



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

marzec 2014 nr 3

Rozmowa
z **prof. Walerią
Hryniewicz**,
krajowym
konsultantem
w dziedzinie
mikrobiologii
lekarskiej.

Zakażenia
– szpitalne
zmarwienie
[str. 18]

Czas pracy lekarza
[str. 6]

Dokumentacji
elektronicznej
(na razie)
nie będzie
[str. 12]

Kolejki
w Wielkiej Brytanii
[str. 16]

Bliźnięta syjamskie
[str. 22]

Rozsypane
społeczeństwo
[str. 33]



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

godziny pracy: 8.00–16.00; NIP 522-00-02-357

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; e-mail: biuro@oilwaw.org.pl

Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej www.warszawa.oil.org.pl

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Andrzej Sawoni
tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL Romuald Krajewski; tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL Konstanty Radziwiłł; tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów Marta Klimkowska-Misiak
tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej
Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

sek.: Ewa Nagiel, Bogusława Różycka
tel. 22-542-83-40; 22-542-83-42; faks 22-542-83-41

Sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek; tel. 22-542-83-31

Zastępca sekretarza ORL Ładysław Nekanda-Trepka
tel. 22-542-83-31

sek.: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

Skarbnik Roman Olszewski; tel. 22-542-83-36

Rzecznik prasowy Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
tel. 22-850-18-10

Dyrektor biura Zbigniew Gałązka; tel. 22-542-83-47
sekretariat: tel. 22-542-83-48

Główna księgową Helena Jemioł; tel. 22-542-83-36

Księgowość – Janina Potentas, Krystyna Kołacz,
Agnieszka Stefaniak-Giza; tel. 22-542-83-35

Dział kadr – Agnieszka Jasińska; tel. 22-542-83-10

Składki – Marcin Trocki; tel. 22-542-83-38,
Janina Rzemkowska-Niesiołowska; tel. 22-542-83-39; wt.–pt.

Kasa
Stanisława Błaszczuk; tel. 22-542-83-34

Zespół Radców Prawnych
koordynator mec. Elżbieta Barcikowska-Szydło;
tel. 22-542-83-28

mec. Zdzisław Czarnecki; tel. 22-542-83-29

mec. Paweł Jannasz; tel. 22-542-83-29

mec. Bartosz Niemiec; tel. 22-542-83-25

kanc.: Małgorzata Tymkiewicz; tel. 22-542-83-29

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Zbigniew Czernicki
kanc.: Bożena Dąbrowska; tel. 22-542-83-24; faks 22-542-83-23
Małgorzata Gorońska; tel. 22-542-83-22
Jolanta Dąbrowska; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski
przewodniczący Roman Jasiński; tel. 22-542-83-21
kanc.: Ewa Mrazek, Magdalena Kujawska; tel. 22-542-83-20

Okręgowa Komisja Rewizyjna
przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć
tel. 22-542-83-07
sek.: Julita Kiwatyniec; tel. 22-542-83-48

Okręgowa Komisja Wyborcza
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Sylwia Jaworska, Artur Obzejta, Ewa Skoneczna
tel. 22-542-83-14, tel./faks 22-542-83-15

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich
przewodniczący Aleksander Pieczyński
prac. biura: Katarzyna Adamska, Joanna Nowacka,
Marta Makowska; tel. 22-542-83-18; 22-542-83-19

**Komisja ds. Konkursów
na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia**
prac. biura: Halina Skoczek
tel. 22-542-83-51

Komisja ds. Stażu Podyplomowego
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Katarzyna Lisieska
tel. 22-542-83-32, faks 22-542-83-26

Komisja Bioetyczna
przewodniczący Marek Czarkowski
prac. biura: Karolina Brama, Joanna Puchała
tel. 22-542-83-12; tel./faks 22-542-83-13

Komisja ds. Lekarzy Dentystów
przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk
tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk
tel. 22-542-83-33

Komisja Legislacyjna
przewodniczący Aleksander Kotlicki
tel. 22-542-83-46
prac. biura: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja Współpracy z Zagranicą
prac. biura: Julita Kiwatyniec
tel. 22-542-83-48

Biuro Pośrednictwa Pracy
prac. biura: Izabela Ziółkowska-Hryciuk
tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Młodych Lekarzy
przewodniczący Filip Dąbrowski
prac. biura: Bogusława Różycka; tel. 22-542-83-40

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki
prac. biura: Renata Sobolewska,
Izabela Ziółkowska-Hryciuk
tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Emerytów i Rencistów
przewodniczący Włodzimierz Cerański
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

**Komisja ds. Kontaktów z NFZ
i Samorządami Terytorialnymi**
prac. biura: Ewa Nagiel
tel. 22-542-83-42

Rzecznik Praw Lekarza
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

**Komisja ds. Ustawicznego Doskonalenia
Zawodowego Lekarzy**
prac. biura: Julita Kiwatyniec
tel. 22-542-83-48

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy i Lekarzy Dentystów**
dyrektor Krzysztof Dziubiński
prac. biura: Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,
Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika
ul. Nowogrodzka 62a, VI p.; pon. – pt.: 8.00–16.00
tel. 22-313-19-70; faks 22-313-19-65;
m.skolimowska@oilwaw.org.pl

Biuletyn Informacji Publicznej
Justyna Wojteczek; bip@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Przerwy-Tetmajera 13)
przewodniczący Julian Wróbel
prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba
godz. 8.00–16.00; tel. 48-331-36-62; faks 48-331-17-30

Fundacja „Pro Seniore”
Andrzej Surowiecki; tel. 22-542-83-02

Agencja ubezpieczeniowa
Tadeusz Pawlikowski; tel. 22-542-83-01
Emilia Rutkowska, Małgorzata Kozioł; tel. 22-542-83-06

Klub Lekarza – kierownik Tadeusz Pawlikowski; tel. 22-542-83-82

OIL w Warszawie

Biuro Obsługi Lekarza



Aby ułatwić lekarzom i lekarzom denty stom załatwianie spraw w OIL w Warszawie, wyodrębnione zostało **Biuro Obsługi Lekarza**, w którego skład wchodzi następujące zespoły i sekcje:

1. ds. praktyk lekarskich,
2. ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza denty sty,
3. windykacja,
4. informacja,
5. kasa.

Te komórki funkcjonować będą w wydłużonym czasie pracy. Adres: Warszawa, ul. Puławska 18, wejście: róg ul. Puławskiej i Reytana.

Fotografie: egw, W. Surowiecki, Artmedia Partners



W lutym br. biuro pracowało w poniedziałki i piątki w godz. 8.00–16.00, we wtorki, środy i czwartki w godz. 8–18.00.

Na bieżąco będziemy dostosowywać godziny pracy do potrzeb lekarzy i lekarzy denty stom.

Naszym celem jest zoptymalizowanie czasu pracy biura w taki sposób, żeby był jak najbardziej odpowiedni dla lekarzy. Prosimy więc o przekazywanie sugestii pod adresem e-mail: biuro@oilwaw.org.pl

Jesteśmy również w trakcie wprowadzania Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP), która posłuży do komunikacji lekarzy z biurem OIL w Warszawie. Okręgowa Izba Lekarska będzie udostępniała usługi oparte na elektronicznych kanałach komunikacji z lekarzami przez pojedynczy punkt dostępowy w Internecie.

Celem ePUAP jest stworzenie jednolitego, bezpiecznego elektronicznego kanału udostępniania usług członkom OIL w Warszawie.

Informacje na ten temat będą na bieżąco przekazywane na łamach „Pulsu” i na naszej stronie internetowej: www.warszawa.oil.org.pl ■

Zbigniew Gałązka,
dyrektor Biura OIL w Warszawie





Nr 3 (227) marzec 2014

Na okładce:

krajowy konsultant w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej prof. dr hab. n. med. Waleria Hryniewicz (fot. egw)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ Biuro Obsługi Lekarza	1
▶ powiem wprost	3
▶ XXII Dzień Chorego	4
▶ Czas pracy lekarza	6
▶ stomatologia	10
▶ Dokumentacji elektronicznej (na razie) nie będzie	12
▶ Sztuka przetrwania...	12
▶ Kolejki w Wielkiej Brytanii	16
▶ Zakażenia – szpitalne zmartwienie	18
▶ Innowacje przy Madalińskiego	20
▶ Bliźnięta syjamskie	22
▶ etyka	
▶ Na marginesie Kodeksu Etyki...	24
▶ Klauzula sumienia	24
▶ z Mazowsza	28
▶ Z Delegatury Radomskiej	29
▶ Polska – Ukraina. Dziesięć lat współpracy pneumonologicznej	30
▶ Uroczystość przy Wawelskiej	31
▶ z wokandy sądu lekarskiego	34
▶ Bo to bal był nad bale!	36
▶ składki samorządowe	37
▶ karty historii	39
▶ Dyżur w Pogotowiu Lotniczym	40
▶ podróże	42
▶ nowe przepisy prawne	45
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Cichocka	8
▷ Karczewski	9
▷ Balicki	12
▷ Walewski	14
▷ Ciszewski	32
▷ Jankowska	33
▷ Müldner-Nieckowski	38
▷ SMS z Krakowa	38



Za czym kolejka ta stoi

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

O tym, jak długo, czy za długo pracują w Polsce lekarze, zaczęto – ponownie teraz – mówić po wydarzeniach we Włocławku, gdy ordynator ginekologii tamtejszego szpitala podobno dorabiał sobie gdzieś poza szpitalem. Pojawiło się więc podejrzenie, że pracował za dużo i to mogło mieć wpływ na tragedię, do której doszło na tamtejszym oddziale.

Dobrych kilka lat temu Bolesław Piecha, wtedy wiceminister zdrowia, miał pomysł, by ograniczyć pracę lekarzy do jednego etatu. Poległ, bo nie mógł zapewnić godziny płacy lekarzom na tym jednym etacie! Samorząd lekarski i OZZL chciały uzyskać zapewnienie, że lekarze będą zarabiali przyzwoicie i godnie. Ostatnio pytany, już jako senator RP, jak rozwiązać teraz ten problem, powiedział z wielce mówiącym uśmiechem: *Życzę powodzenia ministrowi zdrowia!*

To, że lekarze pracują dużo, nawet czasem ponad normę, wiadomo. Ale pracują dlatego, że są potrzebni i chcą być potrzebni. Nikt ich nie zastąpi.

Ministerstwo Zdrowia rozesała do szpitali publicznych ankietę, w której pyta, czy lekarze zatrudnieni w danej placówce podpisują umowę o zakazie konkurencji. Jeden z dyrektorów mówi: – *Zakazując lekarzowi pracy w innej placówce, mówię mu „Do widzenia”. A nie mogę sobie na to pozwolić, ponieważ skazałbym szpital na zamknięcie.*

Według Państwowej Inspekcji Pracy konieczne są takie zmiany legislacyjne, które eliminowałyby możliwość pracy w tym samym miejscu na podstawie różnych form zatrudnienia, bez zachowania prawa do odpoczynku. Konieczny jest również jednoznaczny zapis w ustawie o działalności leczniczej, o tym, że czas pozostawiania w gotowości do pracy też nie może naruszać prawa do odpoczynku. Z kontroli Państwowej Inspekcji Pracy wynika, że problem pracy po kilkadziesiąt godzin bez przerwy dotyczy nie tylko lekarzy, ale także maszynistów czy górników (sic!).

Niedawno przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel, kandydujący podobno w wyborach do Parlamentu Europejskiego, wysłał list otwarty do ministra zdrowia, by ten ograniczył, odgórnie, czas pracy lekarzy do 48 godzin tygodniowo (wraz z nadgodzinami – zgodnie z unijną dyrektywą o czasie pracy), bez względu na liczbę miejsc pracy i formę zatrudnienia. Zaraz potem Krzysztof Bukiel zwrócił się także w sprawie zwołania konferencji na temat czasu pracy lekarzy do Prezydenta RP. Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka, czyli prezes organizacji lekarzy rodzinnych, wysłała „walentynkę” do ministra zdrowia z uzasadnieniem, które przesłała mediom, ale to uzasadnienie niestety gdzieś tam mi umknęło... Wiadomo, że są to, przynajmniej na teraz, pytania, czy może raczej hasła bez odpowiedzi. Niektórzy mówią, że to były prowokacje intelektualne. Może...

Była też inna „walentynka”. W programie telewizyjnym „Kawa na ławę” w TVN24 poseł Adam Szejnfeld rozwiął wszelkie nadzieje idealistów. Powiedział bowiem (chyba udało mi się zapamiętać dokładnie): – *To, co polityk mówi, nie jest obietnicą wyborczą, tylko deklaracją poglądów.* Ale kto odpowie na pytanie: *Za czym kolejka ta stoi...?* ■

Prestiż zawodu

Andrzej Sawoni,
prezes ORL w Warszawie



Fot. egw

Zakażenia – szpitalne zmartwienie

Z zakażeniami szpitalnymi trudno wygrać wojnę, nie udało się to jeszcze w żadnym kraju. Ale można wygrywać bitwy, korzystając ze zdobyczy medycyny i rygorystycznie przestrzegając zaleceń higienicznych. W naszych szpitalach nie zawsze tak się dzieje. Publikujemy cykl rozmów na ten temat z prof. dr hab. n. med. Walerią Hryniewicz, krajowym konsultantem w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. Następne rozmowy będą dotyczyć antybiotykoterapii oraz zakażeń inwazyjnych.
str. 18



Bliźnięta syjamskie str. 22



Czas pracy lekarza str. 6

Mtransza deregulacji ma objąć zawody medyczne. Na spotkaniu w Naczelnej Izbie Lekarskiej wiceminister zdrowia Aleksander Soplński poinformował, że MZ planuje zgłosić do deregulacji tylko dwa zawody medyczne: pomoc dentystyczną i pomoc pielęgniarską. To wszystko. I bardzo dobrze. W całym cywilizowanym świecie podstawowe zawody medyczne: lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, diagnosta laboratoryjny, to zawody regulowane i tak powinno być też w Polsce.

Minister zdrowia zmniejszył liczbę rezydentur dla lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne w marcu 2014 r. o 30 w stosunku do marca 2013, w tym o 14 dla specjalizacji lekarz rodzinny. Ręce opadają. Wkoło dyskusja o braku lekarzy, szczególnie specjalistów, a tu taki kwiatek!

Według badania CBOS, dotyczącego prestiżu zawodów w 2013 r., lekarz znalazł się na ósmej pozycji, pielęgniarka na piątej. Najbardziej prestiżowy zawód to, według ankietowanych, strażak. Wyższe miejsca niż lekarze zajmują również: profesor uniwersytecki, górnik, oficer zawodowy, ale także robotnik wykwalifikowany. Gdzie te czasy, gdy w podobnych badaniach lekarz był uznawany za najbardziej prestiżowy zawód. Wyniki tego badania powinny naszemu środowisku dać wiele do myślenia.

Sytuacja ekonomiczna wielu szpitali na Mazowszu jest bardzo trudna. Najbardziej zadłużone, np. Szpital św. Anny w Warszawie przy ul. Barskiej, przechodzą głęboką restrukturyzację, która niestety oznacza również likwidację niektórych oddziałów. Czy lekarstwem na taką sytuację mogą stać się klastry w ochronie zdrowia, czyli „geograficzne skupiska wzajemnie powiązanych firm, wyspecjalizowanych dostawców, jednostek świadczących usługi oraz przedsiębiorstw działających w pokrewnych sektorach”? W nowej perspektywie finansowej Unii Europejskiej na lata 2014–2020 są znaczne środki na tworzenie i wsparcie działania klastrów, także w sektorze medycznym. Może warto, aby Mazowsze wzięło przykład z Bawarii, gdzie powstają klastry liczące nawet 300 podmiotów.

Okręgowa Rada Lekarska na posiedzeniu 24 stycznia br. zdecydowała o zaprzestaniu współpracy agencyjnej z firmą ubezpieczeniową Inter. Jej członkowie uznali, że izba nie może reprezentować interesów jednej firmy ubezpieczeniowej, ale powinna wyszukiwać i polecać lekarzom najlepsze ubezpieczenia oferowane na rynku, co wcale nie oznacza, że muszą być produktami pojedynczej firmy i że muszą być najtańsze.

Firmie Inter dziękuję za pięć lat dobrej współpracy. Mam nadzieję, że nadal jej produkty ubezpieczeniowe będą znajdowały uznanie lekarzy.

Nasza Rada postanowiła również wesprzeć organizację 11. Europejskiego Spotkania Studentów Medycyny, które odbędzie się w czerwcu 2014 r. w Warszawie. Uważam, że współpraca z organizacjami studentów medycyny jest dla izby niezwykle istotna, bo za chwilę zasilą nasze szeregi i tak naprawdę są naszą przyszłością.

20–22 marca 2014 r. w Warszawie odbędzie się XII Krajowy Zjazd Lekarzy, który wybierze nowe władze Naczelnej Izby Lekarskiej. Naszą Izbę reprezentować będzie 73 delegatów. Tak duża grupa delegatów musi mieć proporcjonalne przedstawicielstwo w nowej Naczelnej Radzie Lekarskiej i w jej Prezydium. Powinniśmy jednak zadbać również, aby dla dobra naszej organizacji wszystkie izby były proporcjonalnie reprezentowane i miały swój głos w trudnych sprawach ochrony zdrowia, w których przyjdzie się borykać Naczelnej Radzie Lekarskiej VII kadencji. ■

XXII Dzień Chorego

Wiara i miłość: „My także winniśmy oddać życie za braci” (1 J 3,16)

Drodzy Bracia i Siostry!

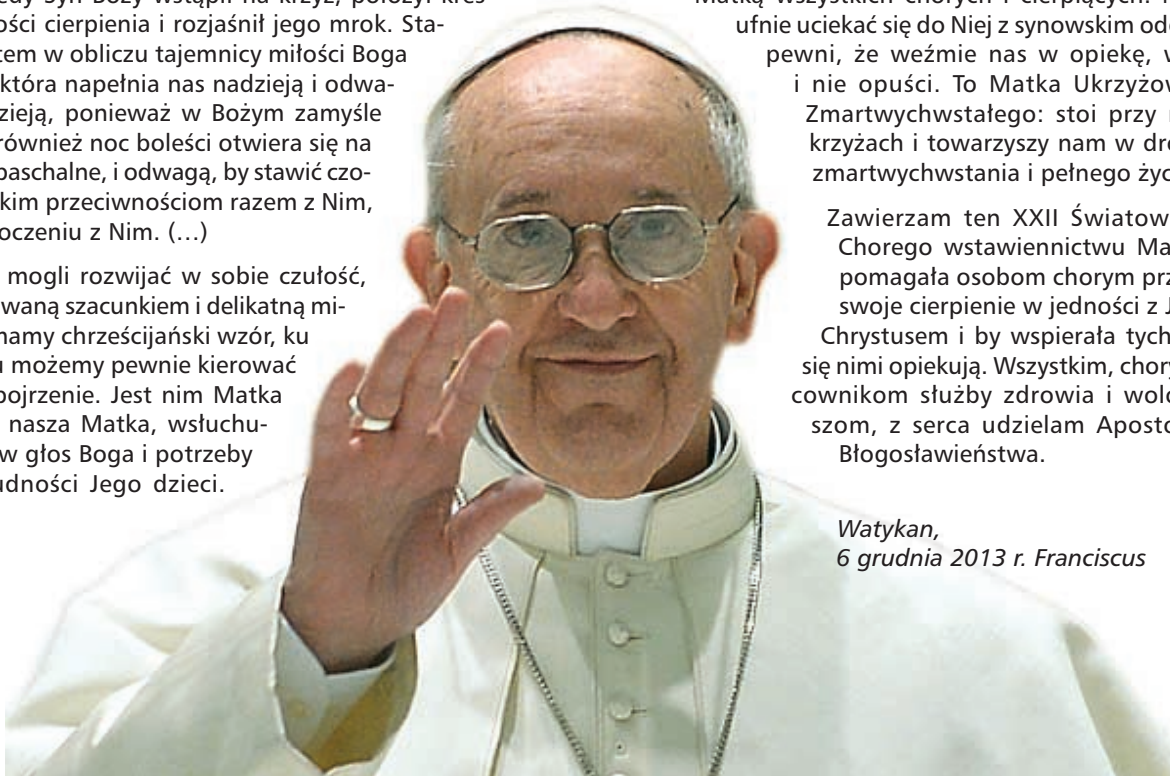
Przy okazji XXII Światowego Dnia Chorego, którego temat brzmi: *Wiara i miłość: „My także winniśmy oddać życie za braci” (1 J 3,16)*, zwracam się w szczególności do osób chorych i do wszystkich, którzy się nimi opiekują i je leczą. Kościół dostrzega w Was, Drodzy Chorzy, szczególną obecność cierpiącego Chrystusa. Tak właśnie jest: obok, więcej – wewnątrz naszego cierpienia, jest cierpienie Jezusa, który razem z nami niesie jego ciężar i wyjawia jego sens. Kiedy Syn Boży wstąpił na krzyż, położył kres samotności cierpienia i rozjaśnił jego mrok. Stajemy zatem w obliczu tajemnicy miłości Boga do nas, która napełnia nas nadzieją i odwagą: nadzieją, ponieważ w Bożym zamyśle miłości również noc boleści otwiera się na światło paschalne, i odwagą, by stawić czoło wszelkim przeciwnościom razem z Nim, w zjednoczeniu z Nim. (...)

Abyśmy mogli rozwijać w sobie czułość, nacechowaną szacunkiem i delikatną miłością, mamy chrześcijański wzór, ku któremu możemy pewnie kierować nasze spojrzenie. Jest nim Matka Jezusa i nasza Matka, wsłuchująca się w głos Boga i potrzeby oraz trudności Jego dzieci.

Maryja, pod wpływem Bożego miłosierdzia, które w Niej stało się ciałem, zapomina o sobie i spieszy z Galilei do Judei, by odwiedzić swoją kuzynkę Elżbietę i jej pomóc; wstawia się do swojego Syna na godach w Kanie, kiedy widzi, że kończy się weselne wino; nosi w swoim sercu przez całą pielgrzymkę życia słowa starca Symeona, przepowiadające, że Jej serce przeszyje miecz, i niewzruszenie stoi pod krzyżem Jezusa. Ona wie, jak idzie się tą drogą, i dlatego jest Matką wszystkich chorych i cierpiących. Możemy ufnie uciekać się do Niej z synowskim oddaniem, pewni, że weźmie nas w opiekę, wesprze i nie opuści. To Matka Ukrzyżowanego Zmartwychwstałego: stoi przy naszych krzyżach i towarzyszy nam w drodze do zmartwychwstania i pełnego życia. (...)

Zawieram ten XXII Światowy Dzień Chorego wstawiennictwu Maryi, aby pomagała osobom chorym przeżywać swoje cierpienie w jedności z Jezusem Chrystusem i by wspierała tych, którzy się nimi opiekują. Wszystkim, chorym, pracownikom służby zdrowia i wolontariuszom, z serca udzielam Apostolskiego Błogosławieństwa.

Watykan,
6 grudnia 2013 r. Franciszusz



Fragmenty Orędzia Ojca Świętego na XXII Światowy Dzień Chorego 11 lutego 2014 r.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie,
Wydział Teologiczny Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie,
prezes Stowarzyszenia Absolwentów Wydziałów Medycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego,
Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Koło Ziemi Radomskiej,
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Franciszka Czubalskiego w Przysusze,
prezes Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego,
Okręgowe Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w Radomiu

zapraszają na

III Konferencję dla służby zdrowia

Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności

29 marca 2014 r.

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie,
ul. Dewajtis 5, Aula Jana Pawła II, godz. 10.00.

Wstęp wolny, uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.



BEZPIECZNY LEKARZ

REKLAMA

Witamy w kolejnym odcinku cyklu **BEZPIECZNY LEKARZ**, poświęconego analizie konkretnych sytuacji z życia środowiska medycznego. Wraz z doktorem **INTEREM** przemierzamy obszary regulacji prawnych rynku medycznego, skupiając się na tych aspektach, które są najistotniejsze dla lekarza.

DR INTER: *Koleżanki i Koledzy, temat, który pragnę dziś przedstawić, może się wydawać zaskakujący: chciałbym przybliżyć problematykę bezzasadnych roszczeń pacjentów. Niektórzy z Was stwierdzają, że skoro roszczenie jest bezzasadne, to nie warto się nim przejmować, bo sąd nie będzie miał podstaw do stwierdzenia szkody i tym samym do zasądzenia odszkodowania. Czy takie bezzasadne roszczenia nie wpływają jednak negatywnie na sytuację lekarza?*

Spróbujmy najpierw zdefiniować, czym jest bezzasadne roszczenie. Sąd Apelacyjny w Katowicach, omawiając ten problem (w postanowieniu z 3 listopada 2009 r., I ACz 744/2009), stwierdził, że oczywista bezzasadność roszczenia to taka sytuacja, w której nie ma żadnych wątpliwości, co do tego, że roszczenie, z którym występuje powód, nie zasługuje na udzielenie mu ochrony prawnej. Przy tym wniosek ów nasuwa się niezwłocznie po zaznajomieniu się z roszczeniem i jego podstawą faktyczną i prawną. Przyjrzyjmy się, jak może wyglądać bezzasadne roszczenie skierowane przeciwko lekarzowi.

Zatrudniona na umowę o pracę w zakładzie karnym lekarka otrzymała pozew cywilny. W pozwie tym jej pacjentka – odbywająca karę pozbawienia wolności – domagała się 5 mln zł zadośćuczynienia za „doprowadzenie jej zdrowia do ruiny”. Pacjentka twierdziła, że została przez lekarkę okaleczona, jej cierpienie było lekceważone, a więzienna służba zdrowia stosowała „metody gestapo”. Wnioskowała także o pozbawienie lekarki prawa wykonywania zawodu.

Tymczasem z dokumentacji medycznej wynikało, że pacjentka ma zdiagnozowane zaburzenia osobowości, a w procesie leczenia odmawiała zarówno stawiania się na badania, na które była kierowana w celu postawienia diagnozy, jak i przyjmowania zalecanych leków. Ponadto okoliczności wskazywały, że stopień jej uszczerbku na zdrowiu nie jest tak znaczny, jak podnosiła w pozwie.

Mimo że twierdzenia pacjentki były sprzeczne z logiką, lekarka musiała aktywnie zaangażować się w tę sprawę: sformułować z pomocą prawnika odpowiedź na

pozew, a następnie wziąć udział w rozprawie. Prawo nie pozwala bowiem zamykać drogi do sądu przed nikim. Pacjent, choćby nie miał racji, może zawsze pozwać lekarza.

Pani doktor nie tylko przeżyła stres związany ze sprawą sądową, ale musiała też ponieść określone wydatki. Na szczęście miała zawartą umowę ubezpieczenia ochrony prawnej, co pozwoliło na refundację kosztów uczestnictwa w sporze przez ubezpieczyciela.

⇒ Ochrona prawna – co to jest?

Ubezpieczenie ochrony prawnej to taki produkt, który umożliwia pokrycie kosztów zatrudnienia pełnomocnika (adwokata, radcy prawnego) i innych kosztów sądowych przez ubezpieczyciela.

Ochrona prawna jest nie tylko „tarczą” w rękę lekarza, która pozwala mu z pomocą prawnika obronić się przed roszczeniem pacjenta. Jest ona także „mieczem”, którego może użyć, aby dochodzić swoich praw, kiedy np. zostanie zniesławiony przez pacjenta.

⇒ Zakres ubezpieczenia ochrony prawnej

Należy zawsze zwrócić uwagę na zakres ubezpieczenia. Dobrze skonstruowany produkt ubezpieczenia ochrony prawnej zapewni wsparcie merytoryczne i finansowe na wypadek problemów prawnych nie tylko w życiu zawodowym, ale i prywatnym. Nieocenione może się to okazać na przykład w przypadku sporu z ekipą remontującą łazienkę, która nie wywiązała się z umowy, lub w przypadku problemów z realizacją inwestycji mieszkaniowej.

⇒ Fachowe porady, stały dostęp do prawnika

Warto pamiętać także, że ochrona prawna to nie tylko zwrot kosztów przez ubezpieczyciela w przypadku sporu, ale i możliwość stałego korzystania z telefonicznej asysty prawnej, gdzie prawnicy konsultanci pomogą rozwiązać wątpliwości, co do określonych przepisów, albo doradzą, jak najlepiej zachować się w danej sytuacji prawnej.

Aby zorientować się, jaki wariant ubezpieczenia ochrony prawnej jest dla Ciebie optymalny, w jakich sytuacjach możesz liczyć na zwrot kosztów i przed czym może uchronić Cię jego posiadanie, skontaktuj się z doradcą INTER Polska. Nasi eksperci wyjaśnią Ci zasady działania ubezpieczenia i pomogą zadbać o to, abyś nie musiał się obawiać wysokich kosztów honorarium prawnika.

Do zobaczenia w kolejnym odcinku!

Dr INTER



Oddział TU INTER Polska S.A. w Warszawie

(siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie)

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-639-74-30

www.bezpiecznylekarz.interpolska.pl

Czas pracy lekarza

Czy czas pracy lekarza zostanie ograniczony?

Ewentualne ograniczenie czasu pracy lekarzy skończy się źle dla pacjentów – przestrzega Naczelna Rada Lekarska. Samorząd negatywnie ocenia też postulat wprowadzenia w umowach, jakie zawierają lekarze, klauzuli o zakazie konkurencji, który ostatnio pojawił się w debacie publicznej. I tłumaczy, że lekarze po prostu muszą pracować dużo – dla dobra chorych.

Dyskusja o czasie pracy lekarzy i wprowadzeniu klauzuli zakazu konkurencji to pokłosie tragicznego wydarzenia, do którego doszło we wrocławskim szpitalu. Jego przyczyną bada teraz prokuratura, a Narodowy Fundusz Zdrowia ustalił, że ordynator kliniki był zatrudniony w trzech miejscach (grafiki jego pracy się nie pokrywały).

– *Niektórzy dyrektorzy szpitali mogą się zastanowić nad wprowadzeniem umów z klauzulą zakazu konkurencji* – powiedział minister zdrowia Bartosz Arłukowicz, w związku z wrocławskimi wydarzeniami pytany przez dziennikarzy o kwestię łączenia przez lekarzy pracy w publicznych i niepublicznych placówkach. Szef resortu uważa, że granica między systemem publicznego płatnika a prywatnym sektorem została rozmyta. W mediach pojawiły się też opinie, że lekarze po prostu za dużo pracują.

Krótką kołdra

Przedstawiciele samorządu lekarskiego odpowiadają na to, że lekarze chcieliby pracować w jednym miejscu i w takim wymiarze godzin, w jakim pracują osoby wykonujące inne zawody. – *W obecnym systemie ochrony zdrowia to nierealne* – podkreśla jednak prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz. I dodaje, że gdyby lekarze zaczęli pracować mniej, kolejki wydłużyłyby się wielokrotnie.

Polsce lekarzy po prostu brakuje, a zjawisko to nasila się od wielu lat. Wśród jego przyczyn należy wymienić przede wszystkim fakt, że limity przyjęć na studia medyczne w kolejnych latach pozostają na tym samym poziomie albo nieznacznie tylko się zwiększają. W rezultacie w Polsce na 1000 mieszkańców przypada 2,19 lekarza (praktykującego). Dla porównania: w Austrii – 4,83, we Włoszech – 4,61, w Niemczech – 3,84, w Czechach – 3,64, w Estonii – 3,26 (dane OECD).

