swoich czynnościach Pełnomocnik posługuje się pieczętką o treści „*Pełnomocnik do spraw Zdrowia Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie + imię i nazwisko*”.
3. Działania Pełnomocnika skierowane są do wszystkich członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w szczególności do:
 - a) lekarzy, którzy podejrzewają u siebie wypalenie zawodowe lub chcą mu zapobiegać,
 - b) lekarzy z wszelkimi problemami natury psychologicznej oraz zaburzeniami psychicznymi, którzy funkcjonują zawodowo, ale mają obawy, że ich stan zdrowia

psychicznego się pogarsza i chcą dowiedzieć się, jakiej pomocy potrzebują i gdzie jej szukać,

- c) lekarzy, którzy ze względu na uzależnienie, zaburzenie lub chorobę psychiczną mają lub mogą mieć trudności w wykonywaniu zawodu, w szczególności lekarzy, którym kontakt z Pełnomocnikiem zarekomendował Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej.
4. Pełnomocnik może prowadzić działania edukacyjne skierowane do lekarzy oraz pracodawców zatrudniających lekarzy należących do OIL, w tym również podejmować działania we współpracy z Ośrodkiem Doskonalenia Lekarzy OIL.
 5. Pełnomocnik może powoływać w razie zaistnienia potrzeby konsultantów lub ekspertów.
 6. Przed każdym Okręgowym Zjazdem Lekarzy OIL w Warszawie, Pełnomocnik składa Prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie sprawozdanie ze swojej działalności, obejmujące ilość spraw, ich charakter i podjęte działania, z zastrzeżeniem, że w sprawozdaniu nie podaje się danych personalnych lekarzy.

§ 2

Kontakt z Pełnomocnikiem

1. Kontakt z Pełnomocnikiem lekarz może podjąć samodzielnie z własnej inicjatywy lub samodzielnie na zaproszenie Pełnomocnika.
2. Lekarz może skontaktować się z Pełnomocnikiem w następujący sposób:
 - a) osobiście w siedzibie OIL w godzinach dyżuru lub po uprzednim umówieniu się,
 - b) pocztą elektroniczną,
 - c) pocztą tradycyjną,
 - d) telefonicznie,
 - e) w wyjątkowych sytuacjach spotkanie może odbyć się poza siedzibą Izby.
3. Do Pełnomocnika może zgłosić się także inny lekarz lub pracodawca lekarza, w tym przypadku Pełnomocnik udziela ogólnych informacji o dostępnych opcjach działań i pomocy.
4. Pełnomocnik może podjąć próbę kontaktu z lekarzem, jeśli uzyska z pewnego źródła informację sugerującą, że lekarz może wymagać pomocy, poprzez wysłanie do lekarza listem poleconym zaproszenia na spotkanie. W przypadku, gdy lekarz nie odpowie na zaproszenie, Pełnomocnik powiadamia o tym fakcie Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej.

§ 4

Wypalenie zawodowe

1. Pełnomocnik udziela pomocy lekarzom, którzy podejrzewają u siebie wypalenie zawodowe lub chcą mu zapobiegać.
2. Po wstępnej rozmowie Pełnomocnik ustala z lekarzem optymalną formę pomocy. W razie potrzeby leczenia kieruje do odpowiednich specjalistów.
3. W ramach pomocy zapewnianej przez OIL, Pełnomocnik może zaproponować lekarzowi:
 - a) wsparcie koleżeńskie,
 - b) Grupę Balinta,
 - c) Interwencję Psychoterapeutyczną.
4. Wsparcie koleżeńskie:
 - a) udzielane jest przez członków Zespołu ds. wypalenia zawodowego, w terminie i miejscu ustalonym indywidualnie z lekarzem,
 - b) proces umawiania lekarza na spotkanie z członkiem Zespołu ds. wypalenia zawodowego koordynuje Przewodnicząca Zespołu, do której zgłasza się lekarz zainteresowany tym rodzajem wsparcia.
5. Grupa Balinta:
 - a) spotkania odbywają się w miejscu wskazanym przez OIL,
 - b) prowadzone są przez liderów grup Balinta, z którymi OIL zawarła umowę współpracy,
 - c) w grupie uczestniczy 5-12 osób,
 - d) uczestnictwo w grupie jest dostępne dla każdego lekarza z OIL, niezależnie od tego, czy wcześniej kontaktował się z Pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy, czy nie,
 - e) osoba uczestnicząca w spotkaniu jest zobowiązana wpisać się na listę obecności (imię, nazwisko i nr PWZ), lista służy wyłącznie celom sprawozdawczo-organizacyjnym.
6. Interwencja Psychoterapeutyczna:
 - a) obejmuje 10 spotkań z psychoterapeutą,
 - b) przeprowadzana jest przez psychoterapeutę, z którym OIL zawarła umowę współpracy,

