

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

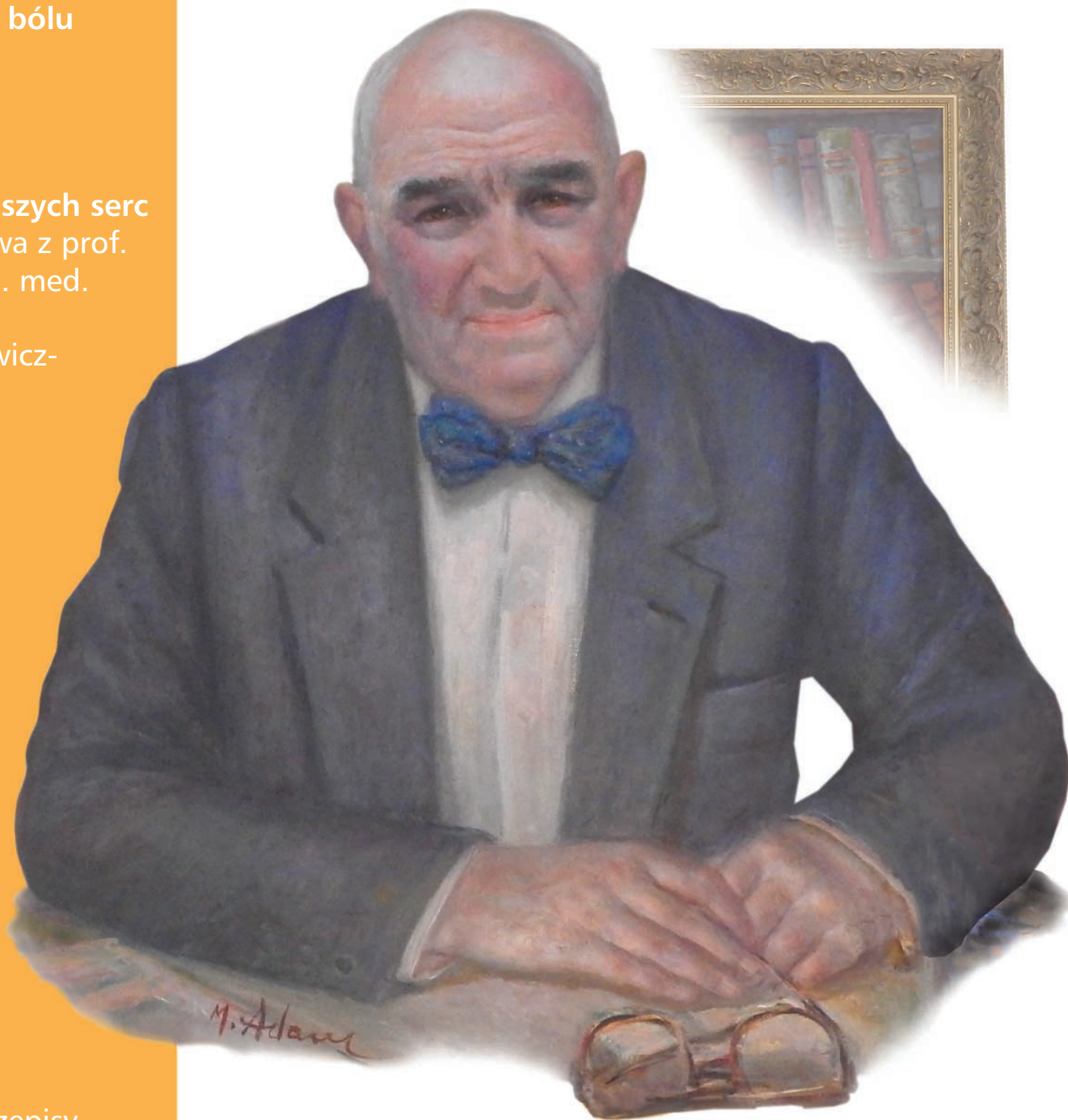
puls

październik 2015 nr 10

Szpitalne
oddziały
ratunkowe
[str. 9–12]

Leczenie bólu
[str. 17]

Dla
najmniejszych serc
– rozmowa z prof.
dr hab. n. med.
Joanną
Szymkiewicz-
-Dangel
[str. 24]



Nowe przepisy
prawne:
okołooperacyjna
karta kontrolna
[str. 46]

**100. rocznica urodzin
i 15. rocznica śmierci
prof. Jana Nielubowicza**

NOWY LEXUS RX PODWÓJNA MOC HYBRYDY

tylko w przedsprzedaży od
234 900 PLN

LEASING SMARTPLAN

od **2640** netto zł/mc 10%*

od **1500** netto zł/mc 30%*



SPECJALNA OFERTA DLA LEKARZY TYLKO W LEXUS WARSZAWA PUŁAWSKA

Lexus Warszawa Puławska

Puławska 562

tel. 22 544 06 06

www.lexuswarszawa-pulawska.pl

LEXUS NX już od **165 000 PLN**

 **LEXUS**
WARSZAWA-PUŁAWSKA

* Wysokość wpłaty wstępnej

Podana cena dotyczy modelu RX 200t, wersja Elite z pakietem Business. Cennik przedsprzedażowy dotyczy wybranych rodzajów napędu oraz wersji i obowiązuje od 1.09 - 31.12.2015 r. lub do wyczerpania zapasów. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Lexusa. Lexus RX - zużycie paliwa i emisja CO₂ w cyklu mieszanym odpowiednio: 5,3 do 79l/100km oraz 122 do 181g/km, w zależności od wersji. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl.

10 - 11 października 2015

BEZPŁATNE WYKŁADY DLA MIESZKAŃCÓW WARSZAWY

SOBOTA 10.10.2015

NIEDZIELA 11.10.2015

- 09:00** „Od pewnego czasu mam myśli, że nie radzę sobie w życiu - czy to depresja?” - Jakie są objawy depresji, jak ją rozpoznać i czy trzeba ją leczyć?
lek. Marcin Kamiński, lekarz specjalista psychiatra, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 10:00** „Gdy byłem dzieckiem, mój tata pił alkohol” - jak pomóc dorosłym osobom, które w dzieciństwie doświadczyły uzależnienia lub przemocy ze strony rodzica?
mgr Ewa Szczygielska, psycholog, psychoterapeuta DDA, DDD, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 11:00** Dojrzewający nastolatek - jak podtrzymywać więź z dzieckiem w okresie dorastania?
mgr Monika Mućko, psycholog, psychoterapeuta poznawczo-behawioralny, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 12:00** Trudy dorastania - jak dostrzec pozytywy buntu nastolatków? Jak radzić sobie z konfliktami?
mgr Anna Kwiatkowska, psycholog, psychoterapeuta integracyjny, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 13:00** „Jak zmieniając myślenie można wpłynąć na swój nastrój?”
mgr Karolina Wincewicz, psycholog, psychoterapeuta poznawczo-behawioralny, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 14:00** Gdy rodzic choruje na nowotwór - co trzeba wiedzieć o byciu przy osobie chorującej przewlekle?
mgr Ewelina Telejko, psycholog, psychoonkolog, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 15:00** „Zamartwiam się wszystkim - czy taką mam naturę, czy można to zmienić?” - o leczeniu zaburzeń lękowych
mgr Ewa Marszewska, psycholog, psychoterapeuta poznawczo-behawioralny, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 16:00** 10 faktów o anoreksji i bulimii, o których powinniśmy wiedzieć
mgr Monika Misić, psycholog kliniczny, psychoterapeuta systemowy, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 17:00** Change your life by changing your thinking
mgr Agata Kudlik, psycholog, cognitive-behavioral psychotherapist, NZOZ Centrum Terapii DIALOG

- 09:00** Jak wygląda, na czym naprawdę polega i w jakiej sytuacji może pomóc psychoterapia?
mgr Emilia Wegner, psycholog, psychoterapeuta psychodynamiczny, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 10:00** Jak radzić sobie z bezsennością? Co zrobić, żeby dobrze spać?
lek. Anna Nowak, lekarz specjalista psychiatra, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 11:00** Nieporozumienia w parze - kiedy warto zgłosić się do terapeuty i podjąć psychoterapię pary?
mgr Marta Łączyńska, psycholog, psychoterapeuta systemowy, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 12:00** „Nie pójdę do psychiatry, bo mi da «psychotropki»” - mity i fakty na temat leków od lekarza psychiatry, bezpieczne metody leczenia.
lek. Ewa Drozdowicz-Jastrzębska, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 13:00** Chandra, lenistwo czy choroba? - kilka słów o dystymii
lek. Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, lekarz, psychoterapeuta integracyjny, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 14:00** Jak radzić sobie ze stresem?
mgr Anna Nita, psycholog, psychoterapeuta psychodynamiczny, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 15:00** Nienawidzisz czegoś w swoim wyglądzie? - co warto wiedzieć o pewnej nieznannej, a całkiem częstej chorobie
lek. Michał Feldman, lekarz specjalista psychiatra, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 16:00** Jak postępować gdy bliska osoba ma problemy psychiczne?
lek. Piotr Krawczyk, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 17:00** Podglądanie mózgu: jakie znamy sposoby badania mózgu, kiedy warto i co z tego wynika?
prof. dr hab. n.med. Agata Szulc, lekarz specjalista psychiatra, NZOZ Centrum Terapii DIALOG
- 18:00** Jak radzić sobie z zaburzeniami pamięci?
prof. dr hab. n.med. Tadeusz Parnowski, lekarz specjalista psychiatra, psychogeriatra, NZOZ Centrum Terapii DIALOG

Zapisy i odbiór zaproszeń

NZOZ Centrum Terapii Dialog

Warszawa,
ul. Stryeńskich 19



NZOZ Centrum Terapii Dialog

Warszawa,
ul. Słomińskiego 19



Komitet Honorowy Obchodów

prof. dr hab. n.med. Agata Szulc
prof. dr hab. n.med. Marek Jarema
prof. dr hab. n.med. Paweł Mierzejewski
prof. dr hab. n.med. Tadeusz Parnowski

dialog
CENTRUM TERAPII

NZOZ Centrum Terapii DIALOG to dwie wysokospecjalistyczne przychodnie psychiatryczno-psychologiczne, w których ponad 50 psychiatrów (w tym profesorów) oraz ponad 50 psychologów-psychoterapeutów przyjmuje 7 dni w tygodniu od 7:30 do 22:00 w ramach Specjalistycznych Poradni.



Nr 10 (246) październik 2015

Na okładce: wykorzystano fragmenty portretu prof. Jana Nielubowicza autorstwa Mariana Adamczyka

W numerze m.in.:

▶ powiem wprost	3
▶ 100. rocznica urodzin i 15. rocznica śmierci prof. Jana Nielubowicza	4
▶ SOR(ry)	9
▶ Co koordynuje koordynator	10
▶ Aby pielęgniarka była pielęgniarką	14
▶ Lekarz jako gwarant życia i zdrowia człowieka	16
▶ Półpasiec i neuralgia popółpaścowa	17
▶ Śródkostne implanty dentystyczne	19
▶ Recepty lekarskie – pytania i odpowiedzi	20
▶ Cytologia osadu moczu	22
▶ Doniesienia naukowe	23
▶ Dla najmniejszych serc	24
▶ Jak pokonać nadciśnienie tętnicze	26
▶ z Mazowsza	28
▶ składki	30
▶ etyka	32
▶ Apel Prezydium ORL w Warszawie	32
▶ propozycje kulturalne	39
▶ Chemik w służbie medycyny	40
▶ Galapagos...	42
▶ sport i kultura	44
▶ nowe przepisy prawne	46
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	7
▷ Walewski	7
▷ Karczewski	12
▷ Kowal	34
▷ Jankowska	35
▷ Ciepły	38
▷ Müldner-Nieckowski	38



Nocne Polaków rozmowy

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Wśród 23 września, w dniu, w którym „Puls” był już w drukarni, media poinformowały o podpisaniu przez pielęgniarki porozumienia płacowego z Ministerstwem Zdrowia. Nie podano szczegółów, na razie wiadomo tylko, że pielęgniarki otrzymają w ciągu czterech lat podwyżkę 1600 zł, czyli co roku 400 zł. Konkretu poznamy, kiedy minister zdrowia wyda w tej sprawie rozporządzenie. Tym samym szef resortu odsunął widmo strajku pielęgniarek, który zapewne sparaliżowałby tuż przed wyborami działania służby zdrowia w Polsce i byłby bardzo „nie na rękę” rządzącej koalicji.

Ciekawe, jakie będą komentarze prominentnych przedstawicieli dzisiejszej opozycji, która – sądząc na podstawie aktualnych badań opinii publicznej – być może wygra październikowe wybory parlamentarne i będzie musiała to porozumienie realizować. Rozmowy pielęgniarek w ministerstwie zakończyły się nad ranem, można by rzec – zgodnie z tradycją. Pielęgniarki, od początku sporu konsekwentne w swoich żądaniach, uzyskały praktycznie spełnienie swoich postulatów, chociaż nie od razu, bo rozłożone na cztery lata. Pozostaje tylko pogratulować sukcesu ich związkowi zawodowemu i samorządowi, które – działając wspólnie – dopięły swego. Szkoda, że organizacje reprezentujące lekarzy od wielu lat nie potrafią być równie skuteczne. Od momentu wywalczenia tzw. podwyżki wedłowskiej reprezentacje środowiska lekarskiego spoczęły na laurach i biernie przyglądały się postępującej zapaści w ochronie zdrowia. Pielęgniarek w naszym kraju brakuje, zarobki tej grupy zawodowej są za niskie, biorąc pod uwagę ich kwalifikacje, rolę w społeczeństwie itd. Jednocześnie trzeba zauważyć, że lekarzy również jest za mało (w niektórych specjalnościach tragicznie mało), a ich zarobki dalekie są od tych, jakie powinni otrzymywać. Nie piszę o tym, aby zakwestionować prawo pielęgniarek i położnych do podwyżki wynagrodzeń czy skłócić lekarzy z pielęgniarkami. Od tego są „usłużni”, którzy na zamówienie (ciekawe czyje?) od pewnego czasu podają z sufitu wzięte dane o krociowych zarobkach lekarzy. Dr Zdzisław Szramik (OZZL) w artykule „Jak dobrze być... lekarzem” przytacza informację z jednego z portali społecznościowo-politycznych, że zarobki młodych lekarzy („o ile chce im się pracować”) wynoszą nawet 40 tys. zł, stawki godzinowe adeptów medycyny – od 100 do 150 zł, a lekarzy specjalistów o wiele więcej. Takie „rzetelne” informacje zdaniem dr. Szramika mają z jednej strony skłócić zainteresowane środowiska, a z drugiej nastawić społeczeństwo negatywnie do słusznych żądań płacowych pielęgniarek (i lekarzy).

Innym istotnym problemem, podnoszonym m.in. przez Polską Federację Szpitali, jest brak możliwości realizacji tego porozumienia bez narażania lecznic na zapaść finansową. Już dzisiaj, według ostatniego raportu NIK, płace stanowią dominującą część wydatków szpitali: od 47 do ponad 85 proc., a koszty zatrudnienia personelu medycznego – od 80 do 90 proc. wszystkich wynagrodzeń.

Podwyżka dla pielęgniarek prawdopodobnie spowoduje żądania płacowe przedstawicieli innych zawodów medycznych i nie rozwiąże problemu emigracji młodych, wykształconych i znających języki pielęgniarek, np. do krajów Unii Europejskiej. Po nocnych rozmowach przyjdzie czas na skonsumowanie ich wyników. Jak ta konsumpcja będzie wyglądała w praktyce? ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

Dzielimy się doświadczeniami



Fot. egw

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

Rozpoczęliśmy przygotowania do IX Kongresu Polonii Medycznej. Odbędzie się w czerwcu 2016 r. w Warszawie. Nasza Izba, wspólnie z Federacją Polonijnych Organizacji Medycznych i Naczelną Izbą Lekarską, jest jego organizatorem i gospodarzem. Spotkanie lekarzy i lekarzy dentyków o polskich korzeniach, pracujących w różnych regionach świata, z koleżankami i kolegami w Polsce jest świętem naszego środowiska. Przyszłoroczny kongres, który będzie też II Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich, to dla naszych gości okazja do prezentacji dorobku naukowego, do dzielenia się wiedzą i doświadczeniami z pracy w różnych systemach ochrony zdrowia. To także czas rozmów i koleżeńskich wspomnień, integracji. Polscy lekarze osiągają sukcesy, są dobrze wykształceni, znajdują swoje miejsce i uznanie w świecie. Jesteśmy grupą zawodową o szczególnej odpowiedzialności społecznej, w Polsce mamy mocny samorząd, łączy nas poczucie wspólnoty. Powinniśmy te wartości pielęgnować. Kongres będzie do tego świetną okazją.

Doceniajmy naszą samorządność. Jest wzorem dla innych. Historia i doświadczenie odrodzonego samorządu lekarskiego w Polsce dla koleżanek i kolegów z Ukrainy stanowi dobry drogowskaz zmian, których oczekują u siebie. Goszcząc ukraińskich lekarzy w Warszawie, uczymy ich funkcjonowania samorządu zawodowego. Ciekawi naszych doświadczeń są również Gruzini. We wrześniu 2015 r. spotkałem się z przedstawicielami Związku Polonii Medycznej w Gruzji im. św. Grygoła Peradze i Gruzińskiego Stowarzyszenia Lekarzy Specjalistów. Na konferencji w Lagodekhi rozmawialiśmy o roli samorządu w demokracji, jego znaczeniu dla społeczeństwa obywatelskiego. To nie był pierwszy kontakt gruzińskich lekarzy z przedstawicielami OIL w Warszawie, ale dla naszych koleżanek i kolegów z krajów, w których nie ma tradycji samorządowych, takie spotkania są zawsze źródłem cennych informacji o izbach lekarskich w Polsce.

Obecność członków Izby na międzynarodowych spotkaniach z udziałem organizacji medycznych – polonijnych i zagranicznych – akcentuje zaangażowanie naszego samorządu w sprawy dotyczące środowiska lekarskiego. Właśnie przez dialog i kontakty na wielu płaszczyznach możemy budować wspólnotę medyków. Taki był też cel udziału koleżanek i kolegów z Izby w konferencji naukowej w Wilnie z okazji 25-lecia Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie. W programie nie zabrakło prezentacji przypominających cenny wkład polskich lekarzy w rozwój medycyny na Wileńszczyźnie.

Właśnie w Wilnie studia medyczne rozpoczął patron naszej Izby, prof. Jan Nielubowicz. W październiku 2015 r. obchodzimy 100. rocznicę Jego urodzin. Pamiętając o dokonaniach Profesora – chirurga, pioniera polskiej transplantologii, nauczyciela akademickiego – nie zapominajmy, że jesteśmy częścią lekarskiej społeczności, z jej historią i teraźniejszością. Dzielmy się doświadczeniami, wspierajmy, współpracujmy. ■



Aby pielęgniarka
była pielęgniarką
str. 14



Śródkostne implanty
dentystyczne
w 52. rocznicę
klinicznego
zastosowania
str. 19



Recepty lekarskie
– pytania i odpowiedzi
str. 20

Z Koziej na Puławską

puls

Redakcja „Pulsu” zmieniła adres.

Obecnie mieści się w Warszawie (02-512), przy ul. Puławskiej 18.
Tel.: 22-850-18-10, faks: 22-850-18-08, e-mail: puls@oilwaw.org.pl

100. rocznica urodzin i 15. rocznica śmierci prof. Jana Nielubowicza, patrona OIL w Warszawie

Przesłanie

Zasadniczym rygiem, w którym jeszcze ja, jak też i poprzednie pokolenia byliśmy wychowywani, był nakaz wyrobienia w sobie umiejętności panowania nad sobą, nad odruchami, nawykami, niekontrolowanymi pragnieniami. W moim pokoleniu rodzice i wychowawcy nakazywali przede wszystkim ćwiczenie woli, oczekiwano od nas prawdziwej kontrolowanej powściągliwości. Wiem z osobistego doświadczenia, jakie to trudne, ale takie były wobec nas wymagania starszych. Mój nauczyciel chirurgii, prof. T. Butkiewicz, powtarzał stale: – *Kolego, w życiu trzeba przede wszystkim mieć dobre hamulce, bez nich nie jest się człowiekiem i lekarzem*. 50 lat zniewolenia wraz z obcą naszymu charakterowi mentalnością przyniosło inny wzór, który dla wielu stał się oczywistością, a nawet może ideałem. Wzorem tym było uznanie niekontrolowanego pragnienia za wyraz niewłaściwie pojmowanej wolności. Kontrolowane rozumem, prawem poczucie obowiązku zostało zastąpione przez niekontrolowane pragnienie nazwane wolnością, w tym przede wszystkim chęć posiadania i użycia. Jeżeli jest to kontrolowane rozumem, uzasadnioną potrzebą innych i warunkami dobra ogólnego – jest to postęp. Jeżeli kieruje tym niekontrolowane pragnienie, wówczas z konieczności rodzi to sprzeczność różnych interesów, prowadząc do chaosu i niezgody. Przez wiele lat, będąc jednym z nauczycieli lekarzy polskich, patrzyłem na ich zmagania ze sobą. Pomimo zła, zniewolenia, kłamstwa i otaczającej nieprawości, rachunek ich życia był zawsze ten sam. Każde pokolenie po latach znajdowało taką samą drogę jak ta, która wynikała z poczucia tych, którzy byli, którzy są jeszcze, i tych, którzy po nas przyjdą.

Każdy człowiek, także i lekarz, chce brać i dawać. W każdym z nas pragnienia te są różnie podzielone. Takich, którzy chcieliby tylko dawać, jest bardzo mało, są to ludzie specjalnej dyscypliny, żyjący zwykle w specjalnych rygorach. Takich, którzy chcieliby tylko brać, potępiamy jako osobników aspołecznych. Trzeba znaleźć w sobie właściwą proporcję stosunku: brać – dawać! Myślę, że w naszej, lekarzy polskich obecnych czasów, kalkulacji rachunek „dawać” powinien być zawsze o 1 proc. większy niż „brać”.

Ilekoć mam wątpliwości co do słuszności wyboru, czytam zawieszony nad moim biurkiem, a podpisany przeze mnie 52 lata temu dokument – z moją przysięgą lekarską. Jak dotąd – znajdowałem tam zawsze rozwiązanie moich wątpliwości.

„Lekarz polski w służbie narodowi” – fragmenty wykładu inauguracyjnego prof. Jana Nielubowicza na I Światowym Kongresie Polonii Medycznej w Częstochowie, 19–22.06.1991 r.

Pamięci Profesora

Profesor Jan Nielubowicz urodził się w Warszawie w 1915 r. Pochodził z rodziny lekarskiej. Jego ojciec – dr Kazimierz Nielubowicz – był chirurgiem i urologiem w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Dziadek – dr Władysław

Nielubowicz – chirurgiem i dyrektorem szpitala w Kremieńczugu na Ukrainie. Jan Nielubowicz szkołę średnią ukończył w Wilnie i tu rozpoczął studia medyczne. Naukę kontynuował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. W czasie studiów warszawskich został przyjęty do korporacji akademickiej „Arkonია”. Dyplom otrzymał w 1939 r.

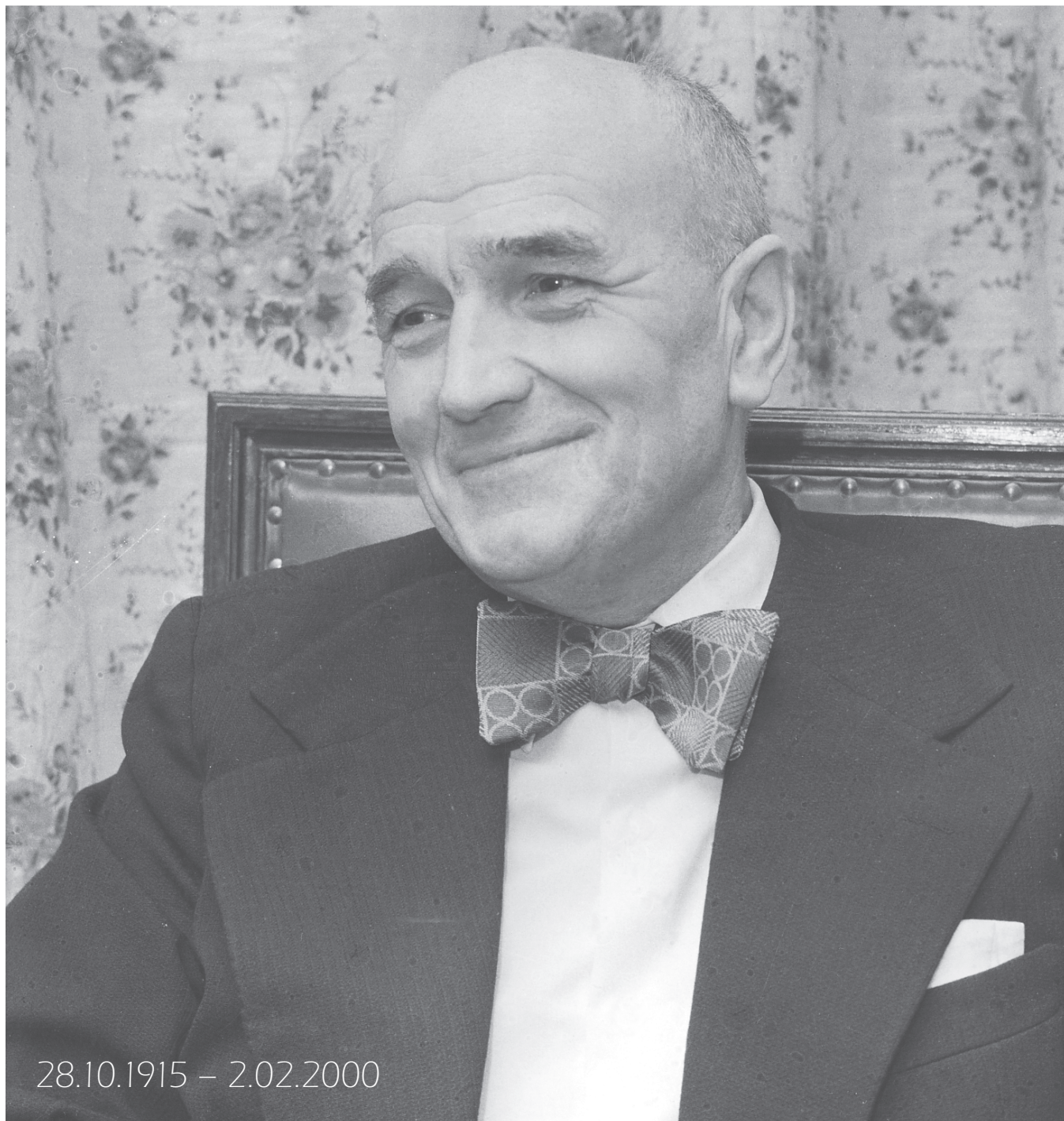
Początek wojny zastał Go na Wileńszczyźnie. Po nieudanej próbie przedostania się na Zachód pozostał w Wilnie i pracował krótko w klinice prof. Michejdy, następnie jako lekarz ogólny, a wreszcie ordynator chirurgii w małym szpitalu terenowym. Z końcem wojny, w 1945 r., wrócił do Warszawy i po dwu latach pracy na stanowisku asystenta w Klinice Chirurgicznej obronił pracę doktorską nt.: „Ropowice żołądka i jelit”. Stopień doktora habilitowanego uzyskał w 1952 r. na podstawie pracy „Badania nad powstawaniem ostrego żółtego zaniku (ostrej martwicy) wątroby pod wpływem przedostawiania się lub wprowadzenia do przewodu żółciowego wspólnego soku trzustkowego lub pankreatyny”. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymał w 1962 r., a zwyczajnego w 1970.

W 1958 r. przebywał w Stanach Zjednoczonych na stypendium Rockefellera. Dawało to wyjątkową w owych czasach możliwość zapoznania się z chirurgią na najwyższym światowym poziomie. Wyniki kierowanego przez Niego zespołu świadczą, że okazja ta została w pełni wykorzystana. W roku 1959 objął Klinikę Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie, którą kierował aż do przejścia na emeryturę w 1986 r.

W swojej pracy klinicznej wyznawał zasadę, że praktyka chirurgiczna powinna być oparta na naukach podstawowych i szeroko zakrojonym eksperymencie laboratoryjnym. Pogląd ten realizował, kierując jednocześnie Kliniką i Zakładem Chirurgii Doświadczalnej PAN. Takie podejście uczyniło Go chirurgiem wszechstronnym. Zakres zainteresowań prof. Nielubowicza rozciągał się od przeszczepów nerek (pierwszy w Polsce przeszczep nerki wykonano w Jego klinice w 1966 r.) przez chirurgię naczyń, układ chłonny, chirurgię endokrynologiczną, chirurgię klatki piersiowej i wątroby aż do nowoczesnych metod anestezyjologicznych. Znaczną liczbę operacji, szczególnie nowo opracowanych lub wprowadzanych, wykonał osobiście. Do czasu Jego przejścia na emeryturę wykonano w klinice około 800 przeszczepów nerek.

Opublikował blisko 600 prac, wygłosił wiele wykładów w kraju i zagranicą. Posługiwał się czterema językami zachodnimi oraz litewskim i rosyjskim. Był promotorem 50 doktoratów i opiekunem 20 habilitacji. Dziesięciu Jego uczniów uzyskało tytuł profesora. Należał do krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych. Był członkiem honorowym Brytyjskiego i Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów.

Wzorem wielkich poprzedników uważał nauczanie za nieodłączną część pracy klinicznej. Osobiście prowadził wykłady i seminaria dla studentów. Zadbął również, aby wszyscy Jego asystenci odbywali staże szkoleniowe zagranicą. Był autorem, współautorem i redaktorem klasycznych polskich



podręczników chirurgii. Mimo tak znacznego obciążenia pracą kliniczną, prof. Nielubowicz znajdował również czas na pracę administracyjną i przez dwie kadencje (1981–1986) kierował jako rektor Akademią Medyczną w Warszawie.