Samorząd podkreśla, że patologią w Polsce jest nie praca medyków, lecz zła organizacja systemu opieki zdrowotnej.

– *Zakaz konkurencji nie powinien obowiązywać w ochronie zdrowia. Kto miałby być beneficjentem? Pacjent? Nie sądzę* – mówi Maciej Hamankiewicz.

Przypomina, że samorząd od lat postuluje zwiększenie liczby miejsc na studiach medycznych, a przecież taka polityka przyniosłaby efekty dopiero za kilka lat. Tymczasem potrzeby rosną wraz z postępem medycyny, bardziej konsumpcyjnym stylem życia, który skutkuje m.in. większą dbałością o zdrowie, i wreszcie – w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Ten ostatni czynnik jest szczególnie groźny, ponieważ pacjenci po 65. roku życia wymagają większej liczby interwencji medycznych niż młodszy. Skutek jest taki, że – jak mówi wiceprezes NRL i ORL w Warszawie Konstanty Radziwiłł – dyrektorzy szpitali mają olbrzymi problem z obsadą dyżurów lekarskich.

W niektórych krajach, gdzie dawał się odczuć brak lekarzy, postawiono na imigrantów. Specjalne programy uruchomiły m.in. Wielka Brytania i Niemcy. – *Polska nie jest jednak atrakcyjnym krajem dla lekarzy cudzoziemców. Dość powiedzieć, że pracuje u nas zaledwie 219 lekarzy z Ukrainy* – powiedział prezes Hamankiewicz.

Prezydium NRL wyraża nadzieję, że pewne efekty za kilka lat przyniesie zmiana systemu uzyskiwania specjalizacji na modułowy, o co zabiegał samorząd lekarski. Wciąż jednak jest to kropla w morzu potrzeb.

Stresująca praca

– *Lekarze pracują dużo, bo muszą pomagać chorym* – stwierdził na konferencji prasowej 6 lutego wiceprezes NRL i ORL w Warszawie Romuald Krajewski. – *To oczywiście jest stresująca*. Podał dane z raportu PAN i NIL „Warunki pracy, konflikt interesów oraz ocena przydatności kompetencji miękkich lekarzy i lekarzy dentyków”, podsumowującego wyniki badań przeprowadzonych w 2012 r. wśród 1000 lekarzy. Wynika z niego, że 40 proc. ankietowanych spotkało się w swojej praktyce zawodowej z naciskami, by wykonywać zawód niezgodnie z zasadami etycznymi. Większość tych nacisków miała charakter administracyjny bądź ekonomiczny.

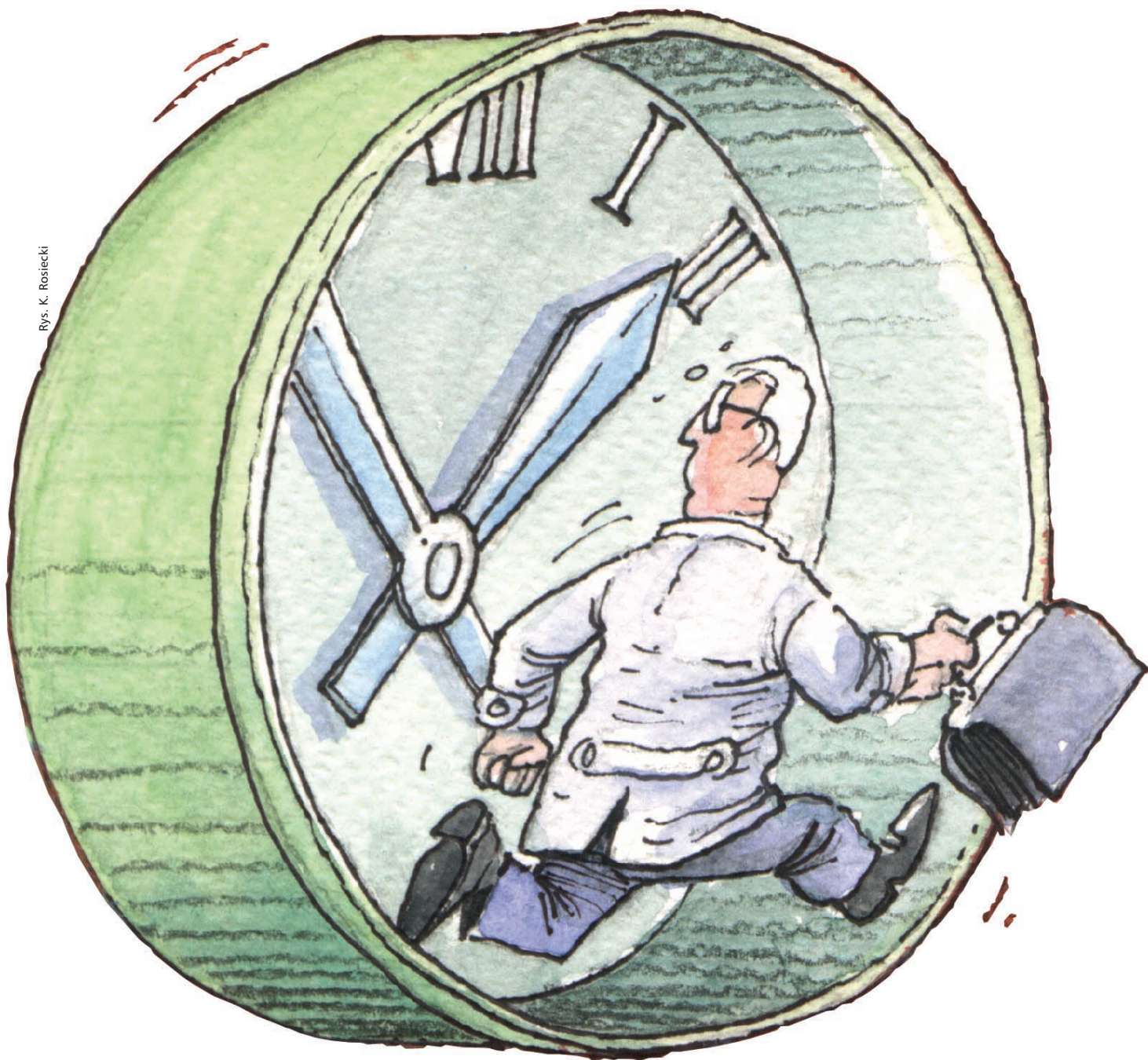
– *Czasami dochodzi do dramatycznych sytuacji i lekarze zwalniali się z pracy* – powiedział wiceprezes Krajewski.

Niedawno zdarzyło się to w Warszawie. Wypowiedzenia złożyli lekarze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego ze szpitala przy ul. Barskiej, ponieważ dyrekcja nie zapewniła ciągłej pracy radiologów. W ocenie lekarzy z SOR brak możliwości wykonywania na bieżąco diagnostyki obrazowej oznaczał narażanie życia i zdrowia pacjentów (pisaaliśmy o tym w poprzednim numerze „Pulsu”).

Romuald Krajewski zwrócił też uwagę, że 76 proc. lekarzy zadeklarowało, iż pracuje więcej niż w poprzednich latach, na tych samych jednak warunkach. Jednocześnie raport wskazuje, że 63 proc. lekarzy leczy pacjentów w więcej niż jednej placówce.

Rekordziści i (niejasna) dyrektywa o czasie pracy

Pod koniec stycznia Państwowa Inspekcja Pracy podała, że wykryła przypadki lekarzy, którzy pracowali non stop przez kilkadziesiąt godzin. – *W blisko 250 placówkach ujawniono przypadki świadczenia ciągłej pracy w tym samym miejscu na podstawie kilku różnych umów* – powiedziała Polskiemu Radiu rzeczniczka PIP Danuta Rutkowska.



PIP ustaliła, że zarówno w szpitalach publicznych, jak i niepublicznych, ci sami lekarze po zakończeniu pracy, którą świadczą na podstawie umowy o pracę, wykonują to samo zajęcie na podstawie kontraktu lub w ramach własnej działalności gospodarczej, pracując ponad 30, a bywa, że i ponad 70 godzin.

To efekt przetransponowania przepisów unijnej dyrektywy o czasie pracy do naszego prawa. Polski ustawodawca uznał, że w dyrektywie chodzi o normy czasu przeliczane na etat „pracownika”, czyli osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę. Zatem ograniczenia w czasie pracy dotyczą w polskim prawie etatu, a nie osoby. Niewykluczone, że nieśluszenie i niezgodnie z dyrektywą. Użyty w angielskim oryginale dyrektywy termin *worker* ma szersze znaczenie – oznaczać może osobę zatrudnioną do wykonania określonej pracy, wszystko jedno, na podstawie jakiej umowy. Wskazuje na to choćby fakt, że w innej dyrektywie, która odnosi się do pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, używa się słowa *employee* (Employee Involvement Directive).

Ponadto europoseł i przewodniczący Parlamentu Europejskiego Jerzy Buzek, przedstawiając w piśmie do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z listopada 2011 r. stanowisko Parlamentu w sprawie dyrektywy o czasie pracy, wyjaśniał: „Czas pracy powinien być obliczany jako czas przypadający na **pracownika**, a nie na **umowę**, a więc rodzaj poszczególnych umów nie powinien mieć w tej kwestii znaczenia”.

Nie do końca zgadza się z takim stanowiskiem wiceprezes NRL i ORL w Warszawie Konstanty Radziwiłł: – *W Unii Europejskiej lekarze pracują przede wszystkim na etatach i te dyskusje po prostu nie mają miejsca. W wielu krajach negocjowane są ponadzakładowe układy zbiorowe. Dodaje, że w krajach Europy Zachodniej widać wyraźnie wyłączenie systemu opieki zdrowotnej ze wszystkich reguł wolnego rynku. Lekarze pracują tam przede wszystkim na etatach. – U nas wszystko pozostawiono grze rynkowej i jest to podstawowa patologia* – twierdzi Konstanty Radziwiłł. ■

Justyna Wojteczek



Miraże ubezpieczeń

Elżbieta Cichocka

W marcu resort zdrowia ma pokazać założenia ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. To stanowczo za mało, żeby ocenić jej jakość. Ustawa refundacyjna na etapie założeń wydawała się korzystna. Państwo miało regulować ceny leków na receptę tak, by pacjent w każdej aptece kupował je w tej samej cenie i by w ogóle płacił za nie mniej. Konfrontacja założeń z wdrożoną ustawą okazała się bolesna. Teoretycznie leki staniały, NFZ zaoszczędził sporo pieniędzy, ale w praktyce pacjenci płacą więcej i uganiają się po aptekach, by znaleźć swój lek. Ponad tysiąc aptek upadło tylko w ubiegłym roku, a lekarze są wściekli z powodu dodatkowych obowiązków. Dla finansów publicznych operacja była opłacalna, ale pacjentom i lekarzom przyniosła jeszcze większe problemy.

Z entuzjazmem wobec dodatkowych ubezpieczeń należy się zatem jeszcze wstrzymać i poczekać na konkrety. Prof. Romuald Holly z SGH obliczył, że od czasów rządu Jerzego Buzka prób stworzenia ustawy o DUZ było dziewięć, on sam uczestniczył w ośmiu. Marcowa próba byłaby zatem dziesiąta. Średnio na półtora roku wypada jeden projekt ustawy, która nigdy nie została uchwalona.

Za każdym razem, kiedy jakaś ekipa rządowa przymierzała się do ustawy o DUZ, lobby ubezpieczeniowe urządzało publiczne debaty z udziałem dziennikarzy. Przez 15 lat przekonywania o wyższości tych ubezpieczeń nad ich brakiem cały czas słyszymy te same obietnice.

Wciąż funkcjonuje mit o 30 mld zł, które Polacy wydają na leczenie z własnej kieszeni, a mogliby nimi zasilić system zdrowia. Politycy trwają przy tych 30 mld, mimo że z ostatniej „Diagnozy społecznej” wynika, że to już 35 mld. Kwota wydatków Polaków na leczenie podskoczyła o 5 mld w ciągu jednego roku działania ustawy refundacyjnej. Kiedy się odejmie wydatki na leki, okazuje się, że samo lecze-

nie i badania pochłaniają 12,4 mld. To wciąż dużo pieniędzy, ale większość wydawana jest na leczenie zębów. Zastanówmy się, jak te pieniądze miałyby zasilić system zdrowia „dodatkowo”. Jeśli Kowalski wykupi polisę, nie wyda prywatnych pieniędzy na USG, bo będzie oczekiwał, że zostanie wykonane w ramach DUZ. Jeśli wykupi ją Malinowska, będzie liczyła na wizytę u ginekologa w ramach polisy. Zatem pieniądze z dodatkowych ubezpieczeń nie zasilały systemu zdrowia, tylko zmieniają kierunek strumienia pieniędzy.

Ale może Polacy wysupłają jednak dodatkowe środki na polisy? Z tej samej „Diagnozy” dowiadujemy się, że co czwarty rodak gotów jest ubezpieczyć się dodatkowo, ale pod warunkiem, że cena polisy nie przekroczy 100 zł miesięcznie na całą rodzinę. Co konkretnie może zaoferować firma ubezpieczeniowa za te pieniądze rodzinie z dwojgiem dzieci? Leczenie szpitalne bez kolejki?

W marcu minister zdrowia ma przedstawić premierowi sposoby ograniczenia kolejek. Można się domyślać, że założenia ustawy znajdują się w „pakiecie antykolejkowym”. Wiceminister Neumann argumentuje: „Dzisiaj nie wykorzystujemy 30–40 proc. możliwości każdego szpitala, bo niewystarczająca ilość pieniędzy z NFZ powoduje, że są limity świadczeń”. Dodaje, że drogi sprzęt pracuje w szpitalu tylko do godz. 13. Liczy chyba, że pusta sala operacyjna zoperuje pacjenta.

Lekarzy i pielęgniarek dramatycznie brakuje, większość pracuje w kilku miejscach (niektórzy nawet równocześnie, w tym samym czasie). Trwa właśnie dyskusja o tym, czy i jak ograniczyć czas pracy lekarzy, by było to bezpieczne dla pacjentów. Jak zatem wydłużyć pracę sprzętu bez personelu medycznego? To i nielogiczne, i nierealne. Trudno uwierzyć, że pracujący nad ustawą o ubezpieczeniach tego nie wiedzą.

Ale za to łatwo uwierzyć, że szumne zapowiedzi dodatkowych ubezpieczeń mają zamydlić nam oczy. Po to, by odwlec rozwiązywanie poważnych problemów systemu zdrowia. Aby do wyborów. ■

REKLAMA



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

Szczegółowe informacje są dostępne na stronie

<http://ckp.wum.edu.pl>

oraz w Dziekanacie Centrum
Kształcenia Podyplomowego,
ul. Żwirki i Wigury 61,
Budynek Rektoratu, pok. 509,
02-091 Warszawa
tel.: (22) 57 20 510;
(22) 57 20 519
telefaks: (22) 57 20 511;
e-mail: ckp@wum.edu.pl

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO zaprasza na studia podyplomowe!

Prowadzimy studia podyplomowe:

- ☑ medycyna estetyczna
- ☑ metodologia badań klinicznych
- ☑ dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- ☑ żywienie kliniczne
- ☑ medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- ☑ dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – teoria i praktyka
- ☑ analityka medyczna
- ☑ seksuologia kliniczna
- ☑ seksuologia sądowa
- ☑ edukacja seksualna
- ☑ pomoc psychologiczna w medycynie
- ☑ propedeutyka psychologii klinicznej
- ☑ zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia
- ☑ zarządzanie projektami medycznymi
- ☑ zarządzanie spółką prawa handlowego ochrony zdrowia

- ☑ prowadzenie działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej
- ☑ zarządzanie finansami placówek służby zdrowia
- ☑ zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych
- ☑ menedżer medycznego laboratorium diagnostycznego w obliczu zmian rynkowych
- ☑ menedżer zarządzania projektami w podmiotach leczniczych
- ☑ zarządzanie marketingiem medycznym
- ☑ prawo medyczne w ochronie zdrowia

W przygotowaniu:

- ☑ rehabilitacja ortopedyczna w urazach sportowych
- ☑ rehabilitacja ortopedyczna w urazach tkanek miękkich



Stanisław Karczewski, wicemarszałek Senatu RP

Nie udało się odwołać ministra Bartosza Arłukowicza, choć – jak rzadko kiedy – cała opozycja głosowała za wnioskiem o wotum nieufności, zgłoszonym przez posłów Prawa i Sprawiedliwości.

Obrona ministra Arłukowicza była miałka. Posłowie PO i PSL nie mieli przekonujących argumentów. Posługiwali się demagogią i propagandowymi sztuczkami. Kolejny raz usłyszeliśmy, że to poprzednie rządy, także Prawa i Sprawiedliwości, odpowiadają za to, co dzieje się w służbie zdrowia. Najwidoczniej panie i panowie z PO i PSL zapomnieli, że rządzą już prawie siedem lat i oni, nikt inny, ponoszą pełną odpowiedzialność za obecną sytuację w służbie zdrowia. To PO i PSL są odpowiedzialne za narastanie nierówności w dostępie do służby zdrowia, za wydłużanie się kolejek do lekarzy specjalistów i szpitali.

Podczas konwencji PO Bartosz Arłukowicz otrzymał od premiera Donalda Tuska polecenie: do końca marca ma przedstawić plan działań, które spowodują zmniejszenie kolejek. Przewiduję, że minister zaproponuje kosmetyczne zmiany, które zapewne – jak zwykle – zostaną dobrze przyjęte przez mainstreamowe media, a tak naprawdę niczego nie poprawią. Kolejki nie są samoistnym problemem służby zdrowia. To skutek nieuporządkowania systemu ochrony

zdrowia, niedofinansowania, braku kadr, luki pokoleniowej wśród personelu medycznego, monopolistycznej pozycji NFZ. Bez zmiany finansowania, bez sieci szpitali, bez powrotu gabinetów lekarskich i dentystycznych do szkół oraz przedszkoli sytuacja w ochronie zdrowia nie zmieni się.

Tymczasem minister Bartosz Arłukowicz rakiem wycofuje się z zapowiedzianej likwidacji NFZ. Powoli wycofuje się również z wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, ale to akurat dobrze, ponieważ dodatkowe ubezpieczenia byłyby szkodliwe. Stworzyłyby podział na pacjentów lepszych i gorszych. Na tych, którzy mogliby omijać kolejki, i tych, którzy czekali by bez końca na leczenie. Taki system przypomina PRL, w którym wybrańcy mieli dostęp do sklepów z firankami, możliwość zaopatrywania się w Peweksie i Baltonie, a reszta po wszystko musiała stać w niekończących się kolejkach.

Można odnieść wrażenie, że pan minister porusza się po omacku. Nie dostrzega problemów, a jeśli nawet, jak miało to miejsce w związku z tragiczną śmiercią nienarodzonych bliźniaków we Włocławku, zarządza doraźne kontrole we wszystkich oddziałach położniczych. Oczywiście dobrze, że takie kontrole zostaną przeprowadzone, ale nadzór jest potrzebny na wszystkich poziomach świadczenia usług zdrowotnych. Podstawowa, specjalistyczna i stacjonarna opieka zdrowotna wymagają stałego nadzoru, a obowiązkiem ministra zdrowia jest zapewnienie tego nadzoru. ■

PATRONAT MEDIALNY „PULSU”

Wojskowy Instytut Medyczny oraz Warszawsko-Otwocki Oddział Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc mają zaszczyt zaprosić

na IV Konferencję Naukową im. gen. bryg. dr. hab. med. Wojciecha Lubińskiego
Zanieczyszczenie środowiska a choroby płuc i krążenia

11 kwietnia 2014, godz. 12.00–16.30.

Aula Wojskowego Instytutu Medycznego, Warszawa ul. Szaserów 128.

Deutsche Bank db Kredyt Gotówkowy dla Lekarzy

Do złożenia wniosku kredytowego wystarczą jedynie: **legitymacja zawodowa, pozwolenie na wykonywanie zawodu lub dyplom ukończenia studiów medycznych.**

- kwota kredytu do 150 000 zł,
- niskie, równe raty,
- okres kredytowania do 84 miesięcy,
- bez zaświadczeń.

Piotr Kiljanek
Doradca ds. Produktów Finansowych*
Mobilna Sieć Agencyjna
Deutsche Bank Polska S.A.
tel. kom. 661 601 554
e-mail: piotr.kiljanek@db.com



* Nadawca niniejszej informacji reklamowej jest Pośrednikiem kredytowym w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim, działającym wyłącznie na rzecz Deutsche Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie („Bank”) na podstawie zawartej z Bankiem umowy agencyjnej, nie posiadającym, zgodnie z ww. umową, umocowania do zawierania w imieniu Banku umów mających za przedmiot udostępnienie przez Bank produktu lub usługi bankowej, oraz posiadającym umocowanie do wykonywania na rzecz Banku czynności faktycznych związanych z pośrednictwem w zawieraniu przez Bank umów o produkty/usługi oferowane przez Bank. Niniejsza treść nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. Ma ona charakter wyłącznie informacyjny. Bank uzależnia przyznanie kredytu od oceny zdolności kredytowej Klienta. Deutsche Bank Polska S.A., al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa.

VII Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej



World Oral
Health Day
20th March



Fot. egw

Marta Klimkowska-Misiak

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej, ustanowiony przez Światową Federację Dentystyczną (FDI), jedną z najstarszych międzynarodowych organizacji zawodowych stomatologów, po raz pierwszy obchodzony był 12.09.2008 r. Uchwałę o ustanowieniu takiego dnia przyjęto podczas jesiennego zgromadzenia ogólnego w 2007 r. w Dubaju. Pięć pierwszych edycji było obchodzonych 12 września, który jest dniem urodzin założyciela FDI Charlesa Gordona (12.09.1854 r.), propagatora idei zdrowia jamy ustnej, a także dniem, w którym w 1978 r. w Atma-Acie odbyła się przełomowa konferencja WHO poświęcona zagadnieniom związanym z podstawową opieką zdrowotną, w tym stomatologiczną.

Od 2012 r. zmieniono datę obchodów, przeniesiono ją na 20 marca. Obchody I Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej nie miały wyznaczonego konkretnego tematu przewodniego. Uznano, że najistotniejsze jest to, aby w ogóle podnieść świadomość społeczeństw i rządzących, jak duże znaczenie ma zdrowie jamy ustnej jako wyznacznik zdrowia ogólnego i jakości życia.

W związku z obchodami II Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej został wydany przez FDI „Atlas Zdrowia Jamy Ustnej”, o którym ówczesny prezydent FDI dr Burton

Conrod powiedział, iż: „prezentuje aktualny stan zdrowia jamy ustnej i przedstawia rozwiązanie dla wszystkich szczebli społecznych. Mimo że FDI odniosła wiele sukcesów w promocii zdrowia jamy ustnej w swej 108-letniej historii, próchnica nadal jest najczęściej na świecie występującą chorobą wieku dziecięcego i najstarszą niezakaźną chorobą na naszej planecie”. Materiał zamieszczony w publikacji ma na celu zmianę status quo przez wyzwolenie konkretnych działań w oparciu o rzetelnie przedstawione fakty. „Atlas” jest jednym z serii publikowanej przez wydawnictwo Myriad Editions, które dąży do przedstawiania największych wyzwań stojących przed współczesnym światem (więcej informacji na stronie www.oralhealthatlas.org).

Obchody III Światowego Dnia Jamy Ustnej poprzedziła debata w Parlamencie Europejskim, która odbyła się 27.04.2010 r. i została poświęcona znaczeniu profilaktyki i jej wpływu na ograniczenie kosztów leczenia chorób jamy ustnej. Wskazano wówczas, że UE powinna podjąć szersze działania na rzecz promocji skutecznej polityki zdrowia jamy ustnej. Wezwano wówczas Komisję Europejską do opracowania szczegółowego planu działania w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz:

- 1) określenia zdrowia jamy ustnej jako priorytetu w ramach Wspólnotowego Programu Działania w dziedzinie zdrowia,
- 2) traktowania zdrowia jamy ustnej jako elementu wdrażania Unijnej Strategii Ograniczenia Nierówności Zdrowotnych w Europie,
- 3) zwiększenia dostępności funduszy unijnych w zakresie badań w dziedzinie profilaktyki stomatologicznej.

Kolejne wrześniowe obchody odbyły się także pod znakiem propagowania wiedzy na temat efektywności działań profilaktycznych w różnych dziedzinach stomatologii i na różnych poziomach profilaktyki wczesnej, pierwotnej, wtórnej, a także podkreślenia znaczenia wczesnego leczenia chorób jamy ustnej ze względu na aspekt ekonomiczny, a także zdrowotny.

„Zdrowe zęby dla zdrowego życia”, bo piękne zęby to nie tylko pielęgnacja urody, ale również dbałość o zdrowie całego organizmu.

Pierwsze marcowe obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej odbyły się pod hasłem „Zdrowe zęby dla zdrowego życia”, bo piękne zęby to nie tylko pielęgnacja urody, ale również dbałość o zdrowie całego organizmu.

Ideą przewodnią tegorocznych obchodów na całym świecie będzie konieczność dbania o jamę ustną bez względu na wiek. Podkreślić też należy, że szerzenie wiedzy na ten temat spoczywa nie tylko na barkach lekarzy dentyków, ale także lekarzy innych specjalności, takich jak lekarze rodzinni, pediatrzy, kardiologowie, diabetologowie itd.

Dołączmy wszyscy do grona obchodzących Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej i rozpowszechniajmy wiedzę na temat idei tej inicjatywy zarówno wśród pacjentów, jak i kolegów lekarzy, a także spróbujmy dotrzeć do naszych decydentów.

W Polsce trudno dostrzec działania potwierdzające zrozumienie znaczenia zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego i jakości życia. Można pokusić się wręcz o stwierdzenie, że brak świadomości tego, że nieleczona choroba próchnicowa, zaniedbane przyzębie mogą powodować powikłania kardiologiczne, reumatologiczne, nefrologiczne i inne, a także, że nieuzupełnione braki zębów zaburzą prawidłową funkcję układu stomatognatycznego, pokarmowego, prawidłową artykulację, estetykę twarzy itd.

Czułość onkologiczna też wymaga wzmocnienia działań w tym obszarze, albowiem statystyka onkologiczna jest bezlitosna (w oparciu o opracowanie prof. Andrzeja Wojtowicza):

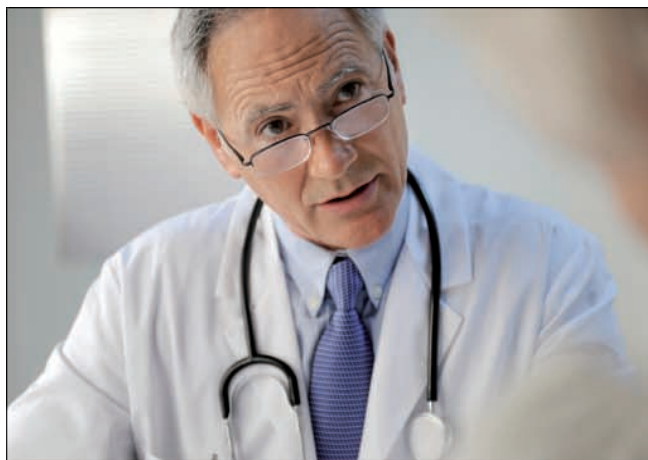
- 1) liczba wykrywanych (nowych) zachorowań na nowotwory jamy ustnej, głowy i szyi wynosi około 6 tys. rocznie,
- 2) 12 proc. wspomnianych zachorowań to zachorowania na nowotwory złośliwe.

Leczenie nowotworów złośliwych ma głównie charakter chirurgiczny i często kończy się znacznym okaleczeniem pacjenta. Powoduje to potrzebę kosztownego leczenia rekonstrukcyjnego, farmakologicznego oraz skutkuje znacznym dyskomfortem pacjenta i obniżeniem jakości jego życia.

Pamiętajmy, że głowa i szyja stanowią wyjątkowy obszar ciała ludzkiego, zarówno pod względem budowy anatomicznej, jak i czynnościowym. Znajdują się tu istotne dla naszego życia narządy wzroku, mowy, żucia, słuchu, początkowy odcinek przewodu pokarmowego i dróg oddechowych, a także ośrodkowy układ nerwowy. W obszarze tym występuje też różnorodność patologii, m.in. nowotwory pierwotne, charakterystyczne dla kości szczęk i żuchwy, nowotwory przerzutowe, raki płaskonabłonkowe.

Pamiętajmy, badając pacjentów, aby w wywiadzie uwzględnić czas trwania objawów, ich lokalizację, charakter zmiany – czy są to guzy, nacieki, czy owrzodzenie. Zwracamy uwagę na takie objawy jak asymetria, drętwienia, dysfagia, chrypka, zaburzenia wymowy, zaburzenia czynności nerwów czaszkowych, ograniczenie drożności dróg oddechowych, szczękocisk, krwawienie lub wyciek treści krwisto-ropnej z przewodów nosowych, krwioplucie, łzawienie, rozchwianie zębów, niepasowanie protezy zębowej.

Obserwowana niekiedy poprawa stanu miejscowego po zastosowanej antybiotykoterapii nie powinna uspić naszej czujności. Nacieki, owrzodzenie lub guz, który po przeprowadzonym w powyższy sposób leczeniu utrzymuje się powyżej 14 dni, należy poddać badaniu histopatologicznemu. Nowotwory tego obszaru charakteryzują się bowiem dynamicznym wzrostem i szybkim rozprzestrzenianiem się drogą układu krwionośnego lub limfatycznego albo obiema drogami. ■



Centrum Medyczne ENEL-MED SA istnieje od 1993 r. Posiada sieć przychodni w Polsce, dwa szpitale w Warszawie oraz ponad 700 partnerów medycznych w całym kraju. W ENEL-MED pracuje 1900 osób. Obsługujemy ponad 300 000 pacjentów

Tworzymy dobry klimat dla lekarzy!

W związku z dynamicznym rozwojem do naszych warszawskich oddziałów poszukujemy:

Lekarzy Specjalistów (nr ref.: LS/PULS) w szczególności:

- kardiologów
- laryngologów
- lekarzy medycyny pracy
- lekarzy medycyny sportowej
- lekarzy wykonujących USG (ogólne, ortopedyczne, Doppler)
- ortopedów
- okulistów
- neonatologów
- pediatrów

Wymagania:

- II stopień specjalizacji lekarskiej lub ukończona specjalizacja w trybie jednostopniowym
- co najmniej 5-letni staż w pracy zawodowej, w tym doświadczenie w zakresie posiadanej specjalizacji
- umiejętności interpersonalne połączone z wysoką kulturą osobistą
- znajomość jęz. angielskiego będzie dodatkowym atutem.

Oferujemy:

- możliwość pracy w prężnie rozwijającym się ogólnopolskim Centrum Medycznym o stabilnej pozycji rynkowej
- przyjazną atmosferę
- elastyczny system zatrudnienia
- pracę w oparciu o wykorzystanie nowoczesnej aparatury diagnostycznej.



CENTRUM MEDYCZNE

Osoby zainteresowane naszą ofertą prosimy o przesłanie CV z podaniem numeru referencyjnego na adres podany poniżej lub wypełnienie formularza na naszej stronie internetowej www.enel.pl

Centrum Medyczne ENEL-MED SA, ul. Słomińskiego 19, 00-195 Warszawa, e-mail: rekrutacja@enel.pl.

