

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

puls

listopad 2015 nr 11

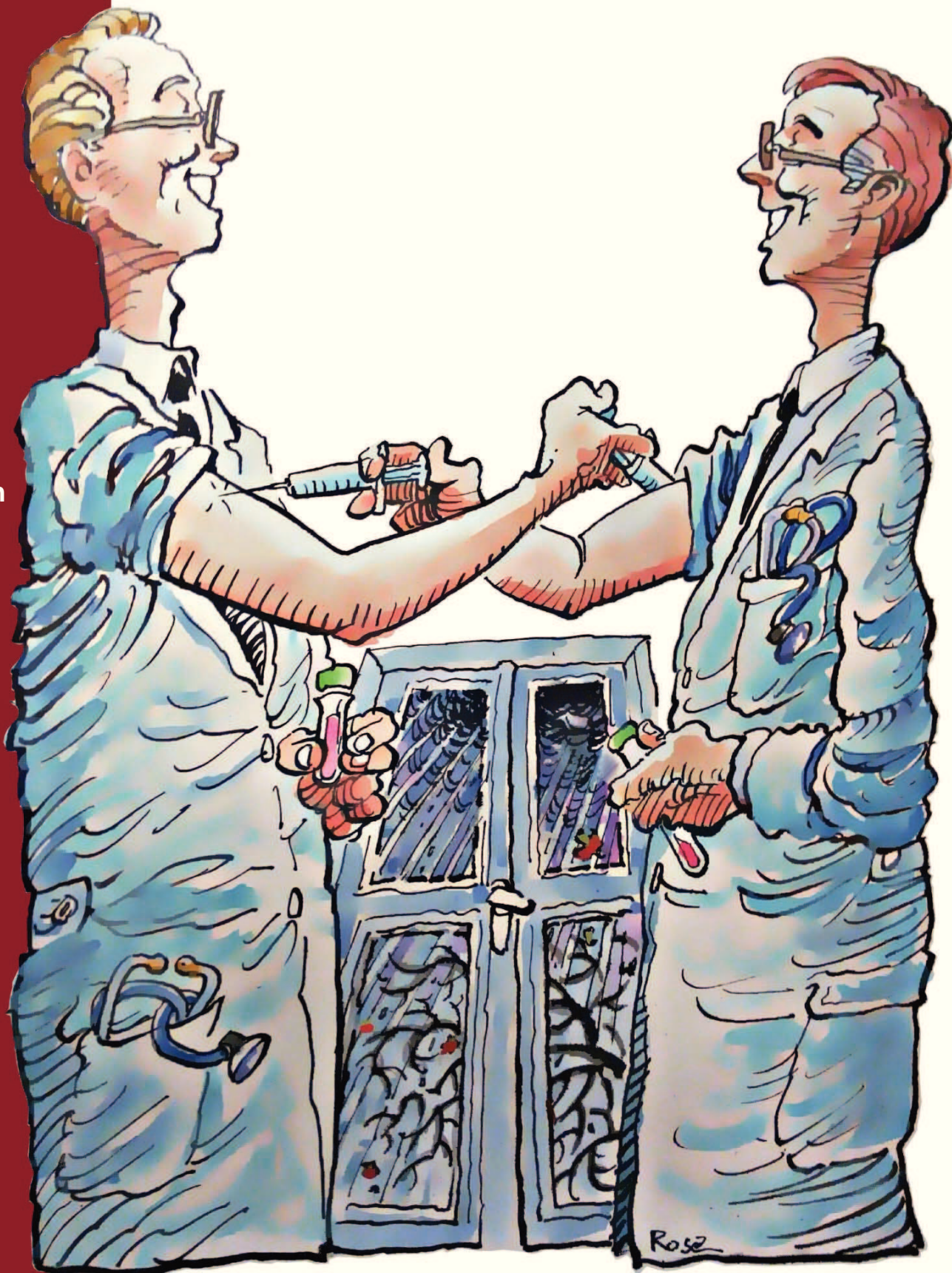
Rozmowa
z prof. dr. hab.
n. med.
Markiem
Kuchem
[str. 4]

Szczepmy
się!
[str. 6–9]

Jak to jest
z klauzulą
sumienia
[str. 17]

O chorobach
jamy ustnej
mówi
dr n. med.
Maciej
Nowak
[str. 22]

Sagi
rodzinne
– Cztery
pokolenia
ginekologów
[str. 40]





RENAULT
Passion for life

Nowe Renault **ESPACE** Life Energy dCi 130 w programie Renault Business Plan

Oferta specjalna dla Lekarzy i Farmaceutów:

- ❖ rata miesięczna 999 zł netto
- ❖ wpłata własna – 20%
- ❖ okres leasingu: 36 miesięcy
- ❖ całkowity przebieg: 60 tys. km.

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
- ❖ Promocyjne ubezpieczenie: 1% wartości samochodu



Rata Renault Business Plan uwzględnia koszt: assistance, zarządzania i serwisu mechanicznego z limitem 60 tys. km w okresie 36 miesięcy. Stan na dzień 15.10.2015 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

Szczegółowe warunki Renault Business Plan oferowanego przez RCI Leasing Polska Sp. z o.o. dostępne u Renault Retail Group Warszawa Sp. z o.o.



STAWIAMY NA WYNIK
**DEALER
OF THE YEAR
2014**
AWARDORH 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

Osoby dedykowane do obsługi oferty

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

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

- ★ Doświadczenie ponad 50 lekarzy psychiatrów i ponad 50 psychologów-psychoterapeutów
- ★ Duża liczba przypadków
- ★ Udział w badaniach naukowych
- ★ Konsultacje dla lekarzy innych specjalizacji
- ★ Centrum Diagnozy Psychologicznej
- ★ Regularne superwizje zespołów psychoterapeutycznych
- ★ Regularne posiedzenia kliniczne zespołu lekarskiego
- ★ Organizacja naszego I Kursu Naukowego dla Lekarzy w 2014 roku



zachęćmy nas do zorganizowania

II KURSU NAUKOWEGO DLA LEKARZY

Co każdy lekarz powinien wiedzieć w 2015 roku o postępowaniu z pacjentem niezadowolonym, roszczeniowym, agresywnym?

21 LISTOPADA 2015 (SOBOTA), GODZ. 9:00 - 14:00

CEL SZKOLENIA

Przekazanie lekarzom (niezależnie od ich specjalizacji) wielu sposobów rozumienia i radzenia sobie w sytuacjach, gdy pacjent budzi w nich negatywne emocje, jest niezadowolony, roszczeniowy lub agresywny.

ZAPISY

kurs@psychiatrzy.warszawa.pl
(22) 436 83 50

★ Akredytacja OIL w Warszawie

★ 7 punktów edukacyjnych

ORGANIZATOR

NZOZ Centrum Terapii Dialog

NZOZ Centrum Terapii Dialog

Warszawa,
ul. Stryeńskich 19



Warszawa,
ul. Słomińskiego 19



NASZE UPRAWNIENIA

Wpis na listę Wojewody Mazowieckiego jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej z pełnymi uprawnieniami Podmiotu Leczniczego

Ośrodek akredytowany do prowadzenia szkoleń lekarzy starających się o specjalizację z psychiatrii

Wpis na listę Kuratorium Oświaty w Warszawie jako Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 44P i uprawnienia do diagnozowania i wystawiania opinii m.in. o dysleksji, dysgrafii i dyskalkulii

dialog
CENTRUM TERAPII

NZOZ Centrum Terapii DIALOG to dwie 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. Szczegóły na: www.psychiatrzy.warszawa.pl



Nr 11 (247) listopad 2015

Na okładce:

rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ powiem wprost	3
▶ trzy pytania do...	
Wątpliwości u progu reformy	4
▶ Szczepmy się!	6
▶ Zawodowi komplikatorzy	9
Recepty lekarskie	
– pytania i odpowiedzi	12
▶ Badanie kliniczne to rodzaj eksperymentu medycznego	14
▶ Biuletyn ORL	16
▶ Jak to jest z klauzulą sumienia	17
▶ Doniesienia naukowe	18
▶ Nobel za walkę z pasożytami	19
▶ składki	20
▶ Periodontologia	22
▶ Śródkostne implanty dentystyczne	24
▶ Neuropatia cukrzycowa (PDN)	25
▶ Ostatni dyżur	26
▶ z Mazowsza	27
▶ z Delegatury Radomskiej	30
▶ ubezpieczenia	32
▶ „Litwo, Ojczyzno moja!...”	36
▶ Lekarski samorząd na Ukrainie...	37
▶ sport	38
▶ Cztery pokolenia ginekologów	40
▶ propozycje kulturalne	42
▶ wspomnienie	43
▶ IX Charytatywna Gala...	44
▶ nowe przepisy prawne	45
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Walewski	10
▷ Balicki	10
▷ Karczewski	11
▷ Kowal	27
▷ Cieplý	34
▷ Müldner-Nieckowski	34
▷ Jankowska	35



Piekarze i polityka

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Jeden z ministrów zdrowia kazał kiedyś powiesić w ministerstwie hasło „*Polityce wstęp wzbroniony*”. Tym ministrem był prof. Jacek Żochowski, który uważał, że kierowanie się przesłankami politycznymi zamiast rozsądkiem nic dobrego systemowi ochrony zdrowia nie przyniesie. Ani Jackowi Żochowskiemu, ani żadnemu jego następcy nie udało się zrealizować tego postulatu. Zdrowie i problemy zdrowotne Polaków są stale jednym z głównych instrumentów politycznej walki między partiami. Liczne i, jak widać, nieudane próby (co ekipa to inny pomysł) reformowania opieki zdrowotnej opierały się przede wszystkim na przesłankach politycznych, a nie na kalkulacjach i zaleceniach ekspertów.

Co cztery lata, przed kolejnymi wyborami parlamentarnymi, słyszymy te same obietnice: kiedy my dojdziemy do władzy, zdecydowanie poprawimy sytuację służby zdrowia. Pacjenci będą zadowoleni, zarobki pielęgniarek i lekarzy wzrosną. Przez ponad 20 lat mojej pracy w samorządzie lekarskim wielokrotnie byłem świadkiem, jak w parlamencie racje polityczne brały górę nad zdrowym rozsądkiem i argumentami ekspertów.

Konstytucja RP (art. 17) pozwala na tworzenie samorządów zawodów zaufania publicznego. Samorzady zawodowe to, obok terytorialnych, jeden z atrybutów demokracji. Przez dziesiątki lat nikt nie miał wątpliwości, że zawody lekarza i prawnika to zawody zaufania publicznego. Pierwszemu ludziemu zawierają swoje zdrowie i życie, drugiemu – majątek i często wolność. Jednemu i drugiemu zdradzamy najskrytsze tajemnice, których muszą dochować. Od kilku lat obserwujemy wzrost, ze względów koniunkturalnych, politycznych, liczby zawodów zaufania publicznego. Utworzenie samorządu, czyli uzyskanie statusu zawodu zaufania publicznego, podnosi samopoczucie wykonujących ten zawód.

W ostatnich dniach kończącej się kadencji parlamentarzyści na chybcika i wbrew zdrowemu rozsądkowi (podobnie jak to było w przypadku pakietu onkologicznego) uchwalili ustawę o zawodzie fizjoterapeuty, która przyznaje mu status zawodu zaufania publicznego. Co gorsza, znosi nadzór lekarza nad jednym z elementów leczenia, czyli rehabilitacją w gabinecie fizjoterapeuty. Pytanie, czy leży to w interesie pacjenta, czy polityków, którzy rozpaczliwie szukają głosów wyborców.

Podczas debaty nad tą ustawą w Sejmowej Komisji Zdrowia na pytanie przedstawiciela NRL, czy fizjoterapeuta to zawód zaufania publicznego, wiceminister Radziejewicz-Winnicki odpowiedział, że 80 tys. fizjoterapeutów (według zapisów przyjętej ustawy także ci po trzymiesięcznym kursie) zasługuje na takie miano jak każdy, kto wykonuje zawód mający związek ze zdrowiem człowieka (*sic!*). Przedstawiciel lekarzy zaproponował więc utworzenie np. samorządu piekarzy, bo zdrowe i dobre pieczywo jest ważnym elementem diety człowieka i ma niewątpliwą wpływ na jego zdrowie. Wypowiedź wzburzyła konsultanta krajowego ds. fizjoterapii: – *Jak można porównywać fizjoterapeutę z piekarzem!*

A przecież piekarz nie jest gorszym zawodem niż jakikolwiek inny. Przy okazji: piekarzy jest więcej niż fizjoterapeutów, ileż to potencjalnych głosów w czasie wyborów!!! ■

ew.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

Być lekarzem to przywilej



Fot. egw

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

Wręczenie prawa wykonywania zawodu młodym lekarzom i lekarzom denty stom to szczególny moment. Zamyka bezpieczny czas studiów i stażu podyplomowego, a otwiera wymagającą odpowiedzialności lekarską drogę. 7 listopada powitamy w naszym gronie koleżanki i kolegów, którzy zdali Lekarski Egzamin Państwowy i, wraz z otrzymaniem dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu, zostają członkami izby lekarskiej. Młodzi lekarze i lekarze dentyści wchodzący w życie zawodowe mają gruntowną wiedzę. Praktykę będą nabywali latami, czerpiąc z własnej pracy, a także z doświadczenia starszych kolegów. Wielokrotnie będą podejmowali trudne lekarskie decyzje. Doświadczą problemów naszego środowiska, ale też szczególnych chwil, które dają poczucie satysfakcji i radości z niesienia pomocy pacjentom.

Cieszy, że polskie uczelnie tak dobrze kształcą przyszłą kadrę lekarską, a Warszawski Uniwersytet Medyczny zajmuje w rankingach miejsca w ścisłej czołówce. Jest ośrodkiem myśli naukowej, w którym studenci polscy i zagraniczni uczą się od doświadczonej kadry akademickiej, a teorię łączą z praktyką kliniczną. Możemy być dumni, że mamy w Warszawie tak pręźnie rozwijający się medyczny ośrodek uniwersytecki. Nowy szpital dziecięcy WUM jest tego doskonałym przykładem. Ten nowoczesny obiekt, uroczyste otwarty kilka tygodni temu, będzie nie tylko służył małym pacjentom. Stanie się miejscem dydaktyki i zdobywania praktycznych umiejętności oraz rozwoju naukowego w wielu specjalnościach lekarskich.

Prof. Marek Krawczyk, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, na uroczystości inauguracji roku akademickiego 2015/2016 powiedział studentom rozpoczynającym naukę, że studiowanie medycyny nie jest przymusem ani przykrym obowiązkiem. Jest przywilejem, który warto docenić. Medycyna wymaga determinacji i nieustannego szkolenia się, nie tylko podczas studiów, ale przez całe zawodowe życie.

Również wykonywanie zawodu lekarza nie powinno być przymusem ani przykrym obowiązkiem. Mamy przywilej bycia lekarzami. Dlatego szanujmy nasz zawód, dbajmy o jego wizerunek, także medialny. Problemy pacjentów z dostępem do usług zdrowotnych, limity świadczeń przekładają się na ocenę nas, lekarzy. Sposób organizacji ochrony zdrowia nie ułatwia nam pracy, a wielu młodych, wykształconych w Polsce medyków poszuka lepszych warunków do rozwoju zawodowego zagranicą. Troska o wchodzących w życie zawodowe lekarzy jest troską o kondycję całej naszej społeczności, a także o dzisiaj i jutro pacjentów. Wciąż mamy wiele do zrobienia i podejmujemy wyzwania na różnych płaszczyznach, w naszym samorządzie i w innych organizacjach zrzeszających lekarzy.

Jedną z nich, z długą historią i tradycją, jest Polskie Towarzystwo Lekarskie. Prof. Jerzemu Woy-Wojciechowskiemu, ustępującemu prezesowi PTL, składam podziękowania za wieloletnią pracę na rzecz naszej społeczności. Przejmującemu stery organizacji w nowej kadencji prof. Waldemarowi Kostewiczowi gratuluję i życzę sukcesów w wypełnianiu misji PTL. ■



Nagroda Nobla
z dziedziny
medycyny
w 2015 r.
str. 19



Badanie kliniczne
to rodzaj
eksperymentu
medycznego
str. 14



Cztery pokolenia
ginekologów.
Sagi rodzinne
– Kretowiczowie
str. 40

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!

Wątpliwości u progu reformy

Panie profesoro, jak ocenia pan zmiany wynikające z wprowadzenia ustaleń Deklaracji Bolońskiej do systemu kształcenia studentów medycyny?

Idee płynące z Deklaracji Bolońskiej oraz kolejnych konferencji poświęconych szerokiemu problemowi umiędzynarodowienia studiów i podwyższenia ich jakości, takie jak: ujednoczenie systemów szkolnictwa wyższego w Europie, rozwijanie systemu kształcenia opartego najpierw na dwóch, a w późniejszych dokumentach na trzech poziomach kształcenia, powszechne stosowanie systemów punktów kredytowych (ECTS), wprowadzenie mobilności studentów i nauczycieli w ramach międzynarodowych programów wymiany, powołanie państwowych komisji akredytacyjnych, współpraca organizacji studenckich, należy uznać za szczytne, właściwie nic dodać. Diabeł jednak zawsze tkwi w szczegółach. Dokumenty unijne mają duży stopień ogólności. Są to programy ramowe, które dopiero trzeba wypełnić treścią, a kraje, które sygnowały te dokumenty, mają różne możliwości finansowe i stosują różne sposoby finansowania studiów. Konieczne jest więc realistyczne przystosowanie możliwości danego kraju do tych ogólnych deklaracji.

W związku z reformą kształcenia medycznego nasuwają się liczne pytania. Zastanówmy się nad najważniejszymi. W 2016 r. dentyści, a w 2017 lekarze – absolwenci studiów medycznych – po raz pierwszy nie będą kierowani na staż podyplomowy. Czy pana zdaniem zniesienie stażu będzie miało wpływ na poziom wiedzy młodych medyków, a jeżeli tak, to jaki? Studia medyczne należą do najdroższych, a uczelnie otrzymują nieadekwatne do potrzeb środki finansowe od ministra nauki i szkolnictwa wyższego. Czy w związku z nadchodzącymi zmianami systemu kształcenia szkoły wyższe otrzymały dodatkowe pieniądze?

Przyznaję, że jako dziekan kierujący wydziałem lekarskim i wieloletni nauczyciel akademicki, mam wiele obaw. Częściowo być może płyną z przyzwyczajenia i są subiektywne. Odkąd pamiętam było sześć lat studiów plus roczny staż. Uznawano, że potrzebny jest siedmioletni okres podstawowej edukacji medycznej.

W pewnym zakresie moje obawy są jednak obiektywne. Zaczynę od pozytywów reformy systemu kształcenia studentów medycyny. Niewątpliwie konieczność wprowadzenia reformy mobilizuje do modyfikacji i unowocześnienia procesu nauczania. Tego rodzaju zmiany są co pewien czas wręcz niezbędne. Niewątpliwie potrzebne jest systematyzowanie

przybywającej wiedzy. Możliwe jest także skondensowanie nauki w krótszym czasie przez niepowtarzanie na zajęciach klinicznych, prowadzonych na wyższych latach, wiedzy, która była już przekazywana wcześniej, na zajęciach przedklinicznych. Tu jednak pojawiają się pierwsze wątpliwości. Nasi mistrzowie przekazywali nam bowiem maksymę: *Repetitio est mater studiorum* (Powtarzanie jest matką wiedzy). Wątpliwości jest oczywiście więcej. Skrócenie sześciolletniej nauki do pięciu lat musi się odbyć kosztem części zajęć praktycznych. Szósty rok byłby, zgodnie z założeniami reformy, całkowicie poświęcony praktyce, ale z całą pewnością nie można go uznać za tożsamy z zajęciami praktycznymi przy łóżku chorego podczas dotychczasowych sześciolletnich studiów i następującego po nich rocznego stażu podyplomowego.

” Lekarz stażysta ma dyplom ukończenia studiów i jest lekarzem, student szóstego roku pozostaje studentem, czy mają prawo wykonywać te same zabiegi?

Ważny jest też aspekt psychologiczny, a właściwie psychologiczno-praktyczny. Studenci, co w pełni rozumią, chcą jak najwcześniej mieć kontakt z pacjentem. Biorą udział w pracach kół naukowych, chodzą na dyżury właśnie po to, żeby uczestniczyć w szeroko pojętym procesie leczenia chorych. Przesunięcie zajęć praktycznych na lata starsze oddala ich w czasie od tego procesu. Studenci marzą o jak największej ilości zajęć praktycznych. Ważne więc, aby reforma nie zmieniła proporcji zajęć praktycznych i teoretycznych na niekorzyść tych pierwszych, a tym samym nie odebrała studentom tego ważnego „napędu”.

Pozostają jeszcze aspekty czysto techniczne. Aby szósty rok w nowym systemie rekompensował brak stażu, musi mieć charakter niezwykle praktyczny. Jeden asystent powinien się opiekować jednym, maksymalnie dwoma studentami. Takich warunków dotychczasowy system edukacji medycznej nie stwarzał. Nowy system, aby takie warunki stworzyć, wymagałby znacznie większego finansowania. A według mojej wiedzy pieniędzy zarezerwowanych na ten cel nie ma. Trzeba też pamiętać, że przy takim wariacie studiowania Warszawski Uniwersytet Medyczny „zapełniłby” studentami wszystkie szpitale w mieście. Myślę, że analogiczna sytuacja jest w innych ośrodkach uniwersyteckich. Potrzebowalibyśmy nie tylko szpitale akademickich, ale przede wszystkim nieakademickich. Szpitale marszałkowskie, prezydenckie i resortowe (tzw. nauczanie na bazie obcej) musiałyby na to wyrazić zgodę. A co z pacjentami? Przecież jednego pacjenta nie może badać kilkudziesięciu studentów. I ostatni aspekt – prawny, o który pytają praktycznie wszystkie zainteresowane środowiska. Nie jestem osobą kompetentną do rozstrzygnięcia tego zagadnienia, ale pytanie pozostaje: lekarz stażysta ma dyplom ukończenia studiów i jest lekarzem, student szóstego roku pozostaje studentem, czy mają prawo wykonywać te same zabiegi?



PROF. DR HAB. N. MED. MAREK KUCH,
DZIEKAN II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO,
KIEROWNIK KATEDRY I KLINIKI KARDIOLOGII, NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
II WL WUM

Do chwili obecnej zreformowaliśmy już w pełni program czterech pierwszych lat studiów i zbliżamy się dużymi krokami do roku szóstego. Nie ukrywam, że wiąże się z tym pewien niepokój.

Wspomniał pan o tzw. bazie obcej, czyli nauczaniu studentów w szpitalach, które nie są własnością Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jest pan dziekanem II Wydziału Lekarskiego, którego niemal wszystkie kliniki są posadowione właśnie w szpitalach nieakademickich. Jak układa się współpraca?

To najtrudniejszy aspekt funkcjonowania II Wydziału Lekarskiego. Jest dokładnie tak, jak pani redaktor powiedziała – jesteśmy posadowieni (część kliniczna) w przeważającej większości na bazie szpitali nienależących do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Tak było od początku naszego istnienia.

Współpraca układa się bardzo różnie. Są szpitale, przychodnie, nawet ZOZ-y, w których czujemy się doskonale, bo „chcą nas”, chcą uczyć studentów. Ale są też takie, w których dają nam odczuć, że jesteśmy obcy i ledwie tolerowani.

Fakt o tyle smutny, że obecna pozycja tych szpitali zbudowana została i nadal jest oparta właśnie na akademickości, a ich władarze leczą się najczęściej w ośrodkach uniwersyteckich (mamy z tego powodu satysfakcję i oczywiście zapraszamy do nas). Zdaję sobie sprawę, że żyjemy w czasach, w których przede wszystkim liczą się finanse, i medycyna również podlega tym regułom. Gwoli prawdy muszę jednak podkreślić, że jednostki uniwersyteckie, obok instytutów i klinik CMKP, należą na ogół do oddziałów referencyjnych i jako takie powinny być po prostu lepiej finansowane, a wtedy problemy klinik na „bazie obcej” rozwiązałyby się same.

Jako realista, mam jednak inną „filozofię” funkcjonowania II Wydziału Lekarskiego – chciałbym, aby kliniki i zakłady były zlokalizowane w szpitalach i przychodniach, w których chcą z nami współpracować. Staram się więc poszerzać bazę dydaktyczną wydziału i zapraszać do współpracy tych, którzy chcą nauczać studentów medycyny. Okazuje się, że chętnych do współpracy wcale nie jest tak mało. ■

Pytała
Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Jeżeli pacjent się nie zaszczepił, za leczenie powikłań pogrypowych zapłaci z własnej kieszeni. Czynnikiem ekonomicznym jest mocnym argumentem. W wielu krajach bezpłatne szczepienia przeciwko grypie wykonuje się osobom z wybranych grup podwyższonego ryzyka. Akcje darmowych szczepień są organizowane również w Polsce. Coraz częściej włączają się do nich samorządy, a także pracodawcy. Polacy nie korzystają jednak w pełni z tych okazji. Samorządy organizują darmowe szczepienia dla osób po 64. roku życia, a wskaźnik zaszczepionej populacji w tej grupie wiekowej wyniósł w ubiegłym sezonie około 13,5 proc. Z danych Ernst & Young wynika, że w Polsce przeciętne koszty pośrednie związane z zachorowaniami na grypę wynoszą około 1,5 mld zł rocznie.

Kiedy powinniśmy się zaszczepić?

Nie ma określonych terminów, ale osoby z grupy podwyższonego ryzyka – od razu, kiedy szczepionka pojawi się w aptekach. Według WHO powinni zaszczepić się wszyscy chętni, o ile nie mają przeciwwskazań. Sezon epidemiczny grypy zaczyna się 1 października i trwa do końca września następnego roku. Jeżeli zgodnie z zaleceniami WHO nie zdążyliśmy się zaszczepić przed sezonem, możemy to zrobić nawet wówczas, gdy wirus grypy już krąży. Powinniśmy

Z prof. zw. dr hab. **Lidią B. Brydak**, kierownikiem Krajowego Ośrodka ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – PZH, rozmawia Anetta Chęcińska.