Jego postawa zawodowa i zaangażowanie społeczne zyskały uznanie wielu środowisk naukowych i pozanaukowych. W latach 80. XX w. był członkiem Prymasowskiej Rady Społecznej. Od 1988 r. należał do Związku Polskich Kawalerów Maltańskich. W 1990 otrzymał Krzyż Wielki Orderu Odrodzenia Polski, a w 1997 prymas Polski kardynał Józef Glemp odznaczył Go, przyznaną przez papieża Jana Pawła II, Komandorią z Gwiazdą Orderu św. Sylwestra Papieża. Był honorowym prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, wyraz uznania stanowiły również doktoraty honorowe sześciu polskich uczelni, w 1999 r. otrzymał ten tytuł w uczelni rodzimej.

Fragment publikacji „Dzieje I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie”, t. I, pod redakcją Marka Krawczyka

Niezwykła osobowość Profesora Nielubowicza

Poznałem Go w 1951 lub 1952 r., jako docenta Nielubowicza, od 1945 r. asystenta w Klinice Chirurgicznej, kierowanej przez prof. Tadeusza Butkiewicza, w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Byłem wówczas w tym szpitalu młodym asystentem w Zakładzie Radiologii, prowadzonym przez prof. Witolda Zawadowskiego, którego prof. Nielubowicz cenił wysoko. W szpitalu tym współpracowałem z prof. Nielubowiczem przez wiele lat. Pamiętam, jak interesująco prowadził interdyscyplinarne konferencje, bardzo popularne wśród lekarzy Szpitala Dzieciątka Jezus. Omawiał na nich przypadki, które przeszły przez ręce klinicystów, zwłaszcza chirurgów, również radiologów i dość często anatomopatologów. [...]

W życiu codziennym, poza zasadami przyzwoitości w szerokim znaczeniu tego słowa, wielokrotnie dawał świadectwo swych wartości i humanizmu oraz wierności tradycji, co dominowało nad Jego temperamentem w stosunku do otoczenia. Czasem jednak żywo reagował na sprawy, które Go raziły. Pamiętam Jego oburzenie, kiedy zobaczył tradycyjne biurko w klinice chirurgicznej, z którego odpadła plakietka z nazwiskiem jednego z poprzednich kierowników tej kliniki. Dbał o tradycję. Znamienne było Jego poczucie obowiązku, aby jak najlepiej służyć chorym, których otaczał szczególną troską. Uważał, że człowiek znajdujący się w trudnej sytuacji życiowej, zwłaszcza w chorobie, często jest bezbrony i, oddając w zaufaniu swoje zdrowie w ręce lekarza, oczekuje od niego życzliwości, a przede wszystkim troski. Uważał, że oczekiwanie to jest bardzo powszechne, niezależnie od wieku, wykształcenia i poziomu intelektualnego chorego, i że każdy lekarz powinien spełnić to oczekiwanie.

Miał niezwykłą zdolność koncentracji w czasie zbierania wywiadu od chorego. Pytania na temat dolegliwości pacjenta przeplatał pytaniami o rodzinę, jaką ma opiekę itp. W rozmowie z chorymi używał dużo pogodnych, a nawet pełnych humoru słów. Niezależnie od nastroju czy zmęczenia umiał pomóc człowiekowi nastawionemu pesymistycznie do swej choroby. Swoim pogodnym stosunkiem do pacjenta umiał go podnieść na duchu. [...]

Po powstaniu izb lekarskich zbliżyła nas praca w samorządzie: mnie, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, z Nim, przewodniczącym Sądu Lekarskiego w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. [...] Czytałem Jego uzasadnienia wyroku z dużym zainteresowaniem. Nie tylko były logicznie i przejrzysto zredagowane, ale miały również charakter wychowawczy. Obwinionych lekarzy traktował po koleżeńsku i z szacunkiem należnym każdej osobie. [...]

Wielu Jego uczniów miało wydeptaną przez Niego ścieżkę postępowania w różnych sytuacjach powstających w kontakcie lekarza z chorym. Uważał, że najtrudniej jest walczyć z obojętnością lekarza. Nie tylko cierpi na tym chory, lekarz taki wytwarza również w swoim środowisku atmosferę braku odpowiedzialności i niedbalstwa [...]. Był wrogiem obojętności, zwłaszcza połączonej z cynizmem. Uważał, że jeden obojętny lekarz może wytworzyć złą opinię w stosunku do etycznego zespołu lekarskiego całego szpitala, natomiast jeden, nawet bardzo znakomity lekarz nie jest w stanie zmienić takiej opinii. A zwalczanie jej wymaga dużego wysiłku, aby przywrócić zaufanie chorego do lekarza.

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Leszczyński, „Puls” 2/2007

Wielki Nauczyciel i Mistrz Chirurgii

Poznałem Profesora, rozpoczynając działalność w Studenckim Kole Naukowym przy I Klinice Chirurgicznej w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1 przy ul. Lindleya. Pozwalał nam, studentom, członkom Koła Naukowego, uczestniczyć w życiu kliniki. Zawsze miał dla nas czas i życzliwość.

Klinika była ogromna, a zespół składał się z lekarzy o niezwykle różnych charakterach i poglądach. Łączyła ich jedna wspólna pasja – chirurgia. Ten nieprzeciętny napęd do rozwijania wiedzy i umiejętności tworzył i umiejętnie stymulował Mistrz, „Stary”, Profesor Jan Nielubowicz. Jako jeden z pierwszych rozumiał konieczność rozwijania chirurgii w oparciu o nauki podstawowe i badania doświadczalne. Był równocześnie kierownikiem Zakładu Chirurgii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk, który mieścił się w budynku

Anatomicum. Tam powstawały nowatorskie prace z zakresu transplantologii, chirurgii ogólnej i naczyniowej, a zwłaszcza patofizjologii chirurgicznej.

Kiedyś, po latach, gdy przyszedłem do Niego na długą rozmowę przed objęciem kierownictwa Kliniki Chirurgii Naczyniowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zdradził mi swoje *credo* dotyczące tworzenia zespołu:

– Ludzie mają różne charaktery, ale zespół chirurgiczny, tak jak drużyna piłkarska, nie składa się tylko z tych, którzy są w ataku. Konieczne jest wyszkolenie „zawodników” na różnych pozycjach ataku, pomocników, obrońców, a ty będziesz, tak jak ja, pełnił funkcję na różnych pozycjach ataku, obrony, pomocy, ale najczęściej będziesz bramkarzem i trenerem. [...]

Był wspaniałym lekarzem, starał się rozumieć nie tylko chorobę, ale przede wszystkim pacjenta. Miał ogromną cierpliwość w tłumaczeniu nieraz trudnych i zawitych problemów związanych z chorobą i leczeniem. Tego nauczał nas i studentów, dla których był prawdziwym guru medycyny. [...]

Z muszką nie rozstawał się nigdy. Bez muszki widywałem Go tylko wśród książek i publikacji w mieszkaniu przy Francuskiej albo na działce w Urłach. Profesor był człowiekiem niezwykle eleganckim – w szatni kliniki zawsze wisi „dyżurny” krawat, na wypadek, gdyby któryś z kolegów zapomniał z pośpiechu własnego. [...]

Prof. dr hab. n. med. Walerian Staszkiwicz, „Puls” 2/2009

Profesor Nielubowicz.

Potęga rozumu

Ojciec miał dwie lewe ręce, nie potrafił wbić gwoźdźdź. A chirurgiem był świetnym – mówi syn Wojciech Nielubowicz. – Podkreślał, że rozwiązuje problemy operacyjne umysłem. Technikę operacyjną uważał za ważną, ale nie najważniejszą. Jego poglądy na medycynę przeszły ewolucję. Jako młody chirurg sądził, że jest ona sztuką, później – że nauką, a jako stary profesor – że w największym stopniu jest służbą. Dlatego przede wszystkim dbał o dobro konkretnego chorego. Powiedział kiedyś, że medycyna jest jednym z pierwszych i najważniejszych wyrazów ludzkiego humanitaryzmu. Bez niego staje się rzemiosłem, zawodem cyrulika.

„Najwspanialsza i najbardziej radykalna operacja, choć stwarza szanse wyleczenia, może być obciążona zbyt wielkim ryzykiem utraty życia – pisał prof. Nielubowicz w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym” nr 7 z 1987 r. – Może to odbierać choremu nawet ten okres życia, który mu pozostał bez operacji. Im starszy się staje, tym częściej myślę nie o sukcesie, który może być wynikiem trudnej operacji, ale o tym, ile chory może stracić, jeżeli nasze nadzieje związane z operacją się nie ziszczą. Staram się pamiętać, że ten, kto umiera, umiera w 100 procentach”. [...]

„Codzienna praca, rano w klinice, a po południu w zakładzie, wypełniała mi całe dni. Wszystkie prace naukowe i książki pisałem w niedziele, święta i w czasie urlopów – opowiada w swoim zyciorysie. – Okres życia od objęcia stanowiska kierownika kliniki i zakładu doświadczalnego do chwili przejścia na emeryturę uważam za najpiękniejszy i najszczęśliwszy w moim życiu. Miałem największą radość, jaką daje świadomość, że jest się potrzebnym i być może pożytecznym.

2015 jest rokiem szczególnym dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – zbiegły się rocznice: 100. urodzin i 15. śmierci jej patrona, prof. dr. hab. n. med. Jana Nielubowicza – wybitnego lekarza, humanisty, nestora polskiej chirurgii, nauczyciela i wychowawcy wielu pokoleń lekarzy, współtwórcy odrodzonego samorządu lekarskiego.

Uchwałę o nadaniu warszawskiej Izbie imienia prof. Jana Nielubowicza podjął, z inicjatywy prof. dr. hab. n. med. Jerzego Polańskiego, 24 listopada 2001 r. XVIII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie. „Puls” wielokrotnie na przestrzeni lat odwoływał się do myśli prof. Jana Nielubowicza i wspomnień z Nim związanych.

„Oto Polska wraca do nas, a jej odrodzone istnienie przejawia się codziennie w czymś nowym. Dla mnie Polska wraca także w postaci odnowionych izb lekarskich”. Te słowa Profesora przypominano z okazji uroczystości odsłonięcia pamiątkowej tablicy w ówczesnej siedzibie Izby przy ul. Grójeckiej w Warszawie, w 2002 r.

Fotografie: archiwum



Na fotografii, od lewej: ówczesny przewodniczący ORL w Warszawie Andrzej Włodarczyk, uczniowie Profesora: Krzysztof Madej, Jerzy Szczerbań, Jerzy Polański, Mieczysław Szostek, Tadeusz Tołłoczko; drugi od prawej – syn Profesora Wojciech Nielubowicz z małżonką Dorotą.

„Bardzo wczesnie w swojej karierze naukowej prof. Nielubowicz zrozumiał, że powojenna chirurgia polska wymaga wyrównania zapóźnień, i że postęp leży w szerokim otwarciu na świat, w międzynarodowych kontaktach, w zorientowaniu jej na nowatorską i inspirującą naukę chirurgiczną reprezentowaną zwłaszcza przez ośrodki anglosaskie” – pisał prof. Jerzy Szczerbań w 1999 r., w laudacji z okazji nadania prof. Janowi Nielubowiczowi tytułu doktora honoris causa AM w Warszawie.

W swoim życiorysie prof. Nielubowicz przyznaje, że pełnienie obowiązków rektora było dla Niego okresem stresów i dużego wysiłku. Zaczęło się od okupacji gmachu rektoratu przez kandydatów na studia, którzy nie zdali egzaminu wstępnego. Później studenci kilkakrotnie organizowali strajki wymagające osobistych interwencji rektora i pertraktacji ze zbuntowaną młodzieżą. W stanie wojennym kłopoty uczelni nawarstwiały się. Brakowało funduszy. Liczba studentów była trzykrotnie wyższa w stosunku do możliwości lokalowych. Bezustannie dyskusje i różnice zdań rektora z grupą partyjną PZPR doprowadzają do kontroli NIK-u. Ministerstwo Zdrowia przypomina sobie, że prof. Nielubowicz osiągnął wiek emerytalny. Na rok przed upływem drugiej kadencji zostaje odwołany ze stanowiska rektora.

– Po przejściu na emeryturę ojciec przeżywał ciężkie chwile – mówi dr Wojciech Nielubowicz. – Na szczęście wciąż jeszcze mógł przyjmować pacjentów w przychodni szpitala przy Banacha. Dużo pisał, głównie rozprawy z etyki i historii medycyny, udzielał się w Izbie Lekarskiej, Sądzie Lekarskim. Zmarł nagle, w wieku 84 lat, tuż po powrocie do domu z przychodni, w której, jak zwykle w każdą środę, przyjmował chorych.

„Jak każdy człowiek, a zwłaszcza jak każda wielka osobowość, dążył do pozostawienia po sobie trwałego śladu przy pełnej świadomości nieuniknionego procesu przemijania – napisał we wspomnieniu o Profesorze Jego uczeń i następca w Klinice Chirurgicznej prof. Tadeusz Tołłoczko („Transplantologia praktyczna”, t. 4, PWN, 2013). – Pozostawił dla potomności bardzo dokładnie i w szczegółach opracowany wykaz swych prac i dokonań. Jest to wykaz imponujący. Myślę, że dominującą cechą osobowości Profesora była potęga rozumu”. ■

Ewa Dobrowolska, „Puls” 2/2011

oprac. egw

Fot. G. Press



Licytacja

Paweł Walewski

Czy po wyborach będziemy żyli w kraju wiecznej szczęśliwości? Nie pierwszy raz się na to zanosi. Główni pretendenci do utworzenia rządu zapowiedzieli raj: likwidację składek zdrowotnych dla obywateli objętych pracowniczym kontraktem, bon refundacyjny na leki, ubezpieczenia pielęgnacyjne (oraz dodatkowe), poszerzoną listę darmowych szczepień, powrót stomatologów do przedszkoli i szkół, bezpłatne leki dla seniorów. O tym wszystkim usłyszeliśmy w piękną wrześniową sobotę, na sześć tygodni przed datą wyborów. Minęło od tamtej pory trochę czasu, jesteśmy właścicielami w przededniu podjęcia decyzji, na kogo oddać swój głos. Powinna więc Polaków rozpierać radość, że już za parę dni, niezależnie od końcowych rozstrzygnięć, spłynie na nas ten wodospad ulg i bonusów.

Nie jestem ekonomistą, ale wiem, że budżet musi się spinać. Prawo i Sprawiedliwość od dawna promuje koncepcję, by zlikwidować NFZ. Teraz okazuje się, że Platforma Obywatelska również planuje częściowe finansowanie publicznej ochrony zdrowia z budżetu państwa, choć jej propozycja wydaje się bardziej odpowiedzialna, a zmiana nie taka totalna. Mniej w tym projekcie zachęt do nadużyć. Weźmy chociażby kwestię leków. Bardzo łatwo – jak zrobił to PiS – obiecać pacjentom po 75. roku życia darmowe lekarstwa. Ale czy nie pamiętamy już, jaką wyrwę w budżecie kas chorych powodowały ulgi dla kombatanów? Cwaniaków nigdy w Polsce nie brakowało, a obietnica, że będą mogli kupować kilogramy leków za bezcen, po czym odsprzedadzą je rodzinie lub znajomym, jest szczególnie dla ich ucha miła. Dlatego pomysł Platformy, by pacjenci najpierw wykupywali w aptekach leki „za swoje”, a następnie otrzymywali za nie refundację, wydaje się dużo rozsądniejszy. Choć to zawężona wersja forsowanej przez Andrzeja Sośnierza koncepcji, aby finansowanie całej służby zdrowia sprowadzić do bonów, rezygnując z wydzielanych dodatkowo składek.

Politycy, zwłaszcza przed wyborami, osiągnęli mistrzostwo w wymienianiu problemów, których pod ich rządami nie będzie: marnotrawstwa, kolejek do lekarzy, niskich pensji, limitów, urzędniczej biurokracji. Dobrze by było, gdyby jednak powiedzieli nam, jak pogodzić niezaspokojoną nadzieję na publiczną służbę zdrowia na najwyższym poziomie z jednocześnie kurczącymi się środkami na te świadczenia. Obywatele (coraz starsi i wymagający szerokiego wachlarza usług zdrowotnych) jakoś się nie dopytują, z czego państwo sfinansuje spełnienie ich oczekiwań. A ci, którzy im wmawiają, że będzie lepiej, nie robią nic, aby zainteresować pacjentów współodpowiedzialnością za zdrowie oraz za leczenie, czemu mogą służyć rozmaite formy współpłacenia, wprowadzone w innych krajach już dawno. Gdyby zacząć o tym wreszcie rozmawiać poważnie, kampania wyborcza nie byłaby tak naiwna. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Fot. archiwum



Marek Balicki

Na życzenie środowiska psychiatrów utrzymujemy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – oświadczył na początku września minister zdrowia prof. Marian Zembala. Stało się to dopiero w obliczu ogólnokrajowego protestu różnych środowisk i organizacji działających na rzecz zdrowia psychicznego. Ostatecznie kilka dni później Sejm przyjął „autopoprawkę” Klubu PO umożliwiającą zachowanie NPOZP. Środowiska psychiatryczne odetchnęły z ulgą.

Czy jednak przyjęcie poprawki PO rozwiązuje problem? Patrząc na pięć lat nieudanej realizacji pierwszej edycji programu, obejmującej lata 2011–2015, wiemy, że nie. Konieczne jest jeszcze wyeliminowanie najważniejszych przyczyn porażki. O tym ministerstwo już nie pomyślało.

Jeszcze wiosną wydawało się, że kolejna edycja NPOZP, na lata 2016–2020, przyniesie wreszcie oczekiwany sukces. W ministerstwie od jesieni 2014 r. odbywały się liczne obiecujące spotkania z przedstawicielami środowiska. Zdefiniowane zostały najistotniejsze błędy. Zgodnie wskazywano, że poza „słabą” wolą polityczną jest to m.in. brak wydzielonego finansowania programu oraz odpowiedniej struktury zarządzania jego realizacją. Zawartość merytoryczna i główne cele – zwłaszcza reforma psychiatrii i wprowadzenie środowiskowego modelu opieki – nie rodziły wątpliwości i zostały powszechnie dobrze ocenione. Nadzieję budziły też rozpoczęte przez AOTMiT prace nad nową taryfikacją usług psychiatrycznych oraz deklaracje wiceminister Beaty Małeckiej-Libery.

Dlatego tak dużym zaskoczeniem był majowy pomysł likwidacji NPOZP oraz włączenia jego zadań do przyszłego Narodowego Programu Zdrowia z ustawy o zdrowiu publicznym. Pomysłu nie poddano konsultacjom społecznym, a także nie zasięgnięto opinii działającej przy ministrze Rady ds. Zdrowia Psychicznego. Okazało się, że decyzję podjął Komitet Stały Rady Ministrów, przyjmując projekt ustawy o zdrowiu publicznym. Argumentów merytorycznych uzasadniających ten krok nie przedstawiono. Możemy się tylko domyślać, że poszło o pieniądze. Ministerstwo Finansów chciało koniecznie zaoszczędzić przy okazji wprowadzania Narodowego Programu Zdrowia, likwidując inne programy, a Ministerstwo Zdrowia, zmęczone kilkumiesięcznymi przepychankami o ustawę o zdrowiu publicznym, odpuściło, poświęcając psychiatrię. Nie po raz pierwszy okazało się, że zdrowie psychiczne nie jest w Polsce priorytetem i to mimo wielu deklaracji przedstawicieli rządu składanych na różnych forach międzynarodowych.

Koniec końców dobrze się stało, że NPOZP utrzymał się jako odrębny program, chociaż okrojony o profilaktykę i promocję zdrowia psychicznego. Więcej już w tej kadencji zrobić się nie dało. Po wyborach konieczna będzie jednak nowelizacja ustawy określająca minimalną wysokość finansowania programu z budżetu państwa oraz odpowiedzialność ministra zdrowia. To warunki, których spełnienie jest niezbędne, choć niewystarczające dla powodzenia reformy psychiatrii. Potrzebna jest jeszcze wola polityczna. ■

Koniec końców dobrze się stało, że NPOZP utrzymał się jako odrębny program, chociaż okrojony o profilaktykę i promocję zdrowia psychicznego. Więcej już w tej kadencji zrobić się nie dało. Po wyborach konieczna będzie jednak nowelizacja ustawy określająca minimalną wysokość finansowania programu z budżetu państwa oraz odpowiedzialność ministra zdrowia. To warunki, których spełnienie jest niezbędne, choć niewystarczające dla powodzenia reformy psychiatrii. Potrzebna jest jeszcze wola polityczna. ■



Fot. archiwum

SOR(ry)...

Małgorzata Solecka

29 szpitalnych oddziałów ratunkowych, w niektórych tłumi pacjenty, i tylko 100 specjalistów medycyny ratunkowej. Problemy szpitalnej części systemu ratownictwa medycznego na Mazowszu w niczym nie odbiegają od kłopotów w pozostałych częściach kraju, choć sytuacja poszczególnych SOR-ów w województwie jest różna.

Społeczny odbiór sytuacji na SOR-ach kształtują obrazy przekazywane przez media – w poczekalniach oddziałów ratunkowych kłębią się tłumy ludzi. Rzeczywiście, w kilku szpitalach w stolicy, np. w Bielańskim, Bródnowskim, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, liczba pacjentów przekracza nawet 200 na dobę. Ale na kilku mazowieckich SOR-ach w ciągu doby pojawia się nie więcej niż 30 pacjentów. „Rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie Mazowsza jest równomierne, ale liczba udzielanych świadczeń na poszczególnych SOR-ach – bardzo różna” – podkreśla w rocznym raporcie dr n. med. Grzegorz Michalak, wojewódzki konsultant ds. medycyny ratunkowej. Dlaczego tak się dzieje? Część szpitali na Mazowszu (podobnie jak w innych regionach), choć posiada SOR, nie posiada w swojej strukturze wszystkich jednostek szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, przede wszystkim oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu, oddziałów udarowych czy też kardiologii interwencyjnej. Zatem z jednej strony – zespoły ratownictwa medycznego transportują pacjentów wymagających wyjątkowo specjalistycznej, kompleksowej pomocy do szpitala, w którym jest możliwość jej udzielenia, z drugiej – pacjenci, na własną rękę szukający pomocy w bardziej skomplikowanych przypadkach, również udają się do takich szpitali.

Największe problemy szpitalnych oddziałów ratunkowych?

Niewystarczająca liczba specjalistów medycyny ratunkowej, których powinno być minimum 660 (przy założeniu,

że na dyżurze na SOR-ze będzie dwóch, bo przy obsadzie trzyosobowej, rekomendowanej przez płatnika zwłaszcza na większych SOR-ach, liczba specjalistów na Mazowszu powinna wynosić 790), a jest około 100. W trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej jest aktualnie około 100 osób. – *Do 2020 r. w systemie na Mazowszu powinno pracować około 600 specjalistów. Obecnie pracuje około 100. Oznacza to, że w ciągu kolejnych siedmiu lat powinno rozpocząć i zakończyć specjalizację około 400 lekarzy. Na Mazowszu jest 121 miejsc specjalizacyjnych, 99 wykorzystanych i 22 wolne. Wyszczególnienie potrzebnej liczby specjalistów wydaje się nierealne – przyznaje dr Grzegorz Michalak. Jego zdaniem sytuację mogłoby poprawić zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych i liczby ośrodków. „Inne rozwiązanie to alokacja lekarzy z innych województw oraz systemowe zmiany, mające na celu uatrakcyjnienie specjalizacji z medycyny ratunkowej”* – pisze konsultant wojewódzki w swoim raporcie.

Specjalizacja z medycyny ratunkowej nie jest atrakcyjna z kilku powodów

SOR to „linia frontu”, codziennością są stany krytyczne, konieczność przeprowadzania reanimacji i innych zabiegów ratujących życie pacjenta. Do oddziałów ratunkowych trafiają przypadki trudne z innych względów – bezdomni, osoby w upojeniu alkoholowym lub odurzone narkotykami i innymi substancjami psychoaktywnymi. Poziom agresji części pacjentów wprost zagraża personelowi medycznemu. Kolejny powód: jeśli na SOR zgłasza się duża liczba pacjentów

(a jest to ciągle częste, zwłaszcza w weekendy i dni świąteczne, bez względu na lokalizację oddziału, bo pacjenci przychodzą również z blahymi dolegliwościami), lekarz w ciągu doby przyjmuje nawet 70, 80 osób. Lekarze w przeważającej większości są zatrudnieni na szpitalnych oddziałach ratunkowych na dyżurach w formie umowy cywilnoprawnej. Stawki godzinowe są bardzo różne, w zależności od obciążenia pracą oraz możliwości finansowych szpitala, i oscylują w granicach 50–120 zł za godzinę. Mimo to zainteresowanie podjęciem specjalizacji z medycyny ratunkowej nie jest duże, zważywszy nakład pracy i obciążenia z nią związane.

Brak lekarzy medycyny ratunkowej to nie wszystko

Niewystarczająca jest też liczba pielęgniarek ze specjalizacją ratunkową. Na ogólny problem z niedostateczną liczbą pielęgniarek (według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wskaźnik liczby pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców w Polsce wynosi 5,3, co daje nam przedostatnie miejsce w Europie; wyprzedzamy tylko Bułgarię – 4,3) nakłada się kolejny – małej atrakcyjności finansowej pracy na SOR-ze, przy obciążeniach porównywalnych z tymi, z którymi spotykają się lekarze, lub nawet większych.

Problem zasadniczy to oczywiście finansowanie

Dr Grzegorz Michalak w raporcie za 2014 r. podkreśla, że przychody wynikające z umów z Narodowym Funduszem Zdrowia pokrywają nieco ponad połowę kosztów funkcjonowania SOR-ów. Co to oznaczało dla szpitali, zwłaszcza tych, w których SOR-y były obłożone i przyjmowały ponad 200 pacjentów na dobę? SOR w Szpitalu Bielańskim do czerwca 2015 r. przynosił miesięcznie około 400 tys. zł straty. Od lipca strata zmniejszyła się do 100 tys., ponieważ fundusz zmienił algorytm rozliczania usług świadczonych przez SOR-y.

▶ Do niedawna NFZ płacił szpitalom ryczałt za gotowość

Od lipca ryczałt nie znika – w podstawowej wersji (SOR ze standardowym wyposażeniem, jednym lekarzem dyżurującym i dwiema pielęgniarkami) wynosi około 4 tys. zł za dobę. Jednak SOR-y w szpitalach dysponujących specjalistycznymi oddziałami (udarowym, chirurgią naczyniową, pracownią hemodynamiczną, kardiologią) dostają większe pieniądze. Fundusz podwyższył z 30 do 52 zł za punkt wycenę porad, badań i zabiegów, a także opracował, z udziałem specjalistów medycyny ratunkowej, katalog procedur, które można dodatkowo rozliczyć w ramach SOR-u. Zapłaci też więcej, jeśli na oddziale ratunkowym zamiast jednego, dyżuruje dwóch lub trzech lekarzy. To kryterium może jednak spełnić niewiele placówek, zważywszy braki kadrowe specjalistów.

Na Mazowszu

Choć na Mazowszu, dzięki Warszawie, nie brakuje najbardziej specjalistycznych oddziałów i szpitali, konsultant ds. medycyny ratunkowej zwraca uwagę na brak oddziału leczenia oparzeń, który by działał w województwie w systemie dyżurowym, i trudności z leczeniem chorych we wstrząsie oparzeniowym. Innym wyzwaniem, z jakim będzie się musiał zmierzyć system ratownictwa medycznego na Mazowszu, jest rosnąca liczba pacjentów z udarem mózgu.

Dużym problemem, zwłaszcza w Warszawie, jest permanentny brak wolnych miejsc na oddziałach internistycznych. – *Powoduje to wydłużanie pobytu chorych na SOR-ach, co z kolei wpływa na wydłużanie czasu oczekiwania na świadczenia na tych oddziałach* – sygnalizuje dr Michalak.

Kto trafia na SOR?

Lekarze podkreślają, że choć system nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej na Mazowszu (w tym w Warszawie) funkcjonuje sprawnie, ciągle zbyt wielu pacjentów traktuje SOR jak miejsce, w którym można skorzystać z pomocy lekarskiej w awaryjnej sytuacji zdrowotnej, niezwiązanej z nagłym zachorowaniem czy zagrożeniem życia. Dlatego, zdaniem dr. Michalaka, jednym z najpoważniejszych wyzwań jest ciągła edukacja pacjentów w kwestii, czym jest system ratownictwa medycznego i jakie świadczenia są udzielane na SOR-ach.

Inne postulowane przez konsultanta wojewódzkiego działania to m.in.:

- ograniczenie zakresu świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego (w tym również SOR-y) do nagłych zagrożeń zdrowotnych,
- zmiana prawa umożliwiająca utworzenie jednego stanowiska koordynatora w województwie (lub regionie operacyjnym). Takie centrum dowodzenia pomagałoby wszystkim podmiotom działającym w systemie w ustaleniu docelowego miejsca hospitalizacji, podjęciu decyzji o transporcie do innej placówki niż najbliższy SOR w przypadkach niestandardowych (noworodki, dzieci, kobiety ciężarne, pacjenci wymagający pomocy w centrum urazowym etc.) czy koordynacji transportów pacjentów w zdarzeniu mnogim (np. wypadek z dużą liczbą rannych, zatrucie masowe), by chorzy nie trafiali do jednego oddziału ratunkowego.

