

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

# puls

maj 2016 nr 5

**IX Kongres  
Polonii  
Medycznej**  
2-4 czerwca  
2016 r.  
[str. 1, 3]

**II Mazowieckie  
Spotkania  
Stomatologiczne**  
[str. 9]

**Wywiad  
z Marcinem  
Węgrzyniakim,  
dyrektorem CSIOZ**  
[str. 10]

**O periodontologii  
w Polsce mówi  
dr hab. n. med.  
Jan Kowalski,  
przedstawiciel  
Polski  
w Europejskiej  
Federacji  
Periodontologicznej**  
[str. 16]

**Ubezpieczenie OC  
w składce  
na samorząd**  
[str. 35]





**Mówi prof. Marek Rudnicki,  
prezes Federacji Polonijnych Organizacji  
Medycznych.**

# Wykorzystajmy szansę spotkania

Fot. „Świat Lekarza”

**W zamyśle organizatorów – Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych i Naczelnej Izby Lekarskiej, IX już Kongres Polonii Medycznej (pierwszy odbył w 1991 r. w Częstochowie) ma służyć współczesnej medycynie jako płaszczyzna wymiany wiedzy i doświadczeń oraz podtrzymywania więzi lekarzy i naukowców polskiego pochodzenia z lekarzami mieszkającymi i praktykującymi w Polsce.**

Tematyka obejmuje wiele spraw wspólnych dla lekarzy, niezależnie od miejsca zamieszkania, dlatego w naszych kongresach uczestniczy bardzo wielu lekarzy praktykujących w Polsce. Jednocześnie odbędzie się II Światowy Zjazd Lekarzy Polskich; pierwszy odbył się z okazji poprzedniego Kongresu Polonii Medycznej w 2013 r., w Krakowie. Honorowy patronat nad Kongresem objął prezydent RP Andrzej Duda, a honorowy patronat naukowy – prezes Polskiej Akademii Nauk prof. dr Jerzy Duszyński.

Hasłem przewodnim tegorocznego najważniejszego spotkania lekarzy polskiego pochodzenia z całego świata jest jakość i bezpieczeństwo leczenia. Będzie temu poświęcona sesja współorganizowana z „Medycyną Praktyczną”, określająca praktyczne uwarunkowania realizacji programów poprawy jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów, z udziałem autorytetów z różnych krajów. Zaplanowana jest dyskusja dotycząca bezpieczniejszej medycyny w różnych systemach opieki zdrowotnej. Podobne zagadnienia w odniesieniu do opieki nad kobietami będą przedmiotem odrębnej sesji przygotowanej we współpracy z Polskim Towarzystwem Ginekologicznym.

Program naukowy Kongresu obejmie prezentacje najnowszych kierunków w medycynie oraz sesje i debaty poświęcone m.in. promowaniu kierunków leczenia w oparciu o Evidenced Based Medicine, oczekiwaniom pacjentów i promowaniu udokumentowanej wiedzy o szczepieniach. Sesja dotycząca szkolenia specjalizacyjnego jest adresowana zarówno do młodych lekarzy, jak i do tych, którzy decydują o systemie, możliwościach i praktycznej realizacji uzyskiwania specjalizacji.

Ciekawym tematem będzie komunikacja z pacjentem w nietrywnych

sytuacjach, uwarunkowanych klinicznie, kulturowo i religijnie, przedstawiana przez lekarzy praktykujących w różnych krajach i środowiskach.

Nowe spojrzenie na przejrzystość kontaktów z przemysłem farmaceutycznym i marketing medyczny zaprezentują specjaliści ze Szwecji, Niemiec, USA i Polski. Sesję poświęconą najstarszemu polskiemu towarzystwu lekarskiemu przygotowujemy we współpracy z Polskim Towarzystwem Lekarskim. Stomatolodzy mają odrębną sesję, pod hasłem „Stomatologia bez granic: przemiany, innowacje, odkrycia”.

Na szczególne polecenie zasługuje sesja poświęcona medycynie translacyjnej, w której wezmą udział znakomici naukowcy polskiego pochodzenia: prof. Zbigniew Wszolek z Mayo Clinic, prof. Maria Siemionow z University of Illinois, prof. Krzysztof Bankiewicz z University of California, prof. Waldemar Priebe z University of Texas, prof. Mieczysław Choraży z Instytutu Onkologii w Gliwicach i prof. Wojciech Maksymowicz z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Zainteresowani nowościami zgromadzą się na dyskusji „10 gorących tematów w medycynie”, podczas której ciekawe i niekiedy kontrowersyjne sugerowane ostatnio terapie będą przedstawiane przez specjalistów o międzynarodowej renomie.



# IX Kongres Polonii Medycznej

## II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016

### Lekarzy Polskich / 2-4 / 06

Tradycyjnie podczas kongresów gospodarzem jednej z sesji jest miejscowy uniwersytet medyczny. Zatem problemy, osiągnięcia i kierunki dalszego rozwoju stołecznej uczelni przedstawia profesorowie z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Uzupełnieniem bogatego programu są spotkania z mistrzami akademickiej medycyny, zasłużonymi profesorami, którzy swoimi osobowościami i spojrzeniem na medycynę wywarli piętno na pokoleniach lekarzy studiujących w Polsce. W tym roku będą to prof. Stefan Angielski z Gdańska i prof. Marek Pawlikowski z Łodzi.

Lekarze, niezależnie od miejsca zamieszkania i pracy, mają pozazawodowe zainteresowania. Pasjonujący się malarstwem, fotografią, poezją lub ogólnie „pisarstwem” będą mieli możliwość dyskusji o swoich zainteresowaniach podczas szczególnej sesji temu poświęconej.

W Kongresie wezmą udział najwybitniejsi przedstawiciele medycyny polskiego pochodzenia, w tym dwie osoby zaliczane do elitarnej grupy najbardziej wpływowych ludzi medycyny na świecie: prof. Zbigniew Wszolek z Mayo Clinic, gość honorowy Kongresu, oraz prof. Roman Jaeschke z MacMaster University w Kanadzie.

Podczas Kongresu przewidziane są również ciekawe dyskusje dotyczące

rozwoju współpracy między środowiskami krajowymi a lekarzami praktykującymi poza granicami Polski, zarówno na zachodzie, jak i na wschodzie. Będzie to również okazja do rozmowy na temat teraźniejszości i przyszłości Polonii medycznej.

Kongres to również forum wszystkich, których więzy rodzinne, patriotyczne, zawodowe i kulturowe łączą z Polską, krajem naszych korzeni, a także miejscem naszego zamieszkania. To spotkanie tych, których łączy wspólna troska o pacjentów, dbałość o ich zdrowie, ale też o nasz profesjonalny rozwój.

Wykorzystajmy bogate doświadczenie płynące z naszej pracy w bardzo różnych systemach opieki zdrowotnej dla dobra pacjentów i dla naszych profesjonalnych planów i nadziei.

Niech IX Kongres będzie symbolem dobrej współpracy między krajem a szeroko rozumianym środowiskiem polonijnym oraz impulsem do dalszego pogłębiania relacji między lekarzami pracującymi w kraju i tymi, których los lub historia rzuciły poza jego granice.

To jest Kongres tych, których łączy wspólna troska o pacjentów, dbałość o ich zdrowie, a także o nasz profesjonalny rozwój. ■

Oprac.

**Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk**

### Dlaczego warto wziąć udział w Kongresie?

- Jest szansą na spotkanie najwybitniejszych polskich przedstawicieli nauk medycznych na świecie.
- Goście Kongresu chcą przekazać uczestnikom jak najwięcej ze swojej ogromnej wiedzy i zasobu doświadczeń praktycznych.
- Uczestnicy będą mogli wziąć udział nie tylko w obradach, ale również w imprezach towarzyszących, spotkać się z Polakami o najbardziej znaczących nazwiskach w świecie medycznym.

### Za udział w Kongresie przysługują punkty edukacyjne

Zapraszamy do Warszawy!

Szczegóły oraz rejestracja:

[www.kongrespoloniiimedycznej.org](http://www.kongrespoloniiimedycznej.org)

Biuro Organizacyjne Kongresu:

Okręgowa Izba Lekarska  
w Warszawie  
im. prof. J. Nielubowicza,  
02-512 Warszawa,  
ul. Puławska 18

[biuro@kongrespoloniiimedycznej.org](mailto:biuro@kongrespoloniiimedycznej.org)

Paweł Jastrzębski  
tel. +48-22-542-83-63  
kom. +48-698-82-39-17

Joanna Kalupa  
tel. +48-22-542-83-81  
kom. +48-784-98-65-64

● Dr hab. n. med. **Marek Rudnicki**, chirurg, profesor na University of Illinois w Chicago, dyrektor Rezydencji Chirurgicznej w Illinois Masonic Medical Center w Chicago, Fellow of American College of Surgeons, członek Public Policy & Advocacy Committee w Society for Surgery of the Alimentary Tract oraz Society for American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons, członek Board of Directors Metropolitan Chicago Chapter of the American College of Surgeons, prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, były doradca ministra zdrowia w rządzie premiera Buzka (2000–2001), były wiceprezes i członek Zarządu Związku Lekarzy Polskich w Chicago, założyciel Polsko-Amerykańskiego Programu Walki z Rakiem Piersi oraz Bursztynowej Koalicji – Amber Coalition: Better Health Foundation w Chicago, laureat wielu nagród oraz odznaczeń krajowych i zagranicznych, przewodniczący Komitetu Naukowego VII, VIII i IX Kongresu Polonii Medycznej w Toruniu (2010), Krakowie (2013) i Warszawie (2016).



FEDERACJA POLONIJNYCH  
ORGANIZACJI MEDYCZNYCH



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE



NACZELNA  
IZBA LEKARSKA



Nr 5/2016 (253)  
maj 2016

Na okładce:

rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:	
▶ IX Kongres Polonii Medycznej	1
▶ <b>powiem wprost</b>	3
▶ XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie	4
▶ II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	9
▶ <b>trzy pytania do...</b>	10
▶ Recepty lekarskie...	12
▶ Ból funkcjonalny – vulwodynia	14
▶ Choroby przyzębia a zdrowie...	16
▶ Doniesienia naukowe	18
▶ Choroby rzadkie	19
▶ Goniec medyczny	20
▶ <b>etyka</b>	20
▶ Prawo a etyka wykonywania zawodu	22
▶ Biegłym być albo nie być	23
▶ „Wszyscy kłamią” – czy dr House miał rację?	24
▶ z Mazowsza	26
▶ z Delegatury Radomskiej	27
▶ Gruzińska rewizyta	30
▶ OC w skłádce...	35
▶ u nas w samorządzie	36
▶ VII Rodzinny Piknik Integrycyjny...	37
▶ Komisja Kultury, Sportu i Turystyki	38
▶ literatura i życie	41
▶ ciekawe miejsca	43
▶ wspomnienia	45
▶ nowe przepisy prawne	46
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	8
▷ Walewski	8
▷ Kowal	32
▷ Jankowska	33
▷ Ciepły	40
▷ Müldner-Nieckowski	40



# Piramida

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk  
redaktor naczelna

**P**iramidę Cheopsa w Gizie, jeden z siedmiu starożytnych cudów świata, widział – jeśli nie w naturze, to przynajmniej na zdjęciach – chyba każdy. Na temat jej przeznaczenia od dawien dawna trwają dyskusje badaczy, jednak niepodważalny jest fakt, że zbudowana została z niebywałą precyzją, trudną do osiągnięcia nawet w dzisiejszych czasach i przy obecnej technologii. Stoi na szerokiej cztero-bocznej podstawie, dzięki czemu jest budowlą stabilną. Przetrzymała wieki, tracąc tylko trochę na urodzie, bo częściowo odpadły wapienne lica, dzięki którym w zamierzchłej przeszłości z daleka jaśniała w słońcu.

System ochrony zdrowia w Polsce przypomina trochę piramidę z Gizy. Skąd to skojarzenie? Ano stąd, że od dawna dyskutuje się, czemu ma on służyć. A jeżeli chodzi o konstrukcję – przypomina piramidę, z tą różnicą, że stoi nie na podstawie, tylko do góry nogami, na czubku.

Trzonem systemu ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych jest podstawowa opieka zdrowotna. Także u nas to lekarze rodzinni powinni leczyć kilkadziesiąt procent z milionów pacjentów codziennie zgłaszających się po zdrowie. Zdrowie, które w Polsce, po transformacji ustrojowej, stało się – czy to się komuś podoba, czy nie – dobrem konsumpcyjnym. Niestety, w praktyce POZ jest z wielu przyczyn niewydolny. Niewątpliwie do przyczyn tych należą zbyt mała liczba lekarzy rodzinnych, a także zbyt małe ich uprawnienia. W warunkach polskich, czyli m.in. ze względu na to, że instytucja lekarza rodzinnego nie ma u nas tradycji, oraz ze względu na polską mentalność, wprowadzenie rozliczania lekarzy POZ według stawki kapitacyjnej prowadzi do przeliczenia kosztów – czytaj pacjentów – na specjalistykę i do „wierzchołka piramidy”, czyli szpitali. Ten najdroższy element systemu, rozliczany metodą *fee for service*, do którego chory powinien trafić na końcu swojej drogi diagnostyczno-leczniczej, stał się poprzez „furtkę”, jaką są SOR-y i izby przyjęć, pierwszym etapem drogi chorego. Czasami drugim, gdy np. lekarz rodzinny podpowie pacjentowi, jak szybko, bo bez kolejki, można zrobić badania. W Polsce brakuje lekarzy, zwłaszcza specjalistów w dziedzinach, które przez lata traktowane były przez decydentów po macoszemu, mimo apeli samorządu lekarskiego i ekspertów o uznanie ich za priorytetowe. Dlatego dzisiaj za mało jest pediatrów, neonatologów (z tego powodu zamyka się w Polsce szpitalne oddziały), chirurgów, patomorfologów itd. Za to tylko w Warszawie mamy więcej specjalistów kardiologii niż w 9-milionowej Szwecji. Brakuje także m.in. pielęgniarek, położnych i techników radiologii. Na ponad 5-milionowym Mazowszu, na którym według prognoz WHO niedługo 50 proc. mieszkańców będzie w wieku ponad 65 lat, „dorobiliśmy się” aż kilkudziesięciu geriatrów! Za to mamy powiększającą się armię bezrobotnych ratowników medycznych, którzy w systemie ratownictwa medycznego – razem z kierowcą karetki – nieraz zastępują taksówkę, przewożąc każdego pacjenta z domu do szpitala. Wielokrotnie ten pacjent wcale nie powinien trafić do szpitala. Złośliwi mówią, że zamiast wzywać taksówkę, taniej jest (bo za darmo) wezwać karetkę i to bezkarnie.