Szczepmy się!

Dlaczego Polacy nie szczepią się przeciw grypie? Mimo wielu akcji informacyjnych statystyki nie są optymistyczne.

Według danych Krajowego Ośrodka ds. Grypy, jednej ze 141 tego rodzaju placówek na świecie, w sezonie 2014/2015 zaszczepiło się w Polsce tylko 3,5 proc. populacji. Na pewno potrzebna jest zdecydowana postawa lekarzy i akceptacja z ich strony dla tej formy profilaktyki. Pracownikom ochrony zdrowia brakuje wiedzy o prawnym obowiązku szczepienia się, wynikającym z ustawy o zapobieganiu chorobom zakaźnym u ludzi oraz ich zwalczaniu. Infekcję spowodowaną przez wirus grypy

należy rozpatrywać nie tylko w aspekcie pogorszenia stanu zdrowia, zaostrenia chorób już istniejących, tj. spowodowaniu wielonarządowych powikłań pogrypowych, niejednokrotnie nieodwracalnych i mogących zakończyć się zgonem. Grypa i jej następstwa to również wymierny koszt ekonomiczny.

Jak sytuacja wygląda w innych krajach, które mogą być dla nas wzorem w profilaktyce grypy?

We Francji, w Holandii czy w Wielkiej Brytanii szczepi się około 60–80 proc. mieszkańców. W niektórych krajach Europy informacja o szczepieniach przeciwko grypie zawarta jest w polisie ubezpieczeniowej (zdrowotnej).

wtedy przez kilka dni unikać kontaktu z osobami zakażonymi.

Jakie są wskazania i przeciwwskazania do szczepienia?

Ze wskazań klinicznych zaszczepić się powinny osoby z grupy podwyższonego ryzyka, bez względu na wiek, pacjenci po przeszczepach, kobiety w ciąży, pacjenci często hospitalizowani. Ze wskazań epidemiologicznych – pracownicy ochrony zdrowia, studenci, osoby pracujące w handlu, kolejarze, policjanci, wojskowi, pracujący i przebywający w dużych skupiskach ludzkich, dzieci zdrowe od 6. miesiąca do 18. roku życia. O szczepieniu zawsze decyduje lekarz po przeprowadzeniu wywiadu. Sprawdzi, czy pa-

cient nie jest uczulony na składniki, w małej ilości obecne w szczepionce, które wymienione są w ulotce informacyjnej. Jeżeli u pacjenta występuje choroba z wysoką gorączką lub ostra infekcja, szczepienie należy przełożyć.

Krązą mity o szczepieniach przeciw grypie...

„Zaszczepiłem się i zachorowałem”, „szczepionka jest nieskuteczna, wywołuje choroby, cukrzycę, autyzm”. Takich mitów jest wiele i należy je obalać. Szczepionka przeciw grypie stosowana obecnie w Polsce jest inaktywowana i zawiera jedynie fragment wirusa grypy. Nie wywołuje choroby.

W jaki sposób lekarze, a także inni pracownicy ochrony zdrowia, mogą kształtować społeczną świadomość znaczenia szczepień przeciw grypie?

Powinni mówić pacjentom o konsekwencjach infekcji grypowej, o występowaniu wielonarządowych powikłań, które mogą być trwałe lub zakończyć się zgonem. Szczególnie lekarze pierwszego kontaktu mają tu ogromne zadanie do wykonania. Zaangażowanie pracowników ochrony zdrowia wszystkich specjalności jest niezbędne do kształtowania postawy społeczeństwa wobec szczepień i promowania wiedzy na ten temat. Podkreślam, że oprócz Komitetu Doradczego ds. Szczepień WHO szczepienia przeciwko grypie zaleca 14 towarzystw naukowych, np.: Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne, Amerykańskie Kolegium Położnictwa i Ginekologii, Amerykańskie Towarzystwo Chorób Zakaźnych, Amerykańska Akademia Pediatrii, a w Polsce m.in.: Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne.

Czy lekarze się szczepią, dając przykład pacjentom?

Szczepienie przeciw grypie jest etyczną powinnością lekarzy, zarówno wobec pacjentów, których leczą, jak i wobec własnej grupy zawodowej oraz całego medycznego personelu. Są badania, które potwierdzają, że w placówkach medycznych, w których personel szczepi się przeciw grypie, u pacjentów zmniejsza się liczba powikłań i spada liczba zgonów. Według danych European Center for Disease Prevention and Control w Polsce wskaźnik zaszczepionych pracowników ochrony zdrowia wynosi 6,4 proc. ■



Fot. archiwum

Szczepienia ochronne:

jak rozmawiać z rodzicami

Małgorzata Solecka

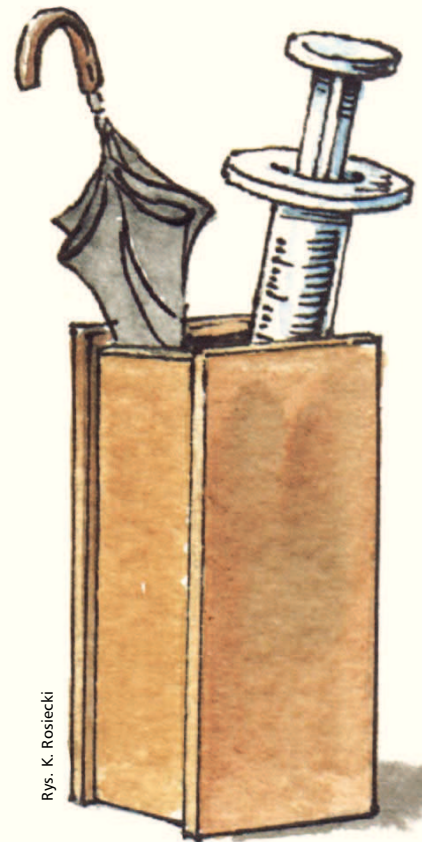
Pediatrzy i lekarze rodzinni coraz częściej spotykają się z obawami albo niechęcią rodziców wobec szczepień. Od ich reakcji i umiejętności poprowadzenia rozmowy zależy, czy dziecko opuści gabinet zaszczepione, a rodzice – uspokojeni, czy też grono dzieci nieszczepionych ze względu na decyzję rodziców powiększy się o kolejnego malucha.

kluczowej roli pediatrów i pozostałych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w kształtowaniu świadomości rodziców na temat szczepień ochronnych przekonują od lat konsultanci krajowi i wojewódzcy pediatry, wakcynolodzy i immunolodzy. Obserwujemy zmiany struktury grupy, która nie szczepi dzieci. Jeszcze dziesięć lat temu wśród głównych powodów nieszczepienia dzieci wymieniano patologiczne warunki rodzinne, brak środków finansowych na dojazd do przychodni, niewiedzę rodziców dotyczącą obowiązku szczepienia dziecka zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych. Dziś – czego dowodzą dane demograficzne – największy odsetek niezaszczepionych dzieci notowany jest w wielkich miastach. A rodzice podejmują decyzję o nieszczepieniu w oparciu o informacje pozyskane w Internecie, ze stron ruchów antyszczepionkowych, ale również w oparciu o to, co słyszą w mediach lub w gabinetach medycyny niekonwencjonalnej, od specjalistów leczących przy użyciu środków homeopatycznych. Również, niekiedy, od lekarzy.

– *Ci, którzy mają wątpliwości w sprawie szczepień, to nie są rodzice niedbający o swoje dzieci!* – tłumaczyła podczas wrześniowej konferencji zorganizowanej przez Fundację Watch Health Care dr n. med. Hanna Czajka z WSS Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie. – *Zdecydowaną większość osób sceptycznie nastawionych do szczepień stanowią rodzice, którym dobro dziecka leży głęboko na sercu, którzy chcą dla niego jak najlepiej.*

Rozmowa z rodzicami

Dlatego lekarze nie powinni, nie mogą zamykać się na rozmowę z rodzicami. – *Chcąc rozwiązać problem, należy dążyć do wyjaśnienia źródeł obaw opiekunów dziecka, a do tego niezbędne jest pozytywne nastawienie lekarza do rodziców* – podkreślała dr Czajka. Przyznała jednocześnie, że postawy rodziców różnią się diametralnie. Niechętni szczepieniom potrafią być rodzice, do których stosunkowo łatwo trafić, przedstawiając rzetelne dane na temat skuteczności szczepień i – przede wszystkim – niebezpieczeństw związanych z nieszczepieniem dziecka, ale również tacy, do których nie trafiają żadne argumenty. – *Trzeba ich wysłuchać i rzeczowo przedstawić*



Rys. K. Rosiecki

fakty przemawiające za szczepieniami – radziła. A jeśli rodzice nie zgadzają się na szczepienia lub chcą szczepić dziecko z opóźnieniem? – *Trzeba szczepić w taki sposób, na jaki uzyska się zgodę. Jednocześnie jednak wyraźnie podkreślać, że to nie jest wspólna decyzja lekarza i rodziców, tylko samych rodziców* – przypominała dr Hanna Czajka. Lekarz nie może decyzji o odkładaniu lub ograniczaniu szczepień legitymizować, bo jeśli dziecko zachoruje zanim zostanie zaszczepione, na niego spadnie odpowiedzialność za brak szczepienia.

To przede wszystkim dotyczy szczepień określanych jako obowiązkowe, choć wakcynolodzy postulują, by słowo „obowiązkowe” zastępować słowem „powszechne”. – *Nie można przeciwstawiać szczepień obowiązkowych szczepieniom zalecanym, tak jak robi się obecnie. Taka nomenklatura potęguje chaos. Część rodziców uważa, że szczepienia „obowiązkowe” nie są zalecane, że są wykonywane gorszymi, mniej bezpiecznymi preparatami. Wszystkie szczepienia są zalecane!* – przekonywał podczas tej samej konferencji dr n. med. Paweł Grzesiowski.

Nie zniechęcać

Lekarz nie powinien rodzica zniechęcać do szczepień, jeśli nie ma uzasadnionych przeciwwskazań medycznych. Niestety, tak się czasami dzieje. W październiku zapadł wyrok w głośnej sprawie śmierci Jasia Olczaka, który zmarł na sepse z powodu powikłań po ospie wietrznej. Na ławie oskarżonych zasiadło sześcioro lekarzy, którzy siedem lat temu na przełomie grudnia i stycznia zajmowali się chorym trzylatkiem – od wizyt domowych po oddział intensywnej terapii. Wszyscy lekarze wnosili o uniewinnienie. Każdemu z nich prokuratura zarzucała narażenie chłopca na niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia. Choć formalna treść zarzutu była taka sama, prokurator przyznał, że lekarze popełniali różne błędy i różna jest skala ich winy. Czterech spośród nich sąd uznał za winnych. Wyrok nie jest prawomocny.

Konsekwencje braku szczepienia

Do tragedii mogło nie dojść. I nie chodzi tylko o to, że każdy z oskarżonych lekarzy mógł rozpoznać u chłopca powikłania po ospie, mógł zlecić badania. Szczepienie przeciw ospie miała odradzić rodzicom lekarka opiekująca się ich dziećmi. Mówiła o tym mama zmarłego chłopca – i w mediach, i podczas procesu. – *Jasio, który błąkał się między szpitalami, zmarł z powodu powikłań po ospie wietrznej. Myślę, że to wystarczy jako jedyny komentarz. To była posocznica paciorkowcowa jako powikłanie po ospie. Nie padło prawidłowe rozpoznanie właśnie dlatego, iż uważano, że „ospa, parę pęcherzyków, trywialna sprawa. Boli noga? Eee, boli*

po prostu”. A to był pełzający już paciorkowiec – mówił w obszernym wywiadzie dla portalu eDziecko.pl doc. dr n. med. Wojciech Feleszko, pediatra i immunolog. – *Kto ma gwarancję, że jak jego nieszczepione dziecko zachoruje, trafi akurat do lekarza, który pozna, co mu dolega?* – pytał. Niezależnie od wyroku, jaki zapadł w tej sprawie, niezależnie od stopnia winy czy też niewinności oskarżonych lekarzy, pierwotną przyczyną tragedii był brak szczepienia.

Aby umieć rozmawiać z rodzicami i nie bać się pochodzących najczęściej z Internetu dowodów szkodliwości szczepionek, lekarz prowadzący program szczepień ochronnych powinien znać najnowsze informacje na ten temat. – *Wiedza o szczepieniach musi być aktualna* – przypominał dr Paweł Grzesiowski, zachęcając pediatrów i pozostałych lekarzy POZ nie tylko do uczestnictwa w kursach i konferencjach, ale również do stałego śledzenia publikacji książkowych i prasowych.

Nowoczesne szczepionki

Wkrótce lekarze, prowadzący program szczepień ochronnych, otrzymają nowe argumenty, które mogą pomóc w skuteczniejszym przekonywaniu rodziców. Uchwalona przez Sejm ustawa, przenosząca finansowanie szczepień z budżetu ministra zdrowia do NFZ i rozszerzająca kalendarz szczepień finansowanych ze środków publicznych, została podpisana przez prezydenta. Polska, jako jeden z ostatnich krajów w Unii Europejskiej, zacznie szczepić dzieci nowoczesnymi szczepionkami skojarzonymi. Wszystkie dzieci mają być też szczepione przeciw pneumokokom. Będą to pierwsze zasadnicze zmiany w kalendarzu szczepień ochronnych od dekady.

Według prof. Andrzej Radzikowskiego, pediatry i gastroenterologa, w polskim kalendarzu szczepień ochronnych najbardziej brakuje właśnie tych ostatnich szczepionek. Są dostępne dla rodziców odpłatnie, na refundację mogą liczyć dzieci z grup ryzyka lub mieszkające w gminach, które – jak np. Kielce – decydują się na podjęcie wysiłku finansowania szczepień przeciw pneumokokom dla wszystkich małych mieszkańców. Według WHO pneumokoki wywołują najwięcej bakteryjnych chorób – zapalenie ucha, płuc, ale również zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, posocznicy. Szczepienia przeciw pneumokokom są refundowane nie tylko w zamożnych krajach Unii Europejskiej, ale również w Czechach, Bułgarii, na Słowacji i na Węgrzech. – *Od 2014 r. szczepienia te gwarantuje wszystkim dzieciom również Rosja!* – mówił prof. Radzikowski podczas konferencji. Polska będzie je refundować dla wszystkich dzieci nie wcześniej niż w 2017 r. ■



www.ultrasonografy.pl





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

Zawodowi komplikatorzy

Mysłę, że zdecydowana większość świeżo upieczonych lekarzy mogłaby mieć wątpliwości co do samodzielnego wykonania wielu czynności diagnostycznych, leczniczych czy orzecznich. Sądzę jednak, że znakomita większość z nich nie miałaby wątpliwości, jak zakwalifikować pacjenta do szczepienia i następnie wykonać to szczepienie. Co więcej, jestem przekonany, że zrobiliby to poprawnie i nikt z pacjentów nie musiałby się obawiać o swoje bezpieczeństwo. Mam też pewność, że szczepienie nie jest najtrudniejszą czynnością w życiu zawodowym lekarza.

W tę oczywistość wkroczyli jednak zawodowi komplikatorzy. W ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 17) ustalili, że uprawnieni do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych są jedynie lekarze posiadający kwalifikacje, które określi w rozporządzeniu minister zdrowia. Następnie minister wydał rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, w którym stwierdził, że warunkiem przeprowadzania szczepień przez lekarza jest „posiadanie przez niego dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu lub szkolenia w zakresie szczepień ochronnych lub uzyskanie specjalizacji w dziedzinie, której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmuje problematykę szczepień ochronnych”.

Trudno się w tym wszystkim połapać, a jeszcze trudniej ustalić, które specjalności obejmuje ten przepis. Lekarze, w ramach kształcenia ustawicznego szkolący się często w dziedzinach, które uznają za ważne dla swojej praktyki, niekoniecznie zapisywali się na kursy dotyczące szczepień, gdyż (słusznie) uważali, że wiedzę i umiejętności w tym zakresie już posiadają.

Żeby było jeszcze trudniej, ustawa – Prawo farmaceutyczne (art. 68) dopuszcza „obrót” przez lekarza tylko lekami do bezpośredniego zastosowania u pacjenta, powierzając ministrowi zdrowia sporządzenie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym. Mogłoby się wydawać, że szczepionki są oczywistym przykładem takich produktów. Minister, wywiązując się z obowiązku nałożonego ustawą, wydał rozporządzenie

w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie.

Niestety, w załączniku do niego próżno szukać szczepionek.

Wynika z tego, że nabywanie

przez gabinety lekarskie szczepionek w hurtowniach pachnie kryminałem. Zgodnie z tymi przepisami pacjent (po zbadaniu przez lekarza) powinien się udać z receptą do apteki, a następnie przynieść szczepionkę z powrotem do gabinetu, gdzie zostanie zaszczepiony (jak powszechnie wiadomo, większość obywateli chcących się zaszczepić, np. przeciw grypie, przychodzi do lekarza z wychłodzonym termosem!).

Czemu lub komu to wszystko ma służyć? Chyba tylko tym, którzy coraz śmielej negują sens oraz bezpieczeństwo szczepień przeciw chorobom zakaźnym. Jeśli są to niezbyt dobrze przygotowani merytorycznie antyszczepionkowcy, można to jeszcze zrozumieć. Jeśli jednak za tą skomplikowaną epopeją legislacyjną, utrudniającą dostęp obywateli do szczepień, stoi państwo i minister zdrowia, jest to po prostu oburzające i wymaga natychmiastowej zmiany. ■

Konstanty Radziwiłł

Wydrukowano w „Menedżerze Zdrowia”, nr 8/2015.

Zmiana godzin pracy Biura Obsługi Lekarza

Szanowni Państwo,
uprzejmie informuję, że od 1 października 2015 r.
zostają zmienione godziny pracy Biura Obsługi Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
Obecnie obowiązują następujące:

poniedziałek – piątek od 8.45 do 15.45

środy od 8.45 do 17.45

Zmiana wynika z określonego czasu potrzebnego na załatwienie zgłaszanych przez Państwa spraw. W wielu przypadkach bowiem, takich jak złożenie dokumentów w celu uzyskania uprawnień do wykonywania zawodu, wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, rozliczenie karty stażu podyplomowego, obsługa trwa nawet kilkadziesiąt minut.

W celu zapewnienia profesjonalnej obsługi prosimy o uwzględnienie czasu niezbędnego do załatwienia sprawy w godzinach pracy Biura Obsługi Lekarza.

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

Fot. G. Press



Pora na pomidora

Paweł Walewski

Zupki w proszku oraz sery topione zawierają nasyczone tłuszcze, często kwasy tłuszczowe trans, masę wypełniaczy i konserwantów (dodatki funkcjonalne, *sic!*), ale wydawało się, że żaden z tych składników – szkodliwych dla serca i sprzyjających otyłości – nie podnosi tak szybko ciśnienia. Tymczasem to właśnie z powodu serków i sproszkowanych zupek emocje sięgnęły zenitu, gdy właściciele szkolnych sklepików i stołówek nie znaleźli ich w rozporządzeniu ministra zdrowia, mówiącym o tym, czym wolno od września karmić dzieci. Heroiczny bój o drożdżówki stoczyła sama minister edukacji, a o postęпах na froncie tej nietuzinkowej wojny informowały na bieżąco najważniejsze w kraju media.

Bardzo to wszystko byłoby śmieszne, gdyby po raz kolejny nie okazało się, że pod naciskiem fanaberii uczniów, agentów sklepików szkolnych, tudzież kucharek bez wyobraźni tak łatwo wycofujemy się z zasad, które brzmią dobrze tylko w teorii. Triumfalny powrót do szkół soli, cukru, no i nieszczęsnych drożdżówek pokazuje, że słuszne skądinąd zalecenia są nic niewarte w zderzeniu z ekonomią i przyzwyczajeniami. Ministerstwo Zdrowia jednego dnia cieszy się z uchwalenia ustawy o zdrowiu publicznym, a już drugiego idzie na ustępstwa, byle zadośćuczynić gustom młodzieży i ułatwić życie ich rodzicom. Piękny przykład i wzór do naśladowania. Nasza młodzież wyciągnie z tego tylko jeden wniosek: rację mają ci, którzy głośniej krzyczą. Może się to odbić nam czkawką jeszcze nie raz.

Przez media przetoczyła się fala artykułów pisanych w alarmistycznym tonie: zupy bez smaku trzeba wylewać do zlewu, sklepiki padają, pojawili się dilerzy batonów! Nagle wszyscy zapomnieli, że co piąte dziecko w wieku szkolnym ma nadwagę, która bierze się przede wszystkim z fatalnych nawyków wyniesionych z domu. A skoro dom nie potrafi zapanować nad zdrowym odżywianiem, to może trzeba było pozostać stanowczym i zreformować szkolne punkty gastronomii tak właśnie, siłą, nie oglądając się na kulinarne gusta ich właścicieli? Idę o zakład, że w wielu szkołach gotuje się zdrowo, z finezją, i pod rygiorem nowych przepisów niczego nie trzeba zmieniać. Ale są też kuchnie, gdzie przyrządza się posiłki wyłącznie z półproduktów, zadowalając się mieszankami z glutaminianem sodu. To tam wzniesiono larum. Choć zdrowe to na pewno nie było: chlup sosu ze słoika, sztycytko trochę sztucznych aromatów, przypraw z torebki, ciach i gotowe.

Brak konsekwencji w edukacji prozdrowotnej jest ciężkim grzechem. Zwłaszcza, jeśli w odpowiedzi na sugestywne reklamy śmieciowego żarcia mamy tchórzliwą politykę pod dyktando drobnej przedsiębiorczości. Która liczy zyski, a za nic ma zdrowie i zdrowy rozsądek. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Fot. archiwum



Marek Balicki

Kiedy tekst ten trafi do rąk Czytelników, będą już zapewne znane wyniki wyborów parlamentarnych. Ostatnie sondaże na kilka dni przed głosowaniem nie wskazują jednoznacznie, które z ugrupowań będzie

w stanie sformować nowy rząd. Niezależnie jednak od tego, czy będzie to kolejne „nowe otwarcie” dotychczasowej koalicji, czy „wielka zmiana” układu rządzącego, problemy ochrony zdrowia zajmą poczesne miejsce wśród najważniejszych wyzwań, jakie staną przed nowym rządem. Utrzymywanie obecnego stanu systemu opieki zdrowotnej nieuchronnie będzie bowiem prowadzić do jego załamania w perspektywie najbliższych kilkunastu lat. Obowiązkiem rządu jest temu w porę przeciwdziałać.

Najpoważniejsze problemy są dzisiaj już dość dobrze rozpoznane. To m.in. szybkie starzenie się społeczeństwa i wynikający z tego wzrost zapotrzebowania na opiekę zdrowotną oraz dynamicznie rosnące koszty. Dochodzi do tego niski, jeden z najniższych w Unii Europejskiej, wskaźnik liczby lekarzy i pielęgniarek oraz zły stan techniczny znacznej części infrastruktury opieki zdrowotnej.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że mimo znaczącego wysiłku modernizacyjnego, podjętego w ostatnich kilkunastu latach, ciągle jeszcze pozostaje dużo do zrobienia. Dotyczy to zwłaszcza zasobów lecznictwa szpitalnego. Poziom dekapitalizacji majątku trwałego już w poprzedniej dekadzie przekroczył tu 60 proc. W ocenie ekspertów budynek, którego wartość jest zdekapitalizowana w 40 proc., kwalifikuje się do rozległego remontu. Ponieważ 1/5 budynków powstało jeszcze w pierwszej połowie XX w. lub wcześniej, w wielu przypadkach korzystniejsze może być przeniesienie działalności do nowych obiektów. Tymczasem w Polsce praktycznie nie buduje się szpitali. Jasno z tego widać, że konieczny jest przemyślany program rządowy, no i, oczywiście, pieniądze. Środki europejskie nie wystarczą.

Braki kadr medycznych są sprawą, na którą coraz częściej zwraca się uwagę. Rzadziej pisze się o skutkach. O tym, że lekarze i pielęgniarki są przepracowani, wspomina się w związku z dramatem, takim jak śmierć lekarza w piątą dobie dyżuru. Według statystyk OECD na jednego lekarza w Polsce przypada już o ponad 50 proc. więcej konsultacji niż średnio w Europie. Bez znaczącego zwiększenia naboru na wydziały lekarskie sytuacja będzie się dalej pogarszać.

Wspomniałem tylko o zasobach ludzkich i infrastrukturalnych. Równie ważne, a może ważniejsze są reguły funkcjonowania systemu i zasady finansowania usług. Problemy można by jeszcze długo wymieniać. Tak czy siak, wniosek nasuwa się jeden. Zmiany są konieczne. Pytanie dotyczy jedynie ich zakresu. Czy ma to być radykalna reforma wywracająca wszystko do góry nogami, czy przemyślana korekta rozwiązań wprowadzonych kilkanaście lat temu.