Dr Michalak podkreśla także, że poprawy wymaga System Informacji o Szpitalach, który często zawiera nieaktualne dane. Brakuje w nim również informacji krytycznych, m.in. dotyczących awarii sprzętu diagnostycznego, remontu, wyłączenia z użytkowania istotnego segmentu szpitala (np. pracowni hemodynamicznej), oraz zmieniających się często parametrów (brak miejsc na oddziale intensywnej terapii). ■

Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej dr n. med. Grzegorz Michalak



Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki, SP ZOZ Szpitalny Oddział Ratunkowy, 01-809 Warszawa, ul. Ceglowska 80, tel.: 22-569-01-21, 22-569-02-15, 22-569-01-20, e-mail: grzegorz.michalak@wum.edu.pl

Lekarz koordynator ratownictwa medycznego

– Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, pl. Bankowy 3/5, wejście C, parter, pokój nr 29, tel.: 22-595-13-04, 723-99-60-73, faks: 22-595-13-54, e-mail: czkmed@mazowieckie.pl

Szpitalne oddziały ratunkowe na Mazowszu (adresy i telefony)

– plik do pobrania:

www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/na-ratunek/szpitalne-oddzialy-ratunkowe/

Panie dyrektorze, jaka jest podstawa prawna działania koordynatorów ratownictwa medycznego, kto ich powołuje i jak wygląda organizacja ich pracy na Mazowszu?

Działania lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Na Mazowszu pracują: powoływany przez wojewodę lekarz koordynator ratownictwa medycznego – w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim, a w sześciu rejonach operacyjnych – lekarze koordynatorzy centrum dyspozytorskiego, zatrudniani przez dyrektorów rejonów operacyjnych ratownictwa medycznego. Pracują w systemie dyżurowym, by byli do dyspozycji przez całą dobę, siedem dni w tygodniu.

Żaden z nich nie ma i mieć nie może uprawnień do narzucania przyjęć

Co koo

pacjentów do szpitala. Jeżeli placówka odmówi z powodu braku miejsc lub innych uwarunkowań, a tak się zdarza, koordynator jej do przyjęcia chorego nie zmusi. Stosownie do zapisów art. 19 ustawy z 27 sierpnia 2013 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to świadczeniodawca, w przypadku braku możliwości udzielenia pomocy, uzgadnia przyjęcie pacjenta z innym świadczeniodawcą. Koordynator nie ma prawa pośredniczyć. Nie wolno jednak przerzucać odpowiedzialności lekarzy dyżurnych szpitali na koordynatorów, na zasadzie „nie mój problem”.

Lekarze koordynatorzy, jak również zespół dyspozytorów medycznych, korzystają z Systemu Informacji o Szpitalach, który zawiera wszystkie „informacje krytyczne”. System działa bardzo dobrze, jeżeli oczywiście jest stale aktualizowany. Jednak przekazywanie informacji należy do szpitali!

W takim razie, co tak naprawdę koordynują koordynatorzy, kto i w jakich sytuacjach może się do nich zgłaszać i czy usprawniają system?



Michał Borkowski
dyrektor Wydziału Zdrowia w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie,
pełnomocnik wojewody ds. ratownictwa medycznego

rdynuje koordynator

Lekarz koordynator ratownictwa medycznego sprawuje w imieniu wojewody nadzór nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie. Do wojewody należy bowiem organizacja, koordynacja i nadzorowanie tego systemu, który tworzą nie tylko szpitalne oddziały ratunkowe, ale też zespoły ratownictwa medycznego.

Na obszarze województwa mazowieckiego działa 179 takich zespołów w 6 rejonach operacyjnych i w 127 miejscach wyczekiwania. To swoisty łańcuch ratunkowy, który rozpoczyna się od bardzo ważnego ogniwa, jakim są zespoły dyspozytorów medycznych, a prócz nich składa się z zespołów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć w szpitalach. Zatem zadania lekarza koordynatora nie ograniczają się do nadzoru 29 szpitalnych oddziałów ratunkowych i współpracy z nimi. Trzeba podkreślić, że wielokrotnie jego działania wykraczają poza zapisy rozporządzenia, bowiem pomaga w różnych sytuacjach i rozwiązuje nietypowe problemy w granicach swoich możliwości

i obowiązującego prawa. Z problemami zwracają się do niego nie tylko lekarze funkcjonujący w systemie ratownictwa. Stanowisko koordynatora praktycznie można dzisiaj porównać z dawną funkcją lekarza dyżurnego województwa.

W województwie mazowieckim lekarze koordynatorzy od paru lat stanowią stabilny, bardzo doświadczony i bardzo dobrze działający zespół. Utworzenie tego stanowiska można dzisiaj uznać za zdecydowanie trafne. Ich działania porządkują system, a sygnalizowane w raportach nieprawidłowości oraz wnioski nie pozostają bez odpowiedzi, co z kolei znacznie usprawnia system.

Zespoły ratownictwa medycznego, stosownie do zapisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, transportują pacjenta do najbliższego szpitala z właściwym oddziałem. Należy pamiętać, że nie każdy chory jest hospitalizowany, a zatem brak miejsc nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia.

Jest wielu krytyków systemu ratownictwa medycznego

w Polsce. Czy podziela pan stawiane przez nich (np. przez konsultanta wojewódzkiego) zarzuty? A może według pana system działa dobrze?

W ciągu ostatnich lat udało się zrobić bardzo dużo, by system ratownictwa medycznego na Mazowszu działał dobrze. Zwiększyliśmy liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i miejsc wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego, zmniejszyliśmy liczbę rejonów operacyjnych z 48 do 6, co spowodowało zdecydowaną poprawę kierowania zespołami w centrach dyspozytorskich. To z kolei znacznie skróciło czas dojazdu do pacjentów. Wprowadziliśmy unikatowe rozwiązania w skali kraju: System Informacji o Szpitalach, funkcję lekarzy koordynatorów centrów dyspozytorskich, wspomagających dyspozytorów medycznych i ratowników medycznych itd.

Podzielam stanowisko dr. Grzegorza Michalaka dotyczące braku lekarzy medycyny ratunkowej. Istotnie obserwujemy małe zainteresowanie podjęciem tej trudnej specjalizacji, mimo dość dużej liczby miejsc akredytowanych – szkoleniowych. Problem



Fot. archiwum

Stanisław Karczewski, wicemarszałek Senatu RP

Jak co roku, podczas Forum Ekonomicznego w Krynicy Zdroju dyskutowano o ważnych dla Polski sprawach i problemach. Jednym z głównych tematów VI Forum Ochrony Zdrowia było finansowanie służby zdrowia. Podczas panelu zatytułowanego „Systemowe aspekty finansowania ochrony zdrowia w Polsce” mówili

m.in. o tym, że wysokość składki zdrowotnej wprowadzona pod koniec lat 90., kiedy reformowano system ochrony zdrowia, była za niska. Był i jest to główny powód niedofinansowania opieki zdrowotnej w Polsce. Teza, którą postawiłem i próbowałem udowodnić, brzmi: zmiana systemu z ubezpieczeniowego na budżetowy w ochronie zdrowia jest konieczna. Przy obecnie obowiązujących rozwiązaniach podniesienie składki zdrowotnej pociągnie za sobą wzrost kosztów pracy i wpłynie niekorzystnie na rozwój gospodarczy. Dlatego moje środowisko polityczne od dawna postuluje finansowanie systemu ochrony zdrowia wprost z budżetu. Do tego pomysłu sceptycznie odniosła się uczestnicząca w panelu wiceminister zdrowia Beata Małcka-Libera, mówiąc, że obawia się złożonej przez PiS propozycji. Jeszcze dalej poszedł minister zdrowia prof. Marian Zembala, który w jednym z wywiadów stwierdził, że Polski nie stać na takie rozwiązania i skrytykował je słowami: „System budżetowy w moim przekonaniu jest systemem dobrym dla takich krajów jak Kuwejt”.

Zaledwie kilka dni później, w sobotę, 12 września, podczas konwencji programowej PO premier Ewa Kopacz zaproponowała likwidację składki zdrowotnej i finansowanie NFZ z budżetu. W bardzo krótkim czasie nastąpiła więc diametralna zmiana zdania. Tego samego dnia wieczorem otrzymałem telefon ze stacji telewizyjnej z informacją, że minister zdrowia prof. Marian Zembala odłożył w czasie udziału w debacie, do której mieliśmy zasiać 17 września. Oficjalnym powodem przesunięcia terminu były negocjacje z pie-

łęgniarkami. W zaistniałych okolicznościach trudno jednak uwierzyć w to usprawiedliwienie. Zapewne miałby problem z wytłumaczeniem składanych przez Ewę Kopacz obietnic i tego, że on sam ma zupełnie inną wizję funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce niż szefowa rządu. Widać brak spójności programowej, dialogu w rządzącej partii, systemowego podejścia do problemów służby zdrowia, a tym samym niewiarygodność polityków Platformy. Ów brak wiarygodności dotyczy też pani premier, która jest związana z ziemią radomską. Kiedy mówiła podczas konwencji, że zawsze dotrzymuje słowa, przypominała mi się szybka kolej z Radomia do Warszawy, wielokrotnie obiecywana mieszkańcom przez polityków PO, Centrum Onkologii i Centrum Rehabilitacji w Radomiu, które jako sztandarowe hasła-obietnice widniały na ulotce wyborczej pani premier w poprzedniej kampanii wyborczej w 2011 r. Na tej samej ulotce czytamy zresztą: „*Leki muszą być tańsze, na pewno o to zadbam*”. Te obietnice nie zostały spełnione.

Ewie Kopacz nie udało się, jak widać, dotrzymać słowa w żadnej z tych spraw, chociaż jako minister zdrowia, później marszałek Sejmu i premier, miała potężne możliwości i narzędzia. Dlaczego więc tym razem miałyby być inaczej?

Obecna koalicja PO i PSL zmarnowała swoją szansę, która trwała aż osiem lat. Przez ten czas można i trzeba było wprowadzać zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Na szczęście czas obietnic już się kończy. Miejmy nadzieję, że w przyszłości wszystkie te trudne sprawy będą rozwiązywane przez ludzi o większych kompetencjach i większej wiarygodności.

Wiele na to wskazuje. Wiatr pozytywnych zmian, który odczuwaliśmy już na początku kampanii prezydenckiej, nie ustaje. Tegorocznym laureatem nagrody „Człowiek Roku 2014 Forum Ekonomicznego” został premier Jarosław Kaczyński. Odbierając wyróżnienie, mówił, że jest ono zaskoczeniem, ale i nadzieją, symptomem bardzo ważnej zmiany. ■

Cd.
ze
str. 11

dotyczy głównie Warszawy, gdzie niektóre szpitalne oddziały ratunkowe są szczególnie obciążone pracą.

Czy przeniesienie lekarzy z innych województw dałoby pożądaną efekt? Nie sądzę. Lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej „uciekają” bowiem z Warszawy do innych miast, mimo dość dobrych warunków finansowych. Spośród dziesięciu lekarzy, z którymi na co dzień współpracuję, żaden nie dyżuruje w Warszawie, choć tu mieszkają.

Trudno mi się dzisiaj odnieść do zmiany finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych od 1 lipca 2015 r. Jestem zdania, że jest korzystna dla wszystkich szpitali mających w swojej strukturze szpitalny oddział ratunkowy. Będzie to można w pełni ocenić po co najmniej sześciu miesiącach, czyli w grudniu.

Oddziały ratunkowe będące w strukturach szpitali Bródnowskiego i Biełańskiego oraz Szpitala MSW są szczególnie obciążone pracą i czasami przestają być wydolne. Ale nie jest to efekt przywożenia przez zespoły ratownictwa medycznego pacjentów, w przypadku których stwierdzono „nagłe zagrożenie zdrowotne”. Problem dotyczy pacjentów zgłaszających się spontanicznie, w sytuacjach wymagających nie pilnej interwencji na SOR-ze, lecz wizyty u lekarza POZ.

Podczas gdy ambulatoryjna nocna i świąteczna opieka zdrowotna w całym województwie mazowieckim funkcjonuje dość dobrze, wyjazdowa – jedynie dostatecznie. Zgłoszenia są permanentnie przerzucane na zespoły ratownictwa medycznego, w efekcie ratownik medyczny transportuje pacjenta z temperaturą do SOR-u.

Do jednego ze szpitalnych oddziałów ratunkowych w Warszawie pacjent w ciągu miesiąca zgłosił się 11 razy. Ani razu powodem zgłoszenia nie było nagłe zagrożenie zdrowotne...

Reasumując: zespoły ratownictwa medycznego na obszarze województwa mazowieckiego w każdym miesiącu przyjmują około 38 tys. zgłoszeń, z tego aż 40 proc. nie wymaga tej formy pomocy. Poprawa dostępności POZ oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej znacznie usprawni funkcjonowanie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Wtedy cały system w województwie mazowieckim będzie działał bardzo dobrze. ■

Pytała
Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

FORMULARZ DANYCH

– program Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dotyczący ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty	
Specjalizacja	
Nr ewidencyjny PESEL	
Nr ewidencyjny REGON	
Nr ewidencyjny PWZ	
Adres Indywidualnej Praktyki Lekarskiej	
Adres do korespondencji/zamieszkania (proszę wypełnić, jeżeli inny niż w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą)	
Telefon kontaktowy	E-mail kontaktowy
Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (dzień/miesiąc/rok)	
Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – proszę o podanie, jeżeli takie ubezpieczenie było wykupione (dzień/miesiąc/rok)	
Oświadczenie	
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez OIL w Warszawie danych osobowych udostępnionych przeze mnie w związku z organizacją umów ubezpieczenia. Wskazane dane mogą być wykorzystywane do celów związanych z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia i w tym zakresie przekazywane innym podmiotom, w szczególności zakładom ubezpieczeń, przy zachowaniu wszystkich środków ostrożności wynikających z ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 3 i 4 ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne, a ponadto każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.	
Data i podpis	
Informacje:	
1. Wypełniony formularz prosimy przesać: e-mailem (skan): ubezpieczenia@oilwaw.org.pl lub faksem: (+48) 22-542-83-04	
2. W przypadku pytań i w celu uzyskania informacji prosimy o kontakt telefoniczny: (+48) 22-295-80-58, (+48) 22-295-80-59, (+48) 22-295-80-61.	

OC w składce na samorząd lekarski

Dla jednych – obowiązkowe, dla innych – dobrowolne, w zależności od formy wykonywania zawodu. Ubezpieczenie OC lekarzy i lekarzy dentyistów w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie od 1 czerwca 2015 r. jest dostępne w ramach programu grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i finansowane ze składki członkowskiej. Warszawski samorząd lekarski jako pierwszy zaproponował swoim członkom takie rozwiązanie.

W ramach programu przysługuje ochrona z tytułu podstawowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, w dwóch wariantach:

– ubezpieczenie obowiązkowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów zobowiązanych do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, czyli przede wszystkim prowadzących praktyki lekarskie (jego warunki reguluje rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą; DzU nr 293, poz. 1729),

– ubezpieczenie dobrowolne dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy nie są zobowiązani do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, czyli przede wszystkim zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub innych umów w podmiocie wykonującym działalność leczniczą (jego zasady regulują ogólne warunki ubezpieczenia podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki oraz inny zawód medyczny dla klienta indywidualnego, małego i średniego przedsiębiorcy, ustalone uchwałą nr UZ/420/2011 Zarządu PZU SA z 27 grudnia 2011 r.).

W obu wariantach sumy gwarancyjne są takie same: 75 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy lekarz i lekarz dentyista, który jest członkiem OIL w Warszawie, regularnie opłaca składkę członkowską w wysokości 60 zł miesięcznie i nie ma w tym zakresie zaległości.

Formularz danych, który należy pobrać, wypełnić i przekazać do Izby, oraz szczegóły programu zamieszczono na stronie: www.oilwaw.org.pl

OIL w Warszawie jest organizatorem programu, ubezpieczającym i płatnikiem składek.

Partnerem programu jest PZU SA, a pełnomocnikiem Izby – April Polska Medbroker Sp. z o.o.

NOWOŚĆ:

Od 1 września 2015 r. lekarze i lekarze dentyści, członkowie OIL w Warszawie, którzy są zwolnieni z obowiązku opłacania składki członkowskiej oraz płacący składkę w wysokości 10 zł miesięcznie, mogą przystąpić do programu grupowego ubezpieczenia OC, opłacając polisę indywidualnie.

Informacje dotyczące ubezpieczenia pod tel.: 22-295-80-58, 22-295-80-59, 22-295-80-61 lub po przesłaniu pytania pod adresem e-mailowym: centrala.medbroker@pl.april.com

Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie



Aby pielęgni

(Fragmenty raportu „Menedżera Zdrowia” i Polskiej Federacji Szpitali)*

Pielęgniarki to 300-tysięczna armia profesjonalistek medycznych. I ta armia na naszych oczach wypowiada posłuszeństwo zarówno dotychczasowej kwaterze głównej, jak i dowódcom pułków i kompanii. Powód? Pieniądze. [...]

Pielęgniarka pielęgniarcie nierówna. Są wśród nich osoby z doktoratami, są z wykształceniem wyższym, są i takie, które mają jedynie wykształcenie średnie. Te kategorie dzielą się na liczne podkategorie, ponieważ w trakcie kariery niektóre pielęgniarki nabywały dodatkowych umiejętności, przechodziły kursy, a inne pozostawały przy niezbędnym minimum. Są więc instrumentariuszki, są pielęgniarki, które chodzą na wizyty domowe i często gęsto – z potrzeby serca – pomagają swoim pacjentom nie tylko medycznie, lecz także... robiąc zakupy.

Czy po równo?

Wszystkie potrzebne, wszystkie zasługują na szacunek. I godziwe pieniądze. Tylko jakie i czy rzeczywiście każda na takie same?

Polska Federacja Szpitali zwraca uwagę na to, że przy ustalaniu wynagrodzeń czy to lekarzy, czy pielęgniarek, czy przedstawicieli innych zawodów medycznych zawsze bierze się pod uwagę rozmaite czynniki, a nie tylko fakt zajmowania określonego stanowiska. Są to: region (inne ceny obowiązują w Warszawie, inne np. w Gorlicach), zapotrzebowanie na usługi, rynek pracy, stan finansowy placówki, wykształcenie, umiejętności, uprawnienia, zaangażowanie w pracę. Trudno zgodzić się z postulatem, by każda pielęgniarka dostawała tyle samo pieniędzy.

Wykorzystywanie

Rzeczywiście w naszych szpitalach organizacja pracy jest fatalna, co najboleśniej odczuwają właśnie pielęgniarki. Ich umiejętności są marnotrawione z powodu braku opiekunów medycznych, salowych, sanitariuszy. Pielęgniarki wykorzystuje się do różnych prac niezwiązanych z ich zawodem. Nie trzeba przecież mieć wykształcenia pielęgniarskiego, by umyć pacjenta czy podać mu basen, a to właśnie często chleb powszedni polskich pielęgniarek. Fatalne jest też wyposażenie. Na przykład w razie konieczności przeniesienia pacjenta w zachodnich szpitalach wykorzystuje się automatyczne urządzenia, a u nas – siłę mięśni. Często jest to zadanie ponad siły kobiety.

Rozwiązanie i pomoc

Jak to rozwiązać? Potrzebne są nie tylko pieniądze, lecz także rozwiązania organizacyjne i techniczne. Nie trzeba wymyślać prochu, wystarczy wykorzystać gotowe metody z krajów, które podobne problemy rozwiązały dawno temu. Pielęgniarkom potrzebna jest pomoc opiekunów medycznych i innych przedstawicieli niższego personelu medycznego, aby mogły się skoncentrować na wymagających wyższych kwalifikacji, a zatem lepiej płatnych pracach. Czy wtedy

Fotografie: A. Chęcińska

arka była pielęgniarką

okaże się, że mamy nie za mało, ale za dużo pielęgniarek? Wcale nie. Mamy za mało lekarzy. W wielu czynnościach zarezerwowanych wyłącznie dla nich pielęgniarki mogłyby ich wyręczyć. A to z pewnością przełoży się na podwyżki. Co do wysokości zarobków: to problem, który nie zostanie do końca rozwiązany. Polskie pielęgniarki zazdrozczą brytyjskim koleżankom, zarabiającym kilka razy więcej. A w Wielkiej Brytanii pielęgniarki skarżą się na niskie zarobki i też emigrują. Na przykład do Kanady, gdzie płace są jeszcze wyższe. [...]

Sytuacja personelu pielęgniarskiego w ujęciu międzynarodowym

Wynagrodzenie personelu pielęgniarskiego w odniesieniu do budżetów szpitali

Zarobki polskich pielęgniarek w porównaniu z wynagrodzeniem ich koleżanek z Europy Zachodniej mogą się wydawać dość niskie. Należy jednak zwrócić uwagę na dwie zasadnicze kwestie: po pierwsze, porównywanie zarobków z pominięciem porównania kosztów życia jest zawsze obarczone błędem. Po drugie, należy wziąć również pod uwagę proporcję wynagrodzeń do budżetów, jakimi dysponują nasze szpitale – są one od 5 do 8 razy mniejsze niż w Europie Zachodniej. Z tego zaś wynika, że polskie szpitale mogą zaoferować pielęgniarkom od 5 do 8 razy niższą pensję. Aby zapewnić wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i innych pracowników szpitali do średniego poziomu europejskiego, należy zwiększyć budżety tych placówek (proporcjonalnie do dochodu narodowego oraz wydatków na ochronę zdrowia). Z takich założeń wynika, że szpital obsługujący około 100 tys. osób powinien dysponować budżetem około 120 mln zł (obecnie jest to od 40 do 60 mln zł).

Wynagrodzenie pielęgniarek w ujęciu międzynarodowym

Stawki godzinowe polskich pielęgniarek w porównaniu ze stawkami pielęgniarek na Zachodzie wynoszą zazwyczaj tyle złotych, ile euro (Niemcy, Francja, Hiszpania), funtów (Wielka Brytania) albo dolarów (USA). Zarobki godzinowe brutto są najłatwiejsze do porównania. Z danych uzyskanych przez Polską Federację Szpitali i z powszechnie dostępnych źródeł wynika, że średnie zarobki godzinowe polskich pielęgniarek wynoszą od 20 do 30 zł, podczas gdy np. w USA średnia stawka to od 20 do 30 dolarów, w Wielkiej Brytanii od 10 do 20 funtów, a w Niemczech od 15 do 20 euro. Co ciekawe, proporcja zarobków godzinowych polskich pielęgniarek i lekarzy (porównanie ze stawkami dyżurowymi) jest

bardzo podobna jak w krajach zachodnich i wynosi mniej więcej 1:4 (stawka pielęgniarki 20–30 zł, stawka lekarza 70–90 zł). Interesująca jest też proporcja zarobków pielęgniarek i minimalnej płacy godzinowej, która w Polsce oraz w opisywanych wyżej krajach wynosi 1:2,3. Wprawdzie w Polsce nie mamy ustawowej minimalnej stawki godzinowej, ale z obliczeń wynika, że wynosi ona około 9 zł, a np. w USA około 8 dolarów, w Wielkiej Brytanii około 7 funtów. Proporcje stawki godzinowej polskich pielęgniarek i lekarzy oraz tzw. minimalnej stawki godzinowej są więc zachowane, jeśli porównamy je z obowiązującymi w krajach wysoko rozwiniętych. Jeśli natomiast weźmiemy pod uwagę różnice dochodów narodowych z uwzględnieniem parytetu nabywczego waluty, to w wypadku Polski (24 400 dol.) i USA (54 800 dol.) proporcja wynosi 1:2,2, natomiast Polski i Wielkiej Brytanii (37 700 dol.) – 1:1,5. Biorąc zatem pod uwagę siłę nabywczą waluty i ekstrapolując z danych amerykańskich – płaca polskiej pielęgniarki za godzinę pracy powinna wynosić od 8 do 12 dolarów, a więc około 30 zł, podobna stawka wynika także z porównań dotyczących Wielkiej Brytanii.

Proponowane rozwiązania organizacyjne sprzyjające motywowaniu personelu pielęgniarskiego w modelu zachodnim

Zawód pielęgniarki, jako samodzielny zawód medyczny, powinien być dowartościowany przez zwiększenie uprawnień pielęgniarek do wykonywania czynności bez nadzoru lekarza. Pielęgniarki powinny także móc administrować wszystkimi lekami (zaoferane i niepotrzebne jest trzymanie niektórych leków w dyżurkach lekarskich). Pielęgniarki powinny odgrywać większą rolę w POZ i AOS. Tam mogą prowadzić wstępną ocenę pacjenta, a nawet wypisywać recepty na ustalone leki, których stosowanie jest kontynuowane, oraz badania według schematów postępowania. Podobnie w medycynie szkolnej oraz medycynie pracy – powinny mieć więcej uprawnień. Pielęgniarki powinny mieć więcej możliwości współzarządzania szpitalami czy przychodniami. Model, w którym to pielęgniarka jest menedżerem operacyjnym oddziału, został sprawdzony w większości krajów zachodnich. Model ordynatorski, który mamy w większości szpitali w Polsce, nie jest motywujący dla pielęgniarek. Pielęgniarki powinny mieć pomocników, aby czuły, że wykonują wyłącznie czynności odpowiednie do ich poziomu wykształcenia. Musimy im dać opiekunów medycznych, asystentów medycznych, techników, sanitariuszy oraz pomoc sekretarską. [...]

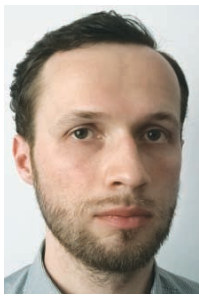
oprac. egw

* Artykuł w pełnej wersji ukazał się w „Menedżerze Zdrowia”, nr 6–7/2015.

Prosimy o przekazywanie do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Państwa adresów e-mailowych i na bieżąco ich aktualizowanie

mojadresmailowy@oilwaw.org.pl

Adresy te będą wykorzystane do przekazywania przez OIL, na bieżąco, ważnych dla Państwa informacji!



Lekarz jako gwarant życia i zdrowia człowieka w rozumieniu art. 160 kodeksu karnego

Filip Niemczyk, adwokat

Za naruszenie zasad wykonywania zawodu lekarz może ponieść odpowiedzialność dyscyplinarną, cywilną lub karną. Wszczęcie postępowania w celu określenia odpowiedzialności karnej wymaga przeprowadzenia śledztwa przez prokuratora i skierowania do sądu aktu oskarżenia. Wydawać by się mogło, że tryb odpowiedzialności karnej w przypadku lekarza powinien ograniczać się do odosobnionych sytuacji. Praktyka wymiaru sprawiedliwości jest jednak taka, że lekarze coraz częściej zasiadają na ławie oskarżonych.

Podstawą odpowiedzialności lekarza w postępowaniu karnym jest zazwyczaj art. 160 kodeksu karnego. Przepis ten ma dość ogólną treść, bo zgodnie z nim karze podlega każda osoba, która swoim działaniem lub zaniechaniem naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przepis ten, kto usiłuje dokonać podpalenia budynku mieszkalnego, nie zabezpiecza instalacji elektrycznej, celowo doprowadza do kolizji drogowej. Kiedy o popełnienie tego rodzaju przestępstwa oskarżony może być lekarz?

W orzecznictwie sądów karnych w kontekście art. 160 k.k. przyjęło się określać lekarza mianem „gwaranta życia i zdrowia człowieka”. Sąd Najwyższy w wielu orzeczeniach szeroko określił obszar gwarancji, jaką według prawa karnego lekarz ma dawać pacjentowi. Lekarz jest zobowiązany do odwracania niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta, a nie tylko do niezwiększenia zagrożenia. Ma obowiązek wdrożyć wszystkie działania, które w danej sytuacji dają szansę na wykluczenie, ograniczenie lub neutralizację niebezpieczeństwa. Wina lekarza zgodnie z art. 160 k.k. nie polega tylko na popełnieniu błędu diagnostycznego czy medycznego, lecz także na innych podejmowanych albo zaniechanych przez niego czynnościach, jeśli powodują, że niebezpieczeństwo dla pacjenta nie zmniejsza się.

Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego przynosi również przykłady konkretnych sytuacji, w których przeciwko lekarzowi skierowano akt oskarżenia. Procesy dotyczyły m.in. następujących przypadków:

1. pełniąc dyżur lekarski i sprawując opiekę nad pacjentem, lekarz odstąpił, mimo wystąpienia objawów otrzewnowych, od skierowania na zabieg operacyjny,
2. wbrew wskazaniom wiedzy i sztuki lekarskiej lekarz zaniechał przeprowadzenia tomografii komputerowej głowy dziecka, w związku z czym postawił błędną diagnozę,

a w konsekwencji doszło do śmierci pacjenta wskutek zbyt późno podjętych prawidłowych działań lekarskich,

3. lekarz nie zapoznał się z wynikiem zleconego przez siebie badania CRP krwi pacjenta i nie przekazał informacji o zastosowanej tlenoterapii przejmującemu pacjenta dyżurnemu lekarzowi, czym spowodował utrudnienie i opóźnienie postawienia prawidłowego rozpoznania i w konsekwencji opóźnił włączenie odpowiedniego leczenia.

Charakterystyczną cechą odpowiedzialności z art. 160 k.k., decydującą o szerokich możliwościach jej zastosowania, jest to, że nie zależy ona od tego, czy faktycznie nastąpi jakikolwiek uszczerbek w zdrowiu pacjenta. Jako gwarant lekarz ma zapobiegać stwarzaniu sytuacji ryzykownych dla pacjenta. Drugi z przytoczonych przykładów wiązał się ze zgonem pacjenta, jednak nie zadecydowało to o możliwości postawienia zarzutu. W pozostałych dwóch przypadkach lekarz jedynie opóźnił wdrożenie właściwego leczenia.

Przypisując lekarzowi rolę gwaranta życia i zdrowia pacjenta, kodeks karny ustanawia bardzo rygorystyczny standard wykonywania zawodu. Można się zastanawiać, czy nie bardziej wymagający, aniżeli wynikający z reguły *primum non nocere*. Oto bowiem lekarz ma nie tylko nie zaszkodzić pacjentowi, ale zapewnić mu nienarażenie na jakiegokolwiek dodatkowe ryzyko, niezależnie od tego, czy wpłynęło to w jakikolwiek sposób na zdrowie i życie chorego. Można przyjąć, że tak wysokie wymagania powinny mobilizować do zachowania najwyższej staranności przez lekarzy. Z drugiej jednak strony tak wielka odpowiedzialność skłaniać może lekarzy do koncentrowania się nie na najsukuteczniejszych sposobach leczenia pacjentów, ale na postępowaniu zgodnie z procedurami szpitalnymi i standardami leczenia.