Konia z rzędem temu, komu uda się polską piramidę w ochronie zdrowia postawić prawidłowo, by była stabilna, jak ta w Gizie. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

# Spotkajmy się na Kongresie!



Fot. egw

**Andrzej Sawoni**

prezes ORL w Warszawie

Zbliża się wielkie święto naszego środowiska. Już 2 czerwca 2016 r. powitamy w Warszawie gości IX Kongresu Polonii Medycznej, II Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich. Jako gospodarz i organizator, wspólnie z Federacją Polonijnych Organizacji Medycznych i Naczelną Izbą Lekarską, przygotowujemy się do tego odpowiedzialnego zadania od dawna. Chcemy, aby dla naszych koleżanek i kolegów, lekarzy i lekarzy dentystów, którzy przyjadą z całego świata, udział w Kongresie był okazją do prezentacji dorobku naukowego, wymiany doświadczeń, pogłębienia wiedzy i umożliwił spotkanie z wybitnymi przedstawicielami nauki i praktyki medycznej. Poza programem naukowym zaplanowaliśmy wiele atrakcji dodatkowych, by pobyt w Warszawie minął naszym gościom w miłej atmosferze, wzbogacony ciekawą ofertą kulturalną i turystyczną. Kongres Polonii Medycznej to okazja do integracji środowiska, spotkań i rozmów. O szczegółach programu, a także idei Kongresu organizowanego od 1991 r., opowiada w tekście opublikowanym w tym numerze „Pulsu” prof. Marek Rudnicki, prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych.

Zachęcam wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów do udziału w tym znaczącym wydarzeniu, do obecności w Warszawie i świadczenia o nas samych, najlepiej jak potrafimy. Mamy szczególnie przywilej reprezentowania lekarskiej społeczności na forum międzynarodowym, pokazania dokonań polskiej medycyny i ludzi, którzy są jej najlepszą wizytówką. Tym samym dbajmy o integrowanie się naszego środowiska, zarówno w kraju, jak i w relacjach z Polonią lekarską, o zrozumienie i, mimo zdarzających się od czasu do czasu, jak w każdej rodzinie, różnic, nieporozumień i sporów, troszczmy się wspólnie o nasze, lekarzy i lekarzy dentystów, cele.

Przy okazji nie sposób nie wspomnieć o problemie najmłodszej polskiej lekarskiej emigracji. O koleżankach i kolegach, którzy często zaraz po studiach czy stażu wyjeżdżają zagranicę – z różnych powodów, nie tylko finansowych. Szukają lepszych warunków pracy i możliwości kształcenia się w wybranych specjalizacjach. Wielu z nich, może nawet większość, na lata zostanie poza Polską i wiedzą zdobytą na polskich uczelniach medycznych zasili obcy rynek pracy.

Dlatego cieszymy się, że za sprawą intensywnych działań samorządu lekarskiego, aktywnej reprezentacji lekarskiej młodzieży, postulującej zmiany w systemie kształcenia, dostępu do rezydentur i szkolenia specjalizacyjnego, dzięki doświadczeniu samorządowemu ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła i decyzjom, które podejmuje, sytuacja ma szansę stopniowo się zmieniać.

Polski dyplom lekarski jest marką uznaną. I zapewne zawsze część lekarzy wykształconych w naszym kraju będzie podejmowała pracę poza granicami. Ważne, aby takie same możliwości pracy i rozwoju mieli w ojczyźnie, a decyzja o pracy zagranicą była wyborem, a nie koniecznością. ■

Zgodnie z zarządzeniem prezesa ORL ustala się

**dniami wolnymi od pracy**

w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie:

- ✿ **2 maja 2016 r.** – poniedziałek przed Świętem Konstytucji 3 Maja
- ✿ **27 maja 2016 r.** – piątek po święcie Bożego Ciała
- ✿ **31 października 2016 r.** – poniedziałek przed świętem Wszystkich Świętych

**W tych dniach Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie będzie nieczynna dla interesantów.**



XXXVI Okręgowy  
Zjazd Lekarzy  
OIL w Warszawie  
str. 4



Recepty lekarskie  
– pytania i odpowiedzi  
str. 12



„Wszyscy kłamią”  
– czy dr House  
miał rację?  
str. 24



Fotografie: egw, ach

# XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie

9 kwietnia 2016 r. odbył się doroczny budżetowy zjazd lekarzy OIL w Warszawie. Zgodnie z regulaminem, poświęcony był przede wszystkim przyjęciu sprawozdania finansowego OIL i sprawozdań z działalności organów Izby w poprzednim roku oraz przyjęciu budżetu na rok następny.

Zjazdowi przewodniczył wiceprezes ORL Romuald Krajewski. Wiceprezes ORL Julian Wróbel odczytał list do delegatów od prezesa ORL Andrzeja Sawoniego, nieobecnego z powodów zdrowotnych. Prezes napisał m.in.: „Rok 2015 był dla nas ważny. Kontynuowaliśmy spłatę kredytu zaciągniętego na zakup siedziby przy ul. Puławskiej 18 w Warszawie. Do uregulowania pozostało jeszcze 120 tys. zł, w sierpniu 2016 r. kredyt zostanie spłacony, a budynek w całości stanie się naszą własnością. (...) Realizując uchwałę poprzedniego zjazdu, 1 czerwca 2015 r. wprowadziliśmy program grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów, finansowany ze składek na samorząd lekarski. Jest to unikatowe przedsięwzięcie w skali kraju, z którego skorzystało już 12 tys. członków OIL w Warszawie. (...) Kontynuujemy program »Prawnik dla lekarzy«. W ubiegłym roku 1200 członków naszej Izby skorzystało z bezpłatnych porad prawnych, finansowanych przez OIL w Warszawie. (...) Również w roku 2015 wprowadziliśmy program pomocy finansowej (tzw. becikowe, w wysokości 1 tys. zł) dla rodzin lekarskich, w których urodziło się dziecko. Z tego tytułu wypłaciliśmy 358 tys. zł”.

Przedstawione zostały sprawozdania: z działalności ORL (wiceprezes Julian Wróbel), finansowe – z wykonania budżetu OIL w 2015 r., Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Nad sprawozdaniami delegaci dyskutowali, momentami bardzo emocjonalnie. Uczestnicy zjazdu po dyskusji przyjęli sprawozdania:

OROZ, OSL, OKR. Delegaci podjęli też dyskusję nad możliwością głosowania przez zjazd wniosku o nieudzielenie absolutorium Okręgowej Radzie, postawionego przez Okręgową Komisję Rewizyjną, po jej sprawozdaniu. Jak wyjaśnił mecenas Jacek Nieścior, szef zespołu radców prawnych OIL, z przepisów wynika, że nie można wystąpić z takim wnioskiem, ponieważ, zgodnie z ustawą o izbach lekarskich, Komisja Rewizyjna składa wniosek o udzielenie absolutorium w zakresie realizacji budżetu. Zjazd może udzielić absolutorium radzie lub nie. W wyniku głosowania delegaci udzieli absolutorium Okręgowej Radzie: 70 delegatów było za, 14 przeciw, od głosu wstrzymały się 23 osoby. W dyskusji, jak podkreślają delegaci, padło wiele wniosków, które są cenne dla doskonalenia działania OIL w Warszawie. Następnie uczestnicy zjazdu uchwalili przedstawiony przez skarbnika ORL Romana Olszewskiego projekt budżetu Izby na 2016 r.

W części poświęconej dyskusji nad wnioskami zgłoszonymi do zjazdowej Komisji Uchwał i Wniosków przyjęto zmianę regulaminu działania Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w zakresie możliwości podejmowania decyzji przez Prezydium, w uzasadnionych i pilnych przypadkach, drogą internetową. Z powodu braku kworum pozostałe projekty uchwał, stanowisk i apeli zjazdu zostały, zgodnie z regulaminem, przekazane do rozpatrzenia Okręgowej Radzie Lekarskiej, w tym projekt stanowiska w sprawie postulowanego podziału samorządu lekarzy i lekarzy dentystów (patrz obok). ■

egw



**STANOWISKO**  
**OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**  
**z 15 kwietnia 2016 r.**

**w sprawie postulowanego podziału  
samorządu lekarzy i lekarzy dentyków**

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie, z delegacji XXXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie, wyraża głębokie zaniepokojenie treścią interpelacji 1882 pani poseł Haliny Szydełko, zawierającej postulat podziału samorządu lekarzy i lekarzy dentyków na dwa oddzielne samorzady, dotychczas nigdy nieartykułowany przez środowisko lekarzy dentyków.

Samorząd lekarski odrodził się 25 lat temu, z inicjatywy przedstawicieli obydwu tych zawodów, jako jedna izba lekarska.

W tym okresie, w oparciu o wspólne akty prawne dotyczące wykonywania tych zawodów i wspólny Kodeks Etyki Lekarskiej, wypracował szereg rozwiązań prawnych, organizacyjnych i wyborczych zapewniających odpowiedni udział przedstawicielom obydwu zawodów w działaniu organów izb i podejmowaniu decyzji. Wspólny samorząd dobrze służy wszystkim lekarzom i lekarzom dentykom. Podział doprowadzi zarówno do obniżenia rangi samorządu, jak i do osłabienia działalności obu grup zawodowych.

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie, reprezentująca 24 tys. lekarzy i ponad 6 tys. lekarzy dentyków, wyraża stanowczy sprzeciw wobec działań zmierzających do podziału samorządu lekarskiego.

**Julian Wróbel** – wiceprezes OR,  
**Ewa Miękus-Pączek** – sekretarz ORL



## Medal im. Jana Nielubowicza

Odznaczeniem imienia patrona naszej Izby uhonorowany został **Roman Jasiński** – absolwent AM w Warszawie (1992 r.), specjalista chorób wewnętrznych i endokrynologii. Ukończył studia podyplomowe z zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Do 2010 r. pracował w Szpitalu Wolskim w Warszawie, przeszedł drogę od stażysty do ordynatora II Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologicznym, sześciu lekarzy pod jego kierownictwem ukończyło specjalizację. Obecnie pracuje w Poradni Endokrynologicznej Lux Med. Bardzo ceniony przez kolegów i pacjentów. Delegat na okręgowe zjazdy lekarskie IV i V kadencji, od 2010 r. członek Okręgowego Sądu Lekarskiego. Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego od 2013 r. do chwili obecnej. ■ *mkr*





## Laudabilis

**Na** XXXVI Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL w Warszawie odznaczenie Laudabilis otrzymali:

**Maria Jolanta Jasińska** – absolwentka AM w Warszawie (1985 r.), okulista. Od drugiej kadencji samorządu lekarskiego działa w Okręgowym Sądzie Lekarskim. Jest sędzią dobrze przygotowanym do rozpatrywania spraw trudnych, zwłaszcza dotyczących zagadnień etycznych. Sumienna i obowiązkowa, ceniona za profesjonalizm, służy pomocą młodszym i mniej doświadczonym sędziom.

**Małgorzata Osiadacz** – absolwentka Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie (1980 r.), specjalista chorób wewnętrznych. Jest zastępcą ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Pełniła wiele funkcji w samorządzie: w II kadencji była sekretarzem Okręgowej Komisji Rewizyjnej, w IV – członkiem ORL, a w V – członkiem Okręgowej Komisji Wyborczej.

**Katarzyna Wernic** – absolwentka Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie (1980 r.), specjalista chorób wewnętrznych i endokrynologii. Pracuje w Szpitalu Bielańskim w Warszawie. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Polskiego Towarzystwa Andropauzy i Menopauzy, Polskiego Towarzystwa Medycyny Prewencyjnej i Przeciwwstarzeniowej, Europejskiego Towarzystwa Endokrynologii. Pełni funkcję skarbnika w Polskim Towarzystwie Endokrynologicznym. Od 2001 r. jest zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W roli rzecznika dała się poznać jako osoba odpowiedzialna, zdyscyplinowana, o dużej wiedzy z dziedziny prawa medycznego i etyki zawodowej. Prowadzi postępowania w trudnych i skomplikowanych sprawach. Od 1980 r. działa w Lekarskim Stowarzyszeniu Wzajemnej Pomocy. ■ *mkr*



## Mentor

**M**entor to tytuł ustanowiony z inicjatywy Komisji ds. Młodych Lekarzy. W tym roku został przyznany po raz pierwszy. Za zasługi na rzecz kształcenia podyplomowego młodych lekarzy i lekarzy dentyistów, za wsparcie, opiekę, kompetencje i życzliwość zostali uhonorowani: **Ryszard Krysik** – chirurg z Nowego Dworu Mazowieckiego, **Piotr Kulisiewicz** – radiolog z Warszawy, oraz **Jerzy Raymond** – chirurg stomatolog z Radomia. ■ *mkr*







## Otwarcie na dialog

Minister Konstanty Radziwiłł uczestniczył w zjazdowej debacie na temat aktualnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia. W gronie zaproszonych byli przedstawiciele Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: prof. Marek Kulus, prorektor ds. dydaktyczno-wychowawczych, prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, dziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego, prof. Marek Kuch, dziekan II Wydziału Lekarskiego, a także Elżbieta Nawrocka, dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, Mirosław Markowski z Mazowieckiego Oddziału NFZ, prof. Mieczysław Szostek, prezes Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, prof. Jerzy Jurkiewicz, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, oraz przedstawiciele samorządów zawodów zaufania publicznego.

### Z samorządu na Miodową

Uczestnicy XXXVI OZL w Warszawie wysłuchali relacji szefa resortu zdrowia dotyczącej prowadzonych w ministerstwie prac, opracowywanych planów i założeń przyszłych rozwiązań systemowych. Konstanty Radziwiłł przypomniał, że to od działalności samorządowej rozpoczęła się jego droga do funkcji ministra zdrowia i cały czas czuje się związany z samorządem lekarskim. Podkreślił, że zespół Ministerstwa Zdrowia jest otwarty na dialog. Podziękował wszystkim, którzy zgłaszają uwagi i projekty, doradzają i pomagają, gdyż, jak zaznaczył, spraw do załatwienia jest bardzo dużo, a wymagają spokoju, roztropności, czasu, a w końcu legislacji.

### Kształcenie to klucz

– *Lekarzy jest za mało, a kluczem do poprawy lekarskiej demografii jest kształcenie* – podkreślił minister Radziwiłł. Zapowiedział zwiększenie liczby studentów medycyny o blisko 900 osób już w roku bieżącym, w tym o 600 studiujących w języku polskim. Przypomniał też, że staż podyplomowy, zgodnie z oczekiwaniami środowiska lekarskiego, zostaje przywrócony. Zwrócił uwagę, że nowe uczelnie, także niepubliczne, chciałyby kształcić lekarzy, ale nie zawsze są do tego gotowe. W trosce o utrzymanie jakości nauczania trzeba zmienić przepisy dotyczące warunków, jakie muszą te ośrodki spełniać. Odnosił się też do kwestii kształcenia specjalizacyjnego i rekordowej w Polsce liczby specjalizacji, którą należy ograniczyć, a certyfikować tzw. węższe umiejętności. Podkreślił, że wypracowanie nowych założeń wymaga dialogu, w którym uczestniczą również przedstawiciele izb lekarskich. Zapowiedział zmianę i uproszczenie systemu zbierania punktów edukacyjnych potwierdzających spełnienie obowiązku kształcenia ustawicznego.

## Na tropie biurokracji

„Zespół ds. absurdów” to robocza nazwa grupy powołanej przez ministra Radziwiłła. Jej zadaniem jest wyszukiwanie biurokratycznych absurdów w systemie ochrony zdrowia. – *Biurokracja to rak służby zdrowia* – stwierdził minister. – *Narzekają na nią zarówno lekarze, jak i pacjenci*. Szef resortu zapowiedział szybkie uproszczenie karty DiLO (karty diagnostyki i leczenia onkologicznego), wprowadzenie ułatwień sprawozdawczych dla lekarzy POZ. Dużą zmianą ma być planowane odejście od weryfikowania uprawnień ubezpieczonego w systemie eWUŚ na rzecz uprawnień obywatelskich w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych, na początek w podstawowej opiece zdrowotnej.