Podstawą do określenia kierunku działań powinien być rządowy raport i szeroka debata publiczna z udziałem głównych interesariuszy. Od tego nowy rząd powinien zacząć. Powstała w efekcie strategia mogłaby dać szansę na – *toutes proportions gardées* – sukces. ■


Stanisław Karczewski, wicemarszałek Senatu RP

Minionych osiem lat rządów koalicji Platformy Obywatelskiej i Polskiego Stronnictwa Ludowego to niedobry czas dla polskiej służby zdrowia. Działania, które podejmował resort zdrowia, nie przyniosły dobrych rozwiązań. Kolejni ministrowie nie sprawdzali się na tym stanowisku, a Bartosz Arłukowicz – w opinii wielu – zapisał się jako najgorszy szef tego resortu. Etos służby zastąpiony został prawem rynku, bilansem zysków i strat. Takie podejście do spraw leczenia nie podoba się społeczeństwu. Ucierpiał przy tym również prestiż naszego zawodu. Nie cieszymy się już takim zaufaniem Polaków jak jeszcze kilka lat temu. Nasze środowisko dostrzega te problemy i potrzebę zmian. Wielu lekarzy postanowiło osobiście zaangażować się i wziąć odpowiedzialność za naprawę tego, co przez minione lata było zaniedbywane i psute. Tym bardziej cieszy mnie fakt, że na listach Prawa i Sprawiedliwości do Sejmu i Senatu RP znalazło się aż 14 naszych kolegów. Z list innych komitetów również kandydują lekarze. To osoby cieszące się dużym uznaniem w środowisku lekarskim i wśród pacjentów. Chcą pracować nad rozwiązaniami, które pomogą uzdrowić chory system opieki zdrowotnej. Na pewno nie będzie łatwo,

ale należy zmierzyć się z tym wyzwaniem. Dlatego po wyborach 25 października nowy rząd i nowy minister zdrowia powinni rozpocząć pracę od sporządzenia bilansu otwarcia. Bez dokładnego zdiagnozowania stanu systemu służby zdrowia nie można rozpocząć jego naprawy. Moje środowisko polityczne ma wizję jego rozwoju i funkcjonowania w przyszłości. Wobec wielkich wyzwań – zmian demograficznych, niedoboru lekarzy i pielęgniarek – naprawa systemu potrwa co najmniej dwie kadencje.

Ponieważ jest to już ostatni numer „Pulsu” w tej kadencji parlamentu, chciałbym serdecznie podziękować Czytelnikom, Koleżankom i Kolegom Lekarzom oraz Redakcji za miniony czas. Mam nadzieję, że nikt nie poczuł się urażony zamieszczanymi w tym miejscu artykułami. Wiem, że nie każdy zgadza się z moimi poglądami czy oceną, ale cieszę się, że mogliśmy o tym dyskutować. Wiele moich wypowiedzi spotykało się z odzewem, otrzymywałem liczne e-maile i telefony. To dowód, że mimo natłoku obowiązków środowisko lekarskie łączy troska o naprawę i przyszłość służby zdrowia. Chciałbym, aby po jesiennych wyborach nowy rząd zaczął realizować dobry program, który przyniesie długo oczekiwane zmiany. Życzę tego nam wszystkim, jeszcze raz dziękuję i serdecznie pozdrawiam. ■

www.stanislawkarczewski.pl ■ www.facebook.com/stanislawkarczewski ■ https://twitter.com/stkarczewski
s.karczewski@wp.pl ■ s.karczewskibiuro@wp.pl



**I MIĘDZYNARODOWA
MIĘDZYJAZDOWA KONFERENCJA PTaIt
PUŁAPKI W ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII
ZAKOPANE, 11–12 grudnia 2015 r.**

UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

MIEJSCE:
Mercure Kasprowy Zakopane
ul. Szymaszkowa

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO I ORGANIZACYJNEGO:
prof. dr hab. Krzysztof Kusza

**WICEPRZEWODNICZĄCY KOMITETU
NAUKOWEGO I ORGANIZACYJNEGO**
dr hab. Mariusz Piechota

ORGANIZATOR:
Wydawnictwo Termedia

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY:
Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Collegium Medicum
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet
Mikołaja Kopernika
oraz
Polskie Towarzystwo Anestezjologii
i Intensywnej Terapii



OGŁOSZENIE

BIURO ORGANIZACYJNE: Wydawnictwo Termedia | ul. Kleeberga 2 | 61-615 Poznań | tel./faks +48 61 656 22 00 | szkolenia@termedia.pl

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 apteka ma obowiązek przechowywania kopii dokumentów potwierdzających uprawnienia inwalidy wojennego lub osoby represjonowanej?

NIE

Przepisy stanowią, że osoba uprawniona (pacjent), przedstawiająca receptę do realizacji, jest obowiązana do okazania dokumentu potwierdzającego przysługujące jej szczególne uprawnienie, a osoba realizująca receptę – do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

Źródło: art. 45 ust. 5 i 5a oraz art. 46 ust. 5 i 6 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W związku z powyższym ani ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ani rozporządzenie w sprawie recept lekarskich nie nakłada odrębnego obowiązku przechowywania kopii dokumentów potwierdzających szczególne uprawnienia inwalidów wojennych czy osób represjonowanych. W konsekwencji apteka nie musi dysponować kopiami takich dokumentów.

Z całą pewnością należy stwierdzić, że dokumentów, które potwierdzają szczególne uprawnienia pacjentów, może żądać w celu okazania każdy lekarz wystawiający receptę. Ponoś on bowiem odpowiedzialność w przypadku poświadczenia nieprawidłowych danych, narażając się tym samym na odpowiedzialność finansową w trakcie postępowania kontrolnego prowadzonego przez NFZ. Ponadto przepisy nakładają na lekarzy obowiązek prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.

Źródło: ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DzU z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.),

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.)

Jakie szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej przysługują inwalidom wojennym?

Inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, a także cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych **przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczalne do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**. Podobnie jak w poprzednich przypadkach, receptę może wystawić osoba uprawniona, a więc lekarz ubezpieczenia zdrowotnego bądź lekarz, z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby uprawnionej. Osoby uprawnione są obowiązane do okazania wystawiającemu oraz realizującemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie. Osoba realizująca receptę jest obowiązana do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

Źródło: art. 46 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Trochę inaczej sytuacja wygląda **w przypadku wyrobów medycznych**. Zgodnie z przepisami, inwalidom wojennym i wojskowym, cywilnym niewidomym ofiarom działań wo-

jennych oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, **do wysokości limitu** finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

Źródło: art. 47 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Problematyka recept dla pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami „IB” jest bardzo interesująca. Z całą pewnością nikt nie neguje konieczności finansowania w 100 proc. produktów leczniczych dla tej zasłużonej grupy pacjentów, ale należy zwrócić uwagę na fakt szczegółowych kontroli tych właśnie recept. Prawdopodobnie wiąże się to z wielkością wydatków ponoszonych na refundację przez NFZ. Powinno się więc weryfikować uprawnienia i dołożyć należytej staranności w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

Jednocześnie, interpretując ww. przepisy, trzeba wskazać, że wpisanie uprawnień dodatkowych „IB” na receptę i jednocześnie określenie odpłatności przy poszczególnych lekach, np. 30 proc., 50 proc. czy 100 proc., będzie skutkowało wydaniem tych leków bezpłatnie. Oznaczenie „IB” należy więc traktować nadrzędnie.

Trzeba też podkreślić, że inwalidom wojennym przysługują bezpłatnie leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które zostały objęte decyzją o refundacji (znajdują się w załączniku do obwieszczenia ministra zdrowia), a oprócz tego druga grupa leków – dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale nier refundowane.

Kontrole ordynacji lekarskiej przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie NFZ w III kwartale 2014 r. – czyli na co szczególnie zwrócić uwagę przy wystawianiu recept.

Najczęstsze nieprawidłowości i błędy.

Nieprawidłowości w zakresie wystawiania recept:

- brak oznaczenia na receptę poziomu odpłatności, co skutkowało realizacją recepty ze zniżką, mimo braku wskazań do refundacji,
- wykorzystanie więcej niż raz druków recept z przydzielonymi zakresami liczb mającymi służyć jako unikalne numery identyfikujące recepty,

- wystawianie recept z numerem PESEL nieprzynależnym pacjentowi,
- wystawianie recept na leki refundowane po zgonie pacjenta,
- oznaczanie poziomu odpłatności niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- ordynacja leków refundowanych niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi,
- wystawianie recept na leki refundowane w ilościach przekraczających 3-miesięczne stosowanie (obecnie na jednej receptce można przepisać leki do 120 dni stosowania, podając jednocześnie sposób dawkowania),
- wystawianie przez lekarzy stomatologów recept na własny numer PESEL, na leki służące do zaopatrzenia gabinetu (iniekcje znieczulające),
- wpisywanie na receptę kodu uprawnień pacjenta, mimo ich braku.

Nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej:

- braki formalne (brak numeracji stron, danych identyfikujących pacjenta, oznaczenia podmiotu leczniczego, autoryzacji poprawek),
- brak diagnozy i rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego, którego lek dotyczy, a tym samym brak zasadności ordynacji danego leku,
- niezgodność danych na receptach z dokumentacją (np. inne dawkowanie, w dniu wystawienia recepty brak porady lekarskiej),
- brak wpisów w dokumentacji (porada ambulatoryjna, wywiad lekarski, wyniki badań diagnostycznych, zaordynowane leki, wystawione recepty),
- brak informacji o ilości przepisanych leków oraz sposobie ich dawkowania,
- brak informacji w dokumentacji o szczególnych uprawnieniach pacjenta i numeru dokumentu potwierdzającego ich przysługiwanie, a jednocześnie wystawienie recepty z odpowiednim kodem.

Dodatkowe uchybienia: brak dokumentacji medycznej, wystawianie recept na drukach posiadających numery przyznane innym lekarzom.

Źródło: NFZ, Departament Gospodarki Lekami, www.nfz.gov.pl ■

Porozumienie z pacjentem

W ostatnich latach szczególną uwagę zwraca się na systematyczne i stałe przyjmowanie leków w chorobach przewlekłych, w tym w chorobach układu krążenia. Z badań prowadzonych w wielu krajach wynika bowiem, że jednym z najpoważniejszych problemów wpływających na ograniczenie skuteczności farmakoterapii jest nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich.

Według raportów FDA około 60 proc. pacjentów nie pamięta nazw przyjmowanych leków, 30–50 proc. nie przestrzega ściśle zaleceń lekarskich, a około 20 proc. stosuje leki, które nie zostały przepisane przez specjalistę. Odsetek osób przyjmujących leki zgodnie z zaleceniami maleje

wraz z upływem czasu. 60 proc. chorych odstawia leki po pół roku. Na nieprzestrzeganie zaleceń wpływa wiele czynników: złożoność terapii, częstość przyjmowania leków, objawy uboczne, warunki ekonomiczne chorego, a także kondycja psychiczna. Pacjenci często nie są przekonani o konieczności brania leków, zwłaszcza gdy „choroba nie boli”, brak objawów klinicznych. A tak jest często przy nadciśnieniu tętniczym.

Dlatego ważny jest kontakt lekarza z pacjentem, porozumienie z nim, przedstawienie mu strategii leczenia (*concordance*), a nawet wspólne ustalanie planu terapii (*adherence*). Problem ten był jednym z tematów kolejnej kampanii edukacyjnej „Servier dla serca” pod hasłem „Trzecia młodość twojego serca”. ■

mkr



Fot. archiwum

Badanie kliniczne to rodzaj eksperymentu medycznego

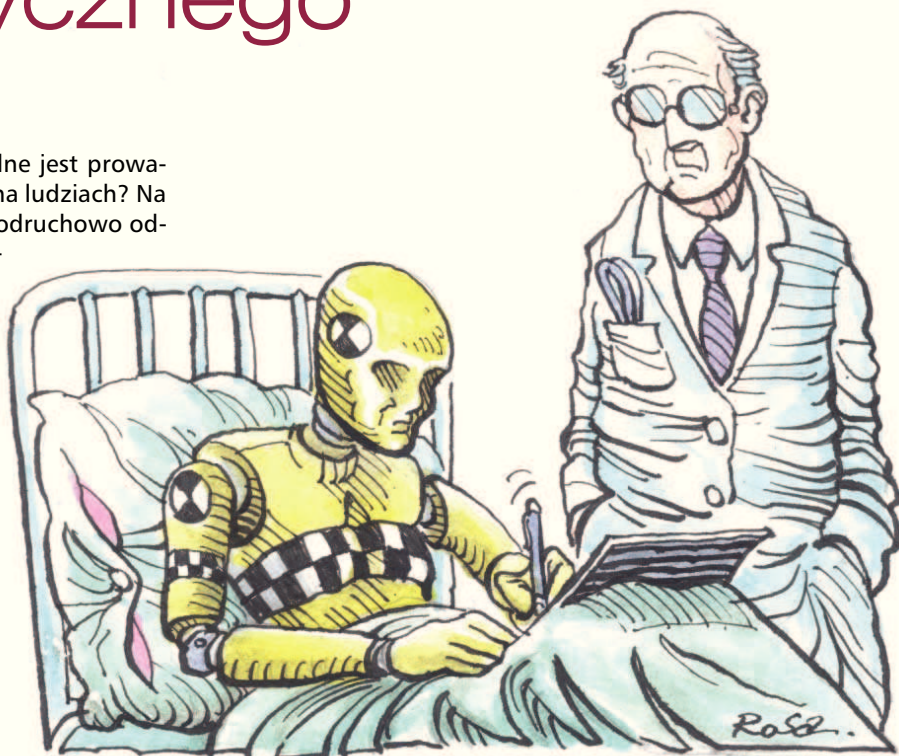
Piotr Dąbrowski

Czy w dzisiejszych czasach dopuszczalne jest prowadzenie eksperymentów medycznych na ludziach? Na tak zadane pytanie duża część z nas odruchowo odpowie – oczywiście, że nie. Poprawna odpowiedź jest dużo bardziej złożona i zgoła inna. Postęp współczesnej medycyny zależy właśnie, być może wyłącznie, od badań klinicznych, których immanentną cechą jest prowadzenie eksperymentów medycznych z udziałem ludzi. Eksperymenty te mają charakter dobrowolny i są obwarowane licznymi warunkami. W kontekście coraz większego wzrostu znaczenia nauki we wszystkich dziedzinach naszego życia negatywne skojarzenia związane z prowadzeniem badań klinicznych z udziałem ludzi trudno tłumaczyć czymś innym niż niewiedzą, wynikająca z braku dostępu do rzetelnych informacji.

W jednym z poprzednich artykułów, dotyczącym świadomej zgody uczestnika badania klinicznego, pisałem, że większość badań klinicznych spełnia jednocześnie kryteria eksperymentu medycznego. W związku z pojawiającymi się w tym zakresie pytaniami warto wyjaśnić różnice między eksperymentem medycznym i badaniem klinicznym oraz ich praktyczne konsekwencje.

Czym tak naprawdę jest badanie kliniczne? Zgodnie z definicją, zawartą w ustawie z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2001 r., nr 126, poz. 1381, z późn. zm.), badaniem klinicznym jest każde badanie prowadzone z udziałem ludzi w celu odkrycia lub potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych, skutków działania jednego lub wielu badanych produktów leczniczych. Badanie kliniczne przeprowadza się również w celu zidentyfikowania działań niepożądanych lub śledzenia wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych. Gdyby więc wymienić elementy niezbędne i kluczowe do zakwalifikowania danego badania jako badania klinicznego, na pewno byłby wśród nich człowiek oraz produkt leczniczy. Podobną, choć znacznie uproszczoną, definicję badania klinicznego zawiera ustawa z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (DzU z 2010 r., nr 107, poz. 679, z późn. zm.). Przyjąć zatem należy, że zawsze, gdy przedmiotem badania jest wpływ produktu leczniczego lub wyrobu medycznego na człowieka, wiąże się to z prowadzeniem badania klinicznego w rozumieniu ustawy.

Czy badanie kliniczne jest eksperymentem medycznym? Tak, zgodnie z definicją ustawową każde badanie kliniczne będzie co do zasady spełniało kryteria eksperymentu medycznego. Czy eksperyment medyczny jest badaniem klinicznym? Odpowiedź brzmi: nie zawsze. Czym jest więc eksperyment



Rys. K. Rosiecki

medyczny? Zgodnie z ustawą z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (DzU z 1997 r., nr 28, poz. 152, z późn. zm.), rozróżniane są dwie kategorie eksperymentów medycznych – eksperymenty lecznicze i eksperymenty badawcze. Obie związane są z zastosowaniem przez lekarza wobec pacjenta nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych. Różnią się jednak celami. Eksperyment leczniczy prowadzi się w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Może być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. Eksperyment badawczy ma z kolei na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być przeprowadzany zarówno na osobach chorych, jak i zdrowych. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów eksperymentu. Każdy eksperyment medyczny może być przeprowadzony tylko, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki lekarskiej.

Przywołane uregulowania wskazują, że przedmiotem eksperymentu medycznego nie musi być działanie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, może nim być wykorzystanie innej metody terapeutycznej. Przykład takiego badania stanowi eksperyment polegający na badaniu skuteczności terapii z wykorzystaniem komory hiperbarycznej.

Dlatego w świetle prawa eksperyment medyczny nie zawsze jest badaniem klinicznym. Zawsze występuje jednak zależność odwrotna. Powstaje zatem pytanie, dlaczego praktyczne wykorzystanie wspomnianych uregulowań rodzi tak wiele problemów? Często spotykam się z sytuacją, kiedy badacze i przedstawiciele świata nauki prowadzą badania nad produktem leczniczym, mimo że nie spełniają one wymogów formalnych. Ma to w szczególności miejsce w przypadku badań akademickich lub niekomercyjnych badań klinicznych. Sytuacje takie są efektem po części niewiedzy badaczy, a po części chęci uniknięcia formalności wynikających z uregulowań ustawy – Prawo farmaceutyczne. Prowadzenie eksperymentu medycznego jest obwarowane dużo mniejszymi wymogami formalnymi i zazwyczaj pociąga za sobą znacząco mniejsze obciążenia finansowe aniżeli prowadzenie badań klinicznych. Nie ma bowiem obowiązku rejestrowania eksperymentu medycznego w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz posiadania odpowiedniego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez badacza i sponsora. Tymczasem badacze nie zawsze zdają sobie sprawę, że prowadzenie badań klinicznych niezgodnie z wymogami ustawy może skutkować odpowiedzialnością karną. Postępowanie takie niesie też negatywne konsekwencje o wymiarze praktycznym – liczące się wydawnictwa naukowe nie godzą się na publikację wyników niezarejestrowanego badania klinicznego.

Na koniec warto zadać pytanie, czy każde badanie kliniczne wymaga uzyskania zgody komisji bioetycznej, rejestracji oraz spełnienia innych wymogów ustawy – Prawo farmaceutycz-

” Badacze nie zawsze zdają sobie sprawę, że prowadzenie badań klinicznych niezgodnie z wymogami ustawy może skutkować odpowiedzialnością karną.

ne? W odpowiedzi należy zauważyć, że ustawa wyklucza pewne rodzaje badań klinicznych z zakresu jej uregulowań. Mowa tu o tzw. nieinterwencyjnych badaniach klinicznych. Kiedy więc możemy uznać, że mamy do czynienia z nieinterwencyjnym badaniem klinicznym? Sytuacja taka ma

miejsce w przypadku badań produktów leczniczych, które spełniają łącznie następujące warunki:

- 1) produkty lecznicze są stosowane w sposób określony w pozwoleniu na dopuszczenie do obrotu,
- 2) przydzielenie chorego do grupy, w której stosowana jest określona metoda leczenia, nie następuje na podstawie protokołu badania, ale zależy od aktualnej praktyki, a decyzja o podaniu leku jest jednoznacznie oddzielona od decyzji o włączeniu pacjenta do badania,
- 3) u pacjentów nie wykonuje się żadnych dodatkowych procedur diagnostycznych ani monitorowania, a do analizy zebranych danych stosuje się metody epidemiologiczne.

Scharakteryzowany powyżej rodzaj badania klinicznego nie klasyfikuje się również jako eksperyment medyczny. Dlatego jego przeprowadzenie nie jest związane z uzyskaniem zgody komisji bioetycznej.

Warto więc, aby badacz zaangażowany w prowadzenie eksperymentu medycznego świadomy był różnych wymogów prawnych w odniesieniu do poszczególnych kategorii badań. W kolejnym artykule dotyczącym badań klinicznych postaram się przybliżyć nową ich klasyfikację, wprowadzoną rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 536/2014 z 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Klasyfikacja ta znajdzie praktyczne zastosowanie dopiero w 2017 r. ■

Otwarta Grupa Wsparcia dla lekarzy i lekarzy dentyków



- 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: 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



**UCHWAŁA NR 39/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 11 WRZEŚNIA 2015 R.**

**w sprawie wyrażenia zgody na wydatkowanie
środków finansowych w celu organizacji
Kongresu Polonii Medycznej w 2016 r.**

Na podstawie art. 25 pkt. 10, w związku z art. 5 pkt. 23 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.) – uchwała się, co następuje:

§1

1. Wyraża się zgodę na wydatkowanie środków finansowych w wysokości do 600 000 zł brutto (słownie: sześćset tysięcy złotych) w związku z organizacją IX Kongresu Polonii Medycznej, który odbędzie się w Warszawie od 2 do 4 czerwca 2016 r.
2. Kwota, o której mowa w ust. 1, wyasygnowana zostanie z bieżących środków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§2

Wykonanie uchwały powierza się prezesowi i skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 40/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 11 WRZEŚNIA 2015 R.**

w sprawie ustanowienia odznaczenia „Mentor”

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.) uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie ustanawia odznaczenie „Mentor” dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie za wybitne zasługi w szkoleniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentyków.

§2

Okręgowa Rada Lekarska zatwierdza Regulamin przyznawania ww. odznaczenia, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

Załącznik do uchwały oraz wnioski dotyczący nadania tytułu – do pobrania na stronie: www.oilwaw.org.pl

Na podstawie Zarządzenia nr 527/2015 prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 22 września 2015 r. w sprawie opublikowania w „Miesięczniku OIL w Warszawie Puls” orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Łodzi w sprawie lek. dent. Sławomira Wawra, członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, publikuje się orzeczenie sądu (pisownia oryginalna) o następującej treści:

ORZECZENIE

z 29 kwietnia 2015 r.

prawomocne z dniem 2 września 2015 r.

sygn. akt 22/Wu/2014

Okręgowy Sąd Lekarski w Łodzi w składzie:

Przewodniczący s.o. lek. dent. Janusz Prochaska

Członkowie lek. dent. Jadwiga Pierzynka

lek. Tadeusz Wójcik

Protokolant mgr Anna Mikulska-Korpaczka

w obecności Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie lek. dent. Jarosława Łojka,

po rozpoznaniu na rozprawie jawnej w dniu 29.04.2015 r. sprawy **lek. dent. Sławomira Wawer** ur. 18.11.1967 r. w Łukowie s. Ireny i Władysława, nr prawa wykonywania zawodu lekarza – 1652517

obwinionego o to, że w okresie od 2.05.2012 r. do 31.01.2013 r. w gabinecie stomatologicznym w Warszawie nieprawidłowo przeprowadził leczenie protetyczno-implantologiczne pacjentki, wykonując stałe uzupełnienia protetyczne w szczęce i żuchwie oparte na zębach własnych, wszczepach śródkostnych, bez odtwarzania punktu styczności między koronami zespolonymi na wszczepach 45, 44 a koronami zespolonymi na zębach własnych, co może spowodować zaleganie resztek pokarmowych w szczelinie, a w konsekwencji niszczenie przyzębia brzeżnego tej okolicy, wspomniane uzupełnienia wykonał z zaburzoną płaszczyzną zwarcia oraz wykonał korekty powierzchni ceramiki dolnych mostów po ich zacementowaniu oraz nie zapewnił odtworzenia luków zębowych w pełnym zakresie tj. o popełnienie przewinienia zawodowego polegającego na naruszeniu art. 8 kodeksu etyki lekarskiej w zw. z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU 2015, poz. 464)

uznaje za winnego popełnienia zarzucanego mu przewinienia zawodowego i na mocy art. 83 ust. 1 pkt 6 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich i skazuje na karę 5 lat zawieszenia w prawie wykonywania zawodu lekarza dentystry.

Jednocześnie zgodnie z art. 84 ustawy o izbach lekarskich zarządza opublikowanie orzeczenia w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Na podstawie art. 89 ust. 4 ustawy o izbach lekarskich sąd postanowił, że kosztami postępowania w wysokości 1722 zł (słownie: jeden tysiąc siedemset dwadzieścia dwa złote) obciążyć ukaranego lekarza na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi.

Sąd Okręgowy w Siedlcach oraz **Sąd Okręgowy w Radomiu** poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego. Poszukiwani są specjaliści w dziedzinie chirurgii ogólnej, kardiologii, chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, neurologii oraz ortopedii – praktykujący na terenie powiatów i gmin podległych właściwości sądów okręgowych. Prosimy chętnych o nadsyłanie swoich zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

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



Jak to jest z klauzulą sumienia

Konstanty Radziwiłł

Jak już powszechnie wiadomo, 7 października 2015 r. Trybunał Konstytucyjny rozpatrywał wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej (uchwała NRL z 21 lutego 2014 r.) w sprawie zbadania zgodności niektórych przepisów (art. 30 i 39) ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, dotyczących prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem (czyli tzw. klauzuli sumienia), z Konstytucją RP. Wątpliwości NRL budziło zwłaszcza: (1) ograniczenie prawa do stosowania klauzuli sumienia w sytuacjach niecierpiących zwłoki, niezwiązanych z nagłościami stanu pacjenta, (2) zobowiązanie lekarza korzystającego z klauzuli sumienia do wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz (3) obowiązek uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej, a także (4) obowiązek, gdy lekarz wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Trybunał po wielogodzinnej rozprawie stwierdził, że dwie pierwsze wątpliwości Naczelnej Rady Lekarskiej są zasadne, a trzecia i czwarta – nie. W związku z tym uznał, że:

- Lekarz może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, pod warunkiem, że zwłoka w udzieleniu owego świadczenia nie spowoduje niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W innych przypadkach niecierpiących zwłoki lekarz może legalnie skorzystać z klauzuli sumienia. Innymi słowy: pilne życiowe oczekiwania ze strony pacjenta dotyczące wykonania świadczenia oraz administracyjne, finansowe lub inne tego typu okoliczności nie są wystarczającym powodem, aby lekarza zmusić do odrzucenia wątpliwości moralnych.
- Lekarz, odmawiając wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, nie ma obowiązku wskazywania pacjentowi możliwości uzyskania tego świadczenia gdzie indziej. Innymi słowy: lekarz korzystający z klauzuli sumienia nie jest reprezentantem państwa, które to świadczenie pacjentowi gwarantuje, i to nie jego obowiązkiem jest tę gwarancję realizować.
- Lekarz, odmawiając wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, ma obowiązek uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej.

