



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

maj 2014 nr 5

Prof.
dr hab. n. med.
Piotr Rutkowski
– Czerniak jest
do wyleczenia
[str. 24]

XXXIV Okręgowy
Zjazd Lekarzy
OIL w Warszawie
[str. 4]

Zakażenia
inwazyjne
też groźne
– rozmowa
z prof.
dr hab. n. med.
Walerią
Hryniewicz
[str. 28]

Paweł Kowal
– Minutka
dla malkontentów
[str. 36]

Maracana
[str. 44]



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 dentyistów Marta Klimkowska-Misiak
tel. 22-542-83-56

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

asystentki: 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

asystentka: 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. 22-542-83-40, 42

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

Księgowość – Janina Potentas; tel. 22-542-83-35
Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79
Agnieszka Stefaniak-Giza; tel. 22-542-83-54

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

Składki – kierownik Marcin Trocki; tel. 22-542-83-38
Maciej Lisieski, 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. 22-542-83-25
mec. Paweł Jannasz; tel. 22-542-83-28
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. 22-542-83-64
prac. biura: Julita Kwatyniec; tel. 22-542-83-48

Okręgowa Komisja Wyborcza
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Sylwia Jaworska, Artur Obzejta, Dominika Siporska,
Ewa Skoneczna; tel. 22-542-83-14, 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**
przewodniczący Rafał Paluszkiwicz
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 Dentyistów
przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy
przewodniczący Roman Olszewski
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej
przewodniczący Konstanty Radziwiłł
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
przewodniczący Krzysztof Schreyer
prac. biura: Halina Skoczek; tel. 22-542-83-48

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy
przewodniczący Andrzej Morliński
prac. biura: Izabella Ziółkowska-Hryciuk, Renata Sobolewska
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, Izabella Ziółkowska-Hryciuk
tel. 22-542-83-30

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

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy
Bohdan Woronowicz; tel. 602-60-77-22
prac. biura: Maja Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

Rzecznik Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
prac. biura: Maja Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

Mediator
Krzysztof Bielecki; e-mail: prof.bielecki@gmail.com
prac. biura: Maja Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy i Lekarzy Dentyistów**
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, Renata Szparaga
tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30
pon. i czw. 7.45–15.00, wt.–śr. 7.45–17.00, pt. 8.05–15.00

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

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

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



Nasze pokoje gościnne



Koleżanki i Koledzy,

miło nam poinformować Szanownych Państwa, że od maja 2014 r. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie udostępniła pokoje gościnne w budynku przy ul. Puławskiej 18 (wejście od ul. Reytana). Zapraszamy szczególnie lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy chcieliby skorzystać z naszej skromnej bazy noclegowej. Do dyspozycji są trzy pokoje dwuosobowe, każdy z osobną łazienką i telewizją kablową.

Naszą propozycję składamy również innym izbom lekarskim, a także Koleżankom i Kolegom z Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.

Szczegółowe informacje znajdują Państwo wkrótce na stronie internetowej OIL w Warszawie www.warszawa.oil.org.pl
Serdecznie zapraszamy.

Tadeusz Pawlikowski

Nowi pełnomocnicy



Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy
Bohdan Woronowicz

dyżury w siedzibie Izby: środy – 11.00–14.00
tel.: 602-670-722 lub 22-542-83-08
e-mail: b.woronowicz@oilwaw.org.pl



Rzecznik Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
tel.: 784-98-65-57



Mediator
Krzysztof Bielecki
e-mail: prof.bielecki@gmail.com
dyżury w siedzibie Izby (po umówieniu):
poniedziałki – 13.00–15.00

Wspólny sekretariat pracowników biura Maja Świerczewska-Chrzęszcz, tel.: 22-542-83-08



Nr 5 (229) maj 2014

Na okładce:
prof. Piotr Rutkowski
(fot. P. Wierchowski)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ Nasze pokoje gościnne	1
▶ powiem wprost	3
▶ Obradował XXXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie	4
▶ Innowacyjność w medycynie	10
▶ trzy pytania do...	
▶ Niełatwe życie badacza	11
▶ Recepty lekarskie – zasady wystawiania	14
▶ Komentarz przewodniczącego Komisji Etyki ORL	17
▶ Pomóc lekarzom	19
▶ etyka	20
▶ Choroby rzadkie	22
▶ Światowy Dzień Gruzlicy	23
▶ Czerniak jest do wyleczenia	24
▶ listy	27
▶ Zakażenia inwazyjne też groźne	28
▶ z Mazowsza	30
▶ z Delegatury Radomskiej	32
▶ Problemy medyczne wieku...	35
▶ Opieka paliatywna	35
▶ karty historii	39
▶ sylwetki	40
▶ literatura i życie	42
▶ Ulżyć cierpieniu	43
▶ podróże	44
▶ pożegnania	46
▶ nowe przepisy prawne	47
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Walewski	12
▷ Karczewski	13
▷ Balicki	16
▷ Cichocka	17
▷ Kowal	36
▷ Jankowska	37
▷ SMS z Krakowa	38
▷ Müldner-Nieckowski	38



Miało być dobrze...

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

W kwietniu w Senacie miała się odbyć debata liderów dwóch największych partii – PiS i PO, dotycząca problemów polskiej służby zdrowia. Tak zaplanował to sobie prezes Jarosław Kaczyński, który wyzwał na pojedynek premiera Donalda Tuska.

Pomysłu, polegającego na zmianie tematu w trwającej już kampanii wyborczej z problemów związanych z Ukrainą na problemy naszej ochrony zdrowia, nie udało się zrealizować. Bezpieczniejszym tematem dla rządzących jest bowiem ewentualne zagrożenie Polski napadnięciem wojsk rosyjskich – to lepiej podbija słupki popularności niż problematyka wewnętrzna. O debacie pisze w „Pulsie” wicemarszałek Stanisław Karczewski. Paweł Walewski rozważa natomiast, jaki w ogóle sens ma debatowanie o zdrowiu – polecam jego felieton.

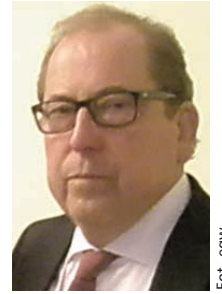
Jeden z portali zacytował niedawno wiceministra zdrowia Igora Radziejewicza-Winnickiego, który uznał działającą od dwóch lat Ustawę o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych za wielki sukces i „bardzo duży przełom w polskim systemie opieki zdrowotnej”. Powiedział też: „Znacznie zwiększył się dostęp pacjentów do leków i bardzo zmniejszyła się cena tych leków. Naprawdę to, co wydarzyło się przez dwa lata, jest imponujące”. Chyba niewiele osób podziela ten pogląd.

Ustawa refundacyjna miała sprawić m.in., że pacjenci będą mniej płacić za leki. Tak się nie stało. Restrykcyjne przepisy spowodowały, że około 50 proc. lekarzy nie podpisało z NFZ umowy o wystawianiu recept refundowanych. A w miarę upływu czasu coraz więcej osób, które taką umowę podpisały, wystawia recepty w taki sposób, że apteki sprzedają je ze 100-proc. odpłatnością. Jedynym beneficjentem jest NFZ. Uboczny skutek owej ustawy to brak niektórych leków w aptekach. W ramach eksportu równoległego sprzedawane są one nie u nas, lecz w innych krajach UE. Wiele leków innowacyjnych nie znalazło się na liście leków refundowanych, bo ich producenci nie zgodzili się na obniżenie ceny, oczywiście ze szkodą dla pacjentów. Wprowadzenie sztywnych marż doprowadziło do bankructwa wiele aptek rodzinnych. Miało więc być dobrze, a wyszło jak zwykle...

Od prawie dwóch lat zastanawiamy się, jak to możliwe, że minister zdrowia nic nie robi, a jeśli już, to prezentuje pomysły – łącznie z pakietem antykolejkowym i zniesieniem limitów w onkologii – nierealne, i dalej jest ministrem. Według Fundacji Watch Health Care, monitorującej dostępność świadczeń gwarantowanych, w lutym i marcu 2014 r. na wizytę u ginekologa onkologa czeka się ponad miesiąc, dwa tygodnie dłużej niż w październiku i listopadzie 2013 r., a do hematologa – blisko 2,5 miesiąca, czyli 1,5 miesiąca dłużej. Minister jest źle oceniany w sondażach i otwarcie walczy z lekarzami. Dlaczego premier, inteligentny i wytrawny polityk, to toleruje? Może dlatego, że nie wpadł na taki pomysł, jaki zrealizował, jak głosi fama, jeden z dyrektorów szpitali. Ów dyrektor, naśladowując być może baśniowego Haruna ar-Raszida, w przebraniu udawał pacjenta, by dowiedzieć się, jak działa jego placówka.

A może premier pamięta, że trzy rządy upadły, gdyż podjęły ryzyko reformy opieki zdrowotnej? Jedno wydaje się pewne: jeżeli środowiska medyczne nie wezmą w swoje ręce inicjatywy, nic w polskiej służbie zdrowia nie zmieni się na lepsze. ■

Lekarskie sumienie



Fot. egw

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

Czy lekarz może mieć sumienie? Według niektórych – nie. Wszystko, co zapisane w rozporządzeniach ministra i zarządzeniach prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, ma wykonywać i nie filozofować. A jak nie chce, bo mu sumienie nie pozwala, to musi wskazać lekarza, który za niego wykona np. zabieg aborcji.

Nie może być zgody naszego środowiska na taki sposób myślenia. Lekarz ma swoje prawa, ma sumienie i nikt nie może mu tego odbierać. Kiedy politycy wymyślą przepisy i wprowadzą je w życie, muszą wskazać, jak je realizować w praktyce. Nie można tych zadań przerzucać na lekarzy. My mamy leczyć chorych, nie udzielać „świadczeń medycznych”, szczególnie tych kontrowersyjnych.

Czy można prowadzić biznes medyczny w zgodzie z etyką lekarską? Odpowiedzi na to pytanie szukaliśmy w czasie konferencji zorganizowanej przez Medycynę Praktyczną. Biznes napędza zysk, pieniądze, biznes ma swoją etykę. Ale czy jest ona zawsze zgodna z etyką lekarską, dla której postacią centralną jest pacjent i jego dobro? Wszyscy prelegenci podkreślali, że komercjalizacja medycyny i jej podporządkowanie zyskowi i pieniądзом niesie wiele zagrożeń. Łatwo można dobro chorego podporządkować wymogom biznesu. Dlatego zasady etyki lekarskiej są tak ważne. One określają nieprzekraczalne granice kompromisu, gdzie dobro pacjenta musi być postawione ponad wszystkim. Za najbardziej etyczny biznes medyczny uznano ten, który zysk przeznaczają na rozwój metod leczenia.

Kolejny dylemat moralny: czy w placówkach medycznych można prowadzić monitoring wizyjny? W Polsce nie ma ogólnych przepisów dotyczących tego problemu, każdy filmuje każdego, nawet podczas badań i zabiegów w placówkach ochrony zdrowia. Rzecznik Praw Obywatelskich uważa, że regulacja w tym zakresie jest niezbędna, ze względu na ingerencję monitoringu w sferę prywatności pacjenta. Z drugiej strony stwierdzono, że obecność kamer, np. na bloku operacyjnym, korzystnie wpływa na dyscyplinę pracy i pozwala szybko wyjaśnić kwestie sporne z pacjentem lub jego rodziną. Jedno jest pewne, szybki rozwój technik wizyjnych spowoduje, że od tego problemu nie uciekniemy. Tym bardziej trzeba apelować do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o pilne opracowanie przepisów.

Nowo wybrana Naczelna Rada Lekarska obradowała po raz pierwszy 4 kwietnia 2014 r. Najważniejszym punktem porządku obrad były wybory Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej VII kadencji. Dwóch naszych kolegów objęło kluczowe funkcje w tym gremium. Romuald Krajewski został wybrany na zastępcę prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, a Konstanty Radziwiłł – na sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej. Gratuluję! Jestem bardzo zadowolony, że przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie będą mieli decydujący wpływ na działanie Naczelnej Rady Lekarskiej.

Dzień później w Centrum Kształcenia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego obradował XXXIV Zjazd Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Zjazd, dobrze zorganizowany i bardzo dobrze prowadzony przez Konstantego Radziwiłła, szybko uporał się ze sprawozdaniami. Przyjęto sprawozdanie finansowe za rok 2013 i udzielono, na wniosek komisji rewizyjnej, absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej, przyjęto preliminarz finansowy na rok 2014 i wysłuchano informacji prezesa, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego o działalności w pierwszym kwartale 2014 r. Po sprawozdaniach, podczas debaty nad propozycjami uchwał i wniosków zgłoszonych przez delegatów, wywiązała się bardzo interesująca dyskusja o bieżących trudnych sprawach w ochronie zdrowia. Dokładną informację o Zjeździe znajdą koleżanki i koledzy wewnątrz numeru. ■



Obradował
XXXIV Okręgowy
Zjazd Lekarzy OIL
w Warszawie
str. 4



Rozmowa
z Andrzejem
Kuźawczyńskim,
Rzecznikiem
Praw Lekarza
*Rzeczywistość przekroczyła
moje oczekiwania.
Nie przypuszczałem,
że przyjdzie mi się
zajmować aż tyloma
sprawami.*
str. 19



Sylwetki
Prof. dr med.
Andrzej Danysz
str. 40

Obradował XXXIV Ok OIL w Warszawie

Wolontariat lekarzy, wydłużenie czasu pracy lekarzy niektórych specjalności oraz dodatek rodzicielski dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – to niektóre kwestie dyskutowane podczas XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy OIL w Warszawie, który odbył się 5 kwietnia br.

Delegaci wysłuchali sprawozdania prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Andrzeja Sawoniego, dotyczącego działań podjętych w pierwszym kwartale 2014 r., zatwierdzili sprawozdanie finansowe OIL w Warszawie i rachunek wyników za 2013 r., przyjęli preliminarz budżetowy na rok 2014 i sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Uczestnicy Zjazdu dokonali wyborów uzupełniających do składu OSŁ oraz grona Zastępców OROZ. Lekarz Bogusław Drotleff został wybrany do Okręgowego Sądu Lekarskiego, a na Zastępców Rzecznika wybrano lekarzy: Barbarę Kozakiewicz, Grzegorza Olizarowskiego oraz Adama Pietrzaka.

Delegaci zapoznali się z informacją o działaniach podjętych przez nowego prezesa ORL Andrzeja Sawoniego i Radę w pierwszym kwartale 2014 r.

Sprawy organizacyjne

W wyremontowanych nowych pomieszczeniach zorganizowane zostało Biuro Obsługi Lekarza, w którym załatwiający swoje sprawy mają bardziej komfortowe warunki niż dotychczas. Nowe pomieszczenia otrzymało biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i kancelaria Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Prezes Sawoni poinformował o rozwiązaniu umowy z dotychczas obsługującą Izbę firmą informatyczną i nawiązaniu współpracy z nową.

Rozwiązana została ponadto umowa agencyjna z firmą ubezpieczeniową Inter S.A. oraz umowa wynajmu pomieszczeń przez tę firmę w siedzibie Izby. Prezes poinformował, że ORL uznała, iż Izba nie powinna być agentem żadnej firmy ubezpieczeniowej, nie wykluczył natomiast możliwości współpracy z przedsiębiorstwami brokerskimi w przyszłości.

Do sądu został złożony wniosek o zmianę statutu oraz zarządu Fundacji *Pro Seniore*. Prezes wyjaśnił, że fundacja, założona przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, w większym stopniu będzie się zajmować działalnością gospodarczą. Poinformował o zmianie zarządu fundacji: prezesem jest, jak dotychczas, Andrzej Surowiecki, wiceprezesami – główna księgowa OIL w Warszawie Helena Jemioł i prawnik z izbowego Biura Radców Prawnych Paweł Jannasz.

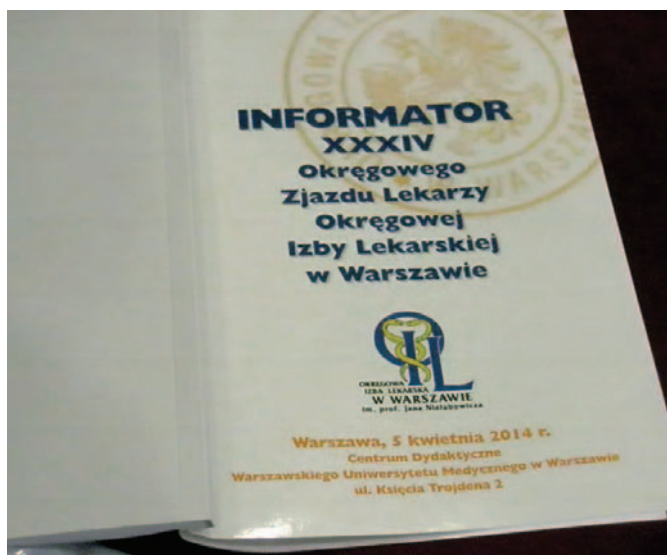
ePUAP, bezpłatna obsługa prawna dla członków OIL w Warszawie i szkolenia

Prezes zapewnił, że już niedługo lekarze będą mogli uzyskać w siedzibie Izby tzw. profil zaufany – odpowiednik bezpiecznego podpisu elektronicznego.

– *Złożyliśmy wniosek do MSWiA o wydanie certyfikatu ePUAP. Mam nadzieję, że w ciągu najbliższych dwóch, trzech tygodni otrzymamy odpowiedź* – powiedział.

Wykorzystując profil zaufany, obywatel może załatwiać sprawy administracyjne, np. wносить podania, odwołania czy skargi, drogą elektroniczną. Kiedy Izba uzyska certyfikat ePUAP, stanie się kolejnym, obok urzędów skarbowych, placówek ZUS i innych instytucji publicznych, miejscem, w którym lekarz będzie mógł uzyskać profil zaufany.

Andrzej Sawoni poinformował też o podpisaniu umowy z kancelarią prawną Dittmajer i Wspólnicy s.k. w sprawie



Okręgowej Zjazd Lekarzy

bezpłatnej dla wszystkich członków OIL w Warszawie obsługi prawnej. Zakres świadczeń obejmować ma nie tylko sprawy związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyści, ale i inne, dotyczące prawa rodzinnego, spadkowego, majątkowego itd. Uprawniony lekarz będzie mógł korzystać z natychmiastowych porad telefonicznych oraz opinii prawnych, także w sprawie pism procesowych i innych (np. pozwu czy wezwania do zapłaty).

– *Wchodzimy na ziemię nieznaną, zobaczymy, jak będzie to działało* – powiedział prezes. Dodał, że z kancelarią współpracuje Mazowiecka Izba Inżynierów Budownictwa. Koszt usług dla OIL w Warszawie to około 20 tys. zł miesięcznie.

Prawnik dla lekarza i lekarza dentyści

Od 1 maja br. lekarze i lekarze dentyści – członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zyskają szybką i nieodpłatną pomoc prawną – tego dnia zacznie obowiązywać umowa między Izbą a kancelarią Dittmajer i Wspólnicy s.k. o porady prawne.

Pod numerem telefonu: 22-647-56-05 dyżurować będą prawnicy, którzy przez siedem dni w tygodniu, w godzinach 9.00–21.00, będą udzielać porad i konsultacji (do trzech w miesiącu dla jednego uprawnionego lekarza/lekarza dentyści i nie więcej niż 12 w ciągu roku). Pytanie można też wysłać e-mailem na adres: lekarze@dittmajer.pl lub faksem pod numer: 22-820-10-21. Kancelaria ma prawo do rejestrowania rozmów oraz archiwizacji korespondencji związanej ze świadczeniem usług.

Każdy członek OIL w Warszawie jest uprawniony do otrzymania, oprócz porady lub konsultacji, dwóch dokumentów prawnych (opinii, analizy, wezwania do zapłaty, pozwu, odpowiedzi na pozew itp.) w ciągu 12 miesięcy.

Weryfikacją uprawnionego do bezpłatnej pomocy prawnej na mocy wspomnianej umowy będzie podanie numeru prawa wykonywania zawodu.

Zakres świadczeń w umowie obejmuje kwestie prawne związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyści (sprawy karne i dyscyplinarne, ochronę dóbr osobistych, obronę przed roszczeniami deliktowymi, z dziedziny prawa pracy itp.), a także inne, niezwiązane z zawodem – z dziedziny prawa rodzinnego, spadkowego, konsumencijskiego itp. – jednak poza prawem budowlanym, podatkowym, karnoskarbowym, zamówień publicznych, patentowym, autorskim). Więcej informacji na temat usług „Prawnik dla lekarza i lekarza dentyści” – na stronie internetowej OIL pod adresem: www.oilwaw.org.pl

Izba podjęła kroki w kierunku rozszerzenia oferty szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Podpisana została umowa z Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa dotycząca szkoleń dla lekarzy w zakresie leczenia krwią.

Ponadto – jak poinformował Andrzej Sawoni – prowadzone są rozmowy z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego dotyczące zorganizowania przez Izbę kursu specjalizacyjnego dla lekarzy z zakresu zdrowia publicznego. Prawdopodobnie jeszcze w roku bieżącym będzie można zorganizować dwa kursy, łącznie dla 120 lekarzy w trakcie specjalizacji.

Odnaczenia

Podczas Zjazdu wręczono pięć Medali im. dr. Jerzego Moskwy. Wśród odznaczonych znalazło się czworo powstańców warszawskich: Jan Gliński, który już w 1944 r. był lekarzem, oraz trzy ówczesne sanitariuszki, które po wojnie ukończyły medycynę: Irena Grohman-Fleszer, Hanna Kumuniecka-Chełmińska, Halina Jędrzejewska.



Fotografie: egw

Halina Jędrzejewska, dziękując za odznaczenie, powiedziała, że uhonorowano ją i pozostałe osoby dlatego, że całe ich życie było takie, jakie cenił dr Moskwa. Dr Fleszarowa w swojej pracy była pełna empatii i współczucia dla pacjentów. Dr Chełmińska, sanitariuszka pułku „Baszta”, ranna w czasie Powstania, po wojnie pomagała wielu osobom. Dr Gliński, obecnie 98-letni, tuż po wojnie organizował szpital w Rudce dla rannych powstańców. Jest też autorem słownika biograficznego polskich lekarzy z czasów wojny i okupacji. Nadal pracuje. Piątą odznaczoną osobą jest dr Maria Danielska-Klimek.

Uchwały i wnioski

Podczas poprzedniego Zjazdu, z uwagi na brak quorum, nie odbyła się dyskusja nad złożonymi projektami uchwał i wniosków. Tym razem tak nie było. Nie wszystkie projekty uchwał zostały jednak przyjęte. Kwestią sporną okazała się sprawa wolontariatu lekarzy i lekarzy dentyistów. Wobec trudności w sformułowaniu stanowiska, które zapewniłoby dbałość o lekarzy i lekarzy dentyistów zmuszonych do pracy w ramach wolontariatu, ale też o tych, którzy z własnej, nieprzymuszonej woli są wolontariuszami (na przykład w organizacjach pozarządowych), postanowiono, że sprawą zajmie się Okręgowa Rada Lekarska.

– *Prawdą jest, że niektórzy lekarze w trakcie specjalizacji podejmują się wolontariatu dobrowolnie, i prawdą jest, że zdarzają się sytuacje, w których lekarze do wolontariatu są zmuszani. Okręgowa Rada Lekarska na pewno zajmie się tym problemem, z pomocą Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentyistów. Powstanie stanowisko, które Zjazd będzie mógł przyjąć* – obiecał prezes Sawoni.



Mniej dyskusji wzbudziła kwestia wydłużenia czasu pracy niektórych grup pracowników medycznych na mocy art. 214 ustawy o działalności leczniczej (chodzi m.in. o lekarzy radiologów). Zjazd domaga się, by pracownikom, którym wydłuża się czas pracy, przysługiwała godziwa rekompensata.

Delegaci poparli też apel o „becikowe”, czyli podjęcie działań przez Okręgową Radę Lekarską w celu ustanowienia dla członków OIL w Warszawie dodatku rodzicielskiego w przypadku narodzin dziecka. ORL miałyby wypracować rozwiązanie do 1 stycznia 2015 r.

Zjazd poparł w całości stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z 4 kwietnia 2014 r. w sprawie tzw. pakietu antykorupcyjnego przedstawionego przez premiera i ministra zdrowia (www.warszawa.oil.org.pl).

Jednym z punktów obrad było wystąpienie dr. n. med. Bohdana Woronowicza, pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków OIL w Warszawie, który przedstawił swoje zadania.

Z problemem uzależnień zmagają się wielu lekarzy. Z badań wynika, że w USA jest ich około 8–12 proc., w Anglii 7 proc. W naszym kraju nie prowadzono takich badań, ale szacuje się, że około 10 proc. lekarzy ma ów problem. Zatem 2,5–3 tys. lekarzy i lekarzy dentyków na Mazowszu jest uzależnionych od alkoholu, narkotyków lub leków.

A przecież praca w stanie nietrzeźwym to naruszenie godności zawodu. Kodeks Etyki Lekarskiej mówi o zachowaniu trzeźwości i obowiązującego prawa. Czy lekarz po spożyciu alkoholu (leków) może wykonywać swoje obowiązki w rozumieniu art. 53 ustawy o izbach lekarskich i art. 1 KEL? – pytał dr Woronowicz.

Do zadań pełnomocnika zaliczył m.in.: zbieranie informacji o faktach nadużywania substancji psychoaktywnych, kontakty z lekarzami wymagającymi pomocy w celu zdiagnozowania problemu, pomoc w znalezieniu ośrodka leczącego i monitorowanie przebiegu terapii, wnioskowanie o powołanie komisji orzekającej w zakresie niezdolności do wykonywania zawodu, występowanie do Rady Funduszu Samopomocy o zapomogę dla osoby leczącej się.

Dr Woronowicz zwrócił uwagę, że lekarzom szczególnie łatwo uzależnić się od alkoholu czy leków ze względu na szereg okoliczności „sprzyjających”: stres, nieregularny czas pracy, dyżury grupowe, łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych i do leków łagodzących skutki nadużycia alkoholu. A w podejmowaniu terapii nie pomaga traktowanie alkoholizmu jak tematu tabu oraz fałszywie pojęta solidarność, wreszcie tolerowanie picia ze strony przełożonych. Wszystko to odwleka decyzję o podjęciu leczenia. ■

Małgorzata Skarbek, Justyna Wojteczek

OBWIESZCZENIE

przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej
z 5 kwietnia 2014 r.
o wynikach wyborów uzupełniających
członka Okręgowego Sądu Lekarskiego
w Warszawie

Na podstawie §45 ust. 1 uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, będącego załącznikiem do obwieszczenia nr 2/12/VI prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 29 marca 2012 r., w związku z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt 6–8 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), ogłasza się, co następuje:

§1

Na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie o wynikach wyborów uzupełniających członka Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie, sporządzonego przez Komisję Wyborczą Okręgowego Zjazdu Lekarzy, w wyniku przeprowadzonych wyborów uzupełniających **na członka Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie** na okres VII kadencji 2013–2017 został wybrany **Bogusław Drotlef – lekarz**.

OBWIESZCZENIE

przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej
z 5 kwietnia 2014 r.
o wynikach wyborów uzupełniających
zastępców Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
w Warszawie

Na podstawie §45 ust. 1 uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, będącego załącznikiem do obwieszczenia nr 2/12/VI prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 29 marca 2012 r., w związku z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt 6–8 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), ogłasza się, co następuje:

§1

Na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie o wynikach wyborów uzupełniających zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie, sporządzonego przez Komisję Wyborczą Okręgowego Zjazdu Lekarzy, w wyniku przeprowadzonych wyborów uzupełniających **na zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie** na okres VII kadencji 2013–2017 zostali wybrani:

- 1) **Barbara Kozakiewicz – lekarz**
- 2) **Grzegorz Olizarowski – lekarz**
- 3) **Adam Pietrzak – lekarz**.