Uprzejmie informujemy, że skontaktujemy się tylko z wybranymi osobami. Prosimy o dopisanie klauzuli: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Słomińskiego 19, niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).



Marek Balicki

Obserwowanie debaty sejmowej poświęconej wnioskowi o wotum nieufności wobec ministra Arłukowicza nie należało do przyjemności, a momentami budziło wręcz niesmak. I to za sprawą jej głównego bohatera, który polityczno-personalnymi przepychankami usiłował zastąpić rzeczową dyskusję o problemach ochrony zdrowia. Bartosz Arłukowicz po raz kolejny nie wykorzystał okazji (a był to już trzeci wniosek w tej kadencji o jego odwołanie), by przedstawić swoją wizję koniecznych w opiece zdrowotnej zmian w momencie, kiedy uwaga wszystkich mediów zwrócona jest na jego resort.

Tegoroczna debata była okazją szczególną. W styczniu minęło bowiem 15 lat od przeprowadzenia reformy zdrowotnej, jednej z czterech „wielkich” reform rządu Jerzego Buzka. Zmiany dokonane w 1999 r. miały przełomowy charakter dla organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. To wówczas – wraz z kasami chorych – wprowadzono funkcjonujące do dziś mechanizmy rynku wewnętrznego. Rozdzielono funkcje płatnika i dostawcy świadczeń, a publiczni i prywatni świadczeniodawcy zaczęli konkuruwać między sobą o środki publiczne. Zniesiono rejonizację, a podstawą przekazywania środków stała się liczba wykonanych usług. Znacznie ograniczono zadania administracji rządowej, zwłaszcza w zakresie planowania, koordynowania i sterowania systemem. Rozpoczął się marsz w kierunku urynkowania systemu.

W krótkim czasie ujawniły się liczne problemy, które wywołały powszechną krytykę reformy. Warto przypomnieć, że wszystkie partie, które wprowadziły swoich przedstawicieli do Sejmu w 2001 r., postulowały likwidację kas chorych. Nieskuteczność procesu reformatorskiego wiązano jednak nie tyle z błędną koncepcją reformy, ile ze złym przygotowaniem i brakiem spójności wprowadzanych zmian. Na domiar złego ówcześni reformatorzy nie doszacowali łącznych kosztów funkcjonowania systemu, co w krótkim czasie doprowadziło do zadłużenia się szpitali.

W 2003 r. doszło do połączenia kas chorych w jedną scentralizowaną instytucję, tj. NFZ, oraz podwyższenia składki zdrowotnej do 9 proc. Wbrew rozpowszechnionej później opinii nie dokonano zasadniczej zmiany kierunku reformy przyjętego w 1999 r., a podjęte kroki miały jedynie charakter korekty, dzięki której system złapał oddech na kilka lat. Główne założenia reformy pozostały jednak nienaruszone, zwłaszcza te odnoszące się do mechanizmów rynku wewnętrznego i komercjalizacji usług.

Dzisiaj w powszechnej ocenie system ochrony zdrowia w Polsce działa źle, jest nieefektywny i wymaga kompleksowej naprawy. Ostatnie lata przyniosły zarówno pogłębianie się niekorzystnych zjawisk i procesów, jak i istotne pogorszenie ocen społecznych.

Konieczny plan naprawy systemu zdrowotnego powinien wynikać z trafnej diagnozy. A ona wymaga odpowiedzi na pytanie o przyczyny obecnych problemów. Ustalenia, czy ich źródło tkwi w założeniach z 1999 r., czy ma inne uwarunkowania. Na to pytanie powinien dać odpowiedź minister zdrowia podczas styczniowej debaty w Sejmie. Niestety, wyzwanie to najwyraźniej go przerosło. ■

Obowiązku d (na razie) nie

Obowiązujące przepisy mówią, że od 1 sierpnia 2014 r. cała dokumentacja medyczna ma być prowadzona wyłącznie w postaci elektronicznej. Ministerstwo Zdrowia zapewnia jednak, że termin się zmieni. Wygląda na to, że obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej zostanie wprowadzony dopiero za trzy lata – od 1 sierpnia 2017 r., a niektórych lekarzy obejmie jeszcze później.

Ministerstwo Zdrowia proponuje, żeby lekarze, którzy wystawiają jedynie recepty *pro familia* i *pro auctore*, dokumentację medyczną wyłącznie w formie elektronicznej zaczęli prowadzić dopiero od 1 stycznia 2020 r.

Przepisy o dokumentacji elektronicznej wprowadzono ustawą o Systemie Informacji Medycznej oraz nowelizacją ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podane w tych dokumentach stosunkowo krótkie terminy na rozpoczęcie obowiązkowego prowadzenia dokumentacji elek-

Sztuka przetrw zmieniających się

Katarzyna Czyżewska, adwokat
Czyżewscy Kancelaria Adwokacka

O tym, że lekarz powinien znać się nie tylko na leczeniu, ale też na prawie, wszyscy już chyba wiemy. Wykonywanie zawodu lekarza podlega teraz tak wielu i tak skomplikowanym ustawom oraz rozporządzeniom, że przezorny lekarz powinien poświęcać na studia nad

prawem niewiele mniej czasu niż na lekturę czasopism medycznych i naukowych. Co więcej, prawo komplikuje się coraz bardziej, nowo uchwalane ustawy pisane są językiem trudno zrozumiałym nawet dla specjalistów, przy czym skutki tych ustaw bywają sporym utrudnieniem w prowadzeniu praktyki lekarskiej.

Okazuje się jednak, że dzisiaj nie wystarczy już zapoznać się z przepisami prawa, które obowiązują w chwili podjęcia przez lekarza pracy, ale także należy uważnie i na bieżąco śledzić ich zmiany. Tempo tych zmian wzrasta, proces legislacyjny obfituje w niespodzianki, a mało uważny czytelnik

okumentacji elektronicznej będzie

tronicznej oraz nikła zakładana pomoc dla lekarzy w realizacji tego obowiązku były krytykowane przez samorząd lekarski.

Nie wiadomo, czy to argumenty izb lekarskich spowodowały zmianę stanowiska Ministerstwa Zdrowia. Wielokrotnie apelowały one o przesunięcie daty wejścia w życie obowiązku prowadzenia dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej. Zaniepokojenie wyrażali przede wszystkim lekarze emeryci i renciści, którzy wypisują recepty dla siebie i swoich bliskich (w takiej sytuacji prawo zobowiązuje ich do prowadzenia uproszczonej dokumentacji – na razie papierowej).

Na stronie internetowej resortu można znaleźć założenia do projektu zmiany przepisów. Medycznej dokumentacji elektronicznej poświęcono w tym dokumencie cały rozdział. – *Zmiany w tym zakresie powinny wejść w życie przed 1 sierpnia 2014 r.* – zapewnił „Puls” rzecznik resortu Krzysztof Bąk.

Jakie są oficjalne powody tej decyzji? „*Mając na uwadze skalę przedsięwzięcia oraz stopień informatyzacji poszczególnych grup usługodawców, proponowany okres (przejściowy – przyp. red.) daje możliwość pozytywnego zakończenia okresu przygotowywania się usługodawców oraz dostawców oprogramowania dla rynku medycznego do rozpoczęcia prze-*

tworzenia dokumentacji medycznej wyłącznie (co do zasady) w postaci elektronicznej” – czytamy w projekcie założeń.

Zauważyć należy, że Ministerstwo Zdrowia dostrzegło, iż dostosowanie się do nowego prawa to dla wielu świadczeniodawców „*proces długotrwały i kosztochłonny*”. W dokumencie nie ma mowy o stopniu zaawansowania prac Ministerstwa Zdrowia i Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia nad platformą elektroniczną, która ma gromadzić i przetwarzać dane medyczne.

Rzecznik ministerstwa zwraca jedynie uwagę na „*skalę przedsięwzięcia, jakim jest wprowadzenie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej, przy bardzo zróżnicowanym stopniu informatyzacji podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych*”.

Niepokoić może fakt, że w połowie lutego nadal mamy do czynienia z projektem nawet nie ustawy, lecz założeń. Jednak polskie władze: zarówno wykonawcza, jak i ustawodawcza, wielokrotnie udowodniły, że w razie potrzeby zmiany ustawowe potrafią wprowadzić w ekspresowym tempie. Do sierpnia zostało zaś dużo czasu.

Elektroniczna rewolucja

Być może prace nad nowelizacją przepisów dotyczących terminów wprowadzenia obowiązku elektronicznej dokumentacji medycznej opóźnia fakt, że opublikowany projekt założeń obejmuje znacznie więcej zmian, nie tylko przesunięcie dat. ▶

ania w gąszczu przepisów prawa

dzienników ustaw i nowinek z Sejmu łatwo przegapi istotne fakty. Za przykład może posłużyć historia z planowanym obowiązkiem prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej.

Zaledwie dwa lata temu, 1 stycznia 2012 r., weszła w życie ustawa o systemie informatyzacji w ochronie zdrowia, która przewiduje, że jedynie do końca lipca 2014 dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci elektronicznej i papierowej; po tym dniu powinny już wejść w życie przepisy, zgodnie z którymi dokumentację medyczną prowadzi się w formie elektronicznej.

Nietrudno sobie wyobrazić, że wspomniana regulacja nie wszystkim lekarzom i nie wszystkim podmiotom prowadzącym działalność leczniczą mogła się podobać. Wdrożenie elektronicznej formy prowadzenia dokumentacji medycznej i całkowita rezygnacja z formy papierowej wymaga czasu i zapewne pociąga za sobą koszty. Sceptycy mogą jednak odetchnąć z ulgą, ponieważ regulacja ta przestała się podobać również ustawodawcy, więc planuje się pilne przesunięcie terminu wdrożenia tych zmian i to o kilka lat.

Ogłoszone w październiku 2013 r. założenia do projektu nowej ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku



Rys. K. Rostecki

praw pacjenta oraz niektórych innych ustaw zawierają propozycję przedłużenia okresu przejściowego, w którym dokumentacja papierowa i elektroniczna będą mogły funkcjonować równolegle, do 1 sierpnia 2017 r., a dla lekarzy wystawiających recepty dla siebie lub swoich bliskich – aż do 1 stycznia 2020. Zmiana ta, jak słusznie zauważyli autorzy dokumentu, wiąże się ze skalą przedsięwzięcia, jakim jest wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej, a także zróżnicowanym stopniem informatyzacji poszczególnych podmiotów. Co więcej, w założeniach do projektu ustawy wskazano, że wydłużenie okresu przejściowego pozwoli wszystkim podmiotom udzielającym świadczeń medycznych na kompleksowe przygotowanie procesu wdrożenia, a także optymalne kosztowo rozłożenie tych zmian w czasie. ▶

► Lekarzy i pacjentów obejmie bowiem prawdziwa rewolucja, a elektroniczna dokumentacja będzie jednym z jej elementów. Na przykład resort planuje wprowadzenie dwóch dokumentów: KUZ (karty ubezpieczenia zdrowotnego) oraz KSM (karty specjalisty medycznego), które służyłyby m.in. jako „klucze” dostępu do określonych danych medycznych umieszczonych na platformie medycznej oraz za pomocą których potwierdzane by były pewne czynności (wykonanie badania) i uprawnienia (prawo do wypisania recepty).

Ze względu na to, że rocznie udziela się około 138 mln porad w podstawowej opiece zdrowotnej, około 80 mln porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, odnotowuje się około 8 mln hospitalizacji i wystawia ponad 150 mln recept, wspomniana platforma będzie gromadzić i przetwarzać tetrabajty danych, do których dostęp ma mieć kilka podmiotów (oczywiście na podstawie certyfikatów).

Jeszcze wiosną 2013 r. administracja Baracka Obamy, która wprowadzała zmiany w ochronie zdrowia w USA, była przekonana, że sukces reformy zależy od tego, czy wystarczająca liczba młodych obywateli zgłosi akces do powszechnego systemu ubezpieczeń. Jednak jesienią doszło do poważnego kryzysu politycznego, a reforma zawisła na włosku z powodu... strony internetowej HealthCare.gov. A tak naprawdę systemu informatycznego dla „Obamacare”, który albo nie działał wcale, albo się zawieszał. Miejmy nadzieję, że u nas będzie lepiej. ■

Justyna Wojteczek

► Argumentem tym nie sposób odmówić racji, natomiast niepokojący jest brak pewności co do niedalekiej przecież przyszłości. Obowiązek prowadzenia wyłącznie elektronicznej dokumentacji nadal jest prawem przewidziany. Jego odroczenie zaś zawarto wyłącznie w założeniach do przyszłej ustawy, niewiążącym dokumencie ogłoszonym przez Ministerstwo Zdrowia, którego treść może znacząco odbiegać od ostatecznej wersji ustawy, jaka wejdzie w życie. Poza tym ogłoszenie założeń do ustawy wcale nie oznacza, że ustawa w ogóle powstanie. Plany legislacyjne Ministerstwa Zdrowia ponownie mogą ulec zmianie i wówczas prace nad tym konkretnym projektem nie będą kontynuowane. Projekt założeń nie jest także żadnym wytłumaczeniem dla lekarza czy też podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, którzy spóźniliby się z implementacją nowej formy dokumentacji medycznej. Dopóki termin wdrożenia dokumentacji elektronicznej nie zostanie przesunięty na mocy obowiązującej ustawy, dopóty wszelkie plany legislacyjne rządu w tym zakresie nie mają większego znaczenia.

W związku z tym lekarzom, którzy liczą na uchylenie obowiązku wprowadzenia dokumentacji elektronicznej w najbliższym czasie, nie pozostaje nic innego, niż codziennie monitorowanie stron internetowych Sejmu, Senatu czy ministerstwa w celu sprawdzenia, czy zmiana przepisów o formie dokumentacji medycznej wejdzie w życie. A może jednak warto już dzisiaj rozpocząć przygotowania do wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej, skoro prędzej czy później będzie to konieczne?

Niezależnie od tego, jak należy odpowiedzieć sobie na tak postawione pytanie, warto zauważyć, że wobec ciągle zmieniających się przepisów prawa nietrudno stracić orientację w tym, co jest, a co nie jest obowiązkiem lekarza. A przecież powszechnie wiadomo, że nieznanomość prawa szkodzi – brak świadomości istnienia obowiązków czy zakazów regulowanych prawem nie jest żadną obroną przed konsekwencjami wynikającymi z ich naruszenia. ■



Fot. G. Press

Paweł Walewski

Vox populi

Opór ze strony lekarzy przed ocenianiem ich przez pacjentów w Internecie jest zrozumiały. Sam nieraz z trwogą zaglądam na fora dyskusyjne pod swoimi artykułami zamieszczanymi w sieci, bo nigdy nie wiadomo, jakim stemkiem wyzwisk zostaną obrzucony przez anonimowego internautę-dyskutanta. Niektóre portale strzegą dobrego imienia autorów i na bieżąco kontrolują wypowiedzi przypadkowych osób, ale na ogół nie istnieją żadne zabezpieczenia chroniące przed ryszotkiem. Jak więc ma bronić się lekarz, który na publicznej stronie – oczywiście anonimowo! – zostanie oczerniony, nazwany chamem i nieukiem? Niezadowoleni pacjenci wiedzą przecież lepiej! Jakiś czas temu poruszałem ten temat na łamach „Pulsu”, ale dziś pora do niego wrócić w związku z uruchomieniem nowego portalu „Onkomapa”, który ma być „pierwszym przewodnikiem po przyjaznych ośrodkach onkologicznych w Polsce”.

Przewodnik tworzą pacjenci i ich rodziny. Właściwie każdy może dodać swą opinię, nawet dla żartu lub z czystej zawiści, co już na wstępie każe zapytać o wiarygodność zgłaszanych ocen. Co ciekawe, idea wcale nie została odrzucona przez znaczną część środowiska onkologicznego, które nazwało inicjatywę jednej z fundacji „świetnym pomysłem”. Może racja? Wszak badania satysfakcji pacjentów nie są niczym wyjątkowym w ochronie zdrowia na całym świecie, dlaczego więc u nas lekarze mieliby się bać wyrażanych o nich na forum publicznym opinii? Gdy jednak w pierwszej fazie tworzenia „Onkomapy” w szpitalach onkologicznych pojawili się ankieterzy, by zebrać od chorych oceny, z 12 na 40 placówek zostali wyproszeni. Tego już nie rozumiem – przygotowana ankieta nie służyła przecież kontrolowaniu, jak szpitale leczą nowotwory, chodziło o odpowiedź na pytanie, jak czują się w nich pacjenci? To spora różnica, a udzielone odpowiedzi mogłyby pomóc dyrektorom lepiej zorganizować pracę. Ankieterów wyrzuciono m.in. z Centrum Onkologii w Warszawie i w Gliwicach, choć mająca siedzibę w tych strukturach Polska Unia Onkologii inicjatywę „Onkomapy” wspiera i objęła ją nawet patronatem (podobnie jak Polskie Towarzystwo Onkologiczne). Teraz, gdy portal internetowy zaczął działać, żaden dyrektor nie będzie mógł zapanować nad głosem chorych i wkrótce poznamy dość osobliwy ranking placówek onkologicznych.

Zagrożenia oczywiście są niezmiennie: na ile ów ranking odda prawdę o rzeczywistości, a w jakim stopniu będzie pochodną frustracji bezimiennie wypowiadających się chorych? Jeśli w ten sposób wyrażone uznanie ma być drogą do lepszego lokowania pieniędzy w onkologii, nie wydaje mi się to najlepszym rozwiązaniem. Ale może takie czasy, że nie są potrzebne w ochronie zdrowia obiektywne mierniki i liczy się tylko konkurs piękności i *vox populi*? ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚĆ



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



„Było
super!”

„Było
świetnie”

- piszą w ankietach młodzi lekarze, którzy już zakończyli bezpłatne szkolenie z umiejętności komunikacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. To podsumowanie sześciu dni, które spędzili na uczeniu się komunikowania, współpracy i budowania relacji z pacjentem oraz funkcjonowania ochrony zdrowia. Wielu z nich o szkoleniu dowiedziało się z plakatu, na którym widnieje hasło „Przychodzi baba do lekarza i... co jej powiesz?”. Zapytali koordynatora, opiekuna, dyrektora o urlop szkoleniowy i spotykali się w NIL w Warszawie, a także w Toruniu, Szczyrku, Jastrzębiej Górze i wielu innych miejscach.

„Podobała mi się możliwość zadawania licznych pytań i elastyczne dopasowanie poszerzenia tematyki odnośnie szczególnie ważnych dla uczestników spraw. DZIĘKUJĘ! To był dla mnie bardzo ważny i kształcący czas”

- czytamy w jednej z ankiet. W kolejnej: „wszyscy prowadzący wykazali się szeroką wiedzą merytoryczną, dobrym przygotowaniem, wysoką kulturą osobistą i poczuciem humoru”.

Ten czas to cztery dni wypełnione warsztatami obejmującymi m.in.: efektywną komunikację z pacjentem, sposoby przekazywania trudnych informacji i wspierania pacjentów oraz ich rodzin w traumatycznych sytuacjach, sposoby radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, nabywanie umiejętności asertywnej komunikacji i wykorzystania własnego potencjału. Kolejne dwa dni to omawianie form wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry, odpowiedzialności, zasad kontraktowania i rozliczania świadczeń z NFZ, zasad wystawiania recept na leki refundowane, organizacji pracy i zarządzania zespołem, zadań i roli samorządu zawodowego.

oprac. KS



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚĆ



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



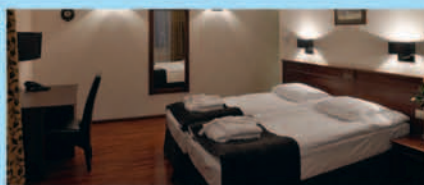
Uwaga Lekarze i Lekarze Dentyści do 35 roku życia, w trakcie stażu lub specjalizacji!

Naczelna Izba Lekarska zaprasza na bezpłatne szkolenia warsztatowe z zagadnień:

- komunikacji interpersonalnej
- systemu funkcjonowania ochrony zdrowia

pt. *Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę.*

Wolne miejsca i terminy w całej Polsce oraz rejestracja na stronie www.mlodylekarz.org



Szkolenia prowadzone są w grupach średnio 10-osobowych, w cyklu 6-dniowym.

**Dodatkowych informacji udziela Biuro Projektu
pod numerem telefonu: 22 558 80 47
lub poprzez e-mail: mlodylekarz@hipokrates.org**



NAJBLIŻSZE SZKOLENIA, NA KTÓRE SĄ JESZCZE WOLNE MIEJSCA:

10-15.03 **Toruń**, 16-21.03 **Białystok**, 23-28.03 **Jastrzębia Góra**, 23-28.03 **Nałęczów**,
07-12.04 **Warszawa**, 07-12.04 **Płock**, 12-17.04 **Zakopane**, 12-17.04 **Białka Tatrzańska**

W 2000 r. stojący na czele rządu Jej Królewskiej Mości Tony Blair wypowiedział wojnę kolejkom w ochronie zdrowia. Odniosł pyrrusowe zwycięstwo. Kolejki zostały skrócone, budżet National Health Service niemal się potroił, a opinia publiczna i tak nie została usatysfakcjonowana. Jego następcą, David Cameron, znalazł się chyba w jeszcze gorszej sytuacji, bowiem od trzech lat kolejki znowu się wydłużają.

Zaczęło się od kardiochirurgii

Pod koniec lat 90. XX w. brytyjska służba zdrowia miała opinię jednej z najgorszych, jeśli nie najgorszej, w krajach rozwiniętych. Jednym z dowodów słuszności tej oceny jest opisana przez publicystę „Financial Times” Nicholasa Timmisa historia 38-letniego Iana Weira. Otóż ten fotoreporter jednej z gazet cierpiał z powodu cukrzycy, a w listopadzie 1998 r. przeszedł zawał serca. Okazało się, że konieczne było wszczęcie trzech by-passów. Termin operacji wyznaczono na czerwiec następnego roku. Weir zmarł w domu na dzień przed oczekiwany zabiegiem. Jednak kardiochirurg, z którym był umówiony, powiedział prasie, że i tak musiałby przełożyć termin operacji. W owym szpitalu lista oczekujących na zabiegi kardiochirurgiczne liczyła ponad 600 osób, z których wiele czekało już od roku.

KOLEJKI w Wielkiej Brytanii

Weir był znajomym Alana Milburna, który kilka miesięcy po śmierci fotoreportera został ministrem zdrowia. Jego priorytetem stało się skrócenie list oczekujących na zabiegi kardiochirurgiczne. W całej Wielkiej Brytanii w czerwcu 1999 r. ponad 150 tys. pacjentów oczekiwało od ponad sześciu miesięcy na konsultacje lekarskie u specjalistów w przychodniach. Czas oczekiwania na zabiegi był jeszcze dłuższy.

Finanse

W tej sytuacji finansista Derek Wanless został poproszony o przygotowanie scenariusza rozwoju sytuacji do 2022 r. i założeń reformy. Położył nacisk (co może dziwić w liberalnej Wielkiej Brytanii) na konieczność dofinansowania służby zdrowia. Blair ogłosił swoją decyzję o podniesieniu wydatków na ochronę zdrowia do średniej zamożnych krajów europejskich w styczniu 2000 r. w studiu telewizyjnym. Zrobił to jednak bez konsultacji z ministrem finansów. Prasa pisała, że Gordona Browna – ministra finansów – „trafił

szlag”. Podatki jednak zostały podniesione i w konsekwencji w 2008 r. budżet NHS wzrósł niemal trzykrotnie – do 94 mld funtów.

Cele

Cele zostały jasno określone: do 2004 r. pacjent miał być przyjęty przez lekarza rodzinnego nie później niż w 48 godzin po zgłoszeniu potrzeby wizyty, a w szpitalnych oddziałach ratunkowych maksymalny czas oczekiwania na interwencję czy konsultację miał nie przekraczać czterech godzin. Do 2005 r. na wizytę w przychodni specjalistycznej pacjent miał czekać nie dłużej niż trzy miesiące, a na hospitalizację – nie dłużej niż sześć miesięcy. Rząd zobowiązał się, że po lipcu 2002 pacjenci czekający dłużej niż sześć miesięcy na leczenie będą mogli skorzystać z oferty prywatnych szpitali w Wielkiej Brytanii albo z możliwości leczenia zagranicą.

„Te cele osiągnięto, ale nie obyło się bez ofiar” – stwierdził James Gubb w raporcie „Why are we waiting?” wydanym pod koniec 2007 r. przez Instytut Civitas. Otwarcie napisał o hazardzie, jaki pojawił się w systemie.

Co się okazało? Gubb wyjaśniał, że jeśli chcemy za wszelką cenę mieć wyniki, to za wszelką cenę je osiągamy. Dochodziło zatem do sytuacji, kiedy pacjent był „ogrywany”. Na przykład Audit Commission (niektóre funkcje tej instytucji podobne są do zadań polskiej Najwyższej Izby Kontroli) wykryła, iż pacjentowi oferowano taki termin zabiegu, w którym nie był on w stanie dotrzeć do placówki. – *Cóż, jego wybór* – mówi świadczeniodawca i w statystykach odnotowywał sukces. Ponieważ każdy pacjent na szpitalnym oddziale ratunkowym miał uzyskać pomoc nie później niż w ciągu czterech godzin, aby dotrzymać tego terminu, personel pospiesznie umieszczał go w szpitalu, zamiast udzielić pomocy na miejscu i wypuścić do domu. W wielu miejscach do lekarza rodzinnego nie można się było zapisać na dalszy termin niż za trzy dni, by nie blokować miejsc.

Ujawniły się też znaczne dysproporcje w czasie oczekiwania na wizytę u lekarzy różnych specjalności. Na przykład szybko poradono sobie z kolejkami w gastrologii, czego nie udało się zrobić w ortopedii. Wąskim gardłem stała się diagnostyka, tu czas oczekiwania wydłużył się. Poseł Paul Burstow zwrócił uwagę w swoim raporcie z grudnia 2004 r.,

że niemal połowa pacjentów na planowe badanie rezonansem magnetycznym oczekiwała minimum sześć miesięcy.

Jednak nawet najwięksi krytycy Blaira przyznawali, że reforma przynosi efekty i pacjenci czekają krócej. Rząd postawił kolejne cele. Ponieważ wciąż borykano się z długim oczekiwaniem na badania diagnostyczne, postanowiono, że do końca 2008 r. żaden pacjent nie powinien czekać na leczenie planowe dłużej niż 18 tygodni od momentu otrzymania skierowania. Oceniano, że roczne koszty zrealizowania tego planu wyniosą 2,7 mld funtów. Cel został mniej więcej osiągnięty.

Istotnym elementem tego usprawnienia było zwiększenie liczebności kadry medycznej. „British Medical Journal” obliczał w 2007 r.: w porównaniu z sytuacją z końca lat 90. w brytyjskiej narodowej służbie zdrowia pracowało o 20 tys. lekarzy i 70 tys. pielęgniarek więcej. Nie obyło się bez inwestowania w infrastrukturę: powstało 118 nowych szpitali

i 188 praktyk lekarzy rodzinnych. Stworzono też prywatne centra, które z definicji zajmowały się leczeniem planowym (*independent sector treatment centres*) i zaczęły stanowić konkurencję dla „starych” szpitali, jednocześnie odciążając budżet NHS (zanim powstały, NHS płacił sówite rachunki prywatnym podmiotom za leczenie pacjentów, którzy zbyt długo czekali w publicznej kolejce). Zaczęto płać za wyniki i wykonane procedury.

Polityka

Jak widać, podejście rządu zmieniało się. Kiedy Blair obejmował władzę, obiecywał, że wyrwie NHS z konserwatywnych objęć mechanizmów rynkowych. Po kilku latach sam zaczął te mechanizmy wprowadzać.

Pracownicy służby zdrowia narzekali, że zarządzanie systemem przeniosło się na Whitehall (ulica, przy której w Londynie mieszczą się budynki rządowe). Faktycznie, Blair stworzył swoiste centrum dowodzenia, gdzie niemal codziennie, na bieżąco, monitorowano listy oczekujących w poszczególnych placówkach i utworzono ekipy konsultantów, gotowe do pomocy

„To była dekada zamętu, z pokręconymi reformami dyktowanymi z góry, tylko po to, by je – znowu z góry – odkręcać” – pisała Polly Toynbee w „British Medical Journal”, w artykule podsumowującym efekty dziesięcioletnich rządów Blaira w zakresie służby zdrowia. Jako przykład podawała fakt, że najpierw rząd rozmontował system „fundholdingu”, w którym lekarz rodzinny dysponował budżetem na badania i część procedur specjalistycznych, oraz elementy rynku wewnętrznego, doprowadzając do stworzenia grupowych praktyk podstawowej opieki zdrowotnej. Wkrótce przekształcił je w trusty, które następnie skoncentrował w jeszcze większe jednostki. Instytucje służby zdrowia na poziomie regionów najpierw rozbito na 28 oddziałów, po czym powrócono do początkowych 10. W systemie zaczęły się oszczędności, a kiedy je wprowadzono, pojawiły się napięcia. Służba zdrowia nie schodziła z pierwszych stron gazet.

Popyt

Rósł też popyt na usługi medyczne – i nadal rośnie. Dziennik „Guardian” podaje, że liczba planowych procedur w szpita-



Rys. K. Rosiecki

menedżerom chcącym skrócić czas oczekiwania na leczenie w swoich placówkach. Premier co najmniej raz w miesiącu spotykał się z Milburnem, by wysłuchać raportu z postępu reformy. Zlikwidowanie kolejek stało się priorytetem rządu.

Politykę władz wobec świadczeniodawców Carol Propper, jeden z angielskich ekonomistów, nazwał polityką celów i terroru. Dlaczego? Jeśli jakiegoś menedżera przyłapano na manipulowaniu statystykami, bez litości był wyrzucany (na marginesie: w 2013 r. manipulowanie statystykami w narodowej służbie zdrowia stało się przestępstwem zagrożonym wysoką karą). Jeśli w którymś szpitalu utrzymywały się długie kolejki, był publicznie piętnowany.

lach wzrasta co roku o 590 tys., a badań diagnostycznych o ponad 2 mln. Od dwóch lat notuje się zwiększenie czasu oczekiwania. Z powszechną krytyką spotykają się lekarze rodzinni: pracują w godzinach 9–17, po tym czasie pacjenci oblegają szpitalne oddziały ratunkowe i *walk-in-centres*. Z raportów kolejnych organizacji pozarządowych i instytucji nadzorczych wynika, że kolejki rosną. Służba zdrowia znowu nie schodzi z pierwszych stron gazet, a następcą Blaira – David Cameron, ma z tego powodu potężny ból głowy. ■

Justyna Wojteczek

Zakażenia – szpitalne

Z prof. dr hab. n. med. **Walerią Hryniewicz**, krajowym konsultantem w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Mimo postępu medycyny, nadal nie umiemy zwalczyć zakażeń szpitalnych. Skąd się biorą?