Żeby prokurator wszczął śledztwo, musi otrzymać zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa. W praktyce zazwyczaj pochodzi ono od pacjenta lub jego rodziny. Często od ich determinacji zależy również, czy prokurator zdecyduje się na postawienie lekarzowi zarzutu. Możliwości ku temu ma jednak znaczne, bo przestępstwo z art. 160 k.k. lekarz może popełnić, nie tylko świadomie decydując się na działanie ryzykowne, ale także wówczas, kiedy jego decyzje wynikają z troski o pacjenta. W konkretnym przypadku o tym, czy lekarz spełnił obowiązki gwaranta, wypowiadają się biegli. Nie zawsze łatwo zrekonstruować realia, w jakich lekarz podjął daną decyzję, czy ocenić stopień bezpośredniości ryzyka. Procesy sądowe w sprawach o czyn z art. 160 k.k. są w związku z tym skomplikowane i mogą trwać latami.

Realia wykonywania zawodu lekarza w Polsce są trudne, a środki, którymi dysponują placówki medyczne – ograniczone. Funkcjonowanie art. 160 k.k. w przedstawionym tu kształcie sprawia, że ciężar odpowiedzialności za ryzyko związane z chorobą i pobytem pacjenta w szpitalu spada przede wszystkim na personel medyczny, z czym trudno w pełni się zgodzić. ■



Fot. archiwum

Półpasiec i neuralgia popółpaścowa

Małgorzata Malec-Milewska

Półpasiec

Półpasiec to choroba zakaźna wywołana przez wirusa ospy wietrznej VZV. U osoby, która przeszła ospę wietrzną, po zagojeniu się zmian skórnych wirus przedostaje się do ośrodkowego układu nerwowego, gdzie pozostaje nieaktywny przez wiele lat. Mechanizm reaktywacji wirusa nie został do końca poznany. Zwiększone ryzyko reaktywacji występuje u chorych z osłabioną odpornością. Częstość zachorowań wzrasta z wiekiem, szczególnie wyraźnie po 60. roku życia.

Dolegliwości bólowe zwykle o kilka dni poprzedzają pojawienie się zmian skórnych. Ból ma zwykle duże natężenie. Pęcherzykowe wykwity na skórze goją się przez 3–5 tygodni. W tym okresie może się rozwinąć wtórne zakażenie bakteryjne, które w przypadku lokalizacji w obrębie I gałęzi nerwu V prowadzi do zapalenia rogówki i tęczówki. Ból towarzyszy wykwitom przez cały okres ich utrzymywania się na skórze i zwykle ustępuje po zagojeniu się zmian.

Ból półpaścowy dzielimy na trzy fazy:

1. ból ostry – pierwsze 30 dni,
2. podostra neuralgia popółpaścowa – 1–3 miesięcy,
3. PHN (*post herpetic neuralgia*) – ból utrzymujący się powyżej 3 miesięcy.

W ostrym okresie choroby zaleca się leczenie przeciwwirusowe, zapobieganie wtórnym zakażeniom bakteryjnym oraz uśmierzanie bólu:

- leczenie przeciwwirusowe (acyklowir 5 × 800 mg przez 7 dni),
- zapobieganie wtórnym zakażeniom bakteryjnym,
- leczenie miejscowe (maści, puder),
- skuteczne uśmierzanie bólu (NLPZ + paracetamol + tramadol/silne opioidy),

- blokady układu współczulnego,
- dożylny wlewy lidokainy (3 mg/kg masy ciała w ciągu 30 min),
- leki przeciwdepresyjne (amitryptylina 10–75 mg/24 godz.),
- leki przeciwdrgawkowe (gabapentyna/pregabalina).

Neuralgia popółpaścowa

PHN to jednostronny ból napadowy lub stały, zlokalizowany w obrębie dermatomów objętych zakażeniem wirusowym, utrzymujący się (lub nawracający) po przechorowaniu półpaśca i po zagojeniu się zmian skórnych, w okresie powyżej 3 miesięcy. Ma charakter piekąco-palący. Przebiega z zaostrzeniami spowodowanymi zimną deszczową pogodą i stresem. Zwykle nasila się w godzinach wieczornych i w nocy. Przyczyna wystąpienia PHN nie została do końca poznana. Neuralgia występuje średnio u 9–15 proc. chorych, którzy przebyli półpasiec.

Czynnikami ryzyka wystąpienia PHN są: wiek, płeć żeńska, silny ból przed pojawieniem się wysypki, lokalizacja w obrębie I gałęzi nerwu trójdzielnego, wszystkie choroby osłabiające odporność oraz ciężki przebieg ostrej fazy choroby. Ból może ustąpić samoistnie w ciągu kilku miesięcy, jednak u części chorych utrzymuje się latami.

W badaniach Oxmana u osób po 60. roku życia zaobserwowano statystycznie zmniejszenie się zachorowalności na półpasiec i ryzyka rozwoju PHN po szczepieniu przeciwwirusową szczepionką Zostavax. Przeprowadzono szereg badań dotyczących leczenia aktywnej fazy półpaśca lekami przeciwwirusowymi. Lek przeciwwirusowy zastosowany do 48 godzin od pojawienia się zmian skórnych ma za zadanie ograniczyć namnażanie się wirusa. Wyniki analiz są jednak niejednoznaczne i potwierdzenie ich roli w zmniejszeniu ryzyka rozwoju PHN wymaga dalszych badań. W profilaktyce PHN zalecane jest uśmierzanie bólu w ostrej fazie choroby, ►

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, II Oddział w Warszawie, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25, pilnie **zatrudni** na stanowisku lekarza – członka komisji lekarskiej ZUS lekarza posiadającego II stopień specjalizacji, w szczególności w zakresie neurologii, psychiatrii, chirurgii, ortopedii. Tel.: 22-590-20-09.

Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie **zatrudni** lekarza na Oddziale Zabiegowym Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej.

Wskazane jest posiadanie przez zainteresowanego specjalizacji w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej.

Klinika jest jednym z wiodących ośrodków leczenia chorych na nowotwory układu klatki piersiowej. Prowadzi wiele klinicznych badań krajowych i międzynarodowych. Stosuje wszystkie dostępne metody leczenia w ramach postępowania skojarzonego (również leczenie chirurgiczne).

Oferty (list intencyjny i CV) należy składać na adres:

Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, 02-781 Warszawa, ul. Roentgena 5
Szczegółowe informacje można uzyskać pod nr. tel.: 22-546-21-69, w godz. 7–14.

► blokady układu współczulnego, dożylny wlewy lidokainy oraz zastosowanie leków z grupy przeciwdepresyjnych i przeciwdrgawkowych.

Skuteczność BUW jest tym większa, im wcześniej rozpocznie się ich stosowanie. Pogląd na wczesne włączenie BUW można poprzeć przekonującym wytłumaczeniem patofizjologii zmian, do jakich dochodzi w półpaści. VZV wywołuje w nerwach zmiany zapalne. Odczyn zapalny powoduje stymulację UW, co przyczynia się do zmniejszenia przepływu krwi do nerwu (nawet o 93 proc.). Prowadzi to do degeneracji głównie włókien A δ , ponieważ cienkie włókna C są znacznie bardziej odporne na zmiany metaboliczne i niedokrwienie. Na poziomie rogu tylnego impulsacja z włókien A δ zamyka drogę impulsom przewodzoną przez cienkie włókna typu C. Badania mikroskopowe nerwów zajętych półpaścią wykazały obecność licznych włókien C, podczas gdy grube włókna A δ były w większości zniszczone i zastąpione tkanką łączną. Jednym z ważniejszych obwodowych mechanizmów obecnych we wszystkich postaciach przewlekłych zespołów bólowych jest nadwrażliwość uszkodzonych aksonów lub ich zakończeń na noradrenalinę. Zablokowanie tego mechanizmu przez BUW jest efektywnym sposobem leczenia.

Leki przeciwdrgawkowe

Gabapentyna – NNT 3,2 (*number needed to treat*). Pełną, skuteczną dawkę, która jest zróżnicowana i wynosi od 600 do 3600 mg/24 godz., osiągamy po 30 dniach.

Pregabalina – NNT 3,2. Lek ten stosuje się w dawce 150 do 600 mg/24 godz. Efekt pełnego działania obserwuje się już po 7 dniach.

Oba preparaty mają podobne działania niepożądane, powodują: zawroty głowy, zaburzenia równowagi, nadmierną senność, obrzęki obwodowe.

Leki przeciwdepresyjne

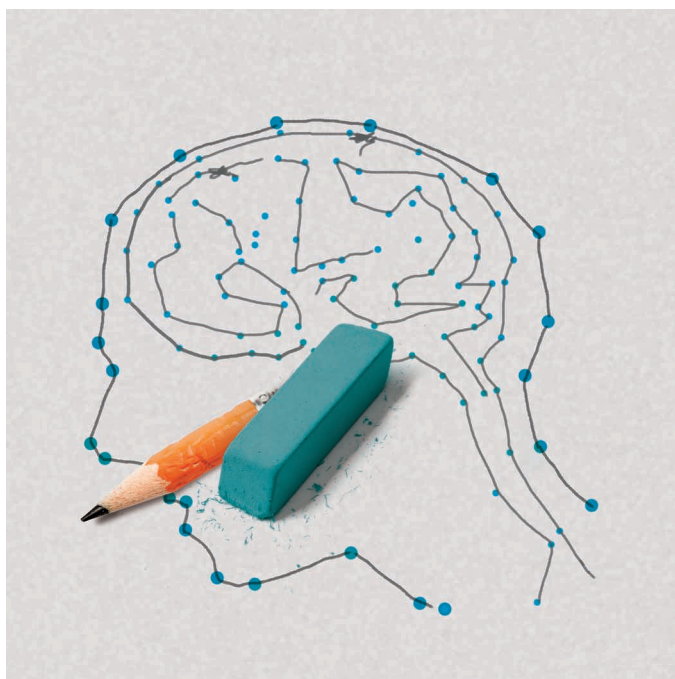
NNT dla całej grupy wynosi 2,4. Najczęściej stosowanym preparatem jest amitryptylina (TCA). Podaje się ją w dawce 25–75 mg/24 godz. TCA to grupa leków o licznych działaniach niepożądanych. Należy zachować ostrożność w przypadku stosowania ich u chorych w podeszłym wieku, obarczonych poważnymi chorobami układu krążenia, przerostem prostaty lub jaskrą. W leczeniu PHN skuteczne są selektywne inhibitory zwrotnego wchłaniania serotoniny i noradrenaliny: duloksetyna (NNT 2,3) i wenlafaksyna (NNT 5,2).

Opioidy

NNT 2,7; tramadol lub silne opioidy: oksykodon, morfina, buprenorfina, metadon, fentanyl.

Obecnie standardem w leczeniu PHN jest łączne stosowanie leku przeciwdepresyjnego, gabapentynoidu, leku działającego powierzchniowo (5-proc. lidokaina i/lub 8-proc. kapsaicyna) i opioidu. Z wymienionych grup do leków pierwszego wyboru zaliczamy: gabapentynę, pregabalinę, TCA i plastry z 5-proc. lidokainą, a do leków drugiego wyboru: kapsaicynę i opioidy. Terapię warto rozpocząć od zastosowania plastrów z lidokainą i w razie potrzeby stopniowo rozszerzać ją o kolejne grupy leków. ■

Autorka jest kierownikiem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.



PUŁAPKI W NEUROLOGII

ZAKOPANE, 20–21 listopada 2015 r.

KIEROWNIK NAUKOWY

prof. dr hab. n. med. Maria BARCIKOWSKA
kierownik Zespołu Kliniczno-Badawczego
Chorób Zwyczajnych CUN
Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN
oraz Kliniki Neurologii
Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie

PARTNER MERYTORYCZNY I NADZÓR NAUKOWY

Klinika Neurologii
Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie

ORGANIZATOR

Wydawnictwo Termedia

UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

BIURO ORGANIZACYJNE:

Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań



tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl



Śródkostne implanty dentystyczne

CZ. 1

Prof. dr. hab. n. med. Andrzej Wojtowicz

kierownik Zakładu Chirurgii Stomatologicznej WUM, wojewódzki konsultant w dziedzinie chirurgii stomatologicznej

Lek. dent. Igor Kresa

Zakład Chirurgii Stomatologicznej WUM

W latach 50. ubiegłego stulecia szwedzki naukowiec zaobserwował, że ludzkie ciało toleruje tytan, a nawet żywe tkanki organizmu integrują się z nim. To skomplikowane zjawisko, złożone z wielu procesów biologicznych, Per-Ingvar Brånemark nazwał osteointegracją. Odkrycie przyniosło przełom w medycynie regeneracyjnej, głównie w chirurgii stomatologicznej, implantologii z protetyką oraz w ortopedii i neurochirurgii. Od tamtej pory tytan jest rutynowo używany w wielu dziedzinach medycyny, największe jednak zastosowanie ma w implantologii stomatologicznej. Termin ten został wprowadzony po odkryciu dokonanym przez młodego doktora Brånemarka, który stworzył tym samym nową dziedzinę w nauce i praktyce. Coraz lepiej poznajemy te zjawiska biologiczne, potrafimy je modyfikować, przyspieszamy osteointegrację, wiemy też, jak można wykorzystać tytan, jego stopy z innymi metalami, a ostatnio cyrkon i wanad, do odtworzenia utraconego przedwcześnie uzębienia.

W 2015 r. obchodzimy 50. rocznicę klinicznego zastosowania implantów. Naukowe obserwacje zainicjowały badania i produkcję implantów dentystycznych na światową skalę. Pacjent Sven Johansson otrzymał implanty dentystyczne systemu Nobel Biocare 49 lat temu. Cieszy się z nich nadal. Żaden inny człowiek nie posiada implantów dentystycznych tak długo.

Dzisiaj firma Nobel Biocare, z którą był związany prof. Brånemark (zmarł w grudniu ub.r.), posługuje się znacznie zaawansowaną technologią. Zmieniły się nie tylko procedury, zmieniła się także filozofia. Implanty stały się środkiem do osiągnięcia celu, którym jest odbudowa protetyczna (zębopodobna). Również ich trwałość jest celem lekarzy stosujących implanty dentystyczne (implantolog to nazwa potoczna – określa się nią lekarzy i lekarzy dentystów stosujących metodę Brånemarka; implantologia nie jest specjalizacją, należy do wąskich, interdyscyplinarnych specjalności w medycynie).

Po zachwycie nową technologią przyszedł moment zastanowienia. Implanty zwykle nie służą pacjentowi do końca życia, podobnie jak uzębienie naturalne. Własny ząb jest jednak zdecydowanie korzystniejszy od współczesnych implantów, bo z upływem lat organizm zaczyna je rozpoznawać jako ciało obce.

Celem prowadzenia badań w medycynie zawsze powinno być wykorzystanie wiedzy w praktyce. Powstała tzw. stomatologia premium (określenie operacyjne, które oznacza procedury zaawansowane technicznie, znacznie podnoszące istniejące standardy terapeutyczne). Zarówno badania, jak i metody terapeutyczne – implantoprotetyczne wymagają znacznych nakładów finansowych. Obecnie nie są w pełni refundowane przez system publicznej opieki zdrowotnej w żadnym państwie na świecie.

Implantologia

Współczesne implanty dentystyczne (*dental implants* – termin tłumaczony również przez wielu dentystów jako wszczepy dentystyczne) zwykle mają kształt małych śrub w formie cylindra lub stożka, czasem przypominających korzeń zęba (najczęściej o długości 6–13 mm oraz średnicy 3–5 mm, w zależności od miejsca w tkance kostnej, która z wiekiem samoistnie stopniowo się obniża w szczękach). Są niezwykle precyzyjnie produkowane za pomocą obrabarek numerycznych. Mają szorstką powierzchnię (w wyniku wytrawiania kwasem, piaskowania, pokrywania hydroksyapaptytami pod ciśnieniem), co znacznie ułatwia osteointegrację z otaczającą kością szczęk (pierwsze implanty tytanowe miały powierzchnię gładką). Zrośnięcie się kości szczęk z implantem trwa 3–6 miesięcy. Szorstka powierzchnia implantu pozwala na skrócenie tego czasu, nie da się jednak skrócić czasu genetycznie uwarunkowanych procesów prowadzących do wgojenia się implantu (wkręconego w przygotowany otwór w kości, tzw. łoże dla implantu).

Implanty na ogół nie służą do końca życia. Oznacza to, że po pewnym czasie (5–10 latach) 10 proc. implantów ulega dezintegracji w stosunku do otaczającej kości, traci stabilność. Należy taki implant usunąć, a po wygojeniu wszczepić nowy, zwykle krótszy. ■

Fot. archiwum autora



Łącznik protetyczny przykręcony do implantu

Dr n. praw. Janusz Jaroszyński

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
– Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Mgr farm. Marta Roszkowska

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny
w Warszawie

Recepty lekarskie

– pytania i odpowiedzi

CZ. 9

Podstawa prawna

- 1) Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU z 2015 r., poz. 345)
- 2) Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.)
- 3) Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r., nr 45, poz. 271, z późn. zm.)
- 4) Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DzU z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.)
- 5) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z 2014 r., poz. 319)
- 6) 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, z późn. zm.)

Stan prawny na 6.09.2015 r.

Czy recepta *in blanco* może zostać zrealizowana przez farmaceutę? Jakie błędy na receptach wystawionych przez lekarza może poprawić osoba wydająca lek (farmaceuta lub technik farmaceutyczny)?

Zgodnie z §16 ust. 1 rozporządzenia w sprawie recept, jeżeli na receptce nie wpisano danych, wpisano je nieczytelnie, błędnie lub niezgodnie z rozporządzeniem w sprawie recept lekarskich, osoba wydająca lek może ją zrealizować w następujących przypadkach:

- 1) jeżeli na receptce nie wpisano, wpisano nieczytelnie, błędnie lub niezgodnie z rozporządzeniem:
 - a) kod uprawnień dodatkowych pacjenta – osoba wydająca lek określa kod na podstawie dokumentów dotyczących pacjenta, przedstawionych przez osobę okazującą receptę, wpisuje go na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza ten kod w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ,
 - b) postać leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego – osoba wydająca określa ją na podstawie posiadanej wiedzy,
 - c) dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego – osoba wydająca przyjmuje, że jest to najmniejsza dawka dopuszczona do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - d) sposób dawkowania – osoba wydająca wydaje maksymalnie dwa najmniejsze opakowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, określone w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, a w przypadku leków, wyrobów medycznych niepodlegających refundacji – dwa najmniejsze opakowania dopuszczalne do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - e) numer poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ust. 2 pkt. 9 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, albo numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz symbol państwa, w którym znajduje się zagraniczna instytucja właściwa dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – osoba wydająca ustala go na podstawie odpowiednich dokumentów dotyczących pacjenta, przedstawionych przez osobę okazującą receptę, wpisuje na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza ten numer w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ,
 - f) datę realizacji recepty „od dnia” – osoba wydająca przyjmuje, że wpisano znak „X”,
 - g) wiek, w przypadku pacjenta do 18. roku życia, a nie można ustalić wieku na podstawie numeru PESEL – osoba wydająca określa wiek na podstawie innego dokumentu przedstawionego przez osobę okazującą receptę, zamieszcza tę informację na rewersie recepty oraz składa swój podpis,
 - h) odpłatność:
 - w przypadku gdy lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w jednej odpłatności w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, a nie wpisano oznaczenia „X” albo „100 proc.” – osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny za odpłatnością dla tego leku,

- środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, określoną w tym wykazie,
- w przypadku gdy lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w więcej niż jednej odpłatności w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, a nie wpisano oznaczenia „X” albo „100 proc.” – osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny za najwyższą odpłatnością dla tego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, określoną w tym wykazie,
 - w przypadku gdy recepta zawiera kod uprawnienia dodatkowego pacjenta – osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny za odpłatnością wynikającą z tego uprawnienia, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w §16 ust. 1 pkt. 1 lit. a r.r.l., w takim przypadku osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny za odpłatnością wynikającą z określonego przez nią uprawnienia dodatkowego pacjenta;
- 2) jeżeli na receptce wpisano nieczytelnie lub niezgodnie z rozporządzeniem:
- a) numer prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej receptę – osoba wydająca określa go na podstawie posiadanych danych dotyczących osoby wystawiającej receptę, wpisuje na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza ten numer w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ,
 - b) dane dotyczące osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy (lekarza, lekarza dentysty) – osoba wydająca określa je na podstawie posiadanych danych, wpisuje na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza te dane w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ;
- 3) jeżeli na receptce wpisano nieczytelnie lub błędnie dane pacjenta, o których mowa w §3 ust. 1 pkt. 2 lit. a, b, f i g r.r.l. (czyli: imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, numer paszportu lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość) – osoba wydająca określa je na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę, wpisuje na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza te dane w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ;

4) jeżeli na receptce nie wpisano ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego – osoba wydająca przyjmuje, że jest to jedno najmniejsze opakowanie, określone w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, a w przypadku leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych niepodlegających refundacji – jedno najmniejsze opakowanie dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; określając sposób dawkowania i okres stosowania, osoba wydająca przyjmuje obliczoną na tej podstawie ilość, jako ilość przepisaną przez osobę wystawiającą receptę.

Źródło: §16 ust. 1 rozporządzenia w sprawie recept

Ponadto, zgodnie z §16 ust. 4 rozporządzenia w sprawie recept, osoba wydająca realizuje receptę, na której:

- 1) nie wpisano lub wpisano błędnie dane podmiotu drukującego, o których mowa w §2 ust. 4 r.r.l.;
- 2) wpisano błędnie lub niezgodnie z rozporządzeniem adnotację na receptce wystawionej dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz dla rodzeństwa, o której mowa w §3 ust. 3 r.r.l.;
- 3) zawarte zostały inne niż określone w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich informacje lub znaki niestanowiące reklamy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych.

Źródło: §16 ust. 4 rozporządzenia w sprawie recept

W związku z **powyższym osoba wydająca lek (farmaceuta i technik farmaceutyczny) nie ma prawa zrealizować recepty „in blanco”**, czyli takiej, która nie zawiera np. nazwy przepisanego produktu.

Ponadto należy podkreślić, że w rozporządzeniu jest sformułowanie „osoba wydająca może ją zrealizować”. W praktyce wiele ogólnodostępnych aptek nie realizuje błędnych, nieczytelnych lub wypisanych niezgodnie z przepisami prawa recept. Wynika to przede wszystkim z obawy przed podważeniem zasadności refundacji w przypadku kontroli dokonanej przez NFZ i nałożeniem umownych kar finansowych. W takich sytuacjach lekarze często są proszeni o poprawienie recepty lub naniesienie zmian. Niejednokrotnie pacjenci spotykają się z odmową realizacji takiej recepty, co skutkuje ponowną wizytą u lekarza. Dlatego tak istotna jest znajomość przepisów prawnych dotyczących właściwej preskrypcji, która pozwala zaoszczędzić czas wszystkim. ■

Dostrzegając rosnące zainteresowanie lekarzy praktycznym wymiarem wybranych zagadnień z dziedziny prawa medycznego, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie zaprasza na kursy

„Prawo medyczne w praktyce”

KURSY 3 PKT. EDUKACYJNE

Zajęcia odbędą się w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, w terminach: **20.10.2015 r.** (wtorek), godz. 16.30–19.30, **19.11.2015 r.** (czwartek), godz. 16.00–19.00, **17.12.2015 r.** (czwartek), godz. 16.00–19.00.

Zajęcia o charakterze seminaryjnym dotyczyć będą następujących zagadnień:

Zgoda na zabieg medyczny

→ przesłanki legalnej zgody → formy wyrażania zgody → formularze zgody → odpowiedzialność prawna

Uczestnictwo w kursach jest bezpłatne. Zapisy: tel. 22-54-28-376 lub 22-313-19-70/75. Liczba miejsc ograniczona.

Ewa Miękus-Pączek
sekretarz ORL

Cytologia osadu moczu

Jan Faryna

kierownik Zakładu Patomorfologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie

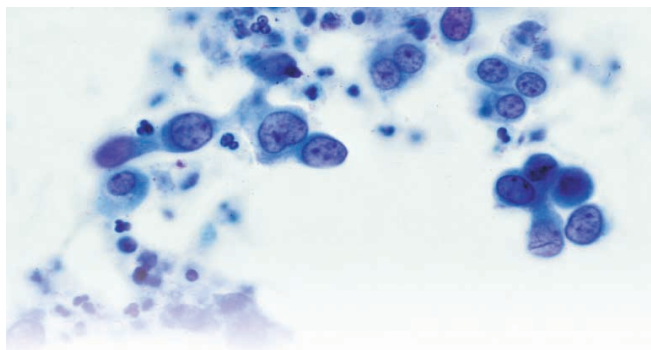
Ocena upostaciowanych składników osadu moczu należy do rutynowej analizy moczu wykorzystywanej w diagnostyce laboratoryjnej. Zastosowanie innej preparatyki, zogniskowanej na zachowaniu komórek osadu, i połączenie jej z elementami histopatologii i cytologii stworzyło odmienną formę diagnostyki – cytologię osadu moczu.

To proste, nieobciążające pacjenta badanie, warte popularyzacji, bardzo pomaga w diagnostyce chorób układu moczowego, szczególnie patologii pęcherza moczowego. Niestety, jest mało popularne i niedoceniane. Podstawowa funkcja tego badania to odzyskiwanie komórek dróg moczowych znajdujących się w moczu. Ocena uzyskanych komórek wykonywana jest za pomocą mikroskopu, tak jak w najbardziej popularnej cytologii, czyli cytologii ginekologicznej.



1. W średniowiecznej medycynie oceniano mocz makroskopowo, często smakowo... Do oceny moczu służyło specjalne naczynie w kształcie butelki, nazywane matulą

2. Aparatura do wykonywania preparatów cytologicznych w technice jednowarstwowej



Obraz cytologiczny urotelialnych komórek nowotworowych – pacjent z podejrzeniem raka pęcherza potwierdzonym, jak widać, cytologicznie; następne badanie to cystoskopia

Kiedy i komu najczęściej zalecamy wykonanie tego badania? Osobom skarżącym się na dolegliwości dróg moczowych, szczególnie gdy pojawia się krwimocz, krwinkomocz, a więc podejrzanym o proces rozrostowy. Chorym z rozpoznaniem i leczonym guzem pęcherza – w celu wczesnego wykrycia ewentualnej wznowy. Osobom skarżącym się na długotrwałe, trudno leczone infekcje dróg moczowych. Kobietom po menopauzie, cierpiącym na różnego typu bóle pochodzące z układu moczowego. Osobom narażonym na wzmożone działanie czynników rakotwórczych (np. barwników anilinowych używanych w przemyśle chemicznym). Osobom przez wiele lat palącym nałogowo (u nich ryzyko wystąpienia raka pęcherza wzrasta mniej więcej trzy razy).

Bardzo istotne diagnostycznie jest łączne wykonywanie badania USG pęcherza moczowego i badania cytologicznego osadu moczu. Tego typu procedura zwiększa wykrywalność procesów nowotworowych, a jednocześnie zmniejsza częstotliwość wzziernikowania pęcherza (cystoskopii). Te dwa nieważne i bezbolesne badania (USG + cytologia) mogą obecnie częściowo zastąpić powszechnie dotychczas stosowaną cystoskopię, nie zawsze dobrze tolerowaną przez pacjentów.

W Polsce bardzo niewiele ośrodków wykonuje to badanie, mimo że jest proste, nie wymaga drogiej aparatury, nie pociąga więc za sobą dużych kosztów (może dlatego?). Wymaga natomiast przeszkolonej grupy ludzi.

W „Przeglądzie Urologicznym” (w nr. 66 z 2011 r.) w serii artykułów poświęconych rakowi pęcherza moczowego w Polsce czytamy m.in.: „Cytologia osadu moczu jest wymieniona wraz z cystoskopią jako podstawowe badanie służące do kontrolowania pacjentów po usuniętym guzie pęcherza z wysokim ryzykiem progresji. Powinna być wykonywana w tych samych odstępach czasu co cystoskopia kontrolna: co 3 miesiące przez 2 lata, co 4 miesiące w 3. roku, co 6 miesięcy w 4. i 5. roku, a następnie raz do roku. Czułość tej metody zależy, jak w każdej cytologii, od jakości wykonywanych preparatów do oceny”.

Obecnie najczęściej stosowane metody uzyskiwania preparatów diagnostycznych to: rozmaz z osadu po odwirowaniu, cytowirówka, filtry Millipore, technika cytologii jednowarstwowej.

W przeciwieństwie do badań analitycznych, w których z reguły wykorzystujemy mocz poranny, do badania cytologicznego stosujemy mocz oddany spontanicznie w ciągu dnia. Badanie cytologiczne nie wymaga zatem specjalnego przygotowania.

Więcej informacji można znaleźć w rozdziale „Cytopatologia pęcherza moczowego” dr. Jana Faryny, w III tomie „Wykładów z urologii” pod redakcją prof. A. Borówki (2005). ■



TAVR bezpieczne dla 90-latków

Małoinwazyjne zabiegi wymiany zastawki aortalnej TAVR są bezpieczne nawet dla pacjentów powyżej 90. roku życia. To szansa dla chorych, w przypadku których tradycyjna operacja jest zbyt ryzykowna.