Przewodniczący
XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Konstanty Radziwiłł

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka



Fotografie: egw

14 czerwca 2014 roku

w Starej Miłosnej, w miejscu stacjonowania
Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej
Wojska Polskiego, odbędzie się w godz. 10.00 – 20.00

V RODZINNY PIKNIK integracyjny

samorządów zawodów zaufania publicznego

WIĘCEJ INFORMACJI NA:
www.proseniore.pl

Wjazd od ulicy 1 Praskiego Pułku w Wesolej
za Hotelem Villa Park Wesofa

ATRAKCJE:

- Ekspozycja sprzętu bojowego:
 - czołg PT-91,
 - bojowy wóz piechoty,
 - opancerzony transporter rozpoznawczy BRDM-2,
- Dmuchane miasteczko dla dzieci,
- Ścianka wspinaczkowa,
- Zorbing,
- Segway,
- Symulator dachowania samochodem,
- Symulator surfingu,
- Turniej piłki siatkowej,
- Turniej piłki nożnej na gigantycznych piłkarzykach,
- Zawody na ergometrach wioślarskich,
- Laserowy paintball,
- Jazda na koniach i kucykach
i wiele innych atrakcji.

PROGRAM ARTYSTYCZNY

KUBA SIENKIEWICZ TRIO

ZESPÓŁ CARDIOBAND

ZESPÓŁ KLIPER

WYSTĘP DLA DZIECI

„Raz, dwa, trzy – szalejesz Ty”

Roztańczone, niezwykle
show, pełne konkursów
i zabaw

Teatr Baniek Mydlanych
Zumba

PIKNIK POPROWADZI

STANISŁAW BANASIUK

WSTĘP TYLKO Z ZAPROSZENIEM
ODBIÓR DARMOWYCH ZAPROSZEŃ
U ORGANIZATORÓW



ORGANIZATORZY:





BEZPIECZNY LEKARZ

REKLAMA

Witamy w kolejnym odcinku cyklu **BEZPIECZNY LEKARZ**, poświęconego analizie przypadków 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, mogłoby się wydawać, że w obliczu roszczeń zgłaszanych przez pacjentów lekarze są poniekąd bezradni. Wiemy doskonale, że nikomu nie można ograniczyć prawa do sądu i pacjent – nawet, gdy jego twierdzenia są niezasadne – może pozwać lekarza. Stwierdzenie winy lekarza pozostaje w gestii sądu. Czy jednak rzeczywiście lekarz nie ma żadnego wpływu na wynik postępowania?*

Niezależnie od tego, czy pozwie lekarza pacjent, czy jego zakład ubezpieczeń (albo też oba te podmioty jednocześnie), właśnie lekarz pozostaje osobą, która ma najwięcej informacji o udzielonym świadczeniu medycznym, jest w stanie polemizować z tezami pacjenta, przedstawiać inny punkt widzenia na zabieg czy leczenie. Dlatego wycofanie się przez lekarza ze sprawy, nieskładanie wyjaśnień i nieudostępnienie dokumentów jest najgorszą z możliwych strategii i może mieć dla niego negatywne skutki.

Dobrze obrazuje to poniższy przykład. Pacjent stawiał się u lekarza w celu dokonania zastrzyku w okolice barku. Po kilkunastu dniach od wykonania zastrzyku zgłosił się na oddział chirurgii urazowej z powodu objawów ropnej infekcji okolicy barku prawego. Po wykonaniu badania USG oraz badań biochemicznych usunięto z okolicy mięśnia dwugłowego ramienia około 40 ml treści ropnej. Po kilku-miesięcznej poprawie stanu zdrowia pacjent trafił po raz kolejny na oddział. Podejrzewano zmiany zapalne w obrębie barku. Na podstawie przeprowadzonych badań zdiagnozowano zapalenie zarostowe torebki stawu ramiennego. Mimo leczenia zachowawczego, stan zdrowia pacjenta się nie poprawił. Wystąpiło zapalenie mięśnia dwugłowego, a po jego ustąpieniu pozostały silne bóle barku. Rehabilitacja przyniosła tylko częściowe efekty – pacjent nadal porusza ręką w ograniczonym zakresie.

Pacjent przypuszczał, że przyczyną jego problemów było niezachowanie przez lekarza wykonującego zastrzyk należytej higieny w miejscu pracy, co skutkowało wszczęciem bakterii do organizmu. Zwrócił się do lekarza z prośbą o udzielenie wyjaśnień w tej kwestii. Lekarz nie chciał rozmawiać z pacjentem, podał mu tylko numer swojej polisy ubezpieczenia OC. Pacjent zgłosił szkodę, jednak zakład ubezpieczeń nie mógł wydać żadnej decyzji, bo lekarz – mimo wielokrotnych monitów i telefonów – nie dostarczył żadnej dokumentacji ani nie złożył wyjaśnień.

*Po otrzymaniu decyzji odmownej, z uwagi na brak dokumentów w sprawie, pacjent skierował roszczenie przeciwko lekarzowi do sądu. **Bierna postawa lekarza w procesie doprowadziła do wydania niekorzystnego wyroku***

i zasądzenia roszczenia pacjenta w pełnej wysokości (160 tys. zł). Ponieważ sytuacja miała miejsce jeszcze przed zmianą przepisów i podniesieniem sum gwarancyjnych, ubezpieczyciel zgodnie z prawem wypłacił równowartość 25 tys. euro (około 100 tys. zł), pozostającą część kwoty lekarz był zmuszony zapłacić z własnej kieszeni.

Ten przykład pokazuje, jak istotne jest zaangażowanie lekarza w sprawę jeszcze na etapie, kiedy znajduje się ona u ubezpieczyciela. Gdyby lekarz przesłał dokumenty pacjenta, wysoce prawdopodobne jest, że udałoby się zawrzeć z pacjentem ugodę na o wiele niższą kwotę. Brak działania ze strony lekarza doprowadził do zwiększenia się roszczeń pacjenta i poniesienia przez samego lekarza wysokich kosztów.

Zgłoszenie się pacjenta z roszczeniem jest dla każdego lekarza sytuacją trudną i stresującą, warto więc pamiętać o kilku prostych zasadach:

- ⇒ **kiedy pacjent zgłosi się do Ciebie z roszczeniem, natychmiast poinformuj o tym swojego ubezpieczyciela;**
- ⇒ **staraj się nie ustalać niczego samodzielnie z pacjentem.** Taka „umowa” nie ma mocy ugody sądowej i nie chroni Cię przed kolejnymi żądaniami pacjenta;
- ⇒ **zadbaj o dostarczenie ubezpieczycielowi wszystkich dokumentów i wyjaśnień związanych ze sprawą.** Pamiętaj, że to Ty jako ekspert w zakresie medycyny masz na ten temat największą wiedzę!
- ⇒ **staraj się aktywnie brać udział w postępowaniu.** Jego jak najszybsze zakończenie leży w Twoim interesie!

Zatem, Koleżanko, Kolego – pamiętaj, że w trudnej sytuacji zawodowej nie jesteś sam! Skontaktuj się ze swoim doradcą INTER, nie wahaj się korzystać z infolinii przeznaczonej dla klientów. Jeżeli posiadasz ubezpieczenie ochrony prawnej, skontaktuj się z Centrum Asysty Prawnej, aby prawnicy wyjaśnili Ci przebieg postępowania sądowego i kolejne kroki, jakie należy podjąć.

Przed wszystkim: nie bądź bierny!

Do zobaczenia w kolejnym odcinku!

Dr INTER

inter
UBEZPIECZENIA

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa
www.interpolska.pl
www.bezpiecznylekarz.pl

Innowacyjność w medycynie

w szpitalu, lepszy efekt kosmetyczny przeprowadzonego zabiegu, szybszy powrót do zdrowia pacjenta, zmniejszenie liczby powikłań pooperacyjnych. Niestety, nowe technologie są kosztowne i wymagają długotrwałego uczenia się lekarzy w wysoko wyspecjalizowanych, wyposażonych w nowoczesny sprzęt ośrodkach.

W kwietniu 2014 r. w Senacie, z inicjatywy wicemarszałka **Stanisława Karczewskiego** i rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego **prof. Marka Krawczyka**, odbyła się debata na temat innowacyjności w medycynie. Jednym z tematów poruszanych w dyskusji był problem kształcenia zarówno akademickiego, jak i poddyplomowego oraz ustawicznego lekarzy, uwzględniającego najnowsze osiągnięcia medycyny.

Zdaniem prezesa Polskiej Akademii Nauk **prof. Michała Kleibera** innowacje to bardzo piękne słowo, rozumiane jako klucz do rozwoju. Aby powstawały, musi jednak istnieć synergia między poszczególnymi elementami naszego życia społecznego. Nie wystarczy tylko zwiększanie środków przeznaczonych na badania naukowe. Przede wszystkim musimy zadbać o zbudowanie powszechnego szacunku dla ludzkiej kreatywności, a z tym nie jest w naszym kraju najlepiej. Nie potrafimy się cieszyć polskimi sukcesami innowacyjnymi, mamy z tym, jak mówił prof. Kleiber, „kolosalny kulturowy problem”.

Dr hab. Tomasz Zdrojewski, kardiolog z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, wyjaśnił, w jakich obszarach systemu ochrony zdrowia w Polsce najbardziej potrzebne są innowacje. Podkreślił, na przykładzie kardiologii, jak znacząco ich zastosowanie poprawiło wyniki leczenia pacjentów przy obserwowanej cały czas wzrastającej zachorowalności, która jest jego zdaniem rezultatem niewystarczających nakładów na prewencję.

O nowych technologiach w chirurgii małoinwazyjnej mówił chirurg **prof. Tadeusz Wróblewski** z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W Polsce obecnie wykonuje się około 70 tys. laparoskopowych wycięć pęcherzyka żółciowego. Zastosowanie tej metody m.in. znacząco obniża koszty leczenia.

Innowacyjne techniki w urologii omówił **prof. Piotr Chłosta** z Collegium Medicum UJ. Przykładem jest niewątpliwie stosowany w chirurgii układu moczowego robot chirurgiczny da Vinci. Na świecie pracuje ponad 2,5 tys. tych robotów (w Polsce niestety tylko jeden), są wykorzystywane głównie w operacjach urologicznych w ginekologii oraz chirurgii jelita grubego. Połowę zabiegów wykonywanych w USA w tych dziedzinach medycyny przeprowadza się za pomocą robotów, w tym aż 84 proc. radykalnych operacji onkologicznych. Wykorzystanie robota da Vinci pozwala na niezwykle precyzyjne wycięcie zmian onkologicznych i zaoszczędzenie nerwów, dzięki czemu operowany zachowuje niezwykle ważne dla niego funkcje życiowe.

Operacje wewnątrznaczyniowe w leczeniu chorób tętnic i żył obwodowych to temat referatu **prof. Piotra Andziaka**, konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii naczyniowej, a innowacje w kardiologii – **prof. Grzegorza Opolskiego**, konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii. Prof. Opolski podkreślił, że znacząca poprawa wyników leczenia ostrego niedokrwienia serca to rezultat przede wszystkim wdrożenia nowych technologii zarówno w diagnostyce chorób układu krążenia, jak i w ich leczeniu. Wszyscy wymienieni autorzy referatów w swoich wystąpieniach wskazywali m.in. na takie zalety stosowania nowoczesnych metod, jak skrócenie pobytu chorego

Prof. Jerzy Walecki, konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, mówił o postępie we współczesnej radiologii – od obrazowania narządów do oceny funkcji i zmian molekularnych. Przypominając słuchaczom fundamentalne odkrycie Roentgena, za kolejny krok miłowy uznał ucyfrowienie obrazu w radiologii, a za „największe wydarzenie od czasu stworzenia aparatu rentgenowskiego” – wynalezienie tomografii komputerowej. Dzięki technikom innowacyjnym współczesna radiologia stała się dziedziną wielokierunkową, pomocną lekarzom wszystkich specjalności medycznych.

Radioterapia nowotworów na progu XXI w. to temat wystąpienia **prof. Jacka Fijutha** z Łódzkiego Uniwersytetu Medycznego, który podkreślił wzrastającą rolę tej metody leczenia w onkologii. Dzięki zastosowaniu technik innowacyjnych i wykorzystywaniu w klinikach takich urządzeń jak gammaknife czy cyberknife radioterapia coraz częściej zastępuje tradycyjne chirurgiczne metody leczenia. Zastosowanie technologii hadronowej pozwala dzisiaj na niezwykle skuteczne leczenie czerniaka gałki ocznej.



Fot. M. Józefaciuk

Prof. Wiesław Jędrzejczak, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii, jeden z pionierów polskiej transplantologii, przypomniał, że w naszym kraju wykonuje się 1200 przeszczepień szpiku rocznie, i że mamy około 600 tys. zarejestrowanych dawców szpiku. Mówił także o niekomercyjnych badaniach klinicznych i ich roli w rozwoju medycyny, podkreślając, że w Polsce brakuje dobrego prawa regulującego tę sferę nauki.

Prof. Mariusz Ratajczak z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego i Centrum Onkologii w Louisville w Stanach Zjednoczonych przedstawił referat poświęcony medycynie regeneracyjnej jako medycynie XXI w. Omówił wyniki badań swojego zespołu dotyczących stosowania komórek macierzystych w leczeniu różnych patologii serca. Oceniał, że zastosowanie tej techniki daje teoretycznie nieograniczone możliwości w leczeniu. ■

Andrzej Włodarczyk

Niełatwe życie badacza

PROF. DR HAB. N. MED. WIESŁAW JĘDRZEJCZAK

Fot. egw

Czy polskie prawo spełnia oczekiwania środowisk naukowych w zakresie organizacji badań klinicznych?

Niestety, nie. Przede wszystkim praktycznie poza prawem znajduje się esencja medycyny klinicznej, czyli tzw. niekomercyjne badania kliniczne, w tym wszystkie badania na bieżąco weryfikujące i ulepszające standardowe metody leczenia. Dominuje opinia, że badania kliniczne to sposób zarabiania pieniędzy przez lekarzy. Tymczasem zarabianie ma miejsce jedynie w przypadku badań sponsorowanych przez przemysł farmaceutyczny, które wszędzie na świecie stanowią niewielki odsetek prac. Do polskiego prawa (i to do prawa o aptekach) wprowadzono przepisy tylko z jednej dyrektywy Unii Europejskiej, dyrektywy podyktowanej przez prawników wielkich koncernów farmaceutycznych i zabezpieczającej interesy tych koncernów, a przepisy dotyczące badań niekomercyjnych pominięto. Indywidualny „prof. Kowalski” jako „sponsor” badania został zrównany w obowiązkach z koncernem farmaceutycznym dysponującym budżetem na badania przekraczającym całe polskie nakłady na naukę.

Jak radzą sobie polscy naukowcy w obecnej rzeczywistości (badania komercyjne i niekomercyjne)?

Badania komercyjne mają się względnie dobrze, chociaż są wyprowadzane ze szpitali publicznych, gdyż dyrektorzy boją się wyrażać na nie zgodę. W dziedzinie badań niekomercyjnych Polska staje się europejską czarną dziurą. Trochę nadrabiamy badaniami retrospektywnymi (tj. opracowywaniem wcześniejszej dokumentacji) oraz tzw. prospektywnymi badaniami obserwacyjnymi, w ramach których rejestruje się chorych przed wdrożeniem standardowego leczenia i następnie ocenia retrospektywnie wyniki. Inaczej niż w przy-

padku prawdziwych badań retrospektywnych nie można jednak wtedy retrospektywnie eliminować pacjentów, którzy nie pasują do założonej tezy. Są to więc badania bardziej obiektywne i nie wymagają żadnej zgody, gdyż nie ma tu interwencji w proces leczniczy.

Jak w Polsce badacze w dziedzinie medycyny mogą pozyskiwać środki na prowadzenie badań naukowych?

Jest z tym wielki problem. Narodowe Centrum Nauki nie finansuje badań klinicznych, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju na razie ogłosiło wielki program, ale obejmuje on niewielką liczbę badań w dziedzinie medycyny. Nie została przy tym rozwiązana kwestia, jaką część w danym badaniu ma finansować NCBiR, a jaką NFZ? Przecież z racji udziału w badaniu Polak nie przestaje być ubezpieczony w NFZ. Fundusz nie uwzględnia faktu, że medycyna musi się stale zmieniać, a innowacyjność musi być wpisana w system. W dodatku NCBiR odrzuci nawet genialny projekt, jeśli nie spełnia on choćby drobnego warunku formalnego, np. nie zawiera oświadczenia jakiegoś dyrektora albo podpisała je niewłaściwa osoba. Niewielkie środki na poziomie ośrodka klinicznego można uzyskać z tzw. działalności statutowej, a na poziomie grupy badawczej (stowarzyszenia kilku lub kilkunastu ośrodków) można się zwracać do firm farmaceutycznych o niewielkie dofinansowanie, np. darowiznę leku. Powinno być inaczej, NCBiR we współpracy z NFZ powinno finansować naukowe opracowanie danych NFZ, aby na tej podstawie wyciągnąć wnioski w celu poprawienia systemu. Obie te instytucje powinny też współdziałać w naukowym optymalizowaniu standardowego postępowania lekarskiego. ■

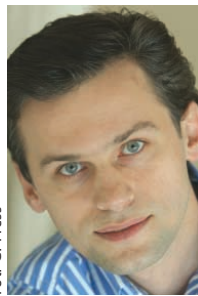
Pytała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

27 kwietnia 2014 r. kanonizacja Jana Pawła II

Zawsze patrzyłem na medycynę ze szczególną miłością, ponieważ była wybraną dziedziną mojego wcześniej zmarłego brata. Prócz tego miałem ogromnie wiele kontaktów w świecie lekarskim. Obcowałem z ludźmi – przedstawicielami nauki – to zobowiązuje. Zobowiązuje przede wszystkim do szczególnej troski o rozwój własnego człowieczeństwa.



Zdjęcie pamiątkowe wykonane podczas audiencji przedstawicieli OIL w Warszawie u Ojca Świętego w 2004 r.



Fot. G. Press

Paweł Walewski

Leczenie debatą

Najbardziej wyświechtane i zużyte słowo w polskim języku? Debata. Co tydzień otrzymuję zaproszenie na jedną, a bywa, że nawet dwie – a to poświęconą prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym, a to w związku z leczeniem chorób serca albo reformą onkologii. Nie ma w medycynie dziedziny, która nie doczekałaby się swojej debaty, tak jak nie ma posłów i polityków, którzy nie uczestniczyliby w debacie o ochronie zdrowia. Przed wyborami do Parlamentu Europejskiego plaga ta wyraźnie się nasiliła, a zapoczątkowała ją przedwyborcza bitwa między PiS i PO na początku kwietnia. Premier Tusk zbagatelizował spotkanie, wysyłając do konfrontacji z prezesem Kaczyńskim swojego ministra Arłukowicza, a prezes Kaczyński – choć miał być gospodarzem – przyszedł i zaraz wyszedł. Przy stole pozostali więc dobrzy znajomi, od lat debatujący o tym samym, po raz kolejny wytykając sobie wzajemne animozje.

Jeśli więc liczymy, że któraś debata przybliży nas do rozwiązania jakiegoś problemu lub usunięcia bóleczki, jakie trapią pacjentów i lekarzy, to czas porzucić te nadzieje. Dziwię się mediom, że chcą jeszcze relacjonować wielogodzinne nasiadówki, stwarzając wrażenie, że herbata od mieszania stanie się słodsza. Tym bardziej naiwne wydają się oczekiwania, że pomysły na reformę lecznictwa, zgłaszane podczas obecnej kampanii wyborczej przez kandydatów na posłów do PE, będzie można wdrożyć w naszym kraju. Kto liczy na to, że z perspektywy Brukseli poprawi koszyk świadczeń i zlikwiduje kolejki, powinien natychmiast zostać skreślony z listy do euro-parlamentu, bo tylko mydli ludziom oczy i daje przykład dyletanctwa. Pokusa debatowania o zdrowiu jest jednak jak narkotyk – nie dość, że zawsze pokażą cię w telewizji, to jeszcze nikt nie rozliczy ze złożonych obietnic ani nie wskaże ewidentnych przekłamań. Każda debata sprawdza się więc doskonale, bo nie trzeba nawet wysilać intelektu, by błysnąć oryginalną myślą, tym bardziej że w reformowaniu ochrony zdrowia nie ma już nowych pomysłów, wszystkie zostały wyartykułowane i czas je po prostu wprowadzić w życie.

Czy uda się to obecnej ekipie? Pakiet onkologiczny i kolejkowy zawiera postulaty dobrze od lat wszystkim znane. Wypada tylko żałować, że rząd zamierza je realizować dopiero pod koniec kadencji, w roku kampanii wyborczej do samorządów, a później do Sejmu. To czas kolejnych debat, z których nic nie wynika. Może poza jednym: skutecznie utrudnił znalezienie pieniędzy na zapowiadaną reformę, co stawia pod znakiem zapytania jakiegokolwiek zmiany na lepsze. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Stanisław Karczewski
wicemarszałek Senatu RP

W Senacie o zdrowiu bez premiera Donalda Tuska

7 kwietnia br. odbyła się w Senacie debata na temat ochrony zdrowia w Polsce. Prezes Prawa i Sprawiedliwości Jarosław Kaczyński zaprosił do udziału premiera Donalda Tuska z ekspertami. Donald Tusk na spotkanie nie przyjechał, usprawiedliwiając swoją rejteradę tym, że chciałby rozmawiać na temat służby zdrowia z Jarosławem Kaczyńskim, ale bez udziału ekspertów. Zamiast premiera w Senacie pojawił się minister zdrowia Bartosz Arłukowicz ze swoimi zastępcami, pracownikami i grupą profesorów. Jak zauważyli dziennikarze – zabrał ze sobą pół resortu. Ze strony Prawa i Sprawiedliwości, poza piszącym te słowa – prowadzącym spotkanie, w debacie brali udział: senator Bolesław Piecha oraz eksperci: profesorowie Krzysztof Bielecki, Jerzy Jurkiewicz i Tadeusz Pieńkowski, honorowy przewodniczący Stowarzyszenia Pacjentów *Primum Non Nocere* Adam Sandauer, Maria Ochman z Solidarności Służby Zdrowia i Bożena Banachowicz, była przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Prezes PiS Jarosław Kaczyński otworzył dyskusję ekspertów, bowiem debata z udziałem samego premiera nie doszła do skutku. Stwierdził, że Donald Tusk, nie przychodząc na debatę o służbie zdrowia, stchórzył i zastąpił się ministrem Arłukowiczem. Prezes zwrócił się również do Bartosza Arłukowicza, by podał się do dymisji. – *Jedyną oczekiwaną, którą można dzisiaj zgłosić z pełnym poparciem społecznym wobec pana ministra, to oczekiwanie dymisji, tego, żeby pan minister zechciał zrezygnować z funkcji ministra zdrowia, bo jakoś to nie wychodzi i to nie wychodzi, można powiedzieć, w najwyższym stopniu* – stwierdził. – *Premier nie może się uchylać w najważniejszych sprawach, odnoszących się do interesów obywateli, od dyskusji, od rozmowy, od dialogu (...). To jest wyraz arogancji wobec pacjentów, ale to jest wyraz arogancji także wobec społeczeństwa. To jest wyraz także pewnego rodzaju innej arogancji – wobec mechanizmów demokracji, które zakładają dialog.*

Później głos zabrał minister Arłukowicz, który jak zwykle, z pewnością siebie, starał się przykryć absencję premiera długim monologiem. Przedstawił swoje ponaddwuletnie „osiągnięcia” w ciągu niecałych 2 minut, mówiąc głównie o programie *in vitro*, a następnie przez ponad pół godziny prezentował założenia do programu antykolejkowego i pakietu onkologicznego. Eksperti Prawa i Sprawiedliwości skrytykowali propozycje ministra, mówiąc, że bez podwyższenia finansowania ochrony zdrowia zmiany w onkologii i całej ochronie zdrowia są nie do zrealizowania. Bolesław Piecha podkreślił, że nakłady środków publicznych na zdrowie w Polsce są na poziomie 4,8 proc. PKB, co stawia nas na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej, i przypomniał, że Donald Tusk podczas „Białego Szczytu” obiecywał podniesienie składki zdrowotnej o 1 proc.



Wiceminister Sławomir Neumann próbował przekonać siebie i zebranych, że zmiany proponowane w pakiecie onkologicznym, czyli ograniczenie hospitalizacji, pozwolą zaoszczędzić ponad 700 mln zł i to powinno pokryć koszty realizacji programu. Była to zaskakująca, bardzo optymistyczna, ale niezwykle wątpliwa argumentacja.

Naszym zdaniem proponowane przez PO rozszerzenie katalogu badań zleczanych przez lekarzy rodzinnych jest za małe w stosunku do potrzeb i nie odciąży lekarzy specjalistów. Na te i większość innych argumentów przedstawianych przez ekspertów PiS minister i jego współpracownicy nie mieli merytorycznych kontrargumentów. Dlatego zapewne momentami wypowiedzi, głównie ministra zdrowia, miały charakter *stricte* polityczny.

Ubolewam, zapewne jak wiele innych osób, że nie doszło do długo oczekiwanej debaty między prezesem PiS Jarosławem Kaczyńskim a premierem Donaldem Tuskiem. Bo przecież to premier rządu jest *de facto* najbardziej odpowiedzialny za tragiczny stan polskiej ochrony zdrowia, sytuacji, w której pomoc często przychodzi do chorych za późno, a polskie szpitale coraz bardziej się zadłużają. Za to, że po siedmiu latach rządów PO i PSL kolejki do specjalistów i na operacje w szpitalach są dużo dłuższe niż w roku 2006. To przecież Donald Tusk i PO chronią swojego ministra podczas głosowań nad zgłaszanymi przez Prawo i Sprawiedliwość wnioskami o odwołanie Bartosza Arłukowicza (nie tylko politycy Prawa i Sprawiedliwości głośno mówią, że od czasu transformacji ustrojowej w Polsce jest najgorszym ministrem zdrowia). To w końcu szef rządu odpowiada za to, że po ponad pół roku od wejścia w życie dyrektywa transgraniczna nie została implementowana do prawa polskiego, a przedstawione na stronach internetowych MZ propozycje Bartosza Arłukowicza, dotyczące możliwości leczenia się w krajach Unii, zmierzają do uczynienia z Polaków obywateli piątej kategorii w Europie.

O tym, dlaczego tak się dzieje, Jarosław Kaczyński chciał rozmawiać z Donaldem Tuskiem. Do debaty jednak nie doszło, a szkoda. Liczę, że w przyszłości premier będzie miał więcej odwagi i prędzej czy później dojdzie do debaty. ■



Dr n. praw. Janusz Jaroszyński
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
– Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Dr n. med., mgr farm. Zofia Specht-Szwoch
Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku

Recepty lekarskie

– zasady wystawiania

Podstawa prawna

- 1) Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU z 2011 r., nr 122, poz. 696).
- 2) Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027).
- 3) Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (DzU z 1997 r., nr 88, poz. 553).
- 4) Rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z 2014 r., poz. 177).
- 5) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z 2014 r., poz. 319).

Komunikaty

Komunikat Śląskiego OW Narodowego Funduszu Zdrowia nr 67/2013 dla lekarzy/felczerów w sprawie uprawnienia do ordynacji leków refundowanych i sposobu wystawiania recept refundowanych.

Stan prawny na 4.04.2014 r.

1) Kto jest uprawniony do wystawiania recept refundowanych?

- a) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- b) lekarz, lekarz dentysta, felczer, starszy felczer, z którymi fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych,
- c) lekarz, lekarz dentysta, felczer, starszy felczer posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Podstawa prawna – art. 2 ust. 14 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest lekarz, lekarz dentysta będący świadczeniodawcą, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego będzie również lekarz, lekarz dentysta, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Może to wynikać z umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.

Reasumując, lekarz, który udziela świadczeń w zakresie realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia opieki zdrowotnej, nie potrzebuje odrębnej umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych. Wystawia recepty na drukach z zakresami numerów przydzielonych przez NFZ przez Portal Świadczeniodawcy dla podmiotu, w którym takich świadczeń udziela. Na receptce muszą być umieszczone dane tego podmiotu, czyli miejsca udzielania świadczeń.

Natomiast lekarz, lekarz dentysta wykonujący swój zawód, udzielający świadczeń poza umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czyli „komercyjnie”, jeżeli chce wystawiać recepty refundowane, musi zawrzeć z właściwym co do miejsca udzielania tych świadczeń oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych. Musi w niej wskazać wszystkie miejsca udzielania świadczeń „komercyjnych”, których umowa ma dotyczyć. Lekarz wystawia recepty na drukach z zakresami numerów przydzielonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przypisanymi do swojej indywidualnej umowy.

Lekarze, którzy wykonują zawód w formie praktyki stacjonarnej, muszą wskazywać na receptce dane tej praktyki, a lekarze wykonujący zawód w formie praktyki wyłącznej w miejscu wezwania muszą wskazywać na receptce jako miejsce udzielenia świadczenia zdrowotnego adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.