To nie jest do końca tak. Mamy wiele możliwości ograniczenia zakażeń szpitalnych, ale musimy korzystać ze zdobyczy medycyny w tej dziedzinie oraz podporządkowywać się zaleceniom niezbędnym do kontroli zakażeń, chociażby w zakresie właściwej higieny rąk. Nie jest to procedura kosztowna, a niezwykle skuteczna. Musimy mieć świadomość, że zakażenia należy ograniczać do minimum, ale nie uda się ich całkowicie wyeliminować, choć możemy mieć wielkie sukcesy w tej dziedzinie. Leczymy coraz większą liczbę chorych w skrajnych grupach wiekowych (wcześniaków, chorych w podeszłym wieku), z wieloma czynnikami zwiększonego ryzyka zakażenia (np. cukrzycą, wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, nowotworami), stosujemy szereg inwazyjnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, nadużywamy antybiotyków itp. To wszystko zwiększa ryzyko zakażenia. Aby utrzymywać je na niskim poziomie, musimy mieć w każdym szpitalu dobrze wykształcony i sprawnie działający zespół kontroli zakażeń szpitalnych (ZKZSz) i dyрекcję zdecydowaną na szybkie wdrażanie zaleceń przedstawianych przez ten zespół. Należy pamiętać, że w szpitalu leczymy dwa typy zakażeń: nabyte poza szpitalem, wymagające hospitalizacji ze względu na ciężki przebieg albo stan pacjenta spowodowany innymi przyczynami, np. socjalnymi, oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną. Często zapomina się o tym rozróżnieniu, a jest ono ważne z uwagi na inne podejście terapeutyczne. Drobnoustroje powodujące zakażenia poza szpitalem (ale wymagające hospitalizacji) są najczęściej znacznie bardziej wrażliwe na antybiotyki niż te bytujące w szpitalu. Można zatem stosować inne schematy terapeutyczne. A często się tego nie robi.

Trzeba też pamiętać o innym podejściu terapeutycznym do pacjentów przyjmowanych z domów opieki, którzy są szczególnie podatni na zakażenia, i to najczęściej bakteriami wieloantybiotykoopornymi, w wyniku częstych hospitalizacji i podawania antybiotyków.

Zakażenia szpitalne towarzyszą nam od wielu lat. To problem nie tylko u nas, ale na całym świecie. Ich liczba i rodzaj odzwierciedlają jakość opieki zdrowotnej. Uniknąć ich się nie da, wiele jest związanych z endogenną florą pacjenta. Do translokacji tej flory dochodzi w związku z chorobą podstawową, jej leczeniem i towarzyszącymi procedurami medycznymi. Naszym celem jest ograniczenie liczby zakażeń do bardzo niskiego odsetka.

Musimy być świadomi różnych dotyczących czynników ryzyka zakażeń u pacjentów różnych oddziałów i stosowanych tam procedur. U pacjentów starszych, powyżej 65. roku życia, podatność na zakażenia jest większa, obraz ich i przebieg też jest inny. Zakażenia mogą być niskoobjawowe, trud-

niejsze do zaobserwowania, co może opóźnić rozpoczęcie leczenia i zwiększać ryzyko powikłań oraz przekazania drobnoustrojów innemu pacjentowi. Należy pamiętać, że niektóre zakażenia są ceną płaconą za postęp w medycynie, ponieważ stosując inwazyjne techniki diagnostyczne i terapeutyczne, naruszamy ciągłość tkanek pacjenta. Nawet mikrourazy stwarzają drobnoustrojom, zwłaszcza gronkowcom, ogromną szansę zasiedlenia tkanek pacjenta. Drobnoustroje mają cechy, które pozwalają im kolonizować tkanki, penetrować łożysko krwi i w ten sposób docierać do innych tkanek i narządów (zakażenia inwazyjne). W tej dziedzinie „mistrzem świata” jest gronkowiec. Ma na powierzchni takie struktury, które umożliwiają mu łączenie się z tzw. białkami macierzy pozakomórkowej odślaniającej się w momencie przerywania ciągłości tkanek. Inne drobnoustroje wykorzystują „swoje” strategie inwazji, nie mniej skuteczne.

Jak walczyć z zakażeniami?

Przede wszystkim muszą funkcjonować procedury zapobiegawcze – higiena szpitalna, sterylizacja, właściwy ruch chorych. Kluczowym ogniwem epidemiologii szpitalnej jest dobrze działająca pracownia (zakład) mikrobiologii i kompetentny zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Niestety, w Polsce niewiele osób posiada merytoryczne przygotowanie do pełnienia funkcji kierownika zespołu. A szpitale mamy ponad 900! Niepokoi też tendencja wyprzedzania ze szpitala diagnostyki mikrobiologicznej (outsourcing). Stanowi ona efekt krótkowzrocznego myślenia dyrektorów, podyktowanego dążeniem do zmniejszania kosztów. To czysta iluzja, bowiem pracownia mikrobiologiczna osadzona w strukturze szpitala

spełnia niezwykle ważną rolę, której nie jest w stanie przejąć pracownia zewnętrzna. Ponadto własna pracownia świadczy diagnostykę przede wszystkim dla pacjentów swego szpitala, w odróżnieniu od laboratorium zewnętrznego, które obsługuje od kilku do kilkudziesięciu podmiotów leczniczych, w tym szpitale. Fakt posiadania certyfikatu PCA nie oznacza kompetencji laboratorium w zakresie wykonywania

wszystkich zawartych w ofercie badań. Zazwyczaj akredytacja dotyczy nieskomplikowanych badań dla POZ i pojedynczych laboratoriów sieci. To własna pracownia stoi na straży bezpieczeństwa pacjentów. Dostarcza danych nie tylko do celowanego leczenia chorych, ale także do empirycznej terapii. To właśnie pracownia przekazuje sygnał zespołowi kontroli zakażeń szpitalnych w momencie pojawienia się groźnych drobnoustrojów. Im ten sygnał jest szybszy, tym większa szansa uniknięcia powstania ogniska epidemicznego. Zewnętrzna pracownia mikrobiologiczna, często

” W szpitalu leczymy dwa typy zakażeń: nabyte poza szpitalem, wymagające hospitalizacji ze względu na ciężki przebieg albo stan pacjenta spowodowany innymi przyczynami, np. socjalnymi, oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną.



niewiarygodna i niezaangażowana w diagnostykę indywidualnego chorego, odległa nierzadko o dziesiątki, nawet setki kilometrów od pacjenta, zajmuje się jedynie biologią drobnoustroju, a nie wspomaganie lekarzy i bieżącym udzielaniem konsultacji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Materiał pobrany od chorego do badania mikrobiologicznego powinien być w większości przypadków opracowywany natychmiast. Niekiedy kluczowym działaniem jest wykonanie preparatu bezpośredniego lub test przeprowadzony bezpośrednio na materiale od chorego, wskazujący kierunek postępowania lekarskiego, często ratującego życie. Taki test musi być wykonany natychmiast po pobraniu. Jak takie wymogi ma spełnić laboratorium zewnętrzne, dla którego – ze względu na olbrzymią liczbę badań – pacjent jest anonimowy?

Powstaje też pytanie: jak szpital bez własnego laboratorium zrealizuje ustawę o zapobieganiu zakażeniom i chorobom zakaźnym oraz zwalczaniu ich, która mówi o całodobowej dostępności diagnostyki mikrobiologicznej?

Obecnie, gdy udział w etiologii zakażeń szczepów wieloantybiotykoopornych lawinowo narasta, niezbędna jest pomoc laboratorium mikrobiologicznego, ściśle współpracującego z lekarzem i ZKZSz w leczeniu i prewencji zakażeń.

Higiena rąk jest kluczową sprawą w zapobieganiu zakażeniom. Podporządkowanie się procedurom mycia rąk jest w polskich szpitalach niewystarczające. Dlatego uświadomo-

wienie wagi owych procedur jest jednym z najważniejszych zadań edukacyjnych nadzoru epidemiologicznego i zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Polska przystąpiła do międzynarodowego programu higieny rąk, który zapoczątkowała WHO. W szpitalach powinny być prowadzone obserwacje prawidłowego mycia rąk przez personel. Wnioski z tych obserwacji są przydatne w podejmowaniu ukierunkowanych działań naprawczych i edukacji.

Wiele zależy od aktywności zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. W Polsce mamy z tym pewien problem. Ustawa przewiduje, że szefem zespołu powinien być lekarz specjalista w dziedzinie mikrobiologii (lub mikrobiologii lekarskiej), chorób zakaźnych, epidemiologii (lub higieny i epidemiologii), zdrowia publicznego lub organizacji ochrony zdrowia. Na podstawie przeglądu programów specjalizacji i własnych obserwacji muszę stwierdzić, że to mikrobiolog jest najlepiej przygotowany do pełnienia tej funkcji. Lekarz innej specjalności, który tylko dodatkowo zajmuje się zakażeniami, nie powinien być szefem ZKZSz. W odróżnieniu od krajów Europy Zachodniej, USA i Kanady nie mamy dostatecznej liczby lekarzy z odpowiednimi kwalifikacjami w tej dziedzinie. Powołuje się więc lekarzy po parotygodniowym przeszkoleniu, podczas gdy w innych krajach lekarz pełniący taką funkcję szkoli się pięć – sześć lat!

Mieliśmy pewną nadzieję na „wywalczenie” nowych specjalistów w zakresie epidemiologii szpitalnej i antybiotykoterapii, gdy rozpatrywane było wprowadzenie możliwości

► pozyskiwania umiejętności w tym zakresie. Dwuletni tok nauczania przygotowałby lekarzy do tego typu pracy, co mogłoby zlikwidować problem braku specjalistów.

To się nie udało. Mamy w Polsce tylko około 50 lekarzy specjalistów mikrobiologów, w tym są też emeryci. Pracują głównie w wielkich ośrodkach akademickich, w niektórych województwach nie ma ani jednego. Ta statystyka wskazuje, jak jesteśmy daleko w tyle za światem. Wielokrotnie zwracałam się do Ministerstwa Zdrowia o „uatrakcyjnienie” tej specjalizacji, która jest kluczowa dla bezpieczeństwa pacjenta. Do dziś nic nie udało się zdziałać.

Jaka jest zatem skala zjawiska w Polsce?

Stuprocentowo pewnych danych o zakażeniach nie mamy, i to nie tylko my. Wszyscy się boją ujawniania danych, bo wtedy można wyciągać zbyt daleko idące, nieuprawnione wnioski i użyć ich przeciwko szpitalom, systemowi opieki zdrowotnej itp. Bardzo trudno porównywać szpitale, ponieważ różnią się pod względem specyfiki oddziałów, lecznej populacji, wypadkowości w danym regionie itp.

Jestem zwolenniczką realizowanego w całej Europie przez Europejskie Centrum Prewencji i Kontroli Zakażeń (ECDC) badania PPS (Point Prevalence Study), którego procedura jest zamieszczona także na stronie naszego Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków (www.antybiotyki.edu.pl). Polska przystąpiła do tego programu badań. Koordynuje je dr Aleksander Deptuła z Collegium Medicum UMK w Toruniu. Mamy już przeszkolonych 100 zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. W 2014 r. przeszkolimy dalsze.

Badanie wykonywane jest w całej Europie według tej samej procedury i polega na jednodniowej ocenie (najwyżej w ciągu dwóch dni) liczby chorych z zakażeniem, stosowanych antybiotyków, zasadności ich podania, zużycia, czynników etiologicznych i lekooporności.

Z badań tych, których rezultaty zamieszczone są na stronie internetowej ECDC (www.ecdc.europa.eu) i na naszej stronie (www.antybiotyki.edu.pl), wynika, że Polska plasuje się w średniej europejskiej. Niepokoi fakt, że 8–10 proc. antybiotyków jest podawanych bez żadnych wskazań. Wnioski przydają się menedżerom szpitalnym. To znakomite narzędzie do identyfikacji nieprawidłowości i podejmowania działań naprawczych. Szkoda, że na Mazowszu niewiele szpitali przystąpiło do tego programu.

Polska wypada źle na mapie Europy, jeśli chodzi o rozpowszechnienie zjawiska antybiotykooporności. Mamy duży procent szczepów opornych na antybiotyki, szybko rośnie fala epidemiczna zakażeń wywołanych przez pałeczki jelitowe, odporne na karbapenemy, a więc leki ostatniej szansy. Mamy zalecenia ministra zdrowia dotyczące tego zjawiska, opublikowane na stronie www.antybiotyki.edu.pl, wskazujące, jak postępować, gdy w szpitalu znajdzie się taki szczep w nosicielstwie lub zakażeniu. Każdy pacjent, który miał kontakt z opieką zdrowotną, także zagranicą, powinien być w izbie przyjęć poddany skrinowaniu w kierunku pałeczek jelitowych wytwarzających karbapenemazy. W niektórych krajach bada się także w kierunku metycylinoopornych gronkowców. Z naszych doświadczeń wynika, że niewykrycie pierwszego przypadku kończy się zwykle powstaniem ogniska epidemicznego bardzo trudnego do opanowania. Wywołujące je szczepy bakterii są zazwyczaj wrażliwe na jeden, dwa antybiotyki i coraz częściej odporne na wszystkie dostępne w terapii leki.

Powinniśmy szybko reagować na coraz częstsze i poważniejsze zagrożenia ze strony drobnoustrojów. ■

Innowacje



Szpital św. Rodziny przy ul. Madalińskiego w Warszawie dynamicznie rozszerza zakres świadczonych usług. W ostatnich latach powiększył swoją bazę o Oddział Pediatrii oraz Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chemioterapii wyposażonym w Pracownię Leku Cytostatycznego. Oddział Chirurgii Onkologicznej zdobył już znaczne uznanie w zakresie operacji piersi, zarówno oszczędzających, jak i radykalnych, a także operacji rekonstrukcyjnych piersi oraz plastycznych miejsca operacji.

Ponadto w szpitalu znajduje się unikalny Pododdział Patologii Noworodka przeznaczony dla hospitalizacji nowo narodzonych dzieci, u których już po wypisaniu ze szpitala wystąpił ciężki przebieg żółtaczki, zakażenie układu oddechowego lub pokarmowego albo inne powikłania. Stworzenie takiego oddziału okazało się trafną decyzją, gdyż stale jest obłożony. Powiększenie wachlarza świadczeń pozwoliło na zmianę nazwy Szpitala Ginekologiczno-Położniczego na Szpital Specjalistyczny.

Ku zakończeniu zmierza kilkuletnia modernizacja i rozbudowa placówki. Wkrótce szpital będzie dysponować pomieszczeniami na siedmiu kondygnacjach (w tym dwóch poniżej poziomu zerowego). Poza oddziałami znajdują się na nich bloki: porodowy, operacyjny i pooperacyjny, przychodnia dla kobiet, centrum edukacyjne i laboratorium.

Na II piętrze w roku bieżącym, na uroczystość 60-lecia szpitala, zostanie oddany Oddział Położniczy z 65 łózkami w systemie *rooming-in*, sala po cesarskich cięciach i szpitalny dom rodzinny z trzema mieszkaniami dla rodzin, które chcą czas porodu fizjologicznego spędzić razem, w miejscu bardzo bezpiecznym dla zdrowia i życia matki i dziecka. Na III piętro przeniesie się administracja, powstanie tam również bar i zielony ogród na dachu.

– *Nasze inwestycje finansowane są z dotacji Urzędu m.st. Warszawy, który docenia potrzeby matek i dzieci (około 30 mln zł w br.)* – mówi prof. dr n. med. Bogdan Chazan. – *Ale trwają też prace modernizacyjne, realizowane dzięki funduszom unijnym. Mamy za sobą 2/3 tych prac w starej substancji szpitala. Zamierzamy zakończyć je w ciągu dwóch lat.*

przy Madalińskiego



W ramach modernizacji realizowane są dwa inne projekty. Pierwszy to kogeneracja energii (3 mln zł), która polega na zamontowaniu urządzenia produkującego energię elektryczną z gazu. Jest tańsza i zapewnia niezależność szpitala w przypadku awarii. W zwykłych warunkach to urządzenie wytwarza około 1/4 potrzebnej energii.

Drugi projekt to stworzenie e-szpitala (6 mln zł). Ponieważ z budynków starego i nowego obiektu powstaje jedna jednostka, trzeba skoordynować, unowocześnić i zautomatyzować wszystkie urządzenia (związane z siecią energetyczną, klimatyzacją, wentylacją, odprowadzaniem gazów medycznych, urządzenia elektroniczne, sieć informatyczną).

Szpital prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia. W szkole rodzenia, finansowanej przez Urząd m.st. Warszawy, w roku ubiegłym ćwiczyło 1500 kobiet. Ponieważ młode matki zgłaszają się często z licznymi pytaniami i prośbami o porady, w holu głównym szpitala codziennie, od poniedziałku do piątku, o godz. 12 odbywa się rozmowa na wcześniej zaanonsowany na stronie internetowej szpitala temat, np. karmienie piersią, kolki u dzieci, gojenie się ran pooperacyjnych, pielęgnacja dziecka.

Kolejna inicjatywa to organizowanie, wspólnie z dyrekcją ZOZ Mokotów, spotkań dla lekarzy ginekologów, pediatrów, chirurgów szpitalnych i pracujących w przychodniach rejonowych Mokotowa i Wilanowa, w celu odbudowania więzi i wzajemnego zrozumienia w kwestiach medycznych. Kiedyś zapewniał je jeden pracodawca – ZOZ, w skład którego wchodziły placówki otwarte i zamknięte. Obecnie daje się odczuć brak codziennej łączności. W ramach tych spotkań odbywają się szkolenia, omawianie ciężkich przypadków, przedstawianie warunków, jakie oferują pacjentkom szpital i przychodnia.

Szpital prowadzi otwartą politykę informacyjną. W holu głównym wisi gablota z wszystkimi danymi dotyczącymi liczby hospitalizacji, porodów, operacji, cesarskich cięć.

– *Informujemy także, jaki notujemy wskaźnik umieralności okołoporodowej. Na tle całego kraju wypadamy znakomicie, bo wskaźnik jest u nas o połowę niższy* – mówi prof. Chazan. – *Jawność naszego działania to wyraz poddania się pełnej kontroli pacjentów obecnych, przeszłych i przyszłych, a może zachęta do porównań z innymi szpitalami. Najbardziej cieszę się ze wzrostu liczby porodów. W 2013 r. odbyło się ich u nas 4503.* ■

mkr

Fotografie: archiwum szpitala





Fot. F. Dąbrowski

Bliźnięta syjamskie

W Klinice Ginekologii i Położnictwa Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM przy pl. Starynkiewicza w Warszawie przez cesarskie cięcie przyszły na świat zrosnięte bliźnięta, nazywane też syjamskimi.

Operował zespół w składzie: prof. dr hab. n. med. **Mirosław Wielgoś**, dr hab. n. med. **Dorota Bomba-Opoń** i dr n. med. **Katarzyna Kosińska-Kaczyńska**. Noworodkami opiekował się zespół pod kierunkiem dr hab. n. med. **Bożeny Kociszewskiej-Najman**. Bliźnięta zostały przewiezione do Dziecięcego Szpitala Klinicznego przy Marszałkowskiej, w którym dokonano ich rozdzielenia. Tu ope-

rował zespół pod kierownictwem prof. dr. n. med. **Andrzeja Kamińskiego**, kierownika Oddziału Klinicznego Chirurgii, Urologii Dziecięcej i Pediatrii.

– Poród bliźniąt syjamskich po nietypowej ciąży jest bardzo rzadką sytuacją kliniczną – 1 na 50 tys., o wiele radszą, jeśli chodzi o porody dzieci żywych – mówi prof. Mirosław Wielgoś. – Większość dzieci w takich ciążach ma na tyle poważne wady rozwojowe, że umiera jeszcze przed przyjściem na świat, często już we wczesnej ciąży, a niekiedy na jej późniejszym etapie.

Sytuacja, w której rodzą się żywe dzieci, zrosnięte ze sobą, zawsze budzi emocje, przede wszystkim dotyczące możliwości ich rozdzielenia i dalszego funkcjonowania, a czasami wręcz życia. Wszystko zależy od tego, jak dzieci są zrosnięte i jakie narządy mają wspólne. Jeżeli każde z nich

NFZ 00-613 Warszawa,
ul. Chałubińskiego 8

W sprawach dotyczących Narodowego Funduszu Zdrowia prosimy dzwonić do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

- Wystawianie recept refundowanych 22-582-81-51
- Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze 22-582-84-08
- Wystawianie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego 22-582-84-30, 31, 32
- Podstawowa opieka zdrowotna 22-582-80-49
- Promocja zdrowia 22-582-80-20, 18

- Ratownictwo medyczne 22-582-80-18
- Ambulatoryjne świadczenia spec. 22-582-80-12
- Leczenie szpitalne 22-582-80-26
- Programy terapeutyczne (lekowe) 22-582-81-17
- Skargi i wnioski 22-480-43-43
- Rzecznik prasowy 22-582-80-40
- Lecznictwo uzdrowiskowe 22-480-43-70, 71, 72

Informacja ogólna 22-572-63-73

posiada komplet własnych narządów, sytuacja jest prostsza i dobrze rokuje dla obydwójga dzieci. Jeśli narządy są wspólne, to rokowania zależą od ich rodzaju. Istnieją możliwości podzielenia np. wątroby. W tej chwili jest to zadanie do pokonania. Ale bywa, że dzieci mają wspólne serce, wówczas sytuacja jest trudna. Można myśleć o przeznaczeniu serca dla jednego z dwójga dzieci, ale przeważnie kończy się to niepowodzeniem, ze względu na skomplikowane odrębności w układzie krążenia. Toteż chirurdzy nie podejmują się tego typu operacji.

Prof. Wielgość tak opisuje głośny już przypadek: My, lekarze, i rodzina możemy mówić o dużym szczęściu. Dzieci były zrosnięte brzuszkami i każde z nich miało własne najważniejsze narządy wewnętrzne: serce, wątrobę, nerki. Ciąża była prowadzona w naszym ośrodku, pacjentka trafiła do nas z informacją, że w przebiegu jej ciąży jest coś nieprawidłowego. Trudno było zdefiniować tę nieprawidłowość, strefa zrostu była nietypowa, również dwuowodniowość stanowiła ewenement, bo przecież powinna wykluczać zrosnięcie. Wada została u nas dobrze rozpoznana i opisana – wiedzieliśmy, że są przepukliny pępkowe, że tam jest strefa zrostu. Nie wiedzieliśmy, że jest wspólna pętla jelitowa, ale to wada nie do wychycenia. W takim przypadku worki przepuklinowe są zawsze wypełnione jelitami i nie sposób stwierdzić, do którego dziecka należą, czy jest wspólna część. Wiedzieliśmy, że jest podwójny pęcherz moczowy, że jedno z dzieci ma niedrożny odbył (później okazało się, że oboje).

Wiedząc to wszystko, mogliśmy zaplanować nie tylko przebieg porodu, ale też szybkie leczenie chirurgiczne po porodzie. Przeprowadziliśmy konsylium, w którym uczestniczyli chirurdzy dziecięcy, anestezjolodzy, neonatolodzy i położnicy. Byliśmy dobrze przygotowani.

W przypadku bliźniąt syjamskich istotny problem to poród. Najważniejsza jest wiedza lekarzy, że mamy do czynienia z taką nieprawidłowością. Wtedy można zaplanować czas i miejsce porodu. Nie może się odbyć drogami naturalnymi. Także cięcie cesarskie nie jest rzeczą prostą. Musimy wyjąć oba noworodki jednocześnie. Czasami przy cięciu cesarskim są problemy z wydobyciem jednego dziecka, a wydobyć dwójga bez uszkodzenia stanowi prawdziwe wyzwanie. Zabieg musi przebiegać w odpowiednich warunkach. Trudno mówić, że powinna go wykonać osoba doświadczona w odbieraniu tego typu porodów, bo żaden położnik nie

ma w tym zakresie doświadczenia, ze względu na rzadkość przypadków. Większość położników nie styka się z takim zabiegiem przez całe zawodowe życie. Ale operację musi przeprowadzić doświadczony położnik, który umie sobie radzić w sytuacjach nieprzewidywalnych.

Wielką pomocą dla mnie był fakt, że na początku drogi zawodowej taki poród obserwowałem. Widziałem jak mój mistrz, prof. Longin Marianowski, 23 lata temu takie cięcie wykonywał. Wówczas nie przypuszczałem, że kiedyś mnie przyjdzie przeprowadzić podobny zabieg. W momencie, gdy rozpoczęła się operacja, dużo podpowiadała mi podświadomość. Miałem w pamięci obraz tego, co wtedy widziałem.

Poród odbył się w 34. tygodniu ciąży, dzieci były na szczęście wydolne oddechowo i krążeniowo, zatem transport do kliniki przy ul. Marszałkowskiej nie stanowił dużego problemu. Tam jeszcze tego samego dnia po południu zostały zoperowane i wieczorem były już rozdzielone. Przedłużenie czasu oczekiwania na rozdzielenie pogorszyłoby rokowania dzieci.

Wspólna pętla jelitowa stwarzała konieczność rozdzielenia przewodów pokarmowych. Nieprawidłowość polegała też na tym, że miały bardzo krótki wspólny odcinek jelita grubego. Jedno z tych dzieci go

otrzymało, a drugie nie. Jelito cienkie zostało podzielone w miarę sprawiedliwie. Mają jeszcze inne wady rozwojowe, np. wady układu moczowego, ale nie zagrażają one życiu.

Nasz przypadek jest niezwykły z dwóch powodów. Po pierwsze – dzieci były zrosnięte brzuszkami, każde miało wadę rozwojową w postaci przepukliny pępkowej i miejsce zrostu dotyczyło tych przepuklin. W ich obrębie przebiegała wspólna pętla jelitowa. Drugi niezwykły fakt: każde z dzieci miało własny worek owodniowy, choć bliźnięta syjamskie prawie zawsze są bliźniętami jednoowodniowymi. W każdym worku był otwór, przez który dzieci były zrosnięte. Takich przypadków opisano zaledwie 12 na całym świecie. Jest to absolutna rzadkość. Myślę, że wiele środowisk o ogóle nie spotkało się z przypadkiem bliźniąt w dwóch workach owodniowych.

Na pewno powstanie praca naukowa na ten temat, bardzo cenna zarówno dla położników, jak i chirurgów dziecięcych. ■

notowała **mkr**

” W przypadku bliźniąt syjamskich istotny problem to poród. Najważniejsza jest wiedza lekarzy, że mamy do czynienia z taką nieprawidłowością.

Światowy Dzień Walki z Rakiem

Tegoroczny Światowy Dzień Walki z Rakiem stał się okazją do pogłębionej dyskusji nad polskim modelem leczenia onkologicznego.

Zdaniem Rady Dyrektorów Centrów Onkologii, a także wielu ekspertów, w tej części systemu opieki zdrowotnej mamy do czynienia z rywalizacją ośrodków (zwłaszcza niepublicznych z publicznymi), złą alokacją środków finansowych NFZ oraz z konkurowaniem o pacjentów. Również projekt uwolnienia limitów na świadczenia medyczne w tej dziedzinie spotkał się z krytyką, gdyż – zdaniem ekspertów

– wówczas zyskują ośrodki jednospecjalistyczne, natomiast tracą ośrodki wielospecjalistyczne, zajmujące się pacjentem kompleksowo.

Konieczna jest zmiana systemu organizacyjnego opieki onkologicznej, wprowadzenie m.in. modelu współpracy satelearnej, powołanie krajowej rady ds. onkologii, zmiana szkolenia przed- i podyplomowego w dziedzinie onkologii.

Problemy te były omawiane na konferencji 4 lutego br., w której bardzo licznie uczestniczyli także przedstawiciele organizacji pacjenckich. ■

mkr



Fot. P. Wierzbowski

Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej

Tadeusz Maria Zielonka

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM

Artykuł 51G

Lekarz biorący udział w badaniach na zlecenie producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi przeciwdziałać nieobiektywnemu przedstawianiu ich wyników w publikacjach.

W tym punkcie Kodeks Etyki Lekarskiej nakazuje lekarzom bardzo aktywne działanie, które może powodować nawet osobiste straty finansowe. Zwykle jego zapisy ograniczone były do zakazywania określonych postaw, a w tym miejscu stwierdza się potrzebę podjęcia działań. Bardzo sceptycznie należy ocenić skuteczność takich nakazów. Wprowadzanie zakazów może spowodować u części lekarzy powstrzymanie się od pewnych czynności, ale nakazywanie zrobienia czegoś dobrego, a w tym przypadku ze szkodą dla samego siebie, wydaje się mało skuteczne. Osoby niezorientowane w temacie uznają zapis ograniczający szereg nieprawdziwych informacji w medycynie, które szkodzą pacjentom, za bardzo potrzebny i słuszny, ale jego realizacja w praktyce może być trudna lub wręcz niemożliwa.

Firmy farmaceutyczne zlecające wykonanie badań oceniających ich produkty nie chcą się narazić na straty spowodowane niekorzystnymi dla nich wynikami. Ponosząc koszty związane z ich realizacją, muszą mieć pewność, że rezultaty przyczynią się do wzrostu sprzedaży, a nie odwrotnie. Skut-

kiem jest odpowiednia konstrukcja projektów badań i umów z wykonawcami. Ważne, aby były to badania wieloosrodkowe i wykonujący je nie mieli wglądu w całościowe finalne wyniki, lecz znali jedynie częściowe, w zakresie własnych doświadczeń. Jeszcze korzystniej dla firmy, gdy producent leku nie jest ujawniony wykonującemu badania i nie wie on, czy dobry lub niepożądany efekt następuje po leku, czy po placebo. Wówczas firmy po odkodowaniu rezultatów mogą ocenić ich wartość pod kątem własnego interesu, jakim jest sprzedaż leku. Sytuacja taka pozwala na publikowanie jedynie wyników prac, które przedstawiają produkt w dobrym świetle. Można także manipulować wynikami, ukazując jedynie część rezultatów, czyli tylko korzystne dla siebie. To zjawisko bardzo niebezpieczne dla pacjentów, dlatego badania nie mogą być prowadzone jedynie przez przemysł farmaceutyczny, konieczne jest również realizowanie badań opłacanych z innych źródeł. Wiele zatem zależy od polityki państwa i zasad finansowania badań naukowych. Im więcej funduszy pochodzi spoza firm zainteresowanych wynikami, tym bardziej można liczyć na ich obiektywność



Fot. Egw

Klauzula sumienia

cz. 6

Część piąta ukazała się w „Pulsie” nr 12–1/2013–2014

Tadeusz Tołłoczko

„Królem jestem ludzi, nie sumienia”.
Stefan Batory (1533–1586),
król Polski, okres panowania 1576–1586

Zagrożenia – zranione sumienie

Piękno i harmonia życia człowieka uwarunkowane są m.in. zgodą z własnym sumieniem. Natomiast każda władza ma niezliczone możliwości łamania i kupowania ludzkich sumień i zmuszania do konformizmu, chociażby decyzjami finansowym lub groźbami zwolnienia z pracy. W systemach totalitarnych wychowanie młodzieży polega właśnie na zaplanowanym systemie stopniowego łamania sumień. W efekcie możliwe jest istnienie oprawców w obozach koncentracyjnych. Kupuje się i deprawuje ludzkie sumienia metodą konformistycznych uwarunkowań. Współcześnie, jakże często, indywidualne sumienie zmagać się musi o swoje prawa właśnie z nagminnym i pospolitym konformizmem.

Jakiej reakcji możemy się spodziewać od ludzi, którym zraniono sumienie? Z pewnością stracą wiarę w istnienie dobra i prawdy, w sumienie innych ludzi, zwłaszcza tych, którzy pracują w urzędach oraz żyją w tym samym środowisku. Czy można oczekiwać, że osoba zmuszona przeróżnymi metodami do konformizmu, z okaleczonym sumieniem, będzie

nadal postępowała moralnie, czy najwyżej zgodnie z prawem w obawie przed karą? Te problemy nie obciążają jednak umysłów „zwycięzców” w parlamentarnych głosowaniach na temat prawnych ograniczeń sumienia. Nigdy nie słyszałem, aby problem ten był dogłębnie rozważany.