Wskazują na to randomizowane badania PARTNER-I, którymi objęto 531 90-latków, opublikowane na łamach „Annals of Thoracic Surgery” (1.08.2015). Dr Vinod H. Thourani z Emory University w Atlancie twierdzi, że u zdecydowanej większości pacjentów uzyskano dobry efekt terapeutyczny. W okresie 30 dni po zabiegu u co trzeciego chorego doszło do powikłań. Były to najczęściej udary mózgu, niewydolność oraz zaburzenia pracy serca wymagające wszczepienia stymulatora. Jedynie w przypadku 38 chorych, czyli 7 proc., okazały się one śmiertelne.

Dr Thourani twierdzi, że pacjenci ci bez zastosowania wspomnianej metody nie mieli żadnej szansy na przedłużenie życia. Natomiast oczekiwana długość życia chorych, którzy powrócili do pełni sił, była taka sama jak w całej populacji. Równie ważne jest, że w ciągu sześciu miesięcy od zabiegu poprawiła się jakość życia pacjentów.

Przezcewnikową (przezskórną) wymianę zastawki aortalnej TAVR (*transcatheter aortic valve replacement*) wykonuje się od ponad dziesięciu lat. Znana jest również jako TAVI, czyli *transcatheter aortic valve implantation*. Zabieg polega na wprowadzeniu do naczynia krwionośnego cewnika przez nacięcie wykonane w tętnicy udowej. Po wprowadzeniu go do mięśnia sercowego w miejsce zniszczonej zastawki wszczepiana jest nowa.

Operacje leczą cukrzycę

Operacje bariatryczne stosowane u chorych z otyłością skutecznie pozwalają leczyć u nich również cukrzycę typu 2. Najnowsze badania opublikowane przez „Lancet” (3.09.2015) wykazały, że efekt ten u co drugiego operowanego utrzymuje się przez co najmniej pięć lat, nawet jeśli nie zażywał leków.

Specjaliści King’s College w Londynie oraz Uniwersytetu Katolickiego w Rzymie zastosowali dwa typy operacji: *bypass żołądkowy (gastric bypass)* oraz wyłączenie żółciowo-trzustkowe (*biliopancreatic diversion*). Badaniami objęto 60 osób z otyłością olbrzymią, część z nich przyjmowała również leki.

Chirurg prof. Francesco Rubino z King’s College twierdzi, że u 50 proc. pacjentów, którzy nie zażywali żadnych leków przeciw cukrzycowych po zabiegach bariatrycznych, prawidłowy poziom cukru we krwi utrzymywał się przez pięć lat. Rzadziej mieli oni kłopoty z powodu schorzeń będących częstym powikłaniem źle kontrolowanej cukrzycy, takich jak choroba wieńcowa, udar mózgu oraz niewydolność nerek. Wśród wszystkich objętych badaniem pacjentów, również tych, którzy po operacji zażywali jeden lek standardowy, skuteczność terapii sięgnęła 80 proc. W przypadku pacjentów leczonych tylko farmakologicznie prawidłowy poziom glukozy we krwi uzyskiwano jedynie u 25 proc.

Według prof. Rubino, który wykonuje operacje bariatryczne, leczenie chirurgiczne cukrzycy u chorych z otyłością olbrzymią jest bardziej efektywne kosztowo niż sama farmakoterapia. National Institutes of Health w USA zaleca, żeby

takie zabiegi przeprowadzać u osób ze wskaźnikiem otyłości BMI od 35 punktów, jeśli jednocześnie cierpią na jedną z chorób, które mogą jej towarzyszyć.

Dr Dimitri Pournaras oraz Carel le Roux z Imperial College w Londynie przyznają w komentarzu, że operacje bariatryczne są skuteczne i bezpieczne, jednak nie wiadomo jeszcze, czy wydłużają również życie chorych na cukrzycę. Mimo to wspomniani specjaliści uważają, że powinny być częściej wykonywane.

Aspiryna pomaga w immunoterapii

Kwas acetylosalicylowy może zwiększyć skuteczność leczenia niektórych chorób nowotworowych przy użyciu immunoterapii. Sugerują to badania na myszach przeprowadzone przez naukowców z Francis Crick Institute. Pisze o tym miesięcznik „Cell” (9.2015).

Jeden z autorów analizy, prof. Caetano Reis e Sousa, twierdzi, że komórki raka skóry, piersi oraz przewodu pokarmowego wytwarzają duże ilości prostaglandyny E2. A jest to niekorzystne, ponieważ może ona tłumić odpowiedź immunologiczną. Przeciwdziałają temu leki przeciwzapalne, takie jak aspiryna, hamujące powstawanie prostaglandyn. Mogłyby zatem poprawić skuteczność immunoterapii nowotworów u ludzi, ale trzeba to jeszcze wykazać w badaniach klinicznych.

Immunoterapia, która jest nową nadzieją onkologii, przywraca układowi odpornościowemu umiejętność rozpoznawania komórek nowotworowych i oddziaływania na nie. Dwa stosowane od niedawna tego typu leki zarejestrowano do leczenia czerniaka i zaawansowanego płaskonabłonkowego niedrobnokomórkowego raka płuca.

Lek dla palaczy bez ryzyka

Wareniklina nie zwiększa ryzyka zawału serca ani depresji bardziej aniżeli nikotynowa terapia zastępcza oraz inne środki pomagające pozbyć się nałogu palenia. Przekonują o tym prowadzone w Wielkiej Brytanii przez sześć miesięcy obserwacje 150 tys. palaczy. Informację taką zamieścił „Lancet Respiratory Medicine” (7.09.2015).

Według jednego z autorów badań, Aziza Sheikh z Uniwersytetu w Edynburgu, ulotka dołączana do leku nie musi zawierać informacji ostrzegającej przed tego rodzaju powikłaniami, gdyż może niepotrzebnie zniechęcać do jego przyjmowania. A jest to dość skuteczny lek, jeden z najczęściej stosowanych przez osoby próbujące zerwać z paleniem. Z badań dr Kariny Kaszy z Roswell Park Cancer Institute w Buffalo wynika, że wareniklina daje osobom ją przyjmującym nawet sześciokrotnie większą szansę na pozbycie się nałogu niż mają palacze, którzy próbują się odzwyczaić od tytoniu bez żadnych środków. Jest bardziej skuteczna niż plastry nikotynowe oraz lek przeciwdepresyjny bupropion, gdyż środki te czterokrotnie zwiększają szanse zerwania z nałogiem (w zależności od tego, jak długo ktoś pali i jak dużo papierosów wypala dziennie).

Wareniklina selektywnie wiąże się z neuronalnymi nikotynowymi receptorami cholinergicznymi $\alpha 4\beta 2$ i osłabia głód nikotynowy oraz objawy abstynencji. Może pomóc nawet palaczom silnie uzależnionym. Lek w Europie stosowany jest od 2006 r. ■

Zbigniew Wojtasiński



Z prof. dr hab. n. med. **Joanną Szymkiewicz-Dangel**, pediatrą, kardiologiem zajmującym się diagnostyką prenatalną, rozmawia Anetta Chęcińska.

Fot. P. Wierzbowski

Dla najmniejszych serc

Kardiologia prenatalna umożliwia diagnozowanie wad układu krążenia płodów. Jakże to są wady?

Badanie echokardiograficzne pozwala na wykrycie większości wad strukturalnych, jak również patologii czynnościowych, takich jak zaburzenia rytmu serca i nie wydolność krążenia. Celem prenatalnej diagnostyki kardiologicznej jest wykrycie wad tzw. krytycznych, w których przeżycie dziecka zależy od zachowania drożności przewodu tętniczego Botalla. Są wśród wspomnianych wad takie, w których podanie leku stabilizuje stan noworodka, dzięki czemu może on bezpiecznie czekać nawet kilkanaście dni na przeprowadzenie leczenia kardiochirurgicznego albo interwencyjnego. Rzadziej leczenie jest konieczne w pierwszych godzinach po porodzie, a wykrycie takich przypadków należy do zadań kardiologa prenatalnego.

Jak często wykrywa się wady?

Najczęstsze wady u dzieci, czyli izolowane ubytki przegrody międzykomorowej, wykrywane są rzadko, w około 10 proc. przypadków, ale nie stanowią zagrożenia w okresie perinatalnym. U płodów najczęściej rozpoznawanymi wadami serca są HLHS (zespół hipoplazji lewej części serca) oraz całkowity kanał przedsionkowo-komorowy (obie są wykrywane w 60–70 proc. przypadków). W ostatnich latach największy postęp dotyczy rozpoznawania TGA (przełożenia wielkich pni tętnicznych). W Ogólnopolskim Rejestrze Patologii Kardiologicznych u Płodów w 2004 r. wpisano trzy płody z tym

rozpoznanem, w 2012 r. – 41. Możemy porównać jedynie dane prenatalne, które są wprowadzane do rejestru dobrowolicznie, z obowiązkowym Rejestrem Operacji Kardiochirurgicznych. Diagnoza prenatalna w najbardziej złożonych wadach serca jest ustalona u około 40–50 proc. dzieci ze zbliżonym do prawidłowego obrazem czterech jam serca oraz u około 60–70 proc. z nieprawidłowym obrazem. To bardzo dobry wynik, który stawia Polskę w czołówce Europy. Poprawę diagnostyki prenatalnej układu krążenia osiągnęliśmy dzięki wieloletnim szkoleniom lekarzy położników w tym zakresie.

W którym tygodniu ciąży takie wady są widoczne? Kiedy lekarz prowadzący ciążę powinien zlecić dodatkową diagnostykę w tym kierunku?

Najbardziej złożone wady serca widoczne są już między 11. a 14. tygodniem ciąży. W tym okresie serce ma średnicę około 5 mm i długość około 8 mm, trzeba więc dysponować dużym doświadczeniem, aby je dokładnie obejrzeć. Jeśli lekarz położnik widzi niepokojące objawy, takie jak zwiększona przezierność karku powyżej 97 centyla (3 mm), zaburzenia rytmu serca, zbyt szybki lub zbyt wolny rytm serca, nieprawidłowy jego obraz – powinien skierować pacjentkę do specjalistycznego ośrodka kardiologii prenatalnej. Na pewno nie może sam określać rokowania i podejmować decyzji dotyczących dalszej opieki, ponieważ nie ma ku temu odpowiedniego przygotowania ani teoretycznego, ani klinicznego. Podczas każdego badania USG po 18. tygodniu ciąży lekarz

położnik ma obowiązek ocenić obraz czterech jam serca oraz śródpiersia. Gdy jest nieprawidłowy, ciężarna musi być skierowana do ośrodka kardiologii prenatalnej i to jak najszybciej. W moim ośrodku, przy ul. Agatowej 10 w Warszawie, który jest obecnie największym referencyjnym centrum kardiologii prenatalnej w Polsce, w przypadku podejrzenia wady serca okres oczekiwania na badania nie przekracza jednego tygodnia. Gdy konieczna jest terapia wewnątrzmaciczna, prawie zawsze konsultację przeprowadza się następnego dnia po zgłoszeniu. Przyjmujemy pacjentki z całej Polski.

Badania są finansowane przez NFZ?

Większość badań echokardiograficznych wykonujemy na podstawie kontraktu z NFZ. Nasze pacjentki są bardzo dokładnie badane, omówione zostają szczegóły dalszej opieki, rokowania bliskie i odległe, wskazania do terapii, przeprowadzana jest konsultacja psychologiczna. Próbowaliśmy „wywalczyć” w NFZ wyższe stawki za badania echo w przypadkach rozpoznanych wad serca w placówkach referencyjnych. Na żadne pismo odpowiedzi nie dostaliśmy. Tak samo zresztą jak w sprawie ciąży mnogich – dostajemy zapłatę tylko za jedno badanie, niezależnie od liczby płodów. Prenatalna ewolucja wad wrodzonych serca zmusza do powtarzania badań echo w czasie ciąży. Zdarza się, że obraz serca niewzbudzający podejrzeń w 20. tygodniu okaże się krytyczną wadą pod koniec ciąży. Przeprowadzaliśmy zabieg poszerzenia krytycznej stenozy zastawki aortalnej u płodu w 30. tygodniu. Pacjentka miała opis badania z 21. tygodnia bez podejrzenia jakiegokolwiek patologii.

Kieruje pani zespołem, który jako jedyny w Polsce dokonuje zabiegów poszerzenia zastawek serca płodu. Ile takich operacji zostało przeprowadzonych i jakie są wyniki tej metody leczenia?

Uczyłam się w Klinice Kardiologii CZD. Byłam członkiem zespołu kardiologii interwencyjnej prof. Grażyny Brzezińskiej-Rajszyś. Marzyłam o interwencyjnym leczeniu płodów, ale długo byłam sceptycznie nastawiona do tej terapii, wstępne wyniki nie były bowiem zadawalające. Kiedy koledzy z zagranicy uzyskiwali coraz lepsze efekty, zaczęłam szukać sprawnego lekarza położnika, potrafiącego bez powikłań wkłuć się do małej komory serca płodu. I znalazłam. To dr Marzena Dębska ze Szpitala Bielańskiego. Do zespołu dołączyłam też dr. Adama Koleśnika z Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych CZD. Pierwszą operację poszerzenia zastawki aortalnej u płodu wykonaliśmy 6 czerwca 2011 r. Mamy na koncie już 47 zabiegów plastyki balonowej zastawki aortalnej, 5 – zastawki płucnej, 4 atrioseptomie balonowe (czyli przerwanie balonem przegrody międzyprzedsionkowej), 8 implantacji stentów do przegrody międzyprzedsionkowej u płodów z zamkniętym otworem owalnym i złożonymi wadami lewej części serca. Wszystkie zabiegi, poza jednym, były technicznie udane i skuteczne. Najlepsze efekty przynosi poszerzenie zastawki płucnej – wszystkie dzieci mają dwukomorowe serca.

Czy takie zabiegi będą wykonywane w innych ośrodkach?

Zanim rozpoczęliśmy realizację programu prenatalnych interwencji kardiologicznych u płodów, NFZ finansował to leczenie zagranicą. Austriakom płacono po 20 tys. euro. Zwróciliśmy się zatem do funduszu o umieszczenie procedury w koszyku świadczeń. Pisaliśmy do Ministerstwa Zdrowia, które do końca 2014 r. finansowało procedury wyspospecjalistyczne, w tym zabiegi interwencyjne u dzieci. Do końca ubiegłego roku nie interesowano się nami. Zdumiewa całkowity brak zrozumienia, zarówno w NFZ, jak i MZ, unikalnych możliwości leczenia dzieci w Polsce. Obecnie Szpital Bielański

– podwykonawca programu terapii płodów realizowanego przez Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi – dostaje około jednej czwartej kwoty, którą otrzymywali Austriacy. My, lekarze, pracujemy w ramach wolontariatu. W Szpitalu Bielańskim spotykamy się o 7 rano, aby potem zdążyć do naszego miejsca pracy. Nie jest to normalna sytuacja, ale gdy jest płód do zabiegu, cały zespół może ściągnąć najczęściej już na następny dzień. Doceniam zapał kolegów, a wspiera nas prof. Romuald Dębski, kierownik II Kliniki Położnictwa i Ginekologii CMKP. Rocznie wykonujemy 15–20 operacji. Będziemy szkolić młodszych kolegów, ale nie widzę potrzeby tworzenia innego ośrodka. Zabieg wewnątrzmaciczny to dopiero początek bardzo trudnej drogi leczenia noworodka i niemowlęcia z krytyczną wadą wrodzoną serca. Wyodrębniamy nową, trudną grupę pacjentów i uczymy się, jaka jest najlepsza strategia postępowania. Jesteśmy w stałym kontakcie z kolegami z zagranicy, więc mam nadzieję, że w ciągu roku, dwóch lat uda nam się opracować optymalne metody leczenia i osiągniemy dużo lepsze ostateczne wyniki.

Jednak nie każda pacjentka, u której nienarodzonego dziecka wykryto wadę serca, kwalifikuje się do zabiegu.

Prenatalnie leczymy tylko te wady, w których niepodjęcie leczenia znacząco pogorszyłoby stan płodu, bo serce z dwukomorowego stałoby się jednokomorowym pod koniec ciąży, lub istnieje duże ryzyko zgonu wewnątrzmacicznego. Jeżeli przewidujemy, że leczenie noworodka będzie równie skuteczne, nie podejmujemy interwencji. W tych przypadkach kwalifikacja do prenatalnego leczenia byłaby błędem. Do zabiegu musi kwalifikować zespół leczący, a nie lekarz, który rozpoznaje wadę i sądzi, że w danym momencie nie ma potrzeby leczenia płodu. U kilku płodów leczenie było opóźnione o parę tygodni, ponieważ lekarze diagnozujący nie widzieli wskazań do zabiegu, a pacjentki skontaktowały się z nami same.

A jeżeli wada jest nieuleczalna?

Wspólnie z Tomaszem Danglem, założycielem Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, stworzyliśmy koncepcję hospicjum perinatalnego – objęcia całościową opieką rodziny, która dowiaduje się, że nienarodzone dziecko jest nieuleczalnie chore. Ponieważ wady wrodzone serca są najczęstsze, rodzice trafiają do naszej poradni USG. Zapewniamy im konsultację lekarską, potrzebne badania oraz konsultacje okołoporodowe i zostają objęci perinatalną opieką paliatywną. Pomoc psychologiczna w całości finansowana jest ze środków statutowych Fundacji WHD, gdyż prowadzenie hospicjum perinatalnego wchodzi w zakres jej działalności. Szkolimy też psychologów, którzy pracują w hospicjach dziecięcych i chcą zająć się perinatalną opieką paliatywną. Pragnę bardzo wyraźnie podkreślić, że powodzenie i skuteczność perinatalnej opieki paliatywnej zależy od prawidłowej diagnostyki. Nie można obejmować tą opieką rodzin, w przypadku których diagnoza dotycząca płodu jest niepewna, bo często po porodzie dowiadują się, że ich dziecko jest zdrowe. Powoduje to niepotrzebny stres i podważa zasadność prawidłowo prowadzonej perinatalnej opieki paliatywnej.

Diagnostyka w poradni USG, program interwencji kardiologicznych, także opieka hospicyjna – wszystko dla małych serc najmniejszych pacjentów. Takie było założenie?

Gdy rozpoczynałam swoją przygodę z kardiologią prenatalną, niewiele osób wierzyło w jej powodzenie. Obecnie jesteśmy w czołówce Europy i świata, a największe ośrodki liczą się z naszym zdaniem i doświadczeniem. ■



Z dr. n. med. **Aleksandrem Prejbiszem** z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Instytutu Kardiologii w Warszawie rozmawia Małgorzata Skarbek.

Dane statystyczne nie pozostawiają złudzeń. Nadciśnienie tętnicze to prawie epidemia.

Nadciśnienie tętnicze należy w Polsce do najczęściej występujących chorób. Cierpi na nie około 1/3 dorosłych mieszkańców, czyli blisko 11 mln ludzi. Wiele osób w ogóle nie zdaje sobie sprawy, że ma nadciśnienie tętnicze. Wyniki badania NATPOL 2011 mówią o około 1/4 chorych. To jest dużo. Osoby te nie mają wykonywanych pomiarów ciśnienia, nie znają stanu swojego zdrowia.

Jak pokonać nadciśnienie tętnicze

Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego zaleca, aby u każdej dorosłej osoby raz w roku wykonywany był pomiar ciśnienia tętniczego. Na pewno okazją do tego są badania okresowe, których wykonanie część pracodawców egzekwuje dość skrupulatnie. Spotykamy się z przypadkami wykrycia nadciśnienia w efekcie takich badań. Ale pomiar powinien być wykonany podczas każdej wizyty w gabinecie lekarskim, nawet wtedy, gdy chory przychodzi z zupełnie innym problemem zdrowotnym. Powinien go robić nie tylko lekarz rodzinny, ale każdy specjalista.

Następna grupa to osoby, które wiedzą, że mają nadciśnienie, ale się nie leczą. Tu dochodzimy do istotnego problemu związanego z tą chorobą. Różni się ona od innych tym, że jest bezbolesna i bezobjawowa przez długi czas. Przekonać kogoś, kto ma 40 lat, aby do końca życia co rano brał tabletkę, a czasami kilka w ciągu dnia, jest trudno. Szczególnie w przypadku choroby, która nie boli. Dawniej bywało nawet tak, że gdy pacjent zaczynał się leczyć, pojawiała się więcej dolegliwości, niż miał wcześniej. Obecnie już tak nie jest, bo dostępne leki hipotensyjne na ogół nie powodują działań niepożądanych. Istnieją preparaty leków długodziałających, stosowane raz na dobę, również w postaci preparatów złożonych. Zatem nawet jeśli trzeba stosować dwa – trzy leki, zwykle są zawarte w jednej tabletkie. Tak jak wspomniałem, odsetek działań niepożądanych jest niewielki. Można brać leki przez całe życie i nie mieć żadnych ubocznych dolegliwości, a wręcz odwrotnie, tylko odnosić korzyści z leczenia. Zapobiegamy przecież udarom mózgu i zawałom serca.

Jakie są docelowe wartości ciśnienia tętniczego?

Obecnie uważa się, że w przypadku większości chorych należy dążyć do wartości niższych niż 140/90 mm Hg. U chorych z cukrzycą rozkurczowe ciśnienie tętnicze powinno być

obniżone do wartości mniejszych niż 85 mm Hg, natomiast u pacjentów w wieku bardzo podeszłym, czyli powyżej 80. roku życia, skurczowe ciśnienie tętnicze docelowo powinno wynosić mniej niż 150 mm Hg.

Istnieją kontrowersje dotyczące zagadnienia, do jakich wartości obniżać ciśnienie tętnicze. Niektórzy badacze uznają tzw. zjawisko krzywej J za miernik zależności między wysokością ciśnienia tętniczego a ryzykiem sercowo-naczyniowym. Obniżenie ciśnienia tętniczego do zbyt małych wartości może

być bowiem ich zdaniem związane ze zwiększeniem ryzyka sercowo-naczyniowego. Uważa się, że zjawisko krzywej J może występować u chorych bardzo obciążonych, z nasiloną miażdżycą tętnic wieńcowych. U pozostałych pacjentów raczej nie występuje, szczególnie w odniesieniu do ryzyka udaru mózgu.

Hipertensjologia stosunkowo niedawno stała się odrębną dziedziną. Kiedy kierować chorego do hipertensjologa?

W województwie mazowieckim można kierować chorych do poradni nadciśnienia tętniczego zarówno działających przy klinikach nadciśnienia tętniczego, jak i pracujących samodzielnie. Powinni być do nich kierowani przede wszystkim chorzy z objawami wskazującymi na wtórne nadciśnienie tętnicze oraz tacy, u których nie udaje się kontrolować ciśnienia tętniczego za pomocą trzech leków hipotensyjnych, z uwzględnieniem diuretyku, czyli chorzy z nadciśnieniem tętniczym opornym.

Jaka jest rola pomiarów ciśnienia tętniczego poza gabinetem lekarskim?

Na przestrzeni ostatnich lat opublikowano wiele badań, które pozwoliły na wyodrębnienie szeregu sytuacji klinicznych, w których pomiary ciśnienia tętniczego poza gabinetem lekarskim mają szczególną rolę.

Istnieje m.in. grupa osób, które mają prawidłowe ciśnienie w gabinecie lekarskim, a podwyższone poza nim. Mówimy wówczas o tzw. nadciśnieniu tętniczym ukrytym. Niektóre badania wskazują, że nawet 10 proc. populacji może cierpieć na taki rodzaj nadciśnienia. Wtedy rozpoznanie opiera się na pomiarach samodzielnych i całodobowej rejestracji. Chorzy ci charakteryzują się wyższym ryzykiem sercowo-naczyniowym niż pacjenci z prawidłowym ciśnieniem tętniczym w pomiarach poza gabinetem. Jest ono porównywalne z ryzykiem u chorych z podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego zarówno w pomiarach w gabinecie, jak i poza nim. Według europejskich wytycznych postępowania w nadciśnieniu tętniczym chorzy z tzw. ukrytym nadciśnieniem powinni być leczeni hipotensyjnie.

U niektórych pacjentów występuje odwrotne zjawisko: wartości ciśnienia mierzonego w domu są prawidłowe, w gabinecie – podwyższone. Nazywamy to „nadciśnieniem białego fartucha”. U tych osób pomiar w gabinecie związany jest z niepokojem, stresem. W tej chwili coraz większy nacisk kładzie się na weryfikację rozpoznania nadciśnienia w gabinetach. Przed rozpoczęciem leczenia pacjenta, który ma nieznacznie podwyższone wartości ciśnienia w gabinecie, zalecamy samodzielne pomiary w domu albo całodobową rejestrację. To zweryfikuje rozpoznanie.

Wytyczne brytyjskie dla lekarzy rodzinnych kilka lat temu, jako pierwsze na świecie, zalecały, aby chorych z nadciśnieniem rozpoznanym po raz pierwszy w gabinecie lekarskim kierować na całodobową rejestrację ciśnienia tętniczego. Najnowsze wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego częściowo poszły w tym kierunku. Pacjentom z nadciśnieniem pierwszego stopnia i umiarkowanym ryzykiem sercowo-naczyniowym polecamy sprawdzanie jego wartości poza gabinetem lekarskim w celu weryfikacji rozpoznania nadciśnienia tętniczego.

Wśród pacjentów utrzymuje się przekonanie, że pomiary domowe są mniej wiarygodne, że nie wszystkie aparaty są dokładne.

Obowiązujące wytyczne zalecają, by chorzy pomiary w domu robili według następującego schematu. Przed wizytą u lekarza należy wykonywać przez siedem dni dwa pomiary rano i dwa wieczorem. Ranne – przed przyjęciem leków i przed śniadaniem. Wieczorne – przed posiłkiem i przyjęciem leków, jeżeli się je stosuje. Zapis wyników choroby przynosi na wizytę. Wiemy z badań, że takie pomiary są zgodne z całodobowymi pomiarami ciśnienia, a więc wiarygodne. Poza siedmiodniowymi okresami wystarczy wykonywanie pomiarów ciśnienia raz – dwa razy w tygodniu. Nie ma potrzeby mierzenia częściej. Jeżeli chory ma wątpliwości co do wiarygodności swojego aparatu, powinien przynieść go na wizytę lekarską. Wtedy można porównać pomiary aparatem pacjenta i lekarza. ■



WARSZAWSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY

Szczegółowe informacje są
dostępne na stronie

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

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

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO zaprasza na studia podyplomowe!

Prowadzimy studia podyplomowe:

- ☑ medycyna estetyczna
- ☑ metodologia badań klinicznych
- ☑ dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- ☑ żywienie kliniczne
- ☑ medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- ☑ dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – teoria i praktyka
- ☑ analityka medyczna
- ☑ bioetyka w praktyce ochrony zdrowia
- ☑ seksuologia kliniczna
- ☑ seksuologia sądowa
- ☑ 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
- ☑ rehabilitacja ortopedyczna urazów sportowych

Zapraszamy do wypełnienia ankiety

<http://www.ankiety.hipokrat.es.org/ankiety/259747/>

dotyczącej
czasu
pracy

Komisja Młodych Lekarzy
oraz Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji
Naczelnej Izby Lekarskiej

Siedlecka nagroda

Dr n. med. Krystin Mitura, zastępca ordynatora Oddziału Chirurgii oraz koordynator Bloku Operacyjnego Szpitala Miejskiego w Siedlcach, znalazł się wśród laureatów „Aleksandrii” – nagrody prezydenta Siedlec.

Wręczenie nagród odbyło się 4 września w Sali Białej Miejskiego Ośrodka Kultury w Siedlcach, w ramach obchodów dnia miasta. Laureat został wyróżniony za wprowadzenie nowatorskich technik operacyjnych w siedleckiej placówce oraz za dorobek naukowo-badawczy, który istotnie zmienił oblicze polskiej chirurgii. Przyznawane od 1996 r. „Aleksandrie” są nagrodami honorowymi, nie wiążą się z gratyfikacjami. Prestiżowa nagroda przypomina swą nazwą XVIII-wieczny rozkwit miasta pod rządami księżnej Aleksandry z Czartoryskich Ogińskiej. Do tej pory wyróżniono nią 141 osób i instytucji, które swoją pracą, talentem, umiejętnościami i społecznikowską pasją przyczyniły się do rozwoju Siedlec w różnych sferach życia. W roku bieżącym nagrodzono trzy osoby.

Nowy oddział i szkoła

Szpital Mazowiecki w Garwolinie zostanie rozbudowany o nową część szkolno-szpitalną.

Inwestycja, której koszt sięga 11,45 mln zł, w całości jest finansowana z budżetu województwa mazowieckiego. Umowę o jej realizację podpisano w pierwszych dniach września br. Prace będą prowadzone na terenie obecnego szpitala,

Ślimakowe rytmy

Dzięki osiągnięciom współczesnej medycyny i techniki nawet poważne problemy ze słuchem przestają być przeszkodą w profesjonalnym zajmowaniu się muzyką lub wokalistyką. Udowodniono to na I Międzynarodowym Festiwalu Muzycznym Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu. Festiwal, zorganizowany przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach, zgromadził uczestników z wielu krajów, w wieku od lat 8 do 69. Prezentowali swoje umiejętności wokalne i instrumentalne, wykonując repertuar od klasyki przez muzykę latynoską po ciężki rock.

Festiwal był pokazem możliwości osób, które po wszczepieniu implantu słuchowego mają doskonały słuch muzyczny i mogą realizować swoje życiowe pasje. ■

mkr

Choroba nie tylko królów

Hemofilia jest jedną z najwcześniej opisanych chorób w historii. Sławna stała się dlatego, że na przełomie XIX i XX w. chorowało na nią kilkunastu członków rodzin królewskich w Europie, w tym carewicz Aleksy, stracony razem z rodziną małoletni syn ostatniego cara Rosji Mikołaja II.

Hemofilia nie występuje zbyt często. W polskim rejestrze chorych, prowadzonym od 1991 r., zarejestrowano 4227 zachorowań (do 2011 r.). Hemofilia A występuje w Polsce sześć razy częściej niż B. Ciężka postać choroby dotyka około połowy pacjentów.