Wynika z tego jednoznacznie, że można być jednocześnie lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego (być zatrudnionym na podstawie umowy o pracę np. w szpitalu) i mieć podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia upoważniającą do wystawiania recept refundowanych.

Należy pamiętać, że nie wolno zamiennie korzystać z druków recept.

2) Jak prawidłowo określić ilość przepisanego leku?

Zasadą jest określanie ilości leku, leku recepturowego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego oraz surowca farmaceutycznego przeznaczonych do sporządzenia leku recepturowego za pomocą cyfr arabskich lub słownie, a ilość surowca farmaceutycznego przeznaczonych do sporządzenia leku recepturowego będącego środkiem obojętnym, przeznaczonym do nadania odpowiedniej postaci leku, wyrażeniem „ilość odpowiednia”, „*quantum satis*” lub „q.s.”.

Podstawa prawna – §7 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept.

3) Czy lekarze mogą podlegać odpowiedzialności karnej za wystawienie recept?

TAK. Odpowiedzialność karna jest uregulowana zarówno w ustawie o refundacji leków, jak i w kodeksie karnym.

„Kto, będąc osobą uprawnioną do wystawiania recept na leki, podlegające refundacji ze środków publicznych, żąda lub przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą albo jej obietnicę w zamian za wystawienie recepty lub powstrzymanie się od jej wystawienia, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat”.

Podstawa prawna – art. 54 ustawy o refundacji leków.

„Kto w związku z pełnieniem funkcji publicznej przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą albo jej obietnicę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat”.

Podstawa prawna – art. 228 kodeksu karnego.


4) Zasady prowadzenia dokumentacji pro auctore i pro familia

Wymagania, dotyczące prowadzenia dokumentacji przez lekarza wystawiającego recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa, są bardziej uproszczone. Prowadzi się ją w formie **wykazu**, jako dokumentację zbiorową wewnętrzną. Należy prowadzić łączny wykaz dla wszystkich osób, bądź odrębne dla każdej osoby, której wystawiamy recepty *pro familia*. W porównaniu z dokumentacją zwykłych recept nie jest wymagane zamieszczanie danych z wywiadu i badania przedmiotowego ani pięciodzianowego kodu ICD-10. Wykaz, opatrzone imieniem i nazwiskiem lekarza, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu,
- 2) datę wystawienia recepty,
- 3) imię i nazwisko pacjenta, a w przypadku, gdy dane te nie są wystarczające do ustalenia jego tożsamości, także datę urodzenia lub numer PESEL pacjenta,
- 4) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
- 5) międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu medycznego,

- 6) postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci,
- 7) dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej dawce,
- 8) ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego – nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia,
- 9) sposób dawkowania w przypadku przepisania:
 - a) ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego niezbędnej pacjentowi do maksymalnie 90-dniowego stosowania, wyliczonego na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania,
 - b) leku gotowego, dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową,
 - c) leku recepturowego zawierającego w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową.

Podstawa prawna – §71a Rozporządzenia ministra zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z 2014 r., poz. 177). ■



Pro familia

Łaciński przyimek *pro* («dla») wymaga narzędnika (łac. *ablativus*), dlatego wskazywanego przez rzeczownika można użyć tylko z końcówką tego przypadku. Wyras *familia*, -ae odmienia się zgodnie z deklinacją I i w narzędniku ma końcówkę -a. Dlatego jeśli wystawiamy receptę „dla członka [swojej] rodziny”, to piszemy *pro familia*.

Podobnie jest z innymi receptowymi nakazami łacińskimi z użyciem przyimka *pro*. Ponieważ wyraz *auctor*, -oris («ten, kto podpisuje; autor») ma w narzędniku końcówkę -ore, piszemy *pro auctore* («dla wystawcy [recepty]»). Pozostałych znanych wyrażen ustawa nie wymienia, ale na receptach z lekami nierefundowanymi można użyć także formu: *pro medico* («dla lekarza»), *pro me* («dla mnie») oraz *ad usum proprium* («do użytku własnego [lekarza]»), *ad manus proprium* («do rąk własnych [osoby wymienionej w adresie lub lekarza]») lub *ad manus medici* («do rąk lekarza»), pamiętając o tym, że przyimek *ad* łączy się z biernikiem (łac. *accusativus*). ■

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Recepty lekarskie – wyjaśnienia

W odpowiedzi na wątpliwości czytelników dotyczące adresu zamieszkania i identyfikatora NFZ – wyjaśniam:

Rozporządzenie w sprawie recept, w Rozdziale 2 – **Wystawianie recept** – §3 ust. 3 pkt a, stanowi, że **lekarz** wpisuje „identyfikator płatnika: określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy”.

Natomiast w rozporządzeniu zmieniającym z 21 grudnia 2012 r. dodano w Rozdziale 3 – Realizacja recept, w pkt 3:

„§15. **Osoba wydająca może zrealizować** recepty zawierające dane, o których mowa w §3, lub zamieszczone zgodnie z §16, także w przypadku, gdy:

1) rozmieszczenie tych danych nie odpowiada poszczególnym częściom wzoru recepty przeznaczonym na ich rozmieszczenie

lub

2) recepta pod względem graficznym, jej rozmiar lub kształt nie odpowiadają wzorowi recepty,

3) **adres pacjenta nie jest zgodny z numerem oddziału wojewódzkiego NFZ”.**

Osoba wydająca – oznacza osobę uprawnioną do wykonywania czynności fachowych w aptece, zgodnie z art. 90 ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r. nr 45, poz. 271, z późn. zm.5).

Lekarz powinien zatem wpisać identyfikator płatnika zgodny z miejscem zamieszkania, a osoba wydająca (np. farmaceuta w aptece) **może** w przypadku rozbieżności taką receptę zrealizować, **ale nie musi**. Jeśli farmaceuta odmówi realizacji recepty, pacjent powróci do lekarza w celu jej poprawienia. Odmienną kwestią jest, że oddziały wojewódzkie NFZ rozliczają się między sobą w zakresie poniesionych kosztów refundacji dla świadczeniobiorców. Lekarze zaś nie powinni takimi aspektami się zajmować, lecz skupić na badaniu i ocenie zdrowia pacjenta.

§3 **dotyczy lekarza i wystawiania recepty**, §15 zaś – **osoby wydającej i realizacji recepty**. Są to dwie odmiennie czynności. ■

Dr n. praw. Janusz Jaroszyński



Marek Balicki

Zeszłej jesieni zastanawiałem się w jednym z pism medycznych, czy ministrowi zdrowia uda się manewr z przedłużeniem kontraktów na kolejne dwa lata bez przeprowadzenia konkursów. Przypomnę, że w przygotowanym wówczas projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zapisano niejako przy okazji, że wszystkie umowy ze świadczeniodawcami obowiązujące

w dniu wejścia w życie nowelizacji, a więc w końcówce 2013 r., będą mogły być przedłużone do końca 2015 r. bez rozpisywania konkursu. Oddziały wojewódzkie NFZ miały tylko zwrócić się z odpowiednimi wnioskami do świadczeniodawców. Nie trzeba dodawać, że dla większości z nich miała to być propozycja nie do odrzucenia.

Jednym ze skutków tej propozycji było pozbawienie możliwości zawierania umów przez nowo powstałe placówki zdrowotne. Ale nie o to chyba chodziło autorom tak daleko idącego odstępstwa od reguł rządzących wydatkowaniem środków publicznych. Napisałem wtedy, że odpowiedź na pytanie o najbardziej prawdopodobną genezę pomysłu zawarta jest w dacie, do której miały być przedłużone kontrakty, czyli 31 grudnia 2015 r. W tym czasie będziemy już po serii wyborów, które odbędą się w bieżącym i przyszłym roku: europejskich, samorządowych, prezydenckich i na koniec jesienią 2015 r. – do Sejmu. Chodziło więc o to, aby na okres powyborczy przesunąć wielki konflikt, jaki musi wybuchnąć przy rozstrzygnięciu konkursów w sprawie zawierania umów, i zyskać dwa lata względnego spokoju. To, że taki konflikt prędzej czy później musi wybuchnąć w związku z narastającą nierównowagą finansową systemu, było coraz bardziej oczywiste.

Głównym celem rządzących w sferze zdrowia stało się zachowanie spokoju społecznego w okresie poprzedzającym wybory i podczas najbliższych kampanii wyborczych, a nie przeprowadzenie reform czy rozstrzygnięcie kwestii niedofinansowania lecznictwa. Było też jasne, że z tego, a nie z reform, będzie rozliczany minister zdrowia. Potwierdziły to kolejne miesiące, a zwłaszcza wypowiedzi przedstawicieli rządzącej koalicji przy okazji kolejnego wniosku o votum nieufności wobec ministra Arłukowicza. Wszyscy, włącznie z premierem, broniąc ministra, podkreślali jego sprawność w zawieraniu umów na kolejny rok. Nikt już nie dodawał, że sprawę tę załatwił Sejm, a nie minister.

W polityce, jak w życiu, nie wszystko przebiega zgodnie z wcześniejszymi zamiarami. Tak było i w tej sprawie. Sejm przedłużył wprowadzenie ważności kontraktów, ale tylko na 2014 r. Nie dało się też na przełomie roku przemilczeć coraz dłuższych kolejek do specjalistów. Pojawił się więc nowy pomysł – pakiet kolejkowy, i w ślad za nim projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach, a w nim... powrót do pomysłu przedłużenia kontraktów na rok 2015. Z jednym wyjątkiem – onkologii, w której na dodatek mają być zniesione limity. Przy niezmiennych nakładach na zdrowie, a na to się zanoszą, cena, jaką zapłaci w tej sytuacji większość świadczeniodawców za „sprawny” przebieg kontraktowania, może być bardzo wysoka. ■

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.



Elżbieta Cichocka

Pokaż lekarzu, co masz od firmy

Kiedy w ubiegłym roku gigant farmaceutyczny GlaxoSmith-Kline przyznał się do korumpowania lekarzy i zapłacił ogromną karę w USA, jego akcje poszły w górę.

Kiedy zaś zapowiedział, że od 2016 r. przestanie sponzorować wyjazdy lekarzy na kongresy i sympozja, a własnych pracowników premiować za wzrost sprzedaży leków, akcje na giełdach w Londynie i Nowym Jorku spadły o kilka procent. Widać rynek uznał, że bez agresywnej promocji leków zyski nie będą rosły. Dr Paulina Polak, socjolog z UJ, przed napisaniem książki „Nowe formy korupcji” przeprowadziła rozmowy z wieloma polskimi lekarzami. Mówi, że firmy notowane na giełdach mają przejrzyste finanse, więc współczesna łapówka to nie reklamówka z pieniędzmi wręczana w ustronnym miejscu. Jest elegancko opakowana, ma postać grantu, honorarium za wykład, sponsorowanego wyjazdu na kongres, wynagrodzenia za tzw. czwartą fazę badań nad lekiem. Czasem wystarczy długopis, uśmiech i dobre relacje reprezentanta firmy z lekarzem. Wszystko stosownie dobrane do pozycji lekarza i jego możliwości wpływu na wzrost sprzedaży leku. Strategie marketingowe przemysł farmaceutyczny ma dobrze opracowane. Ale ostatnio minusy zaczynają przeważać nad plusami. Wiele firm zbyt dużo straciło na wizerunku, a w USA, gdzie obowiązuje restrykcyjne prawo w stosunku do firm giełdowych – również finansowo.

Bez współpracy lekarzy z przemysłem nie byłoby jednak nowych leków. Jak zatem te relacje ucywilizować?

W USA w 2014 r. weszła w życie ustawa o przejrzystości – firmy mają obowiązek ujawniać wszelkie transfery pieniędzy między przemysłem a lekarzami. Chodzi zarówno o wynagrodzenia za przeprowadzane badania kliniczne, honoraria za wygłaszane wykłady, jak i przepływy pieniędzy dla firm organizujących sympozja, upominki dla szeregowych lekarzy, jeśli ich wartość przekracza 30 dol.

W grudniu 2013 r. „Infarma”, zrzeszająca firmy innowacyjne działające na polskim rynku, przyjęła Kodeks Przejrzystości, dokument określający etyczne zasady współpracy producentów leków z przedstawicielami zawodów medycznych. Ma być wdrożony do 2016 r. w 33 krajach europejskich. Kodeks to jednak nie ustawa, lecz samoregulacja przemysłu, i bez akceptacji ze strony lekarzy nie może być skutecznie wdrożony. Bez zgody Kowalskiego nie można podać jego danych osobowych.

Większość polskich lekarzy jest za tym, by zasady współpracy przemysłu farmaceutycznego z nimi były jasne i przejrzyste. Ale pomysł, by ujawniać własne zarobki i inne korzyści płynące z tej współpracy, już nie został tak dobrze przyjęty. Do wdrożenia kodeksu jest jeszcze trochę czasu. „Infarma” chce go przeznaczyć na przekonywanie polskich lekarzy, że jawność i transparentność wzajemnych relacji obu stronom się opłacą. Uda jej się? ■

Komentarz przewodniczącego Komisji Etyki Okręgowej Rady Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Fot. egw



Pani redaktor Elżbieta Cichocka, donosząc o nowej inicjatywie przemysłu farmaceutycznego, pyta retorycznie, czy uda mu się przekonać polskich lekarzy, że jawność i transparentność wzajemnych relacji obu stronom się opłacą. Nie wiem, czy się opłacą, ale na pewno są dobre. Nic to jednak nowego, bo Krajowy Zjazd Lekarzy już w 2003 r., nowelizując Kodeks Etyki Lekarskiej,

nałożył na lekarzy wiele obowiązków idących w tym samym kierunku. W kolejnych artykułach (51a – 51g) KEL stwierdza się, że: „w relacjach tych lekarz musi zachować obiektywizm; pobierając wynagrodzenie, powinien zadbać, by było proporcjonalne do wykonanej pracy; nie wolno mu uczestniczyć w badaniach będących promocją leków; powinien ujawniać powiązania z firmami odbiorcom publikacji i pacjentom uczestniczącym w sponsorowanych badaniach; nie wolno mu przyjmować zapłaty za samo kierowanie pacjentów do badań; a podając wyniki,

musi zadbać o obiektywność publikacji”. Nie negując istnienia pewnych patologii w obszarze współpracy lekarzy z przemysłem (obiektywnie niezbędnej na każdym etapie rozwoju, stosowania i oceny leków), nie można się zgodzić z nazywaniem korupcją wszystkich grantów, honorariów za wykłady, sponsorowanych wyjazdów na kongresy, wynagrodzeń za badania IV fazy, a już tym bardziej długopisów, uśmiechów i dobrych relacji lekarzy z reprezentantami firm.

Otoczenie, w którym żyjemy, zmienia się. Zmieniają się też wymagania, które sami sobie stawiamy. Ankietowani lekarze w większości akceptują transparentność relacji środowiska z przemysłem. Myślę, że nowy pomysł z ujawnianiem wynagrodzeń może nie od razu, ale prędzej niż później przyjmie się. Mam również nadzieję, że będzie to pierwszy krok ku nowym relacjom środowiska z przemysłem. Marzy mi się stworzenie mechanizmów, w których sponsoring przemysłu kierowany będzie nie do indywidualnych lekarzy, ale raczej do organizatorów doskonalenia zawodowego (np. samorządu lekarskiego). ■

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 zgłaszania 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 przekazywać comiesięczne składki na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, otrzymają Państwo w biurze OIL przy ul. Puławskiej 18, w pok. nr 1, 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 CIAŻY 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 dentystrę 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



Pomóc lekarzom

Z Andrzejem Kuźawczykiem, Rzecznikiem Praw Lekarza, rozmawia Justyna Wojteczek.

Panie doktorze, drugi raz został pan wybrany na Rzecznika Praw Lekarza. Na ile rzeczywistość potwierdziła pana intuicję, co do sytuacji lekarzy i problemów, z którymi do rzecznika mogą się zgłaszać?

Reczywistość przekroczyła moje oczekiwania. Nie przypuszczałem, że przyjdzie mi się zajmować aż tyloma sprawami. Zostaliśmy dosłownie zasypani telefonami, e-mailami i SMS-ami.

Co to za sprawy?

Zaskoczyło mnie, że tak dużo spraw zgłaszali młodzi lekarze: stażyści i ci, którzy rozpoczynają pracę. Chodziło głównie o przyznawanie miejsc stażowych, co budzi u młodych lekarzy wiele emocji. Często nie chcą się pogodzić z decyzją o skierowaniu ich na staż w danym miejscu.

Było też bardzo dużo spraw dotyczących problemów między pracodawcą a pracobiorcą. Kolejna grupa to problemy, niezwykle złożone, lekarzy odbywających specjalizację. Część z nich została zatrudnionych przez dyrektorów szpitali na częściowych etatach, ale w obliczu trudności finansowych placówki z tych umów się wycofują. W zamian proponuje się lekarzom wolontariat. To oczywiście pogarsza ich sytuację ekonomiczną.

Jest też spora grupa lekarzy, zwłaszcza z mniejszych ośrodków, którym ze względów organizacyjnych wydłuża się czas specjalizacji. Kierownicy specjalizacji rzadko udzielają takim lekarzom zgody na odbywanie obowiązkowych kursów i staży cząstkowych, ze względu na to, że ich nieobecność dezorganizuje pracę oddziału.

Bardzo wiele osób spodziewało się, że do Rzecznika Praw Lekarza będą trafiać sprawy związane z konfliktami z pacjentami.

Takie sprawy oczywiście do mnie trafiają, ale nie jest ich dużo. Najczęściej dotyczą agresji, zwłaszcza na szpitalnych oddziałach ratunkowych i w pogotowiu. Co ciekawe, lekarze najczęściej mają problem z agresją nie tyle ze strony pacjentów, ile ich rodzin.

Jest jeszcze sporo spraw związanych z Internetem. Wielu lekarzy czuje się pomówionych przez anonimowe najczęściej osoby na forach internetowych i różnych portalach. Z bólem przyznaję, że tu jesteśmy praktycznie bezradni.

Jeśli zwracamy się do właściciela portalu z wezwaniem do usunięcia postu, zyskujemy odpowiedź, że on nie odpowiada za treść zamieszczonych na portalu opinii.

Może lekarze po prostu powinni mieć grubą skórę i nie reagować na niepochlebne materiały prasowe?

Widzi pani, to trudne, bo lekarz musi mieć serce. Kiedy więc uczciwie wykonuje się zawód, a słyszy szkalujące opinie, niełatwo się z tym pogodzić.

Jakie ma pan kompetencje i możliwości działania jako Rzecznik Praw Lekarza?

Dotyka pani kolejnego trudnego problemu, bo żadne akty prawne rangi ustawy czy rozporządzenia nie przewidują takiej funkcji. Niejednokrotnie zdarzało się, że interweniowałem u pracodawcy skarżącego się lekarza, a pracodawca – prawnik lub ekonomista – z miejsca pytał mnie, na jakiej podstawie prawnej działam. Moim zdaniem należałoby zmienić przepisy.

Nie zależy to jednak od izby. Rozmawiałem więc z prezesem dr. Andrzejem Sawonim i ustaliliśmy, że w sprawach newralgicznych będzie mi udzielane pełnomocnictwo prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej na prowadzenie rozmów.

Jakie wyzwania czekają pana w najbliższej kadencji?

Oczywiście nadal będę pracować na rzecz naszych lekarzy i lekarzy dentyków. Jest jednak problem, z którym próbuję się mierzyć – to bardzo duże kłopoty niektórych lekarzy emerytów i rencistów, będących w trudnej sytuacji materialnej i jednocześnie bardzo schorowanych. Apeluje tu do kolegów przyjmujących we własnych praktykach, by takich pacjentów – zgodnie z zaleceniem Kodeksu Etyki Lekarskiej – leczyć bezpłatnie. Nie wyobrażam sobie, bym w swojej prywatnej praktyce, a prowadziłem ją przez wiele lat, po brał honorarium od kolegi lub koleżanki. ■

Andrzej Kuźawczyk jest specjalistą ginekologiem oraz zdrowia publicznego. Przez cztery dekady był związany z warszawskim Szpitalem Bielańskim. Brał udział w tworzeniu samorządu lekarskiego. Był zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W VI kadencji ORL został wybrany na Rzecznika Praw Lekarza w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Ponownie będzie tę funkcję pełnił w VII kadencji.



Fot. egw

Autorytet może być wartością CZ. 2

Tadeusz Tołłoczko

Ograniczenia

Wychowany byłem w środowisku obdarzającym wielkim szacunkiem, a nawet kultem, osoby zasługujące na miano autorytetu oraz w duchu wielkiej estymy wobec osób starszych. Doceniałem ich życiową mądrość. W okresie kształtowania mojej osobowości niewątpliwymi autorytetami byli dla mnie moi rodzice, a podczas okupacji hitlerowskiej moi wspaniali gimnazjali (na tajnych kompletach) nauczycie – późniejsi profesorowie i pracownicy naukowcy wyższych uczelni. To oni utrwaliłi w mej pamięci cześć dla premiera prof. W. Grabskiego i wicepremiera inż. E. Kwiatkowskiego.

Życie jednak nauczyło mnie dostrzegać ograniczenia wszelkiego rodzaju autorytetów. Kto bowiem powołuje się na autorytet, ten posługuje się pamięcią, a nie rozumem. To Leonardo da Vinci dał tym zwrotem kolejny dowód swojej wielkości, rozumiejąc ograniczenia swego geniuszu. Podobnie prof. B. Skarga, powołując się na św. Augustyna, stwierdziła, że „*tylko rozum powinien mieć autorytet, on rzadziej zawodzi*”. Zatem autorytet oparty na wiedzy, rozumie, sumieniu i moralności staje się wyrazicielem kompetencji. Dlatego tylko rozum, będący wyrazicielem myślowych i moralnych kompetencji w dążeniu do prawdy, jest istotą autorytetu.

Autorytet osoby, wynikający tylko z pełnionej funkcji czy zajmowanego stanowiska, zwykle jest autorytetem pozornym, zwłaszcza gdy mianowanie nie wynikało z wartości moral-

nych lub intelektualnych kandydata czy sukcesów w twórczej działalności, lecz z nepotyzmu, partyjnego przejmowania władzy, czystego koniunkturalizmu. Wysoka społeczna ocena osób może być też efektem ich medialnej reklamy. Podległe właścicielom media potrafią wykreować dyspozycyjne autorytety, choć popularne, to jednak pozorne.

Wyroczenia

Twierdzenia autorytetu nigdy nie mają charakteru ani prawdy objawionej, ani też proroctwa. Znaczenie, moc opinii i decyzji autorytetu wynika z myślowej intuicji, odnajdującej argumenty, których inni nie są w stanie dostrzec. Rzeczywisty autorytet nigdy nie podejmuje się roli wyroczni i nie feruje opinii, które zwalniałyby i jego, i odbiorców od logicznego, krytycznego, uczciwego toku myślowego prowadzącego do prawdy. W przeciwieństwie do pseudoautorytetów, autorytetom nie wystarcza przyznanie im w dyskusji racji tylko w wyniku bezrefleksyjnie wyrażonej zgody. Oczekują od oponenta zrozumienia i akceptacji przedstawionych argumentów, które w ramach samodzielnego myślenia doprowadzają go do zgodnego wniosku.

Pseudoautorytety, wobec nieumiejętności obiektywnego rozumowania i braku chęci rozważenia stanowiska myślowego oponenta lub braku argumentów, próbują natomiast dyskwalifikować wartości intelektualne owego oponenta lub go zniesławiać, rzucając bezpodstawne podejrzenia.



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Koleżanki, Koledzy,

zawody lekarza i lekarza dentystry wymagają profesjonalizmu w postępowaniu. Składają się nań: wiedza, umiejętności praktyczne, doświadczenie i tzw. umiejętności miękkie (wśród nich przede wszystkim umiejętności komunikacyjne). Nie można jednak wykonywać ich bez refleksji etycznej. Dlatego najważniejszym dokumentem samorządu lekarskiego jest obchodzący w tym roku 23. urodziny Kodeks Etyki Lekarskiej. Może warto przeczytać go spokojnie jeszcze raz? Zróbmy to razem. Serdecznie namawiam!

Konstanty Radziwiłł,
przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej
Okręgowej Rady Lekarskiej

Zagrozenia

Wartość autorytetu mierzyć można merytoryczną siłą jego argumentacji. Moc i przewaga autorytetu nad pozostałymi polega na dysponowaniu argumentami, których inni nie dostrzegają. Tylko rasowi kłamcy propagują bezwzględną wiarę w nieomyślność wypromowanych przez siebie autorytetów, ponieważ nie mają dowodów na prawdziwość swych twierdzeń. Bardziej reprezentują interesy sponsorów niż prawdę. O Stalinie mówiło się ironicznie, że jak coś powiedział, oznaczało to, że udowodnił. Mierni naśladowcy tej metodologii głoszenia „prawdy” nie posiadają jednak równorzędnej siły przekonywania niewiernych. Im bardziej „autorytet” jest tylko nagłaśniany i reklamowany, bez podawania świadczących za nim dowodów, tym bardziej staje się „podejrzany”. Człowiek myślący powinien znać dowody, na których mógłby oprzeć swoje uznanie kogoś za autorytet. Nikt nie staje się autorytetem tylko dlatego, że inny autorytet tak go nazwie lub media spopularyzują jego nazwisko.

Jednakże bardzo często z braku wiedzy wiele twierdzeń przyjmujemy z pełnym zaufaniem, na wiarę. Na tym czasami polega plaga niezrozumienia sensu i wartości samodzielnego myślenia, a więc i intelektualnej niewydolności wynikającej z bezrefleksyjnego spojrzenia na propagowane wnioski mianowanych autorytetów. Bezkrytyczna akceptacja cudzych poglądów, choćby nawet autorytetów, jest wyrazem niewydolności własnego rozumu, braku wiary i szacunku dla samego siebie, braku intelektualnej umiejętności refleksyjnego spojrzenia na rzeczywistość i promowane hasła. *„Wiara w autorytety powoduje, że błędy autorytetów przyjmowane są za wzorce”* (Lew Tołstoj).

Niewątpliwie wiele jest sytuacji życiowych, w których samodzielność myślenia wymaga odwagi. Ponadto powtórzę, że w odniesieniu do jakiegos stwierdzenia autorytetu można zwykle znaleźć odmienne twierdzenie innego autorytetu. Jednakże, ponieważ prawdziwe autorytety opierają się na prawdzie, w odniesieniu do nieznanych nam specjalistycznych zagadnień nauki i życia można tym osobom wierzyć na słowo.

Zdarzają się sytuacje, że wielkie naukowe osobowości mogą nie spełniać kryterium autorytetu pobudzania do samodziel-

nego myślenia, rozwoju ucznia lub słuchacza. Wówczas można powiedzieć, używając metafory, że w cieniu wielkich drzew młode zwykle karłowacieją. Bywa jednak i tak, że wielkość nauczyciela polega tylko na niezwyklej intelektualnej przedsiębiorczości w zakresie produkcji tytułów naukowych i zdobywania grantów.

Niebezpieczeństwo pojawia się, gdy wybitni skądinąd pracownicy naukowcy wąskich specjalności mianują siebie autorytetami moralnymi. Toteż autorytety zawodowo kompetentne nie stają się automatycznie autorytetami moralnymi, nawet, a może zwłaszcza, w swojej dziedzinie.

Okazuje się, że mianowane, ale czasami i rzeczywiste autorytety z biegiem lat zatracają samokrytycyzm i przyzwyczajają się do roli autorytetów dożywczych. Nie uświadamiają sobie faktu, że mogą przestać być autorytetem lub że właśnie nim być przestały. Pozostają osobami mocno wierzącymi... we własną nieomyślność i dochodzą do etapu, w którym przyznają tylko sobie przywilej głoszenia prawdy, zwłaszcza gdy weszły do środowiska wytwornego, dystygowanego, salonowego. A tam nie ma miejsca na wątpliwości odnośnie do własnej intelektualnej doskonałości i ciemnoty innych. W przypadku popełnienia błędu mają zwykle dużą szansę na medialną bezkarność. A to rodzi brak odpowiedzialności.