### Leki 75+ i nie tylko

Minister przypomniał założenia projektu dotyczącego bezpłatnych leków dla osób po 75. roku życia. Zaznaczył, że leki umieszczone w wykazie będą wypisywane pacjentom przez lekarzy POZ, a także na zasadzie *pro auctore* i *pro familia*. Mówił również o działaniach resortu wobec nielegalnego wywozu leków z Polski i pracach nad dokumentem „Polityka lekowa państwa”. Podkreślił, że ważnym problemem do rozwiązania, wymagającym dialogu, jest kwestia wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia i dysproporcji między zawodami i między kwalifikacjami. W trójstronnym zespole branżowym, który ma zmierzyć się z zagadnieniem minimalnego wynagrodzenia w określonych zawodach i kwalifikacjach, zasiadają przedstawiciele związków zawodowych, pracodawców i Ministerstwa Zdrowia. Mówiąc o dekomercjalizacji szpitali, przekonywał, że w publicznym systemie opieki zdrowotnej ważna jest misja placówki, a ewentualny zysk powinien być przeznaczony na dalszą działalność.

### Czy powstanie fundusz celowy?

W MZ trwają też prace nad koncepcją zastąpienia NFZ i składki ubezpieczeniowej przez Państwowy Fundusz Celowy, tzw. fundusz bezpieczny, wydzielony z budżetu państwa na określone zadania. Zmiany systemowe dotyczyć też będą funkcji zarządczych – na szczeblu regionalnym te kompetencje przejmą wojewodowie, na szczeblu krajowym – Ministerstwo Zdrowia. – *Będzie na pewno więcej planu, a mniej rynku w zamawianiu świadczeń zdrowotnych* – stwierdził minister. – *Decyzje inwestycyjne, ale i w zakresie kontraktowania będą podejmowane na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych*.

### Dyskusja z optymizmem

Prof. Marek Kulus podkreślił, że kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów to zadanie ważne społecznie, a nie biznes edukacyjny. Największe znaczenie ma zachowanie jakości i poziomu nauczania. Zwrócił uwagę na problem porozumienia się z niezależnymi od uczelni organami założycielskimi szpitali, nie zawsze chętnymi do współpracy w zakresie podejmowania działań dotyczących kształcenia studentów. Filip Dąbrowski z Komisji ds. Młodych Lekarzy powiedział, że plany ministerstwa dotyczące kształcenia i naboru na rezydentury są zgodne z postulatami zgłaszanymi od dawna przez młodych lekarzy. W dyskusji nie zabrakło głosów i szczegółowych pytań do szefa resortu zdrowia, m.in. na temat map potrzeb zdrowotnych w stomatologii, zmniejszenia kolejek do specjalistów, zmian w kontrakcji i innych zagadnień dotyczących organizacji systemu opieki zdrowotnej, o których była w debacie mowa.

– *Z ogromną radością stwierdzam, że odczuwam atmosferę optymizmu i wiary, że tym razem się uda* – powiedział prof. Jerzy Jurkiewicz. Minister Radziwiłł, odpowiadając na pytania uczestników debaty, za ten optymizm podziękował. ■ ach

Fot. archiwum



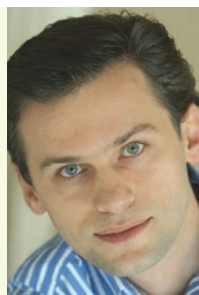
## Marek Balicki

Ogłoszony w marcu alarmistyczny raport Najwyższej Izby Kontroli w sprawie kształcenia kadr medycznych nie wywołał większego zainteresowania mediów. To zaskakujące w sytuacji grożącego nam braku lekarzy i pielęgniarek przy szybko starzejącym się społeczeństwie i stałym wydłużaniu się średniego trwania życia. Taki temat przez wiele dni nie powinien schodzić z pierwszych stron gazet. Jasno przecież widać, że bez podjęcia przemyślanych, długofalowych działań w nieodległej przyszłości grozi nam poważny kryzys kadrowy w opiece zdrowotnej. Na marginesie zauważmy, że sposób traktowania ważnych problemów społecznych wskazuje na coraz bardziej pogarszającą się jakość naszego dyskursu medialnego i politycznego, w którym dużo więcej miejsca zajmują kłopoty pewnej stadniny koni niż np. przyszłość ochrony zdrowia.

Wnioski, jakie przedstawiła NIK, powinny wzbudzić niepokój opinii publicznej. Okazuje się, że sposób kształcenia kadr medycznych nie zapewnia przygotowania liczby specjalistów wystarczającej do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, że brakuje kompleksowej strategii, uwzględniającej trendy demograficzne i epidemiologiczne, i wreszcie, że nie dysponujemy informacjami na temat migracji personelu medycznego, co uniemożliwia przeciwdziałanie jej skutkom. Wprawdzie na polskich uczelniach kształci się coraz więcej lekarzy, ale wielu z nich to obcokrajowcy, którzy po zakończeniu nauki wracają do swoich krajów. Niepokojący jest spadek udziału wydatków na kształcenie w wydatkach na ochronę zdrowia. W latach 2005–2012 obniżył się z 2,1 do 1,2 proc.

NIK odniosła się również do likwidacji lekarskiego stażu podyplomowego, zwracając uwagę na różne niebezpieczeństwa z tym związane. W raporcie czytamy, że istnieje duże prawdopodobieństwo, iż likwidacja stażu podyplomowego i włączenie nauczania praktycznego do kształcenia przeddyplomowego nie zapewni praktycznego przygotowania do wykonywania zawodu lekarza, adekwatnego do uzyskiwanego w poprzednim porządku prawnym, i znacząco wpłynie na obniżenie jakości kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków. Nie trzeba przypominać, że ten kontrowersyjny pomysł poprzedniej ekipy był od samego początku szeroko krytykowany przez środowiska lekarskie i akademickie. Nie po raz pierwszy okazuje się też, że forsowanie na siłę nie do końca przemyślanych zmian nie tylko nie rozwiązuje dotychczasowych problemów, ale jeszcze tworzy nowe. Bez podjęcia innych działań lekarzy i tak będzie brakować, a teraz czeka nas kolejne zamieszanie ze zmianą programu studiów w związku z przywróceniem stażu.

Jednak najważniejsza konkluzja z ustaleń NIK dotyczy braku długofalowej rządowej strategii będącej podstawą określania liczby kształconych lekarzy i wykonujących inne zawody medyczne, zgodnie z potrzebami społecznymi, oraz brak systemu monitorowania w tym zakresie. To jedno z największych zaniechań Ministerstwa Zdrowia w ostatnich ośmiu latach. Stracony czas trzeba teraz nadrobić. Ważne, aby rozwiązanie miało charakter systemowy. ■



## Czy media pozwolą?

Paweł Walewski

Ledwie Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło prace nad ograniczeniem reklamowania leków i suplementów diety (niewykluczone jest nawet wprowadzenie całkowitego zakazu ich promocji), a już pojawiły się obawy, czy nie wywoła to ekonomicznego wstrząsu w mediach, które w wielu wypadkach z reklam żyją. Tylko w dwóch pierwszych miesiącach bieżącego roku branża farmaceutyczna wydała na nie ponad 1 mld zł, co w porównaniu ze spółkami Skarbu Państwa stawia ją w grupie najhijniejszych sponsorów telewizji, radia i prasy.

W Polsce obowiązuje zakaz reklamowania aptek, ale w przypadku wyrobów medycznych, suplementów oraz leków sprzedawanych bez recepty mamy marketingowe eldorado. Absurdalność sytuacji coraz mocniej kłuje w oczy. Już nie chodzi tylko o to, że wmawia się odbiorcom kuriozalne schorzenia lub wywołuje wrażenie, że można skutecznie i szybko usunąć każdy objaw choroby, schudnąć i odmłodzić, ale że czynią to, sprytnie omijając prawo lub naginając je dla potrzeb firmy oferującej cudowny specyfik, sami lekarze. Nieważne, czy z prawem wykonywania zawodu, czy bez. Jeden z nich uzasadnił swój występ w reklamie: przecież to jest show-biznes, a nie porady zdrowotne. Większość Polaków ma jednak do zaangażowania pana doktora dużo mniej swobodny stosunek.

Rozważając wprowadzenie całkowitego zakazu reklamy tego typu medykamentów, Ministerstwo Zdrowia oraz postawie Prawa i Sprawiedliwości z Sejmowej Komisji Zdrowia prężą dziś muskuły. Niedawno nowe kierownictwo Ministerstwa Edukacji wmawiało, że chce szybko zlikwidować gimnazja. Gdy okazało się, że prowadzą je w wielu miejscach fundacje i stowarzyszenia religijno-parafialne, szefostwo resortu zaczęło rakiem wycofywać się ze swoich zamiarów. Tak samo może być z zakazem reklamowania parafarmaceutyków. Wystarczy zajrzeć choćby do „Gościa Niedzielnego” (a jest to tygodnik utrzymujący jeden z najwyższych w tym segmencie poziomów sprzedaży), by przekonać się, na czym gazeta zarabia pieniądze. Na plastrach z kasztanów łagodzących bóle, vilcatorze, chromie z zieloną herbatą, cynkiem i witaminą B6 (rzekomo wspomaga wydzielanie insuliny i wzmacnia odporność), na syropie z resveratrolem w kroplach pod język (nie lepszy kieliszek wina?) i na wielu, wielu innych. Może się więc nie spodobać właścicielom tygodnika i innej prasy sympatyzującej z obecną władzą zamach na reklamy suplementów, po które sięgają przeważnie osoby starsze, cierpiące na rozmaite dolegliwości. Ciekaw jestem, czy Ministerstwo Zdrowia wzięło pod uwagę to grono beneficjentów i czy da im ten sam odpór, co w przypadku producentów specyfików na potencję, którzy kampaniami promocyjnymi (równie naiwnymi) wolą celować w inny target. A może zamiast zakazywać, wystarczy pomyśleć o wzmocnionej kontroli? Aby czytelnicy „Gościa Niedzielnego” nie leczyli raka vilcatorą ani resveratrolem. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

# II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



Organizator: Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie  
17–18 czerwca 2016 r.

Hotel Warszawianka w Jachrance k. Warszawy



Zapraszamy do wspólnego pogłębiania wiedzy  
na temat najnowszych trendów w stomatologii oraz do udziału w integracji naszego środowiska!

ZA UDZIAŁ W SZKOLENIU PRZYŚLUGUJE **18** PUNKTÓW EDUKACYJNYCH.

## PROGRAM:

### Piątek, 17 czerwca 2016 r.

9.00–10.30 Rejestracja uczestników

#### Sala pierwsza

10.30–10.45 Otwarcie II MSS

10.45–12.45 Nowości w zakresie wybielania zębów, przegląd metod a obowiązujące przepisy prawne  
– lek. dent. Łukasz Zadrożny

12.45–13.00 Przerwa kawowa

13.00–15.00 Aktualne wytyczne dotyczące zasad udzielania pierwszej pomocy w stanach nagłych

– dr n. med. Marcin Aluchna,  
dr n. med. Jacek Smereka

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

16.00–17.00 Elementy ortodoncji w praktyce lekarza stomatologa. Możliwości, ograniczenia i powikłania leczenia ortodontycznego

– dr hab. n. med. Małgorzata Zadurska

17.00–17.15 Przerwa kawowa

17.15–18.00 Prawdy i mity o leczeniu ortodontycznym. Resorpcje jako powikłanie, profilaktyka, monitoring

– dr n. med. Barbara Pietrzak-Bilińska

18.00–19.00 Resorpcje jako możliwe powikłanie po leczeniu ortodontycznym. Problem interdyscyplinarny. Monitoring, kiedy ingerować?

– dr n. med. Katarzyna Brus-Sawczuk

#### Sala druga

11.30–12.00 Implantologia i implantoprotetyka – kierunki rozwoju, możliwości, ograniczenia

– lek. dent. Remigiusz Budziłło

12.00–13.00 Innowacyjne metody regeneracji szczęki i żuchwy z wykorzystaniem tkanek autogennych

– lek. dent. Maciej Michalak

13.00–13.15 Przerwa kawowa

13.15–14.00 Chirurg vs. protetyk w implantologii. Oczekiwania i rzeczywistość

– dr n. med. Jacek Woszczyk

14.00–15.00 Odbudowy porcelanowe w strefie estetycznej

– lek. dent. Remigiusz Budziłło

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

16.00–17.00 Specyfika opieki stomatologicznej w poszczególnych etapach chemioterapii przeciwnowotworowej

– dr n. med. Agnieszka Kapala

17.00–17.45 Postępowanie z pacjentami z chorobą sercowo-naczyniową i nadciśnieniem w stomatologii

– lek. dent. Adam Jakimiak

17.45–18.00 Przerwa kawowa

18.00–18.30 Profilaktyka infekcyjnego zapalenia wsierdzia  
– dr hab. n. med. Michał Ciurzyński

#### Sala trzecia

11.30–12.00 Jak dbać o własny kręgosłup  
– mgr Michał Prawda

12.00–13.00 Ochrona danych osobowych w praktyce lekarskiej  
– dr Wojciech Krówczyński

13.00–13.15 Przerwa kawowa

13.15–14.00 Zastosowanie włókien stomatologicznych – przykłady z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

– dr n. med. Grzegorz Michalczewski

14.00–15.00 1000 dni dla zdrowia dziecka. Profilaktyka i promocja zdrowia kobiety ciężarnej. Promocja żywienia niemowląt i małych dzieci

– dr n. med. Joanna Zemlik

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

#### Sesja samorządowa

16.00–16.20 Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów – priorytety w najbliższej przyszłości, problemy i kierunki zmian

– lek. dent. Marta Klimkowska-Misiak

16.20–16.40 Realizacja zadań samorządu przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie

– lek. Andrzej Sawoni, prezes ORL

16.40–18.00 Otwarta sesja samorządowa – dyskusja

20.00 Uroczysta kolacja dla uczestników konferencji nocujących w hotelu

### Sobota, 18 czerwca 2016 r.

#### Sala pierwsza

10.00–11.00 Zaburzenia rozwojowe szkliva  
– wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne  
– prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

11.00–11.30 Współczesne metody uszczelniania bruzd i zagłębień anatomicznych zębów dzieci

– lek. dent. Emil Korporowicz

11.30–11.45 Przerwa kawowa

11.45–12.15 Prawda i mity na temat udziału fluoru w procesie remineralizacji  
– dr n. med. Anna Turska-Szybka

12.15–13.45 Leczenie kanałowe zębów z niezakończonym rozwojem  
– lek. dent. Emil Korporowicz,  
lek. dent. Piotr Sobiech

13.45–14.00 Przerwa kawowa

14.00–15.00 Czy witamina D może wpłynąć na leczenie stomatologiczne  
– prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

16.00–17.00 Wpływ chorób przyzębia na stan zdrowia ogólnego

– dr n. med. Maciej Czerniuk

17.00–17.15 Przerwa kawowa

17.15–18.15 Zapobieganie zakażeniom w praktyce stomatologicznej a nowe zagrożenia epidemiologiczne

– dr hab. n. med. Marta Wróblewska

#### Sala druga

9.00–11.00 Zakręcona endodoncja, czyli jak sprawić, aby kanały stały się bardziej proste. Flaring, glide path, patency, zasada IRI – zagadnienia ułatwiające walkę z kanałami

– lek. dent. Sławomir Gabryć

11.00–12.00 Wybrane aspekty srebrnej stomatologii

– dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek

12.00–13.00 Digital Smile Design w planowaniu leczenia stomatologicznego

– dr n. med. Michał Fidecki

13.00–13.15 Przerwa kawowa

13.15–14.00 Możliwości vs. ograniczenia bezpośredniej odbudowy warstwowej. Czy ograniczenia w ogóle jeszcze istnieją? Nowoczesne podejście do uzupełnień bezpośrednich w odcinku przednim

– lek. dent. Tomasz Sosnowski

14.00–15.00 Szkło-jonometry w praktyce. Niedoceniony potencjał terapeutyczny

– dr n. med. Marcin Aluchna

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

16.00–16.45 Równowaga ortopedyczna narządu żucia

– lek. dent. Magdalena Magdziak

16.45–17.45 Znaczenie zasad okluzji w leczeniu protetycznym

– dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka

17.45–18.00 Przerwa kawowa

18.00–19.00 Bruksizm w codziennej praktyce

– lek. dent. Piotr Jurkowski

#### Sala trzecia

Leczenie ciężkich powikłań w chorobach nowotworowych

– dr. n. med. Zbigniew Hamerlak

#### Sala warsztatowa (piątek/sobota)

Warsztaty z: rehabilitacji kręgosłupa, implantologii, ochrony danych osobowych, kompetencji miękkich, elektronicznej dokumentacji medycznej i endodoncji

Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracji na stronie OIL w Warszawie:

[www.oilwaw.org.pl](http://www.oilwaw.org.pl)

Organizator zastrzega sobie możliwość wprowadzenia zmian w programie.