Stopień wielości, wielorakości i złożoności wielu problemów moralnych, kreowanych przez postęp naukowy i technologiczny, oraz niedostatek finansowy ochrony zdrowia jest tak wielki, że sumienie ludzi uczciwych może tracić orientację. W tej sytuacji etyka stwarza szansę na prawidłowe i sprawiedliwe rozwiązania. W przeciwnym wypadku z człowieka czyni się przestępcę, choć niekiedy tylko w jego własnej ocenie. Tego ludzkiego dramatu niektórzy współcześni moralisci albo nie chcą, albo nie potrafią zrozumieć. Być może go świadomie bagatelizują. Motywów takiego postępowania może być wiele.

Medycyna oparta na prawie

Powszechnie uznany autorytet – niemiecki prawnik i myśliciel Rudolf Stammler (1856–1938), na podstawie analizy systemu hitlerowskiego, stwierdził: „medycyna oparta na prawie, a nie na sumieniu, niezauważalnie staje się elementem działania systemu totalitarnego”. Mimo że po latach prawdziwość tego stwierdzenia potwierdził Trybunał Norymberski, nadal nie znajduje ono nawet wśród członków komisji etycznych właściwego zrozumienia. Przymus dopasowywania zasad moralnych do prawa stanowionego, to droga

i bezstronność. To państwo powinno przeciwdziałać nierzetelności publikacji naukowych, prowadząc odpowiednią politykę finansowania badań, a nie samorząd lekarski – przez tworzenie zapisów w Kodeksie Etyki.

Firmy farmaceutyczne w różny sposób zabezpieczają się przed publikowaniem marketingowo niekorzystnych informacji. Niezależnie od monopolizowania w swoim ręku wyników badań sponsorowanych, odpowiednio konstruują umowy z ich wykonawcami. Zwykle umieszczają w nich zapisy o poufności danych uzyskanych podczas badań. Naruszenie tej zasady grozi sankcjami finansowymi. Sumienne przestrzeganie przez lekarza zacytowanego artykułu KEL może mieć poważne konsekwencje finansowe. Przemysł farmaceutyczny posiada wystarczająco duży kapitał, aby opłacać prawników, którzy bezwzględnie wykorzystają zapisy w umowie zawartej przez badaczy przed przystąpieniem do pracy. Niewinnie brzmiące rutynowe paragrafy, dotyczące sankcji w przypadku ujawnienia informacji objętych tajemnicą, mogą w praktyce czynić bardzo trudnym lub wręcz niemożliwym zrealizowanie zaleceń art. 51G.

Znakomitym tego przykładem jest los amerykańskiego naukowca, który ujawnił zatajenie przez przemysł tytoniowy wyników badań stwierdzających, że nikotyna powoduje silne uzależnienie. Mimo ochrony ze strony władz federalnych USA, był zmuszony uciekać z rodzinnych stron przed odpowiedzialnością karną, jaka mu groziła z tytułu spełnienia omawianego postulat. Obowiązywała go bowiem tajemnica służbowa zapisana w umowie o pracę. Choć spełnił etyczny obowiązek, bardzo utrudnił sobie życie i naraził najbliższych na liczne przykrości. Smutny los naukowca, który postanowił przeciwdziałać nieobiektywnej prezentacji wyników badań, stał się fabułą interesującego

filmu. Może on z pewnością zrażać do tego rodzaju uczciwych zachowań.

Czasami naukowcy nie przeciwstawiają się nieobiektywnej prezentacji wyników przez osoby współdziałające z przemysłem, gdyż mają świadomość, że oznaczałoby to koniec ich dochodowej współpracy z firmami. Walka z jedną nierzetelną firmą farmaceutyczną może wiązać się z rezygnacją ze współpracy również z innymi przedsiębiorstwami, które nie będą chciały ryzykować znalezienia się w podobnej sytuacji. Lekarze decydujący się na spełnienie omawianego wymogu etycznego muszą liczyć się z utratą dochodów płynących ze współpracy z przemysłem farmaceutycznym. W krajach takich jak Polska dla wielu to duża strata. Znow powraca problem systemu finansowania badań naukowych. Im mniejszy w nim udział podmiotów niezależnych, tym mniejsze są szanse na podjęcie działań, jakich wymaga Kodeks Etyki.

Kolejnym problemem jest narażenie się na ataki i ostracyzm ze strony kolegów. Trzeba bowiem liczyć się z ostrą napaścią naukowców opłacanych przez firmy farmaceutyczne. W takich przypadkach trudno oczekiwać pomocy izb lekarskich, które tworzą wymogi etyczne, ale nie wspierają lekarzy realizujących zalecenia zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej, gdy natrafiają oni na opór elit broniących swych przywilejów. Naczelna Izba Lekarska jest zbyt słaba, aby zmienić patologiczne realia panujące w kręgach uniwersyteckich. Mimo naruszania Kodeksu Etyki Lekarskiej, nie przeciwdziała szerzeniu się niegodziwości i nieetycznych postaw wśród utytułowanych naukowców.

Niezrozumiałe jest ograniczenie tego nakazu do przedstawiania nieobiektywnych wyników w publikacjach. Takie sformułowanie sugeruje, że można to czynić np. podczas

rozwoju systemów totalitarnych, w których człowiek staje się w końcu bezbronny wobec ustawowego bezprawia.

Prawo może ograniczać fizyczną wolność człowieka, może uwięzić go wraz z jego sumieniem, ale nie może stać się deregulatorem jego sumienia. Dlatego klauzula sumienia nie daje żadnych podstaw do stosowania jakiegokolwiek formy przemocy lekarza wobec chorego ani prawodawców wobec lekarskiego, czy w ogóle ludzkiego, sumienia.

Causa causae

Nie spotkałem się z sytuacją, w której współczesna sprawiedliwość rozważała znany już w antycznych czasach problem prawny *Causa causae etiam causa causati* – przyczyna przyczyny jest przyczyną skutku. Wiele błędów organizacyjnych, finansowych, politycznych, popełnianych również na najwyższych szczeblach władzy państwowej, materializuje się w odniesieniu do konkretnego, pojedynczego chorego. Nie zdarzyło się, aby jakakolwiek instytucja prawna wskazała rzeczywistą, a nie tylko bezpośrednią, przyczynę niepomyślnego medycznego zdarzenia. Na winowajcę zawsze wyznacza się lekarza. Myślę, że komisje etyczne powinny się i tym zagadnieniem zainteresować, choć wątpię, czy to nastąpi. W rodzimej ochronie zdrowia brak równowagi między finansowaniem i obowiązkami, a im mniej pieniędzy, tym więcej pułapek na nasze lekarskie sumienie.

Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych

W art. 18 tego paktu stwierdza się: „Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania”. Podobnie w art. 19 mówi się, że „każdy człowiek ma prawo do posiadania bez

przeszkód własnych poglądów”. Art. 18 pkt 3 traktuje o ograniczeniach ustawowych klauzuli sumienia w przypadku ochrony bezpieczeństwa, porządku publicznego, zdrowia lub moralności. Pkt 2 tego artykułu głosi: „Nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru”.

Zapis ten potwierdza powszechnie uznawane stanowisko, że nikt nie posiada mocy zwalniającej innych od rozwiązywania własnych dylematów moralnych. Jakkolwiek przymus sprowadza klauzulę sumienia do fikcji. W takich przypadkach staje się ona klauzulą niezgody z cudzym sumieniem, a więc stoi w sprzeczności wobec prawa stanowionego, narzucającego obowiązek niezgadzenia się z własnym sumieniem. Sumienie posiada granice, ale tylko etyczne, a nie prawne.

Autonomia sumienia nie może oznaczać relatywizmu i podlegać koniunkturalnym interpretacjom. Powtórzę, że prawo może ograniczać wolność człowieka, ale nie jego sumienie. Etyka nie podlega prawu.

Zakończenie

Czy można godzić się na różnorakie sankcje prawne wobec osób, które chcą być w zgodzie z własnym sumieniem? Oczekiwałbym, że wszyscy dyskutanci, niezależnie od poglądów, zechcą chronić sumienie, a nie wspierać proces łamania jego autonomii, stosowanie kar, zamiast problemy rozwiązywać. Zapominamy, że lejce są ważniejsze od bata. Bez podjęcia pojedynczych prób rozwiązań organizacyjnych, unikania konfliktów moralnych, zapobiegania okolicznościom ich powstawania, a tym bardziej wobec całkowitego ignorowania takich działań, nie można czuć się moralnie uprawnionym

wykładów. Wielu lekarzy dostrzega nieobiektywność lub wręcz nierzetelność wykładowców opłacanych przez przedsiębiorstwa. Niestety, zdarza się, że opłacanie wykładowców przez przemysł farmaceutyczny jest ukryte, jeśli nie są wygłaszane podczas konferencji organizowanej przez firmę farmaceutyczną. W Polsce bowiem wykładowcy wciąż jeszcze nie ujawniają swoich powiązań z przemysłem farmaceutycznym i konfliktów interesów, nawet ewidentnych i rzeczywistych, nie tylko potencjalnych. Omawiany zapis nie zakazuje takich, dość częstych, naruszeń prawa i etyki. Rzecz sprowadza się do zwykłej uczciwości, zarówno w przejrzystym pokazywaniu powiązań z przemysłem farmaceutycznym, jak i przy konstrukcji też wykładu. Z uznaniem trzeba odnieść się do rzadko spotykanych postaw osób, które – choć zaproszone na wykład przez firmę farmaceutyczną – potrafią wskazać negatywne aspekty leku promowanego przez sponsora lub pochwalić walory leków konkurencyjnych. Jak ważny jest charakter naukowca, jego uczciwość i odwaga cywilna w walce o prawdę! Niestety, cechy te nie są podstawą selekcji przyszłych badaczy. Osoby obdarzone tymi zaletami są marginalizowane przez większość środowiska, które podchodzi do sprawy pragmatycznie i oportunistycznie. Lepiej prowadzić spokojne badania bazujące na nieistotnych półprawdach, niż narażać się na walkę z przemysłem farmaceutycznym i kolegami. Takie niebezpieczeństwo rodzi potrzebę stworzenia niezależnego centralnego organu państwowego mogącego rozstrzygać, gdzie leży prawda i interes społeczny. Może się bowiem okazać, że finansowy interes środowiska na-

ukowców przeważą i będzie wolno forsować prawdy nieobiektywne, służące grupowym interesom. W Stanach Zjednoczonych istnieją federalne instytucje rozstrzygające spory między naukowcami, a także sprawdzające siłę i jakość dowodów naukowych. W Polsce Agencja Oceny Technologii Medycznych zaczyna spełniać po części tę rolę. I może ją pełnić skutecznie, pod warunkiem, że nie będzie działać na zamówienie płatnika badanych procedur.

Pouczający w omawianej kwestii jest los dr. Sommelweisa, twórcy aseptyki, który wolą większości profesorów wiedeńskich został usunięty z uczelni za głoszenie „bezrozumnej” tezy, że trzeba myć ręce przed odebraniem porodu. Nie pomogło, że obiektywnie udowodnił skuteczność tej metody, przedstawiając, o ile zmniejsza to śmiertelność położnic. Podobnych przykładów jest bez liku, nie tylko w historii medycyny, ale również współczesnych. Ale zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej nie przyczyniają się do poprawy sytuacji. Nie w zapisach kryje się klucz do rozwiązania problemu, lecz w odpowiednich działaniach. Dopóki samorząd nie zacznie wyciągać konsekwencji w przypadku naruszania zasad deontologii, dopóty kodeks etyczny nie będzie wpływał na zmianę postaw. Współcześnie ustawy i sądy kreują działania lekarzy, gdyż Kodeks Etyki Lekarskiej to wyłącznie kartki papieru, których treści wielu lekarzy nie zna i nie stosuje, a samorząd nie egzekwuje realizacji zapisanych tam zasad w praktyce klinicznej. Kodeks powstał chyba tylko po to, aby można było powiedzieć, że jest, ale niewiele więcej z tego wynika. ■

do potępiania osób postępujących zgodnie z nakazem własnego sumienia. Zdarza się, że niektórzy zwolennicy rygorystycznego ograniczenia klauzuli sumienia znani są z anegdot, w których wypowiedzieli się o tolerancji, wolności, pluralizmie, humanizmie i tym podobnych zagadnieniach.

Próby bezkonfliktowego rozwiązania problemów powinny z założenia być rozważane pierwszoplanowo. Dlatego zalecenie znaczącego ograniczenia klauzuli sumienia, bez takiej próby, przyjmuje co najmniej znamiona moralnego dyktatu.

Czyżby możliwość bezkonfliktowego załatwienia sprawy została z założenia wykluczona? Nie dostrzegam jednak znaczących oznak woli zastosowania takiego rozwiązania. Czy więc chodzi o zmuszenie siłą odmiennie myślących do złamania ich przekonań i sumienia? Czy byłby to sukces myśli i moralnego sposobu załatwienia sprawy? Wchodzić tu mogą w grę również motywy czysto utylitarne.

Dopatruję się również możliwości, że o ostatecznej decyzji zdecydowały nie racje etyczne, lecz tzw. wpojone przekonania. Nie uwzględnia się faktu, że – jak mawiał Nietzsche – przeświadczenie bez myślowego dowodu może być bardziej niebezpieczne dla prawdy niż kłamstwo. W przypadku braku argumentów wykorzystywane są najczęściej pozory obiektywizmu.

Zastanawia mnie również, dlaczego tak wiele naprawdę światłych osób nie chce być strażnikami nie tylko zbiorowego, ale również własnego sumienia. Zalecenia w tej materii nie mają przecież dla sumienia żadnej mocy wiążącej. Są tylko sugestiami członków różnych komisji, a nie trwałymi zasadami moralnymi.

Normy prawa stanowionego, łamiące autonomię sumienia czy „świętość życia”, wyposażone są w siłę wykonawczą w postaci pieczętek, policji, aparatu sprawiedliwości i innych urzędów. Jakiegokolwiek stanowiska komitetów etycznych nie mają żadnego, prawnego ani faktycznego, znaczenia. Toteż zalecenia takich gremiów w sprawie ograniczenia

klauzuli sumienia niewątpliwie zyskają uznanie i poparcie każdej władzy oraz pochwałę prorządowych gazet. Są bowiem niczym liście figowe, wykorzystywane do przykrycia niezgodnych z zasadami etyki projektów prawnych, a następnie ich realizacji. Zadaniem komisji etycznych nie jest dopasowywanie norm etycznych do norm prawnych, ale ochrona zasad etycznych przed wpływem koncepcji utylitarystycznych, merkantylizmu i ingerencji władzy.

Komisje etyczne mają swoje zasady i pryncypia, a komisje prawne – swoje. Zasady te nie muszą być zgodne, choć ich zgodność byłaby pożądana. Zespół pojęć i twierdzeń etycznych ma charakter uniwersalny. Gdybym jednak był członkiem jakiejś komisji prawnej czy obywatelskiej, moje stanowisko w odniesieniu do wielu spraw mogłoby ulec modyfikacji. Na przykład jako minister zdrowia, odpowiedzialny organizator służby zdrowia, będąc pewien, że ograniczenie prawa wykonywania aborcji nie uzyska parlamentarnej większości, byłbym za przyjęciem takiego rozwiązania, w którym aborcji byłoby najmniej. Natomiast jako członek komisji etycznej nie mógłbym sprzeniewierzyć się uniwersalnym zasadom etycznym. Poczowałbym się do obowiązku dbałości o kryształową czystość i trwałość tych zasad. Sumienie ma odróżniać dobro od zła i w żadnym wypadku nie może podporządkowywać definicji etycznych normom prawnym.

Przedstawione dwie metody rozwiązania problemu potwierdzają tezę, że pojęcie humanizmu jest jednak warunkowe, zarówno w zakresie kultury społecznej, jak i osobistej. Wszystko zależy od głosu sumienia rozpoznającego prawdę i dobro. Powołam się na myśl Jana Pawła II: „są nurty filozoficzne, które twierdzą, że »człowiek to ja«. Inni twierdzą, że »człowiek to ty«. Człowiek jednak to ja i ty. Między »ja« i »ty« powstaje musi więź, ażeby zapanował tak pożądaný »ład«”. ■

ttolloczko@wum.edu.pl

Pionierska operacja

Lekarze z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przeprowadzili 17 lutego 2014 r. pierwszą w Polsce operację wewnątrzmaciczną u płodu z wrodzoną przepukliną przeponową. Zakończony sukcesem zabieg został wykonany w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM przez Zespół I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa kierowanej przez prof. Mirosława Wielgośa.

Zabieg polegał na wszczepieniu specjalnego balonu do tchawicy płodu. Powoduje on, że płuca płodu, uciśnięte w tego typu wadzie przez narządy, przemieszczone z jamy brzusznej do klatki piersiowej, mogą się rozwijać. Takie postępowanie zdecydowanie poprawia rokowanie dla dzieci urodzonych z tą wadą. Bez leczenia prenatalnego śmiertelność jest bardzo wysoka – mówi prof. Mirosław Wielgoś.

32-letnia pacjentka jest w 29. tygodniu ciąży. Dziś oboje – mama i dziecko – czują się dobrze. Lekarze przewidują, że dziecko urodzi się w dobrym stanie zdrowia, ze znacznie lepszym rokowaniem.

Przepuklina przeponowa jest bardzo poważną wadą wrodzoną. Już w okresie płodowym prowadzi do przedostawania się narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej, a jednocześnie do niedorozwoju płuc, powodując dużą śmiertelność noworodków.

– Dotychczas pacjentki, których nienarodzone dzieci miały ową wadę, zmuszone były wyjeżdżać zagranicę na operacje finansowane przez NFZ. Od dzisiaj jest w Polsce ośrodek, który będzie wykonywał tego typu zabiegi – mówi prof. Wielgoś.



Fot. archiwum WUM

Pionierską operację przeprowadził zespół w składzie: dr Przemysław Kosiński i prof. Mirosław Wielgoś, pod nadzorem prof. Jacques'a Jani z Brukseli.

Operacja była możliwa dzięki długoletniej współpracy i wymianie doświadczeń z zespołami prof. Kyprosa Nikoleidesa z King's College w Londynie oraz prof. Jacques'a Jani z Université Libre de Bruxelles. ■

Marta Wojtach

Francuskie odznaczenie dla prof. Marka Krawczyka

Rektor prof. Marek Krawczyk odebrał 10 lutego 2014 r. w rezydencji ambasadora Francji tytuł Kawalera Orderu Palm Akademickich przyznany przez ministra edukacji narodowej Francji za zasługi dla kultury francuskiej. Odznaczenie wręczył Pierre Buhler, ambasador Francji w Polsce.



Fot. archiwum Ambasady Republiki Francuskiej w Warszawie

Order Palm Akademickich, ustanowiony dekretem cesarza Napoleona w 1808 r., jest przyznawany (...) tym, którzy, pracując na uczelniach wyższych czy – ogólniej – w szkolnictwie, przyczyniają się do upowszechnienia francuskich osiągnięć w dziedzinie działalności intelektualnej i naukowej – mówił ambasador Francji.

Jego Ekscelencja ambasador Pierre Buhler przywołał biografię rektora prof. Marka Krawczyka oraz podkreślał jego związki z medycyną francuską: „Pana bliskie związki z Francją zacieśniły się podczas kilku pobytów w latach 90. XX w. w klinikach chirurgii w Villejuif i Strasburgu. Został pan członkiem Francuskiej Akademii Chirurgicznej oraz Francuskiego Stowarzyszenia Chirurgicznego. Jest pan nie tylko błyskotliwym naukowcem akademickim oraz uznanym chirurgiem praktykiem, ale także oddanym promotorem francusko-polskiej współpracy naukowej w dziedzinie chirurgii, która nadal się rozwija i przynosi owoce. Właśnie to zaangażowanie na rzecz umocnienia i rozwijania więzi między naszymi krajami w dziedzinie, w której uzyskał pan tak wspaniałe efekty, sprawiło, że francuski minister edukacji narodowej nadał panu tytuł Kawalera Orderu Palm Akademickich. ■

Marta Wojtach

Informatyzacja w Międzylesiu

Blisko 5 mln zł dotacji unijnej zostanie przekazane na kompleksową informatyzację Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego.

Środki te pozwolą na rozwój infrastruktury łączności elektronicznej oraz na wprowadzenie nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych – poinformował Samorząd Województwa Mazowieckiego. Kompleksowa modernizacja obiektu umożliwi wykorzystanie nowoczesnych rozwiązań informatycznych do zarządzania szpitalem, w tym elektroniczny obieg dokumentów. Powstaną dodatkowe stanowiska z komputerami umożliwiającymi opis wyników badań obrazowych. Po zrealizowaniu projektu szpital będzie mógł udostępniać pacjentom bądź innym placówkom medycznym e-dane na temat hospitalizacji wraz z wynikami przeprowadzonych badań diagnostycznych. Kolejnymi udogodnieniami będą: system rejestracji czasu pracy i kontroli dostępu do pomieszczeń, centralny system komputerowej kontroli wentylacji i oświetlenia oraz dostęp do bezprzewodowego Internetu. Wdrożony zostanie system komunikacyjny (VoIP) połączony z systemem alarmowo-przywoławczym dla pacjentów i personelu. Całkowita wartość projektu to ponad 603 tys. zł, unijne dofinansowanie wyniesie 495 tys. zł.

Przy Barskiej – tylko ortopedia?

Kolejne oddziały: chirurgii ogólnej i interny, mają być zlikwidowane w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej św. Anny.

To najnowszy pomysł urzędu marszałkowskiego na ratowanie z finansowego dołka placówki przy Barskiej. Plan restrukturyzacji zakłada ograniczenie działalności szpitala do obszaru ortopedyczno-urazowego z rehabilitacją. – *Chcemy przenieść oddział chirurgii ogólnej i wewnętrzny do innej, podlegającej nam placówki. Bierzymy j pod uwagę Szpital Bródnowski lub szpital w Międzylesiu* – zapowiedział na antenie TVN Adam Struzik, marszałek województwa mazowieckiego.

Otwarcie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka

17 stycznia br. odbyło się uroczyste otwarcie Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o.

Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek Krawczyk podkreślił, że uruchomienie tej jednostki jest nowym etapem w historii I Kliniki Położnictwa i Ginekologii, której początki sięgają 1921 r. Jego zdaniem przekształcenie w spółkę, której uczelnia jest właścicielem w 100 proc., otwiera przed kliniką nowe możliwości. Dzięki temu korzyści odniosą nie tylko pacjentki i ich nowo narodzone dzieci, ale także pracujący w spółce zespół oraz studenci, którzy

zyskają lepsze warunki nauki. Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. powstało 1 stycznia 2014 r. z przekształcenia I Kliniki Położnictwa i Ginekologii WUM, kierowanej od 2010 r. przez prof. Mirosława Wielgosia, będącej do tej pory w strukturze Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus. Od początku działalności spółki, czyli od 1 stycznia 2014 r., przyjęto już 79 porodów.

Nowe oddziały w Przasnyszu

Przasnyski Szpital im. dr. Wojciecha Oczko zyska 14 nowych, kompletnie wyposażonych sal.

Zarząd Województwa Mazowieckiego zdecydował, że placówka otrzyma blisko 2 mln zł dotacji na uruchomienie nowych oddziałów: psychiatrycznego oraz wewnętrznego. Dodatkowe sale umożliwią dostosowanie pawilonu C do potrzeb Oddziału Psychiatrycznego. Zakupiony zostanie sprzęt do terapii zajęciowej, a także nowe wyposażenie pomieszczeń izolatki, brudownika oraz składu czystej pościeli. W ramach projektu nastąpi modernizacja Oddziału Wewnętrznego w celu poprawy warunków higieniczno-sanitarnych. Projekt „Dostosowanie pomieszczeń dla potrzeb Oddziału Psychiatrycznego wraz z poprawą warunków pobytu i leczenia pacjentów Oddziału Wewnętrznego SP ZZOZ w Przasnyszu” realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2007–2013 w wyniku konkursu przeprowadzonego przez Mazowiecką Jednostkę Wdrażania Programów Unijnych.

Uchwała Rady Miasta w Mławie

Rada Miasta podjęła uchwałę w sprawie ustanowienia roku 2014 Rokiem Anny Tomaszewicz-Dobrskiej.

W ten sposób Rada Miasta w Mławie wyraziła szacunek i uznanie dla osoby i dokonań pierwszej polskiej kobiety z dyplomem lekarza, w 160. rocznicę jej urodzin w Mławie. Anna Tomaszewicz-Dobrska urodziła się w 1854 r. Po ukończeniu prywatnej pensji w Warszawie rozpoczęła studia w Zurychu. W 1877 r. ukończyła studia i otrzymała stopień doktora medycyny. Był to przełom w polskiej medycynie – po raz pierwszy kobieta została w naszym kraju lekarzem. Zanim pozwolono jej na podjęcie pracy, przeżyła wiele rozczarowań: w kraju nie chciano uznać jej zagranicznego dyplomu, nie przyjęto jej w poczet członków Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dopiero w 1880 r. rozpoczęła praktykę lekarską w Warszawie, w zakresie chorób dziecięcych i kobiecych. Oprócz licznych zasług lekarskich dr Dobrska miała osiągnięcia społeczne. Była założycielem Towarzystwa Kolonii Letnich i Towarzystwa Dobroczyńności. Ponadto wraz z Aleksandrem Świętochowskim powołała do życia Towarzystwo Kultury Polskiej. Wspólnie z Marią Konopnicką i Elżą Orzeszkową w 1907 r. doprowadziła do zorganizowania I Zjazdu Kobiet Polskich. Zmarła 21 czerwca 1918 r. ■ **pk**

Odstąpię gabinet zabiegowy – ginekologiczny. Wilanów – Śródmieście. Powód: zmiana gabinetu.
Dr E. Siwik – tel.: 501-10-34-56.

Sprzedam nowoczesny NZOZ stomatologia w centrum Bytomia (woj. śląskie) wraz z lokalem o pow. 113 mkw. NZOZ trzystanowiskowy, radiowizjografia, rtg punktowe, panoramiczne, lampa Beyond. 20 lat tradycji – duża baza pacjentów. Kontrakt z NFZ. Tel. 502-22-25-02.

Interna XXI w.

– Postęp jest olbrzymi. To dla nas skok o 20 lat do przodu – mówi Jacek Burski, ordynator Oddziału Wewnętrznego Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. W styczniu uroczą otwarto remontowaną kilkanaście miesięcy internę.

Przez blisko dwa lata pacjenci i personel musieli się zmagać z bardzo trudnymi warunkami panującymi w starym pawilonie ginekologiczno-położniczym, do którego na czas modernizacji przeniesiono Oddział Wewnętrzny. Na szczęście ten okres dobiegł końca, a wyremontowana interna robi imponujące wrażenie. – *Jak w amerykańskim filmie* – skomentował pan Janusz, który przyszedł do szpitala odwiedzić chorego przyjaciela.

Już na pierwszy rzut oka widać, że standard leczenia jest znacznie wyższy niż wcześniej. – *Poprawę warunków odczuwają zarówno pacjenci, jak i personel* – zapewnia dr Burski.

Oddział wzbogacił się o nowoczesny sprzęt: pompy infuzyjne, wózki do reanimacji, kardiomonitory, respiratory oraz defibrylatory. W każdej sali pojawiły się nowe wielofunkcyjne łóżka oraz doskonale wyposażone sanitariaty. Utworzono również pomieszczenie z urządzeniami ułatwiającymi mycie pacjentów, którzy mają problem z poruszaniem się.

– *Jestem szczęśliwa, że dzięki temu polepszy się jakość leczenia pacjentów* – cieszy się Anna Kwiecień, wiceprezydent Radomia, odpowiadająca za służbę zdrowia. Z budżetu miasta pochodziły pieniądze wydane na modernizację oddziału – blisko 2,5 mln zł.

Jedynym zmartwieniem jest zmniejszenie liczby łóżek na wyremontowanym oddziale. Wcześniej było ich 58, obecnie – 46. To efekt rygorystycznych przepisów sanitarnych, do których muszą się dostosować lecznice we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Tymczasem interna należy do najbardziej obleganych oddziałów w całym szpitalu. Trafia tam bowiem wielu pacjentów w podeszłym wieku, którzy powinni być kierowani do oddziałów geriatrycznych, jednak takich miejsc w całej Polsce brakuje. Nie inaczej jest w Radomiu.

Fot. R. Natorski



– *W przyszłości planujemy uruchomienie na internie w RSS pododdziału geriatrycznego, co umożliwi przyjmowanie większej liczby chorych* – zdradza wiceprezydent Anna Kwiecień. Fundusze mają pochodzić z Regionalnego Instrumentu Terytorialnego, który promuje inwestycje subregionalne. Projekt złożą wspólnie gmina Radom oraz powiat radomski.

Remont Oddziału Wewnętrznego nie był jedynym przedsięwzięciem realizowanym w ostatnich miesiącach w RSS. Miasto wydało w sumie ponad 10 mln zł, za co m.in. przeprowadzono termomodernizację placówki, a także unowocześniono kotłownię (nowa jest w pełni zautomatyzowana, zamontowano również kolektory słoneczne, które zapewnią oszczędność energii).

Szpital wzbogacił się także o nowy sprzęt, np. bardzo potrzebny zestaw do kruszenia kamieni nerkowych oraz szczególnie wyczekiwany kardiologiczny aparat USG dla dzieci – dotychczas jedynym takim urządzeniem w Radomiu dysponował szpital na Józefowie. ■

Rafał Natorski



Konkursy na ordynatorów w radomskim szpitalu

To będzie rok zmian kadrowych w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym. Nowego ordynatora ma już Oddział Ginekologiczno-Położniczy. Niedługo poznamy szefów urologii, pediatrii i neurologii.

Konkurs na stanowisko ordynatora ginekologii wygrał Mieczysław Szatanek, który od początku kariery zawodowej związany jest z RSS. Początkowo pracował na Oddziale Anestezjologii, a później przeniósł się na Oddział Ginekologiczno-Położniczy. Pełnił też obowiązki zastępcy dyrektora

do spraw medycznych oraz dyrektora naczelnego placówki przy ul. Tochtermana.

Nowy ordynator będzie także kierował Oddziałem Urologii. Konkurs na to stanowisko został ogłoszony w połowie stycznia. Sześcioletnia kadencja kończy się również szefom dwóch innych oddziałów RSS: pediatrii i neurologii.

Ogłoszenie konkursów było możliwe dzięki zaakceptowaniu przez dyrekcję szpitala postulatów izb lekarskiej i pielęgniarskiej. Samorządy nie zgadzały się bowiem z nowym rozporządzeniem ministra zdrowia, które dotyczyło składu komisji konkursowych i ograniczało wpływ lekarzy oraz pielęgniarek na wybór ordynatora.

Dyrekcja RSS zgodziła się jednak „oddać” dwa przeznaczone dla siebie miejsca w komisji konsultantowi wojewódzkiemu i przedstawicielowi towarzystwa lekarskiego. ■ raf

Już od dziesięciu lat polscy pneumonolodzy ściśle współpracują z kolegami z Ukrainy. Z inicjatywy prof. Janusza Kowalskiego i prof. Tatiany Serebrowskiej powstała Polsko-Ukraińska Grupa Robocza Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, którą obecnie kieruje doc. Piotr Gutkowski. Każdego roku wspólnie organizowana jest konferencja, której gospodarzem są na przemian Polska i Ukraina. Ostatnie spotkanie, w październiku 2013 r., miało miejsce w Kijowie, kolejne odbędzie się w Jachrance w maju 2014 r. Polskie i ukraińskie ośrodki pneumonologiczne prowadzą też wspólnie badania naukowe. Nie mniej ważna jest możliwość odbywania przez młodych ukraińskich lekarzy staży naukowych w polskich placówkach.