Od autorytetu do autorytaryzmu

Pycha osoby zwanej autorytetem wyzwala w niej przekonanie o zdobyciu wyłączności na nieomyślność i prawdę. Autorytet obdarzony cechami przywódczymi przeistacza się wówczas w osobowość autorytarną tym szybciej, im bardziej eksponowane zajmuje stanowisko. Proces ten przebiega zwykle szybko i na skróty. Charakteryzuje się narastającym brakiem tolerancji dla potencjalnej konkurencji. Ogranicza się stopniowo myślowy i polityczny pluralizm. Tworzy się własne i posłuszne elity. Autorytarne przywództwo obejmuje również dążenie do zarządzania umysłami rządzonych, doprowadzając do braku moralnej samodzielności. Jest to wówczas równoważne z procesem demoralizacji. Po zdobyciu wpływu na wojsko i policję istnieje wielka sposobność przejścia od autorytaryzmu do totalitaryzmu. ■

Podstawa kodeksu: art. 1.

1. Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.
2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.
3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Zasady opisane kodeksem nie powstały z niczego, nie zostały też wymyślone przez Krajowy Zjazd Lekarzy, który KEL uchwalił. Środowisko lekarskie odwołuje się w nim wyraźnie do tego, co filozofowie nazywają etyką naturalną, czyli po prostu do zespołu zasad, które zostały wpisane, jak uważają wierzący – przez Boga, a niewierzący – przez naturę, w serce i umysł każdego myślącego, wrażliwego i poszu-

kującego prawdy człowieka (przynajmniej: **szanuj życie, szanuj wiedzę, bądź sprawiedliwy, postępuj z innymi tak, jak chciałbyś, żeby postępowano z tobą**). Wzywają one każdego lekarza i lekarza dentystę, aby był po prostu dobrym człowiekiem. Szczególnie dla pacjentów, ale także dla kolegów, a wreszcie dla każdego spotkanego człowieka. W odróżnieniu do kodeksu karnego KEL nie tylko zabrania określonych zachowań lub nakazuje konkretne sposoby postępowania w różnych sytuacjach. Idzie dalej: nieetycznym nazywa każde postępowanie naruszające godność zawodu, a nawet takie, które tylko podważa zaufanie do zawodu. To naprawdę wysoko postawiona poprzeczka – po prostu: *Noblesse oblige!*. ■ **kr**

* Szlachectwo zobowiązuje (fr.)

Choroby rzadkie

Wspólną, niezwykle uciążliwą cechą tej grupy chorób jest rzadkość ich występowania, co staje się przyczyną trudności z rozpoznaniem i właściwym leczeniem. Na niektóre z nich cierpi około 200 tys. osób na świecie, ale są i takie, które stwierdzono tylko u 40 osób w całej ziemskiej populacji. Szacuje się, że w Europie choruje na nie 35 mln osób, w Polsce 2,5–3 mln. Ale chorób tych wyróżniono około 7 tys.

Pierwszym problemem są trudności diagnostyczne – mówi prof. Piotr Fiedor z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, członek Zespołu ds. Chorób Rzadkich w Ministerstwie Zdrowia. – *Choroby te charakteryzuje bowiem duża zmienność objawów klinicznych, podobnych do objawów występujących w wielu innych chorobach. Uwarunkowania genetyczne, jeśli są, to zwykle objawiają się późno. Koszty diagnostyczne są wysokie, a badania dotyczące np. mutacji genetycznych trudno dostępne. Lekarze często nie dysponują nawet podstawową wiedzą o tej grupie chorób.*

Jedną z rzadkich chorób metabolicznych jest mukopolisacharydoza. W początkowej fazie, u małego dziecka, nie daje objawów charakterystycznych, ale pojawiają się inne, np. przepuklina pępkowa, biegunki, polipy błony śluzowej, zmętnienie rogówki, mogące świadczyć o wielu chorobach. Zwykle dopiero powiększenie wątroby i śledziony jest sygnałem do rozpoczęcia wnikliwszych badań, w tym obrazowych. Późne rozpoznanie i brak leczenia w pierwszych miesiącach daje zdecydowanie gorsze rokowania.

Lekarzowi trudno postawić diagnozę, ale również pacjenci zbyt późno zgłaszają się do poradni. Jeśli pacjentem jest dziecko, rodzice często nie interesują się jego odmiennymi zachowaniami, które są sygnałem choroby. Pojawiają się również trudności z komunikacją, dziecko nie potrafi powiedzieć, co je boli i w jakich sytuacjach. Jeśli chorobie towarzyszy opóźnienie w rozwoju intelektualnym, te informacje są nie do zdobycia.

Osobny problem stanowi fakt, że pacjenci często mają jednorazowy kontakt z lekarzem. Gdy przepisane leki (często antybiotyki zastosowane objawowo) nie pomagają, szukają pomocy u następnego, diagnozowanie rozpoczyna się od

nowa. 40–50 proc. pacjentów trafia do właściwych ośrodków już po nieprawidłowym leczeniu. W przypadku znacznej części chorób rzadkich konieczne jest przeprowadzenie badania genetycznego.

Wiedzą i możliwościami diagnostycznymi dysponuje stosunkowo mało ośrodków, najczęściej są to kliniki uniwersyteckie. Ale nawet prawidłowo postawiona diagnoza nie daje realnych możliwości skutecznej terapii. Leczenie jest kosztowne, na niektóre choroby nie ma po prostu leków. Producenti nie zawsze angażują się w poszukiwanie skutecznych środków, zwłaszcza że mała liczba chorych utrudnia udowodnienie skuteczności terapii.

Do chorób rzadkich należy około 190 typów nowotworów, w tym 60–100 typów mięsaków. I tutaj występuje wiele objawów, które mogą być symptomem innych chorób. Są to m.in.: nawracające gorączki, powiększenie węzłów chłonnych, poty nocne, poranne wymioty, obrzęki, bóle kości, stawów, patologiczne złamania, zaburzenia równowagi, spadek masy ciała w krótkim czasie i inne.

Lekarz powinien dysponować standardowym protokołem pytań. W przypadku 50 proc. odpowiedzi pozytywnych powinien rozpocząć diagnostykę w kierunku nowotworu. Zdaniem prof. Grzegorza Basaka z Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM nawet gdy objawy są niepokojące, należy zacząć od badań podstawowych: morfologii, OB, badania moczu. Już te wyniki pozwolą ukierunkować dalszą diagnostykę.

– *Kształcenie w zakresie chorób rzadkich w okresie przeddyplomowym jest ograniczone, stąd brak wiedzy u lekarzy – mówi prof. Piotr Rutkowski z Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii w Warszawie. – Brak nam implementacji standardów, NFZ nie kontroluje toku leczenia. Dyrektywa europejska w zakresie leczenia chorób rzadkich obliguje kraje do tworzenia ośrodków referencyjnych. Skoro w Hiszpanii jest ich sześć, to u nas – biorąc pod uwagę liczbę ludności – powinny być cztery – pięć. Na razie tylko w trzech miastach (w Gdańsku, Krakowie, Warszawie) istnieją akademickie ośrodki szerzej zajmujące się chorobami rzadkimi.*

Komisja UE zobowiązała kraje członkowskie do stworzenia narodowych programów dla chorób rzadkich do końca 2013 r. Powinny dotyczyć m.in. rejestrowania tych chorób, tworzenia centrów referencyjnych, edukacji lekarzy. W Polsce taki plan powstał, ale jego realizacja wymaga uregulowań prawnych oraz stworzenia rozwiązań finansowych. ■

mkr



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



OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Niełubowicza

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:



Światowy Dzień Gruźlicy

Z okazji Światowego Dnia Gruźlicy Warszawsko-Otwocki Oddział Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc zorganizował ósmą konferencję pod hasłem „Gruźlica – ważny problem społeczny”. „Puls” był patronem medialnym tego wydarzenia.

Przed 15 laty Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła 24 marca Dniem Walki z Gruźlicą. Było to podyktowane niepokojącym pogorszeniem się sytuacji epidemiologicznej na świecie. W tegorocznym przesłaniu WHO stwierdzono, że „każdego roku 9 mln ludzi zapada na gruźlicę, ale 3 mln z nich nie ma opieki medycznej, jakiej potrzebuje”, i zaapelowano: „pomóż zapewnić im tę opiekę”.

Temat konferencji w Warszawie bardzo współgrał z tym hasłem, gdyż zwrócono szczególną uwagę na gruźlicę w środowiskach osób wykluczonych społecznie, takich jak: bezdomni, bezrobotni, narkomani, alkoholicy, więźniowie i ludzie w podeszłym wieku. Sesję naukową poprzedziła konferencja prasowa, na której przedstawiono aktualne dane epidemiologiczne uzasadniające wybór tej problematyki. Honorowy patronat nad konferencją objął główny inspektor sanitarny, minister **Marek Posobkiewicz**. Otwierając obrady, zapewnił, że rośnie zainteresowanie gruźlicą pionu sanitarnego, co wynika z obowiązków nałożonych przez ustawę o chorobach zakaźnych i z realnego zagrożenia dla zdrowia publicznego. Przewodniczący Warszawsko-Otwockiego Oddziału PTChP zwrócił uwagę na potrzebę budowania partnerskich relacji klinicyстів z pionem sanitarnym, które służyć będą lepszej kontroli zakażeń.

Podczas konferencji przedstawiono wyzwania, jakie gruźlica stawia przed medycyną w XXI w. Zajęto się współistnieniem zakażenia prątkiem i HIV, zwracając uwagę na dobrą sytuację w tym zakresie w Polsce. Omówiono zasady diagnostyki mikrobiologicznej gruźlicy u chorych zakażonych HIV i dotyczące badania osób mających kontakt z chorym prątkującym. Obecnie to ważne zadanie realizuje pion sanitarny, wcześniej zajmowały się tym wojewódzkie przychodnie przeciwgruźlicze. W myśl międzynarodowych porozumień trzeba przebadać wszystkich współpasażerów, którzy siedzieli blisko chorego prątkującego w samolocie podczas lotu trwającego dłużej niż 8 godzin. Wymagało to wprowadzenia przepisów obligujących przewoźników do ujawnienia danych osobowych uprawnionym do tego inspektorom sanitarnym.

Bardzo interesującą dyskusję wywołał problem prawnych aspektów diagnostyki i leczenia chorych na gruźlicę w środowiskach wykluczonych społecznie. Ustawa o chorobach zakaźnych nie może podważyć konstytucyjnego prawa do wolności osobistej pacjentów chorych na gruźlicę.

Zwrócono także uwagę na transmisję zakażenia prątkiem gruźlicy w domach pomocy społecznej, co udowodnione zostało metodami genetycznymi. Od wielu lat najgorszą sytuację epidemiologiczną w zakresie gruźlicy obserwuje się na Lubelszczyźnie. Przedstawiciele Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie pokazali, jakie działa-

nia podejmują, aby ograniczyć szerzenie się gruźlicy w środowiskach marginesu społecznego. Urząd m.st. Warszawy przedstawił zakres materialnej pomocy okazywanej bezdomnym. Stowarzyszenie Lekarze Nadziei świadczy wolontariacką pomoc nieubezpieczonym chorym w Warszawie, nieposiadającym środków do życia. Bez wsparcia osób prawnych i fizycznych stowarzyszenie ma ograniczone możliwości, gdyż musi w pełni pokrywać koszt leków i badań diagnostycznych. Na koniec przedstawiono trudności w opiece ambulatoryjnej nad alkoholikami i bezdomnymi chorymi na gruźlicę.

Tegoroczna konferencja zgromadziła przedstawicieli wielu specjalności: ftyzjatrów, pneumonologów, lekarzy rodzinnych, internistów, epidemiologów, weterynarzy, mikrobiologów, prawników, dyrektorów szpitali przeciwgruźliczych, przedstawicieli wojewódzkich stacji sanitarnych i Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Spowodowało to niezwykle ciekawe, a chwilami nawet burzliwe dyskusje. Szczególnie duże różnice zdań powstały między prawnikami a lekarzami zajmującymi się leczeniem chorych na gruźlicę. Wprowadzono bowiem obowiązek leczenia

Fot. J. Jagodziński



Wykładowcy (od lewej): prof. M. Korzeniewska, prof. A. Horban, mgr I. Kucharska, dr J. Oleksy, prof. Z. Zwolska, dr P. Miśkiewicz

gruźlicy, ale nie jest możliwe zastosowanie bezpośredniego przymusu. Skutkuje to niekiedy bezkarnym uchylaniem się od leczenia. Widoczny jest konflikt interesów między poszanowaniem prawa do wolności osobistej a narażaniem życia i zdrowia innych osób. Trudno zastosować w przypadku gruźlicy klauzulę bezpośredniego zagrożenia życia innych osób, która zezwala na użycie środków nadzwyczajnych, z przymusem bezpośrednim włącznie. Zaistniała sytuacja wymaga bardziej precyzyjnego sformułowania zasad postępowania, w zależności od stopnia zagrożenia, a także znajdowania pozytywnych rozwiązań pozwalających uniknąć konfliktowych sytuacji. Sprawdzonym sposobem są stosowane w wielu krajach zachęty finansowe, przyczyniające się do podejmowania leczenia pod nadzorem. Gruźlica niezmiennie wywołuje duże emocje, które powodują bardzo zażarte wymiany poglądów. Nie można ich ograniczyć jedynie do Światowego Dnia Gruźlicy. ■

Tadeusz M. Zielonka

Z prof. dr. hab. n. med. **Piotrem Rutkowskim**, kierownikiem Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Centrum Onkologii-Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, przewodniczącym Rady Naukowej Akademii Czerniaka, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Dlaczego warto mówić o czerniaku?

Dlatego, że ze względu na prostotę rozpoznania oraz skuteczność prewencji i pierwotnej, i wtórnej, jest jednym z „najlepszych nowotworów”. Różnice w wyleczalności między Polską a Europą Zachodnią naprawdę nie wynikają z różnicy w dostępności drogich terapii. Oczywiście to jest istotne, ale tylko w zaawansowanych przypadkach. Ważniejsze, że na Zachodzie zaawansowanych przypadków jest 10 proc., a u nas 30 proc., i ta różnica determinuje wyniki leczenia. Dane amerykańskie z lat 2001–2006 pokazują 93 proc. przeżyć 5-letnich (bliskich wyleczalności).

jest skuteczna jako prewencja przed czerniakiem), lub korzystanie z solarium. Wizyta w solarium to dawka promieniowania ultrafioletowego dziesięć razy większa niż opalanie się na słońcu w południe. Nie ma takiej białej skóry rasy kaukaskiej, która byłaby na taką dawkę odporna, i to jest według WHO pierwsza przyczyna wzrostu zachorowalności. W Polsce na razie częstość występowania czerniaka ocenia się na 2,5–3 tys. przypadków rocznie. Myślę, że jest ich więcej, bo rejestracja nowotworów jest jeszcze nie dość precyzyjna, ale musimy się posługiwać danymi, którymi dysponujemy. Według tych danych mamy około 3 tys. przypadków zachorowania na czerniaka, z czego około tysiąca chorych, czyli 1/3, umiera. To naprawdę nie jest w porządku. Co więcej, dane epidemiologiczne są bezwzględne, jeśli chodzi o wzrost zachorowalności na czerniaka: w ciągu ostatnich dziesięciu lat się podwoił, a prognozy na przyszłość są dokładnie takie same.

Czy to wynika głównie ze stylu życia?

Nie ma żadnego innego wytłumaczenia.

To nie genetyka, prawda?

Przyczyny genetyczne występują w 3–4 proc. przypadków, inaczej niż w raku piersi czy jelita grubego, w któ-

Czerniak jest do

Jakie są wyniki leczenia w Polsce, a jeżeli są gorsze, to dlaczego?

Dane z polskich ośrodków mówią o około 60 proc. przeżyć 5-letnich, ale należy podkreślić, że pochodzą z okresu, gdy nie stosowano terapii dzisiaj wykorzystywanych w leczeniu czerniaka. Wówczas społeczeństwo polskie wiedziało tylko, że należy się zgłosić z podejrzaną zmianą skóry, i rozpoczęła się kampania informacyjna dotycząca promieniowania ultrafioletowego, podnoszono problem niekontrolowanego korzystania z solarium. Problem solarium w naszym kraju do dziś nie został uregulowany prawnie. Jesteśmy jedynym dużym krajem UE, w którym sprawa dostępności sztucznego promieniowania ultrafioletowego dla młodych ludzi, poniżej 18. roku życia, jest praktycznie nieuregulowana. Mimo naszych apeli, nic w tej sprawie się nie zmieniło od lat – Ministerstwo Zdrowia i kolejni ministrowie nie podejmują w tej sprawie żadnych działań. Wszystkie kraje, które stosują prewencję w zakresie nowotworów skóry, wprowadziły zakaz korzystania z solarium przez osoby poniżej 18. roku życia lub obowiązek uzyskania przez nie zgody rodziców. Wiadomo, że dziecko jest bardziej narażone na uszkodzenia skóry prowadzące do zachorowania na nowotwór, w tym czerniaka, niż dorosły. Generalnie obserwujemy wzrost występowania czerniaka we wszystkich grupach wiekowych. Teoretycznie w najmłodszych grupach nie powinno być takiego wzrostu, bo wiadomo, że z wiekiem zwiększa się niebezpieczeństwo zachorowania na nowotwór (w tym na czerniaka), kumulują się bowiem uszkodzenia skóry. Dlaczego zatem w młodszych grupach wiekowych występuje wzrost zachorowań? Dlatego, że mamy takie a nie inne style zachowań. Krótkie, intensywne wakacje z opalaniem na słońcu, podczas których nie dba się o skórę (choć są dowody naukowe, że ochrona skóry, łącznie ze stosowaniem kremów z filtrem,

rych uwarunkowania genetycznie są bardzo istotne. W czerniaku oczywiście o wszystkim decyduje fototyp skóry, ale po prostu należymy do takiej rasy, 2/3 Polaków ma fototyp 1 lub 2, czyli jasną skórę, która się słabo opala i ma piegi.

Co jest zdaniem pana najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania, moda na przebywanie na świeżym powietrzu, na opalanie się?

Nie chodzi o to, żeby nie korzystać ze świeżego powietrza. Chodzi o to, żeby nie dopuszczać do oparzeń słonecznych. Jeśli się przebywa na słońcu, trzeba założyć ubranie, a nieosłoniętą skórę pokryć kremem z filtrem. Nie jest prawdą, że jak się będziemy smażyć na słońcu, to zrobimy sobie zapas witaminy D. Australijczycy obliczyli (mają największe doświadczenie w tym zakresie), że 10 minut na słońcu na tydzień wystarcza do aktywacji witaminy D. Należy więc zachować rozsądek i kiedy słońca jest za dużo lub jest to słońce tropików, trzeba założyć kapelusz i zabezpieczyć skórę kremem. To na pewno mniejszy ryzyko wystąpienia nowotworu skóry, bo nie chodzi tylko o czerniaka. Zbyt intensywna ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe zwiększa ryzyko wystąpienia innych nowotworów skóry, których jest znacznie więcej niż myślimy. Szacuje się, że rocznie chirurdzy operują około 40 tys. przypadków różnego typu raka skóry. Amerykanie na przykład uważają, że 40 proc. ich populacji po 65. roku życia ma raka skóry.

Reasumując, najważniejsza jest profilaktyka?

Wszystko, o czym mówiłem, to profilaktyka pierwotna. Ale dużo istotniejsze moim zdaniem jest wprowadzenie odpowiednich rozwiązań prawnych, bo trudno zmienić nawyki społeczeństwa. Uważam, że realnie można w tej chwili jedynie ograniczyć młodzieży dostęp do solarium.



wyleczenia

I to poprawi sytuację? A gdzie profilaktyka dla dzieci i młodzieży, działania na rzecz uświadamiania zagrożenia dorosłym? Przyzwyczajenia same się nie zmieniają.

Oprócz profilaktyki pierwotnej bardzo istotna, jeśli nie najważniejsza, jest profilaktyka wtórna. Zdecydowanie poprawi wyniki leczenia wzrost wiedzy społeczeństwa na temat zmian skórnych, bo profilaktyka wtórna jest dużo bardziej skuteczna w tym nowotworze niż w innych. Wczesne usunięcie zmiany skóry daje bardzo dobre wyniki leczenia. Większość ludzi zauważy, że coś się na ich skórze pojawiło albo że coś się na niej rozwija. Pacjenci, u których rozpoznajemy wczesne czerniaki, mówią „ja to miałem kilka lat”. Wczesny czerniak nie rośnie z dnia na dzień, rozwija się błyskawicznie dopiero gdy osiągnie punkt krytyczny. Ale ten punkt występuje dość późno, więc wczesny czerniak na skórze może mieć nawet centymetr. Trudno nie zauważyć plamy, która ma 1 cm, a taka zmiana powstaje kilka lat, a przynajmniej kilka miesięcy. O tym trzeba ludzi informować. To jest m.in. zadanie dla lekarzy rodzinnych przede wszystkim, ale także dla specjalistów w innych dziedzinach. Żeby zmienić zachowania ludzi, potrzeba dobrej kampanii informacyjnej, zorganizowanej przez państwo, samorządy w mediach czy w Internecie. Dla przykładu działania prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych nie przynoszą oczekiwanych efektów. Publiczne pieniądze wydawane są na drukowanie ulotek, które mało kto czyta, a należy zwrócić się do facho-

ców, którzy powiedzą, jakie działania profilaktyczne (m.in. swobodny dostęp do oceny zmian skóry) przeprowadzić. Znakomicie z profilaktyką radzą sobie Amerykanie i Austriacy, są więc wzorce do naśladowania. My, dzięki pomocy Ministerstwa Edukacji Narodowej, przeprowadziliśmy w zeszłym roku akcję informacyjną w postaci ponad 500 lekcji w szkołach ponadpodstawowych. Dzieci takie informacje przyswajają błyskawicznie i to pozostaje w pamięci na całe życie. Takie i podobne działania mają sens.

Dobrze, ale wróćmy do profilaktyki wtórnej. Kto ma w systemie ochrony zdrowia wykryć czerniaka? Sam pacjent?

Dwie specjalności lekarskie są do tego na razie przygotowane, czyli dermatolodzy i chirurdzy onkolodzy, bo diagnostykę czerniaka mamy w programie specjalizacji i umiejętnościach. Oczywiście, ideałem byłoby, żeby lekarz rodzinny interesował się skórą pacjenta. Być może ten wywiad się do tego przyczyni. Dlatego uważam, że dużo istotniejszy byłby następujący przekaz do społeczeństwa: jeśli ktoś zauważy zmiany na skórze, powinien się zwrócić do przedstawiciela wymienionych przeze mnie dwóch specjalności lekarskich. Ci specjaliści powinni go zbadać dermatoskopowo.

Do dermatologa bez skierowania? Przecież Ministerstwo Zdrowia chce tę możliwość zlikwidować!

Obecnie do dermatologa nie potrzeba żadnego skierowania. Jeżeli ministerstwo to zmieni, popełni duży błąd, tym bardziej że minister deklaruje zielone światło i zniesienie

limitów w onkologii. Badanie dermatoskopowe po pierwsze nie boli, po drugie trwa około 5 minut, a po trzecie powoduje, że większości zmian się nie usuwa, bo nie ma takiej potrzeby, a to przynosi NFZ konkretne oszczędności.

Jaki jest realny dostęp do tego badania?

Dermatoskopię wykonuje obecnie około 60 proc. dermatologów i około 40 proc. chirurgów onkologów. Na wszystkich zjazdach i na konferencjach dyskutuję z dermatologami i chirurgami na temat konieczności przeprowadzania tego badania u wszystkich pacjentów. Jego dostępność poprawia się z roku na rok, także dlatego, że przeprowadzamy sporo szkoleń. To naprawdę prosta metoda, dzięki której przede wszystkim nie wycina się tego, czego nie trzeba. Dawniej pacjenci, którzy przychodzili do chirurga onkologa (teraz już coraz rzadziej), mieli np. dziesięć zmian na skórze zaznaczonych długopisem, i wszystkie trzeba było usunąć, bo przypisano im kryteria A, B, C, D, E. Jeśli się popatrzy gołym okiem, można uznać, że wiele zmian na skórze spełnia kryteria A, B, C, D, E. Bo są asymetryczne, mają nierówne brzegi, kolor itd. Znamiona atypowe tak będą wyglądać, chodzi więc o to, żeby przekonać się, czy rzeczywiście są podejrzone. Profilaktyczne usuwanie znamion nie zmniejsza bowiem ryzyka zachorowania na czerniaka. To zupełnie inna sytuacja, niż usuwanie polipów w jelicie grubym, bo w większości przypadków zmiana nie jest stanem przednowotworowym. Ponad połowa czerniaków rozwija się na skórze w miejscu, gdzie nie było wcześniej znamienia, więc naszym zadaniem jest właśnie ocena zmian, które się zmieniły lub się pojawiły. I właśnie dermatoskop służy do wczesnej oceny zmiany nowotworowej. Dzięki temu badaniu w Niemczech średnia grubość wycinanego czerniaka wynosi tylko 0,8 mm, a w Polsce – około 2 mm, i to determinuje wynik leczenia.

Tak się kiedyś przyjęło, że podczas zabiegu wycinania zmiany należy usunąć minimum 2 cm zdrowej skóry wokół niej.

Ależ skąd! 2 mm na grubość i szerokość w trakcie biopsji wycinającej, teraz większość czerniaków wycina się z marginesem kilku milimetrów, a ostateczny margines wynosi 1–2 cm. Obecnie dążymy do zmniejszenia zakresu operacji. To znaczy radykalność jest zachowana, ale nie ma potrzeby robienia bardzo szerokich marginesów. Warunkiem takiego postępowania jest jednak wczesne rozpoznanie, dzięki czemu leczenie jest znacznie tańsze, bo nie wymaga innego działania, z wyjątkiem chirurgicznego wycięcia.

Takie leczenie jest najtańsze, bo to praca ludzka?

Nie. Takie leczenie jest najtańsze, bo jest najskuteczniejsze.

Ponieważ „Puls” czytają lekarze, myślę, że warto wyjaśnić, jak i kiedy mają reagować, kiedy wysłać pacjenta na badania.

Najważniejsze jest to, żeby oglądać i oceniać skórę przy okazji wizyty pacjenta czy wykonywania innych badań.

No tak, tylko w Polsce ginekolodzy najczęściej nie badają pacjentek od pasa wzwyż, a lekarz rodzinny nie wkłada palca w odbytnicę...

Ale o tym trzeba głośno mówić. Kiedy lekarz rodzinny osłuchuje pacjenta, może zobaczyć zmianę na skórze i ją ocenić. Po drugie, jeżeli pacjent ma zespół znamion atypowych, być może trzeba go wysłać na badanie dermatoskopowe, po którym w przypadku stwierdzenia zmiany podejrzonej należy przeprowadzić trzeci etap, czyli biopsję wycinającą. Takie postępowanie poprawi wyniki leczenia czerniaka.

Dermatoskopia jest, jak rozumiem, zadaniem dermatologa lub chirurga onkologa?

Do tej pory, tak. Aczkolwiek jest coraz więcej lekarzy innych specjalności medycznych, którzy posiadli umiejętność wykonywania dermatoskopii. No, ale jeszcze trzeba mieć doświadczenie i wiedzieć, co się widzi. To nieprawda, że np. tak reklamowany wideodermatoskop coś za nas zrobi, sam zanalizuje i postawi rozpoznanie!

Tak, tak, wiem, reklama dźwignią handlu.

Wróćmy do trzeciego etapu postępowania. Mamy podejrzaną zmianę skóry, należy wykonać wycięcie, czyli biopsję wycinającą. Tu wyjaśnienie ważne dla lekarzy: oznacza to wycięcie zmiany skóry z małym marginesem, 1–2 mm, i to w osi długiej kończyny, jeśli zmiana jest na kończynie. Chodzi o spływ chłonki idący wzdłuż osi długiej kończyny. Jeżeli czerniak jest już rozpoznany (bo biopsja wycinająca służy potwierdzeniu rozpoznania oraz ustaleniu parametrów nowotworu), następny etap to docięcie blizny w przypadku czerniaka bardzo wczesnego – poniżej 1 mm, w przypadku większego niż 1 mm – docięcie blizny z biopsją węzła wartowniczego. Żaden ośrodek onkologiczny w kraju nie ma problemu z wykonaniem tej procedury, więc dostępność zabiegu w kraju jest dobra, mamy 25–30 ośrodków, które go wykonują.

A jaka jest sytuacja na Mazowszu?