W praktyce oznacza to konieczność odnotowania faktu odmowy spełnienia oczekiwań pacjenta wraz z informacją o powodzie, jakim jest sprzeciw sumienia, w najbardziej lakonicznej formie, np.: „Pacjent zwrócił się do mnie z prośbą o... Odmówiłem spełnienia prośby pacjenta na podstawie art. 39 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry”. Lekarz korzystający z klauzuli sumienia absolutnie nie jest zobowiązany do szerszego ujawniania swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania (gwarantuje mu to art. 53.7 konstytucji).

- Jeśli lekarz odmawiający wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy (etat) lub w ramach służby, ma obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. Nie jest do końca jasne, jak taka procedura miałaby wyglądać, jednak wydaje się, że lekarz w tej sytuacji, zamierzając skorzystać z klauzuli sumienia, powinien poinformować przełożonego o tym fakcie w lakoniczny sposób, np.: „Pacjent X zwrócił się do mnie z prośbą o... Na podstawie art. 39 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry odmówię spełnienia tej prośby”. Podobnie jak w sprawie dokumentacji, lekarz nie jest zobowiązany do szerszego ujawniania przełożonemu swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania (gwarantuje mu to art. 53.7 konstytucji). W związku z tym, że klauzula sumienia dotyczy konkretnego przypadku i nie ma charakteru generalnego, nie ma on też obowiązku ujawniania swoich zamiarów na przyszłość (np. przez wpisanie się na jakąś listę „klauzulistów”).

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego jest niewątpliwym sukcesem samorządu lekarskiego. Należy podkreślić, że jest niezwykle ważny dla zachowania dobrze pojętej autonomii zawodowej lekarzy. Według odwiecznej tradycji oraz polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej (art. 4) lekarz, by wypełniać swoje zadania, powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie z własnym sumieniem i współczesną wiedzą medyczną. Dobrze rozumiana autonomia lekarza staje się również oczywistym prawem pacjenta do bycia leczonym zgodnie ze sztuką lekarską, a nie pod dyktando nacisków społecznych, wymagań administracyjnych czy też oczekiwań finansowych. To lekarz o zintegrowanej osobowości, niedziałający wbrew sobie, jest gwarantem jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjenta. ■

RPO pisze do ministra zdrowia

Wnawiązaniu do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7.10.2015 r. (sygn. akt K 12/14), w którym stwierdzono niezgodność art. 39 zdanie pierwsze ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z konstytucją, rzecznik praw obywatelskich uznał, że z dniem wejścia w życie orzeczenia TK brak będzie podmiotu zobowiązanego do wskazania pacjentowi, któremu lekarz odmówił – powołując się na klauzulę sumienia – wykonania określonego świadczenia, realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub

w innym podmiocie leczniczym. Brak omawianego mechanizmu stwarza realne zagrożenie możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego oraz narusza konstytucyjne prawo jednostki do ochrony zdrowia. W związku z tym 12 października rzecznik praw obywatelskich zwrócił się do ministra zdrowia z prośbą o podjęcie pilnych działań mających na celu ustanowienie mechanizmu, który pozwoli pacjentowi – w opisanej sytuacji – otrzymać informację, gdzie realnie uzyska świadczenie zdrowotne, którego wykonania mu odmówiono z powołaniem się przez lekarza na klauzulę sumienia. ■

egw



Test wyklucza chemioterapię

Test genetyczny Oncotype DX pozwala określić, które kobiety we wczesnym etapie rozwoju raka piersi nie muszą być poddawane chemioterapii. Pisze o tym opublikowany pod koniec września 2015 r. „New England Journal of Medicine”.

Dla onkologów częstym dylematem jest to, czy poddawać chemioterapii kobiety z wcześniej wykrytym hormonozależnym rakiem piersi, bez przerzutów do węzłów chłonnych (niekwalifikujące się do trastuzumabu). Bo jeśli terapia ta nic nie wnosi, to naraża się pacjentki na niepotrzebne leczenie.

W Stanach Zjednoczonych raka piersi w początkowym stadium wykrywa się co roku u 100 tys. kobiet. Onkolodzy wiedzą, że większość z nich nie wymaga chemioterapii, ale nie było dotąd metody, żeby określić, które.

Wydaje się, że rozstrzygają to badania National Cancer Institute, z wykorzystaniem testu Oncotype DX, który bada aktywność genów decydujących o podziale komórek oraz reakcję na leczenie hormonalne. Analizowano przypadki 10,2 tys. pacjentek. Test wykazał, że 16 proc. z nich miało raka piersi we wczesnym etapie. U 67 proc. występowało umiarkowane ryzyko progresji, a u 17 proc. – wysokie.

Z badań wynika, że chemioterapia nie jest potrzebna chorym, w przypadku których test wykazał małe ryzyko nawrotu i przerzutów, np. do płuc lub wątroby. Pięcioletnie obserwacje dowodzą, że u 99 proc. z nich nie doszło do nawrotu choroby, a 98 proc. nadal żyje. 94 proc. z nich było wolnych od choroby inwazyjnej, nie powstały u nich guzy w drugiej piersi ani nie doszło do przerzutów.

Omówione wyniki potwierdza prof. Clifford Hudis z New York's Memorial Sloan Kettering Cancer Center, niezależny ekspert, który nie uczestniczył w badaniach. Test jest jednak dość drogi, w USA kosztuje 4175 dol.

USG określa termin porodu

Ultrasonografia przeprowadzona między 17. i 21. tygodniem ciąży może być pomocna w ocenie, czy poród nastąpi w terminie, czy będzie przedwczesny. Przekonują o tym specjaliści z University of Illinois w Chicago na łamach wrześniowego numeru „Ultrasound in Medicine and Biology”.

Jednym z najważniejszych wskaźników terminu porodu jest długość szyjki macicy. Widoczne w badaniu USG jej skrócenie może zapowiadać przedwczesny poród. Dr McFarlin z Chicago uważa, że jeszcze bardziej wiarygodnych informacji dostarcza badanie zmian fali ultradźwiękowej. Jego dodatkową zaletą jest to, że może być przeprowadzone we wczesnym etapie ciąży.

Amerykański specjalista, główny autor badań, twierdzi, że sprawdzono to na przykładzie 67 kobiet, u których wykonano 240 badań USG. Przeprowadzono je najpierw między 17. i 21. tygodniem ciąży, a następnie między 22. i 26. Jednocześnie mierzono u tych pacjentek długość szyjki macicy. Pacjentki, u których pojawiły się wyraźne zmiany fali ultradźwiękowej, są bardziej zagrożone przedwczesnym porodem. Zmiany te występowały, mimo że nie zauważono skrócenia szyjki macicy u badanych kobiet. Dr McFarlin sądzi, że zmiana fali ultradźwiękowej może wynikać ze zmian w szyjce macicy związanych z grubością włókna kolagenowego oraz absorpcją płynów.

Beta-bloker w mniejszych dawkach

Zaskakujące okazały się rezultaty badań dotyczących dawkowania beta-blokerów, jednej z najważniejszych grup leków stosowanych w kardiologii, szczególnie w chorobie niedokrwiennej serca. Okazuje się, że lepsze efekty dają dawki aż czterokrotnie mniejsze od zalecanych. Pisze o tym „American College of Cardiology” (21 września 2015).

Zgodnie z wyjaśnieniami głównego autora opracowania, kardiologa Northwestern University prof. Jeffreya Goldbergera, badania, które sfinansował National Heart, Lung and Blood Institute, przeprowadzono dlatego, że pacjenci otrzymują często zaniżone dawki beta-blokerów. Wydawało się, że badania wykażą, iż chorzy żyją z tego powodu krócej. Tymczasem jest odwrotnie – małe dawki przedłużają życie.

Badaniami objęto ponad 6,6 tys. osób po ostrym zawale serca. Spośród tych, którzy otrzymali pełną zalecaną dawkę, 14,7 proc. zmarło w ciągu dwóch lat. W tym samym okresie zmarło 12,9 proc. badanych przyjmujących dawkę o połowę mniejszą oraz 9,5 proc. chorych, którym podawano jedną czwartą dawki.

Czy zatem należy stosować mniejsze dawki beta-blokerów? Prof. Goldberger uważa, że trzeba je dobierać indywidualnie, nie można tak samo leczyć 80-latkę po niewielkim zawale i 40-latkę z zawałem rozległym.

Spór o ICS u małych dzieci

Czy lepiej zachować ostrożność w stosowaniu u dzieci długodziałających glikokortykosteroidów wziewnych (ICS)? U maluchów do drugiego roku życia mogą zaburzać prawidłowy wzrost – ostrzegali dr Antti Saari z Finlandii podczas kongresu Europejskiego Towarzystwa Endokrynologii Pediatricznej (ESPE), który na początku października odbył się w Barcelonie. Informowało o tym „BBC News”.

Takie podejrzenia pojawiły się już wcześniej. Badania fińskiego specjalisty, którymi objęto 12 tys. dzieci do drugiego roku życia, tylko je potwierdzają. Dr Saari zaobserwował, że stałe podawanie ICS może ograniczyć wzrost dziecka nawet o około 3 cm. – *Lekarz powinien dwa razy pomyśleć, czy lek ten faktycznie potrzebny jest dziecku z tej grupy wiekowej* – podkreślił podczas obrad dr Saari.

Asthma UK twierdzi w komentarzu do wspomnianych badań, że ICS pełnią ważną rolę w kontrolowaniu astmy i zmniejszają u maluchów potrzebę hospitalizacji. W Wielkiej Brytanii co 11. dziecko cierpi na tę chorobę.

Pediatra Queen Mary University London prof. Jonathan Gri uważa, że nie opracowano jeszcze metod pozwalających określić, które z małych dzieci zareagują na ICS. Potrzebne są więc dalsze badania na różnych grupach wiekowych.

Dyrektor Asthma UK dr Samantha Walker zwraca uwagę, że ICS pełni kluczową rolę w kontrolowaniu astmy, a ryzyko obniżenia wzrostu dzieci ma mniejsze znaczenie niż zagrożenia związane z tą chorobą. – *Rodzice nie powinni odstawiać tych leków chorym dzieciom, bo one ratują im życie* – podkreśla. ■

Zbigniew Wojtasiński

Nobel za walkę z pasożytami

Komitet Noblowski w 2015 r. docenił parazytologię. Nagrodę w dziedzinie fizjologii i medycyny otrzymało troje specjalistów, którzy opracowali leki skuteczne w leczeniu chorób pasożytniczych. Uratowali setki milionów ludzi na świecie.



William C. Campbell, 85-letni Irlandczyk pracujący w USA, i 80-letni Japończyk Satoshi Omura otrzymali najbardziej prestiżowe w nauce wyróżnienie za opracowanie leku pod nazwą awermektyna. Preparat pomocny jest w leczeniu powodującej obrzęk limfatyczny słońowacizny i tzw. ślepoty rzecznej (onchocerkozy). Obydwa schorzenia należą do filarioz, chorób pasożytniczych przenoszonych przez nicianie.

Omura zajmował się bakteriami należącymi do promieniowców (*Streptomyces*), które wytwarzają substancje przeciwbakteryjne, w tym streptomycynę (odkrytą przez Selmana Waksmana, który otrzymał za to Nagrodę Nobla w 1952 r.). Przeprowadził tysiące próbek gleby z różnych miejsc na świecie i wybrał pięćdziesiąt o największym potencjale. Przesłał je do parazytologa Campbella, żeby się im przyjrzał. Irlandczyk zauważył, że jedna z substancji jest bardzo skuteczna w zwalczaniu pasożytów. Była to awermektyna, nazwana tak od nazwy bakterii, z której ją pozyskano – *Streptomyces avermitilis*. Później związek zmodyfikowano i tak powstała iwermektyna, lek nowszej generacji.

85-letnia Chinka Youyou Tu opracowała wykorzystywaną w leczeniu malarii artemizynę. Było to w 1972 r., w czasach największego nasilenia rewolucji kulturalnej w Chinach. Campbell i Omura mogli prowadzić badania w luksusowych warunkach, Youyou Tu natomiast jako naukowiec należała do niższej klasy społecznej. Mimo to zdystansowała badaczy zachodnich poszukujących nowego leku przeciwmalarycznego.

W latach 60. XX w. przebadano na świecie 240 tys. substancji w nadziei znalezienia skutecznego leku na malarię, która dziesiątkowała wtedy ludność wielu krajów Afryki oraz Azji, również niektórych regionów Chin. Nikomu jednak nie udawało się zastąpić chlorochiny, coraz mniej skutecznego starszego leku przeciwzapalnego i pierwotniakobójczego.

Youyou Tu posłużyła się tradycyjną medycyną chińską. Przetestowała ponad 2 tys.



starożytnych przepisów na leki, spośród których wybrała 380 ekstraktów roślinnych. W leczeniu malarii przydatna okazała się tylko *Artemisia annua* (tzw. bylica roczna), wykorzystywana w starożytności do leczenia gorączki. Chinka przebadła lek na zwierzętach, potem na sobie i dopiero wtedy postanowiła przeprowadzić badania na ochotnikach. Jest pierwszą Chinką, która otrzymała Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny oraz 12. kobietą wyróżnioną tą nagrodą. W Chinach jeszcze do niedawna niewiele osób wiedziało o jej osiągnięciach.

Artemizyna była przełomowym lekiem i zapoczątkowała nowoczesne leczenie malarii. Dziś nie ma już takiego zastosowania jak dawniej, ale nadal z powodzeniem jest stosowana w skojarzeniu z innymi lekami. W opublikowanym we wrześniu 2015 r. raporcie „Achieving the malaria MDG target” Światowej Organizacji Zdrowia oraz UNICEF stwierdzono, że lek ten wraz z upowszechnieniem moskitier w największym stopniu przyczynił się do zmniejszenia liczby zakażeń i zgonów z powodu malarii w ostatnich dziesięcioleciach.

Iwermektyna stosowana jest w leczeniu niciani tkankowych, m.in. filarioz przenoszonych przez komary i meszki. Skutecznie zabija larwy pasożytów – mikrofilarie.

Filariozy są bliskie całkowitego wyeliminowania i podobne nadzieje wiązane są z malarią. WHO uważa, że w ciągu 15 lat całkowicie będzie można wyeliminować zgony z powodu malarii w 35 krajach, a w innych regionach znacznie je ograniczyć. Na całym świecie liczba przypadków śmiertelnych ma się zmniejszyć do 2020 r. o 40 proc., a do 2030 r. – o 90 proc.

Tegoroczni nobliści w dziedzinie medycyny otrzymali 8 mln koron szwedzkich, czyli około 855 tys. euro. Komitet Noblowski podzielił nagrodę na dwie części: połowę otrzymali William C. Campbell i Satoshi Omura, a drugą – niezłomna You-you Tu. ■

Zbigniew Wojtasiński

UWAGA SKŁADKI! UWAGA!



OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

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 dentystów,

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

Lekarz lub lekarz dentysta, 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

UWAGA!!!

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).

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

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 dentystów.

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

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 osiągnie 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 skutującego 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 dentysty.

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 dentystę stosownym oświadczeniem składanym na „Wniosku o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów 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 dentysty 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



Periodontologia

Z dr. n. med. Maciejem Nowakiem, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie periodontologii na Mazowszu, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Czy prowadzimy badania epidemiologiczne w zakresie chorób jamy ustnej?

W 2012 r. przebadano pod kątem chorób jamy ustnej i przyzębia osoby dorosłe w grupie 35–44 lat w większości dużych miast. W Warszawie i okolicach nie zarejestrowano w ogóle osób zdrowych. Na szczęście większość tych chorób to łagodne zapalenia dziąseł we wczesnej, niezaawansowanej postaci. Tylko u 25 proc. badanych wystąpiły cechy zaawansowanego zapalenia przyzębia, które powinno być leczone przez specjalistów. Zapalenie początkowe dziąseł i przyzębia, czyli płytki i kieszonki, może leczyć każdy stomatolog. Zagrożenie chorobami przyzębia poza dużymi miastami jest większe, ze względu na utrudniony dostęp do specjalistów.

Na tle innych krajów Polska w tym zakresie wypada bardzo źle, również w porównaniu z Bułgarią, Czechami czy Słowacją, gdzie poziom życia jest podobny jak u nas. Przyczyną są nie tyle warunki materialne naszego państwa, ile lekceważenie zasad higieny jamy ustnej.

Ilu mamy periodontologów?

Na Mazowszu jest ich niewielu. W dziesięciu placówkach kontraktujących procedury periodontologiczne pracuje 18 specjalistów. Sześć placówek z 13 periodontologami znajduje się w Warszawie, po jednym pracuje w Radomiu, Grodzisku Mazowieckim, Płocku, Ciechanowie i Wiskitkach (powiat żyrardowski).

Brak specjalistów nie tłumaczy jednak zaniedbań. W Unii Europejskiej są kraje, w których nie ma wyodrębnionej specjalizacji z periodontologii, a notują lepsze wyniki.

Skąd zatem taki stan naszych jam ustnych?

Myślę, że wiele zależy od promocji zdrowia, która u nas kuleje. Szkolimy studentów w tej dziedzinie, ich wiedzę potwierdzają egzaminy LDEP. Ale wiedza lekarzy to nie wszystko. Mamy złą alokację środków finansowych NFZ, który cały czas refunduje podstawowe leczenie stomatologiczne, bez profilaktyki. Z pewnością gabinety dentystyczne w szkołach prowadziłyby intensywniejszą promocję, ale zapowiedzi powrotu lekarzy do szkół nie są realne. Na przeszkodzie stoją chociażby wysokie koszty wyposażenia gabinetu w podstawowy sprzęt i narzędzia (minimalnie 300 tys. zł).

Gdy byłem dyrektorem medycznym Mazowieckiego Centrum Stomatologii, wraz z samorządem Warszawy, który dysponował wolnymi środkami finansowymi, chcieliśmy zorganizować opiekę nad dziećmi i matkami w ciąży. Okazało się, że samorząd nie może wchodzić w kompetencje NFZ i przeznaczać pieniędzy na ten sam zakres procedur. Wtedy skierowaliśmy środki na promocję. Weszliśmy do warszawskich żłobków z profilaktyką: najpierw badanie w obecności rodziców, a potem zalecenia profilaktyczne. Dziecko nie ma zębów, a już powinniśmy dbać o higienę jego jamy ustnej. Na przykład jeśli przed snem pije mleko, to ostatni łyk powinno się zamienić na podgrzaną wodę, aby przepłukać usta. W miarę pojawiania się zębów należy wprowadzać dalsze czynności, aby wyrobić u dziecka nawyki higieniczne. Wszystkie środki są dostępne: szczoteczki, doskonałe pasty, płyny. Ogromnie ważna jest profilaktyka u kobiet w ciąży. Choroby przyzębia mają wpływ na niską wagę urodzeniową noworodków, na przedwczesne porody, miażdżycę naczyń, chorobę wieńcową, ostre incydenty wieńcowe, udary mózgu,

cukrzycę. Trwają badania nad ich wpływem na raka trzustki oraz chorobę Alzheimera.

Ilu lekarzy dentystów kształci się w periodontologii?

Specjalizację robi obecnie 12 lekarzy dentystów, w tym sześciu w trybie rezydenckim. Tylko w Warszawie mamy jednostki szkolące: na uniwersytecie, w Mazowieckim Centrum Stomatologii, w jednostce wojskowej przy ul. Koszykowej. Gdy zostałem konsultantem, jako jeden z celów działania wyznaczyłem sobie doprowadzenie do powstania nowych jednostek szkolących. Udało mi się utworzyć tylko jedną, w Uniwersyteckim Centrum Medycznym przy ul. Emilii Plater.

Szkolenie prowadzą tylko duże jednostki publiczne. Kierownik specjalizacji nie ma wpływu na wybór osób, które w nim wezmą udział. Dlatego placówki niepubliczne nie chcą prowadzić kształcenia. Lekarz, który pracuje w swoim gabinecie, ma stałych pacjentów, posługuje się drogim sprzętem. To jego źródło utrzymania. I nagle ma udostępnić gabinet, powierzyć swoich pacjentów osobie, o której nic nie wie, nie zna jej umiejętności, nie ma wpływu na jej wybór. To duże ryzyko.

Poza tym jednostka szkoląca i jej kierownik nie dostają żadnego wynagrodzenia, mimo większych obowiązków. Ale to powód drugorzędny, najważniejsza jest obawa przed wypuszczeniem do gabinetu obcej osoby. Dlatego lekarze odmawiają.

Czy są szkolenia ustawiczne w zakresie periodontologii?

Organizuje je Polskie Towarzystwo Periodontologiczne, utworzone z sekcji PTS. Wyodrębniliśmy się, ponieważ tylko jako samodzielna organizacja możemy współpracować z towarzystwami z innych krajów i EFP, czyli stowarzyszeniem europejskim. Jesteśmy obecnie jego pełnoprawnym członkiem.

Przedwojenne towarzystwo periodontologiczne Alpha też miało kontakty międzynarodowe.

Szkolenia organizujemy co roku jako zjazdy międzynarodowe albo jako seminaria. Uczestniczy w nich około 100 osób. Kształcenie dla lekarzy i higienistek szkolnych organizują także firmy komercyjne produkujące środki higieny jamy ustnej. W ośrodkach akademickich prowadzimy również kursy specjalizacyjne.

Jak wygląda strona finansowa tej specjalizacji?

Finansowanie periodontologii to osobny problem. NFZ nie kontraktuje oddzielnie procedur tego rodzaju, ale wspólnie z chirurgicznymi. Sytuacja w zakresie tych specjalizacji jest zupełnie inna. Procedury chirurgiczne nie są czasochłonne i stosunkowo mało kosztochłonne, ale dobrze opłacane, periodontologiczne są słabo opłacane, a wymagają wiele czasu, licznych wizyt. Lekarz będzie tak sterował strumieniem pacjentów, żeby pracować zgodnie z regułami ekonomii.

Centrum Stomatologii przy ul. Nowy Zjazd miało, jako jednostka publiczna, poradnię periodontologiczną. Po przekształceniu w spółkę kapitałową połączono ją z poradnią chirurgiczną. Na szczęście w roku bieżącym nastąpiła poprawa – placówka utrzymała ciągłość świadczeń w tym zakresie i są realizowane we wszystkie dni tygodnia.

Oczywiście mamy też gabinety prywatne, w których udziela się świadczeń periodontologicznych, ale korzystają z nich zwykle osoby o wysokim statusie majątkowym albo o dużej świadomości i wiedzy na temat zdrowia. ■

Konsultant wojewódzki w dziedzinie periodontologii na Mazowszu: dr n. med. Maciej Nowak, Zakład Chirurgii Błony Śluzowej i Przyzębia, Warszawa, ul. Miodowa 18, tel.: 22-502-20-99

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 Dupuytrena
- 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





Śródkostne implanty dentystyczne

cz. 2

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

Istnieje wiele przeciwwskazań do leczenia implantologicznego:

1. o charakterze psychologicznym – fobia pacjentów przed ciałem obcym, lęk przed ewentualnymi procesami zapalnymi. Zwykle odstępujemy wtedy od leczenia implantoprotetycznego w obawie przed rozszczeniowością pacjentów. Istnieje także grupa osób, które odczuwają bóle fantomowe. Implanty nie są jednak unerwione tak jak zęby, nie ma więc innego wytłumaczenia odczuwanych przez nie dolegliwości;
2. w chorobach nowotworowych, szczególnie atakujących okolice planowanego wszczępienia implantów, zwykle z powodu stosowanej chemioterapii i radioterapii obniżającej odporność organizmu;
3. u nałogowych palaczy (nikotyna wpływa na przepływ krwi w naczyniach tkanki kostnej, powodując powstawanie strefy niedokrwienia wokół implantów; ze statystyk wynika, że palenie do dziesięciu papierosów dziennie nie wpływa znamienne na przetrwanie implantów), alkoholików, zażywających kokainę;
4. u pacjentów, którzy nie są w stanie utrzymać wysokiego poziomu higieny jamy ustnej lub mają źródła zakażeń bakteryjnych (osad, kamień, próchnica, zgorzel miazgi sąsiednich zębów, zapalenie ozębnej);
5. podczas leczenia wysokimi dawkami bisfosfonianów (hamują osteopenia, osteoporozę, przerzuty nowotworów do kości, jednak w dużych dawkach dożylnych mogą powodować martwicę szpiku i zapalenie kości szczęk);
6. w przypadku słabej jakościowo kości (potocznie: zrzesotniałej), jej niewystarczającej wielkości lub wysokości w stosunku do jamy nosa, zatoki szczękowej i nerwu zębodołowego przebiegającego w żuchwie;
7. podczas leczenia lekami immunosupresyjnymi, immunomodulatorami, niektórymi lekami hormonalnymi, steroidami, w tym po przeszczepieniach narządowych;
8. w niestabilnej cukrzycy, zaburzającej procesy gojenia dziąseł i tkanki kostnej.

Wymienione przeciwwskazania i czynniki ryzyka sumują się, co oznacza, że osoba paląca papierosy, uzależniona od alkoholu, ze złym stanem uzębienia, nieutrzymująca higieny jamy ustnej jest niewłaściwym pacjentem do leczenia implantoprotetycznego.

Nie istnieją przeciwwskazania wiekowe, ale młodzież powinno się leczyć implantoprotetycznie po zakończeniu wzrostu i rozwoju szkieletu (w wieku powyżej 18 lat). Wyjątkiem są wrodzone braki uzębienia (np. dysplazja ektodermalna), które możemy leczyć wcześniej (nawet od 14. roku życia). Musimy też zdawać sobie sprawę, że w planowaniu implantoprotetycznym powinniśmy zminimalizować inwazyjność zabiegu chirurgicznego u osób starszych, szczególnie gdy przewidujemy regenerację tkanki kostnej. Ich szpik, tkanka

kostna, komórkowość tkanek ogranicza efektywność sterowanej regeneracji (GTR – *guided tissue regeneration*, GBR – *guided bone regeneration*). Ponadto większość starszych pacjentów nie jest wolna od chorób ogólnoustrojowych, szczególnie układu sercowo-naczyniowego.