Leczenie substytucyjne polega na wstrzykiwaniu dożylnie koncentratów – czynników krzepnięcia. Uzyskiwane były początkowo z ludzkiego osocza lub metodami inżynierii genetycznej. Najnowsze koncentraty trzeciej generacji produkowane są już bez użycia białek ludzkich i zwierzęcych. Gwarantuje to ich czystość.

– *Zaletą rekombinowanych czynników krzepnięcia jest możliwość modyfikowania ich budowy – mówi prof. Krystyna Zawilska, przewodnicząca Grupy ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. – Wtedy nie powstają inhibitory (przeciwciała) tworzące się w organizmie na skutek wprowadzania obcego białka. Można także wydłużyć czas ich działania. Zamiast co dwa dni podaje się je co trzy lub raz w tygodniu.*

Narodowy Program Leczenia Hemofilii i Pokrewnych Skaz Krwotocznych powstał w 2001 r. Do dziś nie udało się zrealizować wszystkich jego założeń, m.in. utworzenia w całym kraju wojewódzkich ośrodków dla dzieci i dorosłych, gwarantujących całodobową opiekę. Brakuje też placówek oferujących wszechstronną opiekę, np. stomatologa, psychologa, specjalisty chorób zakaźnych. Jednym z ważniejszych postulatów organizacji pacjentów jest przedłużenie czasu profilaktycznego podawania koncentratów czynników krzepnięcia do 26. roku życia. Obecnie pacjenci otrzymują je do 18. roku życia. ■

mkr

a w ich wyniku powstanie nowoczesny kompleks szkolno-szpitalny z salą gimnastyczną i pomieszczeniami zaplecza. W nowym budynku znajdzie miejsce Zespół Szkół Specjalnych nr 2, działający przy szpitalu. Przeniesiony zostanie do niego również Oddział I Dzienny Logopedyczno-Foniatryczny, którego obecna lokalizacja nie spełnia wymogów nakładanych przez przepisy dotyczące placówek służby zdrowia. Siedziba oddziału jest w złym stanie technicznym, a częste awarie instalacji i energochłonność podwyższają koszty utrzymania. W ramach inwestycji rozebrane zostaną dwa najbardziej wyeksploatowane pawilony i budynek hydroforni, nastąpi przebudowa sieci gazowej, wodociągowej i sanitarnej, powstaną również wewnętrzne drogi, podjazdy i dojścia. Zakończenie rozbudowy planowane jest na sierpień 2016 r.

LPR w Sokołowie

W Sokołowie Podlaskim będzie baza Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Jej powstanie ma związek z planowanym zakupem czterech nowych śmigłowców. O decyzji utworzenia kolejnych baz LPR na terenie kraju poinformował w lipcu br. wiceminister zdrowia Sławomir Neumann. Podał, że znajdują się w województwach: mazowieckim, opolskim, wielkopolskim i lubuskim. Ich rozlokowanie ma wypełnić białe plamy na mapie zasięgu oddziaływania dotychczasowych baz. W przypadku wschodniego Mazowsza mówiło się początkowo o Siedlcach lub powiecie siedleckim, względnie o Radomiu. Baza w Sokołowie Podlaskim ma powstać na terenach przejętych przez powiat od Agencji Nieruchomości Rolnych, co zostało poprzedzone podjęciem stosownych uchwał przez lokalne władze w ostat-

nich dniach sierpnia. Sokołowska baza LPR pozwoli skrócić czas dotarcia do osób poszkodowanych, a obsługiwać będzie teren w promieniu około 100 km od miasta.

Konieczna dalsza opieka

Z inicjatywy Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego powstał katalog dobrych praktyk, dotyczących postępowania personelu szpitali w przypadkach utraty ciąży przez pacjentkę.

Celem opracowania dokumentu „Niekorzystne zakończenie ciąży. Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego” jest wprowadzenie do praktyki szpitalnej zasad opieki nad matką oraz postępowania zapewniającego możliwość pożegnania się z dzieckiem. Zalecenia zostały przygotowane z inicjatywy wojewody mazowieckiego Jacka Kozłowskiego, pod kierunkiem: prof. dr. hab. n. med. Krzysztofa Czajkowskiego – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie perinatologii, dr hab. n. med. Bronisławy Pietrzak – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, Elżbiety Nawrockiej – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie zdrowia publicznego, Jagody Miszewskiej i Ivetty Biały z Biura Wojewody, Bożeny Cieślak-Osiek – psychologa w Szpitalu Klinicznym im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie, oraz ks. Karola Alexandrowicza – kapelana w Szpitalu Klinicznym im. Księżnej Anny Mazowieckiej. Pierwsza ocena funkcjonowania zaleceń, wraz z naniesieniem uwag osób je stosujących w szpitalnej praktyce, dokonana będzie po sześciu miesiącach. Zalecenia są sukcesywnie przekazywane do wszystkich 52 oddziałów położniczo-ginekologicznych na Mazowszu. ■ **pk**

Szpital Centrum ENEL-MED

Warszawa, al. Solidarności 128



CENTRUM MEDYCZNE

OGŁOSZENIE

ORTOPEDIA:

- zabiegi artroskopowe
- endoprotezoplastyki stawów
- korekcje wad i deformacji kończyn
- małoinwazyjne zabiegi w uszkodzeniach mięśni, ścięgien i więzadeł

CHIRURGIA KRĘGOSŁUPA:

- operacyjne leczenie niestabilności kręgosłupa lędźwiowego i szyjnego
- operacyjne usunięcie zwężenia kanału kręgowego odcinka lędźwiowego i szyjnego kręgosłupa
- dynamiczna stabilizacja w odcinku szyjnym

- operacyjne leczenie dyskopatii
- operacyjne leczenie złamań osteoporotycznych i chorób osłabiających strukturę trzonu kręgosłupa

CHIRURGIA RĘKI:

- artroskopia nadgarstka
- leczenie złamań powikłanych
- leczenie choroby Dupuytren'a
- operacyjne leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów, zeszywnienia stawów, zapaleń ścięgna
- rekonstrukcja, szycie ścięgien i nerwów



 22 23 07 007*

*koszt wg taryfy operatora

www.enel.pl/szpital

UWAGA SKŁADKI! UWAGA!



Przedstawiamy podstawowe informacje dotyczące opłacania składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zgodnie z uchwałą nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Jednocześnie przypominamy, że składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem.

W przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby.

W związku z tym prosimy o terminowe wpłaty na indywidualne subkonta składkowe lub w kasie Izby.

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

60 zł – podstawowa kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentyistów,

10 zł – kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających ograniczone prawo wykonywania zawodu („lekarze stażyści”).

Lekarz lub lekarz dentyista, który przed 1 stycznia 2015 r. miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 zł, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

ZMIANA NUMERÓW INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Szanowni Państwo, informujemy, że od 1 czerwca 2015 r. uległy zmianie numery Państwa indywidualnych rachunków bankowych do opłat składek członkowskich.

Dotychczasowe rachunki bankowe będą funkcjonować do **31 maja 2016 r.**

W związku z powyższym prosimy o dokonywanie opłat składek na nowe indywidualne rachunki bankowe, których numery można wygenerować na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:

<http://www.oilwaw.org.pl/skladki/twoj-numer-konta/>

lub uzyskać, kontaktując się z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (tel.: 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).

UWAGA!!!

PEŁNOMOCNICY



Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
Bohdan Woronowicz
dyżury w siedzibie Izby:
środy – 11.00–14.00
tel.: 602-670-722,
22-542-83-08
e-mail:
b.woronowicz@oilwaw.org.pl



Rzecznik Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
dyżury w siedzibie Izby:
wtorki – 10.00–12.00
tel.: 784-98-65-57.
Zastępcy:
czwartki – 10.00–12.00
(po umówieniu) tel.: 22-542-83-08



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

Wspólny sekretariat, pracownik biura Małgorzata Rajca, tel.: 22-542-83-08, e-mail: m.rajca@oilwaw.org.pl

Prezes Sądu Okręgowego w Siedlcach zwraca się do lekarzy specjalistów, zainteresowanych pełnieniem funkcji lekarza sądowego na obszarze działania sądu, o zgłaszanie swojej kandydatury. Zgłoszenia prosimy nadsyłać listownie pod adresem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pocztą elektroniczną: sekretarz@oilwaw.org.pl

Sąd Okręgowy w Warszawie oraz Sąd Okręgowy Warszawa-Praga zwraca się do lekarzy specjalistów (wszystkich specjalności), zainteresowanych pełnieniem funkcji biegłego sądowego, o zgłaszanie swojej kandydatury. Zgłoszenia prosimy nadsyłać listownie pod adresem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pocztą elektroniczną: sekretarz@oilwaw.org.pl

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE! UWAGA SKŁADKI!

W przypadku pytań lub wątpliwości pomocą służy Sekcja Windykacji Składek
Biuro OIL w Warszawie, ul. Puławska 18, parter, pok. 001
tel.: 22-54-28-338 lub 339, faks: 22-54-28-304
e-mail: skladki@oilwaw.org.pl

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz dentysta:

- 1) ukończył 75 lat,
- 2) został skreślony z rejestru członków okręgowej izby lekarskiej,
- 3) złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. Zwolnienie to ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągania przychodów.

Lekarz korzystający ze zwolnienia z opłacania składki ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową radę lekarską o osiągnięciu przychodów oraz traci prawo do zwolnienia z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym osiągnął przychód.

Druki stosownego oświadczenia i zawiadomienia są dostępne na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i w biurze Izby.

Lekarz, który przed 1.01.2015 r. uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki, zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki (osiągnięcia przychodu).

W związku ze zgłaszanymi przez Państwa pytaniami uprzejmie informujemy:

Obowiązek opłacania składek członkowskich wynika z przynależności do okręgowej izby lekarskiej i nie jest powiązany z faktycznym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry.

Obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej spoczywa na lekarzu i lekarzu dentyście posiadającym prawo wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej i wpisanym na listę członków okręgowej izby lekarskiej. Przyjęcie do wiadomości tegoż obowiązku jest potwierdzone przez lekarza i lekarza dentystrę stosownym oświadczeniem składanym na „Wniosku o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów okręgowej izby lekarskiej”. Okręgowa izba lekarska jest jedynie zobligowana do prowadzenia ewidencji składek członkowskich.

Złożenie oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, np. w związku z pracą niezwiązaną z wykonywaniem zawodu lekarza lub wykonywaniem zawodu zagranicą, nie skutkuje skreśleniem z listy członków okręgowej izby lekarskiej i zwolnieniem z obowiązku opłacania składki członkowskiej.

Przypominamy, że od 1 stycznia 2015 r. obowiązuje uchwała nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Niniejsza uchwała, co należy podkreślić, nie przewiduje możliwości zwolnienia z obowiązku opłacania składki lub umorzenia należności z tytułu nieopłaconych składek przez

okręgowe rady lekarskie. Ewentualne zwolnienie z obowiązku opłacania składki następuje tylko z mocy ww. uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła jedna z trzech sytuacji:

- ukończenie przez lekarza 75 lat,
- skreślenie z rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej,
- złożenie oświadczenia o nieosiąganiu przychodów.

Obowiązujące przepisy nie dają możliwości wstecznego zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, stosowne oświadczenie należy więc złożyć przed przewidywanym okresem nieosiągania przychodów. Przy czym chodzi tutaj o nieosiąganie jakichkolwiek przychodów, a nie jedynie przychodów z wykonywania zawodu lekarza bądź lekarza dentystry na obszarze RP.

Wspomniana uchwała nie przewiduje również możliwości ustalenia innej kwoty miesięcznej składki członkowskiej niż 60 zł (nie dotyczy osób zwolnionych z obowiązku opłacania składki oraz lekarzy stażystów opłacających składkę w wysokości 10 zł miesięcznie).

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (tel. 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).



Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 13.

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.

2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.

3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych oraz spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.



Treść art. 13 to fundament relacji pacjent – lekarz. Czasy medycyny paternalistycznej mamy za sobą. I nie jest to tylko kwestia zmiany obyczajowej czy demokratyzacji stosunków międzyludzkich obejmującej coraz szersze obszary życia. Nie jest to także sprawa kultury lub predyspozycji towarzyskich lekarza. Dawno udowodniono już, że upodmiotowienie pacjenta po prostu poprawia wyniki leczenia, a w chorobach przewlekłych jest praktycznie warunkiem prawidłowej opieki. Lekarz musi przyjąć do wiadomości, że to nie on, lecz pacjent (lub jego prawni opiekunowie) jest ostatecznie decydem. A stopień wykonania zaleceń lekarskich (tzw. wskaźnik *compliance*) zależy wprost od stopnia zaangażowania pacjenta w podejmowanie decyzji.

Pacjenci bywają różni. Są wśród nich osoby wykształcone, odcytane, inteligentne, ale czasem też bardzo proste. Lekarz, który chce dotrzeć do chorego z informacją, a następnie zaangażować go w podejmowanie decyzji dotyczących diagnostyki i terapii, musi użyć właściwego języka porozumienia. Żeby to się udało, powinien umieć poznać chorego, jego możliwości intelektualne i oczekiwania. Wszystko to wymaga na pewno czasu, przede wszystkim jednak zaangażowania lekarza. Wśród spraw, które powinien zawsze omówić z pacjentem, ważne miejsce zajmują spodziewane korzyści z leczenia, ale także ryzyko, które wiąże się z proponowanym postępowaniem. Lekarz powinien być także gotów do rozmowy o innych metodach terapeutycznych. Wszystkie wspomniane kwestie musi omówić z pacjentem w sposób, który będzie dla niego zrozumiały. Należy zdawać sobie sprawę, że choć nie jest to zadanie łatwe, nie ma dla niego alternatywy. Brak czasu, cechy pacjenta (lub jego opiekuna) ani inne okoliczności nie mogą być wymówką dla odstąpienia od tych obowiązków. ■

BIULETYN OIL w WARSZAWIE

Apel Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 26 sierpnia 2015 r.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie apeluje o podjęcie działań na rzecz poprawy dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego na Mazowszu i skutecznego wykorzystania istniejącej bazy diagnostycznej i leczniczej. Na terenie województwa mazowieckiego działają nowoczesne ośrodki onkologiczne, cieszące się uznaniem chorych, które jednak bezskutecznie starają się o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Brak konkursów ofert i możliwości zawarcia umów z NFZ wyklucza nowe podmioty z listy placówek, w których chorzy na nowotwory, potrzebujący szybkiej pomocy, mogliby korzystać z terapii. Ośrodków, które kontrakty mają, jest za mało.

Na Mazowszu na choroby nowotworowe zapada rocznie około 36 tys. osób, a co najmniej drugie tyle jest już w trakcie leczenia lub obserwacji. Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu onkologii wynosi obecnie około pięciu tygodni, a średni czas oczekiwania na badania – około sześciu tygodni.

Rak jest dzisiaj wyzwaniem cywilizacyjnym, dlatego zwiększanie możliwości dostępu do świadczeń onkologicznych (także przez zwiększanie liczby podmiotów wykonujących takie świadczenia) musi być priorytetem. Jest to szczególnie ważne dla pacjentów, którym z różnych powodów nie założono Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego i których czas oczekiwania na świadczenia onkologiczne jest jeszcze dłuższy.

Prezydium apeluje do osób i instytucji odpowiedzialnych za organizację systemu opieki zdrowotnej na Mazowszu o wykorzystanie całego potencjału i infrastruktury onkologicznej w naszym regionie, w tym podmiotów leczniczych, które mimo wielu trudności inwestują w tworzenie nowoczesnych ośrodków i są przygotowane do leczenia chorób nowotworowych. Skorzystają na tym pacjenci. ■

Andrzej Sawoni, prezes ORL
Ewa Miękus-Pączek, sekretarz ORL



Europejskie
Centrum
Zdrowia
Otwock



telefon: 22 710 30 10

www.ecz-otwock.pl

3-TESLOWY REZONANS MAGNETYCZNY

128-TOMOGRAF KOMPUTEROWY



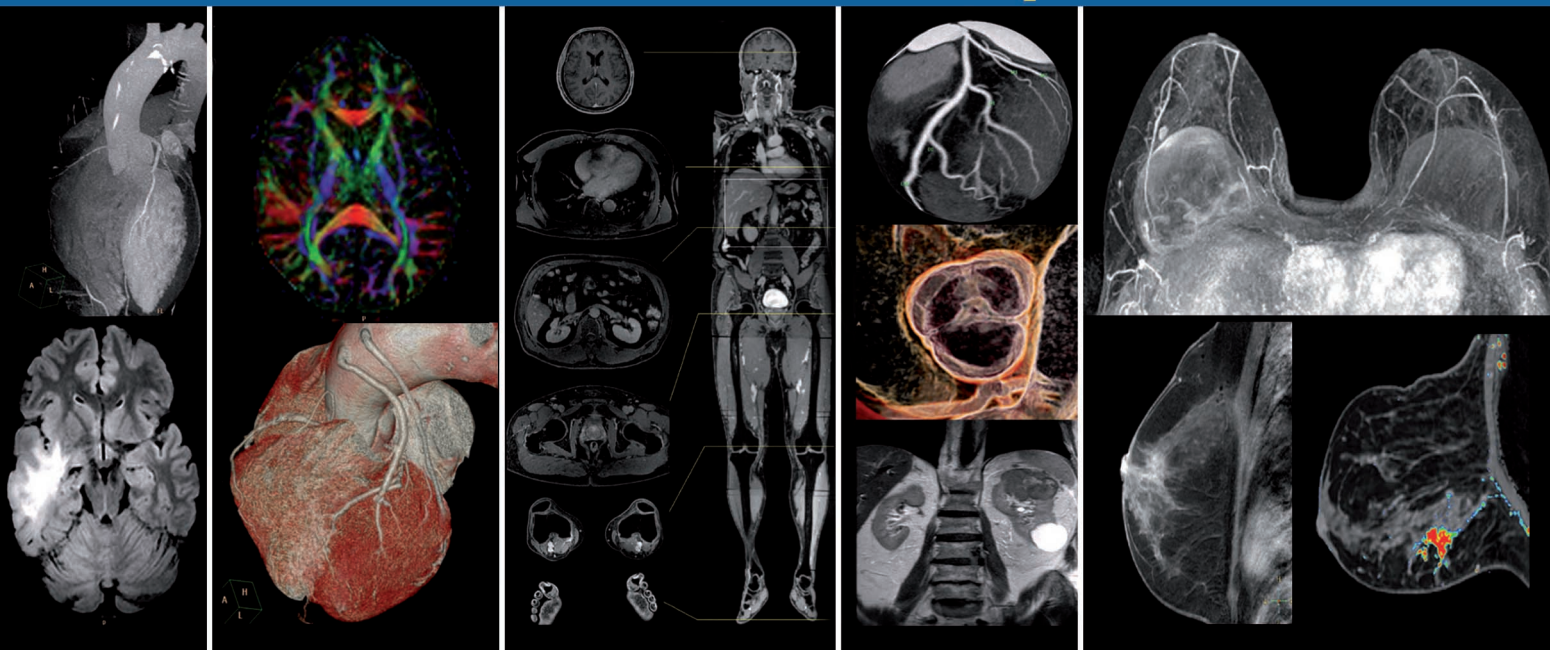
Oferujemy pełny zakres badań obrazowych

3T MR, 128-TK, mammografia 3D, RTG, USG, BIOPSJE



TESTY GENETYCZNE: rak piersi, jajnika, prostaty, j. grubego, tarczycy, nerki

www.ecz-otwock.pl





Fot. archiwum

Paweł Kowal

Przez lata temat był czysto akademicki. Nawet urzędnicy zajmujący się imigrantami w oficjalnych dokumentach rządu przyznawali, że Polska nie ma polityki migracyjnej, i jakoś nikt się tym nie przejmował. Nie pierwszy to temat, który wśród polityków nie budzi poważniejszego zainteresowania, dopóki nie zacznie wywoływać emocji w środkach masowego przekazu. Podobnie było z demografią. O problemach polityki rodzinnej i załamaniu demograficznym w kilku państwach członkowskich UE mówiła już cała Europa, a polska opinia publiczna była kołyszana milczeniem politycznych liderów. Ten sam proces obserwujemy w odniesieniu do uchodźców, nazwać to można upolitycznieniem tematu. Chodzi o moment, gdy nagle w głównych programach informacyjnych, często w trakcie kampanii wyborczej, politycy muszą odpowiedzieć na proste pytanie, jaki mają plan w sprawie, którą dotąd uważali za nudy na pudy. Wszak polityków nie ma sensu pytać o to, co widać na ekranach telewizorów. To zinterpretują eksperci. Polityków trzeba pytać, co zamierzają zrobić.

Tymczasem nie ma prostej odpowiedzi na pytanie, co dalej z polską polityką migracyjną i jak pomóc uchodźcom. Nie ma sensu krzyknąć „otwórzmy drzwi każdemu, kto przyje-

Widziane zza firanki

dzie”, bo Polska zwyczajnie nie jest na to przygotowana. Nieoficjalnie mówi się, że ośrodki dla uchodźców dysponują kilkuset miejscami. Z kolei opowiadanie ludziom, że możemy być zawsze krajem bez imigrantów, to zwykłe robienie w konia opinii publicznej. Jedno jest pewne, nie ma sensu rozpętywać antyuchodźczej histerii, bo ludzie nie rozróżniają uchodźców od imigrantów (zresztą granica ta nie zawsze jest ostra). Za kilka lat Polska i tak będzie zmuszona do wprowadzenia procedur przyjmowania imigrantów. Państwa rozwinięte gospodarczo nie wyrzekną się tej drogi pozyskiwania pracowników, a mówiąc brutalnie: drenowania dobrze wykształconych kadr z państw, w których żyje się gorzej.

Nic tak nie odda prawdy jak dobra karykatura. Kilka lat temu, gdy brytyjską opinię publiczną rozpałał spór o imigrantów z Rumunii i Bułgarii, jedna z angielskich gazet zamieściła taki oto rysunek: w kulturalnym angielskim domu zabarykadowali się jego mieszkańcy, pewnie wzorowi obywatele. Wyglądają zza firanki razem z Polakiem, który zapewne wcześniej do nich dotarł i zdążył się zadowolić, i wspólnie narzekają na napływ siły roboczej na Wyspy. Może z punktu widzenia jegomościa, który już wkupił się w łaski gospodarzy i sekunduje ich antyimigranckiemu „nie”, ma to sens, ale taka postawa nie może być, jako polityka państwa, prezentowana na forum unijnym. Udawanie, że nas problem nie obchodzi, nie ma na dłuższą metę większego sensu. Zamiast chować się za firanką naszego świętego spokoju, trzeba ustalić, jak – jako państwo – chcemy rozwiązać sprawę imigrantów, i po cichu forsować swój plan. ■

Biuro Pośrednictwa Pracy
OIL w Warszawie

Krajowe oferty pracy
na 14.09.2015 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

lekarze różnych spec. 19	choroby wewn. 27	laryngologia 8	ortopedia (chirurg) 1	stomatologia dziecięca 2
alergologia 6	choroby zakaźne 1	medycyna paliatywna 1	pediatria 20	stomatologia endodon. 2
alergologia dziecięca 2	dermatologia 5	medycyna pracy 2	proktologia 1	stomatologia ortodon. 3
andrologia 1	endokrynologia 5	medycyna ratunkowa 6	psychiatria 7	stomatologia protetetyka 2
anestezjologia 8	endokrynologia dziecięca 1	medycyna rodzinna 19	psychiatria (biegły sąd.) 1	urologia 1
audiologia 1	gastroenterologia 5	neonatologia 2	psychiatria dziecięca 1	USG 5
balneologia 1	geriatria 5	neurochirurgia 1	radiologia 4	USG pediatryczne 1
chirurgia dziecięca 4	ginekologia i poł. 11	neurologia 10	rehabilitacja med. 2	
chirurgia naczyń 4	hematologia 1	neurologia dziecięca 3	reumatologia 2	
chirurgia ogólna 9	hipertensjologia 2	okulistyka 5	seksuologia 1	
chirurgia onkolog. 1	kardiologia 6	okulistyka dziecięca 2	stomatologia 16	
choroby płuc 4	kardiologia dziecięca 3	ortopedia 7	stomat. chirurg. (impl.) 1	

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

Andrzej Morliński
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/



Siła orła bielika

Janina Jankowska

Jeden z moich przyjaciół napisał ciekawy polemiczny tekst, w którym punktem wyjścia uczynił zacytowane słowa swego znajomego, od lat mieszkającego zagranicą. Ów znajomy po wyborach prezydenckich w Polsce powiedział: „Gdybym miał trochę więcej wolnego czasu, to bym ze wstydu zmienił nazwisko, tak aby nie kończyło się na -ski; Polacy to naród idiotów”.

Co tak poruszyło naszego rodaka? Wola większości. „Trzeba być idiotą, aby odrzucić poważnego kandydata, który sprawdził się jako prezydent, na rzecz nieznanego żółtodzioba z partii narodowo-katolickiej i rockendrolowca”.

– A zmień sobie chłopie nazwisko jak najprędzej – zareagował inny mój znajomy po przeczytaniu tekstu. Poczucie wstydu z powodu bycia Polakiem, z powodu wyniku demokratycznych wyborów było dla niego niewyobrażalne.

A dodam, że to światowiec, były ambasador Polski, urodzony we Włoszech, dzieciństwo spędził we Francji. Nigdy, w ciągu całego życia, nie słyszał Francuza czy Anglika mówiącego, że wstydzi się swego kraju. – To doprawdy haniebna wypowiedź, świadcząca nie tylko o utracie duchowej łączności ze wspólnotą narodową, ale i o żalonym kompleksie niższości cytowanej osoby – stwierdził.

Przywołuję tę skróconą wymianę poglądów nie dla zlustrowania głębokich pęknięć w naszym społeczeństwie, przerażających się często we wzajemną wrogość, bo z tym żyjemy od pewnego czasu. Zaintrygowało mnie pojęcie *utracy duchowej łączności ze wspólnotą narodową*. Jak je rozumieć? Słowo *narodowy* dość często w debacie publicznej używane jest zamiennie z *nacjonalistyczny*, co ma wydźwięk zdecydowanie pejoratywny. Zatem warto się zastanowić, czym jest duchowa łączność ze *wspólnotą narodową*? Innymi słowy, co łączy Polaków, którzy głosowali na Bronisława Komorowskiego, Andrzeja Dudę i Pawła Kukiza? Wspólne przeżywanie meczów, zawodów sportowych, przegranej Polska – Niemcy i radość z medali zdobytych w Chinach? Może Mazurek Dąbrow-

skiego, gdy zagrają go zwycięzcy na podium? Może biało-czerwone emblematy, flagi, gadżety? Biel i czerwień. Orzeł Biały dla wielu ludzi coś znaczy. Nasi przodkowie oddawali za te symbole życie.

Chyba do tych nieobojętnych na narodowe symbole należy inny mój kolega, wybitny reportażysta radiowy Krzysztof Wyrzykowski, autor wielu dokumentów z głosami bohaterów, uczestników walk na wszystkich frontach II wojny światowej. Otóż Krzysztof Wyrzykowski po przeczytaniu ostatniego akapitu tekstu Pawła Wrońskiego o pochwałę skandynawskich lemingów lekko się zatrzęsł. Dowiedział się bowiem, że „*trudno by było być pracowitym skandynawskim lemingiem w kraju, który swoim symbolem uczynił orła bielika, leniwego padlinożercę*”.

Jako wierny czytelnik „Gazety Wyborczej”, Wyrzykowski napisał do redakcji następujący list: „Szanowni Państwo, w ostatnim numerze »Gazety«, na str. 13, Paweł Wroński w tekście »Pochwała leminga« nazwał orła bielika, który jest godłem państwowym, »leniwym padlinożercą«. Znieważenie godła państwowego i sztandaru jest przestępstwem, nie mówiąc o tym, że obraża osoby, dla których te symbole są ważne. Chciałbym zapytać Adama Michnika, mojego dawnego kolegę, czy ten tekst ukazał się za jego wiedzą i zgodą i czy wyraża również jego poglądy?”.

Krzysztof Wyrzykowski nie doczekał się odpowiedzi. Napisał więc po raz drugi, krótko: „Czekam na odpowiedź zawierającą stanowisko redakcji w tej sprawie”. Znowu milczenie. Widocznie polskie lemingi nie są tak pracowite jak skandynawskie.

A poważnie mówiąc, dziwna sprawa. Kiedy wypowiadają się politycy, słyszymy o wspaniałym narodzie i silnej pozycji Polski w UE. Głosi to także „GW”. Kiedy prasa zachodnia pisze o polskich obozach koncentracyjnych, oburzamy się. Kiedy głosy opinii zachodnich czynią nas współodpowiedzialnymi za Holokaust, jedni pochylają głowy, bo Jędwabne, bo pazerni chłopci. Drudzy nie przyjmują tego do wiadomości. Chcą widzieć tylko bohaterską walkę z okupantem, fenomen państwa podziemnego, żołnierzy AK. – *Chora martyrologiczna retoryka* – odpowiada na to światły Europejczyk. Od kulis do kulis, czyli pycha i kompleks niższości.

Autentyczną siłą polskiego państwa budujemy my sami, jeśli potrafimy być wspólnotą i zrozumieć sens wspólnych doświadczeń. Ktoś powie: mrzonka. A ja powiem: ostatecznie scalają nas symbole – biel i czerwień oraz orzeł bielik, czyli Orzeł Biały. One mają siłę wydobycia tego, co w nas najlepsze. ■



www.ultrasonografy.pl

ECHOSON
od 1993

☎ 81 886 36 13
✉ info@echoson.pl
👉 www.echoson.pl

Bezpłatne porady prawne dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków OIL w Warszawie

Pod numerem telefonu: **22-647-56-05** prawnicy udzielają porad i konsultacji przez **siedem dni w tygodniu**, w godz. **9.00–21.00**.

Zapraszamy również na **konsultacje** do siedziby Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w **środy**, w godz. **16.00–18.00**.

Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zyskali szybką i nieodpłatną pomoc prawną.

Lekarzowi i lekarzowi dentyście w ramach zawartej przez Izbę umowy przysługują trzy bezpłatne porady lub konsultacje w miesiącu, ale nie więcej niż 12 w roku.

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

Weryfikacją lekarza, pragnącego skorzystać z bezpłatnej pomocy prawnej, będzie podanie numeru Prawa Wykonywania Zawodu.

Zakres świadczeń obejmuje kwestie prawne związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty (sprawy karne i cywilne, ochronę dóbr osobistych, obronę przed roszczeniami deliktowymi, z dziedziny prawa pracy itp.), a także inne, niezwiązane z zawodem – z dziedziny prawa rodzinnego, spadkowego, konsumenckiego itp., jednak poza prawem budowlanym, podatkowym, karnoskarbowym, zamówień publicznych, patentowym, autorskim.

Więcej informacji na temat usługi „Prawnik dla lekarza i lekarza dentyisty” – na stronie internetowej OIL www.oilwaw.org.pl

Pytanie można też wysłać e-mailem na adres: lekarze@dittmajer.pl lub faksem pod numer: **22-820-10-21**.

Otwarta Grupa Wsparcia dla lekarzy i lekarzy dentyistów



- Zdarza Ci się, że nie wiesz, jak rozmawiać z zachowującym się agresywnie lub próbującym coś na Tobie wymusić pacjentem albo z jego rodziną?
 - Masz dość współpracowników?
- Wracasz z pracy z poczuciem wyczerpania i negatywnymi emocjami?
 - Czujesz, że tak dalej pracować się nie da?

Jeśli tak, zapraszamy na zajęcia Otwartej Grupy Wsparcia organizowanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Celem zajęć jest pomoc w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami, ze stresem, z wypaleniem zawodowym, poczuciem wykorzystania i manipulacji, poczuciem zniechęcenia, blokady kreatywności i rozwoju.

Otwarta Grupa Wsparcia liczy 8–12 osób. Nie jest to ani terapia, ani szkolenie. To styl pracy nastawiony na zdobywanie nowych doświadczeń i umiejętności, rozwój kreatywności i spontaniczności, odkrywanie siebie, swoich emocji i poszerzanie repertuaru zachowań. Pracujemy metodą coachingową, która pozwala uczestnikom sięgać do własnych zasobów i znajdować motywację wewnętrzną. Stosujemy też techniki relaksacji i wizualizacji. Jedną z podstawowych form pracy jest rozmowa, w której uczestnicy wymieniają się doświadczeniami, poznają inne punkty widzenia, dają i otrzymują informacje zwrotne. W ten sposób powstaje katalog dobrych praktyk do wykorzystania w relacji pacjent – lekarz, ale też w życiu prywatnym.

Spotykamy się w co drugi czwartek miesiąca w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18. Spotkanie trwa od 17.00 do 20.00.

TERMINY Październik: 15, 29 ■ Listopad: 5, 19, 4 ■ Grudzień: 3, 17

Prowadzący: Beata Krudkopad-Szatarska – psycholog. **Zapisy:** Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Joanna Kalupa, tel. **22-54-28-333, 784-986-564**, e-mail: j.kalupa@oilwaw.org.pl

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza dąży do najwyższej jakości w wypełnianiu zadań publicznych oraz do stworzenia warunków wpływających na profesjonalną i przyjazną obsługę lekarzy i lekarzy dentyistów.

Jesteśmy otwarci na Państwa uwagi, wnioski, opinie, gdyż są dla nas cennym źródłem informacji,

dzięki której możemy doskonalić poziom świadczonych przez Izbę usług.

Uwagi, sugestie, skargi lub reklamacje mogą Państwo przysyłać do nas e-mailem na adres: opinia@oilwaw.org.pl.

Prosimy o zawarcie w e-mailu informacji, jakiego obszaru działania Izby dotyczy opinia, uwaga, sugestia, skarga lub reklamacja oraz jakich działań naprawczych Państwo oczekują.

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

II Warszawska Konferencja Onkologiczna

27 listopada 2015 roku 🍷 Pałac Staszica



Informacje: www.wko.viamedica.pl

Organizatorzy:

Polskie Towarzystwo Onkologiczne przy wsparciu Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego
Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
Wydawnictwo Via Medica

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie oraz Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

„Rozpoznawanie ryzykownego i szkodliwego picia alkoholu oraz krótka i poszerzona interwencja w podstawowej opiece zdrowotnej”.

8.10.2015 r. (czwartek), **5.11.2015 r.** (poniedziałek) **KURSY 6 PKT.** EDUKACYJNYCH

Informacje: 22-313-19-70, 22-313-19-75, w godz.: 8.00–16.00, www.oilwaw.org.pl



Fot. P. Harr Dylke

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 dań 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



Powroty

Kto odrobinę zna Kraków, ten wie, że w samym centrum miasta, 100 m od Dworca Głównego, przy ul. Lubicz, mieścił się od 1840 r. C.K. Browar. Założony został przez braci John, w 1904 r. odkupiony

przez barona Goetza, właściciela Okocimia, po wojnie znacjonalizowany, w 2001 r. przejęty przez firmę Carlsberg. Ostatni właściciel niebawem wygasił produkcję. Wkrótce powstały na tym obszarze reprezentacyjne lofty i apartamenty, nieźle się nawet komponujące z sąsiadującym Szpitalem Dziecięcym im. św. Ludwika.

Podobny los będzie zapewne udziałem równie historycznych terenów w centrum miasta, przy ul. Dolnych Młynów (odległych o rzut beretem od siedziby izby lekarskiej). W 1876 r. powstała tu C.K. Rządowa Fabryka Tytoniu, na przełomie XIX i XX w. największy zakład przemysłowy w Krakowie (ponad 1 tys. zatrudnionych), wytwarzający papierosy i cygara z proszowickich tytoni. Po wojnie działały Krakowskie Zakłady Tytoniowe, a od 1973 r. gospodarował tu Philip Morris i trwała produkcja marlboro. W 2004 została zakończona, więc dziesięć lat trwa cisza.

Kraków nie ma specjalnych doświadczeń, takich jak np. Łódź, w zagospodarowywaniu terenów przemysłowych, choć ostatnio coś drgnęło. Oto znaleźli się inwestorzy zainteresowani terenami dawnego Telpodu na Zabłociu, opodal Muzeum Schindlera i Mocaku. Ale żadne ręce, po pełnych emocji dyskusjach, nie wyciągają się już po piękne tereny planowanego do przeprowadzki Szpitala Uniwersyteckiego przy ul. Kopernika czy rozległe ogrody Szpitala im. Babińskiego w Kobierzynie. To tematy, przy których można się jedynie poparzyć.

Bezpieczne natomiast wydają się pewne powroty do rozwiązań dawno sprawdzonych i pożytecznych, od których z powodu zadufania we własną nieomyślność odstąpiono. Przykładem niepowodzeń może być ćwierćwiecze klęsk związanych z zamysłem wprowadzenia Rejestru Usług Medycznych. Już w 1990 r. mówiono, jak wiele korzyści wniesie. Podobnie, choć mniej entuzjastycznie, wyrażano się o wdrożeniu e-dokumentacji. Ale okazało się, że tego po prostu nie potrafimy. I oto resort wraca do obowiązkowej książeczki zdrowia dziecka, zniesionej bez sensu w 2002 r. Podobnym powrotem jest zapowiedź NFZ przywrócenia gabinetów stomatologicznych w szkołach. No proszę, trzeba było sięgnąć dna z próchnicą, żeby...

A jeszcze chwila i okaże się, że ostre dyżury były tańsze od SOR-ów, a obowiązkowe szczepienia nie są naruszeniem demokracji, lecz jej umocnieniem.

Na koniec informacja optymistyczna, nieoczekiwana, nawet lekko bulwersująca. Oto Szpital Uniwersytecki w Krakowie, a ściślej Oddział Kliniczny Endokrynologii Ginekologicznej, uruchomił Pracownię Andrologii, która będzie mieć możliwość zamrażania nasienia mężczyzny oraz przeprowadzania refundowanych zabiegów sztucznego zapłodnienia *in vitro*. Na jej czele stoi ginekolog i położnik, dr. hab. Robert Jach. Kto przyszedł na otwarcie pracowni, a kto się absentował, nie piszę... ■

Stefan Ciepły



Nieznośne powtórzenia

Prof.
Piotr Müldner-Nieckowski

Niecelowe powtarzanie wyrazów albo znaczeń w tekście nazywamy redundancją. Jest to zjawisko zazwyczaj niepożądane, dość częsty błąd, ale warto pamiętać, że wykorzystuje się je w literaturze pięknej jako chwyt artystyczny, na przykład w postaci anafory. Oto próbka ze znanego wiersza Wisławy Szymborskiej: *A to jest moje miasto pod popiołem, / A to jest moja laska i wstążki prorockie, / A to jest moja głowa pełna wątpliwości*. Nieraz używamy go także w wypowiedziach o charakterze oficjalnym, kiedy chodzi o wzmocnienie sensu wygłaszanego tekstu. Jan Paweł II tak zaczął jedną z homilii do młodzieży: *Moi drodzy! Jestem z wami. Moi drodzy, bądźcie i wy ze mną!*

Są to jednak sytuacje tekstowe szczególne. Na ogół powtarzanie wyrazów czy wyrażeń brzmi źle, a czytelnika lub słuchacza łatwo nimi zniechęcić. Oto klasyczny przykład, który biorę z gazety, właśnie leżącej na moim biurku: **Nowe autostrady nie są autostradami tak nowymi, jak nam się wydaje*. Zdanie to oznaczyłem gwiazdką, bo jest z gruntu niepoprawne. Powtórzono w nim dwa wyrazy. Autorowi wydało się zapewne, że pisze kwiecieście, a zrobił to po prostu nieudolnie. Zdanie należałoby zmienić na *Autostrady nie są tak nowe, jak nam się wydaje*. Byłoby krócej, trafniej i dosadniej. Domyślam się, że o to chodziło, tylko się nie udało.

Jeszcze dwa cytaty z podobnym błędem, bardzo charakterystyczne.

1) **Podatek VAT nie jest podatkiem uciążliwym dla obywateli*. Pomijam już to, że piszący (notabene minister) kłamie, bo akurat VAT jest uciążliwy właśnie dla obywateli. To oni go płacą, choć niewielu zdaje sobie z tego sprawę. Autor brutalnie próbuje wykorzystać niewiedzę czytelników. Jeśli jednak pominiemy tę manipulację, to i tak zauważymy błędy czysto lingwistyczne. VAT to po angielsku *value added tax* – podatek od wartości dodanej, można więc skonstruować, że wyraz *podatek* (wraz ze znaczeniem) został powtórzony aż trzykrotnie. Raz jako ukryty w skrótowcu VAT, dwa razy bezpośrednio. Zdanie byłoby językowo poprawne, gdyby brzmiało: *VAT nie jest uciążliwy dla obywateli*.

2) **Miąsz wątroby ma sprężystość palpacyjną podobną do palpacyjnej sprężystości miąszu śledziony*. Tu co prawda manipulacji językowej czy intencjonalnej nie ma, ale znowu widać aż trzy powtórzenia. Należałoby napisać: *Miąsz wątroby ma sprężystość palpacyjną podobną do śledziony*. Jest oczywiste, że w drugim członie zdania, dotyczącym śledziony, nadal chodzi o obmacywanie, miąsz i sprężystość, więc nie trzeba było tego wszystkiego dublować, ale autor zapewne zapatrzył się w składnię angielską i pisał tak niepewny precyzji wypowiedzenia, że nie mógł się powstrzymać przed redundancją. Koniecznie chciał zaznaczyć, że wie, o czym pisze. Nie wziął jednak pod uwagę tego, że czytelnicy (zwłaszcza specjalistycznej książki medycznej) mało inteligentni nie są, bo z założenia nie mogą być. Nasuwa się niemiłe podejrzenie, że nie pisał z myślą o odbiorcy. Skupił się na swojej świetnej osobie. ■

Posłuchać, zobaczyć...

Made in Polin

Z okazji pierwszej rocznicy otwarcia wystawy stałej Muzeum Historii Żydów Polskich zaprasza na trzydniowe święto – Made in Polin (9–11 października). Nietypowi przewodnicy poprowadzą gości przez muzeum własnymi ścieżkami. W programie m.in. prezentacja artystycznych projektów, spotkania z twórcami, projekcje filmowe, koncerty, debaty i wiele innych atrakcji.

www.polin.pl

VII Dni Sztuki Tańca

Na scenie Teatru Wielkiego Opery Narodowej od 18 do 25 października, w ramach VII Dni Sztuki Tańca, wystąpią zespoły baletowe z kraju i z zagranicy. Swoje spektakle pokażą: Polski Balet Narodowy („Casanova w Warszawie”), Bałtycki Teatr Tańca („Fun”, „Śmierć i dziewczyna”, „Body Master”), Paul Taylor Dance Company z Nowego Jorku („Mercuric Tidings”, „Piazzola Calder”, „Esplanade”) oraz Company Wayne McGregor z Londynu („Far”).

www.teatr Wielki.pl

U Byka w pałacu

Wystawa plakatów, grafik, obrazów oraz projektów scenografii do spektakli operowych i teatralnych Jana Byka (taki pseudonim przybrał Franciszek Starowieyski) zaprezentowanych w przestrzeni odwzorowującej wnętrze barokowego Pałacu Biskupów Krakowskich w Kielcach. Na ekspozycji nie zabraknie oryginalnych mebli, zbroi i innych obiektów. Wystawa czynna do 15 listopada w Galerii Opera w Teatrze Wielkim Operze Narodowej.

www.teatr Wielki.pl



Napoleon i sztuka

To pierwsza w Polsce tak bogata wystawa artystycznych dokonań Francji doby napoleońskiej. Prezentuje ponad 100 dzieł sztuki najwyższej klasy, użyczonych przez muzea i kolekcje francuskie, m.in. z Luwru, Wersalu i Fontainebleau. Wśród eksponatów znajdują się obrazy i rysunki artystów takiej rangi jak: François Gérard, Jacques-Louis David, François-Xavier Fabre, rzeźby Davida d'Angres i Jean-Antoine'a Houdona. Można obejrzeć też tkaniny, rzemiosło artystyczne i meble z cesarskich pałaców, w tym biurko Napoleona. Wystawa na Zamku Królewskim w Warszawie czynna do 13 grudnia.

www.zamek-krolewski.pl

Gombrowicz we Wsoli

Znów można zwiedzać Muzeum Witolda Gombrowicza w pałacu we Wsoli koło Radomia. Ekspozycja pamiątek po autorze „Ferdynurka” była czasowo zamknięta po wicherze, która 19 lipca znacznie zniszczyła drzewostan w parku otaczającym pałac i spowodowała uszkodzenia budynku.

www.muzeumgombrowicza.pl

ach

DLA SMAKOSZY

Opowieść o ziemniaku

Wakacje mamy za sobą. A co króluje w warzywniakach jesienią? Oczywiście ziemniaki. Wywodzą się z Andów, gdzie zaczęto je uprawiać około 8 tysięcy lat temu. Zostały przywiezione do Europy w końcu XVI w. przez Hiszpanów. Co o ziemniaku można powiedzieć dobrego? Niemal nie zawiera tłuszczu (około 0,1 proc.), jest niskokaloryczny (około 75 kcal w 100 g), lekkostrawny i łatwo przyswajalny dla organizmu. Same kartofle nie tylko nie tuczą, ale nawet pomagają pozbyć się zbędnych kilogramów. W niepozornej bulwie znajdziemy: potas, magnez, żelazo, fosfor, wapń, cynk, miedź, mangan, witaminy A, B1, B2, B3, B6, C, D, E i K, PP, błonnik oraz skrobię.

Danie, które zaproponuję, pochodzi z kuchni austriackiej i nosi nazwę *Kartoffelsalat*. Istnieją dziesiątki jej odmian i modyfikacji, ja podaję wersję „lżejszą”, która bardzo mi smakowała na wiedeńskim Grinzingu.

Składniki:

- ◆ 1,5 kg ziemniaków (niskoskrobiowych, nierozpadających się w gotowaniu), np. Vineta
- ◆ 3–4 łyżki octu winnego (białego, najlepiej winogronowego)

- ◆ 4 łyżki oliwy z oliwek lub oleju słonecznikowego
- ◆ 2 duże cebule (najlepiej cukrowe) lub 3–4 szalotki
- ◆ 1 łyżka kminku
- ◆ 2 kostki bulionu wołowego
- ◆ sól, pieprz do smaku, trochę szczypiorku lub koperku

Wykonanie:

Ziemniaki ugotować w mundurkach (jeśli młode) z kminkiem i kostkami rosółowymi na prawie miękko. Odstawić, odlać, wystudzić i obrać. Zimne pokroić w kostkę lub w grube plastry (jak kto lubi). Dodać pokrojone w półtalarki cebule, oliwę, sól, pieprz i ocet winny. Delikatnie wymieszać, dorzucić trochę posiekanego drobno szczypiorku lub koperku. Odstawić do lodówki na co najmniej kilka godzin. Podawać do grillowanych i pieczonych mięs oraz wędlin albo jako przystawkę.

PS Ja czasami dodaję do sałatki ziemniaczanej 2 łyżki majonezu lub jogurtu z majonezem, tak „z niemiecka” (wtedy dochodzą jeszcze 1–2 łyżki rozgniecionego czosnku i 1–2 pokrojone w kostkę ogórki konserwowe). ■

Dariusz Hankiewicz



Fot. D. Hankiewicz

Autor jest specjalistą w dziedzinie otolaryngologii, członkiem NRL i ORL w Lublinie.

Chemik w służbie medycyny



Droga ku medycynie

W roku akademickim 1946/1947 Kazimierz Grajner zdał brakujące egzaminy i zgłosił rozprawę dyplomową „Studia do syntezy dwumetanu”. Uzyskał tytuł magistra filozofii w zakresie chemii i rozpoczął pracę asystenta na UW, w Katedrze Chemii Organicznej, pod kierownictwem prof. Jana Świderskiego. Szukając dodatkowych pieniędzy, tak potrzebnych na odbudowę zniszczonego domu, dodatkowo uczył chemii w Państwowej Szkole Poligraficzno-Fotograficznej w Warszawie. Jej uczniowie uwiecznili swojego nauczyciela w karykaturze [zamieszczamy ją obok]. W 1953 r. rozstaje się z uniwersytetem. Powodem są

Początki

Kazimierz Grajner urodził się w Warszawie w 1912 r. Rodzina ojca pochodziła z okolic Bełchatowa. Od 1929 wraz z rodzicami i młodszą siostrą Marią mieszkał na warszawskim Żoliborzu. Uczył się w państwowym Gimnazjum im. T. Reytana. Świadectwo dojrzałości otrzymał w 1931 r. i rozpoczął studia chemiczne na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym Uniwersytetu Warszawskiego. Jako student, chcąc pomóc finansowo rodzicom, udzielał korepetycji. W trakcie studiów zmobilizowany i skierowany do Szkoły Podchorążych Rezerwy Artylerii we Włodzimierzu Wołyńskim, przyszłości nie wiązał z wojskiem. Promowany na stopień podporucznika, w roku 1936 powrócił na uniwersytet. Wybuch wojny przerwał studia i drogę naukową.

Wojna i trudne powroty

31 sierpnia 1939 r. Kazimierz zameldował się na rozkaz mobilizacyjny w macierzystej jednostce w Modlinie. Wraz z pułkiem otrzymał przydział do Dowództwa Obrony Warszawy. Pełni funkcję oficera łącznikowego. W podręcznym kalendarzyku (zachowanym w rodzinnym archiwum) jesienią 1939 r. sporządza krótkie notatki; są zapisem jego przeżyć. Po kapitulacji stolicy został zatrzymany przez Niemców i wywieziony do oflagu. Z okresu niewoli zachowały się listy do rodziny, kartka z obozowej wigilii, zeszyty. Młody chemik uczył się nawet w obozie, czytał i zapisywał. Kilkrotnie przenoszony z oflagu do oflagu, doczekał wyzwolenia przez aliantów w obozie jenieckim X-C w Lubece, w maju 1945 r. Nie od razu zdecydował się na powrót do Polski. Rodzice nie żyli – ojciec zmarł w 1942, matka w kwietniu 1945. Dom był zburzony. Z kraju docierały informacje o tym, że oficerowie przedwojenni nie są mile widziani w sowieckiej strefie okupacyjnej. Ostatecznie górę nad obawami wzięły uczucia. Gdy przez znajomego potwierdził, że jego ukochana Zofia przeżyła wojnę i wraz z rodziną mieszka na Marymoncie, wrócił do Warszawy. W kwietniu 1946 r. młodzi zawarli związek małżeński. Ślubu udzielił stryjeczny brat, ks. Jan Paweł Grajner.



Kazimierz Grajner

m.in. naciski władz na kadre naukową, aby w ocenie studentów uwzględniała ich przynależność partyjną. Brak zgody dla takich metod dydaktycznych oraz wcześniejsze, naukowe zainteresowanie medycyną spowodowały, że rozpoczyna pracę w prężnie rozwijającym się Instytucie Reumatologii, do którego młodych badaczy zaprasza prof. Eleonora Reicher.

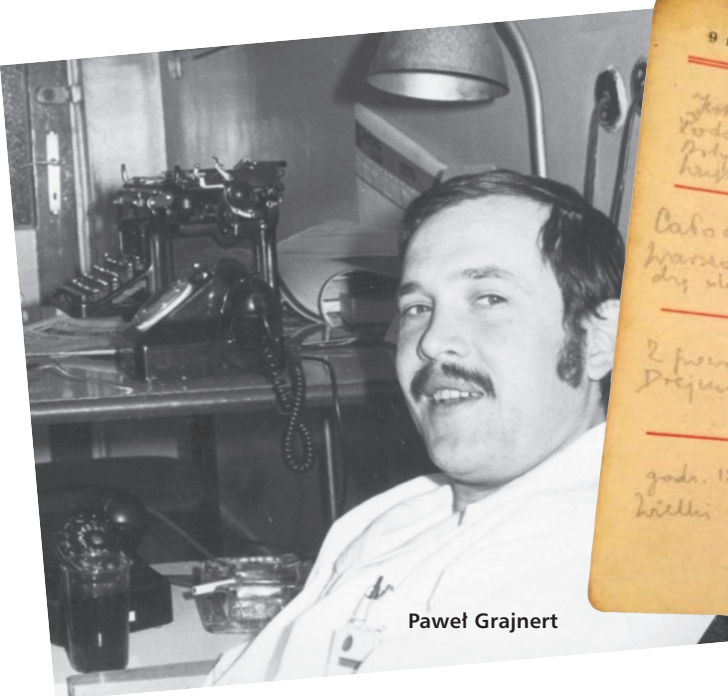
Stypendium w Danii

W Instytucie Reumatologii Kazimierz Grajner podejmuje badania nad wpływem salicylanów na organizm człowieka w leczeniu chorób reumatycznych. Wyniki badań publikuje w „Reumatologii Polskiej”. Otrzymuje stypendium w Danii. Tam trafia do Laboratorium Badania Tkanki Łącznej przy Instytucie Anatomicznym Uniwersytetu w Kopenhadze i do Centralnego Laboratorium Chemii Klinicznej Hilitarshospital, pod kierownictwem prof. Paula Astrupa, oraz do uniwersyteckiego Instytutu Biochemicznego. Prof. Astrup, zainteresowany pracą polskiego badacza, oferuje mu stypendium naukowe na następne trzy miesiące. O przedłużeniu zgody na pobyt zagraniczny Kazimierza Grajnera zabiega też prof. Reichert, ale bezskutecznie. Ministerstwo Zdrowia, stale obawiając się ucieczki polskich naukowców na Zachód, odmawia.

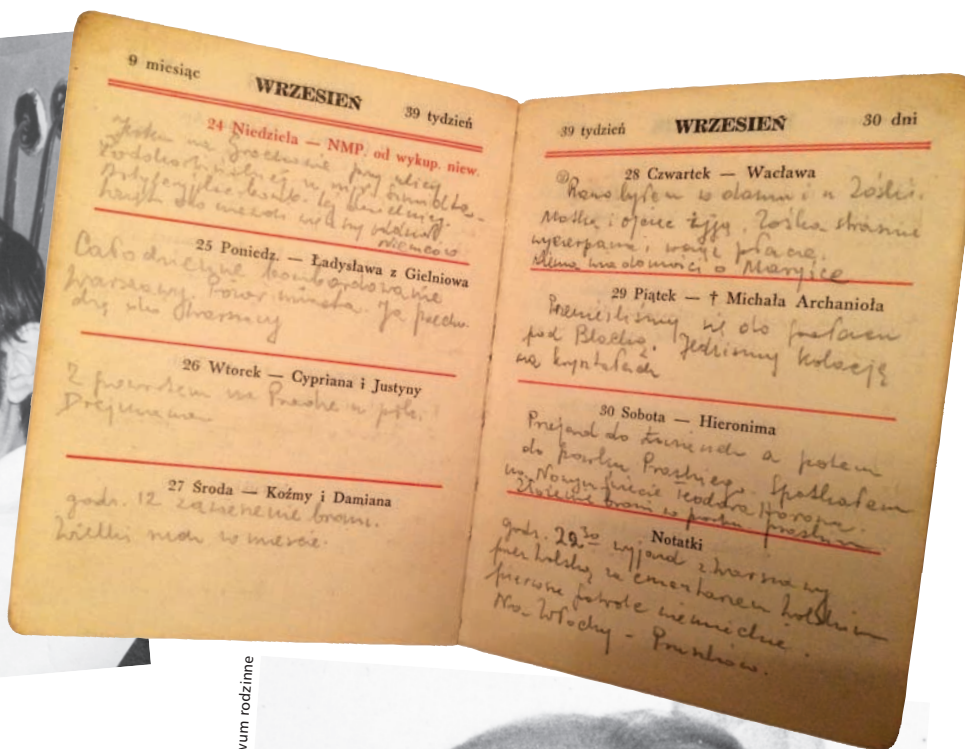
Doktor i nauczyciel

Prowadząc pracę badawczą w Instytucie Reumatologii, Kazimierz został wyznaczony do szkolenia analityków medycznych. Zajęcia odbywały się w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie i w Instytucie Reumatologii. Organizatorem akcji kształcenia pierwszych w powojennej Polsce adeptów analityki medycznej był prof. Grzegorz Bagdasarian. W 1961 r. Kazimierz Grajner podejmuje decyzję o rozpoczęciu pracy w Szpitalu Bielańskim, w którym organizuje laboratorium analityczne. Wkrótce przenosi się do Studium Doskonalenia Lekarzy Akademii Medycznej w Warszawie (późniejszego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego). Prowadzi wykłady i ćwiczenia z analityki medycznej. Píše pracę doktorską pt. „Badania chemiczne nad przemianami salicylanów w organizmie człowieka”. Promotorem jest prof. Jan Świderski. Stopień doktora nauk matematyczno-fizycznych Kazimierz Grajner uzyskuje w roku 1966. Wciąż pracuje w Studium Doskonalenia Lekarzy – jest adiunktem w Katedrze Diagnostyki Laboratoryjnej, prowadzonej przez prof. Jerzego Krawczyńskiego. Kształci specjalistów. Jest znany z talentu pedagogicznego. Należy do Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej.

Pracą pt. „Metody statystyczne w badaniach kliniczno-laboratoryjnych” otwiera serię monografii poświęconych



Paweł Grajner



Fotografie: archiwum rodzinne

zagadnieniom diagnostyczno-laboratoryjnym. Gdy w 1975 r. rozpoczyna działalność Centralny Szpital Kliniczny przy ul. Banacha w Warszawie, Kazimierz Grajner przenosi się wraz z Katedrą Diagnostyki Laboratoryjnej do nowej siedziby. Stamtąd odchodzi na emeryturę w roku 1982.

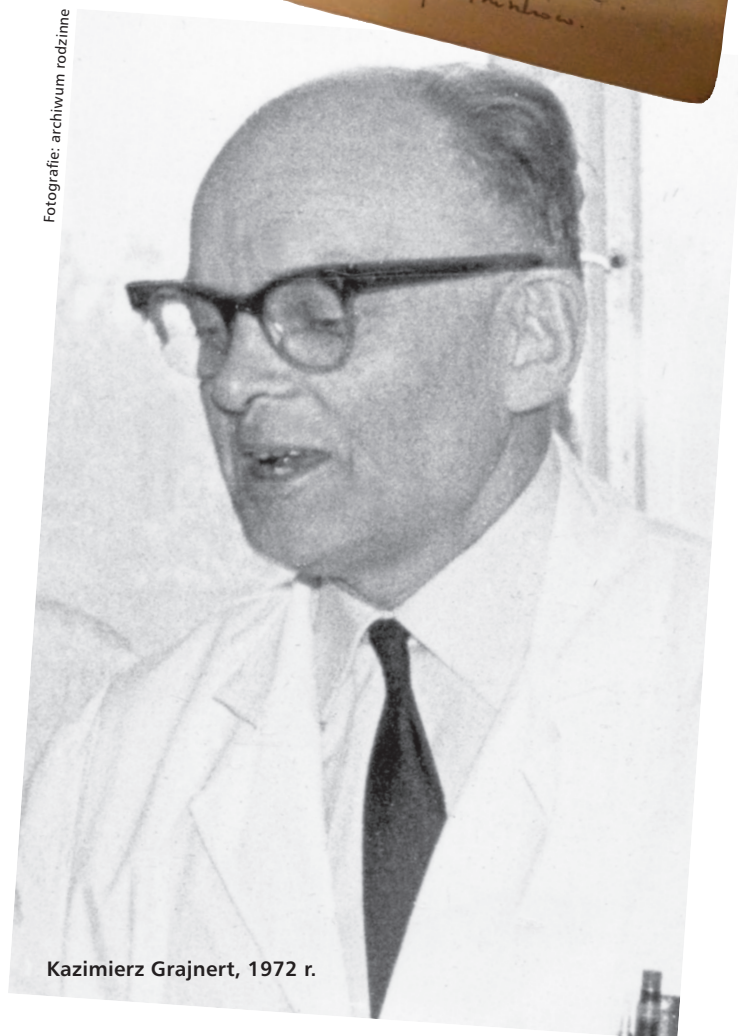
Życie rodzinne

– Pracował zawsze na kilku etatach – wspomina córka, Maria Grajner-Żółcińska, z wykształcenia chemik. – Jednak chętnie podejmował się prac społecznych. Brał czynny udział w życiu parafii, w pracach komitetów rodzicielskich w przedszkolu, szkole. Zawsze interesował się naszymi sprawami, a my, dzieci, wiedzieliśmy, że możemy liczyć na jego pomoc.