Do ośrodków przygotowanych do kompleksowego leczenia, w tym diagnostyki czerniaka i innych nowotworów złośliwych skóry, zaliczam Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie przy ul. Roentgena oraz Szpital Onkologiczny w Wieliszewie pod Warszawą, gdzie również wykonuje się biopsję węzła wartowniczego. Te dwa ośrodki wystarczają do zaspokojenia potrzeb populacji Mazowsza w zakresie leczenia chirurgicznego czerniaka. My w Centrum Onkologii robimy około 200 biopsji węzła wartowniczego rocznie. W tej chwili okres oczekiwania na leczenie w kierowanej przeze mnie klinice to 3 tygodnie.

Czy zabiegów nie powinni wykonywać także chirurdzy ogólni?

Wycięcie zmiany pierwotnej nie stanowi żadnego problemu, każdy może to zrobić. Jaki głupi błąd można popełnić? Wyciąć zmianę na kończynie nie w osi długiej kończyny, czyli tak, że po zabiegu utrudniamy spływ chłonki. Jeżeli po wycięciu zmiany wykonujemy limfoscyntyografię i podajemy kontrast izotopowy, żeby wyznakować węzeł chłonny, to takie wycięcie to uniemożliwia. Przypominam, że to w osi długiej kończyny idą naczynia limfatyczne i w związku z tym zmiany nie wolno wycinać w poprzek osi długiej kończyny. Takie wycięcie burzy całą ideę leczenia, chory może mieć także dużo większy obrzęk w kończynie. To się zdarza coraz rzadziej, ale się zdarza, dlatego o tym przypominam. Ważne jest też, że nie wykonujemy plastyki, czyli cięć niezbędnych do jej przeprowadzenia, i nie przesuwamy płatów skórnych, przy biopsji wycinającej, bo to w ogóle uniemożliwi biopsję węzła wartowniczego.

Przychodzą do nas jeszcze czasem chorzy, którzy mają wyciętego czerniaka z marginesem od razu 5 cm. Taką operację wykonywano przed 20 laty, ale nie powinna mieć miejsca dziś. Czerniaka się leczy obecnie *step by step*, czyli wykonuje się biopsję węzła wartowniczego. Jeśli wynik badania histopatologicznego węzła jest ujemny, to koniec chirurgii, chory przechodzi do obserwacji. Dalsze leczenie podejmuje się, gdy pojawi się taka potrzeba. Jeżeli chory miał przerzut do węzła wartowniczego, następnym

etapem leczenia jest limfadenektomia w tym spływie, w którym znajdowała się zmiana, ale trzeba pamiętać, że czasem są dwa spływy. Jeżeli chory miał czerniaka na tułowi, może się okazać, że wystąpił spływ do dwóch pach, bo zmiana była pośrodku. Ale bywa, że pacjent ma przerzut do jednej albo nie ma przerzutu do żadnej pachy. Właśnie wyjaśnieniu tego problemu służy limfoscyntygrafia. Dlaczego biopsja węzła wartowniczego zmieniła dużo w czerniaku? Dlatego, że za jej pomocą można wykryć przerzuty wielkości poniżej 0,1 mm, a nie uda się tego dokonać żadną inną metodą. USG wykrywa, nawet przy zastosowaniu techniki dopplerowskiej, przerzuty wielkości 4–5 mm, PET/CT – zmiany 7–8 mm, więc to całkiem inna skala. Stosowanie diagnostyki obrazowej, typu PET/CT (bo oczywiście pacjenci lubią takie badania), ze względu na opisany efekt, jest zatem na tym etapie leczenia wyrzucaniem pieniędzy. Biopsja węzłów wartowniczych pozwala na dokładniejszą ocenę zmian. Wczesne czerniaki po ujemnej biopsji węzła wartowniczego są wyleczalne w ponad 90 proc. Nawet po limfadenektomii z powodu przerzutów do węzłów wartowniczych można wyleczyć ponad 50 proc. cho-

rych. Oczywiście, ci chorzy kwalifikowani są do badań w celu określenia potrzeby leczenia uzupełniającego albo otrzymują leczenie uzupełniające. Problemem jest leczenie 10 proc. chorych w Ameryce i 30 proc. polskich pacjentów, którzy mają przerzuty odległe. W przypadku chorych z tych grup przeżycia 5-letnie stanowiły tylko około 4 proc.

Rozumiem, że to na podstawie wyników leczenia chorych z przerzutami czerniak miał tak złą sławę?

Tak, to dlatego czerniak budził lęk i miał złą prasę. Tymczasem, jak już mówiłem, przeżycia we wczesnym czerniaku świadczą, że to jeden z najlepiej wyleczalnych nowotworów. Nawet jeśli weźmiemy pod uwagę, że w Polsce wyleczy się tylko około 70 proc. chorych z czerniakiem, jest to naprawdę bardzo dobry wynik w porównaniu z rezultatami leczenia innych nowotworów złośliwych. Zupełnie inna jest sytuacja w przypadku przerzutowego czerniaka: po roku żył co trzeci chory, po dwóch latach co dziesiąty, po pięciu – prawie nikt. Na szczęście obecnie, w dobie nowych terapii ukierunkowanych molekularnie lub immunoterapii, również te wskaźniki zdecydowanie się poprawiły. ■

„Puls” e-mailem?

Szanowni Państwo,

muszę przyznać, że z dużym dystansem podchodzę do promowanej przez Państwa inicjatywy dotyczącej udostępniania miesięcznika „Puls” jedynie w formie elektronicznej.

Zdaję sobie sprawę, iż należy podążać z postępem, stawiać na nowe technologie. Rozumiem, że w dobie powszechnego oszczędzania oraz ekologii trzeba dokładnie liczyć każdą wydaną złotówkę, każdą wydrukowaną stronę. Są to niewątpliwie mocne argumenty przemawiające za zmianą kolportażu z tradycyjnego (wersji papierowej) na nowoczesny (elektroniczny).

Równocześnie jednak, w sytuacji gdy co i rusz podejmowane są próby skłócenia naszego środowiska oraz marginalizacji izb lekarskich, bardzo ważne jest, aby informacja o działalności naszej Izby docierała, i to skutecznie, do jak największej liczby członków.

Tajemnicą poliszynela jest fakt, że wielu z nas, lekarzy, praktycznie wcale nie interesuje się działalnością izb lekarskich. Część z powodu szeroko pojętego braku czasu, część z powodu własnych przekonań czy też niezrozumienia idei samorządności.

Regularnie otrzymywane (w formie tradycyjnej, papierowej) miesięcznik „Puls” oraz „Gazeta Lekarska” dają pewną szansę na zainteresowanie tych niezainteresowanych. Moim zdaniem jest to fakt nie do przecenienia. Niestety, nie można powiedzieć tego o wersji kolportowanej elektronicznie.

W przypadku otrzymania papierowego wydania „Pulsu” nawet bardzo nieprzychylny izbom odbiorca, chcąc nie chcąc, zmuszony jest przynajmniej do spojrzenia na okładkę pisma. Owszem, być może zaraz po dostarczeniu zostanie ono rzucone w kął lub trafi do pojemnika na odpady segregowane, dawniej zwane makulaturą. Jednakże istnieje szansa, że nawet ów nieprzychylny czy niezainteresowany odbiorca zajrzy do środka i przeczyta choćby jeden zawarty w „Pulsie” artykuł. Tymczasem w przypadku kolportażu elektronicznego dotarcie do niezainteresowanych czy też nieprzychylnie nastawionych odbiorców stanie się niemożliwe. Kolejny numer „Pulsu” najpewniej zaginie wśród dziesiątek innych, ważniejszych wiadomości w skrzynce odbiorczej lub też od razu, jako niechciany, zostanie skasowany jednym kliknięciem.

Piotr Sławiński

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.

Zakażenia inwazyjne

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

Czym są bakteryjne zakażenia inwazyjne?

Zakażenie inwazyjne rozwija się w fizjologicznie jętkowych tkankach i narządach naszego organizmu. Najczęściej pojawia się inwazja pierwotna łożyska krwi, a następnie rozprzestrzenia się do różnych narządów (np. ośrodkowego układu nerwowego, stawów), ale mogą pojawić się również zakażenia wtórne. Praktycznie wszystkie drobnoustroje mogą spowodować zakażenie inwazyjne, ale tzw. pierwotne infekcje najczęściej wywoływane są przez bakterie otoczkowe, takie jak: pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), meningokoki (*Neisseria meningitidis*) i pałeczki hemofilne (*Haemophilus influenzae*), szczególnie niebezpieczne dla małych dzieci. Są to zakażenia nabyte poza szpitalem, ale ze względu na ciężki przebieg i konsekwencje zawsze leczy się je w szpitalu. Inaczej wygląda etiologia tzw. wtórnych zakażeń inwazyjnych. Powodują je głównie gronkowce złociste i *Escherichia coli*, a miejscem wyjścia infekcji w pierwszym przypadku jest zazwyczaj skóra lub tkanka podskórna, a w szpitalu – cewnik naczyniowy, natomiast w drugim przypadku – układ moczowy (*urosepsis*).

Zakażenia inwazyjne są zagrożeniem epidemiologicznym i medycznym, bowiem łączą się z wysoką śmiertelnością oraz powikłaniami. Mogą się też szybko rozprzestrzeniać, tworząc ogniska epidemiczne, a nawet epidemie (meningokoki). Podobnie jak w innych krajach, u nas najczęstsze zakażenia inwazyjne przybierają postać bakteriemii/sepsy i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Jak można zapobiegać tak groźnym następstwom zakażenia?

Najlepsza i najskuteczniejsza metoda to szczepienia, a najbardziej podatne na zakażenia bakteriami otoczkowymi są najmłodsze dzieci. Wprawdzie mamy szczepionki przeciwko pałeczkom hemofilnym, pneumokokom i meningokokom, ale nie są to szczepionki uniwersalne, tzn. nie zapobiegają wszystkim zakażeniom wywołwanym przez szczepy tych gatunków.

Odporność na *Haemophilus influenzae* jest związana z obecnością przeciwciał wobec jej otoczki. Otoczka ta jest swoista dla jednego z sześciu istniejących serotypów. Natomiast mamy szczepionkę przeciwko jednemu z nich – serotypowi B(Hib). On właśnie spowodował największą liczbę zakażeń inwazyjnych w krajach, które nie wprowadziły masowych szczepień przeciwko Hib. Natomiast te, które ją włączyły do narodowych programów szczepień, odnotowały bardzo szybki spadek, a nawet eliminację tego typu zakażenia. Sukces był efektem opracowania szczepionki koniugowanej, która zawiera wielocukier otoczkowy połączony z nośnikiem białkowym, a więc umożliwia uzyskanie doskonałej odpowiedzi immunologicznej już u najmłodszych dzieci (powy-

żej 2. miesiąca życia) i jej długotrwałego utrzymywania się. Była to pierwsza szczepionka koniugowana stosowana na świecie.

Czy jest stosowana w Polsce?

Polska była ostatnim krajem europejskim, który ją wprowadził (w 2007 r.) do obowiązkowego kalendarza szczepień, co znaczy, że jest darmowa. Szczepi się dzieci od 2. miesiąca życia.

W moim miejscu pracy znajduje się Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, rdzeniowych oraz innych inwazyjnych zakażeń (KOROUN; www.koroun.edu.pl), monitorujący zakażenia inwazyjne w Polsce. Z jego danych wynika, że nastąpił znaczący spadek zachorowań na Hib u dzieci. Monitorujemy sytuację epidemiologiczną, aby znać konsekwencje wprowadzenia szczepień, m.in. obserwować, czy nie zaczynają odgrywać większej roli inne serotypy lub także szczepy nieotoczkowe *Haemophilus influenzae*, które dotychczas wywołują głównie zakażenia górnych dróg oddechowych.

Czy szczepionka jest skuteczna przez całe życie?

Tego nie wiemy. Na razie nie dysponujemy takimi danymi. Musimy starannie monitorować zakażenia. Mamy przecież przykłady, np. krztuśca, błonicy, w przypadku których wiemy, że szczepionka nie jest skuteczna przez całe życie. Musimy doszczepiać ludzi starszych.

Jakim jeszcze zakażeniem bakteryjnym można zapobiegać?

Kolejną bakterią wywołującą zakażenia, którym można i bezwzględnie należy zapobiegać przez szczepienia, jest pneumokok. Nosi przydomek największego zabójcy, bo powoduje co najmniej 1 mln zgonów rocznie na świecie. Pneumokok jest bakterią otoczkową, niebezpieczną głównie dla małych dzieci i osób starszych, ale atakuje w każdym wieku. Wywołuje zakażenia inwazyjne, przede wszystkim bakteriemię/sepsę, zapalenie płuc i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Z opracowaniem szczepionki był ogromny problem. I w tym przypadku przeciwciała przeciwko wielocukrom otoczkowym są przeciwciałami ochronnymi. Antygenami szczepionkowymi powinny więc być wielocukry otoczkowe, różniące się budową. Od nich zależy przynależność do serotypów, których dotychczas rozpoznano aż 94. Ta różnorodność stanowi wyzwanie nie do pokonania, ponieważ nie jesteśmy w stanie wprowadzić do szczepionki wszystkich 94 antygenów. W pracach nad szczepionką przeciwko pneumokokom przyjęto następujące podejście: na podstawie danych z monitorowania zakażeń wybrano wielocukry tych serotypów, które są najczęstszą przyczyną zakażeń inwazyjnych u dzieci. Tak powstała pierwsza skoniugowana szcze-

ynne też groźne

cionka w USA, zawierająca siedem najważniejszych serotypów (PCV7) i przeznaczona dla dzieci. Co więcej, są to także serotypy, w obrębie których najczęściej występuje oporność na antybiotyki. Wprowadzenie tej szczepionki spowodowało znaczący spadek zakażeń *Streptococcus pneumoniae*, w tym bakteriami wieloopornymi. Uzyskano również wysoki poziom odporności populacyjnej.

Zatem także pneumokoki zostały częściowo opanowane?

Okazało się jednak, że sukces był częściowy, bowiem pneumokoki mogą z łatwością pobierać obce DNA, np. kodujące oporność na antybiotyki i/lub serotyp. Dzięki temu bakterie mogą „uciekać” przed działaniem antybiotyków i przed presją immunologiczną szczepień. Rozkład serotypów musi być stale monitorowany. Okazało się, że po niespełna dziesięciu latach szczepień PCV7 doszło w USA do szybkiego narastania zakażeń wywoływanych przez serotyp 19A, nieobecny w szczepionce i wielooporny. Powstała więc kolejna szczepionka, 13-walentna, która obejmuje sześć dodatkowych serotypów, w tym 19A. W Europie w tym samym czasie powstała szczepionka 10-walentna, wzbogacona, w porównaniu z PCV7, o trzy serotypy, ale niestety bez 19A.

Prowadzimy monitorowanie zakażeń, aby wiedzieć, jak szczepienia zdają egzamin w naszej sytuacji epidemiologicznej i czy ją w jakiś sposób zmieniają.

W Polsce te szczepionki za darmo otrzymują tylko dzieci z grup ryzyka (np. z niską wagą urodzeniową, niedoborami odporności). Co roku staramy się te grupy powiększać o nowe kategorie. Jesteśmy jedynym krajem w Europie, który nie ma szczepionki przeciw pneumokokowej dla wszystkich dzieci.

Jest też szczepionka wielocukrowa 23-walentna (PPV23), istniejąca od kilkudziesięciu lat, ale nie jest skuteczna poniżej 2. roku życia. Znalazła zastosowanie przede wszystkim u dorosłych z przewlekłymi chorobami, zwłaszcza układu oddechowego, z chorobą nowotworową. Tylko w USA była mocno rekomendowana w programie szczepień dla osób powyżej 60.–65. roku życia. W Europie zalecano ją z mniejszym natężeniem, ponieważ uważano, że daje krótkotrwałą, 4–5-letnią odporność. Ponadto nie było wiadomo, czy można podawać jej kolejną dawkę. Niedawno zaczęto stosować PCV13 także u dorosłych i niektóre gremia opinotwórcze uważają, że PPV23 może być po niej podana jako dawka przypominająca.

Jak już wspomniałam, kluczową rolę w rozpoznawaniu bakteryjnych zakażeń inwazyjnych pełni KOROUN. Dzięki jego



Fot. egw

działaniami wiemy, że w latach 2009–2013 u dzieci do 5. roku życia szczepionka 13-walentna daje około 80–82 proc. pokrycia serotypów występujących w tej populacji wiekowej, a 10-walentna – około 63 proc. Na podstawie tych danych można przewidywać skuteczność szczepień. Polska ma znakomite doświadczenia w zakresie skuteczności szczepień przeciw pneumokokom na podstawie obserwacji dzieci w Kielcach. Władze samorządowe postanowiły sfinansować szczepionkę najpierw PCV7, a następnie PCV13 dzieciom zamieszkałym w tym mieście. Uzyskano nie tylko spadek zachorowań, ale także odporność populacyjną. Szkoda, że tym śladem i na taką skalę nie poszły inne samorządy.

Trzeci drobnoustrój, który budzi szczególny lęk, to meningokok. Stosunkowo niedawno, bo w latach 2006–2007,

▶ w naszym kraju pojawiła się seria ognisk epidemicznych, głównie sepsy i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Stało się to przyczyną hysterii, ze względu na obraz chorobowy i wysoką śmiertelność.

Ta bakteria powoduje mniej zakażeń niż pneumokok, ale wywołuje strach, ponieważ zakażenia mają przebieg piorunujący, dramatyczny. Często pierwsza zmiana na skórze pojawia się rano, a wieczorem wysypka krwotoczna pokrywa całą powierzchnię skóry i zazwyczaj nie ma ratunku. Tak właśnie na ogół przebiega sepsa meningokokowa. Jeśli nie ma dobrych procedur postępowania i nie wdroży się natychmiastowego leczenia w przypadku podejrzenia sepsy, to śmiertelność może dochodzić nawet do 70 proc. W zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych jest niższa, zwykle około 10 proc. Często obie postaci choroby występują razem, stwarzając szczególnie niebezpieczną sytuację. Te zakażenia także monitoruje zespół KOROUN. Szczepionka przeciwko meningokokom nie znajduje się w obowiązkowym kalendarzu szczepień, ale jest w grupie tzw. szczepionek rekomendowanych. Mamy ich kilka na naszym rynku. Podobnie jak w przypadku pneumokoków i pałeczek hemofilnych, nie dysponujemy szczepionką, która zapobiega zakażeniom wywoływanym przez wszystkie grupy meningokoków. Jednak dzięki wprowadzeniu szczepień jesteśmy w stanie zapobiec większości tych zakażeń. Meningokoki dzielimy na 12 grup serologicznych. Dostępne są szczepionki przeciwko grupie C i B (od niedawna) dla najmłodszych dzieci oraz czterowalentne (A, C, W135, Y) dla starszych (jedna od 1. roku życia i jedna od 2.). Najczęściej chorują dzieci w 1. roku życia. Drugi szczyt zachorowań występuje w grupie nastolatków. U dzieci do 1. roku życia praktycznie wszystkie szczepy meningokoków należą do grupy B i C.

Mamy rezerwę przeciwepidemiczną szczepionek, za którą odpowiada państwo. Gdyby pojawiły się ogniska, wprowadzimy te szczepienia na koszt państwa. Największy sukces odniesiono w walce z pierwszą grupą bakterii inwazyjnych, tj. *Haemophilus influenzae* typu B, bowiem szczepionka jest w obowiązkowym kalendarzu szczepień, co pokazuje wyraźnie, że szczepienia są najlepszym orężem w walce z zakażeniami i chorobami zakaźnymi.

Jednakże w Polsce nie wszystkie szczepionki można otrzymać za darmo.

Niestety. Znacznie odbiegamy w tym zakresie od większości krajów UE. Na szczęście mamy wiele inicjatyw samorządowych. Dotyczy to zwłaszcza pneumokoków, nieco rzadziej meningokoków. Także wojsko szczepi żołnierzy przeciwko meningokokom, zwłaszcza z jednostek wyjeżdżających na misje. Ponadto wiele osób robi to za własne pieniądze.

Jakiemu celowi służy monitorowanie chorób i szczepień?

Monitorowanie zakażeń, zwłaszcza takich, przeciwko którym mamy skuteczną broń, daje podstawy do podejmowania najbardziej uzasadnionych decyzji dotyczących wprowadzania szczepionek. Dostarcza także informacji o skuteczności szczepionek, co jest szczególnie ważne w przypadku zakażeń bakteriami otoczkowymi, bowiem obserwujemy zmieniającą się sytuację epidemiologiczną. Monitorując drobnoustroje, rejestrujemy ich cechy, np. antybiotykooporność, zjadliwość. To z kolei pozwala na korektę lub poszerzenie składu szczepionek (tak było w przypadku pneumokoków) oraz na optymalizację terapii empirycznej i działań przeciwepidemicznych. ■

Uroczystość na Żoliborzu

Z okazji Światowego Dnia Zdrowia 27 marca br. na warszawskim Żoliborzu odbyło się uroczyste spotkanie pracowników SPZZLO Warszawa-Żoliborz połączone z odznaczeniem najbardziej zasłużonych. W uroczystości, zorganizowanej na Bielańskiej Scenie Kameralnej w Urzędzie Dzielnicy Bielany, uczestniczyli parlamentarzyści, przedstawiciele władz stolicy i dzielnic Żoliborz, Bielany i Łomianki, radni m.st. Warszawy, dyrektorzy innych zakładów opieki zdrowotnej.

Zakład obchodzi w tym roku 15. rocznicę usamodzielnienia się. Siedmiu pracowników wyróżniono Medalem za Długoletnią Służbę, przyznany decyzją prezydenta Bronisława Komorowskiego, odznaką „Za zasługi dla ochrony zdrowia” przyznano 29 pracownikom. Tytuł laureata w kategorii „Organizacja Ochrony Zdrowia” (najwyższe wyróżnienie w XVI Konkursie Mazowieckiej Nagrody Jakości oraz potwierdzenie najwyższej jakości usług medycznych i skutecznego zarządzania, zgodnie z wytycznymi Total Quality Management) otrzymała dyrektor Małgorzata Zaława-Dąbrowska.

Fot. archiwum SPZZLO



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz jest jednym z największych zakładów lecznictwa otwartego w Polsce. Obejmuje opieką medyczną ponad 200 tys. pacjentów, głównie mieszkańców warszawskich dzielnic: Żoliborza i Bielany oraz miasta i gminy Łomianki. W skład zespołu wchodzi 12 przychodni, w których funkcjonuje około 100 poradni i pracowni diagnostycznych. Szeroka gama udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia stomatologicznego i ortodoncji, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, transportu medycznego oraz diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i wysokospecjalistycznej, zapewnia efektywną obsługę pacjentów.

mkr

Nowy oddział w Sochaczewie

W marcu br. w sochaczewskim Szpitalu Powiatowym miało miejsce uroczyste oddanie do użytku zmodernizowanego Oddziału Położniczego.

Oprócz niezbędnych prac remontowych w ramach inwestycji dokonano przebudowy oddziału w celu wydzielenia dodatkowych pomieszczeń, dzięki czemu zwiększył się komfort zarówno personelu, jak i pacjentek. Na oddziale zostały uruchomione dwie izby przyjęć. Jedna przeznaczona jest do standardowych przyjęć, z drugiej korzystać będą kobiety rodzące. Nowością w szpitalu są pojedyncze sale porodowe. Do tej pory porody odbywały się na wspólnej, kilku-stanowiskowej sali, a liczba porodów rodzinnych była ograniczona. Sale Miętowa i Lawendowa, nazwane tak od kolorystyki wykończenia, zostały wyposażone w nowoczesny sprzęt, m.in. wielofunkcyjne łóżko porodowe składane, umożliwiające rodzącej przyjmowanie różnych pozycji bez wstawania. W pokoju znajdują się oddzielnie: prysznic, toaleta, wanna do porodu oraz kącik dla noworodka, w którym dziecko jest ważone, mierzone i badane przez lekarza. Na oddziale stworzono specjalny pokój laktacyjny, w którym pacjentki mogą w cichej i spokojnej atmosferze nakarmić noworodka. Oprócz wygodnego fotela mają do dyspozycji przewijak, aby bez wychodzenia z pokoju mogły pielęgnować dziecko. Pacjentki w każdej chwili mogą również wrócić na oddział, uzyskać konsultację w poradni laktacyjnej, udziela na jest im wszelka pomoc związana z pocięciem.

Nowy sprzęt w Żurominie

Szpital w Żurominie wzbogacił się o nowe łóżka i lampy operacyjne.

W lutym br. na sale chorych trafiło 17 łóżek szpitalnych i 3 łóżka rehabilitacyjno-ortopedyczne z szafkami. Będą służyły chorym na Oddziale Wewnętrznym oraz Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Wartość inwestycji to 87 447,60 zł. Szpital zakupił również dwie nowe lampy operacyjne, które zastąpią 33-letnie poprzedniczki. Jedna z podwójnych lamp operacyjnych została zainstalowana na bloku operacyjnym, druga w sali cięć cesarskich, znajdującej się przy trakcie porodowym. Lampy z montażem kosztowały 71 064 zł. Placówka wzbogaciła się też o 3 nowe kardiomonitory, które będą służyć do przyłóżkowego monitorowania pacjenta. Rozpoczęły pracę na Oddziale Wewnętrznym, w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego. Zastąpiły 15-letni sprzęt. Kosztowały 107 999,99 zł. W sumie w szpitalu przybyło sprzętu za 266 511,59 zł.

Prezydent odznaczył

Kierownik SP ZOZ w Borowiu Edward Dąbrowski został odznaczony Złotym Medalem za Długoletnią Służbę, przyznany przez prezydenta Bronisława Komorowskiego.

Uroczystość odbyła się 3 marca w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim. W imieniu głowy państwa medal wręczył wojewoda Jacek Kozłowski. O przyznanie Złotego Medalu za Długoletnią Służbę zabiegał wójt gminy Borowie, podkreślając wzorowe, wyjątkowo sumienne wykonywanie przez Edwarda Dąbrowskiego obowiązków wynikających z pracy zawodowej, a także działalność w życiu społeczności lokalnej. Jak napisano we wniosku o odznaczenie, Edward Dąbrowski kieruje Zakładem Opieki Społecznej w Borowiu nieprzerwanie od 1982 r. Niełatwą pracą administracyjną łączy z wykonywaniem zawodu lekarza. Ośrodek zdrowia jest jedną z najlepiej funkcjonujących placówek tego typu w po-

wiecie i regionie. W 2010 r. za pozyskane środki unijne wykonano gruntowny remont budynku SP ZOZ. W efekcie zwiększył się dostęp do lekarzy i personelu medycznego, placówka wzbogaciła się też o nowoczesne wyposażenie. Dzięki dobremu zarządzaniu stale zwiększa się liczba pacjentów zapisanych do lekarzy. W SP ZOZ przyjmują lekarze: chorób wewnętrznych, pediatra i lekarz rodzinny, dentysta oraz kardiolog, diabetolog i ginekolog.

Powiaty o ratownictwie

Ratownictwo medyczne po zmianach w 2012 r. oraz rola samorządów w rozwoju transplantologii – to główne tematy Konwentu Powiatów Województwa Mazowieckiego, który odbył się 6–7 marca br. w Chlewiskach.

O roli samorządów powiatowych w rozwoju transplantologii w Polsce mówili Elżbieta Nawrocka, zastępca dyrektora Wydziału Zdrowia M UW, oraz prof. dr hab. Paweł Nyckowski. W województwie mazowieckim od 2010 r. realizowany jest program „Partnerstwo dla Transplantacji”, który służy przede wszystkim zwiększeniu liczby dokonywanych przeszczepów narządów oraz uzyskaniu społecznego poparcia dla tej działalności. Dotychczas odbyło się m.in. 8 spotkań w środowisku medycznym, 19 konferencji dla uczniów i nauczycieli, 4 konferencje naukowe „Transplantacja Darem Życia” oraz 12 imprez plenerowych, podczas których pozyskano 168 potencjalnych dawców szpiku. Ponadto od 2012 r. odwiedzone 10 mazowieckich szpitali z wysokim potencjałem dawstwa, aby wypracować skuteczne rozwiązania zwiększające liczbę przeszczepianych narządów. Według statystyk liczba szpitali, w których pobrano narządy, wzrosła z 15 w 2010 r. do 20 w 2012. Jednocześnie dwukrotnie zwiększyła się liczba koordynatorów transplantacyjnych na Mazowszu (z 16 w 2010 do 32 w 2012 r.). W 2010 r. na Mazowszu było 49 rzeczywistych dawców narządów, dwa lata później już 79. Następnie ocenę funkcjonowania ratownictwa medycznego po zmianach przeprowadzonych po 1 lipca 2012 r. przedstawił Michał Borkowski, pełnomocnik wojewody ds. ratownictwa medycznego. Wyjaśnił, że przez ten czas skonsolidowano dyspozytornie medyczne (z 29 do 6 nowych centrów dyspozytorskich), utworzono stanowisko lekarza koordynatora w każdym rejonie operacyjnym, a także ustanowiono nowe miejsca wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego (Głowaczów, Policzna, Jabłonna, Kuzuń Polski, Pokrzywnica). W ramach reorganizacji centrów dyspozytorskich wprowadzono m.in. lokalizatory GPS umożliwiające skuteczne prowadzenie zespołów ratownictwa medycznego. Wśród efektów przeprowadzonych zmian wymienić można m.in.: skrócenie czasu dotarcia pacjenta do właściwego ośrodka hemodynamiki lub oddziału udarowego, zwiększenie liczby ambulansów w dyspozycji dyspozytora medycznego oraz skuteczny nadzór nad przyjmowaniem i realizacją zgłoszeń.