Termin *implant survival rate*, który można przetłumaczyć jako wskaźnik przetrwania (długoterminowości) implantów, zwykle określa liczbę implantów, które się nie wgajają i wymagają usunięcia, na 100 wszczepionych (1–4, w zależności od stanu kości, powierzchni implantów).

Drugi termin, charakteryzujący efekt estetyczny, szczególnie w strefie przedniego uzębienia, to *implant success rate* – wskaźnik sukcesu estetycznego implantów. Zwykle spada on szybciej z powodu obniżania się poziomu brzegu kostnego, prowadzącego do stopniowego, nieuchronnego odślaniania się implantów (na przestrzeni wielu lat). Właściwa higiena okolic implantu, nawet nieznacznie widocznego w miejscu wychodzenia z dziąsła, pozwala na ograniczenie procesu odślaniania. Natomiast niewłaściwa prowadzi bezwzględnie do zapalenia bakteryjnego (*periimplantitis*) i konieczności usunięcia implantu.

Na podstawie aktualnej wiedzy, wywodzącej się z wyników badań naukowych, opisów stosowania w praktyce i długoterminowych obserwacji prowadzonych praktycznie na całym świecie, powstają standardy w implantologii. Dotyczą przeciwwskazań miejscowych, ogólnych, czynników ryzyka, możliwości bezpiecznej i efektywnej odbudowy protetycznej, jak również sposobów leczenia powikłań, głównie *periimplantitis*. Standardy w implantologii opracowują następujące organizacje: European Association of Osteointegration, International Team of Implantology, European Dental Implants Association, a także Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej. ■

Fot. archiwum autora



Most na modelu



Neuropatia cukrzycowa (PDN)

Małgorzata Malec-Milewska

kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

Przez PDN rozumiemy objawy podmiotowe i przedmiotowe dysfunkcji układu nerwowego u pacjenta z cukrzycą po wykluczeniu innych przyczyn neuropatii. PDN to postępujący zanik włókien nerwowych, mogący obejmować zarówno nerwy somatyczne, jak i autonomiczne, jako wynik uszkodzenia mikrokrążenia.

Czynnikami ryzyka choroby są: przewlekła hiperglikemia i stopień jej nasilenia, czas trwania choroby, wiek, otyłość, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemia.

Objawy. U części osób neuropatia przebiega bezobjawowo, co stwarza ryzyko urazów stóp spowodowanych deficytem czucia. Jeżeli wystąpi neuropatia autonomiczna z zajęciem układu krążenia, choremu grozi nagłe zatrzymanie krążenia. Najczęstszą postacią cukrzycy jest przewlekła polineuropatia czuciowo-ruchowa (piekące, palące bóle w obrębie dłoni i stóp). Zmiany mogą dotyczyć pojedynczych nerwów obwodowych, np. nerwu pośrodkowego, nerwów czaszkowych, nerwów rdzeniowych w obrębie tułowia, jak również mieć postać amiotrofii cukrzycowej (ból i zaniki proksymalnych mięśni ud) lub przewlekłej demielinizacyjnej neuropatii zapalnej [8].

Leczenie PDN, zwłaszcza w zaawansowanych przypadkach, jest trudne i często nieskuteczne. Z tego powodu decydującą rolę odgrywają działania profilaktyczne: wczesne wykrywanie cukrzycy i jej skuteczne wyrównywanie, przestrzeganie właściwej diety i odpowiedni tryb życia. W profilaktyce zaleca się unikanie infekcji, narażenia na środki toksyczne i urazy kończyn, palenia tytoniu i picia alkoholu.

Całkowite ustąpienie bólu lub redukcję jego natężenia o połowę udaje się uzyskać jedynie u 50 proc. chorych [3]. Skuteczność klasycznych leków przeciwbólowych, w tym najpowszechniej stosowanych NLPZ, jest niewielka.

Dowody skuteczności leków przeciwspadczkowych pierwszej generacji (np. karbamazepiny) są ograniczone i pochodzą z małych badań jednoosobowych niekontrolowanych placebo. Niemniej jednak, zgodnie z opinią ekspertów, są lekami sprawdzonymi w praktyce i ich stosowanie opiera się na zasadzie dobrej praktyki klinicznej. Bardziej skuteczne są leki przeciwspadczkowe najnowszej generacji, zwłaszcza pregabalina i gabapentyna. Dawka gabapentyny dobierana jest indywidualnie i waha się od 900 do 3600 mg na dobę [5, 6]. Pregabalina jest trzykrotnie silniejszym lekiem niż gabapentyna i może być podawana dwa razy dziennie do dawki 600 mg. Głównymi niepożądanymi skutkami przyjmowania gabapentynoidów są: zawroty głowy, senność, bóle głowy, biegunka, splątanie i nudności. W leczeniu PDN zastosowanie znajdują także: okskarbazepina, walproinian sodu, lamotrygina i topiramet.

Amitryptylina (lek z grupy TLPD) od lat ma ugruntowaną pozycję w arsenale leków zalecanych w leczeniu PDN [4, 7]. Leczenie rozpoczynamy od dawki 10–25 mg, stopniowo

zwiększając ją do dawki 50–150 mg na dobę [2]. Korzystne działanie amitryptyliny w tej jednostce chorobowej ujawnia się szybko, już po pierwszym tygodniu leczenia. O braku skuteczności i zmianie preparatu można mówić jednak dopiero po trzech, czterech tygodniach podawania stabilnej dawki leku.

Klasyczne opioidy stosowane są rzadziej niż leki przeciwdepresyjne i przeciwspadczkowe, głównie u chorych ze znacznym nasileniem bólu i opornością na stosowane wcześniej leki. Tramadol podawany doustnie w dawce do 200 mg na dobę jest najdokładniej zbadanym opioidem.

Leki w postaci maści i kremów mają ograniczone znaczenie w leczeniu neuropatii cukrzycowej. Zalecana jest 8-proc. kapsaicyna. Plastry z lidokainą są zarejestrowane tylko do leczenia nerwobólu po półpaścu, ale badania wykazują również skuteczność w bolesnej neuropatii cukrzycowej [1, 8].

Zalecenia w leczeniu PDN

- Priorytetem jest złagodzenie bólu i poprawa jakości życia chorego.
- Lekami pierwszego wyboru są: gabapentyna, pregabalina, duloksetyna, TLPD i wenlafaksyna ER.
- Lekami drugiego wyboru są: silne opioidy, tramadol, SNRI i lamotrygina.
- Jeśli lek pierwszego wyboru jest nieskuteczny lub pojawiły się działania niepożądane, należy zmodyfikować leczenie: wprowadzić inny lek I wyboru, najlepiej o innym mechanizmie działania, lub zmienić na lek II wyboru (również najlepiej na lek o innym mechanizmie działania), lub dodać inny lek I lub II wyboru zgodnie z zasadami racjonalnej farmakoterapii [8]. ■

Piśmiennictwo

1. Barbano R.L. et al., *Effectiveness, tolerability and impact on quality of life of the 5% lidocaine patch in diabetic polyneuropathy*. „Arch. Neurol.” 2004, 61: 914–918
2. Bryson H.M. et al., *A review of its pharmacological properties and therapeutic use in chronic pain states*. „Drug & Aging” 1996, 8: 459–476
3. Dworkin R.H. et al., *Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations*. „Arch. Neurol.” 2003, 60: 1524–1534
4. McQuay H.J. et al., *A systematic review of antidepressants in neuropathic pain*. „Pain” 1996, 68: 217–227
5. Richter R.W. et al., *Relief of painful diabetic neuropathy with pregabalin a randomized, placebo – controlled trial*. „The Journal of Pain” 2005, 6: 253–260
6. Rosenstock J. et al., *Pregabalin for the treatment of painful diabetic neuropathy: a randomized, controlled trial*. „The Journal of Pain” 2004, 110: 628–634
7. Sindrup S.H. et al., *Antidepressants in the treatment of neuropathic pain*. „Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology” 2005, 96: 399–409
8. Szczudlik A. i inni, *Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego: przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego, cz. I i II*. „Ból” 2014, 14. 2:8–18 i 3: 8–21



Fot. M. Skarbek

Ostatni dyżur

Rozmowa z dr n. med.

Grażyną Rogalą-Pawelczyk,
prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Jak doszło do akcji „Ostatni dyżur” zorganizowanej przez samorząd pielęgniarek i położnych?

Analizowałyśmy zatrudnienie pielęgniarek od początku 2012 r. Brałyśmy pod uwagę liczbę osób, które otrzymały prawo wykonywania zawodu, tych, które zgłaszały się po dokumenty potrzebne do pracy zagranicą, liczbę odchodzących z zawodu na emeryturę, średni wiek pracujących. Rysował się mało interesujący obraz. Z tej analizy jednoznacznie wynikało, że zmniejsza się liczba pielęgniarek. W lutym 2012 r. z inicjatywy Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych został powołany przez ministra Bartosza Arłukowicza zespół mający ocenić zapotrzebowanie społeczeństwa polskiego na opiekę pielęgniarską. W jego skład weszli przedstawiciele związku zawodowego, NFZ, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz naszego samorządu. Dokonałyśmy oceny zasobów kadrowych, wieku zatrudnionych, proporcjonalnego rozłożenia kadr, zapotrzebowania na liczbę pielęgniarek szacowaną według liczby łóżek i pacjentów. Nie analizowałyśmy problemów płacowych.

Raport przeleżał się do maja 2015 r. Nic się nie działo, minister nie był nim zainteresowany. Pięciokrotnie pisaliśmy do

premier Ewy Kopacz, bez odpowiedzi. Wobec tego podjęliśmy działania, aby zainteresować opinię publiczną, pokrewne zawody, organizacje pacjentów. Opublikowaliśmy raport, media zaczęły mówić o problemach pielęgniarstwa. Naczelna Rada PiP zdecydowała o podjęciu kampanii informacyjnej „Ostatni dyżur”, na którą składają się: konferencje prasowe w izbach w miastach wojewódzkich, zbieranie podpisów pod petycją „Recepty”, skierowaną do rządu i parlamentu, oraz prezentowanie spotów mówiących o naszym zawodzie. Do 14 października br. zebraliśmy ponad 226 tys. podpisów pod petycją, przy czym nie są to tylko podpisy pielęgniarek, ale przede wszystkim pacjentów i ich rodzin.

Jakie są wnioski z raportu?

Raport wykazał, że jest znacznie gorzej niż sądziliśmy. Średni współczynnik liczby pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców w Europie wynosi 8, w Polsce 5,4. W tym porównaniu jesteśmy ostatnim krajem w Europie, nawet po Słowacji i Rumunii. Najwyższy współczynnik ma Szwajcaria – 16, niewiele mniej Dania, Szwecja – 11, Czechy – 8. Analiza wieku wykazała, że w ciągu najbliższych kilku lat z zawodu odejdzie 1/3 pielęgniarek i położnych, czyli ponad 50 tys. Średnia wieku pielęgniarki i położnej to 48 lat, w lecznictwie podstawowym – 52 lata, w środowisku wychowania i nauczania – 54 lata. Z kończących naukę zaledwie kilkanaście procent podejmuje pracę w kraju. Wniosek jest alarmujący: w najbliższych latach społeczeństwo polskie nie może liczyć na właściwą opiekę pielęgniarską. ■

Rozmawiała Małgorzata Skarbek

Jest rozporządzenie w sprawie podwyżek dla pielęgniarek

14 października 2015 r. minister zdrowia Marian Zembala podpisał rozporządzenie umożliwiające coroczny (do 2019 r.) wzrost płac pielęgniarek i położnych średnio o 400 zł.

Podwyżki ma sfinansować NFZ, posiłkując się pieniędzmi z rezerwy ogólnej.

„W poczuciu odpowiedzialności za jakość leczenia i dostępność dla chorych przesyłamy podpisany dokument, który kończy 10-letnią batalię o poprawę pozycji pielęgniarki i położnej w naszym kraju, w aspekcie nie tylko zawodowym, ale także ekonomiczno-medycznym. To wypracowany przez kilka miesięcy rozważny kompromis, który wypełnia większość oczekiwań, zarówno środowiska pielęgniarek i położnych, jak i pracodawców” – napisał Marian Zembala.

Przed skutkami regulacji ostrzegają samorządowcy i pracodawcy, obawiający się drastycznego wzrostu zadłużenia szpitali. Polska Federacja Szpitali zdecydowała o skierowaniu do Trybunału Konstytucyjnego wniosku o sprawdzenie zgodności z konstytucją przepisów dotyczących zwiększenia wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Uważa, że podwyżki nie leżą w kompetencjach ministra zdrowia, lecz dyrektorów szpitali, i ich źródłem powinna być właściwa wycena procedur medycznych. Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej uważa, że cena punktu powinna wzrosnąć do co najmniej 60 zł. Dyrektorzy szpitali obawiają się także skonfliktowania środowiska medycznego. Rozpoczęły się już protesty: ratowników medycznych, diagnostów, techników radiologii i pracowników administracji. ■

egw

Fot. archiwum



Zdrowe odżywianie i zdrowy rozsądek

Paweł Kowal

Jan Nowak-Jeziorański minął był już wtedy osiemnastą. Gdy przyjeżdżali goście, chętnie maszerował do stekowni, a wiadomo, jaki potrafi być w Ameryce stek, wypijał sporo czerwonego wina i solił, solił, solił oraz zachęcał innych do polepszania smaku wołowiny chlorkiem sodu. Szalał w restauracjach, bo podobno jego żona Jadwiga w trosce o męża wycofała w domu z użytku sól. Może dzięki temu cieszyliśmy się zdrowym i żywym legendarnym kurierem z Warszawy jeszcze wiele lat po odzyskaniu niepodległości. Dzisiaj powiedzieć by można, że pani Jadwiga, jeśli wszystko w opowieści jej męża się zgadzało, prowadziła nowoczesną politykę społeczną w domu Jeziorańskich. Na współczesnych uniwersytetach bada się, jakimi kryteriami należy się kierować przy podejmowaniu decyzji w polityce społecznej, by były oparte na badaniach naukowych i doświadczeniu, a nie na politycznym widzimisię. Nie ma wątpliwości, że nadmiar soli prowadzi do nadciśnienia i innych chorób cywilizacyjnych. Podobnie jak nie podlega dyskusji, że w najlepiej rozwiniętych państwach dzieci jedzą za dużo cukru w rozmaitych produktach. Z drugiej strony fanatyzm w zdrowotnym rozporządzeniu szkodzi nie mniej niż sól w nadmiarze. Zarządzenie, co można, a czego nie można sprzedawać w szkolnych sklepikach oraz podawać w stołówkach, musiało wywołać wiele nowych zjawisk. Wzrosło zainteresowanie działą polityką, oczywiście

w kontekście krytyki premier Kopacz, w tornistrach pojawiły się sól, pieprz i, jak się okazało, także inkryminowany keczup, a na korytarzach szkół nielegalni dilerzy wafelków. Magda Gessler zapewne rwała włosy z głowy, gdy widziała w telewizji reportaże, jak szkolni kucharze uczą się robić niesmażone racuchy. W tym samym czasie coraz sławniejsza Anna Lewandowska dla swego arcystawnego męża upiekła ciasto „5 w 9”. Nie dodała ani mąki, ani jajek, nie wiemy, jak było z cukrem. Przepis wydawał się zatem czysto teoretyczny, niemniej jednak pokazała ciasto na Facebooku. Ewa Kopacz nie przekonała maluchów do swoich zmian, nawet przywracając do szkolnych sklepików drożdżówki. Może powinna była poprosić o pomoc Annę Lewandowską, by wsparta akcją jasnym przekazem: chcesz być jak „Lewy”, nie wcinaj drożdżówek!

Zdrowe odżywianie okazało się jedynym prozdrowotnym akcentem kampanii. Na wrześniowej konferencji na temat sposobów przekonania polityków, by w kampanii wyborczej mówili o zdrowiu, zorganizowanej m.in. przez Krzysztofa Łandę i Annę Jasińską, było już jasne, że centralnym problemem będą uchodźcy. Czas pomyśleć, jak przy okazji następnej kampanii wyborczej przetworzyć tematykę zdrowotną, która jest nie mniej ważna niż poziom wydatków na zbrojenia, na zdroworozsądkowy przekaz, a nie tylko wyborczą kielbasę. ■

Z MAZOWSZA

Warszawa ma nowy szpital pediatriczny

Na ten szpital warszawska pediatria czekała od lat. 535 łóżek: 453 pediatricznych, 37 neonatologicznych i 45 położniczych, nowoczesne wyposażenie diagnostyczne i blok operacyjny z ośmioma salami, a na dachu lądowisko dla helikopterów.

Nowa siedziba Dziecięcego Szpitala Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Żwirki i Wigury 63a została oficjalnie otwarta 28 września 2015 r., ale już tydzień wcześniej przyjęto tu pierwszych pacjentów.

Docelowo będzie w niej działać 28 jednostek zajmujących się leczeniem najmłodszych pacjentów, prowadzeniem badań naukowych i kształceniem studentów. Do obiektu na terenie kampusu WUM przeniosły się już kliniki z ul. Działdowskiej, a do końca roku przeprowadzą się również oddziały z ul. Litewskiej – obu dotychczasowych siedzib szpitala. Z myślą o potrzebach pacjentów w strukturze placówki utworzono też nowe jednostki – Klinikę Traumatologii, Neurotraumatologii z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej, a także



Fot. A. Chęcińska

drugi na Mazowszu i pierwszy w lewobrzeżnej Warszawie pediatriczny Szpitalny Oddział Ratunkowy. W 2016 r. rozpoczną pracę kliniki Położnictwa i Perinatologii oraz Neonatologii. Ich współistnienie w jednym obiekcie wyeliminuje konieczność przewożenia wcześniaków wymagających zabiegów chirurgicznych do innych placówek.

Inwestycja, realizowana w latach 2007–2015, została sfinansowana z budżetu państwa. Koszt budowy i wyposażenia Szpitala Pediatricznego wyniósł około 550 mln zł. ■ ach

Opieka medyczna nad uchodźcami

W Polsce istnieje kilkanaście ośrodków dla uchodźców. Obecnie przebywa w nich około 1500 osób – z Rosji (deklarujący narodowość czecheńską), Gruzji i Ukrainy. We wszystkich ośrodkach jest jeszcze około 600 wolnych miejsc. Liczbę tę trudno określić dokładnie, ponieważ rotacja jest duża. Na Mazowszu utworzono trzy ośrodki: w Dębaku (koło Podkowy Leśnej), Lininie (koło Góry Kalwarii) i na Targówku w Warszawie. Również w stolicy działa Zespół Obsługi Cudzoziemców dla osób korzystających ze świadczeń poza ośrodkami.

Urząd do spraw Cudzoziemców zapewnia opiekę medyczną od momentu złożenia przez obcokrajowca wniosku o nadanie mu statusu uchodźcy. Jest to opieka kompleksowa, z wyjątkiem sanatoryjnej. Obejmuje szereg badań laboratoryjnych, zwłaszcza pod kątem chorób zakaźnych, RTG klatki piersiowej oraz lekarskie badanie przedmiotowe i podmiotowe.

Badania są prowadzone w dwóch ośrodkach recepcyjnych (w Dębaku i Białej Podlaskiej), w tzw. części kwarantannowej.

Czynni nosiciele chorób zakaźnych lub podejrzewani o to są poddawani krótkoterminowej separacji w izolatkach do momentu przewiezienia do placówek posiadających oddziały zakaźne.

Całą opiekę medyczną świadczy firma Petra Medica, wybrana w przetargu ogłoszonym przez Urząd do spraw Cudzoziemców. Hospitalizację zapewnia także ta firma, ma bowiem podpisane umowy z licznymi szpitalami, m.in. z Bielańskim, Wolskim, przy Wołoskiej, Stępińskiej, im. Orłowskiego oraz z Wojewódzkim Szpitalem Zakaźnym przy ul. Wolskiej.

Dzieci uchodźców i emigrantów, od momentu przybycia do ośrodków, są włączane do programu obowiązkowych szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień obowiązującym w naszym kraju. Jednak propozycje szczepienia bardzo często spotykają się z odmową rodziców, najczęściej motywowaną względami wyznaniowymi.

Na podstawie informacji Urzędu do spraw Cudzoziemców oprac. mkr

Słuch dzieci wiejskich

W rozpoczętym roku szkolnym 2015/2016 zaplanowano badania przesiewowe słuchu u dzieci ze szkół podstawowych, zamieszkałych w gminach wiejskich. To kontynuacja badań prowadzonych w latach 2008, 2010 i 2011. Badania wykonywać będą pracownicy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, a współfinansują je Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i Fundusz Składowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników. Partnerem jest także Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – człowiekowi”.

W ubiegłych latach przebadano 350 tys. uczniów, obecny program obejmie około 140 tys. dzieci, głównie z klas pierwszych z 5980 szkół podstawowych położonych na terenach wiejskich. W pierwszym etapie program będzie realizowany w ośmiu województwach Polski Wschodniej, później w ośmiu Polski Zachodniej.

Obok wczesnego wykrywania wad słuchu, celem programu jest uwrażliwienie rodziców i nauczycieli na problemy dzieci ze słyszeniem. W planach jest też wyłonienie kilkunastu gmin, w których zostaną uruchomione pilotażowe ośrodki badań przesiewowych u uczniów oraz ośrodki telekonsultacji w zakresie badań słuchu. Tworzenie tych drugich będzie możliwe dzięki współpracy z terenowymi jednostkami KRUS. ■

mkr

Geriatrycja w Szpitalu Wolskim

Pierwszy w Warszawie i na Mazowszu oddział geriatryczny otwarto w Szpitalu Wolskim.

Jest w nim 12 sal z łącznie 36 łózkami, w tym 5-łóżkowa sala wzmożonego nadzoru, sale terapii zajęciowej i fizykoterapii oraz gabinet psychologa. Na oddziale będzie pracował 31-osobowy zespół medyczny. Szpital liczy na podpisanie kontraktu z NFZ jeszcze w tym roku.

mkr

Symposium w Otwocku

We wrześniu w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku odbyło się Warszawskie Symposium Rekonstrukcji Kończyn.

Wzięło w nim udział kilkudziesięciu lekarzy – ortopedów i traumatologów – z Polski i Turcji. W części wykładowej zaprezentowane zostały m.in. najnowsze doświadczenia z zakresu zabiegów korekcji wrodzonych, rozwojowych i nabytych niekształceń kończyn. Odbyły się też warsztaty, podczas których omawiano techniki operacyjne i zastosowanie różnych syste-

mów stabilizacji zewnętrznej. Symposium poprzedziły dwa zabiegi rekonstrukcji kończyn – jeden przeprowadzony u dziecka, drugi u osoby dorosłej. Wykonali je wspólnie lekarze z Polski i Turcji. Organizatorem sympozjum była Klinika Ortopedii, Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej SPSK im. prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku, jeden z nielicznych w kraju ośrodków ortopedycznych przeprowadzających rutynowo tego typu zabiegi.

pk

Jubileusz w Ciechanowie

W Ciechanowie obchodzono 100-lecie szpitalnictwa oraz 30. rocznicę przeniesienia szpitala do nowoczesnego kompleksu budynków przy ul. Powstańców Wielkopolskich.

Pierwszy ciechanowski szpital zaczął funkcjonować w 1915 r., w gmachu przy ul. Płońskiej, i zajmował się głównie izolacją i leczeniem chorych zakaźnie. Po I wojnie światowej mieścił się w dwóch budynkach. W okresie międzywojennym utworzono cztery oddziały: ogólny, zakaźny, chirurgiczny i położniczo-ginekologiczny. W 1945 r. zaadaptowano na potrzeby szpitala poniemieckie budynki przy ul. Sienkiewicza. W roku 1975 powołano do istnienia Wojewódzki Szpital Zespolony, dziesięć lat później placówkę przeniesiono do

Zasłużony Dawca Przeszczepu

W Ministerstwie Zdrowia odbyła się uroczystość wręczenia odznak i legitymacji „Zasłużony Dawca Przeszczepu”, w której uczestniczyło kilkudziesięciu dawców nerek, szpiku i wątroby. – *Oddanie własnego organu jest najwyższą ofiarą jednego człowieka dla drugiego, to niezwykła forma altruizmu* – powiedział prof. dr hab. n. med. Lech Cierpka, krajowy konsultant w dziedzinie transplantologii klinicznej. – *Usilnie promujemy dawstwo rodzinne, aby zwiększyć liczbę tego rodzaju przeszczepów. Na świecie transplantacje od dawców żywych stanowią około 40 proc. wszystkich przeszczepów, u nas zaledwie 5–6 proc.*

– *Moja praca polega na informowaniu pacjentów i ich rodzin o możliwościach przeszczepów od dawców żywych podczas spotkań w stacjach dializ i ośrodkach nefrologicznych* – mówi A. Tomaszek. – *Następnie prowadzę pary dawca – biorca przez cały proces, także potem, przy badaniach kontrolnych po oddaniu nerki. Pierwsze przeszczepienie krzyżowe zrobiliśmy 10 lutego 2015 r., ale przygotowywaliśmy się do niego prawie dwa lata. Był to krok milowy, a łańcuch przeszczepów jest kolejnym. Dzięki mediom społeczeństwo dowiedziało się o takiej możliwości. Dawcą nie musi być ktoś z bliskiej rodziny, ważne, aby zgadzały się grupy krwi oraz*

Fot. archiwum MZ



W spotkaniu brali też udział dawcy z pierwszego przeszczepu łańcuchowego nerek w Polsce oraz Aleksandra Tomaszek, koordynatorka przeszczepów ze Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie.

aby biorca nie miał przeciwciał przeciwko dawcy. To dużo prostsze niż z pozoru wygląda. Każde przeszczepienie to długa i ciekawa historia rodziny. **mkr**

kompleksu przy ul. Powstańców Wielkopolskich 2. Od listopada 2001 r. funkcjonuje pod nazwą Specjalistyczny Szpital Wojewódzki.

pk

Nowa przychodnia w Wawrze

Budowa miejskiej przychodni przy ul. Begonii 10 trwała od października 2014 do sierpnia 2015 r. Całkowita wartość robót budowlanych wynosi 2,8 mln zł, na pokrycie kosztów z budżetu m.st. Warszawy wyasygnowano 1 mln zł.