Trzy pytania do Marcina Węgrzyniaka,  
dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych  
Ochrony Zdrowia

Fot. egw

# Gonimy czas, ale rozsądnie

**Panie dyrektorze, od wielu lat politycy i część ekspertów zajmujących się zdrowiem widzi panaceum na niektóre problemy w ochronie zdrowia w jej informatyzacji. Jak to jest naprawdę, szczególnie wobec ogromnych opóźnień w stosunku do założonych terminów jej wprowadzenia?**

**Na** pewno informatyzacja nie jest lekiem na wszystkie problemy występujące w systemie ochrony zdrowia. Wdrożenie rozwiązań informatycznych to finalny etap długotrwałego i złożonego procesu. W pierwszej kolejności eksperci i analitycy wspólnie z grupami interesariuszy powinni zastanowić się, jakie obszary wymagają poprawy, następnie zaplanować rozwiązania, które należy wdrożyć, a na końcu, na podstawie wypracowanych wniosków, przygotować narzędzia informatyczne. Praca według wspomnianego schematu jest niezmiernie istotna i w dużym stopniu determinuje powodzenie nowo wprowadzanego rozwiązania informatycznego.

Musimy zdawać sobie sprawę, że w dobie informatyzacji większości obszarów naszego życia również w ochronie zdrowia nie unikniemy wprowadzenia rozwiązań informatycznych. Należy przy tym pamiętać, że głównym celem wprowadzanych rozwiązań ma być poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia i usprawnienie zachodzących w nim procesów.

W CSIOZ od kilku lat prowadzone są prace nad wdrożeniem systemów informatycznych, które wspierać mają ochronę zdrowia w Polsce. Co prawda nie udało się ukończyć w założonym terminie Projektu P1, tj. budowy elektronicznej platformy umożliwiającej gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych, jednak są inne projekty zrealizowane przez CSIOZ, które wpisują się w proces informatyzacji systemu ochrony zdrowia, o których w mojej opinii należy mówić. W 2012 r. ukończony z sukcesem został Projekt P2, który uporządkował szereg medycznych rejestrów administracyjnych, m.in. rejestr aptek, hurtowni farmaceutycznych, produktów leczniczych czy rejestr diagnostów. Jest to projekt, który nadal się rozwija i co jakiś czas na wdrożonej w ramach jego realizacji Platformie Rejestrów Medycznych ([www.rejestrymedyczne.gov.pl](http://www.rejestrymedyczne.gov.pl)) pojawiają się nowe rejestry. Dodatkowo CSIOZ w jednym miejscu (<https://www.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl/dane.html>) systematycznie udostępnia aktualne dane z publikowanych na platformie rejestrów. O wadze i przydatności wprowadzonych w ramach Projektu P2 rozwiązań świadczyć może fakt, że do chwili obecnej dane dotyczące stanu poszczególnych rejestrów zostały już pobrane ponad 20 tys. razy.

Kolejnym ważnym projektem zrealizowanym przez CSIOZ jest Projekt P4, który zakończył się w grudniu 2015 r. i obecnie sukcesywnie wdrażane będą jego poszczególne systemy.

Projekt P4 przeznaczony jest przede wszystkim dla administracji publicznej. W jego ramach wdrożonych zostanie pięć różnych systemów dziedzinowych (System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, System Monitorowania Zagrożeń, System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, System Statystyki w Ochronie Zdrowia). Jako pierwszy, w styczniu 2016 r., uruchomiony został System Statystyki w Ochronie Zdrowia, w tym zmodernizowany System Statystyki Resortowej Ministerstwa Zdrowia. Kolejny będzie System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych. Zgodnie z ustawą z 13 kwietnia 2016 r. zmieniającą ustawę o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, wdrożenie SMK podzielone zostało na dwa etapy. W pierwszym, od 1 maja 2016 r., System Monitorowania Kształcenia uruchomiony zostaje dla diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów. Dla pozostałych grup zawodowych, czyli lekarzy i lekarzy dentyistów oraz pielęgniarek i położnych, udostępniony zostanie 1 maja 2017 r. SMK będzie wspomagał proces kształcenia wymienionych grup zawodowych, umożliwi również sprawny monitoring tego procesu.

System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, za pośrednictwem którego podmioty lecznicze będą przekazywać informacje np. o posiadanym sprzęcie medycznym, docelowo będzie służyć m.in. właściwemu alokowaniu środków inwestycyjnych: pomoże zorientować się, gdzie, jaki i w jakim stanie technicznym sprzęt się znajduje i jakie obszary w związku z tym trzeba wspierać.

W dalszej kolejności uruchomiony zostanie Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi. Umożliwi on m.in. monitorowanie na poziomie detalicznym i hurtowym obrotu lekami. Usprawni nadzór i pomoże w ograniczaniu nielegalnego wywozu leków zagranicę. Znajdą się w nim np. dane o transakcjach dokonywanych przez apteki i hurtownie farmaceutyczne. Ułatwi też zgłaszanie braków produktów leczniczych.

Innym wartym przywołania projektem jest zrealizowany przez CSIOZ w latach 2014–2015 Projekt P3, w ramach którego pod kątem rozwoju kompetencji cyfrowych przeszkolono około 1,7 tys. pracowników ochrony zdrowia. To istotne dla CSIOZ przedsięwzięcie, wskazujące kompleksowe podejście do procesu informatyzacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Planując wdrożenie nowych rozwiązań informatycznych, nie można zapominać o pracownikach medycznych, którzy mają tych rozwiązań używać.

Realizujemy również inne projekty, m.in. zaangażowani jesteśmy w utrzymywanie Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych. Zgodnie z opinią Europejskiego Kongresu Kardiochirurgów i Torakochirurgów (EACTS) należy on do najlepszych w Europie i wskazywany jest jako przykład do naśladowania.

**Lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych obawiają się, że wprowadzenie programów informatycznych jeszcze bardziej obciąży ich obowiązkami sprawozdawczymi i będą mieli jeszcze mniej czasu dla pacjenta. Czy te obawy nie są, przynajmniej częściowo, uzasadnione i czy nie uważa pan, że obsługa tych programów powinna być prowadzona przez dodatkowo zatrudnionych, specjalnie przeszkolonych pracowników, a nie przez lekarzy i pielęgniarki, których mamy za mało?**

Lekarz przede wszystkim pracuje w swoim systemie gabinetowym, który musi być integralny z systemem centralnym,

umożliwiającym obsługę nowych tzw. funkcjonalności umożliwiających np. obsługę procesu wystawiania e-recept lub e-zwolnień. To pole działania przede wszystkim dla twórców dostarczających oprogramowanie dla rynku medycznego, czyli dla tych firm, które swoje oprogramowanie sprzedają szpitalom, poradniom, gabinetom. Nie są to programy firmowane przez CSIOZ. Z całą pewnością nad jakością oprogramowania dostarczanego przez firmy informatyczne do gabinetów i szpitali trzeba usilnie pracować i współdziałać z ich dostawcami w celu otrzymania systemów charakteryzujących się wysokim poziomem ergonomii tych rozwiązań, przy czym ergonomii zderzonej z obiektywnymi wymaganiami wynikającymi z bezpieczeństwa informatycznego przetwarzania danych wrażliwych, jakimi są dane medyczne.

**Pana poprzednicy i kolejni ministrowie zdrowia informowali o harmonogramach wprowadzania programów informatycznych, po czym kilkakrotnie przesuwano terminy ich wejścia w życie, tak było w przypadku e-recepty, e-historii choroby itp. Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł po objęciu stanowiska mówił o wręcz katastrofalnych opóźnieniach w tym zakresie i o grożącej Polsce konieczności zwrócenia UE pokaźnej kwoty, którą przekazano nam na realizację tych programów. Jak naprawdę wygląda sytuacja i dlaczego do niej doszło?**

Do końca 2015 r. na Projekt P1 wydano około 480 mln zł, z czego blisko 400 mln to wkład UE.

Przyczyn nieukończenia Projektu P1 w założonym terminie, czyli do końca 2015 r., było kilka, np. opóźnienia w procedurach przetargowych, szeroki zakres projektu oraz zbyt wielu wykonawców przy – jak się okazało – niewystarczającym nadzorze CSIOZ. W listopadzie zeszłego roku odstąpiliśmy od współpracy z dotychczasowymi wykonawcami (było ich pięciu, co także nie przyczyniło się do sprawnego działania). W chwili obecnej przygotowujemy się do ogłoszenia przetargu na dokończenie Projektu P1. Można powiedzieć, że będzie to nowe otwarcie. Ministerstwo Zdrowia, wspólnie z Ministerstwem Cyfryzacji i Ministerstwem Rozwoju, przygotowało plan naprawczy, który został złożony do akceptacji Komisji Europejskiej. Zawarto w nim usprawnienia systemu zarządzania i założono, że za konkretną funkcjonalność odpowiada jeden wykonawca i tylko ona jest w danym czasie realizowana. Kolejne funkcjonalności będą realizowane dopiero wtedy, gdy poprzednie już zadziałają. Będziemy pracować etapami, realizować poszczególne zadania po kolei. Urealniono też zakres projektu i ponownie prowadzone są konsultacje ze środowiskami medycznymi, ponieważ ustalenia sprzed lat mogą okazać się dziś nieaktualne, nieodpowiadające obecnym realiom i oczekiwaniom.

Zrezygnowaliśmy z wprowadzenia e-zlecenia oraz z zrealizowanego już przez ZUS elektronicznego zwolnienia lekarskiego. W platformie P1 przewidujemy e-skierowanie oraz Internetowe Konto Pacjenta, z danymi o zdarzeniach medycznych i informacjami o dokumentacji medycznej, oraz e-receptę – jako priorytet. Trzeba jednak wspomnieć, że e-recepta nie będzie od razu wdrożona w całym kraju. Planujemy najpierw pilotaż w jednym regionie.

Realizowana będzie też część analityczna projektu, czyli baza wszystkich danych zgromadzonych w systemie, na podstawie której Ministerstwo Zdrowia i instytucje administracji publicznej będą wykonywać np. analizy kosztowe. Podstawowe funkcjonalności mają być przygotowane do 2019 r., a całość ma być rozliczona do końca I kwartału 2020 r. ■

Rozmawiała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk



Rys. K. Rosiecki

# Recepty lekarskie

## – pytania i odpowiedzi cz. 12

**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

- 1. Pacjent utracił refundowaną receptę. Czy można wystawić kolejną, z zachowaniem wcześniejszych uprawnień?**

**Czy fakt zaginięcia recepty musi być potwierdzony w dokumentacji?**

**Co zrobić, gdy pacjent lek już wykupił, a następnie go utracił (np. zostawił w pociągu w drodze do domu)?**

Bardzo często zdarza się, że pacjent gubi bądź traci w innych okolicznościach (np. w wyniku kradzieży) refundowaną receptę. Powstaje w związku z tym zasadnicze pytanie: jak powinien zachować się lekarz? Czy może odmówić ponownego wystawienia recepty, czy powinien ją powtórzyć, biorąc na siebie ryzyko odpowiedzialności finansowej z tytułu zwrotu Narodowemu Funduszowi Zdrowia nienależnej refundacji?

Najlepszym rozwiązaniem byłoby ponowne wypisanie recepty, tym razem pełnopłatnej (100 proc.), ale będzie to niejednokrotnie niemożliwe od strony praktycznej. Koszt zakupu produktu leczniczego wynoszący np. 3–4 tys. zł przewyższy

często możliwości finansowe pacjenta. Jak więc postąpić w takiej sytuacji?

Odpowiedź nie jest jednoznaczna i nie wynika bezpośrednio z obowiązujących przepisów. Z jednej strony bowiem istniejące regulacje nie zobowiązują pacjenta do składania oświadczenia o zgubieniu recepty. Z drugiej zaś nie obowiązuje zakaz przyjmowania od pacjenta takiego oświadczenia w celu uwiarygodnienia złożonych w tym zakresie deklaracji. Przepisy ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przewidują zakazu wystawiania w takich przypadkach recepty refundowanej. Jedynie w sytuacji, gdy świadczeniobiorca jest uprawniony do świadczeń, a nie otrzymuje recepty refundowanej, mamy do czynienia z ograniczeniem dostępności świadczeń.