Charytatywny bal

4 marca br. po raz dziewiąty odbył się w Płońsku Charytatywny Bal im. Jerzego Szycza.

W imprezie zorganizowanej przez Stowarzyszenie Przyjaciół Szpitala w Płońsku wzięło udział 270 osób. Podczas balu licytowano m.in. obrazy lokalnych twórców, stroiki wielkocenne, szkło ozdobne, książki. Dochód z balu przeznaczono na dofinansowanie przyłącza wodociągowego dla rodziny Domańskich z Drozdowa, turnus rehabilitacyjny dla Adriannej Małeckiej z Raciąży i dofinansowanie wyposażenia oddziału internistycznego płońskiego szpitala. ■ **pk**



W trosce o zdrowe zęby

„Radości ze zdrowego uśmiechu” – to hasło przyświecało tegorocznym obchodom Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. Z tej okazji Delegatura Radomska Okręgowej Izby Lekarskiej zorganizowała konkurs plastyczny dla dzieci. Stomatologii poświęcono także konferencję w Centrum Kształcenia Dorosłych „Edukacja”.

Całodniowe spotkanie w siedzibie CKD zatytułowano „Nowoczesne metody pracy wyzwaniem współczesnej stomatologii”. W ogólnopolskiej konferencji brali udział lekarze, technicy dentyści, asystentki i higienistki stomatologiczne.

Podczas części teoretycznej uczestnicy wysłuchali wykładów poświęconych nowoczesnym metodom pracy we współczesnej stomatologii. Michał Kluczkowski, dyplomowany higienista zatrudniony w jednej z trójmiejskich klinik, opowiadał o różnych aspektach swojej profesji. Przekonywał, że oprócz zabiegów wykonywanych w gabinecie, niezmiernie ważna jest profilaktyka domowa. – *Należy bardzo dokładnie edukować pacjentów, bo to, jak dbają o higienę na co dzień, stanowi w dużej mierze podstawę naszego sukcesu* – tłumaczył.

Fotografie: raf



Agnieszka Gromadzka, przedstawicielka jednej z czołowych firm produkujących sprzęt stomatologiczny, przestrzegала przed niebezpieczeństwem zakażeń oraz infekcji, na jakie narażeni są pracownicy gabinetów dentystrycznych.

Dużym zainteresowaniem cieszył się wykład dr. Tomasza Dzieniakowskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Ergonomii Stomatologicznej, który odbył staże i szkolenia w Stanach Zjednoczonych, Japonii, Korei Południowej i Chinach. Jest także współtwórcą pierwszego programu nauczania ergonomii stomatologicznej w Instytucie Stomatologii w Łodzi.

W drugiej części konferencji odbyły się warsztaty, m.in. praktycznego wykorzystania koferdamu i przeprowadzania zabiegu wybielania zębów.

Stomatologia była również tematem konkursu plastycznego „Radości ze zdrowego uśmiechu”, zorganizowanego przez Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej oraz Młodzieżowy Domu Kultury.



Fot. raf

Odczarowana choroba

Zespół Downa nie jest chorobą, lecz częścią naszego bogatego i zróżnicowanego dziedzictwa biologicznego – przekonywali pomysłodawcy akcji społecznej, którą zorganizowano w Radomiu.

Najbardziej widowiskowym elementem projektu „Odczarować zespół Downa” była plenerowa wystawa na radomskim deptaku. Przechodnie z zainteresowaniem oglądali efekty sesji fotograficznych, podczas których chorym



Temat konkursu nawiązywał do hasła tegorocznych obchodów Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. – *Ze zdrowych zębów cieszyć się można i nawet trzeba. Wiąże się to z wieloma przyjemnymi rzeczami: jedzeniem, śmiechem, gwizdaniem czy śpiewaniem. Od wczesnego dzieciństwa do późnej starości* – mówiła podczas wernisażu pokonkursowej wystawy Agnieszka Leśniak-Trześniewska, stomatolog oraz jurorka, która oceniała prace młodych twórców wspólnie z lek. dent. Ewą Miękus-Pączek i artystą plastykiem Janem Andrzejem Jasińskim.

„Radości ze zdrowego uśmiechu” należało „przemycić” w konkursowych prezentacjach. Wpłynęły aż 182 prace malarskie i rysunkowe z 15 placówek oświatowych Radomia. Jury podkreślało wysoki poziom artystyczny, ucieczkę od schematów i dobry warsztat, szczególnie najmłodszych autorów.

Uroczysty wernisaż pokonkursowej wystawy i wręczenie nagród oraz wyróżnień odbyło się 20 marca w MDK. U honorowani twórcy nie ukrywali emocji. – *Rysowanie było fajną zabawą, ale także trochę nauką. Teraz już wiem, że warto dbać o zęby, bo to zapewnia uśmiech na długo* – stwierdziła jedna z młodych uczestniczek konkursu.

Nagrody zdobyli: Julia Waniek, Paulina Kaczor, Barbara Kęsik, Emilia Zawadzka, Ewa Dobielska i Karolina Nowocień. ■

Rafał Natorski

dzieciom towarzyszyli znani muzycy, artyści, dziennikarze i sportowcy. Niezwykłe zdjęcia wykonali członkowie Radomskiego Towarzystwa Fotograficznego.

Zwieńczeniem akcji była konferencja „Samorząd a wychowanie: odczarować zespół Downa”, którą zorganizowano w Sali Koncertowej Zespołu Szkół Muzycznych. Licznie zgromadzona publiczność wysłuchała ciekawych wystąpień. Prof. Andrzej Kochański z Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej Polskiej Akademii Nauk opowiadał o perspektywach terapeutycznych w zespole Downa, a Barbara Szostak, wieloletni dyrektor Zespołu Społecznych Szkół Specjalnych, radziła, jak trafić do serca i umysłu dziecka z niepełnosprawnością intelektualną.

Podczas konferencji można było obejrzeć także prezentację twórczości młodych ludzi z zespołem Downa. ■

raf

Mistrzostwa lekarzy w półmaratonie

21 kilometrów i 97,5 metra – to dystans, który będą musieli pokonać uczestnicy

1. Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie. Impreza odbędzie się 22 czerwca w Radomiu, a organizatorzy czekają na zgłoszenia.

Naszym celem jest integracja środowiska lekarskiego i popularyzowanie w nim biegania. Chcemy także w ten sposób promować Radom – tłumaczy znany radomski chirurg Dariusz Orczykowski, jeden z pomysłodawców zawodów i wielki miłośnik biegania, który może pochwalić się udziałem w blisko 50 maratonach i półmaratonach.

Lekarskie zmagania odbędą się w ramach 2. Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76. Mogą w nich uczestniczyć osoby z całej Polski, warunkiem jest posiadanie prawa wykonywania zawodu na terenie RP i aktualnych badań lekarskich oraz podpisanie oświadczenia o stanie zdrowia.

Zapisy chętnych prowadzone są do 19 czerwca na stronach internetowych: www.maratonympolskie.pl, www.datasport.pl, www.polmaratonradom.pl. 21 i 22 czerwca będzie można zgłosić swój akces w biurze zawodów. Opłata startowa wynosi 30 zł. Każdy uczestnik otrzyma pamiątkowy medal i koszulkę.



Fot. archiwum Stowarzyszenia „Bieganiem Radom”

– *Lekarzy, którzy zapisali się wcześniej do 2. Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76, prosimy o zaktualizowanie zgłoszenia, żeby znaleźli się także na liście naszego biegu* – dodaje Dariusz Orczykowski.

Organizatorami 1. Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie są: Stowarzyszenie „Bieganiem Radom!”, prezydent Radomia i Delegatura Radomska Okręgowej Izby Lekarskiej. ■

raf

Buro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie Krajowe oferty pracy na 14 kwietnia 2014 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	5	diabetologia	2	medycyna ratunkowa	2	pedagogia	1	stomatologia	9
anatomia pat.	1	endokrynologia	6	medycyna rodzinna	21	pedagogia specjalna	1	stomatologia chirurg.	4
andrologia	1	epidemiologia	1	medycyna sportowa	1	pediatria	21	stomatologia dziecięca	1
anestezjologia	3	gastroenterologia	3	nefrologia	1	psychiatria	6	stomatologia endodon.	1
lekarz bez spec.	3	geriatria	2	neonatologia	3	psychiatria dziecięca	1	stomatologia ortodon.	4
chirurgia naczyniowa	2	ginekologia i poł.	3	neurochirurgia	1	psychiatria sądowa	1	stomatologia periodon.	3
chirurgia ogólna	5	ginekologia-endokryn.	1	neurologia	10	psychologia kliniczna	1	stomatologia protetyka	4
chirurgia dziecięca	3	ginekologia dziecięca	1	neurologia dziecięca	3	ortopedia	6	urologia	5
chirurgia onkologiczna	1	instruktor S.I.	1	neurologopedia	1	radiologia	6	USG	2
choroby płuc	3	kardiologia	7	okulistyka	7	rehabilitacja med.	5		
choroby wewnętrzne	19	kardiologia dziecięca	2	okulistyka dziec.	2	reumatologia	5		
choroby zakaźne	2	laryngologia	3	onkologia	1				
dermatologia	2	medycyna pracy	3	patomorfologia	1				

Kontakt: tel. 22-542-83-30; praca@oilwaw.org.pl

Andrzej Morliński
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



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



V Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentyków

PULS SŁOWA

Organizatorzy:

Naczelna Izba Lekarska, Komisja Kultury Sportu i Turystyki OIL w Warszawie, SZPZLO Warszawa Praga Północ

Patronat medialny:

„Gazeta Lekarska”, „Puls”, „Zdrowa Praga”

Informacji udziela: Maria Żywicka-Luckner, tel. 22-619-42-31, 604-28-63-24, e-mail: majkazywicka@wp.pl

Problemy medyczne wieku starszego

„Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce” – pod takim hasłem 24 marca 2014 r. odbyło się otwarte Posiedzenie Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk. W Pałacu Staszica spotkali się wybitni specjaliści: członkowie Polskiej Akademii Nauk, przedstawiciele instytutów badawczych, konsultanci krajowi, dziennikarze.

O roli szkoleń w zakresie specjalizacji geriatrycznej mówiła **prof. Barbara Bień**, konsultant wojewódzki ds. geriatry w województwie podlaskim. Nauczanie geriatry w Polsce jest jedynie fakultetem w kształceniu przeddyplomowym lekarzy. Realizuje je tylko połowa wyższych uczelni medycznych w Polsce, w niewielkim wymiarze godzinowym i w różnym zakresie. To dlatego lekarze nie mają szansy ani na zdobycie minimum wiedzy geriatrycznej, ani na jej utrwalenie w praktyce. **Prof. Bolesław Samoliński**, krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego, przybliżył aspekty strategii zdrowego starzenia się. Jej celem powinno być to, by osoby starsze jak najdłużej mogły cieszyć się dobrym zdrowiem i dobrą jakością życia. – *W ciągu minionych 20 lat zmiany cywilizacyjne w Polsce istotnie wpłynęły na wydłużenie oczekiwanej długości życia.*

O problemach neurologicznych mówiła **prof. Maria Barcikowska**, kierownik Zespołu Kliniczno-Badawczego Chorób Zwrodnieniowych CUN IMDiK PAN. – *Badania epidemiologiczne opublikowane w 2014 r. wykazały, że najczęściej na świecie leczy się dolegliwości bólowe związane z dolnym odcinkiem kręgosłupa. Na drugim miejscu jest depresja. Na świecie terapią tych chorób zajmują się lekarze rodzinni, tylko wyjątkowo konsultując się z neurologiem lub ortopedą. W Polsce chorzy z takimi dolegliwościami trafiają najczęściej do neurologa, chociażby dlatego, że tylko neurolog może wykonać badania neuroobrazowe. Z dru-*

giej strony badania te są w Polsce i na świecie nadużywane i wykonywane bez potrzeby w znakomitej większości przypadków – stwierdziła.

Choroby nefrologiczne osób starszych były tematem wystąpienia **prof. Marka Myśliwca**.

Prof. Ryszarda Chazan, konsultant wojewódzki ds. chorób płuc w województwie mazowieckim, przedstawiła problemy pulmonologiczne osób w wieku podeszłym. – *Rośnie liczba osób z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, zwłaszcza w wieku podeszłym. Drogi oddechowe są układem najbardziej narażonym na kontakt z czynnikami środowiskowymi świata zewnętrznego – wyjaśniała. Przyczynami większej zachorowalności na choroby układu oddechowego w wieku podeszłym są przede wszystkim: anatomiczne starzenie się układu oddechowego (większa sztywność klatki piersiowej, mniejsza sprężystość tkanki płucnej, mniejsza siła mięśni oddechowych) oraz upośledzenie mechanizmów obronnych (upośledzenie transportu rzęskowego, zaburzenia odruchu kaszlowego, zmiany odporności humoralnej oraz obniżenie odporności komórkowej).*

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, **prof. Grzegorz Opolski**, przybliżył problemy kardiologiczne tej grupy wiekowej. Wiek jest najistotniejszym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Wraz z wiekiem wzrasta częstość występowania nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, choroby wieńcowej, niewydolności serca, wad serca, arytmii serca, a zwłaszcza migotania przedsionków. Wydłużenie życia i starzenie się społeczeństwa oraz poprawa skuteczności leczenia ostrego zawału serca powoduje istotne zwiększenie występowania niewydolności serca, która stanowi główną przyczynę hospitalizacji osób powyżej 65. roku życia. Diagnostyka kardiologiczna u osób w wieku podeszłym jest utrudniona, ze względu na występowanie nietypowych objawów oraz problemy z interpretacją badań diagnostycznych. Leczenie choroby sercowo-naczyniowej u osób

W naszym kraju medycyna paliatywna jest niedoszacowana, jej finansowanie niewystarczające, brakuje poradni, odpowiedniej opieki medycznej – to jedna z ważniejszych opinii, jakie padły podczas debaty „Opieka paliatywna w Polsce 2014”.

– *Po wzroście nakładów, jaki miał miejsce w latach 2007–2008, obecnie notujemy całkowitą stagnację – powiedziała dr Aleksandra Ciałkowska-Rysz, krajowy konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej. Nie rośnie, a nawet zmniejsza się, liczba poradni medycyny paliatywnej. W 2010 r. było ich 140, obecnie jest 130. Ponadto istnieją ogromne dysproporcje w rozmieszczeniu zarówno poradni, jak i hospicjów domowych i stacjonarnych. Tylko hospicjów dla dzieci jest w miarę wystarczająca liczba, ale także są rozlokowane nierównomiernie. Szczególnie dramatycznie przedstawia się sytuacja na Mazowszu, gdzie brak poradni ogranicza, a nawet uniemożliwia dostęp do świadczeń. W Centrum Onkologii utworzono osiem łóżek opieki paliatywnej, ale szpital nie otrzymał kontraktu na ten rodzaj usług.*

Przy bardzo ograniczonych środkach finansowych placówkom nie starcza funduszy na stałą opiekę pielęgniarską, na

Fot. M. Gwiazdowicz



w wieku podeszłym wymaga nie tylko określenia stopnia zaawansowania choroby podstawowej, lecz także uwzględnienia chorób współistniejących, które mogą rzutować na skuteczność i bezpieczeństwo zastosowanej terapii.

Najczęstsze schorzenia urologiczne przedstawił **prof. Marek Sosnowski**, konsultant krajowy w dziedzinie urologii. Podkreślił, że według badań amerykańskich autorów około 45 proc. porad lekarskich i 62 proc. zabiegów oraz operacji urologicznych jest przeprowadzanych przez urologów u chorych powyżej 65. roku życia.



Fot. archiwum IFiPS

Prof. Henryk Skarżyński, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii, przybliżył obecnym znaczenie problemu zaburzeń komunikacji. Starzejące się społeczeństwo jest wyzwaniem dla specjalistów wszystkich dziedzin medycyny. – *Nie można pozostawać aktywnym bez sprawnych narządów zmysłów, wzroku czy słuchu. Tymczasem w obecnym świecie coraz więcej osób – zwłaszcza tych wkraczających w wiek senioralny – ma problemy ze słuchem. To nie tylko utrudnia komunikację, ale też zwiększa ryzyko wystąpienia innych zaburzeń. U osób starszych, cierpiących na lekki niedosłuch, aż dwukrotnie zwiększa się ryzyko depresji, u osób z niedosłuchem średnim – trzykrotnie, a u pacjentów z niedosłuchem głębokim – aż pięciokrotnie* – mówił.

Renata Korneluk

opiekę psychologiczną i inne usługi, które powinny być świadczone w zintegrowanej opiece paliatywnej.

Przyczyną braku środków jest bardzo niska wycena świadczeń, na skutek czego koszty ponoszone przez poszczególne placówki prawie zawsze przekraczają wysokość kontraktów z NFZ. Niektóre wykazują aż 40 proc. deficytu ekonomicznego. W innych ośrodkach koszt dojazdu do pacjenta jest wyższy niż stawka na całe świadczenie. Szpitalne oddziały opieki paliatywnej z reguły należą do najbardziej zadłużonych. W takiej sytuacji opiece paliatywnej grozi nie tylko stagnacja, ale wręcz likwidacja.

Zdaniem dr Jadwigi Pyszkowskiej, prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, w oddziałach wojewódzkich NFZ nie ma ekspertów od medycyny paliatywnej i stąd całkowity brak zrozumienia dla potrzeb tej dziedziny. Brak także empatii dla ludzi najbardziej chorych. Organy te nie przyjmują żadnych argumentów, zupełnie nie liczą się z opiniami konsultantów wojewódzkich. Konieczne są zmiany w systemie rozliczania procedur opieki paliatywnej. ■ **mkr**



Minutka dla malkontentów

Paweł Kowal

25 lat niepodległości, 15 w NATO, 10 w Unii Europejskiej. Takiego narodowego bilansowania tośmy dawno nie mieli. Zadowolenie – obowiązkowym tonem w rocznicowych dyskusjach. Żadnego grymaszenia. Dowód? Na próbę przeprowadzenia rzetelnego rachunku osiągnięć i błędów, także poważnych zaniedbań, rządzący reagują, wskazując na Ukrainę, która akurat trzeszczy w szwach na naszych oczach. „O, mogło być tak” – mruczą pełni samozadowolenia.

Pytanie, w rzeczy samej, nie brzmi, czy nie mogło być gorzej? Mogło. Kwestia, czy zagraliśmy na miarę możliwości, czy nie można było lepiej? Gdy inni słodzą, czas zaproponować – na odtrutkę – krytycznym umysłem wyliczankę błędów. Czyli zabawa malkontentów na dzisiaj: trzy rzeczy, któreśmy schrzanili. Każdy wymienia swoje.

Nasza bieda to masowe wyjazdy z Polski. „*Podobnie było w Hiszpanii po jej wejściu do UE*”. Rzecz w tym, że nie wyciągnęliśmy wniosków. Straciliśmy ponad 2 mln ludzi, często na zawsze, więcej niż po powstaniu listopadowym, więcej niż z Galicji wyjechało za chlebem i więcej niż po stanie wojennym.

Po drugie, polityka rodzinna. Politykom lewicy temat wydawał się kościółkowy, liberałom socjalistyczny. Każdy miał powód, by uważać go za wydumany. Aż okazało się, że Polska jest krajem o jednym z najniższych wskaźników urodzeń, a na wsparcie rodziny wydaje się najmniej w Europie. Skutek znany: jeśli się szybko nie pozbieramy, będziemy za 20 lat krajem na peryferiach Unii, bez przemysłu, bez nowoczesnego rolnictwa, ale z milionami miejsc w domach spokojnej starości – o ile ktoś wreszcie pomyśli, by je wybudować.

Po trzecie, system finansowania partii. W 1989 r. Polacy zagłosowali przeciw PZPR i jej przybudówkom, które dostawały zasilanie z budżetu. Późniejszy czas, lata 90., to niekończące się spory małych partii i argumenty, że zawsze więcej szans mają te partie, które zachowały trochę starego komunistycznego majątku i dostęp do biznesu. Trudno nie przyznać temu rozumowaniu racji, takie były wówczas realia. Lewica i partia chłopska po PZPR i PSL dysponowały dużym majątkiem. Wtedy powstał pomysł, by nowym partiom, które wygrały wybory, dać dotacje państwowe. Idea była szczytna: otworzyć się na nowe inicjatywy, uniezależnić polityków od biznesu. Szybko się okazało, że pieniądze budżetowe, które politycy sami sobie przyznali, są znacznie większe niż potrzeba, a system rozliczania pod kątem celowości wydawania środków praktycznie nie istnieje. Ale łupu już nie oddali. Partie się upały na państwowym jak tłuste koty. Jednocześnie mechanizm promował duże partie, co powodowało zabetonowanie sceny politycznej. Przebić się nowych inicjatyw i nazwisk graniczy z cudem. Efekt?

Przed 25 laty w Wielkiej Brytanii rządziła Thatcher, we Francji Mitterrand, w Niemczech Kohl. Dzisiaj wszyscy oni mają swoje dumne miejsce, ale na kartach historii. U nas system finansowania partii zlikwidował konkurencję: jesteś nowy, to nie masz dotacji, a w takim razie nie masz szans. Dzięki temu po 25 latach twarze te same: Miller, Kaczyński, Tusk i Korwin-Mikke, wiecznie młody. Jak wtedy: wszystko sprywatyzować.

Tyle narzekania. Szampan schłodzony? Kieliszki. Pijemy za to, co się jednak udało. ■



Fot. archiwum

Joanna Szczepkowska, czyli rzecz o postępowej tolerancji

Janina Jankowska

Joanna Szczepkowska była przez lata ikoną narodzin III Rzeczypospolitej. Któż nie zna słynnego zdania, wypowiedzianego półszepem do widzów TVP, po niezapomnianych wyborach: „Proszę państwa, 4 czerwca 1989 r. skończył się w Polsce komunizm”.

24 lata później w swoim felietonie w „Gazecie Wyborczej” Monika Olejnik napisała: „W marcu 2013 r. skończyła się Joanna Szczepkowska”.

A jeszcze cztery lata wcześniej aktorka była ozdobą rocznicowych uroczystości, gdy z trybuny sejmowej dzieliła się wspomnieniami z 4 czerwca 1989 r. w obecności członków rządu, wszystkich prezydentów III Rzeczypospolitej, posłów, senatorów i tłumu zagranicznych dziennikarzy. Aktorka znana z liberalnych poglądów, przeciwniczka małkontentwa PiS-owskiego, na zadane wtedy pytania dziennikarzy, czy o taką Polskę walczyliśmy, odpowiadała: „Tak, o taką!”.

W tym roku, z okazji 25. rocznicy odrodzenia wolnej Polski, „Gazeta Wyborcza” i TVN ogłosiły plebiscyt „Ludzie wolności”. Propozycje kandydatów do tego tytułu z różnych zawodów (pięć kategorii) składają czytelnicy „GW” i widzowie TVN. Chodzi o ludzi szczególnie zasłużonych dla polskiej transformacji, „**ludzi, którzy zamiast brnąć w utarte schematy, idą pod prąd – z dobrym skutkiem**” – głoszą organizatorzy plebiscytu.

Joanna Szczepkowska tylko w jednej kwestii poszła wyrażnie pod prąd, i niestety z fatalnym skutkiem. Wypowiedziała się w sprawach współczesnego teatru, a konkretnie pewnego trendu, który zauważyła, a który jej zdaniem nie służy sztuce. W środowisku mówi się, że źródłem jest konflikt aktorki z reżyserem Krystianem Lupą. Tylko o co? Spór ludzi kultury na ten kontrowersyjny temat rozgorzał już po wywiadzie Roberta Mazurka z aktorem Grzegorzem Małeckim. Pojawił się tam problem obowiązkowej obecności gejów w przykładowo omawianej sztuce. „*Nie tylko w Watykanie jest homoseksualny lobbng. I nie tylko kler należy za to ścigać*” – napisała Szczepkowska w jednym ze swoich felietonów. Jej zdaniem preferencje seksualne ludzi decydujących o teatrze narzucają wybór form artystycznych, ograniczają teatr. Nastąpił jakiś przechyl, trzeba

temu zaradzić. Liberalna, wychowana w domu artystycznej, szeroko pojętej wolności, zwolenniczka małżeństw homoseksualnych sądzi, że może swobodnie przedstawić swoje poglądy i robi to w stałym felietonie w „GW”:

„*Otóż, jeśli mamy szczerze rozmawiać o prawach gejów do normalnego życia, to zachowujemy się jak w normalnym kraju i dajmy prawo do oceniania gejów też. Dyktat środowisk homoseksualnych musi się spotykać z odporem, tak jak pary gejowskie muszą się doczekać praw małżeńskich*”. Błąd. Po tym felietonie zatrzęśto się na blogach znanych aktorów, jedna z czołowych feministek pisze „List otwarty do Joanny Szczepkowskiej”, oburzenie w prasie głównego nurtu, mocne słowa i porównania. „*Wystarczyło jedno niewygodne określenie »pod prąd«, żeby i TVN, i »GW« skojarzyły mnie z Holocaustem, nazizmem i komorami gazowymi*” – pisze Szczepkowska w „Rzeczypospolitej”. Wie już, że nie ma szans zostać „Człowiekiem wolności”, ale czuje się wolna. Złożyła pozew sądowy przeciwko TVN o naruszenie dóbr osobistych.

Podobne przypadki zdarzają się także w krajach słynących z większej, zdawałoby się, niż u nas tolerancji. Doświadczył tego ostatnio **Brendan Eich**, amerykański programista, podobno komputerowy geniusz, twórca skryptowego języka programowania Java Script, który 24 marca został dyrektorem generalnym Mozilli, m.in. słynnej przeglądarki internetowej. Niestety, światopoglądowo przeciwnik małżeństw homoseksualnych. W 2008 r. wsparł finansowo organizację o podobnych poglądach. Ujawnił swoje przekonania i... ma „przechlapane”. Nie pomogły najwyższe zawodowe kompetencje. Szybki, zmasowany atak kalifornijskich środowisk LGBT, internautów, pracowników firmy. Niektóre serwisy zablokowały używanie tej przeglądarki przez swoich klientów, zmusiły Brendana Eich do złożenia dymisji. Dla dobra firmy. Niektórzy twierdzą, że konkurencja wykorzystała ruch LGBT instrumentalnie, by osłabić Mozillę, bo chodzi o kasę. Być może.

W tej sytuacji Joanna Szczepkowska może uznać, że jest prawdziwie wolna. Nie podaje się do dymisji. Dołączam się do niej. Pisząc ten felieton, tracę szansę na znalezienie się wśród „Ludzi wolności”. Oczywiście to żart. Nic nie przebijie uczucia bycia wolnym, także od plebiscytów... ■

Drodzy Przyjaciele, Absolwenci Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie: Lekarze – roczniki 1978–1984 oraz Lekarze Dentyści – roczniki 1979–1984

Iza Doniec oraz Mariusz Zarzycki i Mariusz Pietrzak (samozwańczy organizatorzy) zapraszają
10–12 października 2014 r. na spotkanie jubileuszowe do Niechorza (Dworek Prawdzic).

Informacje:

Iza Doniec izabella@fabrykausmiechu.com

Mariusz Zarzycki marioz58@wp.pl

Mariusz Pietrzak mario241@op.pl



Wszystko na „nie”!