W nowoczesnym, dwukondygnacyjnym budynku o powierzchni prawie 900 mkw. zlokalizowane zostały poradnie POZ dla dorosłych i dla dzieci oraz gabinet stomatologiczny, w którym pomoc udzielana będzie również w nocy i w święta.

W placówce planowane jest utworzenie, ze wsparciem środków unijnych, Dziennego Domu Opieki Medycznej dla pacjentów po hospitalizacji, którzy ukończyli 65. rok życia. Nowa przychodnia należy do struktury SZPZLO Warszawa-Wawer. Pierwsi pacjenci skorzystają z obiektu już wkrótce. **kb**

Romuald Krajewski prezydentem UEMS



Fot. egw

Romuald Krajewski, wiceprezes NRL i ORL w Warszawie, po raz drugi został wybrany na prezydenta Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (Union Européenne des Médecins Spécialistes – UEMS). Obrady UEMS (15–17 października) po raz pierwszy w historii odbyły się w Polsce. R. Krajewski w latach 2009–2011 był wiceprezesem UEMS, a od stycznia 2012 r. pełnił funkcję prezesa tej organizacji. Serdecznie gratulujemy. **ach**

Kredyt pod zastaw

Rada Powiatu Grójeckiego zgodziła się na ustanowienie hipoteki na budynkach Szpitala w Grójcu.

Chodzi o to, by spółka zarządzająca leczniczą, czyli Powiatowe Centrum Medyczne, mogła ubiegać się o kredyt. Zastrzyk gotówki potrzebny jest placówce, żeby uchronić ją przed upadłością. Lokalne media informują, że w głosowaniu wzięło udział tylko 13 z 21 radnych. Dziesięcioro radnych to członkowie PiS i oni głosowali za ustanowieniem hipoteki. **pk**

Ambitne plany centrum onkologii

Centrum Onkologii Ziemi Radomskiej zmieniło właściciela. Plany jego szefostwa są jednak wciąż bardzo ambitne – w Radomiu ma powstać unikatowa w skali kraju placówka zapewniająca pacjentom szybką diagnostykę i kompleksowe leczenie.

Centrum zostało otwarte we wrześniu 2014 r. Zakończono wówczas pierwszy etap inwestycji przy ul. Uniwersyteckiej w Radomiu. Oddano obiekt z 38 łózkami, dwiema salami operacyjnymi i nowoczesną bazę diagnostyczną z urządzeniami pozwalającymi na wykonywanie tomografii komputerowej (PET), endoskopii, rezonansu magnetycznego, mammografii, histopatologii i diagnostyki obrazowej.

ne korzystanie z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego na zasadzie kontraktowania świadczeń z NFZ. Wierzymy, że osiągniemy zamierzony cel – przekonuje Marek Jutkiewicz, prezes zarządu COZR.

Obecnie dobiega końca realizacja drugiego etapu inwestycji przy ul. Uniwersyteckiej. Zbudowane zostaną bunkry pod trzy przyspieszacze liniowe dla oddziału radioterapii oraz dwa aparaty do brachyterapii, powstanie oddział chemioterapii, zakład medycyny nuklearnej oraz diagnostyki laboratoryjnej wraz z histopatologią.

Trwa również rozbudowa punktu diagnostyki obrazowej, tworzone jest szerokie zaplecze usługowe (m.in. apteka i sterylizatornia), rozpoczęły się prace adaptacyjne w hostelu zlokalizowanym tuż obok placówki, który będzie pełnił funkcję centrum noclegowego dla chorych i ich rodzin.

Niewykluczone, że wkrótce COZR połączy się z warszawskim Centrum Gamma Knife, dzięki czemu pacjenci z Radomia zyskają możliwość leczenia nowotworów przy użyciu Leksell Gamma Knife. – Metoda polega na wykorzystaniu promieniowania gamma jako

źródła energii terapeutycznej, którą ogniskuje się w obszarze zmienionego chorobowo mózgu. Pojedyncze wiązki promieni gamma niosą niewielką energię i nie powodują uszkodzenia tkanki, przez którą przechodzą, skupiając się w jednym, centralnym miejscu. Ich energia sumuje się, prowadząc do zniszczenia komórek nowotworowych. To ogromna korzyść dla chorych, a dla nas pacjent jest najważniejszy – mówi prof. Mirosław Ząbek, dyrektor Centrum Gamma Knife. ■ raf



Fot. R. Natorski

COZR działało jednak bez kontraktu z NFZ. Przedstawiciele funduszu tłumaczyli, że inne radomskie placówki w optymalnym stopniu zaspokajają potrzeby mieszkańców regionu, a centrum na Wacynie nie prowadzi kompleksowej działalności.

Już kilka miesięcy później doszło do zmiany właściciela obiektu. – Nasze najważniejsze założenie to kompleksowość. Chcemy zapewnić wszystkim pacjentom z nowotworami bezpłat-

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

zapraszamy lekarzy i lekarzy dentyistów związanych z Radomiem do podzielenia się wspomnieniami z praktyki, do opisanie ważnych i ciekawych zdarzeń z historii radomskiej medycyny. Czekamy na Państwa biogramy, listy, pamiętniki i fotografie. Udostępnione z domowych archiwów, pomogą utrwalić historię i osiągnięcia lekarzy pracujących w Radomiu oraz dzieje placówek ochrony zdrowia w mieście. Chcemy, aby zebrany materiał został opracowany i opublikowany – być może w „Radomskim Roczniku Lekarskim”, być może w książce. Państwa wspomnienia zasługują na upamiętnienie, a bez nich obraz dziejów radomskiej medycyny będzie niepełny.

Prace prosimy przysyłać do Delegatury Radomskiej OIL w Warszawie w terminie do 31.01.2016 r.
26-600 Radom, ul. Rwańska 16, tel.: 48-331-36-62

Julian Wróbel
przewodniczący Delegatury Radomskiej
(dzyury: poniedziałki – 10.00–13.00, e-mail: julian@wp.eu)



Podziękowanie

Składam wyrazy gorącego podziękowania **dr. Maciejowi Nyżnykowi** za wieloletnią, niespotykane ofiarną i troskliwą opiekę kardiologiczną nad moim Ojcem, emerytowanym lekarzem spoza Warszawy.

Maria Kuc

Miasto pokryje stratę radomskiego szpitala

Problemy finansowe Radomskiego Szpitala Specjalistycznego ponownie stały się „paliwem” sporu politycznego. Przekonaliśmy się o tym podczas nadzwyczajnej sesji Rady Miejskiej. Rajcy kłócili się przez kilka godzin, by w końcu... jednogłośnie zgodzić się na pokrycie blisko 12-milionowej straty lecznicy z budżetu gminy.

Główny punkt zaproponowanej przez prezydenta Radomia uchwały nr 186/2015 brzmi: „*Postanawia się pokryć ujemny wynik finansowy Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego za rok 2014 w kwocie 11 886 440,38 zł*”.

Na początku nadzwyczajnej sesji Rady Miejskiej skarbnik miasta Sławomir Szlachetka tłumaczył, że nieprzyjęcie tej propozycji będzie równoznaczne z likwidacją lecznicy lub jej skomercjalizowaniem, czyli przekształceniem w spółkę (taki los spotkał dwa lata temu szpital na Józefowie).

Marek Pacyna, dyrektor placówki, przedstawił dramatyczne wyniki finansowe szpitala, który jeszcze pięć lat temu notował zysk w wysokości około miliona złotych. Od 2012 r. błyskawicznie rośnie jednak strata, która w 2014 wyniosła blisko 12 mln zł. Ostatnie miesiące nie poprawiły sytuacji, w pierwszym półroczu 2015 deficyt RSS sięgnął 7 mln zł, a w grudniu prawdopodobnie będzie dwa razy wyższy. Zdecydowana większość kosztów lecznicy to wynagrodzenia pracowników. W 2010 r. stanowiły 68 proc. wydatków, a w 2014 – już 79 proc. Co ciekawe, w szpitalu rośnie grono zatrudnionych, a spada liczba łóżek. Pięć lat temu kadra RSS liczyła 1509 osób (łóżek było wówczas 570), obecnie jest ich 1587 (a łóżek 537).

Placówka ma też zobowiązania – za 2014 r. blisko 55 mln zł (w 2010 wynosiły niespełna 20 mln). Składają się na nie m.in. wielomilionowe odszkodowania dla lekarzy, którzy upomnieli się o pieniądze należne im z tytułu porozumień zawartych w 2007 r. Te roszczenia potwierdziły później sądy.

– *Sytuacja jest ciężka. Szpital, nawet z pomocą samorządu, sobie z tym nie poradzi. Konieczne są rozwiązania systemowe* – przekonywał Marek Pacyna.

Pokrycie przez miasto straty za rok 2014 to „kroplówka” niezbędna szpitalowi do funkcjonowania. Zaproponowana przez prezydenta uchwała stała się znakomitym pretekstem do ożywionej dyskusji politycznej podczas nadzwyczajnej sesji, odbywającej się w szczycie kampanii przed wyborami parlamentarnymi.

Fot. R. Natorski



Anna Kwiecień, była wiceprezydent Radomia nadzorująca służbę zdrowia, a dziś radna opozycyjnego klubu PiS, uznała, że strata lecznicy to efekt spadku dochodów z kontraktu z NFZ oraz przepisów nakazujących podwyższanie pensji pracowników w sytuacji, gdy szpital notuje zysk (tak było w latach 2010–2011).

– *Wydajemy coraz więcej, jednak nie dlatego, że jesteśmy rozrzutni, ale z powodu tworzonego od ośmiu lat systemu* – przekonywał były prezydent, a obecnie radny PiS Andrzej Kosztowniak. Jednoznacznie sugerował, że kłopoty szpitala to konsekwencja rządów PO.

Radni skierowali do władz miasta wiele pytań dotyczących skali nadwykonań lecznicy, kontraktu z NFZ i wzrostu zatrudnienia. Na wiele z nich nie uzyskali odpowiedzi.

– *Musimy przyjąć uchwałę o dofinansowaniu, żeby szpital mógł normalnie funkcjonować* – podsumował Wiesław Wędzonka, radny PO. Chwilę później wszyscy zagłosowali za pokryciem straty placówki przez gminę.

Warto wspomnieć, że w RSS obowiązuje pogotowie strajkowe. Pielęgniarki i położne walczą bowiem o poprawę warunków pracy oraz podwyżkę wynagrodzenia. ■

Rafał Natorski

Warszawa – **sprzedam** działający gabinet stomatologiczny lub kompletne wyposażenie gabinetu.
Tel.: 609-20-48-68.

FORMULARZ DANYCH

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

Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentystry

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 przestać: 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 dentystrów 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 dentystrów 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 dentystrów, 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 dentysta, 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

Ubezpieczenia – komunikat do lekarzy i lekarzy dentystów, członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Już ponad 6 tys. lekarzy i lekarzy dentystów przystąpiło do unikatowego w skali kraju programu ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, zorganizowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. W związku z pytaniami dotyczącymi tego programu przypominam, że:

- 1) Warunki programu spełniają normy uregulowane i wymagane przez rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie **obowiązkowego** ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU nr 293, poz. 1729). Dotyczą one każdego lekarza i lekarza dentysty prowadzącego praktykę zawodową (tj. posiadającego zarejestrowaną działalność gospodarczą, ustawowo zobowiązanego zatem do zawarcia umowy ubezpieczenia OC);
- 2) Warunki programu ubezpieczenia organizowanego przez Izbę obejmują ryzyka wynikające z udzielania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentystę, także takiego, który nie prowadzi praktyki w żadnej formie (tj. nie ma zarejestrowanej działalności gospodarczej). To oznacza, że także taki lekarz i lekarz dentysta może przystąpić do programu organizowanego przez Izbę na zasadach ubezpieczenia dobrowolnego odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu (w tej grupie znajdują się m.in. lekarze pracujący jako wolontariusze, na umowach zlecenia czy umowie o pracę);
- 3) Zgodnie z warunkami izbowego programu ubezpieczenia miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentystę jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) Przystąpienie do programu ubezpieczenia organizowanego przez Izbę nie ogranicza możliwości lekarza i lekarza dentysty przystąpienia we własnym zakresie do

dotodatkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (tzw. ubezpieczenia nadwyżkowe). W przypadku przystąpienia przez lekarza i lekarza dentystę do ubezpieczenia nadwyżkowego Okręgowa Izba Lekarska prosi o zwrócenie uwagi, aby w polisie takiego ubezpieczenia znalazły się następujące zapisy:

- a) Potwierdzenie przez ubezpieczyciela zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie nieobjętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej,
- b) Potwierdzenie przez ubezpieczyciela zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, jeżeli szkody nie mogą być zaspokojone z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, której obowiązek zawarcia wynika z ustawy o działalności leczniczej albo z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwagi na wyczerpanie sumy gwarancyjnej.

Powyższe zapisy pozwolą zachować realność zawartej polisy, tj. w przypadku wystąpienia roszczenia odszkodowawczego ubezpieczony lekarz będzie chroniony na umówionych warunkach.

Komunikat skierowany jest zarówno do lekarzy i lekarzy dentystów, którzy opłacają składkę na samorząd lekarski w wysokości 60 zł, jak i do tych, którzy płacą składkę w wysokości 10 zł miesięcznie, oraz do tych, którzy są zwolnieni z opłacania składek członkowskich.

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

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



Inauguracja w Alma Mater

Pieśnią „Raduj się Matko Polsko, w sławne potomstwo płodna...”, skomponowaną w 1253 r., a więc starszą o przeszło sto lat od krakowskiej wszechnicy, Uniwersytet Jagielloński zainauguował 652. rok akademicki. Nim jednak dźwięki „Gaude Mater Polonia” zabrzmiały w Audytorium Maximum, pochód rektorski w togach (ku zachwytowi turystów i operatorów rozmaitych telewizji) przemaszerował z Collegium Maius pod Dąb Wolności na Plantach, gdzie władze rektorskie złożyły kwiaty. Dąb Wolności zasadzono w 1919 r., po odzyskaniu niepodległości. Zniszczony podczas okupacji, został zasadzony ponownie w 1988 r. Inauguracja odbyła się z udziałem wychowanka i wykładowcy UJ, a zarazem nowego prezydenta RP.

Uniwersytet Jagielloński kształci aktualnie 48 tys. studentów, w tym 34 tys. na studiach stacjonarnych, na 84 kierunkach, 15 wydziałach, w 159 specjalnościach. Zatrudnia 3879 nauczycieli akademickich, m.in. 278 profesorów zwyczajnych i 414 nadzwyczajnych. Częstką UJ od 1993 r. jest Collegium Medicum (a nie odwrotnie, jak wynikałoby z nazwy na oficjalnych drukach: UJ CM), w którym inauguracja roku akademickiego odbyła się dzień wcześniej.

A teraz przytoczę kilka liczb dotyczących innej „szacownej” instytucji, które „Galicyska Gazeta Lekarska” uzyskała na piśmie od Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, po opublikowaniu listu szczególnie dociekliwego lekarza. Rzecz dotyczy kosztów NFZ, na tle regionu.

Według sprawozdania dla centrali NFZ za II kwartał 2015 r. średnia pensja 416 pracowników oddziału wynosi brutto 4634 zł, placówka zajmuje łącznie 6 budynków, a w całej Małopolsce 21 lokali na siedziby delegatur, punktów ewidencyjnych, archiwa itp. Flota samochodowa składa się z 6 aut osobowych, pracownicy mają do dyspozycji 450 komputerów i 98 telefonów komórkowych.

Wielkości tych nie komentuję. Prawdopodobnie oddział gospodaruje oszczędnie. Jedyne pytanie dotyczy wielkości łącznych kosztów 16 oddziałów wojewódzkich i centrali.

Bez komentarza pozostawiam też kwotę 462 tys. zł uzyskaną przez oddział w 2014 r. z tytułu kar umownych nakładanych na lekarzy za niewłaściwe lub nieuprawnione wypisywanie recept.

Na koniec o przedsięwzięciu realizowanym pod patronatem OIL w Krakowie przez „Gazetę Krakowską” od bodaj dziesięciu lat pod nazwą „Lekarz Roku”. Do niedawna wyróżniano jeszcze przychodnie, nie było natomiast „Osobowości Roku”, którą wyłania się za „zasługi dla ochrony zdrowia” niekoniecznie z grona lekarzy. W 2014 r. otrzymał ją inżynier z AGH, konstruktor aparatury inwalidzkiej. „Lekarz Roku” wybierany jest w drodze plebiscytu czytelniczego. I chwala za tę inicjatywę „Gazecie”. Tylko niepotrzebnie w informacjach pojawia się „najlepszy”, bowiem tego w medycynie żadną miarą nie da się zmierzyć. ■

Stefan Ciepły



Z tajemników odmiany (1)

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Pamiętam czasy, kiedy wyrazy *kino*, *radio* czy *studio* miały (w zasadzie) tylko liczbę pojedynczą i były nieodmienne. Mówiło się „byłem w kino”, „nie mam radio”, „kupili oświetlenie do studio”. Ale zarówno rozwój techniki, jak i coraz nowsze typy sytuacji, w których tych wyrazów trzeba było używać, wymuszały stosowanie liczby mnogiej i przypadków, w przeciwnym razie wypowiedzi stawały się niezrozumiałe.

Pierwsze zmieniło się *kino*. Dzięki odmianie świetnie zabrzmiało i momentalnie się przyjęło okupacyjne powiedzenie „Tylko świnię siedzą w kinie”, bo ładnie układał się rym. Potem zaczęło się odmieniać *radio*, ale chyba dopiero pod koniec lat 50. lub na początku 60. XX w.

Zmiany następowały jednak opornie, w końcu są to słowa pochodzenia obcego, a te nie zawsze wtapiają się w polszczyznę natychmiast. Niektóre tylko „do połowy”, na przykład *weekend*. Słowo to ma po polsku pełną odmianę, ale ortografią wciąż angielską i nawet taki rygorysta jak Witold Doroszewski zaakceptował ten stan jeszcze w drugiej połowie lat 40. Dziś nikt się temu nie dziwi, najwyżej Anglicy, dla których *weekend* do niedawna oznaczał wyłącznie pół piątku i sobotę. Ostatnio od naszych londyńskich rodaków się nauczyli, że rzeczy i pojęcia są względne. Teraz wiedzą, że weekendy mogą trwać tydzień, a nawet dłużej.

Moja babka, która umarła w 1970 r., jeszcze *kina*, *radia* i *studia* nie odmieniała, choć czasami, kiedy chciała posłużyć się liczbą mnogą, dawała się przytąpać na odruchowym szukaniu formy przypadku ze wzorca odmiany rzeczowników kończących się na -o, takich jak *oko*, *okno*, *stado*, *wiadro*, *drzewo*. Wtedy nieoczekiwanie w jej mowie pojawiały się owe *radia* (ale wciąż częściej *radioodbiorniki*), *kina* (*teatry filmowe*, *kinoteatry*) i *studia* (*pomieszczenia studyjne*, *laboratoria*, *gabinety*, *nieodmienne atelier*).

Musiał nastąpić moment, w którym powolne wahadło zmiany przeszło na drugą stronę bariery i odmienianie tych słów stało się solidną oczywistością. Co więcej, dziś już razi maniera telewizyjna, która każe dziennikarzom i prezenterom nadal mówić *w *studio*. Tymczasem najbardziej moim zdaniem kompetentny „Słownik gramatyczny języka polskiego” Zygmunta Saloniego i współpracowników już takiej formy nie notuje. Miejscownik ma w nim wyłącznie postać *kinie*, *radiu*, *studiu*. Wygląda więc na to, że stało się i odwrotu nie ma. Słowa te zostały spolszczone ostatecznie.

Są jednak wyrazy, których odmiana jest utrudniona z natury. Na przykład *muzeum* – w liczbie pojedynczej wszystkie przypadki ma takie same, bo inaczej chyba się nie da. Dopiero w mnogiej mamy *muzea*, *muzeów*, *muzeom*, *muzea*, *muzeami*, *muzeach*, *muzea*. Warto też zauważyć, że niektórych przypadków wyrazów rzadko się używa, a wtedy mówiący mają kłopot, bo ich nie znają. Czy i jak odmienia się na przykład *reggae*? Odmienia się, a jakże, tylko że we wszystkich przypadkach tak samo. ■



Fot. archiwum

Zobaczyć człowieka

Janina Jankowska

Nie da się tego oglądać, nie da się tego słuchać – zwierzył się Kazimierz Marcinkiewicz dziennikarzowi stacji TVN 24, gdy ten zadał mu pytanie o kampanię wyborczą PiS-u. Były premier rządu tej partii dziś jest jednym z najgorętszych jej krytyków. Taka nastała moda wśród naszej elity politycznej. Im ktoś piastował wyższe stanowisko w rządzie, miał większy udział w polityce partyjnej PiS-u w latach 2005–2007, tym ostrzejsze ciosy kieruje w swoje dawne środowisko. Mistrzem tych zabiegów jest „Misiek”, niegdyś oddany do końca braciom Kaczyńskim, autor wielu sukcesów PiS-u, dziś w PO, w randze ministra, naczelny doradca pani premier Ewy Kopacz. Specjalizacja: dowalić PiS-owi, ośmieszyć, zdegradować w oczach społeczeństwa. A wchodzący w świat dorosłych patrzą na te elity ze zdumieniem i... uczą się.

Zapewne ze zdziwieniem też oglądali wzajemną wymianę krytycznych ocen dwóch najwyżej postawionych w kraju pań: premier Ewy Kopacz i kandydatki na premiera Beaty Szydło. Słowa: „histerycznie”, „kłamliwie”, „cynicznie” itp. padały tam jednocześnie z obydwu stron, zawsze podsumowane stwierdzeniem, że to dla dobra Polski.

Nastała też moda niespotykania się. Dialog polityczny toczy się za pośrednictwem mediów, które rejestrują oddzielnie wypowiedzi każdej z pań przebywających w gronie swoich zwolenników. Media wybierają co mocniejsze kawałki, w ten sposób rośnie napięcie, które siłą rzeczy udziela się szeregowym członkom partii i społeczeństwu. Odmowa dotyczy także organizowanych przez rozmaite instytucje debat publicznych. Poseł PiS-u nie weźmie udziału np. w spotkaniu, w którym uczestniczy Ludwik Dorn, a poseł PO nie porozmawia z Korwinem Mikke. Niestety, ten obyczaj zszedł już na poziom komentatorów sceny politycznej – dziennikarzy. Mój stary przyjaciel z KOR-u, dziś w „GW”, zgodzi się jeszcze ze mną wziąć udział w programie, ale z Bronkiem Wildsteinem już nie.

Młoda koleżanka zapytała mnie, jak było dawniej, jeszcze w PRL-u, przecież dziennikarze też mieli różne światopoglądy. Mogłam powiedzieć, jak było w mojej radiowej Redakcji Reportaży Literackich. Pracowali tam ludzie o bardzo różnych życiorysach i skrajnie różnych poglądach. Szefowa była żoną wysokiego rangą wojskowego, najstarszy kolega był pravicowym inteligentem, ukształtowanym w II Rzeczypospolitej w szacunku do państwa polskiego i jego wartości. Jak wyjęty z powieści Żeromskiego. Erudyta i społecznik. Po 1956 r. zakładał Katolickie Kluby Inteligencji w całej Polsce. Nagrywał programy z udziałem ludzi nauki, głównie profesorów i doktorów. Jego „Wizerunki ludzi myślących” są cennym zapisem historii całego pokolenia polskiej inteligencji. Drugi mężczyzna w naszej redakcji wywodził się z kręgu Urzędu Bezpieczeństwa, był młodym „utrwal-

czem władzy” brutalnie przesłuchującym AK-owców, ale tych szczegółów jeszcze wtedy nie znałam. Wiedzieliśmy, że jako pracownik UB był ochroniarzem słynnej dziennikarki czasów stalinowskich Wandy Odolskiej, która gromiła „zaplute karły reakcji” w swoich sprawozdaniach z procesów żołnierzy AK. Tak trafił do radia, gdzie już za moich czasów został I sekretarzem Komitetu Zakładowego PZPR w rozgłośni przy Myśliwieckiej. Schorowaną Wandę opiekował się do jej śmierci, co budziło nasz szacunek. Pozostałe dwie wybitne dziennikarki reportażystki miały za sobą walkę w AK. Jedna wspominała ten okres z szacunkiem, a druga, po aresztowaniu, przejściach na Pawiaku i w obozie w Ravensbrück, stała się walczącą ateistką, ideową komunistką. Z pogardą odnosiła się do dawnych kolegów z AK, narwańców z zamożnych domów, którzy zgotali Warszawie powstanie.

– I co? – pyta młoda koleżanka. – Jak ze sobą wytrzymałicie? – Bardzo dobrze – odpowiadam. Szefowa była mądrą, sprawiedliwą kobietą. Wzajemnie szanowaliśmy swoją odmienność. Najważniejszy był reportaż. Tu pomagaliśmy sobie, nawet startując w tym samym konkursie, prosiliśmy się wzajemnie o posłuchanie i wskazanie słabych miejsc. Nigdy się nie zawiodłam. Tam nauczyłam się zawodowej uczciwości. To nie był wyścig szczurów.