Zdaniem autorów najprostszym rozwiązaniem jest zablokowanie recept zagubionych lub utraconych w inny sposób przez poinformowanie odpowiedniego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, a dokładnie Wydziału Gospodarki Lekami, z podaniem unikalnych zakresów recept. Jest to jednak możliwe tylko w sytuacji, gdy znamy ich numery. W przypadku braku wspomnianych danych najlepszym wyjściem jest wypisanie nowej recepty refundowanej po dokonaniu oceny wiarygodności deklaracji pacjenta. Do każdej sytuacji należy więc podchodzić indywidualnie. **Najbezpieczniej jest uzyskać od pacjenta pisemne oświadczenie, które zostanie przez niego podpisane i dołączone do dokumentacji medycznej.** Nie znaczy to jednak, że lekarz nie musi ocenić, czy oświadczenie pacjenta jest wiarygodne. Inaczej powinien podejść do sytuacji np. w przypadku recepty na leki psychotropowe, silnie działające, ponieważ istnieje niebezpieczeństwo, że pacjent jest uzależniony, a „zagubienie” recepty zdarza się często, a inaczej w przypadku recepty na leki niezwiązane z takim zagrożeniem. Lekarze najlepiej znają pacjentów, a ich własne spostrzeżenia powinny być pomocne w podejmowaniu takich decyzji. Poza tym fakt odnotowania oświadczenia o zagubieniu recepty przez pacjenta nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, że leki nie zostały już wykupione. Apteki korzystają z różnych programów IT, co utrudnia uszczelnienie systemu, nie wszystkie mają dostęp do Internetu. Nie ma też pewności, czy znaleziona przez osoby trzecie recepta nie zostanie zrealizowana. Ogromnym ułatwie-

niem byłoby wprowadzenie e-recepty i możliwość samodzielnej weryfikacji przez lekarza drogą elektroniczną zasadności oświadczenia pacjenta.

Odrębną kwestią pozostaje sytuacja losowa, kiedy pacjent zrealizował receptę, a lek utracił skutek niekorzystnych wydarzeń (np. kradzieży bagażu). W tym przypadku mamy pewność sfinansowania produktu leczniczego przez narodowego płatnika. Pozostałe okoliczności są jednak bardzo podobne do przedstawionych wcześniej. Życie i zdrowie są najważniejsze, ale ostatecznie to lekarz musi dokonać oceny stanu faktycznego i zdaniem autorów postąpić identycznie jak w przypadku zagubienia recepty przez pacjenta.

Jakie stanowisko zajmie w tym zakresie Narodowy Fundusz Zdrowia w razie kontroli? Trudno jednoznacznie odpowiedzieć, ponieważ wszystko zależy od indywidualnych okoliczności sprawy. Podkreślić jednak trzeba, że zdecydowana odmowa wystawienia recepty refundowanej może być uznana za ograniczanie dostępności świadczeń osobom uprawnionym. Natomiast wystawianie recept „powtórkowych” za każdym razem, bez analizy sytuacji, może z kolei wzbudzać wątpliwości co do rzetelności postępowania świadczeniodawcy i dochowania należytej staranności, z czym wiąże się szeroka odpowiedzialność. Reasumując, to lekarz bierze na siebie ewentualne sankcje finansowe w przypadku kontroli i to on może ponieść konsekwencje zaniedbań świadczeniobiorców. Dołączenie do dokumentacji medycznej oświadczenia pacjenta, które jest jednocześnie przez niego osobiście podpisane, znacząco minimalizuje ryzyko przegrania ewentualnej sprawy sądowej lub sporu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

#### Podstawa prawna

- 1) Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
- 2) Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

## 2. Czy pielęgniarka/położna jest zobowiązana do osobistego wykonania badania fizykalnego pacjenta przed wystawieniem recepty?

### Czy pielęgniarka/położna ma prawo bez konsultacji z lekarzem samodzielnie ordynować leki pacjentom, którzy są w trakcie hospitalizacji?

Zgodnie z art. 15a ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo samodzielnie:

- 1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
- 2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Z kolei zgodnie z art. 15 b ww. ustawy, pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe, o których mowa wyżej, po osobistym badaniu fizykalnym pacjenta. Ocena jego stanu zdrowia, pozwalająca na samodzielne podjęcie decyzji o wystawieniu recepty, wynika więc bezpośrednio z prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. Zatem oznacza to, że

pielęgniarka uprawniona do wystawienia recepty uprawniona jest również do przeprowadzenia niezbędnego badania fizykalnego pacjenta, mającego na celu ocenę zasadności wystawienia recepty.

Zgodnie art. 4 ust. 1 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, wykonując wolny zawód, mają one prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności polegających na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem,
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych,
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

W znowelizowanej ustawie mamy więc dodatkowe uprawnienie w postaci samodzielnego wystawiania recept na określone leki bądź kontynuację leczenia w ramach zaleceń lekarskich. Pielęgniarki i położne nie mogą wystawić kolejnej recepty na preparaty zawierające substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe.

**Zupełnie inaczej wygląda wydawanie i stosowanie leków w lecnicztwie szpitalnym.** Produkty lecznicze są wydawane na podstawie „druku zapotrzebowania”, a nie recepty. Odpowiedzialność za proces leczenia ponosi lekarz. Nie stosujemy też wprost przepisów Rozporządzenia ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z 2014 r., poz. 319) wobec pacjentów hospitalizowanych na oddziałach. Szpital odpowiada za politykę lekową na swoim terenie, działając zgodnie z ustawą – Prawo zamówień publicznych. Ważną rolę pełni też komitet terapeutyczny i receptariusz szpitalny. Receptariusz, jako wewnętrzny dokument szpitala, stanowi informację o dostępnych lekach, ale nie zwalnia z obowiązku zapewnienia świadczeniobiorcy produktów, których dodatkowo potrzebuje ze względu na specyfikę choroby. Receptariusz służy racjonalizacji farmakoterapii z dostosowaniem do profilu klinik lub oddziałów u danego świadczeniodawcy. Podstawą umieszczenia leku w dokumencie jest ocena jego skuteczności i bezpieczeństwa, wiarygodnych badań klinicznych, przyjętych standardów farmakoterapii opracowanych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej. Komitet terapeutyczny zaś powoływany jest przez dyrektora podmiotu leczniczego i ma być m.in. organem doradczym. Jego zadanie polega na opiniowaniu, przedstawianiu i kreowaniu całej polityki lekowej. Na tym etapie ogromnie ważna jest wiedza z zakresu nowych badań klinicznych, opracowań tematycznych, wytycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, artykułów naukowych, wytycznych towarzystw naukowych itd.

Lekarz i pielęgniarka są zatem zobowiązani do współpracy w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla dobra pacjenta. **Jednakże samodzielna ordynacja leków przez pielęgniarki i położne pacjentom w trakcie hospitalizacji, bez konsultacji z lekarzem, jest nieuprawniona. Wyjątek stanowi oczywiście wykonywanie zleceń lekarskich w określonym zakresie.** Podobnie jak podawanie leków z „tac reanimacyjnych” lub doraźnie, zgodnie z wewnętrznymi procedurami obowiązującymi w danej jednostce. ■



Fot. archiwum

# Ból funkcjonalny – vulwodynia

**Małgorzata Malec-Milewska**

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

Zaburzenia funkcjonalne oznaczają zmiany w funkcji narządów objętych bólem bez stwierdzenia w nich konkretnej patologii. Zespoły bólu funkcjonalnego charakteryzują się występowaniem nadwrażliwości na bodźce bólowe, bólem samoistnym i różnymi objawami współistniejącymi. Zaliczamy do nich: zespół jelita drażliwego, fibromialgię, śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego, vulwodynię, przewlekły niespecyficzny ból krzyża, przewlekłe napięciowe bóle głowy, zespół dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego i zespół niespokojnych nóg. W poprzednich artykułach omówiono trzy pierwsze przyczyny, w poniższym opisano vulwodynię.

## Vulwodynia

### Definicja

W 2003 r. Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Chorobami Vulwo-waginalnymi zdefiniowało vulwodynię jako przewlekły ból sromu występujący przy braku istotnych widocznych zmian chorobowych. Wyodrębniło dwa podtypy: vulwodynię uogólnioną, zwaną również vulwodynią właściwą (ból występuje jednocześnie lub w różnym czasie w obrębie warg sromowych większych, warg sromowych mniejszych i/lub w przedsionku pochwy, a nawet wżgórku łonowym, łechtaczce, odbycie, po wewnętrznej stronie ud), oraz vulwodynię zlokalizowaną, inaczej westybulodynię (dolegliwości ograniczone są do przedsionka pochwy).

### Objawy

Vulwodynia charakteryzuje się ciągłym lub okresowym bólem, opisywanym przez pacjentki jako pieczenie, świąd, kłucie, podrażnienie, mrowienie, któremu towarzyszy (ale nie musi) dyspareunia (stały lub okresowy ból narządów płciowych kobiety przed stosunkiem, w czasie stosunku lub po nim). Dolegliwości mogą dotyczyć nie tylko sromu, ale także ujścia cewki moczowej, krocza i odbytu. Objawami towarzyszącymi vulwodynii jest plamienie po stosunku lub badaniu ginekologicznym, objawy dyzuryczne i nietrzymanie moczu. Pacjentki cierpiące na to schorzenie zazwyczaj odwiedzają wielu lekarzy, są długotrwale leczone z powodu infekcji bakteryjnych/grzybiczych pochwy. Często mija wiele miesięcy, zanim zostanie postawiona właściwa diagnoza.

## Czynniki stymulujące pojawienie się bólu

W każdym z podtypów ból sromu może występować samoistnie i/lub w reakcji na bodziec, który w normalnych warunkach jest niebolesny (dotyk, badanie ginekologiczne, stosunek płciowy). Wśród czynników zaostrzających dolegliwości wymienia się noszenie obcisłej bielizny, jazdę na rowerze, długotrwale pozostawanie w pozycji siedzącej, używanie tamponów, ekspozycję na czynniki drażniące (np. kosmetyki), doustną antykoncepcję, zwiększone stężenie szczawianów w moczu.

## Epidemiologia

Według danych amerykańskich vulwodynia występuje u 1,7–16 proc. kobiet, w wieku 20–50 lat. Zwiększone ryzyko

zachorowania może dotyczyć kobiet pochodzenia latynoskiego. Przebieg choroby jest przewlekły, zazwyczaj trwa wiele miesięcy lub lat, z okresami remisji lub bez. Etiologia prawdopodobnie jest złożona i wieloczynnikowa. Vulwodynię zaliczono do bólu o charakterze neuropatycznym, ze względu na dwie formy bólu sromu: hiperpatię (niski próg bólowy) oraz allodynię (ból wywołany przez bodźce, które normalnie go nie powodują).

## Patomechanizm

Vulwodynia jest przewlekłym zespołem bólowym o nieznaanej etiologii. W badaniach potwierdzono częstsze u kobiet na nią cierpiących niż w ogólnej populacji występowanie przewlekłej grzybicy pochwy oraz nawracających infekcji dróg moczowych. Wśród możliwych czynników etiologicznych wymienia się także: infekcję wirusem brodawczaka ludzkiego, infekcje bakteryjne, czynniki hormonalne, np. doustną antykoncepcję, czynniki drażniące (mydła, antyseptyki, krem z fluorouracylem), miejscowe leczenie destrukcyjne (laser CO<sub>2</sub>), poród, czynniki genetyczne (występowanie podobnych dolegliwości w rodzinie). U kobiet z vulwodynią stwierdzono poza tym częstsze niż w ogólnej populacji występowanie innych zespołów bólowych: fibromialgii, zespołu jelita drażliwego, przewlekłego bólu okolicy twarzy i jamy ustnej, a także chorób alergicznych skóry: atopii, dermografizmu, nadwrażliwości kontaktowej, co mogłoby sugerować obecność znacznie szerszych, ogólnoustrojowych zaburzeń immunologicznych, leżących u podłoża tego schorzenia.

Ważną rolę odgrywają również zaburzenia immunologiczne. W tkankach sromu i przedsionka pochwy pacjentek stwierdzono zwiększone stężenie interleukiny 1-beta (IL-1 $\beta$ ) oraz czynnika martwicy nowotworów alfa (TNF- $\alpha$ ), natomiast zmniejszoną produkcję antagonisty receptora IL-1, a także zmniejszone stężenie interferonu alfa (IFN- $\alpha$ ). Wiele kontrowersji wywołują rozważania na temat przewlekłego procesu zapalnego, który może być przyczyną tej choroby. Liczni badacze udowodnili obecność w materiale z biopsji błony śluzowej przedsionka pochwy kobiet chorych na vulwodynię przewlekłego nacieku zapalnego, złożonego głównie z limfocytów T i mastocytów. U znaczącej większości kobiet z vulwodynią obserwowano także hiperplazję, a w części przypadków metaplazję lub nawet łagodną dysplazję nabłonka wielowarstwowego płaskiego przedsionka pochwy. Wyniki dotyczące zmian nabłonka pochwy są jednak niejednorodne. Naukowcy są zgodni w kwestii obecności zwiększonej liczby zakończeń nerwowych w obrębie skóry i błony śluzowej sromu kobiet chorych. Przyczyna proliferacji włókien nerwowych pozostaje niejasna. Kolejnym czynnikiem, rozważanym w patogenezie vulwodynii, jest dysfunkcja mięśni dna miednicy (nadmierna kurczliwość). Mogą o tym świadczyć nie tylko zmiany napięcia tych mięśni zaobserwowane w badaniach klinicznych, ale także skuteczność terapii *biofeedback* w leczeniu vulwodynii. Nie ustalono jednak ostatecznie, czy zmiany te są przyczyną, czy raczej następstwem dolegliwości bólowych.



## Diagnostyka i kryteria rozpoznania

Diagnostyka vulwodynii opiera się na dokładnie zebranych wywiadzie oraz badaniu fizykalnym. Wywiad powinien dotyczyć czasu trwania dolegliwości i okoliczności związanych z ich pojawieniem się, charakteru i lokalizacji bólu, czynników nasilających i zmniejszających dolegliwości, ewentualnych innych towarzyszących objawów, stosowanego do tej pory leczenia. Kryteria rozpoznania vulwodynii zostały zaproponowane w 1987 r. przez Friedricha i są to: silny ból przy dotyku przedsionka pochwy lub próbie wprowadzenia czegoś do pochwy, nadwrażliwość na ucisk w obrębie przedsionka pochwy (badana przez dotknięcie tej okolicy wilgotnym wacikiem) oraz objawy fizykalne, ograniczone do rumienia w obrębie przedsionka pochwy o różnym nasileniu. Zaczerwienienie śluzówki przedsionka pochwy jest jednak objawem nieswoistym, występującym nie we wszystkich przypadkach vulwodynii. Ważne jest natomiast wykluczenie obecności innych zmian skórnych i śluzówkowych w obrębie sromu, mogących sugerować infekcyjne tło dolegliwości. Przed dokonaniem rozpoznania vulwodynii należy wykluczyć inne schorzenia mogące objawiać się podobnie. W diagnostyce różnicowej trzeba uwzględnić m.in.: alergiczne zapalenia sromu, infekcje (zwłaszcza przewlekłą grzybicę), liszaj płaski i liszaj twardzinowy, neuralgię nerwu sromowego, pochwicę, zmiany atroficzne śluzówki, śródnabłonkową neoplazję sromu. W razie wątpliwości mogą okazać się konieczne dodatkowe badania, np. posiewy wydzieliny z pochwy, kolposkopia czy biopsja sromu.

Pacjentki po menopauzie częściej wymagają pobrania biopsji ze sromu niż kobiety z vulwodynią w wieku reprodukcyjnym. Wynika to z konieczności różnicowania chorób dermatologicznych z atrofią urogenitalną wynikającą z braku estrogenów po menopauzie. Należy pamiętać, że częstość występowania stanów przedrakowych czy raka sromu zwiększa się z wiekiem.