- c) spotkania trwają po 50 minut, odbywają się raz w tygodniu, w miejscu wskazanym przez Izbę,
- d) na Interwencję Psychoterapeutyczną kieruje lekarza wyłącznie Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy,
- e) dane lekarza (imię, nazwisko, PWZ) są podane do wiadomości Pełnomocnika, który koduje je wg odpowiedniego klucza,
- f) psychoterapeuta dokumentuje jedynie sam fakt odbycia się sesji, w celu zachowania poufności posługując się zakodowanymi danymi,
- g) psychoterapeuta zobowiązuje się superwizować swoją pracę terapeutyczną,
- h) cele Interwencji Psychoterapeutycznej:
 - poznanie podstawowych sposobów zapobiegania i radzenia sobie z wypaleniem zawodowym,
 - rozpoznawanie i lepsze zrozumienie psychologicznych problemów danej osoby i działań, które mogą je zmniejszać,
 - zapewnienie doświadczenia „na własnej skórze” wsparcia psychologicznego i sposobu pracy psychoterapeuty,
 - porada w znalezieniu odpowiednich dalszych kierunków działań terapeutycznych,
- i) ustala się zasadę, że przez okres 6 miesięcy od ostatniego spotkania w ramach OIL terapeuta nie będzie prowadził na własny rachunek terapii lekarza, z którym spotykał się w ramach Interwencji Psychoterapeutycznej,
- j) Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy jest w kontakcie z psychoterapeutami w sprawach związanych z Interwencją Psychoterapeutyczną.

§ 5

Uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne.

Program Monitorowania Zdrowia Lekarzy (PMZL)

1. Lekarzy z problemem uzależnienia lub innymi zaburzeniami psychicznymi, które mogą wpływać na zdolność do wykonywania zawodu, Pełnomocnik zachęca do przystąpienia do Programu Monitorowania Zdrowia Lekarzy.
2. Program Monitorowania Zdrowia Lekarzy ma na celu wspieranie lekarza w systematycznym leczeniu psychiatrycznym i/lub uzależnienia i koordynowanie różnych form pomocy.

3. Uczestnictwo w Programie Monitorowania Zdrowia Lekarzy jest dobrowolne i dokonuje się przez podpisanie Oświadczenia między lekarzem a Pełnomocnikiem (załącznik 1).
4. Wobec Lekarza przystępującego do PMZL Pełnomocnik zobowiązuje się do:
 - a) udzielenia Lekarzowi informacji odnośnie zasadności podjęcia leczenia psychiatrycznego i/lub uzależnień, zaproponowanie planu leczenia oraz wskazanie odpowiednich form i miejsc uzyskania pomocy,
 - b) monitorowania przebiegu leczenia Lekarza,
 - c) zaopiniowania wniosku Lekarza do Okręgowej Izby Lekarskiej o udzielenie pomocy socjalnej, w tym zapomogi finansowej, jeśli w okresie leczenia nie będzie możliwe podjęcie pracy zarobkowej.
5. Lekarz przystępujący do PMZL wyraża zgodę na:
 - a) podjęcie leczenia psychiatrycznego i/lub leczenia uzależnień zgodnie z sugestiami Pełnomocnika,
 - b) umożliwienie monitorowania leczenia przez Pełnomocnika, w tym stawianie się na spotkania monitorujące z zaproponowaną przez Pełnomocnika częstotliwością, składania okresowych oświadczeń własnych o aktualnym leczeniu (załącznik 3), dostarczania w określonych terminach zaświadczeń od osób leczących (lekarzy i/lub terapeutów),
 - c) w uzasadnionych przypadkach do zgody na kontakt Pełnomocnika z osobami leczącymi Lekarza,
6. W sytuacji opisanej w § 1 ust. 3c celem uzyskania przez Pełnomocnika opinii nt. funkcjonowania zawodowego lekarza, lekarz przystępujący do PMZL wyraża także zgodę na kontakt Pełnomocnika z przełożonym lekarza (lub inną wskazaną osobą z miejsca pracy lekarza objętego PMZL), wyrażenie zgody udokumentowane jest podpisaniem Aneksu do Oświadczenia (załącznik 2).
7. Pełnomocnik prowadzi imienną dokumentację lekarza, który przystąpił do PMZL:
 - a) dokumentacja zawiera dane lekarza, jego zgodę na przystąpienie do PMZL udokumentowaną podpisanym Porozumieniem, opis sytuacji zdrowotnej i zawodowej, uzasadnienie celowości uczestnictwa w PMZL, zapisy Pełnomocnika oraz oświadczenia lekarza z wizyt monitorujących, zaświadczenia o odbytym/kontynuowanym leczeniu psychiatrycznym i/lub uzależnień oraz inne konieczne dokumenty. Wzór Porozumienia o przystąpieniu do PMZL oraz

oświadczenia lekarza ze spotkania monitorującego z Pełnomocnikiem stanowią załączniki do niniejszego Regulaminu;

- b)** dokumentacja Pełnomocnika jest poufna i jest przechowywana przez okres 20 lat;
- c)** na wniosek Prezesa ORL dokumentacja Pełnomocnika może być udostępniona jedynie komisji orzekającej w przedmiocie zdolności do wykonywania zawodu powoływanej w przypadku danego lekarza.