Cenił życie rodzinne. Lubił spotkania w gronie rodziny i przyjaciół. Utrzymywał kontakty z najdalszymi krewnymi. Prowadził domowe laboratorium i ciemnię fotograficzną. Fotografia towarzyszyła jego wycieczkom. Na kupionym w 1957 r. motocyklu wyruszał na ulubione wyprawy po Mazowszu, Lubelszczyźnie, w Bieszczady. – Tata zabierał nas w miejsca ważne dla historii Polski, atrakcyjne turystycznie, a także starał się łączyć te wyjazdy z umacnianiem więzi rodzinnych – podkreśla córka.

Paweł, lekarz

W wyprawach Kazimierza Grajnera uczestniczył jego syn Paweł (1947–2014). Zamiłowanie do poznawania nowych miejsc, które rozbudził w nim ojciec, pozostało na całe życie. Najpierw była Polska, potem podróże coraz dalej, poza granice kraju. W 1977 r. dotarł do Afganistanu, Pakistanu, Indii, Nepalu – do podnóża Himalajów. Następne wyprawy odbywał już z żoną. Paweł Grajner, specjalista radiolog, był absolwentem I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (1971). Już podczas studiów podjął pracę, był sanitariuszem. Zawodowo związany z wieloma placówkami ochrony zdrowia na Mazowszu, m.in.: w Nowym Dworze Mazowieckim, Modlinie, Legionowie i Łukowie. W Warszawie przez wiele lat pracował m.in. w Szpitalu Bielańskim, w szpitalu przy Inflanckiej oraz w dawnej Lecznicy Ministerstwa Zdrowia przy ul. Emilii Plater. Był lubianym i cenionym pracownikiem.



Kazimierz Grajner, 1972 r.

Ojciec i syn

Kazimierz Grajner zmarł w roku 1986. Miał 74 lata. W roku 2014, w wieku 67 lat, zmarł nagle Paweł Grajner. W ich życiu spletały się chemia i medycyna, pasje poznawcze i otwartość na innych. Dla obu – jak podkreślają ich bliscy – najważniejsza była rodzina. ■

oprac. ach

PS Piotr Grajner, syn Pawła, zbiera wspomnienia o ojcu. Kontakt: pmgrajner@gmail.com



Galapagos

– czarodziejskie wyspy

Jacek Walczak



„Widok wzniesień zwieńczonych kraterami i doskonale zachowanych strumieni zastygłej lawy pozwala nam wierzyć, że w stosunkowo nieodległej epoce geologicznej rozścięrał się tutaj niezmierny ocean. Dlatego – w czasie i przestrzeni – znajdujemy się bardzo blisko największego z wydarzeń, tajemnicy tajemnic – pojawienia się pierwszych istot żywych na Ziemi”.

Karol Darwin

Karol Darwin podczas podróży w 1835 r. na statku „Beagle” dotarł do czarnych wulkanicznych plaż wysp Galapagos. W swoim dziele „O pochodzeniu gatunków”, wydanym 20 lat później, podważył dotychczasowe teorie o pochodzeniu życia na Ziemi. Idee uczonego wzbudziły kontrowersje i stały się tematem dyskusji trwających do dziś.

Galapagos to po hiszpańsku po prostu żółw. Tę nazwę wysp wprowadził oficjalnie rząd Ekwadoru dopiero w 1973 r. Wcześniej była wielokrotnie zmieniana. Brytyjcy piraci mówili Jervis albo Chatham, natomiast Hiszpanie – Santa Cruz i Santa Fé. Wulkaniczne wyspy położone są 960 km na zachód od wybrzeży Ekwadoru. Archipelag tworzy 13 większych i 6 mniejszych wysp, które uzupełniają 42 skałki wystające z oceanu.

Wydawałoby się, że wyrzucana 4 miliony lat temu wulkaniczna lawa z dna Pacyfiku uniemożliwi istnienie jakichkolwiek form życia. Tymczasem pewne gatunki przystosowały się do nieprzyjaznych warunków. Tysiące lat i ogromna odległość od stałego lądu sprawiły, że żyjące na Galapagos zwierzęta, pozbawione naturalnych wrogów, całkowicie zatraciły poczucie strachu, również przed człowiekiem. Głup-

taki niebieskonogie i pingwiny równikowe spokojnie spacerują i przepychają się między nogami zaskoczonych ludzi. Kolorowe legwany wręcz lekceważą dwunogich przybyszów z aparatami fotograficznymi. Natomiast młode lwy morskie, niczym psie szczenięta, zaczepiają i prowokują do wspólnej zabawy w ciepłych wodach licznych zatok. Nad głowami nieustannie krążą dostojne, szlachetnie wyglądające czarne fregaty. Na Galapagos żyje 58 gatunków ptaków, w tym 28 endemicznych. Szczególną uwagę zwracają słynne żięby Darwina i albatrosy galapagoskie o żółtych dziobach. Tych ostatnich, występujących wyłącznie na wyspie Española, jest tylko 12 tys. par. Legwany morskie, które Darwin nazywał „demonami ciemności”, są krewniakami lądowych gadów, które wymarły 100 milionów lat temu.

Najsłynniejszymi gadami z Galapagos są ogromne żółwie słoniowe, osiągające wagę 250 kg. Obecnie żyje ich niespełna 15 tys.

Bez wątplenia najpóźniej dotarli na Galapagos ludzie. Raczej między legendy należy włożyć informację o wizycie na wyspach inkaskiego króla Tupac Yupanqui w XV w. Natomiast Fray Tomas de Berlanga, biskup Panamy, który w roku 1535 przypadkowo trafił tam w poszukiwaniu wody, zdziwiony niezwykłym zachowaniem zwierząt nazwał je „las escandadas” (czarodziejskie). Później przez dwa stulecia wyspy odwiedzali różnej maści awanturnicy, najczęściej angielscy i holenderscy korsarze. Odkryli walory mięsa olbrzymich żółwi, które mogły pozostawać bez pożywienia i wody nawet rok, co eliminowało problem konserwacji mięsa.

Pierwszym osadnikiem na Galapagos był Irlandczyk Patrick Watkins, który przybył na wyspę Floreanę w 1812 r. Kiedy w 1832 rząd Ekwadoru definitywnie przejął archipelag, zaczęła się regularna kolonizacja. Nieco później wyspa San Cristobal pełniła rolę nadzwyczaj ciężkiej kolonii karnej. Podczas II wojny światowej Stany Zjednoczone wykorzystały archipelag jako bazę obronną, z której odpierano ataki na Kanał Panamski. Na wyspie Baltra zbudowano wtedy pierwsze lądowisko.

Od czasów Darwina naukowcy prowadzą na Galapagos regularne badania i obserwacje. Niestety, sprowadzane przez osadników zwierzęta, głównie kozy, psy, koty i szczury, zdziwiałe czynią niesłychane spustoszenie w bardzo delikatnym ekosystemie wysp. Od 1959 r. pod auspicjami UNESCO działa Fundacja Karola Darwina. W celu prowadzenia badań naukowych, edukacji i ochrony przyrody w 1964 r. utworzyła Stację Badawczą im. Karola Darwina. Wspólnie z władzami rezerwatu podejmowane są akcje tępienia zdziczałych zwierząt przywiezionych niegdyś z kontynentu. Wytrzebiono czarne szczury na Bartolome oraz kozy na wyspach Santa Fé, Española i Rabida. Mniej skutecznie są próby pozbycia się dzikich psów, które atakują młode żółwie i legwany.

Niedawno wprowadzone nowe prawo pozwala przebywać na wyspach tylko stałym mieszkańcom i ich dzieciom. Nielegalna emigracja jednak trwa i ludność archipelagu zbliża się do 20 tys. ■



Fot. egw

Specjalna oferta dla lekarzy



Bank Spółdzielczy
w Ostrowi Mazowieckiej
www.bsostrowmaz.pl



BPS TFI
Grupa BPS

Bank Spółdzielczy w Ostrowi Mazowieckiej

Pakiet BIZNES MED

0 zł prowadzenie rachunku w PLN, USD, EUR, GBP
0 zł karta do konta
specjalne warunki kredytowe
minimum formalności przy kredycie do 150.000 zł

Pakiet PRIVATE MED

0 zł prowadzenie rachunku
0 zł karta do konta
0 zł przelewy internetowe i papierowe
atrakcyjne kredyty konsumenckie i mieszkaniowe

Skontaktuj się z nami

kontakt@bsostrowmaz.pl
801 000 823
www.bsostrowmaz.pl



BPS Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.

Fundusze BPS FIO i BPS SFIO

duży potencjał zysku
doświadczeni doradcy inwestycyjni
odroczony „Podatek Belki”
zgromadzone środki podlegają dziedziczeniu
jednostki uczestnictwa mogą być przedmiotem
zastawu np. jako zabezpieczenie kredytu

Programy Oszczędnościowe

Program Systematycznego Inwestowania
„Akumulacja Kapitału”
Program Oszczędnościowo Inwestycyjny
„Lokata Plus”

Inwestuj bez wychodzenia z domu!

STI – „Zaloguj się. Inwestuj. Zarabiaj.”
Darmowy serwis STI dostępny 24h/7
Infolinia 22 588 18 92
www.bpstfi.pl

Planet Pay

Terminale Planet Pay

Sieć terminali Planet Pay to nowoczesny wymiar akceptacji kart płatniczych. Oferujemy kompleksowe rozwiązania w zakresie akceptacji kart płatniczych Visa i MasterCard w terminalach POS wszędzie tam gdzie ważne jest szybkie i bezpieczne przyjmowanie płatności kartą.

Zamów terminal Planet Pay

Opowiedz nam o swojej firmie. Przedstawimy Ci najlepsze możliwości, wyjaśnimy wszelkie kwestie, przygotujemy ofertę i umowę.

Kontakt

pos@planetpay.pl
801 50 80 50
www.planetpay.pl



Medigames 2015 oczami atlety

Tegoroczne Medigames odbyły się w irlandzkim Limerick. Zorganizowano je w nietypowym terminie – w lipcu, i to prawdopodobnie było przyczyną niskiej frekwencji zawodników zarówno z Polski, jak i z pozostałych krajów.

Trochę szkoda organizatorów, bo pomysł umieszczenia zawodników igrzysk w kampusie uniwersyteckim, jak w wiosce olimpijskiej, ocenić należy bardzo wysoko. Atmosfera była doskonała, a bliskość aren sportowych ułatwiała dopinguowanie kolegów startujących w innych dyscyplinach.

Pogoda sprzyjała startującym, ale deszcz w ostatnim dniu zawodów również im nie przeszkodził (szczególnie zaprawionym w znoszeniu kaprysów aury w czasie Igrzysk Lekarskich w Zakopanem).

Limerick to 70-tysięczne miasto z licznymi zabytkami (zamek króla Jana na zdjęciu), największym w Irlandii uniwersytetem i 10-tysięczną Polonią. Rodaków można było spotkać na każdym kroku i w każdym miejscu, nie tylko pracujących, ale także odpoczywających i uczących się.

Najliczniejszą grupę zawodników reprezentujących Polskę stanowili lekkoatleci (piłkarzy liczę jak jedną osobę), wystartowało także dwoje pływaków, tenisista stołowy i siatkarze.

W klasyfikacji medalowej polska ekipa zajęła 6. miejsce!

Oto medaliści: lekkoatletyka – Sebastian Spaleniak, tegoroczny debiutant (kat. A) – 4 złote medale (rzut oszczepem, dyskiem, młotem oraz pchnięcie kulą); Konrad Bońda (kat. C) – 3 złote (rzut oszczepem, młotem oraz pchnięcie kulą) i brązowy (rzut dyskiem); Zenon Krukowski (kat. F) – 2 złote (rzut oszczepem, młotem) i srebrny (rzut dyskiem); Robert

Gajda (kat. C) – złoty (bieg na 1500 m); Anna Michałowska (kat. A) – 2 srebrne (biegi na 400 i 800 m), 2 brązowe (biegi na 200 i 1500 m); Elżbieta Lorkowska (kat. D) – brązowy (rzut młotem);

pływanie – Robert Lorkowski (kat. D) – 4 złote medale (400 i 1500 m stylem dowolnym, 200 m – st. zmiennym, 50 m – st. grzbietowym), 2 srebrne (100 m – st. dowolnym, 50 m – st. motylkowym); Danuta Gojlik (kat. C, tegoroczna debiutantka) – złoty (100 m – st. klasycznym), srebrny (200 m – st. zmiennym), brązowy (800 m – st. dowolnym) oraz srebrny – w pływaniu w wodach otwartych (na 3 km);

tenis stołowy – Andrzej Bernatowicz – srebrny medal w deblu;

piłka nożna (drużyna 6-osobowa) – Medyk Zabrze – złoty medal (!);

siatkówka plażowa (na trawie) – Białystok – 3. miejsce.



Fot. K. Bońda

Celowo nie podaję przynależności do izb lekarskich, gdyż uważam, że w Medigames wszyscy reprezentujemy Polskę, czyli Naczelną Izbę Lekarską. Chciałbym także wierzyć, że członkowie jej Komisji ds. Sportu znają większość medalistów.

Następne Medigames odbędą się w Mariborze (Słowenia), 28 maja – 4 czerwca. ■

Konrad Bońda



Złot DoctorRiders

Fot. K. Sankiewicz

W lipcu w miejscowości Stok odbył się 11. Ogólnopolski Złot Klubu Lekarzy Motocyklistów DoctorRiders. Klub działa przy OIL w Łodzi, powstał tylko rok później niż nasza Sekcja Motocyklowa DR. Przez te lata rozwinął się i niezwykle mocno integruje środowisko lekarskie.

Gościliśmy na ziemi bełchatowskiej, gdzie wokół ogromnej kopalni węgla brunatnego stworzono strefę ochronną obejmującą lasy i zbiorniki wodne, a nawet stoki z wyciągiem narciarskim. Tam DoctorRiders obradowali, zwiedzali obiekty przemysłowe i wypoczywali, ciesząc się obecnością przyjaciół i rodzin, które licznie przybyły na imprezę.

Było to prawdziwe święto ludzi na stalowych rumakach. Podczas uroczystej kolacji do klubu DoctorRiders został przyjeżdżający członek Sekcji Motocyklowej DR z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, kolega Jan Bartłomiej Kowalski. ■

Krzysztof Sankiewicz



Plener Malujących Lekarzy

W Szelmencie, nad jeziorem Szelmant Wielki, na Suwalszczyźnie odbył się w czerwcu 2015 r. XV Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy. Udział w nim wzięło 24 artystów. Z naszej OIL przybyło 13 koleżanek i kolegów.

Naszym miejscowym opiekunem był dyr. Janusz Orłowski, który zorganizował wycieczkę po okolicy.

Rozjechaliśmy się w pełni usatysfakcjonowani pobytom i dorobkiem (na wernisżu przedstawiono 120 prac). ■

Włodzimierz Cerański,
organizator pleneru



Wystawa Malarstwa Lekarzy

W maju br. w Klubie Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi odbył się wernisaż XIII Ogólnopolskiej Wystawy Malarstwa Lekarzy. Wzięło w niej udział 58 koleżanek i kolegów z prawie wszystkich izb. Warszawską OIL reprezentowało 16 artystów. Uroczystość otworzył wiceprezes ORL w Łodzi dr n. med. Lesław Jacek Pypec. Od kilku lat prace ocenia profesjonalne jury, które przyznaje nagrody oraz wyróżnienia. W tym roku Srebrną Paletę przyznano naszej koleżance Annie Mendrek, Brązową – Wiktorii Mikulskiej, a wyróżnienia – Annie Boszko i Włodzimierzowi Cerańskiemu.

PS Zaapelowałem do koleżanek i kolegów artystów o ofiarowanie obrazów Głównej Bibliotece Lekarskiej. Prace zostałyby wystawione na licytację, a uzyskane pieniądze przekazane bibliotece, która boryka się z dużymi problemami finansowymi. ■

Włodzimierz Cerański,
przewodniczący Sekcji Malarskiej KKSiT ORL

Zapraszamy do Klubu Lekarza Warszawa,
ul. Raszyńska 54

- * **7.10.2015 r.** (środa), godz. 18.00 – „Podróż muzyczna do wielkiej Grecji” – koncert i opowieść Pawła Krupki.
- * **14.10.2015 r.** (środa), godz. 18.00 – „Kurie” – prezentacja filmu z 2005 r. w reż. Grzegorza Madeja.
- * **21.10.2015 r.** (środa), godz. 18.00 – „Z aktorskiego albumu” – spotkanie z Emilią Krakowską.

Absolwenci Śląskiej Akademii Medycznej (obecnie ŚUM) rocznika 1990

Spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia studiów odbędzie się 7 listopada 2015 r. w ORW „Muflon” w Ustroniu.

Zainteresowanych prosimy o kontakt z organizatorem:
Jacek Ciepluch, tel.: 660-35-63-68, szef@med-service.net.pl

SPROSTOWANIE

We wspomnieniu o Ireneuszu Tyszkiewiczu („Puls” nr 8–9/2015) mylnie podaliśmy datę Jego urodzin (powinno być: 1945 r.). Rodzinę Doktora oraz Czytelników przepraszamy.



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Więcej: www.miesiecznik-puls.org.pl (Nowe przepisy prawne)

30 lipca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 lipca 2015 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1060.

31 lipca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 24 lipca 2015 r. w sprawie wyrażenia zgody na zwiększenie wielkości wynagrodzeń w roku 2015 w Narodowym Funduszu Zdrowia, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1072.

4 sierpnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1095, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 3 lipca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o instytutach badawczych.

5 sierpnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1102, obwieszczenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 17 lipca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra nauki i szkolnictwa wyższego dotyczące sposobu ustalania wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy oraz ekwiwalentu pieniężnego za okres niewykorzystanego urlopu wypoczynkowego nauczycieli akademickich.

6 sierpnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1110, obwieszczenie ministra pracy i polityki społecznej z 8 lipca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra gospodarki, pracy i polityki społecznej, dotyczące orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

8 sierpnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 31 lipca 2015 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1119.

11 sierpnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 lipca 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagenym w środowisku pracy, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1090.

12 sierpnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 lipca 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1097.

22 sierpnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1126.

Rozporządzenie określa zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, którzy zawarli z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji umowę dotyczącą pozyskania danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń.

Standard rachunku kosztów określa:

- sposób identyfikacji i gromadzenia kosztów faktycznie poniesionych w systemie finansowo-księgowym,
- sposób kalkulacji kosztu świadczenia opieki zdrowotnej w module kontrolingowym.

22 sierpnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 lipca 2015 r. w sprawie rodzajów odpadów medycznych i odpadów weterynaryjnych, których odzysk jest dopuszczalny, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1116.

Załącznik do rozporządzenia określa rodzaje odpadów medycznych, których odzysk jest dopuszczalny:

18 01 – Odpady z opieki okołoporodowej, diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej

Fundacja Lekarska
PRO-SENIORE
im. Lekarzy Polskich
Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej
POMÓŻMY TYM, KTÓRZY POMAGALI NAM



**OKRĘGOWA
IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE**
im. prof. Jana Nieciubowicza

**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 komórkowych i stacjonarnych

18 01 01 – Narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03)

18 01 04 – Inne odpady niż wymienione w 18 01 03 (np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy)

18 01 06* – Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne

18 01 07 – Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06

ex18 01 10* – Odpady amalgamatu dentystycznego (z wyłączeniem odpadów o właściwościach zakaźnych)

ex18 01 81 – Zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej, inne niż wymienione w 18 01 80 – borowina pozabiegowa

27 sierpnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1242, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 6 sierpnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

28 sierpnia 2015 r. weszła w życie ustawa z 12 czerwca 2015 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1163.

Minister zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a także konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ustawa zawiera również delegacje dla ministra spraw wewnętrznych, ministra sprawiedliwości oraz ministra obrony narodowej do wydania rozporządzeń we wspomnianym zakresie.

Dotychczas wydane rozporządzenia dotyczące dokumentacji medycznej zachowują moc do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych, o których mowa, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

1 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z 16 lipca 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w niektórych państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1093.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do pracowników zatrudnionych w:

- państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia utworzonych przez ministra zdrowia,
- wojewódzkich centrach zdrowia publicznego.

Załączniki do rozporządzenia określają odrębnie warunki wynagradzania za pracę pracowników zatrudnionych w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

1 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1261.

Historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze szpitala, rozpoznania onkologicznego ustalonego po wypisaniu pacjenta ze szpitala na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu ze szpitala.

Do historii choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, dołącza się informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołoperacyjnych w sali operacyjnej, w postaci okołoperacyjnej karty kontrolnej.

Wpisy w okołoperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest osoba określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego.

Koordinator karty dokonuje wpisów w okołoperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

Okołoperacyjna karta kontrolna zawiera oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz pogrupowane informacje dotyczące niezbędnych czynności wykonywanych: przed znieczuleniem pacjenta, przed wykonaniem nacięcia oraz przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.

Godziny pracy OIL w Warszawie

Biuro OIL – poniedziałek – piątek od 8.00 do 16.00

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
– poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

Zespół ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich
– poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

Sekcja Windykacji Składek – poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

Kasa – poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 14.00, środa od 9.00 do 17.00

Okłooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed znieczuleniem pacjenta, zawiera w szczególności:

- imię i nazwisko pacjenta,
- datę operacji,
- nazwę komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał,
- numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów,
- określenie trybu wykonania operacji (planowy, nagły – natychmiastowy, pilny, przyspieszony),
- potwierdzenie: tożsamości pacjenta, miejsca operowanego, procedury operacyjnej, zgody na operację, rodzaju znieczulenia,
- informację o oznaczeniu miejsca operowanego (tak, nie),
- potwierdzenie dokonania oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia,
- potwierdzenie zapewnienia monitorowania: EKG, pulsoksymetrii, ciśnienia tętniczego krwi, kapnometrii,
- informację o alergiach (tak – ze wskazaniem jakie, nie),
- informację o przewidywanych trudnościach w utrzymaniu drożności dróg oddechowych (tak – zapewniono właściwy sprzęt, nie),
- informację o ryzyku krwawienia > 500 ml u dorosłych albo > 7 ml/kg masy ciała u dzieci (tak – zapewniono płyny i preparaty krwiopochodne, nie).

Okłooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed wykonaniem nacięcia, zawiera w szczególności:

- informację o potwierdzeniu przez członków zespołu operacyjnego, że znają wzajemnie swoją tożsamość oraz funkcję w zespole operacyjnym (tak, nie),
- informację o przedstawieniu się wszystkich członków zespołu (tak, nie) – w przypadku gdy członkowie zespołu operacyjnego nie znają się wzajemnie,
- potwierdzenie przez operatora, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną i pielęgniarkę operacyjną: tożsamości pacjenta, miejsca operowanego, procedury operacyjnej,
- potwierdzenie właściwego ułożenia pacjenta,
- potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną właściwego zestawu narzędzi,

- informację o możliwych odstępstwach od zaplanowanej procedury operacyjnej, w szczególności o zmianie typu lub techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmianie rodzaju znieczulenia, oczekiwanej utracie krwi, uzupełnieniu lub zmianie zestawu narzędzi: przez operatora (tak, nie, nie dotyczy), przez anestezjologa (tak, nie, nie dotyczy), przez pielęgniarkę operacyjną (tak, nie, nie dotyczy),
- informację o zastosowaniu i udokumentowaniu okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w okresie do 60 minut przed operacją (tak, nie, nie dotyczy),
- informację o zastosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej (tak – ze wskazaniem daty i godziny, nie, nie dotyczy),
- informację o przygotowaniu wyników badań obrazowych (tak, nie, nie dotyczy).

Okłooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego, zawiera w szczególności:

- potwierdzenie przez zespół operacyjny nazwy wykonanej procedury,
- potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów,
- informację o oznaczeniu materiału pobranego do badań (tak, nie, nie dotyczy),
- informację o wystąpieniu powikłań podczas operacji (tak, nie),
- informację o wystąpieniu problemów ze sprzętem lub trudności technicznych (tak, nie),
- informację o określeniu przez operatora i anestezjologa ewentualnych problemów pooperacyjnych (tak, nie),
- informację o wypisaniu zleceń pooperacyjnych przez: operatora (tak, nie), anestezjologa (tak, nie),
- informację o udokumentowaniu oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej (tak, nie).

Okłooperacyjną kartę kontrolną podpisuje jej koordynator. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby albo w karcie noworodka.

Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony. ■

WYDAWCA BIULETYNU „MIESIĘCZNIK OIL W WARSZAWIE PULS”: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

REDAKCJA: 00-512 Warszawa, ul. Puławska 18, faks 22-850-18-08, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-850-18-10, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska, tel. 22-850-18-10, k.biezanska@oilwaw.org.pl

KOLEGIUM REDAKCYJNE: Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek (redaktor Biuletynu OIL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiewicz, Konstanty Radziwiłł (przewodniczący), Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Anetta Chęcińska, Stefan Ciepły, Ewa Dobrowolska, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Solecka, Małgorzata Okupny, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, 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. 22-542-83-53, 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.

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

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

Wiceprezes ORL Romuald Krajewski; tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL Konstanty Radziwiłł; 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

asystent prezesa ORL/administrator budynku OIL w Warszawie
Wojciech Surowiecki; tel. 22-542-83-50

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. 22-542-83-40

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

Dyrektor biura Zbigniew Gałązka
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

Kadry – Agnieszka Jasińska; tel. 22-542-83-10

Składki – kierownik Maciej Lisieski; tel. 22-542-83-38

Miłosz Kłosowski, Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska
tel. 22-542-83-39

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

Kancelaria prawna

tel. 22-542-83-28

prac. biura: 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, Joanna Antonowicz
tel. 22-542-83-20

Okręgowa Komisja Rewizyjna

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć
tel. 22-542-83-64

prac. biura: Julita Kiwatyniec; tel. 22-542-83-48

Okręgowa Komisja Wyborcza

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

kanc.: 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: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Małgorzata Olszewska

tel. 22-542-83-32, faks 22-542-83-26

Komisja Bioetyczna – przewodniczący Marek Czarkowski

prac. biura: Karolina Brama, Urszula Piórecka

tel. 22-542-83-12; faks 22-542-83-13

Komisja ds. Lekarzy Dentystów

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów – przewodnicząca: Marta Starczewska

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy

przewodniczący Roman Olszewski

prac. biura: Emilia Andersz, Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej

przewodniczący Konstanty Radziwiłł

prac. biura: Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

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: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy

przewodniczący Andrzej Morliński

prac. biura: Renata Sobolewska

tel. 22-542-83-30, 22-542-83-08

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

tel. 22-542-83-30, 22-542-83-08

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

przewodniczący Włodzimierz Cerański

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy

Bohdan Woronowicz; tel. 602-67-07-22

kanc.: Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

Rzecznik Praw Lekarza Andrzej Kuźawczyk

kanc.: Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

Mediator Krzysztof Bielecki; e-mail: prof.bielecki@gmail.com

kanc.: Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

Lekarzy i Lekarzy Dentystów

dyrektor Krzysztof Dziubiński

prac. biura: Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,

Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika

tel. 22-313-19-70; faks 22-313-19-65; odz@oilwaw.org.pl

Marketing i reklama

Renata Klimkowska; tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00

e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Zespół ds. Mediów Elektronicznych

Justyna Wojteczek, Karolina Jemioł; tel. 22-542-83-52,

monitorlekarski@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16)

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

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



RENAULT
Passion for life

Renault **KADJAR** Life Energy TCe 130

w programie Renault Business Plan

Oferta specjalna dla lekarzy i farmaceutów:

- ❖ rata miesięczna 539 zł netto
- ❖ wpłata własna – 20%
- ❖ okres leasingu: 36 miesięcy.

Korzyści wynikające ze skorzystania z oferty:

- ❖ Stała niska rata leasingowa
- ❖ Opony zimowe gratis*
- ❖ Gwarantowany samochód zastępczy
- ❖ Przeglądy okresowe
- ❖ Naprawy gwarancyjne i pogwarancyjne
- ❖ Wymiana części eksploatacyjnych



Rata Renault Business Plan uwzględnia koszt: assistance, zarządzania i serwisu mechanicznego z limitem 40 tys. km w okresie 36 miesięcy. Stan na dzień 15.09.2015 r. Zdjęcie samochodu prezentowanego może różnić się od oferowanego i zawierać elementy wyposażenia dodatkowego. Niniejsza informacja nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu przepisów art. 66 kodeksu cywilnego.

* Oferta limitowana



STAWIAMY NA WYNIKU
**DEALER
OF THE YEAR
2014**
AMBASADOR MARKI – JAKOŚĆ

RENAULT RETAIL GROUP WARSZAWA Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 156
02-326 Warszawa
ul. Poznańska 16/18,
05-850 Ożarów Mazowiecki
www.renaultwarszawa.pl

Dedykowani sprzedawcy do oferty

Jacek Zalewski
tel. 22 5 444 441
kom. 695 111 495
jacekzalewski.rtg@dealer.renault.com.pl

Paweł Piotrowski
tel. 22 5 444 221
kom. 695 111 410
pawel.piotrowski.rtg@dealer.renault.com.pl