Niedawno wprowadzona została nowa forma współdziałania. Uniwersytet Medyczny im. M. Gorkiego w Doniecku zaprosił polskich pneumonologów do udziału w medycznym kształceniu przed- i podyplomowym. Polscy lekarze prowadzili zajęcia ze studentami ukraińskimi i obcokrajowcami z wydziału angielskojęzycznego w czterech donieckich szpitalach uniwersyteckich. Wykładowcami byli: doc. Piotr Gutkowski z Centrum Zdrowia Dziecka, dr Szczepan Cofta

Polska Ukraina

Dziesięć lat współpracy pneumonologicznej

z Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dr Tadeusz Przybyłowski z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr Tadeusz M. Zielonka z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej WUM. Wśród obcokrajowców dominowali studenci z Ghany, Jordanii i Palestyny. Wszyscy znali język rosyjski w stopniu umożliwiającym zbieranie wywiadu od chorych. Studenci kształceni w Polsce na wydziałach angielskojęzycznych, z wyjątkiem osób polskiego pochodzenia, nie są w stanie samodzielnie zebrać wywiadu od chorego. A trudno nauczyć się medycyny, nie wykorzystując w praktyce klinicznej tak ważnego elementu. Z polską delegacją spotkał się też prorektor Uniwersytetu Medycznego w Doniecku prof. Borys Iwniew.

Po zajęciach ze studentami codziennie miały miejsce polsko-ukraińskie sesje edukacyjne przeznaczone dla nauczycieli akademickich. Słuchaczami byli lekarze pracujący w szpitalach uniwersyteckich, w których przeprowadzano zajęcia ze studentami. W każdej sesji występowali również profesorowie z Doniecka: A. Dorofiejew, T. Parchomienko, N. Rudenko i O. Tomasz. Wygłosili wykłady na temat POChP, zaostrzeń tej choroby, ogólnoustrojowego jej charakteru, niedoboru alfa₁antytrypsyny i bólu w klatce piersiowej.

Trzecią formą kształcenia były wieczorne sesje edukacyjne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Doniecku

i Mariupolu nad Morzem Azowskim, na które przybyło łącznie kilkuset lekarzy. Sesje składały się z wykładów na temat epidemiologii chorób układu oddechowego, diagnostyki różnicowej astmy i POChP, ogólnoustrojowego charakteru POChP oraz zaostrzeń astmy. Wykładowcami byli zarówno polscy, jak i ukraińscy eksperci. Zajęcia prowadzono w języku angielskim, niekiedy w tłumaczeniu na rosyjski. W pojedynczych przypadkach polscy wykładowcy zdecydowali się na wykład w języku rosyjskim, aby ułatwić jego zrozumienie lekarzom POZ.



Fotografie: Sz. Cofta

Trzeba podkreślić, że był to pobyt znakomicie zorganizowany przez stronę ukraińską, a równoczesne działania kilku osób w różnych ośrodkach idealnie wręcz skoordynowane.

Na zakończenie gospodarze zaprosili polskich gości na przeszło godzinne zwiedzanie największej atrakcji Doniecka, jaką bez wątpienia jest piłkarski stadion wybudowany na polsko-ukraińskie mistrzostwa Europy w piłce nożnej. Stadion Szachtaru Donieck to niezwykła budowla, której nie powstydziliby się żadna europejska metropolia. Donieck, choć jest przemysłową aglomeracją powstałą w końcu XIX w. dzięki zasobom węgla i produkcji stali, budzi podziw rozmachem przestrzennym, szerokimi alejami, rozległymi placami, zielonymi terenami i zadbanymi budynkami. Choć trudno się tam doszukać zabytkowej starówki, miasto sprawia dobre i przyjazne wrażenie. W drodze powrotnej polska delegacja zatrzymała się na krótko w Kijowie w dniu rozpoczęcia unijnego szczytu w Wilnie w sprawie stowarzyszenia krajów Europy Wschodniej z Unią Europejską. **Słynny z czasów pomarańczowej rewolucji Majdan zapełniał się demonstrantami i policjantami. Czuło się już atmosferę niepokoju nadciągającą nad Ukrainę. Mijmy nadzieję, że przyszłość okaże się szczęśliwa dla naszych ukraińskich przyjaciół. ■**

Tadeusz Maria Zielonka
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM,
przewodniczący Warszawsko-Ottockiego Oddziału
Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc



Fot. W. Surowiecki

Uroczystość przy Wawelskiej

W 90. rocznicę powstania Komitetu Daru Narodowego dla Marii Skłodowskiej-Curie w starym gmachu Instytutu Onkologii przy ul. Wawelskiej w Warszawie odsłonięto tablicę upamiętniającą to wydarzenie. Darem miał być Instytut Radowy. Odsłonięcia tablicy dokonał minister zdrowia w towarzystwie Krzysztofa Warzochy, dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie oraz Andrzeja Kułakowskiego, byłego dyrektora instytutu, i Jerzego Woy-Wojciechowskiego, prezesa Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego. OIL w Warszawie reprezentowali prezes Andrzej Sawoni i wiceprezes Romuald Krajewski.

Inicjatywa zbudowania w odrodzonej Polsce placówki, w której leczono by nowotwory, zrodziła się w grudniu 1923 r., w 25. rocznicę odkrycia radu, w Towarzystwie Instytutu Radowego. Został on powołany z inicjatywy samej uczoniej, która miała pełne rozeznanie sytuacji społecznej w kraju dzięki stałym kontaktom z rodziną i uczniami w Polsce. Zdawała sobie sprawę, że aby skutecznie wykorzystywać promieniowanie w walce z nowotworami, trzeba je stosować w oparciu o naukowe podstawy. Takie podstawy mógł zapewnić tylko ośrodek podobny do Instytutu Radowego w Paryżu.

Apel do społeczeństwa o sfinansowanie budowy spotkał się z ogromnym zainteresowaniem. Dotacje, składki pieniężne, a nawet dary rzeczowe, w postaci materiałów budowlanych, pozwoliły na rozpoczęcie inwestycji. Najmniejsza składka wynosiła 10 groszy. Niespełna dziesięć lat później, 29 maja 1932 r., odbyło się uroczyste otwarcie części klinicznej Instytutu Radowego, na które przybyła z Paryża Maria Skłodowska-Curie. Placówka otrzymała 1 gram radu zakupiony ze składek społeczeństwa amerykańskiego.

Na odsłoniętej tablicy znalazł się również zapis upamiętniający drugą zbiórkę społeczną, zainicjowaną w 1998 r., na Narodowy Fundusz Zwalczania Chorób Nowotworowych. Środki zebrane na ten cel zostały wydane dopiero niedawno i posłużyły do odnowienia gmachu przy Wawelskiej, w którym nadal znajduje się jedna z klinik Centrum Onkologii.

W drugiej części uroczystości odbyła się sesja naukowa poświęcona historii Instytutu Onkologii oraz perspektywom leczenia onkologicznego w Polsce. ■

mk

puls – przesyłką pocztową

Redakcja biuletynu „Miesięcznik OIL w Warszawie PULS” bardzo prosi wszystkich lekarzy o weryfikowanie adresów do kolportażu „Pulsu” i „Gazety Lekarskiej”

(zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism, i tym podobne).

E-mail: rejestracja@oilwaw.org.pl lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.

puls – e-mailem

Wszystkich Państwa, którzy chcą otrzymywać „Puls” TYLKO e-mailem, prosimy o przesłanie tej informacji na adres: pulsmailem@oilwaw.org.pl

Prosimy o podanie: imienia i nazwiska, adresu do korespondencji, numeru prawa wykonywania zawodu, numeru telefonu.

Utrata zaufania

Wybory do władz samorządu lekarskiego skłaniają do refleksji o sytuacji lekarzy. W debatach i wystąpieniach działacze izb nie ma specjalnego optymizmu, ale nowo wybrani przedstawiciele obiecują pracować na rzecz poprawy sytuacji lekarzy, poprawy systemu itd. Nie zwracamy jednak uwagi na najbardziej dotkliwą i brzemienną w długotrwałe następstwa stratę, jaką poniosło środowisko lekarskie. Jest nią utrata zaufania pacjentów. Widać to w codziennych kontaktach z chorymi w gabinetach lub przy szpitalnych łóżkach.

Przyczyny są bardzo złożone, narastały przez lata. Wiążą się ściśle ze zmianami społecznymi, kulturowymi, ekonomicznymi i medialnymi, które mogą być usprawiedliwieniem, ale należy też przyznać, że sami nie potrafimy zapobiegać patologiom w naszym środowisku i zwalczać ich.

Jak ważne jest zaufanie pacjenta do lekarza (do jego fachowości, diagnozy, zaangażowania) w procesie leczenia, nikt nie trzeba przekonywać.

Kasy chorych, NFZ i prywatyzacja spowodowały, że **zniknął pacjent, a pojawił się świadczeniobiorca. Nie ma też już lekarza, jest za to świadczeniodawca.** System opieki zdrowotnej jest determinowany nie potrzebami zdrowotnymi i wynikami leczenia, lecz pieniędzmi. Nakłady na ochronę zdrowia są od lat za niskie (wciąż 4,5 proc. PKB, gdy średnio w krajach UE stanowią około 8 proc.). Wzrost PKB powoduje, że nakłady rosną, ale równolegle zwiększają się koszty. Głównym zadaniem kolejnych prezesów NFZ i ministra zdrowia jest niedopuszczenie do deficytu.

NFZ ustala odgórnie limity świadczeń i ceny usług, które nie odpowiadają rzeczywistym kosztom leczenia i potrzebom zdrowotnym. Skutkuje to utrudnionym dostępem do leczenia, a dla zakładów opieki zdrowotnej – zadłużeniem, zamykaniem deficytowych oddziałów, zwalnianiem pracowników.

W celu „uszczelnienia systemu” wprowadzono rozbudowaną do absurdu biurokrację, system skierowań, a wystawianie recept wiąże się z ryzykiem kar finansowych i innych.

Kontakt z pacjentem ogranicza się do minimum, bowiem lekarz zbyt wiele czasu musi poświęcić m.in. na dokumentację. Pacjent czuje się zbędnym petentem. Obecnie nie ma leczenia, nie istnieje opieka zdrowotna. Powstał system dystrybucji usług medycznych, niezwykle opresyjny, nieprzyjazny dla chorych i lekarzy. Frustracja obu stron stwarza między nimi istotną barierę.

To, że system opieki zdrowotnej działa źle, wiedzą wszyscy – także politycy i kolejni ministrowie zdrowia. **Narzuca się opinii społecznej pogląd, że winę za tę sytuację ponoszą lekarze.** Nasze protesty przeciwko nieodpowiedzialnym

zmianom prawa były i są traktowane jak obrona korporacyjnych interesów lub dążenie do podniesienia zarobków.

Politycy udowadniają, że nie zły system, ale lekarze są winni wszystkim kłopotom pacjentów, kosztom, zamianie kompleksowego leczenia chorego na wykonywanie procedur.

Jak lekceważąco można traktować sprawy zdrowia Polaków, pokazał w Sejmie Bartosz Arłukowicz. Według niego system ochrony zdrowia jest niemal doskonały.

Ani minister zdrowia, ani żaden inny członek rządu nie odpowiedział na wiele istotnych pytań. Na przykład: Czy eWUŚ się sprawdził? Czy system, który nie wykazuje uprawnień dość dużej grupie ubezpieczonych obywateli, jest skuteczny? Jak ministerstwo poprawiło procedury pracy Pogotowia Ratunkowego, zasady współdziałania w jednolitym systemie ogólnokrajowego powiadamiania (tel. 112)? Czy zapewniło skuteczne zasady działalności i finansowania SOR i NPL?

Chaos organizacyjny ma miejsce nie tylko w medycynie ratunkowej, podobnie jest w innych dziedzinach. Mnogość procedur wprowadzanych bez zapewnienia środków finansowych, brak określenia zakresu odpowiedzialności za leczenie są niebezpieczne dla pacjentów i lekarzy.

Problem kolejek do specjalistów, braku miejsc w szpitalach musi doczekać się kompleksowej analizy potrzeb zdrowotnych, opartej na danych o zasobach kadrowych, posiadanym sprzęcie. Powinna być także w końcu opracowana krajowa i regionalna sieć szpitali. Bez tych działań obietnica ministra dotycząca poprawy dostępności leczenia, skrócenia kolejek pozostanie znowu niespełniona.

W czasie obrad Sejmu zostaliśmy poinformowani o nowym zamiśle ministra zdrowia: **ubezpieczeniach dodatkowych.** Drugi filar ubezpieczeń zdrowotnych jest już gotowy. Odbędą się skrócone do minimum konsultacje, uwagi krytyczne zostaną odrzucone. Większość sejmowa zatwierdzi co trzeba (nawet kolejny bubel) i gotowe. Minister zdrowia ma doświadczenie, jak oponentów ośmieszyć, niewygodnych konsultantów zmienić, protestami się nie przejmować. Lekarze będą znowu przeszkadzać, dyskutować, protestować, ale ich głosy można przecież po prostu zignorować.

Należy też przyznać, że środowisko lekarskie nie jest wolne od patologii, którym nie potrafimy sami zapobiegać ani ich eliminować.

Poprawa sytuacji w opiece zdrowotnej musi zacząć się od odbudowy zaufania pacjentów. Będzie to trudna droga, wymagająca o nas, lekarzy, i innych pracowników medycznych bardzo mozolnego działania.

We wszystkich dyskusjach, stanowiskach, protestach naszego środowiska w pierwszym rzędzie musimy widzieć dobro pacjenta, dążyć o budowania przyjaznego, skutecznego systemu leczenia ludzi, a dopiero w dalszej kolejności mówić o potrzebach pracowników służby zdrowia.

Los pacjentów i lekarzy jest nierozzerwalnie związany i bez zaufania pacjentów nie będziemy mogli wykonywać naszego zawodu. ■



Jan Ciszewski



Rozsypane społeczeństwo

Janina Jankowska

Coraz silniej odczuwam to wszystko, co stało się z nami, naszym społeczeństwem po 1989 r. Przewartościowanie całego naszego życia. Dano nam możliwość korzystania z wymarzonego wolnego rynku, ludząc hasłami, że wszystko od nas zależy, że trzeba brać życie w swoje ręce. Niewidzialna ręka rynku uporządkuje gospodarkę według obiektywnych, racjonalnych kryteriów. Rodzi się kusząca paleta ofert, jak korzystać z życia. „Jesteś tego warta” – mówią pierwsze reklamy mydła „Fa”. Od ciebie zależy, czy po to sięgniesz. Tak się niewinnie zaczęło. Ruszyli Polacy z impetem. Najpierw rozkładali stoliki przed Pałacem Kultury i na wszystkich możliwych miejscach w całym kraju. Łatwiej było tym, którzy ze stanowisk w dawnym aparacie partyjnym lub państwowym wskoczyli do rad nadzorczych i zarządów nowych banków, sprywatyzowanych firm, zagranicznych korporacji lub nowo powstałych spółek Skarbu Państwa. Rozkwitły kantory przy granicy, prywatne sklepy, szkoły, agencje państwowe i prywatne. Zaczęliśmy sięgać nie po mydło „Fa”, które już znikło z oferty, ale po nowe gadzety, które budowały status. Luksusowe apartamenty, dobre dzielnice, podmiejskie domy z ogrodem zaprojektowanym profesjonalnie, ekskluzywne hobby, podróże, samochody, markowe ubrania, zegarki, kosmetyki itp. Te dobra zaczęły być miarą sukcesu zawodowego i życiowego.

Rozsypało się nasze społeczeństwo na cząstki mniejsze lub większe, konkurujące ze sobą, częściej wrogie, przy grubszym podziale walczące ze sobą o główny ster rządzenia państwem. On daje władzę nad innymi, profity, stanowiska i podział na tych, którzy je rozdają i którzy je otrzymują.

Wraz z wejściem do UE aspirujemy do standardów zachodnich i wspólnej waluty. Awansowaliśmy. Biedny – zaczęło znaczyć niezaradny, leniwy, roszczeniowiec, do tego często alkoholik. Sam sobie winien, a chce żyć na cudzy koszt. Element kryminalny.

To przed nim najbogatsi zamykają się w ekskluzywnych osiedlach za szlabanami, przy których ochroniarze w budce pilnują spokoju i bezpieczeństwa. Nawet pocziwe gierkowskie bloki zaczęły naśladować ten luksus. Przejścia między ulicami zamknęły ogrodzenia z domofonami. Już nie można przejść na skróty. Oprócz osiedlowego, każdy w swoim mieszkaniu otoczył się dodatkowym szlabanem. To oczywiście obraz wielkich miast, gdzie sąsiedzi się nie znają, nawet jeśli mówią sobie „dzień dobry”. Jesteśmy sobie obcy, niezyczliwi, w najlepszym wypadku obojętni. Tworzą się oczywiście małe wspólnotowe kręgi, najczęściej związane interesem, rzadziej ze wspólnymi kłopotami. Potrzebę kontaktu z drugim człowiekiem zaspokajają portale społecznościowe w Internecie. Coraz częściej słyszy się narzekania ze strony wykładowców wyższych uczelni, pracodawców, od ludzi kierujących różnymi grupami zadaniowymi. Polacy nie potrafią pracować w zespole. To zbiór indywidualistów nastawionych na własne, prywatne cele i osiągnięcia. Wszędzie węższy interes.

Jak nasz – to w porządku, jak cudzy – to afera. Decydują partie – korporacje nowoczesnie zarządzane profesjonalnym PR. Nie ma już dyskusji wewnętrznych na niższych szczeblach. Przyjeżdża ze stolicy kompetentny polityk i mówi, jaki jest aktualny kierunek. Zebranie się kończy.

Coraz bardziej czuję się w tej atmosferze niekomfortowo. W jednej organizacji SDP dwa wrogie sobie obozy: autorzy i przedstawiciele bohaterów książki „Resortowe dzieci”. Żadnej komunikacji.

Przypomina mi się czas chyba w moim życiu najpiękniejszy. „Karnawał »Solidarności«” – jak z samoironią dziś o tym okresie mówimy. Jak to było możliwe, że nie czuło się wtedy granic między ludźmi? W „Solidarności” wszyscy mówili sobie na ty, przy pierwszym spotkaniu pojawiało się poczucie więzi. Coś nas łączyło. Nawet komuchy były częścią mojego świata. Prowadziło się z nimi dialog, rozmowy rządowe z KK „Solidarność”. Zrywane, odnawiane, bo kręcili i oszukiwali. Wykazywano ich nieuczciwość w prasie związkowej, bo do anteny Polskiego Radia i TVP nie dopuszczali. Spotykało się ludzi zaangażowanych, zapalonych do działań na rzecz innych. Górnicy i hutnicy strajkowali, by nauczycielom i służbie zdrowia podnieść płace, zmienić warunki, wypuścić uwięzionych itp. To było cudowne społeczeństwo. Ludzie sobie pomagali. Byli blisko siebie. Powiem więcej, nawet ci po tamtej stronie, sekretarze POP PZPR, a nawet wyżej, w prywatnym kontakcie okazywali szacunek.

Dziś słowo szacunek nie istnieje. W obiegu społecznym nic nie znaczy. ■

D R U K

01-756 WARSZAWA, ul. PRZASNYSKA 11/U1B
tel. 22 639 30 41 / 22 639 30 42; fax 22 639 30 40
www.pphudruk.com.pl
e-mail: info@pphudruk.com.pl; recepty@pphudruk.com.pl

REKLAMA

WYKONUJEMY:

- Druki dla wszystkich placówek medycznych
- Recepty z kodem kreskowym lub bez
- Koperty z nadrukiem lub bez
- Pasporty techniczne sprzętu medycznego
- Książki
- Papier firmowy
- Wizytówki
- Druki wg indywidualnego wzoru

Zapraszamy do sklepu internetowego!
sklep.pphudruk.com.pl

lub do siedziby naszej firmy
znajdującej się przy ul. Przasnyskiej
widocznej na mapce



A most się ruszał...

Moje zęby zaczęły reagować na temperaturę. Zrozumiałem, że czas zrobić z nimi porządek” – napisał w skardze do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Józef P.

Znajomi doradzili mu gabinet dentystyczny dr. Witolda M. Zdawał sobie sprawę, że mocno nadszarpnie swój budżet emeryta, ale miała to być inwestycja na całe życie.

„Trafiłem na lekarza – żalił się Józef P. – przez którego straciłem pieniądze i zdrowie. Złamał mi kilka zębów, doprowadził do stanów zapalnych, ostatecznie musiałem szukać pomocy u innych dentystów. (...) Wszystkie te moje problemy zakończyły się usunięciem zębów i założeniem protezy akrylowej. Nie czuję się w niej dobrze, gdy jestem w domu, zdejmuję ją. Domagam się ukarania dr. Witolda M.”.

W Okręgowym Sądzie Lekarskim Józef P. pokazał bardzo niewyraźne ksero dokumentacji medycznej leczenia jego zębów. Tylko takie dostał od dr. M. i to dopiero po kilku tygodniach zabiegania. Stomatolog odpowiadał mu, że pacjent nie ma do tego prawa.

Jest pan trochę przewrażliwiony

Doszło do przesłuchania poszkodowanego pacjenta przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

– Na pierwszej wizycie pan doktor kazał mi zrobić rentgen zębów filarowych. Po obejrzeniu zdjęcia uznał, że trzeba zdjąć stary most. Był to nieprzyjemny zabieg, ale ostatecznie cement odpadł, odkrywając opitowane zęby. I wtedy asystent doktora M. zauważył, że złamała się „piątka” (skarżący używał potocznej nomenklatury zębów).

Wykonano most tymczasowy, który miesiąc później został ostatecznie zacementowany. Po kilku dniach pacjent zaczął dotkliwie odczuwać reakcję „piątki” na zimne i gorące napoje. Przyszedł z tym problemem do swego dentysty.

– Usłyszałem, że to przejdzie, most musi się dopasować do dziąseł.

Trzy miesiące później Józefa P. niepokoiła już nie tylko wrażliwość „piątki”, ale i ruchomość mostu. – To nic takiego, jest pan trochę przewrażliwiony – usłyszał w gabinecie. Most jednak ruszał się nadal, a między „piątką” a „szóstką” pojawił się ból. Tym razem diagnoza dr. M. brzmiała poważniej: – Korona rzeczywiście nie jest stabilna, trzeba most zdjąć.

Dentysta użył zbijaka, ale nie dał rady. Ponieważ działo się to tuż przed jego urlopem, umówił się z pacjentem na zabieg, gdy wróci z wakacji. W czasie ponownej wizyty znów się nie udało.

Tymczasem po kilku dniach most sam spadł i wtedy Józef P. zobaczył, że „jedyńka”, „trójka” i „piątka” są złamane. Po-

szedł do gabinetu. Lekarz włożył sztyfty i ponownie zacementował. Ale po kilku dniach most znów się ruszał.

– Wtedy doktor – zeznawał Józef P. u rzecznika – rozrobił cement i wcisnął go między dwie „jedyńki”. To miało protezę ustabilizować. Niestety, wkrótce tak bardzo zabolalo mnie pod zacementowanym mostem, że natychmiast poszukałem pomocy w Specjalistycznej Poradni Wojewódzkiej. Stwierdzono stan zapalny dziąseł, ponadto okazało się, że cement przytwierdzający most uległ rozkruszeniu. Zalecono mi, abym z tym problemem zgłosił się do lekarza, który protetykę wykonywał. Dr M. zbił most z siekaczy „jedyńki” i „dwójki”, odbudował złamane filary „trójki” i „piątki” i na tym most osadził. „Teraz już będzie dobrze” – zapewnił.

Ale nie było. Niespełna miesiąc później Józef P. ponownie szukał ratunku w Specjalistycznej Poradni Wojewódzkiej, bo ból rozsadzał mu czaszkę. Dyżurny lekarz stwierdził zgorzel miazgi „piątki”. Udręczony Józef P. znów poszedł do kliniki dr. M. Doszło do awantury w recepcji, bo dentysta twierdził, że on już u tego pacjenta zakończył leczenie. Ostatecznie jednak go przyjął. „Piątkę” trzeba było przeleczyć przez koronę. Kilka dni później na dziąsłach pojawił się obrzęk. Znów wizyta w gabinecie dr. M., zastosowano antybiotyki. Nie na długo pomogło.

Doktor postanowił zdjąć most – usunąć „trójkę”, następnie odciąć z mostu „piątkę”, dwie „jedyńki” i odbudować je jako samodzielne.

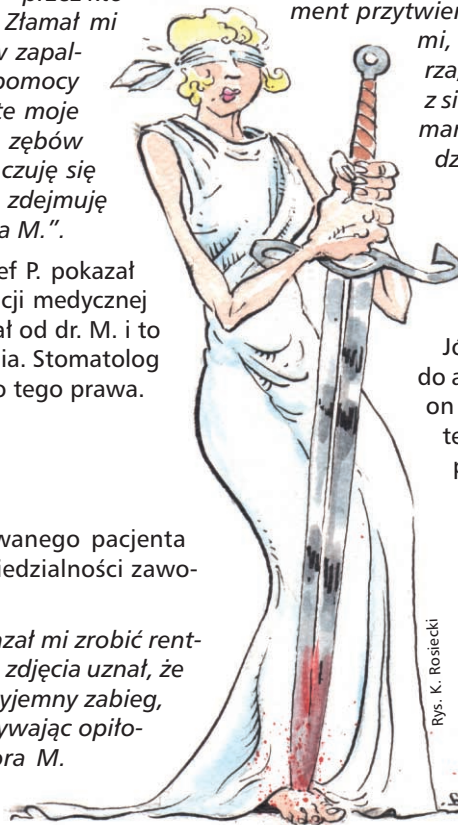
– Ale ja już nie miałem zaufania do tego dentysty – powiedział rzecznikowi Józef P. – Postanowiłem poszukać innego lekarza. Chciałem tylko zwrotu kosztów za nowe leczenie. Dr M. się nie zgodził.

Wątpliwości na korzyść obwinionego

Przesłuchano też dr. Witolda M. Wezwany do rzecznika dentysta przedstawił inną wersję wydarzeń w jego gabinecie: Józef P. nie mówił w czasie pierwszej wizyty, że jego zęby reagują na temperaturę. Chciał wymienić mosty ze względów estetycznych. Faktycznie, nastąpiły powikłania w trakcie użytkowania nowego mostu, które eliminowano na bieżąco. Niestety, w wyniku tych komplikacji nie było możliwości zacementowania na stałe wykonanej pracy protetycznej.

– W związku z tym zgadzam się na pokrycie kosztów zaproponowanego przez innego lekarza planu leczenia, odtworzonego utracony most – oświadczył przed rzecznikiem dr M.

Gdy jednak wybrany przez Józefa P. inny dentysta przedstawił kosztorys naprawy błędów poprzednika z kwotą



Rys. K. Rosiecki

21 tys. zł (wprowadzenie czterech implantów w miejscu złamanych zębów, odbudowa protetyki – w finale most porcelanowy), dr M. wycofał swoją deklarację pomocy finansowej. I to był koniec mediacji za pośrednictwem rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Wznowiono więc postępowanie wyjaśniające, przede wszystkim zasięgając opinii biegłych. Na początek kierownika Katedry Zakładu Propedeutyki Stomatologicznej w Gdańsku.

Profesor stwierdził brak prawidłowego przygotowania pacjenta do leczenia protetycznego, co dało podstawy rzecznikowi do postawienia dr. M. zarzutów z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Obwiniony poprosił o skierowanie do innego biegłego następujących pytań: Gdzie w dokumentacji medycznej są dowody, że podczas usuwania starego uzupełnienia protetycznego doszło do uszkodzenia części koronnej zęba nr 5? Na jakiej podstawie stwierdzono, że pacjent z tymczasowym zacementowaniem uzupełnienia protetyki pojawił się właśnie w gabinecie dr. M., aby zakończyć leczenie? Przecież do zacementowania na stałe zniszczonych filarów zębów mogło dojść w innym gabinecie, do czego Józef P. nie chce się przyznać.

Opinia kolejnego biegłego nie była dla dr. Witolda M. korzystna. Zdaniem tego specjalisty stomatolog niedokładnie ocenił stan zębów filarowych. Kiedy wystąpiły powikłania, lekarz początkowo miał dobrą wolę uporania się z nimi, ale problemów przybywało i pacjent stracił do niego zaufanie. Dlatego w tajemnicy odwiedzał inne gabinety dentystyczne.

Okręgowy Sąd Lekarski w Olsztynie uznał dr. Witolda M. za winnego i ukarał go upomnieniem. Lekarz odwołał się od orzeczenia, używając argumentów przede wszystkim formalnych. Twierdził, że obecna w składzie sądu stomatolog z Olsztyna leczyła Józefa P. Nie była więc obiektywna przy ferowaniu wyroku.

Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy orzeczenie sądu niższej instancji, bowiem owa stomatolog była tylko przy ocenie stanu dziąseł pacjenta w poradni specjalistycznej.

Obwiniony złożył kasację do Izby Karnej Sądu Najwyższego. Została przyjęta. Z uzasadnienia: „Nie ulega wątpliwości, że wymieniona członkini sądu korporacyjnego była bezstronna, ale nie miała zdolności do orzekania w tym konkretnym przypadku”. Sprawa wróciła do ponownego rozpoznania w Okręgowym Sądzie Lekarskim, gdzie kara upomnienia została uchylona, a lekarz uniewinniony.

– Sąd korporacyjny stosuje się do zasady z kodeksu karnego, że wszelkie wątpliwości należy traktować na korzyść obwinionego – orzeczone. – Niestety, nie dało się wyjaśnić, w którym gabinecie ostatecznie most został zacementowany. Pacjent szukał pomocy w dziewięciu przychodniach.

Józef P. odwołał się do NSL. Tam zapadła decyzja o ponownym rozpatrzeniu skargi w sądzie pierwszej instancji.

Jest wielce prawdopodobne, że sprawa dr. M. zostanie umorzona z powodu przedawnienia, które następuje po pięciu latach od skarżonego zdarzenia. ■

Helena Kowalik

WWW.EBILET.PL
24.03.2014 GODZ. 19:30
TEATR MUZYCZNY ROMA
„NIE ZAPOMNIJ MNIE”
WIDOWISKO MULTIMEDIALNE
LATA 20-STE, LATA 30-STE POWRACAJĄ W PIOSENCE
JACEK WOJCICKI **GRAŻYNA BRODZIŃSKA**
PARA TANCZĄCA - DOROTHEA POSLEDNIK I JAKUB FURMAN ORPIMUM DANCE
DYRYGENT & ARANŻER - TOMASZ CIMPFEL
ORKIESTRA KRAKOWSKA MŁODA FILHARMONIA
PIANINIŚCI - DARIUSZ STANCZUK I CLIFF CLANSO
BILETY:
50 ZŁ - 230 ZŁ
INFORMACJE I ZAMOWIENIA TEL. 660 502 113

Muzyczno-multimedialne widowisko dla dzieci
Tenorek w krainie bajek!
Teatr Muzyczny Roma
24.03.2014 godz. 13.30
W roli głównej - Jacek Wojcicki
Orkiestra Krakowska Młoda Filharmonia
pod dyktando
Tomasza Chmiela
Bolek i Łolek
Zaczarowany Ołówek
Porwanie Ballazara Gąbki
Miś Uszatek
Parauszek
Przeboje Pana Tenorka
Reksio
Bilety: 30 zł - 50 zł
Kasa Teatru Roma tel. 22 628 03 60 www.ebilet.pl
Informacje i zamówienia tel. 660 502 113

Bo to bal był nad bale!