Czy to znaczy, że w czasach PRL-u było lepiej, ludzie byli życzliwsi, bardziej tolerancyjni? To nie takie proste, do pewnych zachowań zmuszały czasy. Nie było innej Polski. Ona była w każdym z nas w środku, jak u Wyspiańskiego. Każdy robił swoje. Ja knułam w opozycji. Za komunistami w naszej redakcji stała siła władzy ludowej. Nie miało sensu z nimi walczyć w redakcji. Oni szczerze w ten system wierzyli. Szukaliśmy w nich człowieka. Niezależnie od różnicy poglądów w naszych kolegach, ideowych komunistach, ten zwyczajny, wrażliwy człowiek był. Teraz człowieczeństwa w oponentach politycznych nikt, z żadnej strony, nie chce widzieć. Jednak jest sprawa, która zaburza mi ten idealny obraz z przeszłości. Od dziesięciu lat toczy się proces przeciwko koledze z mojej redakcji, który przyszedł pracować do radia z Urzędu Bezpieczeństwa. Okazuje się, że w ramach utrwalania władzy ludowej zastrzelił w trakcie aresztowania rolnika, który był w AK. Zastrzelił także jego żonę, która była w ciąży. To straszne. Nie potrafię tego w sobie poukładać. Byłam tak blisko aktorów tych okropnych wydarzeń, nie wiedząc o ich czynach. Jak bym się zachowała, gdybym wiedziała? Nie wiem. Chciałabym jeszcze zobaczyć w tym dawnym koledze człowieka, ale czytam, że w procesie nie okazał skruchy...

Nigdy więcej tamtych czasów. Choć z przykrością patrzę dziś na kłócące się polskie elity, wolę jednak płacić tę cenę niedoskonałej demokracji, ale w wolnej Polsce. Może elity wreszcie zmadrzeją? ■

„Litwo, Ojczyzno moja!...”

Krzysztof Schreyer

przewodniczący Komisji Współpracy z Zagranicą

Fotografie: A. Sawoni



Słowa otwierające epos Mickiewicza, dla którego, jak dla wielu pokoleń Litwinów, ojczyzną była Polska, przychodziły mi natrętnie na myśl podczas zwiedzania Wilna oraz studiowania programu Międzynarodowej Konferencji Medycznej „Historia medycyny wileńskiej”. Konferencja odbyła się 18–20 września z okazji 25-lecia istnienia Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie.

Wystarczy wejść na strony internetowe tego stowarzyszenia, aby zorientować się, że jest to organizacja tak znacząca i na tak wielu działająca polach, że jej pełne przedstawienie w okolicznościowym artykule jest niemożliwe. Bronisława Siwica, wieloletni prezes PSM na Litwie, która przed kilkoma miesiącami ustąpiła miejsca „młodemu” Danielowi Lipskiemu, starała się ukazać działalność stowarzyszenia w pięknie wydanej książce, obejmującej działalność do 2009 r. (sponsorowanej m.in. przez wspierający wówczas finansowo Polskę Senat Rzeczypospolitej Polskiej). Znaczące podtytuły jej artykułu to: „Ochrona zdrowia i praca dobroczynna”, „Oświata medyczna”, „Pomoc praktyczna dla młodzieży polskiej”, „Dokształcenie kwalifikacji zawodowych członków stowarzyszenia”, „Imprezy towarzyskie”. W ostatnich latach działalność stowarzyszenia nic nie straciła na dynamice i zakresie.

Jubileuszowa konferencja, na której otwarciu byli również znaczący przedstawiciele władz litewskich i Uniwersytetu Litewskiego, a w której organizację znaczny wkład włożyła Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych, na czele z prof. Markiem Rudnickim, dbającym o jej kształt naukowy, nie tylko unaoczniała znaczenie Polonii Medycznej na Litwie. Przypomniała też rzesze polskich uczonych i lekarzy wielce zasłużonych dla rozwoju medycyny polskiej i światowej, poczynając od Jędrzeja Śniadeckiego z jego „Teorią jestestw organicznych”, a kończąc na tych, którzy po II wojnie światowej uczestniczyli w organizacji życia akademickiego w Polsce. Wśród tych ostatnich byli prof. Włodzimierz Bruhl, z którego podręcznikiem zetknąłem się jeszcze na studiach, i prof. Witold Sylwanowicz, dobrze znany starszemu pokoleniu lekarzy studiujących w Warszawie.

W sesji inauguracyjnej konferencji i w jej części naukowej poznawali historię i brali czynny udział lekarze polonijni z wielu krajów świata. Wystąpili też liczni prelegenci z Polski.

Nie ma tu możliwości metodycznego wyliczenia wszystkich nazwisk i zasług wybitnych medyków, więc pozwoliłem

sobie tylko na własne, wrywkowe impresje. Nie ma też możliwości rzetelnego opisanie działalności stowarzyszenia, wykraczającej poza ściśle określone ramy medycyny. Naszą delegację zafrapowała akcja restaurowania grobów polskich lekarzy na cmentarzu Na Rosie, która nie może się powieść bez sponsorów. Mam nadzieję, że pomysł włączenia się w nią Izby Warszawskiej będzie zrealizowany.

Wyjazd na konferencję był opłacany solennie przez uczestników wycieczką autokarową z transportem sponsorowanym przez Izbę. Zwiedzanie Wilna stanowiło więc oczywisty punkt programu. Wielu uczestników było tu nie po raz pierwszy, ale – tak jak piszący te słowa – odkrywało na nowo znane miejsca oraz wiele nowych, wynajdywanych przez znakomitego przewodnika, historyka, pana Pawła Giedroycia, bratanka słynnego redaktora paryskiej „Kultury”. Patrząc na liczne tablice, popiersia i pomniki w pięknych kościołach czy na skwerach, myślałem o tym, czym byłaby Polska, polska kultura i nauka bez Wilna. Czułem się niezwykle wręcz swojsko, a przecież nikt z moich przodków nie wywodzi się z Wileńszczyzny. Mickiewicz, jego profesorowie i przyjaciele – to rzecz oczywista, a po nim szereg wspaniałych nazwisk: Małwił z „kagankiem oświaty”, Syrokomla, św. Faustyna opowiadająca, jak ma wyglądać słynny na całym świecie obraz Chrystusa, którego oryginał znajduje się teraz w jednym z kościołów, itd., itd. Na koniec Józef Piłsudski. U grobu matki Marszałka, w którym znajduje się jego serce, nasza delegacja złożyła wieniec.

Pisząc wrywkowo o swoich wrażeniach, nie chciałbym pominać wstydlivego problemu litewskiego, „młodego”, jak niektórzy wyjaśniają, nacjonalizmu, starającego się promować litewskość kosztem jakoby narzuconej przez Unię Lubelską polskości. Wspólnej historii nie da się obejść i ukryć. Jestem pewien, że po latach oba narody wyzbędą się lęków i będą z niej jednakowo dumne. ■



Lekarski samorząd na Ukrainie

– szanse i zagrożenia

We wrześniu 2015 r. obradował w Odessie XIV Zjazd Wszuchukraińskiego Lekarskiego Towarzystwa (UMA). Głównymi tematami obrad były autonomia zawodu lekarza i utworzenie samorządu lekarskiego. Po zmianach politycznych, będących konsekwencją Euromajdanu, parlamentarna komisja zdrowia wpisała do planu oczekiwanych reform utworzenie samorządu lekarskiego. W zjeździe uczestniczyli również przedstawiciele administracji, uczelni medycznych, towarzystw naukowych, europejskich samorządów i stowarzyszeń lekarskich, m.in. ze Słowenii, Łotwy, Bułgarii i Polski. Przybył także prezydent Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) Xavier Deau. Zjazd zaakceptował przygotowany przez Radę UMA projekt ustawy oraz wybrał Oleha Musiua z Kijowa, wiceprzewodniczącego Komisji Zdrowia Rady Najwyższej Ukrainy, na prezydenta UMA na kolejną kadencję. Podpisano również umowę o współpracy UMA z Naczelną Izbą Lekarską, którą reprezentował prezes Maciej Hamankiewicz.

Równocześnie ze zjazdem odbywał się w Odessie wspólnie organizowany przez UMA kongres pod nazwą VI Southeast European Medical Forum, w którym uczestniczyli przedstawiciele 15 krajów. Omawiano m.in. zagadnienia związane ze zdrowiem reprodukcyjnym, z kardiologią, reformą ochrony zdrowia. Prezesi WMA i NIL zostali uhonorowani odznaczeniem UMA „Na lekarską cześć”.



Fot. K. Makuch

Od lewej: autor, prezydent WMA Xavier Deau i prezydent UMA Oleh Musiua

Miałem okazję wystąpić w części roboczej zjazdu, a podczas kuluarowych spotkań dyskutować o zasadach demokracji i potrzebie wprowadzania ich w życie.

Ważnym akcentem było spotkanie z lekarzami, którzy założyli koło medyczne przy Związku Polaków w Odessie. Warto podkreślić życzliwość ukraińskich lekarzy wobec Polski i przekazywane wielokrotnie podziękowania za moralne wsparcie ze strony OIL w Warszawie w burzliwym dla Ukrainy okresie, dzielenie się wiedzą i doświadczeniami podczas wspólnych szkoleń i osobistych kontaktów. W Polsce dobrze rozumiemy, jak trudna i bolesna może być droga ku demokracji. ■

Krzysztof Makuch,
przedstawiciel OIL w Warszawie na XIV Zjeździe UMA

Jubileusz Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Pierwsza na ziemiach polskich organizacja zrzeszająca lekarzy powstała 210 lat temu. Było to Polskie Towarzystwo Lekarskie w Wilnie. Z tej okazji PTL, kontynuator idei, która przyświecała w 1805 r. ówczesnym medykom, zorganizowało uroczystość w salach Zamku Królewskiego w Warszawie.

Podczas spotkania wręczono liczne odznaczenia przyznane przez prezydenta RP oraz PTL. Wśród wyróżnionych znaleźli się lekarze i społecznicy z województwa mazowieckiego. Godność „Medicus Perfectus” oraz nagrodę ufundowaną przez Polpharmę otrzymała prof. dr hab. med. Hanna Stypułkowska-Misiurewicz. Nagrodę dla wybitnego absolwenta WUM, wskazanego przez prof. Marka Krawczyka, rektora WUM, odebrała Martyna Naduk-Ostrowska.

Honorowy tytuł „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie” przyznano m.in.: dr n. med. Annie Górkiewicz-Petkow, o. Kazimierzowi Lorkowi, prowincjałowi Zgromadzenia Ojców Barnabitoń, prof. dr. hab. n. med. Grzegorzowi Opolskiemu i prof. nadzw. CMKP dr. hab. n. med. Mirosławowi Żąbkowi.

Tytuł „Bene Meritus” otrzymali: prof. nadzw. CMKP dr. hab. n. med. Joanna Jędrzejczak, prof. Witold Mazurowski, prof. Marcin Roszkowski oraz Wojciech Giermaziak, dyrektor GBL.

Medalem „Gloria Medicinae” uhonorowano prof. prof. Tadeusza Orłowskiego, Jacka Różańskiego, Andrzeja Borkowskiego, Tadeusza Płusę.

Uroczystość uświetniły występy lekarzy artystów: Anny Kutkowskiej-Kass, Dariusza Kozłowskiego, Cezarego Olszewskiego oraz Chóru OIL w Warszawie. Prezentowane były także obrazy lekarzy malarzy: Włodzimierza Cerańskiego i Tadeusza Wolskiego. ■

mkr



Pani Kasi Kalinowskiej
wyrazy współczucia
z powodu śmierci

męża

składają

prezes i Okręgowa Rada Lekarska,
koleżanki i koledzy
z Biura OIL w Warszawie
oraz redakcja „Pulsu”



Fot. archiwum „Pro-Mile”

W czerwcu 2015 r. odbył się XXII Lekarski Rajd Rodzinny Lekarskiego Klubu Turystycznego „Pro-Mile” z Kozienic. Grupą 40 doświadczonych piechurów – członków OIL w Warszawie, wyruszyliśmy z miejscowości Wywłoka na czerwony szlak pieszy, wiodący wzdłuż Bugu. Po drodze podziwialiśmy piękne widoki wijącej się wśród lasów i pól wschodniego Mazowsza rzeki. Po całonocnym marszu grupa dotarła na nocleg do Strachowa. Drugiego dnia poszliśmy

szlakiem żółtym, wzdłuż urokliwego Liwca będącego dopływem Bugu. W godzinach popołudniowych dotarliśmy do Urli, gdzie zmęczeni, acz zadowoleni z kolejnej możliwości integracji środowiska lekarskiego, zakończyliśmy rajd. ■

Dariusz Bobola
przewodniczący

Lekarskiego Klubu Turystyki Pieszej „Pro-Mile”

DLA SMAKOSZY

Coś po chińsku...

To coś, to po prostu kurczak. A tak naprawdę spróbuję Was namówić na smaczne jedzenie w domowym wykonaniu. Wiele już umiecie, więc dzisiaj troszkę trudniejsze danie. Ale za to niekoniecznie trzeba je jeść pałeczkami. Za efekt gwarantuję, jak zwykle.

Składniki:

- ◆ 1 podwójna pierś kurczaka
- ◆ 1 puszka ananasów w plasterkach
- ◆ 1 czerwona papryka
- ◆ 1 żółta papryka
- ◆ 1 zielona papryka
- ◆ 1 por
- ◆ 1 marchewka
- ◆ 5 dkg chińskich grzybów moon suszonych (już niedługo będzie można je zastąpić polskimi „wronimi uszami”, czyli lejkowcem dętym, ja uważam, że jest lepszy!), ale może być i bez grzybów
- ◆ 2 łyżki słodkiego sosu chili (gotowy jest w sklepach)
- ◆ 4 ząbki czosnku
- ◆ 1 łyżeczka mielonego imbiru
- ◆ 2 łyżeczki przyprawy chińskiej „5 smaków”
- ◆ 3–4 łyżki mąki ziemniaczanej lub skrobi kukurydzianej

- ◆ 1 szklanka bulionu (może być warzywny)
- ◆ 2 łyżki jasnego sosu sojowego
- ◆ olej do smażenia, najlepiej z dodatkiem sezamowego (w proporcji 1:1)

Kurczaka pokroić w kostkę około 2 cm. Obtoczyć w mące ziemniaczanej lub w skrobi kukurydzianej i odstawić do lodówki. W tym czasie por pokroić w plasterki i usmażyć na szklisto na oleju. Przełożyć do dużego garnka. Na oleju obsmażyć „na złoto” kurczaka i przełożyć do garnka. Dodać szklankę bulionu, wsypać imbir, przyprawę „5 smaków”, wrzucić wcześniej namoczone w bulionie (przez 10 minut) grzyby. Dodać pokrojony w plasterki czosnek. Gdyby danie było zbyt gęste, dolać nieco wody. Gotować na małym ogniu około 10 minut. Pokroić w kostkę ananas, w dużą kostkę – paprykę, w cieniutkie słupki – marchewkę. Każdy składnik obsmażyć oddzielnie na gorącym oleju: ananas – przez kilka minut, paprykę – żeby była twardawa. Wszystkie składniki dolożyć do garnka. Na koniec dodać sos sojowy i słodkie chili. Wymieszać i gotować jeszcze 5–7 minut. Podawać z ryżem. Smacznego, czyli jak mówią Chińczycy: *qing màn yòng*. ■



Fot. D. Hankiewicz

Dariusz Hankiewicz

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



Mt. Popa – siedziba duchów

Jacek Walczak

Najbardziej rozbudowany kult natów, wszelkiej maści duchów, bóstw i rozmaitych zjaw, zrodził się w Birnie. Kto nie wie nic o *natach*, niewiele może powiedzieć o birmańskiej tradycji i kulturze. Wiadomo, że jest ich 37, wiara w nie jest silna, chociaż prawdziwą religią zdecydowanej większości Birmańczyków jest buddyzm, w swojej klasycznej odmianie *therawada*. Według legend najważniejsza siedziba *natów* znajduje się na górze Popa, niedaleko Bagan, nad rzeką Ayeyarwady. Wiąże się z nią baśniowa historia znana każdemu dziecku w Birnie.

Daleko na północy kraju żyli sobie brat i siostra, sieroty. On był kowalem, niestychanie mocarnym mężczyzną, uważanym za najsilniejszego człowieka w kraju. Ona była niezwykle piękną dziewczyną, lecz nie reagowała na niczyje zaloty.

Ze stolicy Tagaung król rozesał gońców, by znaleźli mu najpiękniejszą dziewczynę na żonę. Miejscowy gubernator dotarł do domu kowala i jego siostry. Dziewczyna zgodziła się udać do Złotego Miasta, przed oblicze władcy, natomiast jej brat odmówił podróży. Piękność od razu zyskała wyjątkowe względy u władcy. Pozostałe królowe nie marnowały żadnej okazji, by ją oczernić i dokuczyć jej. Król długo nie dawał wiary plotkom i kłamstwom. Pewnego dnia królowa dużo opowiadała mu o swoim bracie, wychwalając jego nadzwyczajne przymioty. Według niej był nie tylko najsilniejszy w całym królestwie, ale także mądry i przez wszystkich kochany. Król nie był tym zachwycony. Nakazał królowej napisanie listu do brata, by niezwłocznie przybył na dwór.



www.jacekwalczak.com

Dziewczynę ogarnęły wielkie wątpliwości. Coraz bardziej była przekonana, że źle postąpiła, opowiadając tak dużo o bracie, który mógł się okazać większym człowiekiem od samego króla. Podejrzewała zasadzkę. Nie napisała więc do brata. Mijały miesiące, a kowal nie przybywał do miasta. Król uznał, że przynajmniej część oszczerstw i złośliwych podszeptów wrogów małżonki może być prawdą. Udał się do komnaty królowej i zażądał wyjaśnień. Bardzo się zdenerwował przejawem jej nieposłuszeństwa. Królowa padła na kolana, skłoniła się do stóp małżonka i wyznała, że obawia się o los brata. Błagała, by zostawił go w spokoju. Król zdziwił się, że przejrzała jego zamiary. Zapewnił żonę, że gdy kowal przybędzie do zamku, nie stanie mu się żadna krzywda. Zapowiedział też, że niewypełnienie rozkazu uzna za dowód braku lojalności. Wtedy ona zostanie ukarana, a brat aresztowany. Królowa napisała więc do brata, błagając, by przybył do Złotego Miasta.

Wkrótce kowal zjawił się na rogatkach stolicy. Natychmiast wtrącono go do lochu. Rozpacz królowej nie miała granic. Próbowano wszelkich sposobów ratowania brata, ale na próżno. Kowala oskarżono o zdradę i skazano na śmierć przez spalenie na stosie. Królowa uprosiła jednak małżonka, by pozwolił jej przyjść na miejsce egzekucji.

Następnego ranka nad brzegiem rzeki przykuto kowala do żelaznego słupa ustawionego pośrodku sterty suchego drewna. Kiedy przybyła królowa, stos podpalono. Nagle królowa rzuciła się w ogień i przywarła do ciała brata. Oboje zginęli w płomieniach. Po kilku dniach w różnych miejscach zaczęły pojawiać się dwa naty. Dziwne zdarzenia budziły coraz większy strach. Naty przekazały swoje życzenie. Chciały przebywać w odosobnionym miejscu – klasztorze na szczycie Mt. Popa. Mnisi zgodzili się je przyjąć. Odtąd duchy królowej i kowala można spotkać w klasztorze. Ludzie boją się ich, ale otaczają szacunkiem.

Tak Popa stała się najświętszą górą, a wielu Birmańczyków uważa złożenie hołdu najbardziej znanej parze *natów* w buddyjskim sanktuarium za ważny życiowy cel. To przykład synkretyzmu, czyli wymieszania religii mających różne korzenie. Wiara w *naty*, silna w pobliskich krajach – Tajlandii, Kambodży i Laosie, jest sprzeczna z zasadami buddyzmu, a mimo to obie religie współistnieją. ■



Fotografie: J. Walczak

Cztery pokolenia ginekologów

CZ. 2

Ewa Dobrowolska

Po wyzwoleniu

Wyzwolenie – bo to jednak było wyzwolenie – podkreśla prof. Kretowicz – odbyło się bezszmerowo. Tym bardziej że wojna zebrała tak krwawe żniwo, również w mojej rodzinie. Niemcy zamordowali młodszego brata mojego ojca – Michała. Zabrali go z domu podczas „krwawej niedzieli” w Bydgoszczy, w 1939 r. Nie zdążył wziąć płaszcza, było mu zimno. Niemiec wypuścił go po ten płaszcz na słowo honoru, że wróci. I on wrócił, i został rozstrzelany. Po wyzwoleniu, gdy przeszedł front, w naszym domu w Książu Małym kwatrowało dwóch sowieckich oficerów z intendentury, żydowskich inteligentów. Pamiętam, jak na pytanie, czy Polska będzie wolna, odpowiedzieli: „Oczywiście, tylko będziecie musieli zrobić to, co wam powiemy”.

Wracają do Bydgoszczy. Dr Józef Kretowicz zostaje powołany do wojska, pracuje jako ordynator Oddziału Chirurgicznego Szpitala Ewakuacyjnego w Poznaniu.

– Na konferencji lekarzy wojskowych ojciec przedstawił referat o przyczynach ułomności po zranieniach postrzałowych wielkich stawów – opowiada syn. – Dziś, po ponad 60 latach, uderza trafność i nowoczesność wniosku: zbyt długo trwające unieruchomienie i zbyt późne stosowanie gimnastyki i zabiegów fizykalnych przyczyniają się do powstawania przykurczów mięśniowych. Ojciec był zawsze pełen pomysłów. Szef służby zdrowia WP gen. prof. Szarecki, ten sam, który po bitwie pod Monte Cassino przedłużył rozkazem ważność wszystkich leków o dalszych sześć miesięcy, był zdziwiony, gdy na jego pytanie: „Gdzie kolega uczył się chirurgii?”, ojciec odpowiedział: „Ja to jestem ginekologiem”.

Dr Józef Kretowicz zmarł w 1952 r. na raka. – Był dobrym człowiekiem – mówi syn. – Barwną postacią, bratem łąką. Kochał życie i ludzi. Łowił ryby, polował, świetnie grał w szachy i karty – mój pierwszy w życiu rower był efektem pokera u przyjaciół – tańczył i śpiewał.

Po śmierci męża dr Kretowiczowa sama musiała się zająć wychowaniem i wykształceniem synów i zapracować na utrzymanie domu. Syn wspomina, że z pieniędzmi było kruch, a mama w pewnym okresie pracowała nawet w pogotowiu ginekologicznym. Pracowała przez 53 lata, do końca życia. Ostatnią pacjentkę przyjęła na trzy dni przed śmiercią. Zmarła w 1978 r.

Harcerz orli

W Bydgoszczy Janusz Kretowicz kończy w 1951 r. II Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika. Zbliża się studniówka, a on, ze stopniem harcerza orlego i kwalifikacjami drużynowego „po próbie”, czyli instruktora, obeznany z wioślarstwem i kajakarstwem, grający w siatkówkę i ping-ponga, nie ma dziewczyny, a na domiar złego nie umie tańczyć. – Dobrzy koledzy, Marian Geppert i Roman Suchecki, się mną zaopiekowali: Romek grał na fortepianie, a Marian uczył kroków tanga i fokstrota – opowiada profesor. – A partnerka? Poprosiłem swoją siostrę stryjeczną, śliczną, kruczowłosą Kysię Kretowiczównę, żeby mi towarzyszyła. Postawiła warunek, że przyjdzie z koleżanką. Przyszła z równie ładną Wandzią, która ze względu na egzotyczną urodę od razu dostała ksywkę „Meksykanka”. Doszło do tego, że gruby i nieśmiały siedemnastolatek miał dwie partnerki na studniówce!

Studia Janusz Kretowicz rozpoczął w Akademii Medycznej w Poznaniu. Już od trzeciego roku pracował jako zastępca asystenta w Zakładzie Histologii. Jednym z jego profesorów w Poznaniu był Ireneusz Roszkowski. Tak się złożyło, że w 1955 r. i profesor, i student przenieśli się do Warszawy. Profesor objął kierownictwo II Kliniki Położnictwa i Ginekologii warszawskiej AM, którą kierował przez 24 lata, aż do emerytury. Janusz Kretowicz dołączył do grona studentów piątego roku tejże Akademii. Dyplom z wyróżnieniem otrzymał w 1957 r., po czym odbył roczny staż, przez trzy ostatnie miesiące w II Klinice Położnictwa i Ginekologii przy ul. Karowej. Po skończonym stażu pozostał w Klinice jako wolontariusz. Ożenił się z koleżanką ze studiów Danutą Bartosiak.



Prof. Janusz Kretowicz z żoną Lilią

Fot. archiwum rodzinne

Na utrzymanie zarabiał w ambulatorium w Wilanowie jako lekarz ogólny, dyżurując równocześnie przy Karowej. Po ośmiu miesiącach mógł objąć zwolniony tam właśnie etat. W II Klinice Położnictwa i Ginekologii AM przepracował pod kierunkiem prof. Roszkowskiego 24 lata, przechodząc przez kolejne szczeble zawodowe (specjalizacja I i II stopnia) i naukowe (doktorat 1965, habilitacja 1972). „On miał to szczęście w nie-szczęściu – mówił prof. Kretowicz w 2009 r., podczas uroczystości nadania imienia prof. Roszkowskiego sali wykładowej w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej przy Karowej, w setną rocznicę urodzin prof. Roszkowskiego – że żył w ciekawych czasach, w latach wielkiego przełomu w medycynie, co potrafił wykorzystać w stu procentach. On się wczuwał w ducha czasu. Zajmował się zagadnieniami, które wtedy były dopiero w powijakach, np. endokrynologią ginekologiczną. Każdy z nas miał pole do popisu, a nasze stopnie naukowe nie wynikały z tego, że ktoś musiał zrobić doktorat czy habilitację, tylko były ukoronowaniem dotychczasowej działalności. My wtedy bardzo ciężko pracowaliśmy i dlatego uzasadnione było powiedzenie, że prawdziwy, dobry szef pracuje ciężko, „w pocie czoła... swoich asystentów”.

– Prof. Roszkowski był świetnym operatorem – dodaje dziś prof. Kretowicz. – Potrafił nauczyć operowania, pokazując, na co trzeba zwracać szczególną uwagę. Walczył o sprzęt, wciągał do współpracy inżynierów. Praca naszego zespołu: Roszkowski, Wichrzycki, Groniowski i Kretowicz, o ultradźwiękowym rejestrowaniu czynności serca u płodu, była jednym z pierwszych na świecie doniesień na ten temat.