W Krakowie trwa awantura na 24 fajerki – jak mawiała moja babcia. Dotyczy Zimowych Igrzysk Olimpijskich w 2022 r., których losy mają przesądzić, nie wiedzieć czemu, krakowianie. Całe stulecie polskich marzeń od chwili odzyskania niepodległości w 1918 r., by kiedyś być gospodarzem igrzysk, letnich czy zimowych, to już wtórna sprawa, marzeń całych pokoleń Janusza Kusocińskiego i Stanisława Marusarza, Ireny Kirszenstein-Szewińskiej i Otylii Jędrzejczak, tysiacy bohaterów naszej wyobraźni, nagle przekształcono w raczej kramarskie spekulacje na temat kosztów. I o spełnieniu tych marzeń przesądzą w plebiscycie, zapewne negatywnie, ludzie, którzy przypuszczają, że owe 21 mld, jak ich nie wydamy na igrzyska, pójdą na przedszkola i drogi w Krakowie. Cóż za bezgraniczna naiwność, że gdzieś tam leżą pieniądze i czekają... Zostawmy ten temat.

A w życiu medycznym Krakowa – konferencja za konferencją. Dwa wydarzenia wymagają specjalnej uwagi. Na pierwszym miejscu znaleźć się musi jubileusz 650-lecia Uniwersytetu Jagiellońskiego (z Wydziałem Lekarskim od zawsze), uznany przez Senat Rzeczypospolitej za wydarzenie pierwszoplanowe roku 2014 w Polsce. Kulminacją uroczystości był w marcu Kongres „Idea Uniwersytetu – Reaktywacja”. O horyzoncie dyskusji nieźle mówi fragment wystąpienia prof. Piotra Sztompki: „*Żyjemy w czasach wielkich zmian. Nasz kraj stoi na skrzyżowaniu, czy – jak kto woli – na rozdrożu trzech wielkich procesów społecznych, z których każdy ma inną logikę i dynamikę, a wszystkie przynoszą konsekwencje ambiwalentne: i dobre, i złe. Pierwszym jest proces transformacji ustrojowej, owa wielka rewolucja obywatelska zapoczątkowana ćwierć wieku temu i jeszcze niedokończona. Drugi – to proces integracji europejskiej, w którym uczestniczymy z mądrego wyboru politycznego. A trzeci – to proces globalizacji, który dotyka nas, chcemy czy nie, podobnie jak wszystkie inne kraje współczesnego świata*”.

Drugim tematem była eksplozja stomatologii. W tle odbyły się rekordowe pod względem liczby wystawców (312) XXII Targi Stomatologiczne Krakdent, na pierwszym planie XII Kongres PTS, na drugim Kongres Chirurgów Szczękowo-Twarzowych. Wszystko w ciągu jednego miesiąca. Niestety, nic jednak nie zapowiada, by w obszarze wycen procedur czy bodaj uwolnienia stomatologów od kosztów prawa atomowego coś drgnęło. A już w zakresie dentystyki szkolnej zbliżamy się do Bangladeszu. Koszty tego zaniedbania próchnicy będą niewyobrażalne, przy najliczniejszej kadrze stomatologów w Europie. ■

Wasz Cyrułik z Rynku Głównego



Dwa w jednym, a nawet więcej

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Ktoś, kto używa prostej logiki potocznej, z pewnością będzie skłonny przyjąć tezę, że język jest nielogiczny. Dowodów są setki. Ulubione argumenty domorośłych logików, rzekomo przemawiające za nielogicznością naszej mowy, wymienia m.in. prof. Andrzej Markowski. Oto kilka z nich. Błędne jest – ich zdaniem – używanie czasu przeszłego w formach czasu przyszłego, np. *będę szedł*. Ci sami twierdzą, że niepoprawne są wszystkie pleonazmy i tautologie, bo powtarzają znaczenia, np. *życie biologiczne, podła kanalia, zaspą śnieżną, poprawa i polepszenie zdrowia*. Tymczasem nieraz istnieje konieczność uściślenia znaczeń wyrazów, np. kiedy w jednym tekście zestawiamy wyrażenia typu *życie gospodarcze, życie kulturalne i życie 'organizmu'*. Musi się pojawić przymiotnik *biologiczne*, bo nie będzie można sprecyzować sensu zdania. Język także przekazuje emocje, które czasem trzeba wyrazić silniej niż zwykle (*podła kanalia, głupi idiota*), albo pozwala na nadanie dodatkowej mocy akcentowi znaczeniowemu (*tylko i wyłącznie, wtedy i tylko wtedy*). Są to powtórzenia (redundancje), które nie muszą być niepoprawne. Trzeba jednak uważać, bo są i takie, które zawsze są błędne, np. **nadal kontynuować, *cofać się do tyłu lub wstecz, *akwen wodny, *czerniak złośliwy, *surowica krwi, *szpik kostny*.

Język jest więc rzekomo nielogiczny między innymi dlatego, że wprawia w konfuzję wielością cech, znaczeń i form. Istnieje sporo wyrazów, które mają podwójny rodzaj, np. *kafeł – kafla, klusek – kluska, rodzynek – rodzynka*, a także warianty morfologiczne, np. *obejrzeć – oglądnać, znajdować – znajdować, profesorzy – profesorowie, rękami – rękoma*. W języku polskim nie ma żadnego wyrazu, który ma tylko jedno znaczenie. Właściwy sens na przykład wyrazu a ujawnia się dopiero w zdaniu, bo należy on jednocześnie do różnych klas. Raz jest spójnikiem (*Ja idę, a on biegnie*), raz partykułą (*A jak myślisz?*). Wyrazy mogą mieć identyczną formę, ale znaczenie całkowicie inne, jak homonimy typu *dam – kobiet i dam – wręczę; ona szyje i te szyje; bal – zabawa i bal – drewno*. Dwa w jednym? Często nawet więcej.

Ciekawe są wyrazy i wyrażenia o znaczeniu przeciwstawnym, typu *owszem – tak i owszem – nie*. Oto przykład z frazeologii, wyrażenie funkcyjne, które pełni funkcję partykuły: *teoretycznie rzecz biorąc*. Ma sprzeczne znaczenia, które dadzą się zilustrować za pomocą przykładów:

1) *Teoretycznie rzecz biorąc, wiosna może się zacząć zarówno w lutym, jak i w maju*. 2) *Teoretycznie rzecz biorąc, wiosna zaczyna się 21 marca*. I co na to powie osoba logizująca? Będzie w kropce. Po pierwsze wbrew pozorom wyrażenie to nie ma nic wspólnego z teorią, ale po prostu z *myśleniem*, po drugie można go używać na dwa równoprawne a odmienne sposoby.

Kłopot ludzi logizujących polega na tym, że nie przyjmują do wiadomości, iż to nie język ma być logiczny, ale logiczne powinny być treści za jego pomocą wyrażone. Mylą narzędzie z produktem. ■

Moje adresy CZ. 3

Irena Ćwiertnia

W roku 1929 zaczęłam edukację w klasie przy prywatnym gimnazjum Janiny Tymińskiej przy ul. Traugutta 6. Rano z babcią Józią lub służącą przechodziłam przez Ogród Saski. Zima tego roku była bardzo sroga. Mrozy dochodziły do 30 stopni. W ogrodzie widziałam zamarznięte wróble, które pospadały z gałęzi drzew. Chodziłyśmy czasem inną drogą, przez Krakowskie Przedmieście. Mijałyśmy mój dawny dom pod nr 17. Parter na froncie zajmował skład fortepianów oraz apteka Różyckiego. W skrzydle pałacu Potockich, od strony ul. Ossolińskich, znajdowała się ogromna księgarnia Gebethnera i Wolffa. Na rogu budynku wisiał wielki, okrągły zegar umieszczony w pobliżu zakładu zegarmistrzowskiego Woronieckiego. W gmachu Hotelu Europejskiego, na rogu ulicy Ossolińskich, usytuowana była elegancka cukiernia Lourse'a. Front hotelu był zajęty przez dużą księgarnię Trzaski, Everta i Michalskiego. Na drugim rogu hotelu, na którym obecnie znajduje się kawiarnia, był wielki salon samochodowy z wyeksponowanymi najnowszymi modelami wspaniałych limuzyn. W latach 20. XX w. w mieszkaniach nie było prądu elektrycznego. Wnętrza oświetlano dużymi lampami naftowymi. Wymagały mozolnego czyszczenia szkieł i uzupełniania paliwa.

Na początku lat 30. dziadzius przeprowadził generalny remont mieszkania. Została założona linia telefoniczna, zainstalowano aparat, który wisiał na ścianie.

Dziadzius kupił dla mnie pianino Beckera. Zaczęłam się uczyć grać. Miałam tę samą nauczycielkę, która uczyła szkolną koleżankę Krysię Smoleńską.

W dni świąteczne, gdy dziadzius dysponował wolnym czasem, jeździł ze mną do parku Paderewskiego na Pradze, czyli parku Skaryszewskiego. Dziadzius preferował to miejsce z rozległymi gazonami, z pięknym rozarium, w którego środku znajdowała się statuetka tancerki.

Na Gwiazdkę dostałam łyżwy ze szwedzkiej stali. Były przykręcane do butów. Zaczęłam stawiać pierwsze kroki na lodzie. Zimą wraz z przyjaciółką Krysią ślizgałyśmy się na zamarznętym stawie w Ogrodzie Saskim. Krysia, dobrze zaawansowana w ślizganiu, wyprowadzała mnie na środek lodowiska i tam pozostawiała, musiałam sobie radzić sama. Często łądowałam na tylnej części ciała. Wszyscy sunęli na łyżwach w takt muzyki płynącej z głośników. Czasem w niedzielę robiłam wyprawę z mamą, która dobrze jeździła na łyżwach, do Ogrodu Ujazdowskiego. Niekiedy towarzyszył nam dziadzius, by przyglądać się naszym wyczynom. Kilka razy byłam w Łobzowiance (obecnie w tym miejscu przebiega Trasa Łazienkowska). Trzymana mocną ręką Jana Mulaka, mojego młodocianego wuja, mogłam wykonywać skomplikowane ewolucje.

Powracając ze szkoły, szłam przez pl. Małachowskiego i ul. Królewską. Potem przechodziłam Bramą Żelazną Ogrodu Saskiego. Do ogrodu prowadziło sześć bram. Zatrzymywałam się przy stawie, po którym w okresie letnim pływały łabędzie i kolorowe kaczki. Na drugim brzegu stawu, na dużym wzniesieniu stała wieża ciśniowa. Budowla była wzorowana na Świątyni Westy w Rzymie, przed kościołem Santa Maria in Cosmedin. Po wyjściu z ogrodu przechodziłam przez ul. Trębacką, znajdowały się tam zabudowania należące do Teatru Wielkiego. Dochodziłam do końca ulicy i trafiałam na róg ul. Koziej, gdzie było wejście do domu, w którym mieszkali

„Pisz tak, jak byś pisała dla siebie, nie myśl o nikim, co będzie czytał”.
Zofia Nałkowska



Fot. archiwum rodzinne

dziadkowie. Przed wielu laty dziadzius pożyczył sąsiadkę dużą sumę pieniędzy na remont zakładu fryzjerskiego przy pl. Teatralnym. Sąsiadka oddawała dług w ratach, co trwało bardzo długo. Wreszcie na początku lat 30. spłaciła całość należności. Mieszkanie sąsiadki było usytuowane naprzeciwko lokalu dziadków. Przez wiele lat ona jedna w kamienicy posiadała telefon. Aparat wisiał na ścianie, miał trąbkę, pożądanym numerem trzeba było zamawiać.

Często korzystaliśmy z jej uprzejmości, umożliwiała nam rozmowy ze znajomymi. Po odzyskaniu pożyczonych pieniędzy dziadek zakupił plac i nowo zbudowany dom na Grochowie, przy ul. Lubartowskiej 18. Posesja znajdowała się w pobliżu pl. Szembeka, na którym w roku 1933 wzniesiono kościół pod wezwaniem Serca Marii. Przestrzeń między posesją dziadków a świątynią zajmowały pola pomidorów. W piętrowym domu dziadków były cztery lokale: dwa na parterze i dwa na piętrze. Dziadkowie nie przeprowadzili się od razu po zakupie do własnego domu. Dzięki temu w 1935 r. udało mi się obejrzeć pogrzeb marszałka Józefa Piłsudskiego. Kondukt pogrzebowy posuwał się od pl. Zamkowego wzdłuż Krakowskiego Przedmieścia. Niesiono liczne odznaczenia Komendanta. Trumna była umieszczona na lawecie armatniej. Za nią szła żona, Aleksandra, której towarzyszył generał Edward Rydz-Śmigły. W skupieniu kroczyły liczne delegacje i przedstawiciele wielu państw, był między innymi marszałek Francji Philippe Pétain, hitlerowski premier Prus Hermann Göring oraz marszałek armii rumuńskiej Constantin Prezan. W kondukcie stąpała z opuszczonym łbem klacz marszałka Mera, córka Kasztanki. W dniu pogrzebu do mieszkania dziadków przyszło dużo znajomych. Lokal pękał w szwach. Wszyscy chcieli obejrzeć tę smutną ceremonię. ■

Najwięcej zależy od motywacji CZ. 1

Ewa Dobrowolska

Andrzej Danysz dzieciństwo miał sielskie. Pochodząc z rodziny ziemiańskiej, zyskał wszelkie przywileje swojej klasy. Dziadek – społecznik, działacz spółdzielczy, był właścicielem majątku Brusów koło Ryk. Ojciec, Michał Danysz, uczestnik wojny polsko-bolszewickiej, służąc w piechocie Wojska Polskiego, ukończył studia prawnicze na Uniwersytecie Warszawskim. W stopniu majora został przeniesiony do Sądu Orzekającego w Brześciu nad Bugiem, a w 1935 r. do Przemyśla, na stanowisko zastępcy szefa Wojskowego Sądu Okręgowego, gdzie rodzina mieszkała do wybuchu wojny. Wychowywaniem synów, Andrzeja i Witolda, zajmowała się matka, Jadwiga ze Strzałkowskich. Pięciopokojowe mieszkanie, bona, służąca, ordynans, zagraniczne podróże rodziców, wakacje nad morzem i w XVIII-wiecznym dworze dziadka – do takiego stylu życia chłopcy przywykli od urodzenia.

Rowerem na wojnę

Wybuch wojny zaskoczył piętnastoletniego wówczas Andrzeja Danysza na Wileńszczyźnie, na obozie żeglarskim. Kiedy dotarł do domu, do Przemyśla, ojciec był na froncie, w Kieleckiem. Na miasto spadły pierwsze bomby, potęgując chaos i przerażenie mieszkańców. 5 września piętnastolatek oznajmia matce, że chce się zgłosić na ochotnika do wojska. „*Jeśli uważasz, że powinieneś – to idź*” – odpowiada matka. Andrzej ubiera się więc w mundur harcnerski, wsiada na rower i jedzie do stacjonującego pod Przemyślem 36 Pułku Artylerii Ciężkiej, którym dowodzi znajomy ojca. „*Masz zgodę rodziców? To dobrze – mówi dowódca. – Przydasz mi się jako goniec. Za kilka godzin wyruszamy*”. Andrzej Danysz przebywa cały szlak cofającego się przed Niemcami wojska, od Przemyśla do granicy rosyjskiej. Początkowo na rowerze,



Fotografie: archiwum rodzinne

Podczas Powstania Warszawskiego, A. Danysz na pierwszym planie, na dole zdjęcia

po kilku godzinach, razem z rowerem, na wozie drabiniastym. Rano okazuje się, że rower zniknął. Po następnej nocy Andrzej budzi się w pustej chacie: zniknęło wojsko. Wóz, bez koni, stoi w zagrodzie. Wokół biegają w popłochu ludzie, przerażeni wieścią o nadsięganiu Niemców. Postanawia dogonić oddział wozem. Konie są w stajni, zaprzęga je do wozu, co okazuje się dużym wyzwaniem. Procentują wakacje w majątku dziadka, pomaga też miejscowa dziewczyna. Ruszając z podwórza, Andrzej powoduje wywrotkę, ale się nie poddaje. Droga jest pełna ludzi uciekających przed Niemcami, wielu prosi o podwiezienie. Konie ledwo ciągną przepełniony wóz, szanse dogonienia wojska topnieją z każdą minutą. I wtedy zdarza się cud. Do wozu podjeżdża mężczyzna na osiodłanym koniu i proponuje zamianę: „*Twój wóz za mojego konia*”. Po kilku godzinach kłusowania piętnastolatek dogania swój oddział.

Rankiem 17 września pułk został otoczony przez wojsko rosyjskie i rozbrojony. Żołnierzy wypuszczono, oficerowie trafili do więzienia w Kołomyi. Andrzej Danysz z nimi. Kilkakrotnie przesłuchiwany, nie przyznał się, jak poradzi starsi, do ojca oficera. Zwolnili go po dziesięciu dniach, a oficerów wywieźli do obozu. – *O ile mi wiadomo, nikt z nich nie ocalał* – wspomina prof. Danysz.

Przez kilka dni przechowuje go spotkana przypadkiem żona miejscowego notariusza. Do Przemysła podróżuje przez Lwów i Krzemieniec, pociągami i pieszo. W domu rodzina jest już w komplecie, rodzice zastanawiają się, co dalej. Ojciec zostaje wkrótce ostrzeżony, że grozi mu aresztowanie przez NKWD. Uciekają do Sosnowca, do rodziców matki. Tam z kolei majorem Danyszem zaczynają się interesować Niemcy. Następny etap okupacyjnej tułaczki to Książ Wielki koło



Profesor Andrzej Danysz

Miechowa, gdzie od wielu lat lekarzem jest cioteczna siostra ojca, dr Jadwiga Danysz. Na jesieni 1940 r. rodzina osiedla się w Warszawie. Mieszkają w pięcioro, z kuzynką, uciekinierką z Zagłębia, w jednopokojowym mieszkaniu przy ul. Grottgera. Mjr Michał Danysz otrzymuje pracę rewidenta w WSS „Społem”, jego żona otwiera sklepik spożywczy. Chłopcy się uczą, Andrzej najpierw w Gimnazjum W. Giżyckiego na Wierzbnie, potem na tajnych kompletach, które często są prowadzone w ich jedynym pokoju. 13-letni Maciek działa w Szarych Szeregach, Andrzej w AK.

W 1942 r. Andrzej Danysz, za namową kuzyna, zdaje egzamin wstępny do Szkoły doc. Zaorskiego, oficjalnie szkolącej personel sanitarny, a faktycznie przyszłych lekarzy. – *Byłem zachwycony wykładami profesorów: Kapuścińskiego z fizyki, Przyłęckiego z chemii, Różyckiego z anatomii* – wspomina na prof. Danysz. – *Byli to wirtuozi słowa, ale też wysokiej rangi naukowcy, znani nie tylko w Polsce. A przede wszystkim nieprzeciętne osobowości, które do dzisiaj żyją w mojej pamięci.*

Egzamin z anatomii zdaje tak dobrze, że prof. Stefan Różycki proponuje mu etatowe zatrudnienie w charakterze demonstratora anatomii, co wiąże się z niewielką pensją i ausweisem pracownika. Prowadzi seminaria i uczestniczy w egzaminach. Dzięki stałemu dochodowi może już mniej intensywnie poszukiwać zajęć dorywczych, choć nie rezygnuje z wytwarzania mydła, w czym bardzo pomocna okazała się chemia uniwersytecka. Jego pasją jest muzyka i sztuka. Organizuje konspiracyjne wieczorki, sam występując jako konferansjer i recytator.

Równocześnie kończy podchorążówkę. W maju 1944 r. składa przysięgę, otrzymuje stopień kaprała podchorążego. Zostaje przydzielony do kompanii „Grażyna” Narodowej Organizacji Wojskowej pod dowództwem por. Mariana Krawczyka, ps. Harnaś, podległej Warszawskiemu Okręgowi AK.

Powstanie

W miejscu zbiórki kompanii, w fabryce trykotaży przy ul. Sienkiewicza, spotyka się 65 młodych osób: żołnierze, sanitariuszki i łączniczki. – *Mieliśmy do dyspozycji trzy pistolety maszynowe i kilka pistoletów ręcznych Oddziału Specjalnego kompanii* – opowiada prof. Danysz. – *Z tym uzbrojeniem mieliśmy zdobyć Poczta Główną. Nie mogłem się oprzeć poczuciu beznadziejności naszej sytuacji. Mój stosunek do Powstania był krytyczny. Nie wierzyłem, żeby się udało. Uczestniczyć w akcji, która, jak przeczuwałem, musi się zakończyć klęską, mając świadomość, że muszę brać w niej udział, było moją tragedią. Dyskutowałem o tym z kolegami, a oni nazywali mnie filozofem. Stąd mój pseudonim.*

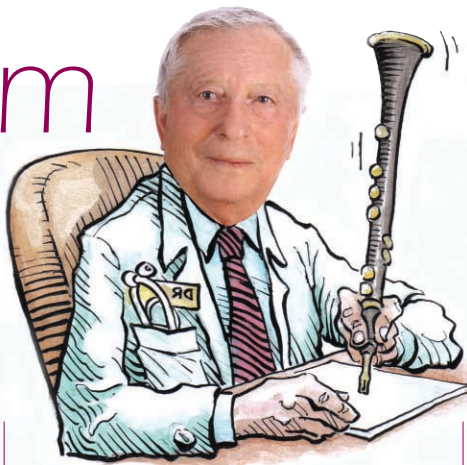
Bierze udział w zdobywaniu Poczty Główniej, Komendy Policji i kościoła św. Krzyża. Potem trafia do Szpitala PCK przy ul. Koszykowej. W szpitalu, tak jak w całej walczącej Warszawie, panował głód. Odżywiano się głównie zupą nazywaną „plujką”, gotowaną z niełuskanego jęczmienia, który pod ostrzałem przynoszono w workach z magazynów Haberbuscha i Schile na Woli. Andrzej Danysz zaproponował dyrektorowi, że zajmie się zaopatrywaniem szpitala w żywność. – *Ogłosiłem w okolicznych piwnicach, że każdy, kto przyniesie dla szpitala 20 kg jęczmienia, nadwyżkę może zatrzymać dla siebie* – mówi profesor. Ochotników było wielu. Sam postępował podobnie.

Podczas jednej z wypraw zostaje ciężko ranny odłamkami z granatnika w twarz, brzuch, rękę i nogę. Najgroźniejsza okazała się rana twarzy: powybijane zęby, urwana większa część języka, złamana szczęka. Wytworzyło się ciężkie zapalenie. Uratowała go matka, zdobywając sulfonamid.

Po upadku Powstania, jako członek personelu szpitalnego, zostaje wywieziony wraz z matką do dużej hali produkcyjnej w Piastowie, która dla wielu wypędzonych warszawiaków pierwszym etapem tułaczki. Pod koniec października uciekają w Płaszowie z pociągu, wiozącego ich do Krakowa, i ukrywają się u krakowskich znajomych. Andrzej Danysz dostaje pracę sanitariusza w szpitalu i uczęszcza na tajne komplety Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego. ■ Cdn.

Popelniam plagiat

Artur Dziak



„Zagrajciez mi,
niechaj cofnie się świat”

Historia lubi się powtarzać. Po wielu latach doszło do podobnego incydentu, jak w czasach studenckich, kiedy zostałem pomówiony o wykorzystanie cudzej książki przed jej wydaniem. Wezwał mnie bardzo mi zawsze życzliwy profesor X i bez ogródek wypalił: – *Panie, coś pan uczynił najlepszego! Jest pan pomówiony o kradzież tekstu. I to pomówiony nie przez byle kogo, lecz przez profesora Sawickiego!* Poczuję się mocno nieswojo, gdyż Sawicki był wielką figurą w rządowym środowisku PRL-u. Wystarczy powiedzieć, że był członkiem polskiej delegacji w procesie norymberskim, kiedy sądzono hitlerowskich zbrodniarzy! Okazało się, że w jednym z opublikowanych przeze mnie na łamach „Służby Zdrowia” artykułów, poświęconym zagadnieniu eutanazji, przytoczyłem jakieś akapity z książki prof. Sawickiego, właśnie wtedy drukowanej w PZWL. Ponieważ książka jeszcze się nie ukazała w księgarniach, objęta była tajemnicą prawa autorskiego, przeto niczego z niej publikować nie było wolno. Zadzwoniłem do profesora, przeprosiłem za kłopot i poprosiłem o danie mi czasu na udowodnienie,

nie, że żadna kradzież ani plagiat z jeszcze niewydanej książki nie wchodził w grę! Nie kryję, że wróciłem do domu na miękkich nogach. Zdawałem sobie sprawę, że jeśli się nie wybronię, to nie tylko zakończę w niesławie karierę publicystyczną, ba! karierę edytorską, ale dodatkowo może to zawżyć na mej karierze akademickiej. Przeczytałem po raz kolejny nieszczęsny artykuł, przerzuciłem domowe archiwa oraz stopy notatek i rękopisów. W pewnym momencie *Eureka!* Rzekomo ukradziony przeze mnie tekst Sawickiego znalazłem w wycinkach biura prasowego Globu, zajmującego się przedrukami, w tym moich artykułów, co zapewniało mi okresowo zupełnie przyzwoite tantiemy. Znalazłem wycinek z „Kulis”, tygodniowego dodatku „Expressu Wieczornego”, w którym Sawicki popularyzował wiedzę prawniczą, podpisując się pseudonimem Lex, z artykułem, z którego korzystałem, naturalnie powołując się na nazwisko Sawickiego. Miałem więc dokument, z którego

wynikało, że niczego nie ukradłem ani nie dokonałem plagiatu, gdyż miałem prawo, jak każdy, przytaczać tekst już opublikowany. Następnego dnia od wczesnych godzin porannych czekałem w sekretariacie mego szefa. Kiedy się pojawił, przedstawiłem mu przedruk Globu, który dowodził, że byłem całkowicie niewinny. – *Dzwoń pan natychmiast do Sawickiego* – powiedział wyraźnie uradowany. Prof. Sawicki odebrał telefon. Poinformowałem, że mam dowody swej niewinności i proszę o posłuchanie, bym mógł się oczyścić z pomówienia. – *Niech pan mówi przez telefon.* – *Nie* – upierałem się – *trzeba to wyjaśnić w cztery oczy.* Wyraźnie go to rozbawiło, podał mi adres i godzinę spotkania. Kiedy przyszedłem, zostałem poczęstowany kawą i cygarem, z czego wywnioskowałem, że rozmowa nie będzie zdawkowa (na wypalenie cygara potrzeba czasu). Profesor okazał się niezwykle rozmowny, a poza tym dużo o mnie wiedział. Po dobrej godzinie, kiedy opuszczałem gościnne progi, profesor oświadczył: – *Jeśli kiedykolwiek znajdzie się pan w jakiejś opresji prawnej, proszę bez wahania się ze mną kontaktować! A poza tym,*

Polskie Towarzystwo Lekarskie
oraz Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Sekcja Historyczna
02-032 Warszawa, ul. Raszyńska 54

Zapraszamy na posiedzenia **Sekcji Historycznej**
Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:

30 maja 2014 r., godz. 11.30

Dr n. med. Kazimierz Dragański

„Profesor Julian Kosiński w 100. rocznicę śmierci
– wybitny chirurg i pierwszy prezes Warszawskiego
Towarzystwa Higienicznego”.

27 czerwca 2014 r., godz. 11.30

Dr n. med. Jan Faryna, Joanna Faryna-Wielowiejska

„Tadeusz Faryna – wybitny chirurg dziecięcy i patriota
we wspomnieniach najbliższych”.

Goście mile widziani.

Zapraszamy do Klubu Lekarza

14.05.2014 r., środa, godz. 19.00

„Muzyczna podróż przez wieki i kraje” – koncert
fortepianowy Katarzyny Pietroń, promocja nowej płyty.

21.05.2014 r., środa, godz. 19.00

„Zaczarowany ogród miłości” – spotkanie z poezją
Czesława Banaszczyka. W programie wieczoru koncert
Anny Kurpińskiej.

28.05.2014 r., środa, godz. 19.00

„Miłość jest zawsze w nas” – koncert romansów rosyjskich
i pieśni ludowych w wykonaniu Krystyny Sulżyckiej.

4.06.2014 r., środa, godz. 19.00

„Piosenki różne” – program przygotowany
przez Aldonę Jacórzyską i Tomasza Koeniga.