Bale charytatywne Fundacji Lekarskiej *Pro Seniore* na stałe zapisały się w kalendarzu karnawałowych wydarzeń stolicy. Siódma Gala Przyjaciół Fundacji *Pro Seniore* miała miejsce w hotelu Marriott w Warszawie.

8 lutego br. już po raz siódmy grono osób związanych z medycyną i ich przyjaciół oddało się szampańskiej zabawie. Tradycyjnie organizatorzy zapewnili moc wrażeń. Wieczór poprowadził Jacek Borkowski. Organizatorzy balu – prezes Fundacji *Pro Seniore* Andrzej Surowiecki oraz prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni, podziękowali gościom za współpracę z Okręgową Izbą Lekarską i fundacją. Medal im. dr. Jerzego Moskwy otrzymał prezes firmy Mokpol Sylwester Cerański. Tytuł *Benevolenti* (łaskawcy, życzliwemu) przyznano przyjacielowi i donatorowi fundacji, mec. Krzysztofowi Czeszejko-Sochackiemu.

Galę uświetniły występy: zespołu Żuki, Agnieszki Babicz, która wystąpiła w repertuarze z najślynniejszych musicali, oraz Joachima Perlika, który przypomniał najpiękniejsze polskie piosenki. W nostalgiczną podróż w czasie do lat 20. i 30. XX w. zabrało gości trio Bardotki. Huczna zabawa trwała do świtu!

Galom Fundacji *Pro Seniore* przyświeca również szczytny cel. Dochód uzyskany z imprez przeznaczony jest na działalność statutową fundacji. Corocznie dofinansowujemy turnusy rehabilitacyjne emerytowanym lekarzom oraz zakupujemy sprzęt rehabilitacyjny potrzebującym. Pozyskaniu środków na te cele służyła zorganizowana na gali loteria fantowa oraz licytacja przedmiotów przekazanych przez darczyńców fundacji. W tym roku po raz kolejny działania *Pro Seniore* wsparła Pierwsza Dama Anna Komorowska oraz marszałek województwa mazowieckiego Adam Struzik. Podczas loterii wydarzyło się coś wyjątkowego. Jeden z gości – Michał Bielecki, wykazał się ogromnym sercem i humorem, gdyż wykupił wszystkie losy, a następnie przekazał je organizatorom w celu umożliwienia udziału w losowaniu innym uczestnikom balu. Więcej: www.proseniore.pl ■

Agnieszka Surowiecka



Fotografie: archiwum Pro Seniore

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Od 1 czerwca 2009 r. każdy lekarz i lekarz dentysta posiada **indywidualne subkonto składkowe** w Banku Pekao SA. Indywidualny numer konta zawiera m.in. numer Pani/Pana prawa wykonywania zawodu (siedem ostatnich cyfr).

W celu ułatwienia przesyłania składki proponujemy złożyć stałe zlecenie w banku, w którym posiadają Państwo osobiste konto indywidualne.

Przypominamy, iż składka za dany miesiąc powinna wpłynąć na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie do końca miesiąca, za który powstało zobowiązanie. Zgodnie z obowiązującą ustawą o rachunkowości, w przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby Lekarskiej. W związku z tym, iż decydująca o terminowości wpłaty jest data jej zaksięgowania na Państwa indywidualnym koncie składkowym, proponujemy ustalić datę przelewu do 22. dnia każdego miesiąca.

Jeżeli do tej pory przekazywała Pani/przekazywał Pan składki za pośrednictwem pracodawcy, prosimy o złożenie pisma w zakładzie pracy o **niepotrącanie składek**.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie przypomina również o konieczności niezwłocznego zgłoszenia do Działu Rejestru Lekarzy wszelkich zmian: adresu zamieszkania, miejsca pracy, stanu cywilnego oraz informacji dotyczących otrzymania decyzji przejścia na rentę lub emeryturę itp.

**Numer indywidualnego konta, na które proszę przeka-
zywać comiesięczne składki na rzecz Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie, otrzymają Państwo w biurze
OIL przy ul. Puławskiej 18, w pok. nr 306,
telefonicznie: 22-542-83-38, 22-542-83-39
lub e-mailem, pisząc na adres:
skladki@oilwaw.org.pl**



Roman Olszewski,
skarbnik ORL

WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

(na podstawie uchwały nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z 4.04.2008 r.)

- **40 zł dla lekarza/lekarza dentysty;**
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentystry emeryta, który:**
 - 1) ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
 - 2) ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny albo 60 lat w przypadku kobiety oraz złoży:
 - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
 - b) kopię decyzji emerytalnej,
 - c) zaświadczenie o przychodach za rok poprzedni (ew. PIT 36 lub 37 z roku poprzedzającego złożenie wniosku), w którym udokumentowane jest, iż nie został przekroczony przychód w wysokości 24 084 zł, nie wliczając świadczenia emerytalnego;
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentystry rencisty, który ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie lub złoży:**
 - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
 - b) kopię decyzji rentowej;
- **10 zł dla lekarza stażysty, lekarza dentystry stażysty, z wyłączeniem członków OIL, którzy już posiadają pełne prawo wykonywania zawodu.**
- **Zwolniony z opłat członkowskich może być:**
 - 1) lekarz/lekarz dentysta, który złoży podanie do Prezydium ORL o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej z zaznaczeniem okresu wnioskowanego oraz:
 - a) udokumentuje brak przychodów za okres wnioskowany (zaśw. o przychodach, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawania osobą bezrobotną (od – do),
 - b) jest emerytem w pełnym wieku emerytalnym (65 lat w przypadku mężczyzny, 60 lat w przypadku kobiety) i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu (druk dostępny w biurze Izby lub na stronie internetowej OIL Warszawa),
 - c) jest rencistą i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu (druk dostępny jw.),
 - 2) lekarz/lekarz dentysta, który zrzeknie się prawa wykonywania zawodu (druk dostępny jw.).

NA LEKARZU CIĄŻY OBOWIĄZEK PISEMNEGO ZGŁASZANIA NASTĘPUJĄCYCH INFORMACJI:

– **do Rejestru OIL** – o zmianach: miejsca zatrudnienia wraz z informacją dotyczącą potrącania składek członkowskich na OIL w Warszawie, adresu zamieszkania i adresu do korespondencji, daty przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS), terminu rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego, daty i miejsca rozpoczęcia pracy przez lekarza/lekarza den-

tystę po zakończeniu stażu podyplomowego, rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej, zaprzestania pracy zarobkowej przez lekarza/lekarza dentystry emeryta bądź rencistę (oświadczenie);
– **do Komisji Praktyk Lekarskich** – o wyrejestrowaniu praktyki indywidualnej, o zawieszeniu praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę.

AKTUALNE NUMERY KONT BANKOWYCH OIL W WARSZAWIE

22 1050 1041 1000 0005 0130 9736 – opłata za rejestrację praktyk lekarskich;
39 1240 6247 1111 0000 4979 2205 – spłata pożyczek z Funduszu Samopomocy Lekarskiej



Jakikolwiek czy żaden?

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Swego czasu pisałem o wyrazach mylonnych, czyli paronimach

(takich jak *adaptować* vs. *adoptować*) oraz różnicy między *błędem* i *pomyłką*, która polega na tym, że pomyłka jest błędem wynikającym z nieudanego wyboru jednostkowego: jeśli uderzymy w niewłaściwy klawisz klawiatury lub pomylimy coś z czymś, jest to pomyłka, szczególnie rodzaj błędu. Ale jeżeli piłkarz nie trafia do bramki, nie jest to już pomyłka, tylko niepoprawne wykonanie zadania złożonego, które nie polega na wybieraniu czegośkolwiek.

Błędy językowe rejestruje m.in. słownik poprawnej polszczyzny. Warto do niego zaglądać, wszak aktywność ludzka, a wraz z nią możliwość popełniania błędów, jest ogromna. Nieraz koniecznie trzeba publicznie zwrócić na błąd uwagę, bo może nastąpić moment, w którym ów błąd nietępony stanie się normą, a z reguły przynosi to straty. Język albo zubożeje, albo stanie się mniej komunikatywny, albo po prostu zbrzydnie.

Dobrym przykładem jest wyrażenie typu **na dzień dzisiejszy*, używane w różnych odmianach: **na chwilę obecną*, **na ten moment* itd. w znaczeniu 'teraz, w tej chwili, obecnie, na razie, tymczasem'. Kiedy nastała na nie moda, miłośnicy języka polskiego słusznie zaczęli piętnować i dzięki temu doszło do pożądanej zmiany w jego dystrybucji: przeszło do języka potocznego, urzędniczego. Łatwo zauważyć, jak ta konstrukcja jest wieloznaczna i jak wiele wyrazów ruguje ze słownika. Dbający o język nie postępują tym wyrażeniem ani jego pochodnymi.

Stała obserwacja języka w mediach pozwala wyłaniać takie błędy, szczególnie gdy stają się modne. W ten sposób zauważono i zdyskryminowano niepoprawne wyrażenie **póki co*. Błędy jako językowa „nowość” bywają z niejasnych powodów atrakcyjne. Osobom mało obytym zwłaszcza z mową pisaną bardzo się czasem podobają, i to one je rozpowszechniają.

Tak było z zamianą słowa *żaden* na słowo *jakikolwiek*, a w konsekwencji także słowa *nigdzie* na *gdziekolwiek*, *nikt* na *ktokolwiek*, *nigdy* na *kiedykolwiek*. Tymczasem znaczenie słów z formantem *-kolwiek* jest całkowicie jednoznaczne. Format ten znaczy 'byle (który)' i wyznacza nieokreśloność zaimka, wielość przez ten zaimek reprezentowaną. Dlatego *jakikolwiek* znaczy 'jakiś, jeden z wielu, nie wiadomo dokładnie który', *kiedykolwiek* – 'kiedyś, nie wiadomo dokładnie kiedy', *ktokolwiek* – 'ktoś, jeden z wielu' czy *gdziekolwiek* – 'gdzieś, nie wiadomo dokładnie gdzie'. Należy podkreślić, że tam, gdzie chodzi o antonimie (przeciwstawność), należy używać antonimów: *jakikolwiek* to w zdaniach wymagających antonimu *żaden*, *gdziekolwiek* – *nigdzie*, *kiedykolwiek* – *nigdy*, *ktokolwiek* – *każdy*.

Czytamy: „Nie ma na to **jakichkolwiek* dowodów”, a przecież chodzi o to, że nie ma dowodów *żadnych*, a nie *jakichkolwiek*, czyli byle których. Poprawne użycie słowa *jakikolwiek* może wyglądać na przykład tak: „Przeczytaj im *jakikolwiek* tekst, a będą zadowoleni”. ■



Przedolimpijski totolotek

Cała Polska żyje sukcesem Kamila Stocha z podhalańskiego Zębu. Czym wyróżnia się Stoch? Otóż jest kimś mającym szansę dołączyć do nielicznej elity sław polskiego sportu, których kariera nie skończyła się na sporcie.

A Kraków zapatrzony jest w Soczi, także dlatego, że coraz bliższa wydaje się możliwość pełnienia w 2022 r. roli gospodarza zimowych igrzysk. Emocje na łamach prasy lokalnej osiągają stan wrzenia. Dramat władz polega na tym,

że MKOl nie akceptuje miejscowości, których mieszkańcy w referendum byli „przeciw”. Przeciwnicy pytają, skąd wziąć bodaj połowę z 50 mld dol., które wydała na igrzyska Moskwa. Podkreślają, że ze względu na koszty wycofuje się Oslo, stolica jednego z najbogatszych państw świata. Nie wyobrażam sobie podobnej decyzji w Polsce. Rozsądek miałby o czymś decydować?

Rozsądek natomiast przemawia za metrem w Krakowie, bo transport zbiorowy nie mieści się już w centrum. Plant się nie splantuje, więc zrobiło się za ciasno, mimo że obywatelom dawno już wszystkiego zakazano.

Miło natomiast poinformować, że „za” byli mieszkańcy Małopolski w plebiscycie na Lekarza Roku (w trzech kategoriach) i Przychodnię Roku, które to referendum organizuje od dziesięciu już lat „Gazeta Krakowska” pod patronatem Okręgowej Izby Lekarskiej. Pamiętam, ile było wątpliwości w kwestii tego patronatu. Bo jakimi kryteriami zmierzyć „najlepszego lekarza”? Jak zagwarantować wszystkim lekarzom, że zostaną sprawiedliwie ocenieni? Czy jest jakaś miara „lepszego” bądź „gorszego” wyleczenia? A w dodatku każdy pacjent jest inny i każda choroba nieco inna. Mało tego, jednym pacjentem chce się głosić, a innym niekoniecznie.

Po dziesięciu latach i wyłonieniu blisko 100 Lekarzy Roku nie ma wątpliwości, że zamysł był słuszny. Środowisko lekarskie, doświadczane nieustanną medialną nagonką, pomówieniami o monstrualną liczbę błędów, wręcz agresją w warunkach wciąż rosnącej biurokracji i fiskalizacji systemu ochrony zdrowia, niczego nie potrzebuje bardziej niż aprobaty i społecznego uznania.

Interesującą konferencję zorganizował Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego na temat „Komunikowania o zdrowiu”. Wprawdzie lekarzy na konferencję nie zaproszono, ale wnioski, do których doszli sami prasoznawcy, były ciekawe. Odbyła się wawisekcja paru informacji medialnych. Ostatnio tzw. raport z Brukseli „informował” o łapówkach, w kwocie 311 zł rocznie, wydawanych rzekomo przez każdą polską rodzinę na lekarzy. Tytuł wystąpienia medioznawcy, prof. Tomasza Gobana-Klasa, mówi sam za siebie: „Dziennikarzu, ulecz się sam!”.

Jaka jest najbardziej wiarygodna instytucja w Polsce? Oczywiście totolotek. Przecież naprawdę nigdy nas nie zawiódł. Zawsze przegrywamy. ■

Wasz Cyruлик z Rynku Głównego

Moje adresy CZ. 1

Irena Ćwiertnia

Moje najodleglejsze wspomnienia sięgają wczesnego dzieciństwa, gdy miałam trzy lata. Pamiętam mieszkanie na parterze domu, którego front był usytuowany przy ulicy Krakowskie Przedmieście 17. Kamienicę ozdobiło żeliwnymi kolumnkami wstawionymi obok otworów okiennych. Projektantem budowli był architekt Franciszek Lanci (1799–1874). Mieszkaliśmy w oficynie stojącej wzdłuż ul. Trębackiej. Pod nr. 15 wznosił się pałac Potockich. W lewym skrzydle pałacu znajdowała się duża łukowata brama. Można było przez nią przejść z naszego podwórka przed rezydencją na podwórzec, na którym rozciągał się ogromny gazon urządzony w stylu Ludwika XV. Mieszkanie rodziców składało się z dwóch dużych pokoi ułożonych amfiladowo. Wchodziło się do nich przez obszerną kuchnię albo przez bardzo długi korytarz. Na jego końcu znajdowały się urządzenia sanitarne. Przypominam sobie też rytmiczny odgłos nówek jeża, który powoli chadzał wzdłuż korytarza.

Pewnego dnia zostałam posadzona na parapecie okna i mój ojciec chrzestny Stanisław, brat ojca Jana, przekłubał mi uszy. Ciężko przeżyłam to wydarzenie. Wrzeszczałam przeraźliwie, w ten sposób wyrażając dezaprobatę, nieświadoma, że ten bolesny zabieg jest konieczny dla przyszłej damy. Kolczyki, które mi założono, ozdobione były turkusikami. Po upływie kilku lat otrzymałam z takim samym oczkiem pierścionek. Te piękne precjoza służyły mi jako ozdoby przez wiele lat i w nich udałam się w 1929 r. do szkoły. Podczas okupacji, w 1942 r., zostały sprzedane razem z innymi wartościowymi przedmiotami, w celu zdobycia funduszy na remont otrzymanego mieszkania na terenie dawnego getta. W domu pod nr. 17 przebywałam do września 1924 r. Wtedy moja mama postanowiła rozstać się z mężem, miała 22 lata.

Przywołuję z pamięci obraz, jak mama, trzymając mnie za rączkę, prowadziła mnie przez długie podwórze, wzdłuż oficyny, do bramy wyjściowej na Krakowskim Przedmieściu. Po krótkim czasie znaleźliśmy się w mieszkaniu u dziadków pod nr. 29, tuż koło ul. Trębackiej. Józefa i Jan Sowa zajmowali lokal na drugim piętrze. Wejście do budynku znajdowało się od ul. Koziej 4. Wszystkie okna wychodziły na ogródek Hoovera, ze stojącą pośrodku fontanną mającą kształt olbrzymiego kielicha. Za ogródkiem widniała wielopiętrowa kamienica. Na jej dachu umieszczono duży neon „Kąpiele”. Nieco w lewo była „Dziekanka” – dawny zajazd. Posiadała ogromną wnękę z drewnianą bramą. Przed „Dziekanką”

Fot. archiwum rodzinne



rozciągał się skwer ozdobiony pięknymi rozłożystymi drzewami, a wśród nich stał pomnik Adama Mickiewicza. Monument zaprojektowany przez Cypriana Godebskiego (1835–1909) wzniesiono w 1898 r., w setną rocznicę urodzin wieszczki. Otaczała go ozdobna krata z roślinnymi motywami, którą zaprojektował Zenon Chrzanowski, a wykuł w swej pracowni kowal Stanisław Zieleziński. Podczas okupacji Niemcy chcieli pociąć to piękne ogrodzenie, a uzyskane żeliwo przetopić. Mieszkańcy Warszawy złożyli olbrzymi okup, dzięki któremu krata pozostała na miejscu. W 1942 r. zburzono statułę Mickiewicza, pozostawiając sam cokół.

Obok skweru stoi mój ulubiony kościół Karmelitów, wzniesiony w 1661 r., pod wezwaniem Wniebowzięcia N.M.P. i św. Józefa Oblubieńca Bogurodzicy. Na szczycie świątyni umieszczono ogromną miedzianą kulę, przez warszawiaków zwaną „karmelicką banią”. Do tego kościoła uczęszczałam w niedziele na mszę świętą. Często też w dni powszednie, gdy pozostawało mi trochę czasu do rozpoczęcia lekcji, wstępowałam tam, by pomodlić się w lewej nawie przed obrazem Matki Boskiej lub w kaplicy z grobem Pana Jezusa, wykonanym według projektu Henryka Marconiego w 1862 r.

„Dziekankę” odwiedzałam z babcią Józią. Zanosiliśmy żydowskiemu jubilerowi do reperacji rozerwane złote łańcuszki i bransoletki. Kiedyś przyszliśmy odebrać zreperowaną biżuterię. Żona jubilera z wielkim pośpiechem, beztładnie wrzuciła do drewnianych skrzyń naczynia kuchenne, zastawę stołową razem z książkami i ozdobnymi przedmiotami. Rodzina żydowska otrzymała od okupanta nakaz natychmiastowego opuszczenia lokalu i przeniesienia się na teren getta. Zapamiętałam to jak kadr z filmu, smutne wydarzenie z czasów niemieckiej okupacji. ■

Gdy przed wielu laty wysiadłem wczesnym rankiem z autobusu na Wale Miedzeszyńskim, dobiegł mnie odgłos rozgrzewanych silników lotniczych. Mechanicy i piloci przybyli już przede mną, aby przygotować samoloty do startu na wypadek wczesnego wezwania „na ratunek”. Stacja Lotniczego Pogotowia Ratunkowego mieściła się wówczas obok siedziby aeroklubu na Gocławiu – w dzielnicy Warszawy dziś gęsto zabudowanej – przed przeniesieniem obu tych instytucji na drugą stronę Wisły, na Bemowo.

Dyżur w Pogotowiu Lotniczym

Janusz Stefan Wasyluk

Gdy zaczynałem karierę jako młody lekarz w Pogotowiu Lotniczym, dysponowało ono starym dwupłatem z demobilu, model Po-2, zwanym popularnie kukuruźnikiem, oraz polonickim jednosilnikowym storchem. Obie maszyny przystosowano do przewozu chorych w pozycji leżącej. Potem pozyskaliśmy czeski jednopłat podobny do storchka, a następnie „prawdziwy” już samolot do przewozu chorych na noszach, wyposażony w apteczkę pierwszej pomocy. Był to czeskosłowacki samolot typu Moravia – dwusilnikowy, ze zmienną regulacją łopat śmigieł, znacznie szybszy od pozostałych maszyn. Najbardziej cieszyli się z tego nabytku starsi piloci pogotowia, weterani walk powietrznych w czasie wojny, przyzwyczajeni do latania na szybkich samolotach myśliwskich. Niektórzy, na przykład kpt. Kazimierz Wuensche, brali udział w bitwie o Wielką Brytanię. Po powrocie do kraju musieli zadowolić się posadą w Pogotowiu Lotniczym, gdyż nie zezwolono im na latanie na liniach rejsowych LOT-u, obawiając się ucieczki na Zachód i wprowadzenia samolotu. Jak wiadomo, jeden z pilotów (nie z pogotowia) odważył się na to i został zestrzelony nad Czechosłowacją, ponoć na osobisty rozkaz jakiegoś generała.

To były początki; w końcowym okresie mojej służby w pogotowiu otrzymaliśmy śmigłowiec, co umożliwiło lądowanie prawie w każdych warunkach: na polu, na boisku lub na szosie, w miejscu wypadku. Starsi piloci nie latali nim, młodszy musieli odbyć odpowiednie przeszkolenie.

Loty – tak jak wyjazdy w „zwykłym” pogotowiu – miały dwójki charakter: do wypadków oraz przewóz ciężko chorych do i ze szpitala. Do wypadków lataliśmy na terenie województwa mazowieckiego, natomiast przewóz dotyczył pacjentów z całego kraju. Poważnym „dostarczycielem” tychże był szpital urazowy w Konstancinie, czyli Stocer. Byli to chorzy po urazach kostno-stawowych i kręgosłupa, często z para- lub tetraplegią, z kończynami w gipsie albo w tzw. łóżeckach gipsowych. Ich liczba zwiększała się jesienią, po letnich skokach „na główkę” do zbiorników wodnych o nieznaną głębokości. Samoloty Pogotowia Lotniczego latają na niewielkiej wysokości, na przekroczenie pułapu 1000 m trzeba było mieć zgodę „dewulotu”, czyli Dowództwa Wojsk Lotniczych. Loty, szczególnie te dalsze, odbywały się tylko przy dobrej pogodzie. W dni mgliste, deszczowe i wietrzne

maszyny stały uziemione przed hangarem, czekając na poprawę pogody. W czasie mojej dwuletniej służby w pogotowiu były dwa wypadki tragiczne. Najbardziej poruszeni byliśmy śmiercią kpt. Ryszki, uchodzącego za jednego z najbardziej ostrożnych i zrównoważonych pilotów. Latając z nim wielokrotnie, podziwiałem jego opanowanie i umiejętności techniczne. Feralnego dnia, lecąc do Poznania, natrafił na nagłą zmianę pogody i ograniczenie widoczności. Stracił orientację, próbował zejść niżej i roztrzaskał maszynę o zbocze wzgórza.



Rys. K. Rosiecki

Loty „na ratunek” dotyczyły najczęściej wypadków drogowych. Jeśli zdarzyło się to w miejscu odległym od szpitala i sposobnym do lądowania, po udzieleniu pierwszej pomocy zabieraliśmy ofiarę wypadku na noszach do samolotu. Wstępne badanie lekarskie było krótkie, typu A+B+C+ (Airways, Breathing, Circulation), potem wdrażano odpowiednie postępowanie doraźne. Najczęściej ograniczało się do zatamowania krwawienia, zapewnienia drożności dróg oddechowych, unieruchomienia albo ułożenia chorego „w bezpiecznej pozycji”, czasem do założenia kołnierza Schanzka, podania morfiny oraz leków stymulujących układ krążenia i oddychania. W ciągu najwyżej 15–20 minut lądowaliśmy na Gocławiu, gdzie już czekała karetka. Przewoziła na sygnale pacjenta do szpitala, który w międzyczasie powiadamiano o wypadku. Latem było sporo wypadków podczas prac polowych, na przykład zacięcie kosą sąsiada śpiącego na miedzy w przerwie żniw czy sianokosów.

Pamiętam też inny „wypadek przy pracy”: krwotok wskutek pęknięcia tylnego sklepienia pochwy u pielęgniarki dyżurującej w towarzystwie nazbyt jurnego doktora w wiejskim ośrodku zdrowia. Umiejętność dawnych pilotów myśliwskich lądowania na małych łączkach tymi starymi samolotami, kojarzącymi mi się z pierwszymi płatowcami braci Wright, była zaiste imponująca. Kpt. Wuensche potrafił posadzić maszynę na stumetrowym ściernisku, wyhamowując dobieg przez tarcie kołami o czubki wystających zżętych kłosów! I z tego ścierniska startował z pacjentem! Przed nadejściem ery śmigłowców sanitarnych te stare samoloty miały sporo zalet, jeśli chodziło o start i lądowanie na małej przestrzeni. Niewielką moc silnika równoważyły duże powierzchnie nośne skrzydeł, co sprawiało, że maszyna sama wychodziła w powietrze przy prędkościach cechujących współczesne samochody osobowe. Ot, kilkadziesiąt kilometrów na godzinę na polanie długości kilkudziesięciu metrów.

Porównajmy to z problemami obecnego lotniska w Modlinie i jego wydłużanym pasem startowym! Przewozy pacjentów w opatrunkach gipsowych ze szpitali warszawskich do odległych miejscowości nie były tak emocjonujące, za to powroty bywały bardzo urozmaicone. Lecieliśmy we dwóch,

przeważnie bez pacjenta, podziwiając polskie krajobrazy. Jeżeli pogoda była wietrzna i maszyną rzucało, pojawiały się oznaki choroby lokomocyjnej, a więc ziewanie, a potem mdłości. W samolocie czteromiejscowym Moravia przy dwóch przednich fotelach były podwójne urządzenia sterujące. Pilot, widząc, że zaczynam ziewać, odblokowywał wolant i zapraszał mnie do wspólnego pilotażu. Był to świetny sposób na zwalczenie objawów choroby lokomocyjnej: pilotowanie maszyny znakomicie je wygaszało.

Każdy z pilotów miał swoje „hobby”, które mógł realizować w drodze powrotnej do Warszawy, już bez pacjenta. Gdy wracaliśmy ze Szczecina lub tamtych okolic, mjr Pleniewicz usiłował odszukać ambonę myśliwską w Borach Tucholskich, gdzie zwykł zasadać się na dzika lub innego zwierza. Pan Szymaniewicz chętnie straszył krowy na pastwiskach, obniżając lot helikoptera nad stadem, a pilot Piotrowski robił nad Gołławiem ześlizg na skrzydło, co nazywał „lądowaniem spadającego liścia”. Wszystko to były oczywiście zdarzenia incydentalne, mające zrobić wrażenie na młodym lekarzu, który przedtem nie latał nawet na szybowcach. Strachu najadłem się trochę w Gdyni, ze świeżo upieczonym pilotem Majerowskim, który przedtem był mechanikiem lotniczym. Wystartowaliśmy z Gołławia gładko i lot też był miły, przy pięknej pogodzie. Ale w Gdyni były podmuchy znad morza, w momencie lądowania samolot odbił się od pasa startowego i wyszedł w powietrze, czyli w gwarze lotniczej „zrobił kangurę”. Następną próba skończyła się podobnie. Doświadczony pilot ściga w takiej sytuacji drążek sterowy do siebie, samolot lekko „przypada” i ląduje. Mniej doświadczony robi odwrotnie: „oddaje” drążek, aby maszynę przybliżyć do ziemi. Skutek jest taki, że zwiększa się prędkość oraz nośność i samolot wychodzi w powietrze. Wszystkiego tego nauczyłem się, studiując pilnie podręcznik „Nauka pilotażu”, aby nie być całkiem zielony wśród starych wyg lotniczych. Dowiedziałem się też z podręcznika, że taki „kangur” może skończyć się rozbięciem podwozia albo i gorzej. Prosiłem więc pilota, aby nie próbował trzeciego skoku, tylko zrobił ponowne podejście do pasa startowego. Tak zrobił i chyba podmuchy wiatru zmniejszyły się, bo lądowanie przebiegło gładko.

Prawdziwą kraksę przeżyłem w Rzeszowie. Lądowaliśmy przy dobrej pogodzie, dwusilnikowy samolot Moravia pilotował najstarszy w zespole płk S. Nie lubiłem z nim latać, gdyż dawały mu się we znaki niedostatki związane z zaawansowanym wiekiem: pogorszenie ostrości widzenia, niedosłuch, pewna nerwowość i chaotyczność w ruchach, które powodowały brak pewności siebie, cechującej młodszych i pełnosprawnych pilotów. Moravia prawidłowo podeszła do lądowania, ale w ostatniej chwili boczny podmuch wiatru sprawił, że samolot przechylił się na lewo, czego pilot nie zdążył wyrównać. Maszyna dotknęła pasa jednym kołem, potem oparła się nim mocno o beton i wokół tej osi zakręciła się jak karuzela. Po wykonaniu pełnego obrotu samolot zwałił się na pas startowy, łamiąc podwozie i wyłamując lewy silnik. Nikomu nic się nie stało. Byliśmy w pasach, a leżąca za nami w kabinie pacjentka ze Stocera, w gipsowym łóżeczku, nawet się nie zorientowała, że samolot się rozbił. Chorą zabrała wezwana karetka, a my czekaliśmy na przybycie inspektorów z Komisji Badania Wypadków Lotniczych. Przyjechali po jakiś dwóch godzinach. Pytali, oglądali, fotografowali, mierzyli, liczyli... Pilot był w szoku, nic do niego

nie docierało, powtarzał tylko: „przecież siadałem prawidłowo...”. Późnym popołudniem wracałem pociągiem do Warszawy, dziękując Bogu, że wyszedłem cało z tej kraksy. Kupiłem bilet za pieniądze pożyczone od rzeszowskiego ordynatora, dr. Niecia. Ale ten wypadek nie zniechęcił mnie do dalszego latania. Natomiast pilot stracił licencję, wypadek przypieczętował opinię o jego niezdolności do lotów ze względu na wiek. Nie mógł się z tym pogodzić. Na jego usilne nalegania wyrażono wreszcie zgodę, ale tylko na loty w wyjątkowych okolicznościach i bez osób towarzyszących. Bo czasami były takie wezwania, na przykład do pilnego dostarczenia krwi określonej grupy do zabiegu operacyjnego.