Po habilitacji w 1972 r. do dalszych awansów naukowych doc. Kretowicz potrzebował doktorantów i tu, jako pierwszy, spadł mu z nieba przyjaciel z Liceum im. Kopernika i studiów Roger Mierzwiński, będący wówczas ordynatorem Oddziału Ginekologii w szpitalu MSW w Bydgoszczy. – Badając odpowiednie parametry we krwi kobiet z mięśniakami macicy i oceniając histopatologicznie wycięte im guzy, doszedł do wniosku, w uproszczeniu – opowiada profesor – że mięśniak żre żelazo! Starsi profesorowie pytali, skąd tak dojrzały doktorant się wziął. Na końcu języka miałem odpowiedź: z klasy XI b „Kopernika”. Przyjęcie odbyło się w Hotelu Europejskim. Przy sąsiednim stole doktorat świętował syn prof. Roszkowskiego Piotr, teraz też profesor. Roger powiedział mu: „A wie pan, za co ja bardzo szanuję pana ojca? Podczas dyżuru w nocy nakrył mnie z siostrą Iwoną w pokoju zabiegowym. Bałem się, że ona straci pracę, a mnie wyleją ze studiów. A on po 15 minutach wrócił i zapytał: „Siostró Iwono, na oddziale wszystko w porządku?”.

W latach 1981–1988 prof. Kretowicz był kierownikiem Kliniki Ginekologii i Położnictwa Centrum Medycznego



Prof. Janusz Kretowicz (z lewej) w okresie pracy w WHO, z prof. Mirosławem Wysockim

Kształcenia Podyplomowego, kierował też Studium Medycyny Rodzinnej CMKP. Profesorem tytularnym został w 1984 r.

Przez 20 lat (1962–1981) zastępca redaktora naczelnego „Ginekologii Polskiej”, przez sześć lat (1982–1988) współredaktor „Polskiego Tygodnika Lekarskiego”. W latach 1977–1981 prezes Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego, 1985–1988 zastępca przewodniczącego ZG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Sześć lat (1988–1994) przepracował w WHO w Dhace (Bangladesz) i w Delhi jako doradca do spraw opieki nad matką i dzieckiem.

Po przejściu na emeryturę przez pięć lat był konsultantem w Szpitalu Położniczo-Ginekologicznym św. Zofii. Pracę zawodową zakończył jako osiemdziesięcioletek. – Moja pierwsza żona Danuta, koleżanka ze studiów, była szefową Oddziału Wewnętrznego Szpitala Kolejowego. Po jej śmierci ożeniłem się z Lilią Okuszek, która była asystentką Danuty, a później lekarką rodzinną. Mam córkę farmaceutkę – Hannę, i syna lekarza. Syn Piotr jest specjalistą ginekologiem, od lat zajmuje się m.in. diagnostyką ultradźwiękową w położnictwie i ginekologii. Los obdarzył mnie wnuczką i trzema wnukami – każde inne, a wszyscy wspaniali. Michał, syn Piotra, specjalizuje się w położnictwie i ginekologii, ma stypendium doktoranckie w CMKP.

Patrząc wstecz, uważam siebie za (w tej kolejności): lekarza, nauczyciela i naukowca. Chodzi o pacjentki, którym pomogłem, lekarzy, których wykształciłem, i ileś tam znaczących podręczników, publikacji i wystąpień. ■

Część pierwsza ukazała się w „Pulsie” nr 8–9/2015.

Posłuchać, zobaczyć...

II Międzynarodowy Festiwal Paderewskiego

W drugim festiwalu (Warszawa, 6–12 listopada), przypadającym w 155. rocznicę urodzin I.J. Paderewskiego, wezmą udział artyści z Australii, Szwajcarii, USA, Majoroki i Polski. W programie koncerty, pokazy filmów, dyskusje i wystawy. W Świątę Niepodległości na Uniwersytecie Muzycznym F. Chopina odbędzie się koncert patriotyczny z udziałem studentów i absolwentów uczelni. 12 listopada w Studiu Koncertowym Polskiego Radia im. W. Lutosławskiego wystąpi orkiestra Sinfonia Varsovia pod batutą Marty Kluczyńskiej. Na fortepianie zagra Piers Lane.

www.avearte.pl

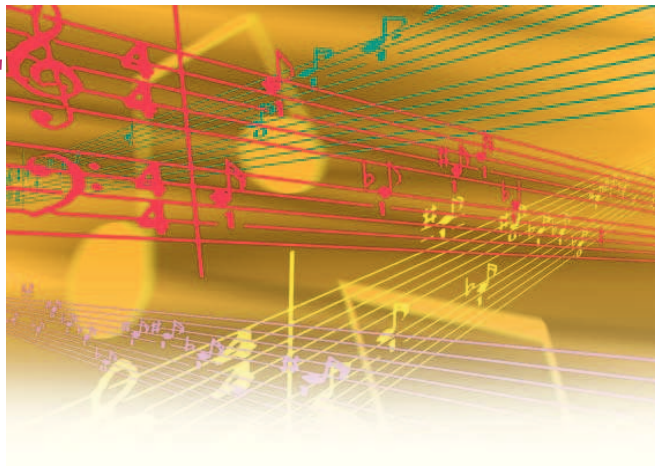
Mistrzowie pastelu

Muzeum Narodowe w Warszawie pokaże około 250 pastel ze swojej kolekcji, na co dzień nieeksponowanych. Będzie można obejrzeć pastele z czasów stanisławowskich, jak również dzieła późniejszych polskich mistrzów tej techniki (m.in. Władysława Ślewińskiego, Teodora Axentowicza, Stanisława Wyspiańskiego, Olgi Boznańskiej, S.I. Witkiewicza) oraz twórców zagranicznych. Atrakcją wystawy będzie pokazywany pierwszy raz w Polsce od czasów dwudziestolecia międzywojennego „Skarbiec wawelski” Leona Wyczółkowskiego, pochodzący z 1907 r. Wystawa potrwa od 29 października 2015 do 31 stycznia 2016.

www.mnw.art.pl

O warszawskiej Pradze na Pradze

Muzeum Warszawskiej Pragi mieści się w trzech odrestaurowanych zabytkowych kamienicach i oficynie przy ul. Targowej. Zgromadzone tam zdjęcia, przedmioty i historie mieszkańców dokumentują dzieje prawobrzeżnej części miasta. Są również świadectwem wielokulturowego charakteru Pragi. W oficynie znajdują się sale dawnej modlitewni



żydowskiej z zachowanymi polichromiami. Ekspozycja stała, otwarta we wrześniu 2015 r., prowadzi zwiedzających przez strefy praskiej historii i kultury.

www.muzeumpragi.muzeumwarszawy.pl

Starożytne hutnictwo na Mazowszu

Wystawa „Przedświt – Mazowieckie Centrum Metalurgiczne na przełomie er” w Muzeum Starożytnego Hutnictwa Mazowieckiego w Pruszkowie to wyprawa na tereny dzisiejszego Mazowsza sprzed 2 tys. lat. Zwiedzający poznają życie w dawnej osadzie, oglądając zrekonstruowane przedmioty codziennego użytku, broń, narzędzia, ozdoby wykonane z rogu, żelaza, szkła i drewna. Do przygotowania nowoczesnej ekspozycji wykorzystano technikę multimedialną, m.in. projekcje holograficzne oraz filmy w technice 360°.

www.mshm.pl

Muzeum Katyńskie

Muzeum Katyńskie ma nową siedzibę – na terenie Cytadeli Warszawskiej. Od 3 listopada placówka jest udostępniona do zwiedzania indywidualnego.

www.muzeumkatynskie.pl

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”.

5.11.2015 r. (poniedziałek)

KURS 6 PKT. EDUKACYJNYCH

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

Zapraszamy do Klubu Lekarza

4.11.2015 r., godz.18.00 – „Ktoś tutaj był” – wieczór poezji Wisławy Szymborskiej przygotowany przez Teatr Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego

18.11.2015 r., godz.18.00 – „Z domu niewoli” – monodram Elżbiety Lewak

25.11.2015 r., godz.18.00 – „Porozmawiajmy o Jonaszu Kofcie” – program poetycko-muzyczny w wykonaniu Teatryku A'la Kabaret z Domu Kultury Śródmieście

2.12.2015 r., godz.18.00 – „Esencją życia jest miłość” – spotkanie z poezją Grażyny Kowalskiej

9.12.2015 r., godz.18.00 – „W rytmach południowej Ameryki” – program muzyczno-literacki Wojciecha Rybickiego

16.12.2015 r., godz.18.00 – spotkanie wigilijne



Barbara Langda-Klawe (1927–2015)

6 marca 2015 r. zmarła w Bydgoszczy dr med. Barbara Langda-Klawe, chirurg dziecięcy, wieloletni ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej Dziecięcej w Warszawie („Omegi”), członek honorowy Polskiego Towarzystwa Chirurgii Dziecięcej, działaczka izb lekarskich, więzień obozu koncentracyjnego Auschwitz-Birkenau.

Mialiśmy szczęście i zaszczyt pracować na Oddziale Chirurgii Dziecięcej Szpitala „Omega” pod kierunkiem dr Barbary Klawe jako Jej asystentki. Była nie tylko wspaniałym lekarzem chirurgiem i nauczycielem, ale również przyjacielem każdej z nas. Pomagała nam zarówno w sprawach zawodowych, jak i w rozwiązywaniu problemów osobistych. Każdemu pracownikowi chętnie spieszyła z pomocą w każdej trudnej sytuacji.

Była dla nas wzorem godnym naśladowania: troskliwa i bezinteresowna w stosunku do pacjentów, uczciwa, prawa, życzliwa ludziom, a przy tym zawsze uśmiechnięta, pełna optymizmu, zachowująca spokój i opanowanie w każdej sytuacji. Podziwialiśmy Ją za niezwykłą elegancję i takt. Szanowała i starała się zrozumieć innych ludzi. Nikomu nie zwracała uwagi publicznie. Winnego prosiła do swojego gabinetu. Jeśli Jej nie przekonał do swoich racji, kończyła rozmowę stanowczą prośbą, żeby tak więcej nie postępować.

Była uczennicą wybitnego chirurga prof. dr med. Jana Kosakowskiego, pioniera chirurgii dziecięcej w Polsce. Często podkreślała, że Jej celem życiowym, poza leczeniem chorych, jest wykształcenie jak największej liczby chirurgów dziecięcych. Dbała o nasz rozwój, wysyłając nas na staże zarówno w kraju, jak i zagranicą. Pod Jej kierunkiem pięć osób uzyskało II stopień specjalizacji w zakresie chirurgii dziecięcej, trzy – I stopień.

Mimo trudnych warunków, w których musieliśmy pracować, uzyskiwaliśmy bardzo dobre wyniki leczenia. Była zręcznym chirurgiem, z łatwością podejmującym brzemiennie w skutki decyzje. Wprowadzała nowe metody leczenia i pozwalała nam wykorzystywać wiedzę zdobytą podczas staży w innych ośrodkach. O każde ciężko chore dziecko dbała sama, odwiedzając je kilka razy w ciągu doby. Na oddziale potrafiła stworzyć miłą atmosferę i skupić wokół siebie zgrany zespół lekarzy.

Nigdy nie zapomnimy organizowanych przez Nią spotkań towarzyskich w Słomczynie pod Warszawą, gdzie bywaliśmy z całymi rodzinami. Były to pełne uroku przerywniki w naszej ciężkiej pracy.

Dr Barbara Klawe już w okresie studiów podjęła pracę pod kierunkiem dr. Feliksa Kanabusa w szpitalu na Żoliborzu, przy ul. Felińskiego. Po aresztowaniu dr. Kanabusa z powodu jego związków z AK została sama na oddziale. W tej trudnej sytuacji pomagał Jej często prof. Kossakowski.

Po otwarciu w 1956 r. Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Dziecięcej w Warszawie była zastępcą dr. Kanabusa, ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej. W roku 1976 została ordynatorem oddziału i pełniła tę funkcję aż do chwili przejścia na emeryturę w 1993.

Była autorem wielu ciekawych prac naukowych. W 1965 r., pod kierunkiem prof. Kossakowskiego, obroniła pracę pod tytułem „Ocena bezpośrednich i odległych wyników leczenia operacyjnego niezstąpionych jąder zmodyfikowaną metodą Longard-Lovy” i uzyskała tytuł doktora medycyny.

Przez całe życie związana była z Warszawą. Ostatnie lata, z powodu ciężkiej choroby, spędziła w Bydgoszczy, pod troskliwą opieką syna, synowej oraz trzech wnuków. Spoczęła na Cmentarzu Nowofarnym w Bydgoszczy, przy ul. Artyleryjskiej.

Z wielkim żalem żegnaliśmy Panią dr Klawe w chwili Jej odejścia na emeryturę. Obecnie z bólem żegnamy Ją na zawsze. Dziękujemy Jej za wszystko. Cześć Jej pamięci! Niech spoczywa w zasłużonym spokoju. ■

**Barbara Wójcik,
Helena Laskowska,
Halina Jedlińska-Bień,
Barbara Ryszkiewicz-Gąsiorowska**



Fot. P. Herr Dyke

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

IX CHARYTATYWNA GAŁĄ KARNAWAŁOWA PRZYJACIOŁ FUNDACJI OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE PRO SENIORE

*Poprowadzi
Jacek Borkowski
Wystąpi
zespół „Drugi Tydzień”*

*23 stycznia 2016 roku
Double Tree by Hilton
w Warszawie
ul. Skalnicowa 21*

cena biletu - 350 zł/os.

**DAROWIZNĘ MOŻNA ODPISAĆ OD PRZYCHODU
nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290**

ODBĘDĄ SIĘ LICYTACJE I LOTERIE FANTOWE

**więcej informacji:
tel. 22 542 83 02, 668 398 719
fundacja.proseniore@gmail.com
www.proseniore.pl**

Zapraszamy

Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
PRO SENIORE
im. Lekarzy Polskich
Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej
POMÓŻMY TYM, KTÓRZY POMAGALI NAM



Mazowieckie Forum
Samorządów Zawodów
Zaufania Publicznego



OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. JANA NUCIAROWICZA





Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

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

2 września 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1286, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 4 sierpnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

4 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1301.

W załączniku nr 2 zawierającym wykaz substancji czynnych wchodzących w skład leków sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w ustawie – Prawo farmaceutyczne, z rozpoznaniami według ICD-10, dodaje się pozycje 1351–2174.

8 września 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1331, obwieszczenie ministra zdrowia z 19 sierpnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.

11 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 2 września 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1347.

15 września 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1390, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 24 sierpnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

15 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1262.

W załącznikach zawierających wykazy świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji w przypadku świadczeń ogólnostomatologicznych, świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym, świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS, stwierdza się, że świadczenie gwarantowane polegające na zabezpieczeniu profilaktycznym bruzd lakiem szczelinowym dotyczy bruzd zębów szóstych i jest udzielane raz do ukończenia 8. roku życia.

W załączniku zawierającym wykazy świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji w przypadku świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii w tabeli nr 2 pkt. 1.1 wymienia się następujący personel:

- lekarz dentysta, specjalista w dziedzinie chirurgii stomatologicznej lub chirurgii szczękowo-twarzowej, lub chirurgii szczękowej, lub periodontologii, lub paradontologii, lub
- lekarz dentysta posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, lub
- lekarz dentysta w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, lub chirurgii szczękowo-twarzowej, lub periodontologii, lub
- lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej, lub chirurgii szczękowej.

W załączniku, zawierającym wykazy świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji w przypadku świadczeń ortodontcji dla dzieci i młodzieży, podano, że świadczenie gwarantowane polegające na rekonstrukcji aparatu ruchomego dotyczy naprawy ruchomego aparatu ortodontycznego wykonanego w ramach świadczeń gwarantowanych do ukończenia 13. roku życia. Świadczenie jest udzielane nie częściej niż 12 razy w roku kalendarzowym (nie przysługuje naprawa aparatu ortodontycznego uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania).

15 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z 25 sierpnia 2015 r. w sprawie reorganizacji Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1376.

16 września 2015 r. wszedł w życie §2 rozporządzenia ministra zdrowia z 8 września 2015 r.

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 Nielebowicza

**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

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowanego w DzU z 2015 r., poz. 1400.

W terminie do 29 września 2015 r. świadczeniodawca posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenia szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, informację – według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia – o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących u tego świadczeniodawcy zawód w ramach umowy o pracę, w ramach stosunku służbowego na podstawie umowy cywilnoprawnej, i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów realizujących te świadczenia.

Na podstawie przekazanych danych dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne na okres od 1 września 2015 r. do 30 czerwca 2016 r.

Ponadto 30 września 2015 r. wchodzi w życie przepis, zgodnie z którym odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałoby być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem zgodnie z przepisami ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

17 września 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1412, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 26 sierpnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

22 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 4 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych weteranom poszkodowanym, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1317.

Świadczenie opieki zdrowotnej jest udzielane na zlecenie lekarza podmiotu leczniczego, w rozumieniu ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2015 r., poz. 618 ze zm.), zatwierdzone przez dyrektora komórki organizacyjnej Ministerstwa Obrony Narodowej właściwej do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii konsultanta wojskowej służby zdrowia z danej dziedziny medycyny.

Podmiot leczniczy, z którym jest zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, otrzymuje środki finansowe za świadczenia udzielone w danym miesiącu, na podstawie faktury i zestawienia przekazanych dyrektorowi komórki organizacyjnej MON właściwej do spraw zdrowia.

26 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1372.

Biuro Pośrednictwa Pracy
OIL w Warszawie

Krajowe oferty pracy na 12.10.2015 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

lekarze różnych spec. 23	choroby płuc 4	kardiologia dziecięca 1	okulistyka 3	stomatologia 12
alergologia 2	choroby wewnętrzne 26	laryngologia 5	okulistyka dziecięca 1	stomatologia chirurg. 1
alergologia dziecięca 2	choroby zakaźne 1	med. paliatywna 1	ortopedia 5	stomatologia dziecięca 1
andrologia 1	dermatologia 2	med. pracy 3	pediatria 19	stomatologia ortodon. 4
anestezjologia 7	endokrynologia 2	med. ratunkowa 7	psychiatria 3	stomatologia protetyka 2
audiologia 1	gastroenterologia 3	med. rodzinna 22	psych. (biegły sądowy) 1	USG 2
balneologia 1	geriatria 5	nefrologia 1	psychiatria dziecięca 1	USG pediatryczne 1
chirurgia dziecięca 5	ginekologia i poł. 4	neonatologia 1	radiologia 4	
chirurgia naczyniowa 2	hematologia 1	neurochirurgia 1	radiologia dziecięca 1	
chirurgia ogólna 8	hipertensjologia 1	neurologia 9	rehabilitacja med. 3	
chirurgia onkolog. 1	kardiologia 5	neurologia dziecięca 2	seksuologia 1	

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

Andrzej Morliński
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



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

26 września 2015 r. wszedł w życie art. 1 pkt. 1–3 ustawy z 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, opublikowanej w DzU 2015 r., poz. 1365.

Minister zdrowia może zlecić prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowanie zaleceń dotyczących zasadności stosowania leków w ramach Programu Szczepień Ochronnych, o którym mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Po otrzymaniu zlecenia prezes agencji wzywa podmiot odpowiedzialny w rozumieniu ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne do przekazania analiz klinicznej, ekonomicznej i analizy wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania wezwania.

Rekomendację wydaje się w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania analiz albo od upływu terminu na ich przekazanie.

W przypadku nieprzekazania analiz prezes agencji wydaje rekomendację na podstawie dostępnych danych.

ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIE

Zgodnie z przepisem art. 16 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity DzU z 2015 r., poz. 581), świadczeniobiorcy przysługują orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na jego życzenie, jeżeli są związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie, a także jeżeli są wydawane w celu uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania kosztów badań, wydawania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem

o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych (DzU nr 281, poz. 2790) określa sposób i tryb finansowania wymienionych kosztów przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie.

Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia są dokumentowane fakturą i zestawieniem sporządzanym przez świadczeniodawców, stanowiącym załącznik do faktury.

Zgodnie z pismem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 22 stycznia 2009 r., znak SPS-023-6707/08, rozporządzenie ma zastosowanie w przypadku przeprowadzania badań oraz wydawania orzeczeń lub zaświadczeń na zlecenie ZUS. W ramach postępowania orzeczniczego ZUS zleca np. przeprowadzenie badań dodatkowych lub wydanie opinii specjalistycznej i wówczas, zgodnie z powołanymi przepisami, ponosi koszty ich wykonania. Postępowanie w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych realizowanych przez ZUS wszczynają się na wniosek osoby zainteresowanej. Osoba ubiegająca się o świadczenie jest zobowiązana dołączyć do wniosku dowody uzasadniające prawo do świadczeń i ich wysokości. Dowodem takim jest m.in. zaświadczenie o stanie zdrowia, które przysługuje ubezpieczonemu nieodpłatnie.

Obowiązek wystawiania zaświadczeń o stanie zdrowia przez lekarzy leczących został określony w rozporządzeniu ministra pracy i polityki społecznej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (DzU nr 65, poz. 741 ze zm.). Zgodnie z tym rozporządzeniem lekarz prowadzący leczenie nie później niż na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego zobowiązany jest przeprowadzić badanie i ocenić, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego lub renty z tytułu niezdolności do pracy. Stosownie do wyników tej oceny lekarz wystawia zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

W świetle art. 121 ust. 2 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (DzU z 2004 r., nr 39, poz. 353 ze zm.) w sprawach świadczeń przewidzianych w tej ustawie ZUS zwolniony jest od wszelkich opłat, z wyłączeniem opłat ponoszonych na podstawie art. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem ZUS jest zobowiązany jedynie do finansowania badań, wykonywanych na jego zlecenie, oraz wydawania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych lub ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (DzU z 2013 r., poz. 1248) w części III załącznika określa, że świadczenia gwarantowane leka-

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

rza podstawowej opieki zdrowotnej obejmują profilaktyczne badania lekarskie uczniów (bilans zdrowia) w zakresie kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego (w tym naukę pływania) oraz kwalifikacji do sportu szkolnego (np. gry w piłkę nożną, siatkówkę, koszykówkę).

W związku z powyższym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest zobowiązany do wydawania orzeczeń wyłącznie w zakresie kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu szkolnego.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra zdrowia z 14 kwietnia 2011 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników między 21. a 23. rokiem życia (DzU nr 88, poz. 500), orzeczenie lekarskie o zdolności do uprawiania danego sportu wydaje się po przeprowadzeniu:

- wstępnych badań lekarskich dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia, ubiegających się o wydanie tego orzeczenia,
- okresowych badań lekarskich dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia, uprawiających dany sport, oraz zawodników między 21. a 23. rokiem życia,
- kontrolnych badań lekarskich dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia, uprawiających dany sport, oraz zawodników między 21. a 23. rokiem życia, którzy podczas uprawiania danego sportu doznali urazów, w tym urazu głowy, zmian przeciążeniowych, utraty przytomności, porażki przez nokaut, lub, gdy przebyta inna choroba uniemożliwia uczestniczenie w zajęciach lub zawodach sportowych.

Badania przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej, a w odniesieniu do niepełnosprawnych – również lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

W przypadku braku lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej badania przeprowadza lekarz posiadający certyfikat ukończenia kursu wprowadzającego do specjalizacji w dziedzinie medycyny sportowej.

Skierowanie na badania wstępne wydaje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Orzeczenie lekarskie o zdolności do uprawiania danego sportu albo orzeczenie o niezdolności do uprawiania danego sportu wydaje lekarz, który przeprowadził wymienione badania.

W związku z powyższym orzeczenie lekarskie o zdolności do uprawiania danego sportu wydaje lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej lub lekarz posiadający certyfikat ukończenia kursu wprowadzającego do specjalizacji w dziedzinie medycyny sportowej, a w odniesieniu do osób niepełnosprawnych również lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Zgodnie z przepisem art. 20n. ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity DzU z 2004 r., nr 256, poz. 2572 ze zm.), do pierwszego etapu postępowania rekrutacyjnego dopuszcza się kandydatów, którzy do wniosku o przyjęcie do publicznej szkoły lub publicznej placówki artystycznej dołączyli zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w danej publicznej szkole lub publicznej placówce artystycznej, wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Przepis art. 42 ustawy z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tekst jednolity DzU z 2015 r., poz. 332 ze zm.) stanowi, że pełnienie funkcji rodziny zastępczej oraz prowadzenie rodzinnego domu dziecka może być powierzzone osobom, które są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia, wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z przepisami art. 158 §1 pkt. 6 oraz art. 162 §1 i §7 ustawy z 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (tekst jednolity DzU z 2015 r., poz. 133 ze zm.), na ławnika może być wybrany ten, kto jest zdolny, ze względu na stan zdrowia, do pełnienia takich obowiązków.

Kandydat na ławnika musi uzyskać zaświadczenie o stanie zdrowia, wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 55 ust. 2a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity DzU z 2015 r., poz. 581 ze zm.), stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania funkcji ławnika. ■

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 ORL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, 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, 22-542-83-58

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 – egzekucja, tel. 22-42-83-78,
Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska; tel. 22-542-83-39

Kasa Stanisława Błaszczyk; 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 Kiyatyniec; 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: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Małgorzata Olszewska, Marta Bodek
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 Zatrudniania Lekarzy

i Lekarzy Dentystów – przewodnicząca: Marta Starczewska
prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy

przewodniczący Roman Olszewski
prac. biura: Emila 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

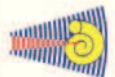
KONFERENCJA WYTYCZNE w otorynolaryngologii audiologii i foniatrii

pod patronatem
KONSULTANTA KRAJOWEGO
w dziedzinie otorynolaryngologii

3-5 MARCA 2016 roku

Krynica Zdrój
Hotel Czarny Potok Resort & SPA

INSTYTUT FIZJOLOGII
I PATOLOGII SŁUCHU



www.otolaryngologia2016.pl