## Leczenie

Ze względu na złożoną i nie do końca poznaną patofizjologię vulwodynii nie ustalono jednej skutecznej metody leczenia. Przed rozpoczęciem terapii należy wyeliminować działanie wszelkich czynników drażniących: zalecić zmianę kosmetyków stosowanych do higieny intymnej, noszenie bawełnianej bielizny, unikanie czynności nasilających dolegliwości, np. jazdy na rowerze. Warto wprowadzić odpowiednią dietę ubogą w szczawiany, z wyłączeniem cukrów prostych i laktozy, niekiedy w oparciu o testy nietolerancji pokarmowych. Duże znaczenie ma także rozpoznawanie i leczenie ewentualnie

współistniejących z vulwodynią grzybicy sromu i pochwy czy infekcji dróg moczowych. W przypadku towarzyszącej suchości warto zalecić stosowanie lubrykantów w celu poprawy nawilżenia i sprężystości skóry oraz błony śluzowej. W leczeniu farmakologicznym najczęściej wykorzystuje się TCA. Amitrypylinę stosuje się zwykle w dawce początkowej 10 mg, stopniowo zwiększanej do 75–100 mg/dobę. Mechanizm działania trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych polega głównie na blokowaniu wychwytu zwrotnego neurotransmiterów, noradrenaliny i serotoniny, podejrzewa się jednakże współdziałanie innych, równoległe przebiegających procesów, takich jak blokowanie receptorów nikotynowych włókien nerwowych typu C, hamowanie zależnej od receptorów  $\alpha_2$ -adrenerygicznych na makrofagach produkcji TNF- $\alpha$ . W farmakoterapii vulwodynii skuteczne wydają się również gabapentyna i pregabalina, chociaż ich mechanizm działania nie został dotychczas poznany. W przypadku westybulodynii skuteczne może okazać się równoczesne stosowanie preparatów miejscowych: 5-procentowej lidokainy czy maści z gabapentyną lub amitrypyliną. Kobietom w wieku okołomenopauzalnym warto również zalecić krem z estrogenem. Terapię vulwodynii można uzupełnić także działaniami wspomagającymi, takimi jak fizjoterapia dotycząca mięśni dna miednicy, *biofeedback*, elektromasaż mięśni dna miednicy, terapia behawioralna, oraz technikami medycyny niekonwencjonalnej (akupunkturą, akupresurą). W przypadkach vulwodynii odpornej na leczenie zachowawcze trzeba rozważyć zastosowanie blokady nerwu sromowego lub leczenie chirurgiczne. W przypadku westybulodynii dużą skutecznością w redukcji dolegliwości odznacza się zabieg westybulektomii, polegający na płytkim wycięciu błony śluzowej przedsionka pochwy. Alternatywą jest przeprowadzenie podobnego zabiegu za pomocą lasera. Ostatnio prowadzone są także badania nad zastosowaniem w terapii vulwodynii wstrzyknięć toksyny botulinowej oraz aplikowanej powierzchniowo nitrogliceryny.

### Podsumowanie:

- vulwodynia jest częstą przyczyną dolegliwości bólowych (do 16 proc.) kobiet
- etiologia vulwodynii jest wieloczynnikowa i nie do końca poznana
- rozpoznanie vulwodynii ułatwiają kryteria opracowane przez Friedricha
- ze względu na złożoną i nie do końca poznaną patofizjologię vulwodynii nie ustalono jednej skutecznej metody leczenia. ■

*Autorka nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami.  
Piśmiennictwo u autorki.*



## 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, szkoleń, 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

# Choroby przyzębia a zdrowie ogólne

Z dr. hab. n. med. Janem Kowalskim, przedstawicielem Polski w Europejskiej Federacji Periodontologicznej, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Fot. P. Biezański

## Jakie kontakty ma polska periodontologia ze światową?

**D**ziałyśmy dwutorowo. Prof. Renata Górka, konsultant krajowy, od lat należy do Amerykańskiej Akademii Periodontologicznej, drugiej (po europejskiej) co do liczby członków organizacji zrzeszającej periodontologów. A dzięki aktywności prof. Marii Wierzbickiej byliśmy członkiem stowarzyszeniem Europejskiej Federacji Periodontologicznej od 1992 r., czyli od momentu jej powstania, do 2013. Stowarzyszeniem, a więc bez prawa głosu. Od trzech lat, od założenia Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, jesteśmy pełnoprawnym członkiem tej organizacji. Mamy zatem możliwość śledzenia tego, co dzieje się w periodontologii na świecie i w Europie. Często uczestniczymy w tworzeniu trendów światowych, np. w popularnym ostatnio w naszej dziedzinie nurcie periomedycyny, czyli dotyczącym wpływu chorób przyzębia na zdrowie ogólne. Prace nad tym zagadnieniem trwają od przełomu XX w., także w Polsce. W 2007 r. w prestiżowym czasopiśmie „Journal of

Periodontology” zostały opublikowane wyniki prac prof. Renaty Górskiej i dr. Macieja Zarembę właśnie na ten temat. Polscy lekarze prowadzili badania w zakresie składu płytki miażdżycowej u pacjentów w trakcie operacji kardiologicznych. Udowodniono, że był w dużym stopniu skorelowany ze składem bakterii w przyzębiu. Świadczy to o transferze bakteryjnym z przyzębia do krwiobiegu, czyli bezpośrednim wpływie jednej choroby na drugą. Obecnie uznaje się, że związek między chorobami przyzębia a chorobami serca jest bezdyskusyjny, brakuje tylko badań na dużej populacji pacjentów.

## Czy lekarze dentyści korzystają z zagranicznych szkoleń w zakresie periodontologii?

Polska jest licznie reprezentowana na konferencjach szkoleniowych dla praktyków, organizowanych co trzy lata. W ubiegłym roku na takiej konferencji było 150 polskich lekarzy dentyстів. Uczestniczymy także w pionierskich warsztatach periodontologicznych, w pełni finansowanych przez Europejską Federację Periodontologiczną. Pierwsze tego typu warsztaty odbyły

w Paryżu, następne będą w Turcji. Nasi lekarze też się tam wybierają. W kraju również organizujemy szkolenia. Mamy dostęp do portalu informacyjnego EFP oraz do strony dla praktyków.

## Czy poziom kształcenia polskich specjalistów nie odbiega od europejskiego?

W Europie nie ma jednolitego nauczania, specjalizacja z periodontologii nie we wszystkich krajach jest bowiem uznawana. Federacja koncentruje się obecnie na promowaniu periomedycyny. Natomiast od strony organizacyjnej dąży się do uznania przez UE periodontologii za oddzielną specjalizację dentyścyczną. Wprawdzie nie będzie to zalecenie obligatoryjne, ale krok w stronę pełnoprawności specjalizacji. W Polsce periodontologia jest już uznana za odrębną specjalizację.

Federacja robi wszystko, aby wiedza w tym zakresie dotarła do lekarzy, a także pacjentów. Stworzyła program podyplomowego nauczania periodontologii, zawierający jej podstawy, dobrze oceniony przez największe autorytety. Będziemy się starać, aby i u nas był realizowany.

# Periodontolodzy alarmują

Wyniki epidemiologiczne dotyczące chorób przyzębia w Polsce nie są optymistyczne. Przeprowadzone w latach 2012–2014 badanie, którym objęto 2379 osób w trzech grupach: w wieku 35–44 lata, w wieku 64–74 lata oraz pacjentów po zawale serca, pokazuje skalę zaniedbań higienicznych. Tylko 1 proc. badanych miało zdrowe przyzębie, a około 85 proc. wymagało profesjonalnego oczyszczenia zębów. U ponad połowy występowało zapalenie przyzębia, a ponad 20 proc. wymagało leczenia periodontologicznego. Jeszcze bardziej alarmujące są wyniki dotyczące osób po zawale serca. W tej grupie 46 proc. badanych wymagało interwencji specjalisty, ponad 80 proc. miało zapalenie przyzębia, a u 11 proc. stwierdzono bezzębie.

Na konferencji Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego specjaliści podkreślali, że choroby przyzębia są problemem społecznym i stanowią poważne zagrożenie nie tylko dla zębów, ale również dla zdrowia ogólnego, w tym dla przebiegu ciąży. Wskazali na potrzebę poprawy świadomości społecznej w dziedzinie higieny jamy ustnej oraz aktywizacji zarówno pacjentów, jak i lekarzy w zakresie promowania zachowań prozdrowotnych.

Prof. Renata Górka, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, krajowy konsultant do spraw periodontologii, komentując wyniki badań epidemiologicznych, zwróciła uwagę, że obowiązkiem każdego lekarza dentysty jest rozpoznanie początkowych objawów choroby przyzębia, usunięcie złogów nazębnych i przeprowadzenie instruktażu dotyczącego higieny jamy ustnej. Ważne jest też zmotywowanie pacjenta do higieny, gdyż to właśnie zaniedbania w tym zakresie są najczęstszą przyczyną rozwoju chorób przyzębia, które rzutują na zdrowie całego organizmu. Prof. Tomasz Konopka,

wiceprezes PTP, podkreślił, że badania i obserwacje dowodzą, iż nie tylko choroby sercowo-naczyniowe, ale również cukrzyca, choroby płuc, niewydolność nerek, zaburzenia poznawcze u osób starszych, stan przedrzucawkowy u kobiet ciężarnych, a także otyłość, mogą mieć związek z chorobami przyzębia. Na brak dostatecznej promocji zdrowia jamy ustnej zwrócił uwagę dr Maciej Nowak, konsultant wojewódzki w dziedzinie periodontologii na Mazowszu, zaznaczając, że NFZ refunduje leczenie skutków chorób przyzębia, tymczasem profilaktyka kuleje. Dlatego PTP kładzie nacisk na edukację, organizując szkolenia i konferencje, ale z pewnością potrzebny jest szeroki program, który wypromowałby dbałość o higienę jamy ustnej jako element zdrowego stylu życia. Dr Jan Kowalski z PTP podkreślił, że działania towarzystwa wpisują się w europejską strategię promocji – „Zdrowe przyzębie dla zdrowego życia” to hasło Europejskiej Federacji Periodontologicznej. ■

ach

## Czy Polskie Towarzystwo Periodontologiczne zajmuje się edukacją i profilaktyką?

To nasz cel główny. Coraz bardziej zdajemy sobie sprawę, że dzięki poprawie stanu zdrowia przyzębia pacjent na szansę polepszyć kondycję całego organizmu, przedłużyć życie i zapewnić jego większy komfort. Zagranicą powstały filmy i strony internetowe pokazujące w prosty sposób, jak choroby przyzębia wpływają na zdrowie, jak się uchronić przed nimi. Udostępnione są trzy filmy, w tym jeden z polskimi napisami, w serwisie internetowym YouTube.

Krokiem w kierunku szerszego propagowania zdrowia jamy ustnej będzie europejska kampania, która rozpocznie się wkrótce. W Polsce programy profilaktyczne nie są finansowane przez NFZ, a leczenie chorób przyzębia – jedynie w podstawowym zakresie. Kontrakty z funduszem zawierają tylko jeden zabieg oczyszczania zębów (skaling) u pacjenta na rok. Uważamy, że to zbyt mało. Profilaktyka nie jest kosztowna, trzeba tylko o niej pamiętać. ■

## Dla zdrowia jamy ustnej



Światowy Dzień  
Zdrowia Jamy Ustnej  
20 Marca

Wszystko zaczyna się tutaj. *Zdrowe usta – zdrowy organizm*” to hasło tegorocznych obchodów Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej (20 marca). Jego ideą jest propagowanie wiedzy o higienie jamy ustnej i budowanie świadomości społecznej w tym ważnym dla ludzkiego zdrowia zakresie. Z tej okazji Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym i Warszawskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zorganizowała konferencję szkoleniową. Tematyka wykładów obejmowała praktyczne zagadnienia z dziedziny endodoncji, gerostomatologii i implantologii. Przedstawiono też nowe trendy w profilaktyce ubytków pochodzenia niepróchnicowego i omówiono wpływ nieprawidłowego toru oddychania na rozwój części twarzowej czaszki i górnych dróg oddechowych. Nie zabrakło informacji o profilaktyce fluorkowej u dzieci i młodzieży leczonych ortodontycznie.

Globalnym organizatorem Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej jest Światowa Federacja Dentystyczna (FDI), jedna z najstarszych medycznych organizacji na świecie. Należy do niej ponad 130 narodowych towarzystw dentystycznych. We wrześniu 2016 r. po raz pierwszy w Polsce (w Poznaniu) odbędzie się Światowy Kongres Dentystyczny FDI. Marta Klimkowska-Misiak, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów, mówiąc podczas konferencji o roli i zadaniach federacji, zaznaczyła, że do głównych powinności członków FDI należy szerzenie wiedzy o profilaktyce chorób jamy ustnej. Podkreśliła również, że konieczna jest obserwacja przez lekarza dentystę wszelkich niepokojących zmian w jamie ustnej pacjenta, szczególnie w przypadku chorych onkologicznie. ■ ach

# doniesienia naukowe



## Znikające guzy piersi

W już dostępnych terapiach onkologicznych tkwi większy potencjał, niż udaje się wykorzystać. Przykładem jest rak piersi. Z badań opublikowanych podczas European Breast Cancer Conference wynika, że połączenie lapatynibu oraz trastuzumabu spowodowało zniknięcie guzów lub ich cofnięcie się po zaledwie 11 dniach.

Autorka badań, prof. Judith Bliss z Institute of Cancer Research w Londynie, przyznaje, że nie spodziewała się tak spektakularnych efektów. Badaniom poddano 257 kobiet z rakiem piersi HER-2 dodatnim. Przeprowadzono je, by sprawdzić skutki zastosowanej terapii jeszcze przed operacją.

Zwykle w takich przypadkach przed zabiegiem wykonywana jest chemioterapia i podawany trastuzumab. Tymczasem po 11 dniach leczenia lapatynibem skojarzonym z trastuzumabem guzy, które miały średnicę 1–3 cm, zniknęły całkowicie u 11 proc. pacjentek, a u 17 proc. zmniejszyły się do mniej niż 5 mm. Wniosek? Prof. Bliss twierdzi, że terapia tymi dwoma lekami u niektórych kobiet może przed leczeniem operacyjnym zastąpić chemioterapię.

Badania brytyjskiej uczoney, finansowane przez Cancer Research UK, potwierdzają jak ważna jest personalizacja leczenia. Gdy jest ono dobierane indywidualnie, efekty mogą być znacznie lepsze. Prof. Arnie Purushotham z Cancer Research UK twierdzi, że w związku z tym badaniem należy oczekiwać nowych wytycznych w terapii raka piersi HER-2 dodatniego („BBC News”, 10.03.2016).

## Fala uderzeniowa na erekcję

W leczeniu zaburzeń erekcji przydatne mogą być nie tylko niebieskie tabletki i inne leki. Dobre efekty daje również terapia z użyciem fali uderzeniowej. Wskazują na to wyniki kilku badań przedstawione podczas kongresu European Society for Sexual Medicine, który na początku 2016 r. odbył się w Madrycie.

W jednym z badań metodę tę testowano u 112 mężczyzn, którzy nie byli w stanie uzyskać erekcji bez użycia leków. Połowę z nich przez pięć dni w tygodniu poddawano stymulacji falą uderzeniową o małym natężeniu w pięć miejsc wzdłuż prącia. Pozostali otrzymywali jedynie placebo.