11.06.2014 r., środa, godz. 16.30

Wolffiana – doroczne święto Towarzystwa Lekarskiego
Warszawskiego.

widzi pan u mnie nieliczną bibliotekę. Jeśli coś trzeba będzie sprawdzić, niech pan przychodzi i korzysta. Jeśli ktoś dużo pisze i publikuje, to w końcu nie pamięta, co i kiedy napisał, gdzie i kiedy to się ukazało.

Święte słowa. Po latach zdarzyła mi się podobna historia. Tylko to ja nie słusznie oskarżałem! W ostatnim artykule poświęconym eutanazji, zamykającym tryptyk, zamieściłem następujący akapit: „Autor poczuwa się do miłego obowiązku wyrażenia słów podziękowania panu profesorowi Jerzemu Sawickiemu, wybitnemu prawnikowi, za pomoc przy pisaniu tych artykułów, udostępnienie swego archiwum oraz wszelką życzliwość”.

À propos „opresji prawnej” przypomnia mi się zabawny epizod, który przydarzył się prof. Bogdanowi Kamińskiemu, wybitnemu anestezjologowi warszawskiemu. Pewnego razu prof. Kamiński, jak zawsze nienagannie ubrany, z torsem przyozdobionym wytworną muszką, odwiedzał jednego z pacjentów. Przedstawił się i oznajmił, że następnego dnia będzie go usypiał do operacji. Pacjent, znany polski adwokat, wyraźnie przejęty i ucieszony tym, że będzie znieczulany przez tak wybitnego specjalistę, powiedział w pewnym momencie: – *Panie profesorze! Moje życie jutro będzie w pana rękach. Gdyby kiedykolwiek pan potrzebował adwokata, jestem całkowicie do pana dyspozycji!* Kamiński mile połączony tak spontanicznym wyznaniem, elegancko dziękuje i wyjawia: – *Tak między nami mówiąc, panie mecenasie, ja bym nie życzył sobie, by kiedykolwiek życie moje znalazło się w rękach adwokatów!* ■

Ulżyć cierpieniu

III Konferencja Pracowników Służby Zdrowia pod hasłem „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności” odbyła się 29 marca 2014 r. na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Została podzielona na trzy sesje. Podczas jej otwarcia prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni wraz z Mieczysławem Szatankiem uhonorowali J.M. ks. prof. Stanisława Dziekońskiego Medalem im. prof. Jana Nielubowicza za zaangażowanie we współpracę między UKSW a Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie.

Pierwszy wykład, zatytułowany „Kształtowanie postaw moralnych lekarzy wobec bólu i cierpienia”, wygłosił **Konstanty Radziwiłł**. Zwrócił w nim uwagę na różne aspekty bólu – zarówno pozytywne, jak i negatywne. Ból ostrzega człowieka przed niebezpieczeństwem, ale staje się też udręczeniem. Jest dokuczliwy jako uraz fizyczny i psychiczny. Dotyka każdego, nie można go uniknąć.

Tadeusz Tołłoczko odniósł się do problemu „Doleo ergo sum – cierpię, więc jestem”. Przedstawił refleksje sławnych myślicieli na temat cierpienia, wskazał jego skutki, takie jak: uszlachetnienie, demoralizacja, odczłowieczenie. Według prof. Tołłoczki cierpienie może zniszczyć człowieka. Często jednak największy ból powoduje nie choroba, ale poczucie odrzucenia przez otoczenie.

Janusz Meder przestrzegwał, że już za kilkanaście lat choroby nowotworowe mogą stać się podstawowym problemem zdrowotnym społeczeństwa. Przyczyni się do tego niezdrowy tryb życia, złe odżywianie i nadmierny stres. Ustosunkował się także do tzw. kultury śmierci, zjawiska charakterystycznego dla XXI w. W Holandii powstaje zawód eutanatora, czyli człowieka dokonującego eutanazji.

Anna Królikowska, Kinga Grobelska i Ewa Zielińska przygotowały wykład „Różne aspekty bólu i cierpienia osób w wieku podeszłym”. Starzenie się i starość to proces nieunikniony. Osoby w podeszłym wieku najczęściej doświadczają kilku chorób jednocześnie. Lekarz w stosunku do takich pacjentów powinien zastosować leczenie holistyczne. Ból nie jest u starszych ludzi zjawiskiem fizjologicznym, tak więc nie jest uwarunkowany wiekiem. Istnieje wiele możliwości jego skutecznego leczenia.

Mariola Kosowicz, wypowiadając się na temat „Psychologiczne aspekty bólu rozwlekłego”, zwróciła uwagę na fakt, że kiedy człowiek zaczyna bać się bólu, to właśnie wówczas go odczuwa. Cierpienie psychiczne może dotknąć każdego, a największym problemem jest zbyt późno wykryta depresja.

Na zakończenie konferencji wygłosiłem wykład „Przemoc, choroba i śmierć. Jak chrześcijanie konfrontują się z cierpieniem?”. ■

ks. Dariusz Pater



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

Szczegółowe informacje są
dostępne na stronie

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

oraz w Dziekanacie Centrum
Kształcenia Podyplomowego,
ul. Zwirki 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!

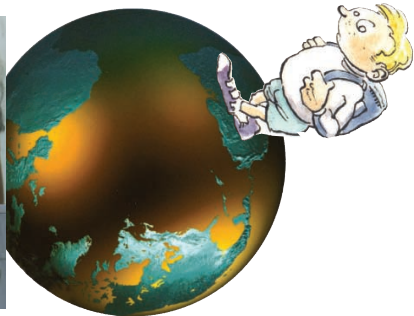
Prowadzimy studia podyplomowe:

- ☑ 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 spółką prawa handlowego ochrony zdrowia

- ☑ prowadzenie działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej
- ☑ 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
- ☑ medycyna stylu życia



Maracana

Jacek Walczak

W 76. minucie napastnik Alcides Ghiggia wpada na pole karne i płaskim strzałem po ziemi zdobywa bramkę dla Urugwaju. Brazylia sensacyjnie przegrywa mecz 1:2 i tym samym definitywnie przedają marzenia o złocie. W ułamku sekundy wielu Brazylijczykom wali się świat. Nie sposób wyobrazić sobie ciszy, gdy nie słyhać nic prócz bicia własnego serca i to w otoczeniu niemal 200 tys. ludzi na stadionie Maracana. 16 lipca 1950 r. stał się najczarniejszym dniem dla brazylijskiej piłki nożnej.

Organizację pierwszego po wojnie mundialu FIFA przyznała Brazylia. Specjalnie na tę imprezę zbudowano stadion Maracana w Rio de Janeiro. Przez całe dekady był największym



stadionem na świecie. Mistrzostwa były nietypowe, bo wystartowało w nich zaledwie 13 reprezentacji. Nawet Argentyna wycofała się z eliminacji. Frekwencja na meczach, poza spotkaniami Brazylii, była bardzo słaba. Na wniosek gospodarzy zmieniono zupełnie system rozgrywek, aby zapobiec przypadkowym wynikom. Runda finałowa, w której rywalizowały cztery zespoły, na zasadzie gry każdy z każdym, miała wyłonić mistrza świata. Wypadki tak się potoczyły, że ostatni mecz Brazylii z Urugwajem miał zadecydować, kto wyjedzie z Pucharem Świata. Wcześniej gospodarze zdeklasowali Szwecję (7:1) i Hiszpanię (6:1). Zatem już remis zapewniał *Canarinhos* otwarcie drzwi do piłkarskiego raję. Nikomu w Brazylii nawet nie przyszło do głowy, że może być inaczej. Całe Rio szykowało się do drugiego w tym roku karnawału. Każdy



Fotografie: J. Walczak

z niecierpliwością oczekiwał rozpoczęcia spotkania, które miało być jedynie formalnością. Chyba tylko nieliczni w Montevideo wierzyli w sukces *Celestes* (Urugwajczyków).

Karnawał na trybunach Maracany zaczął się z pierwszym gwizdkiem. Zupełny szal nadszedł w 47. minucie, po przezwaniu. Brazylijczyk Friaça strzela na długi słupek i jest 1:0 dla Brazylii. Nad stadionem rozbłyskują sztuczne ognie. „Na pewno mamy tytuł” – można odczytać z twarzy selekcjonera Flávio Costy. Urugwajczyki to jednak nie były łagodne owieczki prowadzone na rzeź. W 67. minucie – konsternacja, bo legendarny dziś Schiaffino wyrównuje. Jeszcze nie jest źle, byle utrzymać wynik. Urugwaj stawia wszystko na jedną kartę i rusza do nieprawdopodobnego ataku. *Canarinhos*, broniąc się, oddają pole przeciwnikowi. Dramat nastąpił właśnie w 79. minucie, po strzale Ghiggii. Wyprowadzeni z równowagi Brazylijczyki nie są w stanie nic zrobić. Ostatni gwizdek sędziego jest początkiem ciszy, która długo zalega nad słynnym już stadionem. Nie odbyła się nawet tradycyjna ceremonia wręczenia pucharu, tylko prezydent FIFA Jules Rimet zszedł na murawę i zwyczajnie oddał statuetkę Obdulio Vareli – kapitanowi Urugwaju.

Brazylijczyki nie mogli pogodzić się z porażką. Podobno już na stadionie kilka osób zmarło z powodu szoku. Najlepszy w historii brazylijski piłkarz Pelé miał wtedy dziesięć lat, ale wspomina to wydarzenie w swojej biografii: „(...) Kiedy myślę o tym popołudniu i przypominam sobie wszechobecny smutek, dostają gęsiej skórki. Wszędzie panowała cisza. Wtedy po raz pierwszy zobaczyłem jak ojciec płacze (...)”.

Brazylia już wkrótce wzniosła się na piłkarski Olimp. Pierwszy raz została mistrzem świata po mundialu w Szwecji w 1958 r., by potem jeszcze czterokrotnie sięgnąć po złoto. Lista nazwisk z kolejnych zwycięskich „dream teamów” jest

niesłychanie długa. Pelé, Garrincha, Jairzinho, Tostao, Romário, Zico, Sócrates... to legendy światowego futbolu. Najślynniejszy jest oczywiście Edson Arantes do Nascimento – Pelé. Był cherlawym dzieckiem z *favela* Minas Gerais i kiedy jako 15-latek podpisywał kontrakt ze słynnym Santosem, nie miał nawet własnych butów.

Zbudowany na pierwszy brazylijski mundial stadion Maracana, w roku 1966 otrzymał oficjalną nazwę Estádio Jornalista Mário Filho, od imienia słynnego dziennikarza i felietonisty sportowego, chociaż nazwa rzeczki, dzisiaj płynącej podziemnym kanałem, dała temu obiektowi bardziej sławne imię. Na tym stadionie w 1969 r. Pelé strzelił swojego tysięcznego gola. Stadion Maracana stał się swoistym sanktuarium piłki nożnej, odwiedzanym przez fanatyków i zwykłych sympatyków z całego świata. W głównym budynku zorganizowano muzeum piłkarstwa, gdzie zwracają uwagę odwiedzających nie tylko prześwietne pamiątki, ale też odciski najdroższych stóp w Brazylii.

Rio de Janeiro otrzymało prawo organizacji Mundialu 2014. Stadion Maracana został kompletnie przebudowany.

Historia lubi się powtarzać. Czy Urugwaj może ponownie zaszokować świat? Chociaż w eliminacjach mizernie sobie poczynał, to jest aktualnym mistrzem Ameryki Południowej. Czy Forlán, Suárez i koledzy z małego, 4-milionowego kraju są w stanie odnieść zwycięstwo, dowiemy się w lipcu.

Potem można będzie iść świętować przy sambie na słynną plażę Copacabana, popatrzeć na *cariocas*, albo, jak kto woli, na Pão de Açúcar – Głowę Cukru. Tam w 1912 r. zbudowano pierwszą kolejkę linową na sam szczyt. Podróż jest dwuetapowa, zupełnie jak na Kasprowy Wierch w naszych Tatrach. ■

Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy

odbędzie się 10–12 października br. w Wiśle – „Villa Japonica”.

Wpisowe – 100 zł, prosimy wpłacać na konto organizatora, Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach, nr konta: PKO 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 z dopiskiem „Plener Ceramiki”.

Organizator zapewnia noclegi ze śniadaniem oraz materiały plastyczne.

Termin nadsyłania zgłoszeń upływa 31.08.2014 r. Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Szczegółowych informacji udziela:

lek. dent. Stanisław Mysiak, tel.: 32-252-97-51 lub 605-256-335.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

Mojej polonistce A.Sz.
2013

Upuściłaś nas jak ziarna
w polską ziemię
Zaszczepiłaś miłość do niej
i cierpienie,
kiedy krzywda jej się dzieje,
ból ją męczy,
a Polacy umizgują się do tęczy.
Jeszcze tyle nam powiedzieć
pewnie miałaś,

lecz Bóg dobru szepnął dosyć...
i pognałaś
w Jego dłonie z mgły utkane
miękkie, miłe...
W nas niedosyt tylko został,
wspomnień chwile.
Nie zdążyłam Ci powiedzieć...
Słuchaj w niebie...
Piszę wierszem,
a ten właśnie jest dla Ciebie.



Tadeusz Kisieliński 1921–2014

23 lutego 2014 r. zmarł, przeżywszy 93 lata, płk w st. spoczynku prof. dr hab. med. Tadeusz Kisieliński.

Kolega, którego poznałam w roku 1941, uczył się w Szkole Sanitarnej doc. Jana Zaorskiego. Zawsze uśmiechnięty, lubił żartować. Patrząc na Niego, nie można było Go posądzać o ogromne wielokierunkowe zdolności oraz o upór w dążeniu do wytyczonego celu. Urodził się 23 lutego 1921 r. w Warszawie. Mając 20 lat, zaczął naukę w Szkole Sanitarnej, która była utajnionym wydziałem lekarskim. Wykładali w niej przedwojenni profesorowie uniwersyteccy znani nie tylko w Polsce, ale i zagranicą.

W roku 1943, w okresie nasilającego się hitlerowskiego terroru, został zatrzymany podczas łapanki ulicznej i przewieziony do kaźni na Pawiaku. Trafił do transportu więźniów do obozu na Majdanku, ale udało Mu się uciec. Wrócił do Warszawy i dalej uczęszczał do Szkoły Sanitarnej. Aż do wybuchu Powstania Warszawskiego słuchał wykładów, zdawał egzaminy w pierwszych terminach. W czasie Powstania pomagał w ratowaniu i opatrywaniu rannych.

Po Powstaniu i zdaniu obowiązujących egzaminów już w końcu 1945 r. uzyskał dyplom na Uniwersytecie Poznańskim. Po dwóch latach został powołany do wojska na 18 miesięcy, po tym okresie pracował w Warszawie w klinice chirurgicznej. Mając 30 lat, obronił pracę doktorską z dziedziny chirurgii, z wynikiem *summa cum laude*.

Zaraz po otrzymaniu doktoratu został ponownie powołany do wojska na czas nieokreślony. Po skończeniu kursu obrony przeciwchemicznej pracował w Szpitalu Okręgowym w Warszawie, następnie w Szkole Oficerskiej, gdzie prowadził wykłady. Ze szczególnym zainteresowaniem zajął się działem toksykologii.

Przez 25 lat był naczelnym toksykologiem w Wojsku Polskim. Współpracował z sekretarzem ONZ, członkiem Europejskiej Unii do badania toksyczności leków. Mając 51 lat, otrzymał tytuł profesora. Brał udział w licznych zjazdach

i kongresach zagranicznych. Otrzymał nagrodę I stopnia z zakresu medycyny wojskowej od ministra obrony narodowej. Napisał około 100 prac naukowych. Znając kilka języków obcych, miał ułatwione kontakty z zagranicznymi naukowcami. Wykształcił liczne grono specjalistów w dziedzinie toksykologii. W Jego pracowni kilku naukowców uzyskało stopnie doktorskie. Za swą pracę został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz Krzyżem Zasługi.

Oprócz toksykologii Jego pasją były dalekomorskie podróże. Wielokrotnie odwiedzał wyspy na Pacyfiku. Razem z synem prof. Witolda Orłowskiego, prof. Tadeuszem Orłowskim, opłynął świat dookoła. Z podróży przywoził wspaniale prezencje. Prezentował je w Klubie Lekarza, ciekawie opowiadając o swoich wyprawach.

Zachowywał się zawsze bardzo skromnie i przyjaźnie w stosunku do wszystkich. Na zebraniach często prowadziłam z Nim dysputy na temat języka łacińskiego. Muszę przyznać, że z naszego roku studiów wyszło wielu słynnych profesorów, wśród nich było aż trzech profesorów farmakologii: prof. Andrzej Danysz, prof. Tadeusz Kisieliński oraz prof. Zbigniew Szraniawski, który pomógł mi w zdobyciu danych o Tadeuszu.

Koleżanka
ze Szkoły Sanitarnej doc. J. Zaorskiego
Irena Cwiertnia-Sitowska



8 marca 2014 r. odszedł od nas niespodziewanie, w wieku 67 lat,

dr Paweł Grajert

Absolwent Akademii Medycznej w Warszawie w 1971 r., specjalizację z radiologii uzyskał w 1977 r. Zawodowo związany najpierw z Centrum Lecznictwa Ogólnego i Geriatrii w Warszawie, potem ze Szpitalem Powiatowym w Nowym Dworze Mazowieckim, ZOZ Legionowo, Szpitalem Położniczym Inflancka, a od 22 lat z Kliniką Medię w Legionowo.

Był ciepłym, pogodnym, otwartym na ludzi człowiekiem, szczerze zainteresowanym ich problemami i radościami. Stwarzał wokół siebie prawdziwie pozytywną atmosferę, ukazując zawsze jasne strony życia. Był z nami od początku działalności naszej placówki, dlatego tym bardziej odczuwamy Jego brak. Pasjonat podróży – jeszcze tyle ich planował...

Dyrekcja i współpracownicy NZOZ Medię Legionowo

Kochany Doktorze Pawle, byłeś dobrym duchem naszej pracowni, uśmiechnięty i pełen optymizmu, zawsze potrafiłeś znaleźć dobre słowo, dzięki któremu łatwiej było nam znieść przeciwności losu.

Mieliśmy to szczęście, że spotkaliśmy Cię na swojej drodze i to dzięki Tobie, Doktorze, to nasze radiologiczne grono było miejscem współpracy i wzajemnego szacunku. Trudno nam się pogodzić z myślą, że już nigdy nie usiądziesz na swoim fotelu, i że nie będziesz, pracując z uśmiechem na ustach, z nami żartował i rozmawiał, także o codziennych sprawach. Pozostała pustka.

Nie znajdujemy słów, którymi możemy wyrazić nasz smutek i ogromny żal.

Zawsze pozostaniesz w naszych sercach i w naszej pamięci.

Dziękujemy

Koleżanki i koledzy z Pracowni RTG CT i MRI NZOZ Medię



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

22 stycznia 2014 r. weszło w życie zarządzenie ministra zdrowia z 22 stycznia 2014 r. w sprawie powołania Rady do spraw Anestezjologii i Intensywnej Terapii, opublikowane w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia z 2014 r., poz. 29.

Rada jest organem pomocniczym ministra zdrowia.

W jej skład wchodzi:

- przewodniczący – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, nadzorujący prace Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia,
- zastępca przewodniczącego – konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,

oraz członkowie:

- prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub jego przedstawiciel,
- konsultant krajowy w dziedzinie intensywnej terapii lub jego przedstawiciel,
- prezes Polskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej lub jego przedstawiciel,
- przewodniczący Zarządu Głównego Związku Zawodowego Anestezjologów lub jego przedstawiciel,
- konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub jego przedstawiciel,
- przewodniczący Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki lub jego przedstawiciel,
- prezes NFZ lub jego przedstawiciel,
- przedstawiciel Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia,
- przedstawiciel Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia,
- przedstawiciel Departamentu Dialogu Społecznego Ministerstwa Zdrowia,
- przedstawiciel Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia.

Zadaniem rady jest w szczególności:

- 1) dokonanie analizy i oceny aktualnego poziomu jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii,
- 2) określenie warunków osiągnięcia wystarczającego poziomu zapewnienia społeczeństwu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii,
- 3) przedstawienie ministrowi zdrowia wniosków z analizy, o której mowa w pkt 1,
- 4) przygotowanie propozycji ewentualnych zmian w zakresie obszarów, o których mowa w pkt 1 i 2.

Rada ulega rozwiązaniu z dniem przedstawienia ministrowi zdrowia wyników swojej pracy w formie raportu z realizacji zadań, nie później jednak niż z upływem roku od dnia jej powołania.

Minister zdrowia może żądać przedstawienia przez radę, w terminie 45 dni, raportu końcowego. Może żądać także na każdym etapie prac rady przedstawienia, w terminie 30 dni, sprawozdania z dotychczasowych jej prac.

26 lutego 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 242, obwieszczenie prezesa Rady Ministrów z 23 października 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia prezesa Rady Ministrów w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

4 marca 2014 r. został opublikowany w DzU z 2014 r., poz. 267, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 25 lutego 2014 r., sygn. akt SK 18/13, dotyczący zgodności z konstytucją art. 17 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (DzU z 2014 r., poz. 159) w zakresie, w jakim stanowi podstawę utraty prawa do zasiłku chorobowego ubezpieczonego, który w okresie orzeczonej niezdolności do pracy wykonywał pracę zarobkową, uzyskując wynagrodzenie przekraczające minimalną wysokość wynagrodzenia za pracę.

6 marca 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 282, obwieszczenie prezesa Rady Ministrów z 13 lutego 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia prezesa Rady Ministrów w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego.

7 marca 2014 r. zostało opublikowane Monitorze Polskim z 2014 r., poz. 187, obwieszczenie ministra pracy i polityki społecznej z 26 lutego 2014 r. w sprawie wysokości kwot jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

7 marca 2014 r. został opublikowany w DzU z 2014 r., poz. 287, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 26 lutego 2014 r., sygn. akt K 22/10, dotyczący niezgodności z konstytucją art. 115 §7 zdanie pierwsze ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (DzU nr 90, poz. 557, ze zm.).

Wyrok dotyczy niezgodności z konstytucją przez to, że nakazuje obecność funkcjonariusza niewykonyującego zawodu medycznego podczas udzielania świadczenia zdrowotnego:

- również osobom pozbawionym wolności, co do których nie jest to konieczne,
- nie określa przesłanek uzasadniających odstąpienie od tego nakazu.

Wymieniony przepis traci moc obowiązującą z upływem 12 miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw.

14 marca 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 319, obwieszczenie ministra zdrowia z 23 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich.

14 marca 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 318, obwieszczenie ministra zdrowia z 17 października 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania.

14 marca 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 250.

Zgodnie z przepisem art. 7 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU z 2011 r. nr 231, poz. 1375) dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo, bez względu na stopień upośledzenia, organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i podmiotach leczniczych, a także w domu rodzinnym.

Dla osób, o których mowa wyżej, organizuje się również rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. Rehabilitacja i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze są bezpłatne. Opieka niezbędna do prowadzenia rehabilitacji i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wchodzi w zakres tych czynności.

Rozporządzenie określa:

- 1) cele, rodzaje, zakres programowy oraz wymiar czasu,
- 2) sposób prowadzenia,
- 3) sposób dokumentowania,
- 4) sposób nagradzania uczestników

– zajęć rehabilitacji społecznej organizowanych w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym osób przewlekłe psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Zajęcia mają na celu:

- poprawę funkcjonowania społecznego osób przebywających w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa na wstępie, w szczególności wyrabianie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej, wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, oraz
- promowanie zdrowia psychicznego przez aktywizację fizyczną mieszkańców domów.

Rozporządzenie określa następujące rodzaje zajęć: terapeutyczne, z psychologiem, ruchowe, przygotowujące do podjęcia zatrudnienia.

Rodzaj, zakres programowy oraz wymiar czasu zajęć są dostosowane do wieku, stanu zdrowia oraz niezbędnych potrzeb i możliwości mieszkańca domu. Zajęcia są ustalane w indywidualnym planie wsparcia mieszkańca domu przez kierownika zespołu terapeutyczno-opiekuńczego lub przez pracownika wskazanego przez dyrektora domu, we współdziałaniu z innymi pracownikami zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oraz z mieszkańcem domu lub jego przedstawicielem ustawowym. Kierownik zespołu terapeutyczno-opiekuńczego lub pracownik, o którym mowa wyżej, ściśle współpracują w zakresie realizacji zajęć z psychologiem oraz, w miarę możliwości, za zgodą mieszkańca domu lub jego przedstawiciela ustawowego, z lekarzem psychiatrą lub neurologiem sprawującymi specjalistyczną opiekę lekarską nad mieszkańcem domu.

17 marca 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 325, obwieszczenie ministra zdrowia z 6 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru.

18 marca 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 335, obwieszczenie ministra zdrowia z 22 stycznia 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej.

18 marca 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 332, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 20 lutego 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o publicznej służbie krwi.

24 marca 2014 r. został opublikowany w DzU z 2014 r., poz. 372, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13, dotyczący zgodności z konstytucją art. 67i ust. 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DzU z 2012 r., poz. 159 i 742 ze zm.) w zakresie, w jakim nie przewiduje uczestnictwa lekarza w posiedzeniu wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz art. 67j ust. 7 wymienionej ustawy w zakresie, w jakim nie przewiduje możliwości odwołania się lekarza od orzeczenia wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego zostało wydane na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej.

5 kwietnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 marca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 365.

Wykaz przejść granicznych, przez które środki spożywcze oraz materiały lub wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, podlegające granicznej kontroli sanitarnej, mogą być wprowadzane na terytorium Unii Europejskiej, stanowi załącznik do rozporządzenia. ■

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 Biezańska, 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, Ryszard Majkowski, Stanisław Niemczyk, Grażyna Pacocha, Elżbieta Rusiecka-Kuczałek, Danuta Samolczyk-Wanyura, Mieczysław Szatanek, Tadeusz Tołłoczko, Andrzej Włodarczyk **KOMENTATORZY:** Marek Balicki, Elżbieta Cichońska, Janina Jankowska, Paweł Walewski **PUBLICYŚCI:** Ewa Dobrowolska, Małgorzata Kukowska-Skarbek **WSPÓŁPRACUJĄ:** Jerzy Borowicz, Anetta Chęcińska, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Lukasiak, Anna Mazurkiewicz, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Naturski, 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-Szlaga **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

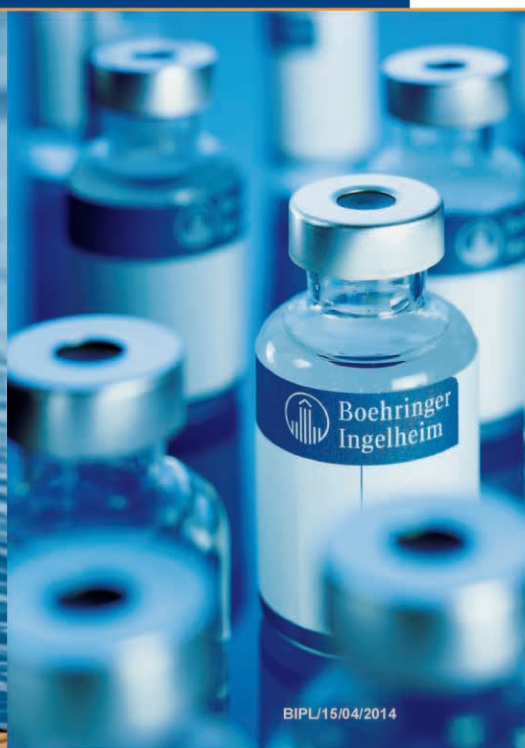
Koniecznie zapytaj o szczegóły:

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

Do nowych wartości poprzez innowacje



BIPL/15/04/2014

Dla dobra przyszłych pokoleń - po ponad 125 latach na rynku wciąż jesteśmy ciekawi świata i poszukujemy nowych wyzwań

Boehringer Ingelheim to niezależna firma rodzinna działająca z powodzeniem od 1885 r. i zatrudniająca ponad 47.000 pracowników na całym świecie. Zawsze postrzegaliśmy siebie jako firmę innowacyjną, która poprzez badania nad chorobami oraz opracowywanie nowych leków i terapii wnosi wkład w poprawę jakości życia ludzi oraz zwierząt. Pragniemy być partnerem pacjentów i zapewniać im dostęp do nowatorskich produktów, dzięki którym będą mogli cieszyć się lepszym zdrowiem.

www.boehringer-ingelheim.pl



**Boehringer
Ingelheim**