- 8.** Pełnomocnik może poinformować Prezesa ORL oraz komisję orzekającą w przedmiocie zdolności do wykonywania zawodu o fakcie uczestnictwa danego lekarza w PMZL oraz o tym, czy lekarz dotrzymuje warunków zawartych w niniejszym regulaminie i złożonym oświadczeniu.
- 9.** W sytuacjach, gdy lekarz odmawia podpisania Oświadczenia lub nie dotrzymuje jego warunków, Pełnomocnik ma obowiązek powiadomić o tym fakcie Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej.
- 10.** Formularze Oświadczenia, Aneksu do Oświadczenia oraz Sprawozdanie z leczenia lekarza składane w trakcie spotkania monitorującego z Pełnomocnikiem stanowią załączniki do niniejszego Regulaminu (załączniki: 1, 2 i 3).



**PROGRAM MONITOROWANIA ZDROWIA LEKARZY
OKRĘGOWEJ IZBY LECARSKIEJ W WARSZAWIE**

--

(Pieczęć i podpis Pełnomocnika potwierdzające przyjęcie oświadczenia)

Warszawa, dnia _____

OŚWIADCZENIE

**Lekarza przystępującego do Programu Monitorowania Zdrowia
Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Ja niżej podpisany/a _____, niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem Działania Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zasadami funkcjonowania Programu Monitorowania Zdrowia Lekarzy oraz wyrażam zgodę na przystąpienie do Programu Monitorowania Zdrowia Lekarzy.

Lek.	
PWZ	
PESEL	

Adres zamieszkania	
telefon	
email	

Czytelny Podpis Lekarza



PROGRAM MONITOROWANIA ZDROWIA LEKARZY
OKRĘGOWEJ IZBY LECARSKIEJ W WARSZAWIE

ANEKS nr _____
do Oświadczenia z dnia _____

Niniejszy aneks ma na celu wskazanie przez Lekarza przystępującego do Programu Monitorowania Zdrowia Lekarzy prowadzonego przez Pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie osoby właściwej do kontaktu celem uzyskania opinii o funkcjonowaniu zawodowym Lekarza. Dotyczy to w szczególności Lekarzy, w stosunku do których prowadzone jest postępowanie o stwierdzenie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia, Lekarzy wobec których podjęto decyzję o zawieszeniu Prawa Wykonywania Zawodu lub ograniczeniu w wykonywaniu czynności medycznych, a także innych Lekarzy, którzy zostali skierowani przez Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w związku z toczącym się postępowaniem administracyjnym.

1. Ja niżej podpisany _____, niniejszym wyrażam zgodę na kontakt Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy z przełożonym* / inną wskazaną osobą mającą wgląd w moje funkcjonowanie jako lekarza w miejscu pracy* **celem uzyskania opinii o moim funkcjonowaniu zawodowym.**
2. Mając powyższe na uwadze upoważniam Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy do kontaktu z

(imię i nazwisko oraz pełniona funkcja osoby wskazanej w pkt 1)

Podpis Lekarza

*niepotrzebne skreślić

**PROGRAM MONITOROWANIA ZDROWIA LEKARZY
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**

SPRAWOZDANIE Z LECZENIA

Imię i nazwisko	
PWZ	
PESEL	
Miejsce/-a pracy	

Niniejszym oświadczam, że w okresie od _____ do _____
byłem objęty opieką:

a. Imię i nazwisko _____

b. Miejsce leczenia _____

c. Przyjmowane leki _____

1. Terapeuty uzależnień:

a. Imię i nazwisko _____

b. Miejsce i forma leczenia _____

2. Psychoterapeuty:

a. Imię i nazwisko _____

b. Miejsce i forma leczenia

3. Innego specjalisty:

a. Imię i nazwisko _____

b. Miejsce i forma leczenia

Na potwierdzenie powyższego, załączam zaświadczenie/ zaświadczenia : od lekarza psychiatry*, z placówki terapii uzależnień*, od psychoterapeuty*, od innych specjalistów*

(*) – niepotrzebne skreślić

(Data i podpis Lekarza)

DATA KOLEJNEGO SPOTKANIA MONITORUJĄCEGO:

Podpis Pełnomocnika

Podpis Lekarza