Podejrzewa się, że fala uderzeniowa pobudza wytwarzanie nowych naczyń krwionośnych doprowadzających krew do penisa. Dzięki temu może wystąpić erekcja u mężczyzn, u których powodem impotencji był niedostateczny dopływ krwi do ciał jamistych członka.

Potwierdziły to wspomniane badania. Według „Scandinavian Journal of Urology” (dol.org/bch9) 57 proc. uczestniczących w nich mężczyzn utrzymywało, że po takiej terapii mogli podjąć współżycie. W grupie kontrolnej to samo deklaroowało jedynie 9 proc. ochotników.

W „New Scientist” (20.02.2016) wspomniano, że podczas kongresu zaprezentowano również wyniki kilku innych badań. Jedno z nich przeprowadzono na mężczyznach opor-

nych na farmakoterapię stosowaną w zaburzeniach erekcji. Według dr Delphine Behr-Roussel z Francji terapia nie powinna powodować niepokojących działań ubocznych, ponieważ wykorzystuje się falę uderzeniową o małej energii. Nie ma jednak pewności, jak długo trwają skutki owej metody. Nie została jeszcze standaryzowana, choć jest już stosowana na całym świecie.

## By-pass żołądkowy lepszy niż dieta i sport

Coraz większe uznane zyskują operacje bariatryczne. Z najnowszych danych University of Washington w Seattle wynika, że w przypadku cukrzycy typu 2 po roku dają one lepsze efekty niż przestrzeganie odpowiedniej diety i bardziej aktywny tryb życia. Jeden z autorów badań, dr David E. Cummings, twierdzi, że prócz tego, iż następuje zmniejszenie masy ciała, w organizmie dochodzi do zmian hormonalnych i metabolicznych powodujących cofnięcie się choroby.

U 23 osób z otyłością olbrzymią, w wieku 25–64 lat, z cukrzycą typu 2 zastosowano by-pass żołądkowy. W grupie kontrolnej było 20 pacjentów, którzy musieli ćwiczyć co najmniej 45 minut dziennie przez pięć dni w tygodniu, przestrzegać diety obniżającej m.in. poziom cukru we krwi oraz zażywać odpowiednie leki.

Po roku u 60 proc. osób po by-passie żołądkowym poziom glukozy spadł do wartości prawidłowych, podczas gdy to samo udało się uzyskać jedynie u 6 proc. pacjentów z grupy kontrolnej. Insulinę musiało zażywać odpowiednio 30 i 41 proc. badanych. W pierwszej grupie było też mniej chorych, którzy musieli stosować leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi. Dr Cummings twierdzi, że należy przestać uznawać operacje bariatryczne jedynie za metodę odchudzającą („Diabetologia”, 17.03.2016).

## Testy genetyczne nie motywują

Wygląda na to, że ze zmianą zachowań na bardziej prozdrowotne jest gorzej, niż się wydawało. Do zmiany stylu życia nie motywuje nawet wynik testu DNA wykazującego większą podatność na niektóre schorzenia. Na przykład palacze papierosów nie chcą pozbyć się nałogu nawet wtedy, gdy wykryta zostanie u nich większa skłonność genetyczna do raka płuca.

Prof. Theresa Marteau z University of Cambridge w Anglii przeprowadziła metaanalizę 18 badań, którymi objęto 6,1 tys. osób w wieku 30–56 lat. Część z nich poddano osobistym testom DNA i porównywano ich z tymi, którzy nie znali swej genetycznej „wróżby”. Nie miało to jednak większego znaczenia. Ludzie w obu grupach w jednakowym stopniu nie zmieniali stylu życia z powodu odległej perspektywy zachorowania na raka płuca, czerniaka lub inne nowotwory oraz na cukrzycę czy choroby serca.

Prof. Marteau uważa, że brak motywacji do zmiany zachowań wynika właśnie z tej odległej perspektywy zachorowania. Czy testy genetyczne nie są zatem warte pieniędzy, które się na nie wydaje? Niezupełnie. Angielska specjalistka ds. zdrowia publicznego uważa, że można je wykorzystać do wyłowienia osób bardziej zagrożonych niektórymi chorobami. Należy je częściej badać, a w razie wykrycia niepokojących zmian wcześniej poddać leczeniu. Jak zawsze największa nadzieja jest w tabletkach i zabiegach („British Medical Journal”, 10.03.2016). ■

Zbigniew Wojtasiński



Fot. archiwum

# Choroby rzadkie

Małgorzata Solecka

Choć są nazywane rzadkimi, nawet ultrarzadkimi, dla współczesnej medycyny stają się coraz bardziej powszechnym i dotkliwym problemem. Na choroby rzadkie i ultraradkie w Polsce może chorować od 2 do nawet 3 mln osób. Jednostek chorobowych już w tej chwili jest kilka tysięcy, a co tydzień w świecie medycznym opisuje się kolejnych pięć.

W marcu Fundacja Watch Health Care zorganizowała seminarium poświęcone problematyce chorób rzadkich (pięć przypadków na 10 tys. osób) i ultraradkich (poniżej dwóch przypadków na 10 tys. osób). „Polska jest jednym z nielicznych państw, które nie uregulowały sytuacji prawnej w tej dziedzinie. Decyzje, od których zależy życie lub śmierć, na przykład dotyczące refundacji, są podejmowane w oparciu o wewnętrzne przepisy, obwieszczenia” – napisała w liście do uczestników seminarium prof. Irena Lipowicz, rzecznik praw obywatelskich poprzedniej kadencji.

Na Narodowy Plan na rzecz Chorób Rzadkich pacjenci czekają już od dekad. Obecne kierownictwo Ministerstwa Zdrowia zapowiada, że tym razem uda się go opracować, pada nawet data, czyli koniec 2016 r. Na to rozwiązanie czekają też lekarze, którzy wobec wielu przypadków tych chorób są podwójnie bezradni – medycznie i organizacyjnie.

80 proc. chorób rzadkich i ultraradkich ma podłoże genetyczne. Dwie trzecie – bardzo ciężki przebieg, połowa upośledza rozwój. – 35 proc. dzieci dotkniętych takimi chorobami umiera w pierwszym roku życia – tłumaczył dr Wojciech Matusewicz, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych. Tylko 1,5 proc. chorób doczekało się swoich leków, do tej pory zarejestrowano ich na świecie 133. Leki sierocę są „sierocę” podwójnie: opuszczone przez przemysł, któremu nie kalkuluje się badania i produkcja bardzo drogich leków dla stosunkowo wąskiej grupy pacjentów, i pomijane przez systemy opieki zdrowotnej, które często nie obejmują ich refundacją. W poszczególnych państwach z refundacją bywa gorzej lub lepiej. W Polsce – zdecydo-

wanie gorzej, refundacji podlega bowiem zaledwie kilkanaście leków. Niewykluczone jednak, że w najbliższym czasie zanotujemy postęp: ministerstwo zapowiada zmiany w zasadach refundacji, by leki stosowane w chorobach rzadkich były nią obejmowane według odrębnych, bardziej dostosowanych do ich specyfiki, zasad.

– *Choć sytuacja pacjenta z chorobą rzadką jest trudna, mamy także osiągnięcia niespotykane na świecie. Jedynie u nas leczy się nie tylko dzieci, ale i dorosłych z zespołem Prader-Willi. Dzięki leczeniu hormonem wzrostu upośledzenie umysłowe dotyczy tylko około 30 proc. chorych na ten zespół* – przekonywał prof. Mieczysław Walczak z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Bez tego leczenia byłoby to 100 proc.

Prof. Walczak podkreślał szczególną rolę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w procesie diagnozowania i leczenia (otaczania opieką) pacjentów z chorobami rzadkimi i ich rodzin.

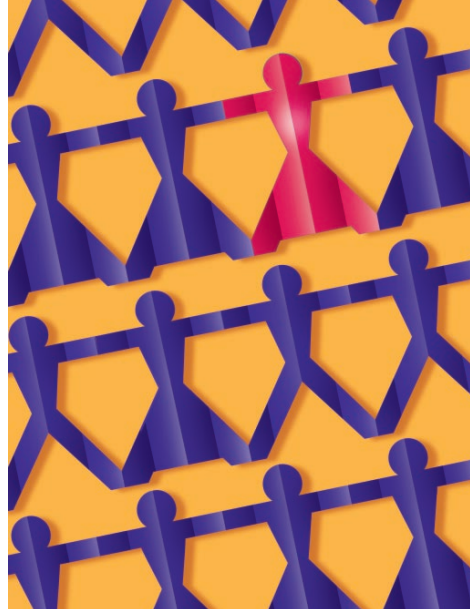
**Lekarz POZ powinien dostrzegać – jak najwcześniej – nietypowe objawy, symptomy choroby i możliwie szybko przekazywać pacjentów specjalistom. Leczenie powinno być prowadzone w ośrodkach mogących zapewnić wszelką pomoc medyczną, gdyż wspólnym mianownikiem wszystkich chorób rzadkich jest konieczność pozostawienia pacjenta pod opieką kilku (czasem nawet blisko dziesięciu) specjalistów. Jednak zdaniem prof. Walczaka lekarz POZ, lekarz rodzinny, nie powinien tracić kontaktu z pacjentem „rzadkim”.**

W modelu docelowym powinien pełnić rolę przewodnika nie tylko po systemie ochrony zdrowia (leczeniem zajmowałby się ośrodek specjalistyczny), ale po systemie opieki i pomocy społecznej. Rodziny, w których pojawia się choroba rzadka, zawsze bowiem potrzebują wsparcia i to niezależnie od ich statusu ekonomicznego. W Polsce choroba rzadka w zdecydowanej większości przypadków całkowicie wyklucza jednego rodzica z rynku pracy. Brak ośrodków opieki krótkoterminowej (takich, w których można chorego zosta-

wić na kilka godzin lub kilka, kilkanaście dni) powoduje, że życie rodziny zaczyna koncentrować się wyłącznie wokół choroby, na jej skutki są skazani wszyscy członkowie, również zdrowi. Maria Libura z Uczelni Łazarskiego, prezentując wyniki badań dotyczących społecznych aspektów chorób rzadkich, podkreślała, że brak systemowego wsparcia wpędza rodziców chorych dzieci w pułapkę 1 proc. – zbierają nie tylko na leczenie, ale często też na pokrycie podstawowych kosztów opieki, choćby dojazdów do specjalistów. Zbyt mało jest ośrodków, w których można w ciągu jednego, dwóch dni kompleksowo skonsultować pacjenta, dlatego opiekun musi niekiedy w ciągu miesiąca dowieźć chorego nawet do dziesięciu specjalistów. Dlaczego 1 proc. jest pułapką? Bo im dziecko starsze, tym trudniej zbierać na niego 1 proc. Na dorosłych chorych – jeszcze trudniej.

Wielu prelegentów podkreślało, że w momencie przekazywania diagnozy pacjentowi lub (częściej) rodzicom dziecka lekarz powinien dysponować wiedzą, ale i materiałami. Potrzebne jest swoiste kompendium, instrukcja, która krok po kroku przeprowadzi ich przez najgorszy czas, gdy trzeba stawić czoła kolejkom do badań, do specjalistów, formalnościom związanym z ubieganiem się o różnego rodzaju orzeczenia, zasiłki, inne formy wsparcia (np. w systemie edukacji). W tej chwili lekarze, nawet przy najlepszych chęciach, nie są w stanie w niczym pomóc.

– *Niezbędny jest Narodowy Plan na rzecz Chorób Rzadkich. Chodzi o właściwą klasyfikację i utworzenie rejestru chorób, diagnostykę, kompleksową opiekę zdrowotną, pomoc społeczną dla pacjentów i ich rodzin, informację i edukację oraz monitorowanie realizacji planu* – mówił Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich. ■



Rys. Wg licencji Artmedia Partners

## Goniec Medyczny



### Koniec eWUŚ (na razie tylko w POZ)

Wizyta u lekarza POZ (także w ramach opieki nocnej i świątecznej) nie będzie wymagała potwierdzenia w eWUŚ – wynika z projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Autorzy ustawy podkreślają, że koszty wizyty w POZ są niższe niż leczenia ewentualnych komplikacji zdrowotnych u nieprzyjętego pacjenta.

### Będą zmiany w pakiecie onkologicznym

Uproszczenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), prowadzenie jej wyłącznie w formie elektronicznej oraz zniesienie obowiązku konsyliów lekarskich – to tylko niektóre, ale istotne zmiany planowane w najbliższym czasie w pakiecie onkologicznym.

### Firmy farmaceutyczne ujawnią kwoty przekazywane lekarzom

Pod koniec czerwca 33 firmy farmaceutyczne opublikują informacje o wysokości wynagrodzeń i innych świadczeń przekazanych lekarzom oraz organizacjom ochrony zdrowia w 2015 r. Lekarze muszą wyrazić zgodę na publikację takich danych.

### Ruszy masowa „produkcja” lekarzy

„Będą powstawały nowe uczelnie medyczne; w tym roku uniwersytety w Kielcach, Zielonej Górze oraz Rzeszowie rozpoczną nabór na kierunek lekarski; będzie też Wydział Lekarski na warszawskiej Uczelni Łazarskiego” – poinformował resort zdrowia.

### Mniej niż połowa doktorantów uzyskuje stopień doktora

Z ostatniego raportu Najwyższej Izby Kontroli wynika, że studia doktoranckie nie są w pełni skutecznym sposobem kształcenia kadry naukowej. W ostatnich latach liczba doktorantów wzrosła, ale tylko około 41 proc. z nich uzyskuje stopień doktora...

### Rośnie liczba niezaszczepionych dzieci

W latach 2011–2014 liczba osób uchylających się od obowiązkowych szczepień wzrosła przeszło dwukrotnie: z około 5 tys. do ponad 12 tys. W roku ubiegłym według wstępnych danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH nie zaszczepiono 16,7 tys. dzieci.

### Będzie można przekazać organ nieznajomemu

Zmienione przepisy mają pozwolić na anonimowe oddanie organu niespokrewnionej osobie. Projekt nowelizacji ustawy transplantacyjnej jeszcze w 2016 r. może trafić do Sejmu. W Polsce przez ostatnie lata spadła liczba przeszczepień. Brakuje dawców.

#### WYJAŚNIENIE

W nawiązaniu do wywiadu z sekretarzem stanu w MZ Jarosławem Pinkasem („Puls” 3/2016) informujemy, że prof. dr hab. n. med. Iwona Sudol-Szopińska, dyrektor ds. nauki Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, przesłała do redakcji pismo, w którym m.in. przekazała informację, że Narodowemu Instytutowi Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji nigdy nie cofnięto możliwości nadawania stopnia doktora nauk medycznych.

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Fot. egw



## Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

### Podstawa kodeksu: art. 18.

*Lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgnął opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację.*

Nie ma żadnych wątpliwości, że relacja między pacjentem i lekarzem ma charakter wyjątkowy w wielu wymiarach. W codziennej pracy, bez względu na miejsce wykonywania praktyki, pamiętajmy, że nie wolno redukować jej do stosunku klient – usługodawca. Nie można zapominać także o tym, że to pacjent i jego dobro, a nie lekarz i jego pozycja lub kariera, powinny być najważniejsze w tej relacji.