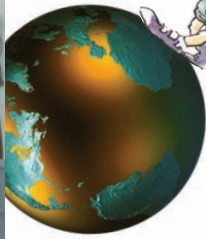
Ale tak to jest, piloci nie tylko muszą być „zdrowi na ciele i umyśle”, ale musi ich charakteryzować precyzja w działaniu, umiejętność podejmowania decyzji w warunkach stresowych, w sytuacjach nowych, nieprzewidzianych... Te cechy są najlepiej rozwinięte w wieku średnim. Regulamin linii American Airlines przewidywał, że pierwszym pilotem może być mężczyzna w wieku od 35 do 45 lat, młodszy i starsi mogli być już tylko drugimi pilotami, nawigatorami lub pełnić inne funkcje w nadzorze lotów. I to

” Byliśmy w pasach, a leżąca za nami w kabinie pacjentka ze Stocera, w gipsowym łóżeczku, nawet się nie zorientowała, że samolot się rozbił.

słuszna zasada, bo stawka jest wysoka, więc wszelkie postawy roszczeniowe osób zawiedzionych są nieuzasadnione. Komisje lotniczo-lekarskie nie mogą uwzględniać wniosków o licencję pilota złożonych przez osoby pozornie zdrowe, ale mające zaburzenia nastroju, równowagi hormonalnej, trudności w kontaktach interpersonalnych itp. Standard musi być zachowany.

Najprzyjemniejsze w warszawskim Pogotowiu Lotniczym w owym czasie były dyżury w mgliste, jesienne dni, z mżawką i ograniczoną widocznością. Wiadomo było, że w ciągu najbliższych paru godzin lotów nie będzie. Do dyżurki przychodzili czasem nie tylko ci, którzy mieli wyznaczony dyżur, ale również ich koledzy – ot tak, na herbatkę i pogawędkę. Starsze asy lotnicze snuły wtedy przy kubku herbaty Yunan opowieści ze swojej przeszłości. Pułkownik S. walczył ze swoją eskadrą z Luftwaffe jeszcze we wrześniu 1939 r. Kpt. Wuensche brał udział w walkach powietrznych w Wielkiej Brytanii. Były też opowieści z nalotów na Rzeszę i z frontu wschodniego, ze szkoły w Dęblinie. Wszyscy oni znali dobrze historię polskiego lotnictwa, toczyły się więc dyskusje na temat osiągnięć polskich lotników, różnych wypadków lotniczych, w tym także – ściszym głosem i nie przy wszystkich – o śmierci gen. Sikorskiego w Gibraltarze i o lotach z zaopatrzeniem dla powstańców warszawskich. Po dwóch latach służby w zespole warszawskiego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (które w międzyczasie przemianowano na Centralny Zespół Lotnictwa Sanitarnego, w związku z tworzeniem się Stacji Pogotowia Lotniczego w kolejnych województwach) musiałem z żalem zrezygnować z tej pracy. Uzyskałem etat asystenta w klinice chorób wewnętrznych prof. Edwarda Rużyłły, z czym wiązały się liczne obowiązki: praca przy łóżku chorego i w przychodni przyszpitalnej, dyżury, przygotowywanie się do egzaminu specjalizacyjnego, praca naukowa, która miała być zwieńczona doktoratem... Ale rozbudzona miłość do lotnictwa pozostała.

Kiedy patrzę na wznoszące się stromo potężne, kilkudziesięciotonowe airbusy i dreamlinery, doznaję uczucia zachwytu: to niemożliwe, żeby dwa silniki mogły wynieść to cielsko na wysokość 10 tys. m! I mimo woli porównuję je z pocziwymi samolotami Pogotowia Lotniczego z czasów mojej młodości, na których razem z ich pilotami ratowałem ludzkie życie. ■



Król Simba

Jacek Walczak

Kolejny afrykański dzień zaczął się fatalnie. Pobudka długo przed świtem – okropny zwyczaj na safari – i wyjazd na bezkrawędziowe tury na sawannę. Park Narodowy Serengeti (Tanzania) jest tak ogromny (14 760 km kw.), że trzeba mieć sporo szczęścia, by spotkać dzikie koty. W Tanzanii od wielu tygodni nie padał deszcz. Każdy pojazd wzniesła nad sawanną chmura kurzu. Spalone słońcem akacje niewiele dają cienia umęczonym zwierzętom. Zresztą osłonięte miejsca są na ogół zajęte przez lwy, które zwykle w upalny dzień śpią.

simba-dume, dostoyny małżonek, przygląda się temu z uznaniem. Niekiedy pospieszy z pomocą partnerkom, jeśli zdarzy im się porwać na niebezpiecznego bawoła. Członkowie lwiej rodziny lubią otoczenie pobratymców. Burkliwe starsze koty potrafią odprężyć się w towarzystwie innych samców, a nawet grać rolę dobrotliwego ojca wobec małych lwiattek, pozwalając im gramolić się na swój grzbiet i zatapiać całkiem już ostre pazury w grzywie. Lwica jest zdecydowanie bardziej aktywna i agresywna, i to jej rodzina za-



Fotografie: egw

W kulturze latynoamerykańskiej funkcjonuje określenie *macho*. To ktoś, kto żyje dostatnio, acz beczynnie, wyróżnia się posturą, choć niekiedy fircykowatym wyglądem, i starannie unika pracy. W przypadku zwierząt ta charakterystyka najlepiej pasuje do *simby* – lwa. Spędza czas na lenistwie, ma jedną lub kilka partnerek, z którymi zażywa rozkoszy i którym łaskawie pozwala zająć się polowaniem. Czyż zatem nie zasługuje na tytuł króla?

Spśród ponad 30 gatunków kotowatych tylko *simba* jest stadnym kotem, z wyraźnym instynktem rodzinnym. *Simba-jike* (lwica) tropi, wypatruje i wreszcie zabija zwierzynę na rodzinny „stół”. Natomiast



wdzięcza przetrwanie. Podczas polowania samiec z daleka obserwuje, jak jego harem zadaje śmiertelny cios ofierze, po czym odpędza rodzinę od łupu i pierwszy zaspokaja głód. Następnie pożywiają się dorastające lwy. Dopiero po nich zabierają się do jedzenia samice. Lwiątka, nad wyraz troskliwe karmione w dzieciństwie mlekiem matki, teraz brutalnie są odganiane i muszą karnie czekać na swoją kolej. Bywa, że zdobycz nie jest zbyt pokaźna, wtedy najmłodszym grozi głód, a nawet śmierć.

Kotna lwica pod koniec trwającej 105–110 dni ciąży oddala się od stada i w wyszukanej kryjówce rodzi trzy – cztery małe, liczące nie więcej niż 30 cm długości i 0,5 kg wagi. Lwiątka



pilnością, ale w końcu nabywają niezbędnych umiejętności. Jeśli lwiątkom uda się stawić czoła hienom, śmiertelnym wrogom, oraz licznym chorobom okresu dziecięcego, to w wieku dwóch lat osiągają niezależność. Samce opuszczają rodzinę i tworzą „kluby kawalerów” do czasu, kiedy zaczyna im wyrastać grzywa. Dzieje się tak po czwartym roku życia, kiedy stają się dorosłe. Mija sporo czasu, nim są w stanie założyć własny harem. Samice natomiast pozostają w stadzie do osiągnięcia dojrzałości płciowej, po czterech latach dołączają do harem dorodnego *simba-dume*.

Natura wyposażyła *simbę* w doskonały słuch, wzrok i znacznie lepszy niż się przypuszcza węch. Wrodzona inteligencja i umiejętność współpracy w grupie pozwala lwom na skuteczne polowania na zwierzynę, mimo że nie są zbyt szybkie (biegną do 50 km/h). Dysponują natomiast niesłychaną długością końcowego skoku (około 10 m). Gdy *simba* złapie małą antylopę, zatapia potężne kły w jej karku i łamie go jednym ruchem. Gdy trafi się większy zwierz, lwica (rzadziej lew) wbija pazury w grzbiet, a łapą próbuje przechylić łeb ofiary, aby doprowadzić ją do upadku, podczas którego



przychodzą na świat z otwartymi, niebieskimi oczami i kudłatą sierścią z atawistycznymi cętkami, które zanikają w trzecim – czwartym roku życia. Matka przyprawdza małe do stada po upływie czterech – sześciu tygodni, gdy tylko nauczą się chodzić. Wychowują się w otoczeniu licznych cioć. Całe stado otacza maluchy miłością. Nawet ojciec, zwykle dorodny, panujący samiec, wykazuje się dostojną wyrozumiałością. Kiedy lwiątko podrosną, *simba-jike* uczy je tropienia i zabijania. Początkowo odrabiają lekcje z błazeńską

pod własnym ciężarem skręca sobie kark. Polowanie na dorosłego bawoła wymaga niezwykłych umiejętności i współpracy dużego stada lwów.

Lwy żyjące na swobodzie jadają 1–3 razy tygodniowo. Samce osiągają 200 kg wagi i 3 m długości. Samice są lżejsze i zwinniejsze, dorastają do 2,5 m długości, ważą 140–150 kg. Lwy, choć leniwe, towarzyskie i dobroduszne dla potomstwa, nie przestały być największymi drapieżnikami Afryki. ■



Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

zaprasza do **Domu i Klubu Lekarza
w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54.**

Klub, czynny codziennie w godz. 12.00–22.00, jest otwarty dla środowiska lekarskiego Warszawy w celu odbywania posiedzeń naukowych, szkoleniowych, spotkań kulturalnych i towarzyskich oraz imprez okolicznościowych.

Restaurację w Klubie Lekarza prowadzi kucharz warszawski Sylwester Puchta, który zaprasza na degustację kuchni polskiej i nie tylko.

Ponadto dysponujemy czterema pokojami gościnnymi oferowanymi w niskich cenach lekarzom i ich rodzinom.

Tel.: 22-822-23-42, 22-823-96-82, 22-823-96-83;
e-mail: rezerwacja@klublekarza.pl

Program Klubu Lekarza

2.04.2014 r., środa, godz. 19.00 – „Porozmawiajmy o Osieckiej”

– wiersze i piosenki w wykonaniu A'la Kabaret. Scenariusz i reżyseria: Alicja Makówka.

9.04.2014 r., środa, godz. 19.00 – „Wiersze na receptę, czyli lekarski wieczorek poetycki”.

Program przygotowany przez Koło Młodych Lekarzy.

23.04.2014 r., środa, godz. 19.00 – „Aldona Kraus zaprasza na swych wierszy czytanie”.

Krajowe oferty pracy

na 12 lutego 2014 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	5	dermatologia dziecięca	1	kardiochirurgia	1	neurologia dziecięca	3	radiologia	6
anestezjologia	4	diabetologia	5	kardiologia	6	okulistyka	6	radioterapia onkolog.	1
audiologia i foniatria	1	dietetyka	1	kardiologia dziecięca	1	okulistyka dziecięca	1	rehabilitacja medyczna	6
lekarz bez spec.	2	endokrynologia	4	laryngologia	2	onkologia	1	reumatologia	3
chirurgia naczyniowa	4	endokrynologia dziec.	1	med. paliatywna	1	ortopedia	4	reumatologia dziecięca	1
chirurgia ogólna	4	gastroenterologia	4	med. pracy	3	ortopedia dziecięca	1	stomatologia	3
chirurgia dziecięca	2	gastroenterologia dziec.	1	med. ratunkowa	1	pediatria	15	stomatologia chirurg.	4
chirurgia onkologiczna	1	geriatria	5	med. rodzinna	18	proktologia	1	stomatologia dziec.	1
chirurgia plastyczna	1	ginekologia endokryn.	1	med. sportowa	1	psychiatria	7	stomatologia endodon.	1
choroby płuc	2	ginekologia i poł.	3	nefrologia dziecięca	1	psychiatria dziecięca	2	stomatologia ortodon.	3
choroby płuc dziec.	1	ginekologia dziecięca	1	neonatologia	1	ortopedia	6	stomatologia period.	2
choroby wewnętrzne	19	hematologia	1	neurochirurgia	1	pedagog	1	stomatologia protetyka	2
dermatologia	2	instruktor S.I.	1	neurologia	8	psycholog	1	urologia	5
								USG	2

Biuro Pośrednictwa Pracy, tel./faks: 22-542-83-30; praca@oilwaw.org.pl



30 stycznia 2014 r. odeszła
śp.

Doc. dr hab. n. med. Lubomira Janina Dydyk

ur. 9.05.1925 r. we Lwowie, wychowanka SS Sacré-Cœur i Duszpasterstwa Akademickiego, absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, specjalista chirurgii ogólnej i torakochirurgii.

Pracowała w szpitalu w Zielonej Górze, na Oddziale Chirurgicznym Instytutu Gruźlicy, w Przychodni Chirurgicznej i Pogotowiu Ratunkowym w Warszawie, jako adiunkt w Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN. Autorka licznych prac z zakresu chirurgii i neuropatologii. Całe życie poświęciła pracy lekarza, do końca starała się nieść pomoc chorym i potrzebującym. Ostatnie lata życia były naznaczone cierpieniem niepełnosprawności fizycznej i samotności.

Zmarła na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie.

Wieczny odpoczynek racz Jej dać, Panie



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

1 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 listopada 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1332.

18 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 18 grudnia 2013 r. w sprawie sposobu i procedur przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz wysokości opłaty za tę analizę, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 4.

19 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 października 2013 r. w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych, prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych, z Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1332.

22 stycznia 2014 r. weszła w życie ustawa z 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 24.

Ustawa reguluje postępowanie wobec osób, które spełniają łącznie następujące przesłanki:

- 1) odbywają prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności lub karę 25 lat pozbawienia wolności, wykonywaną w systemie terapeutycznym,
- 2) podczas postępowania wykonawczego występowały u nich zaburzenia psychiczne w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych,
- 3) stwierdzone u nich zaburzenia psychiczne mają taki charakter lub takie nasilenie, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego, z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat.

Wobec osoby stwarzającej zagrożenie stosuje się nadzór prewencyjny albo umieszczenie w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym.

Zadaniem ośrodka jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec umieszczonych w nim osób stwarzających zagrożenie. Ośrodek to podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Jeżeli wydana podczas postępowania wykonawczego opinia psychiatryczna i psychologiczna o stanie zdrowia osoby, o której mowa wyżej, wskazuje, że spełnia ona przesłanki określone na wstępie, dyrektor zakładu karnego występuje do właściwego sądu z wnioskiem o uznanie osoby, której dotyczy wniosek, za stwarzającą zagrożenie.

W celu ustalenia, czy osoba, której dotyczy wniosek, wykazuje zaburzenia, o których mowa w pkt 3, w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych, sąd, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku, powołuje:

- dwóch biegłych lekarzy psychiatrów,
- w sprawach osób z zaburzeniami osobowości ponadto biegłego psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – ponadto biegłego lekarza seksuologa lub certyfikowanego psychologa seksuologa.

Jeżeli biegli lekarze psychiatry zgłoszą taką konieczność, badanie psychiatryczne może być połączone z obserwacją w zakładzie psychiatrycznym.

Sąd, dokonując oceny, czy jest konieczne zastosowanie wobec osoby stwarzającej zagrożenie nadzoru prewencyjnego albo umieszczenie jej w ośrodku, bierze pod uwagę całokształt okoliczności ustalonych w sprawie, a w szczególności uzyskane opinie biegłych, a także wyniki prowadzonego dotychczas postępowania terapeutycznego oraz możliwość efektywnego poddania się przez tę osobę postępowaniu terapeutycznemu na wolności.

Sąd orzeka o zastosowaniu wobec osoby stwarzającej zagrożenie nadzoru prewencyjnego, jeżeli charakter stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub ich nasilenie wskazują, że zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia przez tę osobę czynu zabronionego, z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat.

Sąd orzeka o umieszczeniu w ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, jeżeli charakter stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub ich nasilenie wskazują, że jest to niezbędne ze względu na bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego, z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat.

Nadzór prewencyjny i umieszczenie w ośrodku orzeka się bez określenia terminu.

Po przeprowadzeniu rozprawy sąd wydaje postanowienie o uznaniu osoby za stwarzającą zagrożenie i zastosowaniu wobec niej nadzoru prewencyjnego albo o umieszczeniu jej w ośrodku, albo postanowienie o uznaniu, że osoba, której dotyczy wniosek, nie jest osobą stwarzającą zagrożenie.

Orzekając o zastosowaniu nadzoru prewencyjnego, sąd może nałożyć na osobę stwarzającą zagrożenie obowiązek poddania się odpowiedniemu postępowaniu terapeutycznemu. W postanowieniu sąd wskazuje podmiot leczniczy, w którym postępowanie terapeutyczne ma być prowadzone.

Osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w ośrodku zostaje objęta odpowiednim postępowaniem terapeutycznym, którego celem jest poprawa stanu jej zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

Świadczenia zdrowotne, których nie można udzielić w ośrodku, są udzielane umieszczonej w nim osobie stwarzającej zagrożenie w pierwszej kolejności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.

Inne podmioty lecznicze niż wymienione współdziałają w zapewnieniu umieszczonej w ośrodku osobie stwarzającej zagrożenie świadczeń zdrowotnych, gdy jest konieczne:

- natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie jej życia lub zdrowia,
- przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia, pielęgnacji lub rehabilitacji.

Wobec umieszczonej w ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie można zastosować przymus bezpośredni, jeżeli:

- dopuszcza się zamachu na życie lub zdrowie własne albo innej osoby lub na bezpieczeństwo powszechne,
- w sposób gwałtowny niszczy lub uszkodza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu,
- zachowuje się w sposób powodujący poważne zakłócenia w funkcjonowaniu ośrodka,
- próbuje samowolnie opuścić ośrodek,
- nawołuje inne osoby umieszczone w ośrodku do zachowań określonych powyżej,
- próbuje oddalić się samowolnie, gdy przebywa poza terenem ośrodka w związku z udzielaniem jej świadczeń zdrowotnych.

Przymus bezpośredni można zastosować prewencyjnie:

- w celu zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się osoby pozostającej pod nadzorem służby ochrony poza ośrodkiem,
- jeżeli zachowanie osoby stwarzającej zagrożenie wskazuje, że jest to niezbędne dla zapobieżenia jej agresji lub autoagresji.

Wobec umieszczonych w ośrodku osób stwarzających zagrożenie można stosować przymus bezpośredni polegający na:

- 1) przytrzymaniu,
- 2) przymusowym zastosowaniu produktów leczniczych,
- 3) założeniu pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa,
- 4) izolacji,
- 5) użyciu: kajdanek, pałki służbowej, ręcznego miotacza substancji obezwładniających.

Przymus bezpośredni określony w pkt 1–4 stosuje lekarz lub pielęgniarka, a określony w pkt 1 i 5 – pracownik służby ochrony.

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego określonego w pkt 1 decyduje lekarz albo pracownik służby ochrony; w przypadku różnicy zdań rozstrzygająca jest decyzja lekarza.

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego określonego w pkt 2–4 decyduje lekarz.

Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Lekarz, po osobistym zbadaniu osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni, podejmuje decyzję w zakresie dalszego stosowania przymusu bezpośredniego.

Osoba decydująca o zastosowaniu przymusu bezpośredniego określa jego rodzaj oraz osobiście stosuje przymus bezpośredni lub nadzoruje jego stosowanie.

Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Izolację oraz założenie pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa zleca się na czas nie dłuższy niż 4 godziny.

Lekarz, po osobistym zbadaniu osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni określony wyżej, może przedłużyć jego stosowanie na następne dwa okresy, nie dłuższe niż 6 godzin.

Po 16 godzinach stosowania przymusu bezpośredniego każde dalsze jego przedłużenie na kolejny okres, nie dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po osobistym zbadaniu przez lekarza osoby, wobec której zastosowano ten przymus, oraz uzyskaniu opinii innego lekarza.

Nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy sąd, na podstawie opinii lekarza psychiatry oraz wyników postępowania terapeutycznego, ustala, czy jest niezbędny dalszy pobyt w ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie.

Kierownik ośrodka co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię lekarza psychiatry o stanie zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w ośrodku i o wynikach postępowania terapeutycznego.

Sąd, uwzględniając wniosek osoby umieszczonej w ośrodku, wniosek kierownika ośrodka albo z urzędu może w każdym czasie postanowić o wypisaniu osoby z ośrodka, jeżeli wyniki postępowania terapeutycznego i zachowanie tej osoby uzasadniają przypuszczenie, że jej dalszy pobyt w ośrodku nie jest konieczny.

Na podstawie przepisów ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2013 r., poz. 217) pracownikom Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, którzy przy wykonywaniu swoich obowiązków mają bezpośredni kontakt z osobami, wobec których sąd orzekł o umieszczeniu w tym podmiocie, przysługuje dodatek w wysokości od 10 do 50 proc. miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

22 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 89.

22 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 stycznia 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 88.




**FUNDACJA
PRO SENIORE**

im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej

POMÓŻMY TYM, KTÓRZY NAM POMAGALI

Fundacja „Pro Seniore” jest organizacją pożytku publicznego

Przekaż 1% podatku

KRS nr: 0000250527

nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

www.proseniore.pl

Rozporządzenie określa szczegółowe warunki i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonej w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym na podstawie ustawy z 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

Świadczenia zdrowotne, których nie można udzielić w ośrodku, są udzielane umieszczonej w nim osobie stwarzającej zagrożenie w pierwszej kolejności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.

Podmioty lecznicze inne niż te, o których mowa wyżej, współdziałają w zapewnieniu umieszczonej w ośrodku osobie stwarzającej zagrożenie świadczeń zdrowotnych, gdy jest konieczne:

- natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia tej osoby,
- przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia, pielęgnacji lub rehabilitacji.

W sytuacjach, o których mowa wyżej, kierownik ośrodka decyduje o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie umieszczonej w ośrodku.

Ponadto, jeżeli zachodzi konieczność transportu osoby umieszczonej w ośrodku, zalecenie dotyczące rodzaju środka transportu sanitarnego oraz zalecenie konieczności zapewnienia podczas transportu obecności osoby wykonującej zawód medyczny lub pracownika służby ochrony określa kierownik ośrodka.

Osobę umieszczoną poddaje się badaniom wstępnym: podmiotowym (wywiad chorobowy) i przedmiotowym (fizykalnym).

Osobę umieszczoną ośrodku poddaje się badaniom niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni roboczych od dnia jej przyjęcia.

Kierownik ośrodka występuje do podmiotu, w którym osoba umieszczona ostatnio przebywała, o przekazanie do ośrodka dokumentacji medycznej tej osoby.

Indywidualny plan terapii osoby umieszczonej ośrodka kierownik ośrodka sporządza na podstawie opinii psychiatry i psychologa.

W przypadku gdy psychiatra zaleci również leczenie farmakologiczne, wpisuje się je do indywidualnego planu terapii osoby umieszczonej w ośrodku.

Zlecenia lekarskie z zakresu farmakoterapii związane z przygotowaniem i wydaniem dawek leków wykonuje pielęgniarka.

Nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy psychiatra w porozumieniu z psychologiem dokonują analizy skuteczności dotychczasowego postępowania terapeutycznego wobec osoby umieszczonej w ośrodku.

W razie potrzeby kierownik ośrodka na podstawie dokonanej analizy sporządza zmiany w indywidualnym planie terapii osoby umieszczonej w ośrodku.

22 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 87.

Rozporządzenie określa sposób dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób umieszczonych w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym na podstawie ustawy z 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób umieszczonych w ośrodku podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, w której zamieszcza się:

- rodzaj zastosowanego przymusu bezpośredniego,
- przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniające wybór rodzaju zastosowanego przymusu bezpośredniego,
- miejsce i czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego ewentualnego przedłużenia,
- informację o uprzedzeniu osoby umieszczonej w ośrodku przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że przymus ten ma zostać wobec niej zastosowany.

Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w księdze raportów pielęgniarskich, w której, poza informacjami, o których mowa wyżej, odnotowuje się również następujące informacje:

- imię i nazwisko osoby decydującej o zastosowaniu przymusu bezpośredniego,
- imiona i nazwiska osób wykonujących przymus bezpośredni,
- przebieg stosowania przymusu bezpośredniego, w tym skutki jego stosowania dla zdrowia osoby umieszczonej w ośrodku, wobec której został podjęty.

Do indywidualnej dokumentacji medycznej dołącza się również notatkę służbową pracownika służby ochrony sporządzoną na okoliczność zastosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z przepisami ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

22 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 stycznia 2014 r. w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 86.

Fundacja Lekarska
PRO SENIORE
im. Lekarzy Poległych i Pomordowanych
w czasie II Wojny Światowej



POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM, DZWONIĄC POD NUMER:

704 277 577

Koszt każdego jednorazowego połączenia wynosi 2,03 zł netto (2,50 zł z VAT)

Usługa dostępna dla abonentów sieci:



Usługa świadczona jest przez firmę:



Zakładem psychiatrycznym wykonującym obserwację orzeczoną przez sąd na podstawie wniosku biegłych lekarzy psychiatrów, zgodnie z przepisami ustawy z 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, jest Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu.

22 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 20.

29 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, opublikowane w DzU z 2014 r. poz. 66.

Ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego obejmują m.in.:

- przeprowadzenie wywiadu medycznego obejmującego informacje o stanie zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- przekazanie osobie dzwoniącej informacji o zadysonowaniu zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, albo – w razie stwierdzenia, na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego, braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego – poinformowanie osoby dzwoniącej o odmowie zadysonowania zespołu ratownictwa medycznego, z podaniem przyczyn odmowy i zaleceń dotyczących dalszego postępowania,
- zadysonowanie zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem najkrótszego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
- wskazanie, na żądanie zespołu ratownictwa medycznego, szpitalnego oddziału ratunkowego lub właściwego ze względu na stan zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego szpitala, do którego ta osoba może być przewieziona.

Wywiad medyczny przeprowadza się z uwzględnieniem zaleceń wynikających z aktualnej wiedzy medycznej dotyczącej stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wywiad medyczny obejmuje pytania zadawane osobie dzwoniącej przez dyspozytora medycznego, pozwalające w szczególności na:

- ustalenie, czy osoba, której dotyczy powiadomienie o zdarzeniu, znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- podjęcie decyzji o zadysonowaniu zespołu ratownictwa me-

dycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, albo – w razie stwierdzenia, na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego, braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego – o odmowie zadysonowania zespołu ratownictwa medycznego.

Od 1 lipca 2014 r. wywiad medyczny będzie przeprowadzany z uwzględnieniem algorytmu przeprowadzania wywiadu medycznego, udostępnionego dyspozytorowi medycznemu przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, stanowiącego pisemny zbiór pytań i rekomendacji wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego, ustalonego na podstawie zaleceń wynikających z aktualnej wiedzy medycznej.

Dyspozytor medyczny w razie zaistnienia problemów, których rozwiązanie wykracza poza jego umiejętności i uprawnienia, zwraca się do lekarza dyżuru, wyznaczonego przez dysponenta jednostki, lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego o udzielenie niezbędnych informacji, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną dotyczącą stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego.

22 lutego 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra środowiska z 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 107.

Dokument potwierdzający unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych jest wydawany w postaci zestawienia wyszczególniającego rodzaje i masę zakaźnych odpadów medycznych poddanych unieszkodliwieniu w ciągu jednego miesiąca kalendarzowego.

Wzór dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych jest określony w załączniku do rozporządzenia.

Dokument potwierdzający unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych jest wydawany w postaci dokumentu papierowego, opatrzonego podpisem posiadacza odpadów, który unieszkodliwił zakaźne odpady medyczne przez termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych, albo w formie dokumentu elektronicznego, podpisanego bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą kwalifikowanego certyfikatu lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP.

Dokument potwierdzający unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych jest przekazywany wytwórcy tych odpadów oraz wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska, właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania zakaźnych odpadów medycznych, nie później niż po upływie 14 dni od końca miesiąca kalendarzowego, którego dotyczy.

WYDAWCA BIULETYNU „MIESIĘCZNIK OIL W WARSZAWIE PULS”: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie **REDAKCJA:** 00-070 Warszawa, ul. Kozia 3/5, lok. 31, faks 22-850-18-08, puls@oilwaw.org.pl **REDAKTOR NACZELNA:** Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-850-18-10, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl **SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieżańska, tel. 22-850-18-10, k.biezanska@oilwaw.org.pl **KOLEGIUM REDAKCYJNE:** Stanisław Ancyparowicz, Włodzimierz Cerański, Zbigniew Czernicki, Janusz Garlicki, Wiesław Jędrzejczak, Tadeusz Kalbarczyk, Jerzy Kruszewski, **Wojciech Maria Kus**, Ryszard Majkowski, Stanisław Niemczyk, Grażyna Pacocha, Wojciech Rowiński, Elżbieta Rusiecka-Kuczałek, Danuta Samolczyk-Wanyura, Mieczysław Szatanek, Tadeusz Tołłoczko, Andrzej Włodarczyk **KOMENTATORZY:** Marek Balicki, Elżbieta Cichočka, Janina Jankowska, Paweł Walewski **PUBLICYŚCI:** Ewa Dobrowolska, Małgorzata Kukowska-Skarbek **WSPÓŁPRACUJĄ:** Jerzy Borowicz, Anetta Chęcińska, Beata Kozyra-Lukasiak, Anna Mazurkiewicz, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Krzysztof Sankiewicz, Jacek Walczak, Maciej Wierzyński, Justyna Wojteczek, Tadeusz M. Zielonka **SEKRETARIAT REDAKCJI:** Iwona Stawicka, tel. 22-850-18-10 **ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:** tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl **REKLAMA I MARKETING:** Renata Klimkowska, tel./faks 22-828-36-39, tel. 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl **OPRACOWANIE GRAFICZNE:** Artmedia Partners, tel. 601-20-14-12 **KOREKTA:** Lidia Sadowska-Szłaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o., Płońsk, ul. Mazowiecka 2, tel. 23-662-23-16, elanders@elanders.pl

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.

HONDA

The Power of Dreams

NOWY CR-V



Opiekujecie się nami,
teraz my zatroszczymy się o Was

Koniecznie zapytaj o szczegóły:

tel: + 48 22 665 93 23, wew. 100
+ 48 600 912 700 - Anna Koma
+ 48 600 912 500 - Stanisław Dzwonkowski
e-mail: salon@autowest.pl



Autowest Sp.j. - autoryzowany dealer Hondy
ul. Juliusza Konstantego Ordona 5
01-237 Warszawa
www.autowest.pl



**Zdrowie
Wellness
Ekologia
Prestiż
Styl**



HONKA - współczesne domy z bali

Dom Honki jest zdrowym miejscem, gdzie naturalne cechy drewna odgrywają istotną rolę. Bala sprzyjają ogólnemu zadowoleniu tworząc zdrowe środowisko życia, gdzie dobra jakość powietrza oraz akustycznie i estetycznie przyjazne wnętrza łączy się z nowoczesną architekturą i ekologicznym budownictwem. Korzyści wynikające z budowy domu lub innych konstrukcji z bali są nieograniczone, niezależnie od tego czy jest to dom jednorodzinny, dom wakacyjny, sauna, a nawet cała wioska domków letniskowych. Oprócz unikalnych domów zaprojektowanych indywidualnie i zbudowanych na zamówienie, oferujemy zróżnicowaną gamę gotowych domów, których budowa jest szybka i prosta. Ciepły, przytulny, ekologiczny i zdrowy dom z bali, który pięknie komponuje się ze środowiskiem naturalnym jest istotą komfortu oraz jakości życia i z pewnością będzie służył następnym pokoleniom.

www.honka.pl

Projekty i budowa domów z bali -
Autoryzowany Przedstawiciel HONKA w Polsce :

Findrewno Sp z o.o.

Strońsko 58 (k / Zduńskiej Woli)

PL 98-161 Zapolice

tel. + 48 601 394 934, +48 662 070 003

www.findrewno.pl



HOME OF PREMIUM LIVING