Oczywiście sytuacja, kiedy pacjent oczekuje opinii drugiego lekarza o stanie swojego zdrowia, rokowaniu oraz o przedstawionym mu planie diagnostyczno-leczniczym, z różnych powodów jest dla obu stron niezręczna. Lekarz może potraktować postawę pacjenta jako dowód braku zaufania do jego fachowości, pacjent obawia się utracić sympatię lekarza.

Kodeks w tej sprawie jest jednak zasadniczy: to nie pacjent, lecz lekarz jest odpowiedzialny za umiejętne rozładowanie takiego napięcia. Ma nie tylko wnieść się ponad własne emocje i interesy, ale stosując się do ogólnej zasady *Salus aegroti suprema lex esto*, powinien rozpoznać oczekiwania pacjenta, zapewnić go o możliwości konsultacji i, wreszcie, pomóc w dotarciu do kolegi. Lekarz powinien postępować w takich okolicznościach z wyjątkowym taktem i życzliwością. Nie tylko ułatwić kontakt z innym lekarzem, ale przekonać pacjenta o korzyściach płynących z drugiej opinii oraz zapewnić go, że dobre relacje między nimi na tym nie ucierpią. Nie trzeba dodawać, że ranga tych zaleceń rośnie wraz z powagą stanu chorego i ciężkością rozpoznania; jest szczególnie także wtedy, gdy relacje są długotrwałe (np. w medycynie rodzinnej). ■





Fot. egw

# Etos służby wartościom a rzeczywistość **fragmenty**

Wykład inauguracyjny w ASP w Warszawie z 8 października 2014 r.

**Tadeusz Tołłoczko**

## Etos wartości słowa – *verbum nobile*

W 1938 r. w Eysymontach Wielkich mój dziadek zajmował się m.in. hodowlą koni. W dniu targowym było wielu zainteresowanych kupnem. Z jednym umowa słowna została zawarta. Kupujący miał się po kilku dniach zjawić z pieniędzmi i odebrać konie. Wieczorem zgłosił się jeszcze jeden kupiec i zaoferował większą sumę. Dziadek odpowiedział: – *Panie dobrodzieju, nie mogę, jestem po słowie*. Taka była normalność.

Na tym polegało pojęcie „umowy”.

## Etos nauki

Etos nauki to służba człowiekowi. Nauka nie może stanowić zagrożenia. Współcześnie stajemy przed problemem zgody na niczym niepojętym, nawet moralnością, autonomiczny rozwój nauki dla samego tylko rozwoju. Przypomina to brak kreatywnego sensu niepojętym rozwoju komórek rakowych, które bez celu się rozmnażają, by w końcu zniszczyć życie i gospodarza, i swoje. Czy nie lepiej czasami postawić znak „Wstęp wzbroniony”, niż potem natknąć się na znak „Wyjścia nie ma”.

Szwajcarski teolog Emil Brunner napisał: „*Nauka wie, czym jest, ale nie wie, czym być powinna*”. Podobną myśl wyartykułował dopiero po wybuchu bomby atomowej Albert Einstein: „*Ograniczone są możliwości rozumu. Ja sam ograniczoną naszego rozumu i nauki uzmysławiam sobie, stawiając pytanie, jak sobie wytłumaczyć, że nasza świadomość i myśl powstają z materii*”.

Stan nauki jest taki, jaki jest stan umysłów. Toteż talent, a nawet geniusz, bez mądrości, a więc i bez moralności, może być bardzo niebezpieczny.

Czy nauka ma ograniczenia? Jak najbardziej, i to wiele. Do najgroźniejszych zaliczam: pozory, finanse, brak wyobraźni i ciekawości oraz ingerencje władzy. Pozory przynoszą więcej szkód niż kłamstwa i plagiaty. Wyobraźnia bez wiedzy może tworzyć rzeczy piękne, ale, jak powiedział Einstein: „*wiedza bez wyobraźni tworzy rzeczy najwyżej doskonałe*”.

Byłem niezwykle poruszony, czytając sentencje Seneki: „*Po przybyciu uczonych zabrakło szlachetnych*”. A także zaskoczony surową oceną wybitnego intelektualisty jego własnego środowiska. Podziwiam go za odwagę. Jakie były przyczyny tak krytycznego osądu? Myślę, że przede wszystkim intelektualny konformizm rzymskich *docti*. Zapewne stosowali zasadę: „*Nie chcę być lepszy od ciebie, ale zrobię wszystko, abyś był gorszy ode mnie*”.

## Etos myśli

Nawiązując do ograniczeń finansowych, wspomnę, że starożytni Rzymianie mawiali „*Mens agitat molem*” (Myśl porusza ogrom świata). Jestem przekonany, że to nie myśl ani nie pieniądze poruszają ogrom świata, ale myśl o pieniądzu.

## Etos dydaktyki

„*Verba docent exempla trahunt*” (Słowa uczą, przykłady pociągają). Przed 62 laty, podczas egzaminu z neurologii, po jednym z pytań zaciąłem się i, szukając w pamięci odpowiedzi, powtarzałem: – *Zaraz sobie przypomnę...* Na to egzaminująca mnie Irena Hausmanowa: – *Niech pan sobie nie przypomina, tylko pomyśli*. I podała jakiś szczegół, po którym rozwiązałem cały problem.

W tej krótkiej wypowiedzi zawarta jest niezwykła mądrość i istota uniwersyteckiego kształcenia. Metoda wprowadzająca kształcących się na drogę możliwości uzyskania wielkich osiągnięć. Student nie powinien odtwarzać zapamiętanych informacji. Jego trzeba nauczyć myśleć.

## Lekarski etos

Medycyna to nauka, wiedza, sztuka i... przesady. Dlaczego tzw. alternatywna medycyna cieszy się tak wielkim powodzeniem? Bo po takim leczeniu ludzie zdrowi czują się lepiej. – *Mistrzu* – zapytano Einsteina – *czy pan wierzy, że podkowa przynosi szczęście?* – *Ależ skąd, nigdy w to nie wierzyłem, ale jak się nie wierzy, to też działa*.

Przez wieki misja i etyka lekarska oparte były na etosie „ewangelicznego samarytanina”. Samarytanin oprócz miłosierdzia miał pieniądze. Był więc skuteczny. To tylko jeden z dowodów, że nie ma etosu bez pieniędzy.

Mój związek ze służbą zdrowia datuje się od Powstania Warszawskiego. Wtedy, w 1944 r., byłem sanitariuszem. Postanowiłem zostać chirurgiem. Przez 70 lat, od chwili zakończenia wojny, ciężkie czasy dla służby zdrowia były niezmiennie. Mówiono nam, że wprawdzie cierpimy niedostatek, ale pracujemy na dobrobyt naszych dzieci. Dziś okazuje się, że żyjemy na ich koszt.

Wiele korzyści wniosła gospodarka rynkowa. Jednak często rzuca choremu wyzwanie: „pieniądze albo życie!”. Chory nie ma problemu jak odpowiedzieć, bo na ogół nie ma pieniędzy.

Wobec niskich standardów, również moralnych, oraz niskiego poczucia wspólnoty, zniszczonego solidarnościowego poczucia więzi, zniknęło pojęcie „solidarności zdrowotnej”. W zamian zdrowie stało się „wartością klasową”.

Nie ma etosu zdrowia bez sprawiedliwości. Społeczeństwo akceptuje nierówności, jeśli są sprawiedliwe. Ale czy pojęcie sprawiedliwych nierówności było kiedykolwiek przedmiotem społecznych rozważań?

A czego oczekują chorzy? Sprawiedliwości, co najmniej w odniesieniu do najcenniejszej wartości życia dla każdego człowieka, jaką jest zdrowie. Toteż przyszłość naszej ochrony zdrowia zależy również od etycznego oblicza ekonomii. Współcześnie, kto ma żyć, a kto umrzeć w coraz mniejszym stopniu zależy od lekarzy, a w coraz większym od polityków i ekonomistów. ■



Fot. archiwum

# Prawo a etyka wykonywania zawodu

Filip Niemczyk, adwokat

Zasady wykonywania zawodu lekarza wyznaczone są nie tylko przez wiedzę medyczną, obowiązujące procedury postępowania i przepisy prawa stanowionego. Lekarz wykonuje zawód zaufania społecznego i realizuje istotną społecznie misję, a to wymaga wierności pewnym nadrzędnym wartościom i etosowi wypracowanemu przez kolejne pokolenia. Warto zastanowić się, w jakiej relacji pozostaje odpowiedzialność prawna i odpowiedzialność związana z etyką zawodową. Czy każde naruszenie prawa jest równoznaczne ze złamaniem reguł etyki medycznej?

Postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy uregulowane jest w ustawie z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (art. 53–112). W dużej mierze przypomina postępowanie karne, o czym świadczy chociażby fakt, że zastosowanie mają tu niektóre przepisy kodeksu karnego, a także kodeks postępowania karnego. Pierwsze etapy postępowania prowadzi rzecznik dyscyplinarny. Jego rola zbliżona jest do tej, którą w postępowaniu karnym pełni prokurator. Polega ona na zweryfikowaniu informacji o możliwości popełnienia przewinienia, przeprowadzeniu i zgromadzeniu dowodów oraz podjęciu decyzji odnośnie do dalszego biegu sprawy.

Kolejny etap postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej toczy się przed sądem lekarskim. Rozprawy przebiegają w sposób zbliżony do procesu przed sądem powszechnym, aczkolwiek ze względu na koleżeński, a nie zawodowy charakter sądu procedura jest w mniej sformalizowana. Podstawowe czynności, takie jak składanie wyjaśnień przez obwinionych, przesłuchania świadków, ogłaszanie orzeczeń, nie różnią się jednak w istotny sposób od tych, które przeprowadzane są przed sądem powszechnym. Obwiniony ma obrońcę, którym może być inny lekarz, adwokat lub radca prawny, i do czasu uprawomocnienia się wyroku korzysta z domniemania niewinności.

Prawomocny wyrok wydany przez sąd lekarski, o ile nie jest wyrokiem uniewinniającym, podlega wykonaniu przez prezesa właściwej okręgowej rady lekarskiej, a jego odpis doręczany jest ministrowi zdrowia i prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej. Naczelna Rada Lekarska prowadzi jawny dla osób posiadających interes prawny Rejestr Ukaranych Lekarzy, w którym publikuje szczegółowe informacje o ukaranych. Dane zawarte w rejestrze ulegają jednak zatarciu – po roku w przypadku kary upomnienia, po trzech latach w przypadku pozostałych kar, z wyjątkiem kary zawieszenia, która zaciiera się po pięciu latach od wykonania.

Wróćmy do pytania postawionego na początku: jaka jest relacja między postępowaniem dotyczącym odpowiedzialności zawodowej a odpowiedzialnością prawną, w szcze-

gólności karną i cywilną. Niewątpliwie sfery te, chociaż dotyczyć mogą tych samych zdarzeń i osób, są od siebie niezależne, zatem i postępowania mogą toczyć się niezależnie. Nie każde przewinienie zawodowe jest równoznaczne z naruszeniem prawa cywilnego lub karnego. I odwrotnie: nie zawsze odpowiedzialność przed sądem powszechnym wiąże się z wnioskiem dotyczącym naruszenia etyki lekarskiej lub zasad wykonywania zawodu.

Sądy powszechne bywają zainteresowane przebiegiem postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej, chociażby ze względu na zgromadzony materiał dowodowy, ale nie są w żaden sposób związane rozstrzygnięciami sądu lekarskiego. Fakt ukarania przez sąd lekarski może uprawdopodobnić wnioski, że naruszone zostały równocześnie reguły należytej staranności, skutkujące odpowiedzialnością cywilną, czy też wypełnione zostały znamiona któregoś z czynów opisanych w kodeksie karnym. Reguły etyki zawodowej stawiają jednak również wymogi, które uzasadnione są wyłącznie ze względu na etykę i godność zawodu, a których nie sposób powiązać ze sferą prawa publicznego, np. w zakresie stosunków między lekarzami (Rozdział III Kodeksu Etyki Lekarskiej).

Niewątpliwie najtrudniejszym elementem relacji między etyką medyczną a prawem są sytuacje, które stawiają przed rzeczywistym dylematem moralnym. Niewątpliwie są nimi decyzje dotyczące pomocy chorym w stanach terminalnych.

W moim przekonaniu istnieje ryzyko interpretacyjnej rozbieżności między tym, co stanowi Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 30–32, a tym, czego od lekarza wymaga ściśle stosowane prawo karne. Wedle KEL lekarz winien

do końca łagodzić cierpienia pacjentów w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia. W przypadku chorych terminalnych nie ma jednak obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Kodeks karny nie wyróżnia kategorii człowieka w stanie terminalnym, nie rozróżnia reanimacji od terapii uporczywej. Może się zatem zdarzyć, że lekarz, który postąpi zgodnie ze swym sumieniem i zasadami etyki zawodowej, będzie musiał zmierzyć się z odpowiedzialnością prawną. Należy mieć nadzieję, że orzekający w takiej sprawie sąd będzie miał świadomość, że medycyna jest dziedziną, w której trudne wybory podejmowane są każdego dnia, a lekarz zmuszony jest rozważać wartość i jakość życia ludzkiego, mając jednocześnie na względzie racjonalność podejmowanych działań. Rozsądny ustawodawca powinien więc brać pod uwagę, że karanie osoby, która postąpiła zgodnie ze swym sumieniem i zasadami etyki, podważa autorytet prawa, które w takim wypadku można byłoby nazwać niesprawiedliwym. ■

” Niewątpliwie najtrudniejszym elementem relacji między etyką medyczną a prawem są sytuacje, które stawiają przed rzeczywistym dylematem moralnym.





Fot. ach

# Bieglym być albo nie być

Lekarzy biegłych sądowych jest za mało w stosunku do liczby spraw do zbadania. Skutki odczuwają strony postępowania sądowego – na sporządzenie opinii przez biegłego czeka się bardzo długo. O problemach związanych z opiniowaniem rozmawiali lekarze, sędziowie i prokuratorzy podczas konferencji „Pozycja dowodu z opinii biegłego w postępowaniu sądowym”. To już drugie wspólne przedsięwzięcie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Stowarzyszenia Prokuratorów RP i Warszawskiego Oddziału Stowarzyszenia Sędziów Polskich „Iustitia”.

## Dlaczego brakuje chętnych?

Wynagrodzenie nieadekwatne do zakresu pracy, poświęconego czasu i odpowiedzialności to kluczowa kwestia. – *Poszukiwanie biegłego z zakresu pediatrii trwa miesiącami, a nawet rok* – powiedziała Aneta Górską-Kot, pediatra i biegły sądowy. Wskazała też na inne niedogodności związane z opiniowaniem. Problemem przy sporządzaniu opinii jest m.in. niska jakość dokumentacji, nieczytelne rękopisy, brak precyzji w formułowaniu pytań do biegłych. Procedurę przedłuża częsta nieobecność stron na rozprawach.

## Pytania nie zawsze precyzyjne

Przemysław Cynkier, biegły w zakresie psychiatrii, podkreślał, że organ procesowy musi wiedzieć, co chce wyjaśnić, zasięgając opinii. – *Ułatwia to pracę biegłego* – stwierdził. Postulował, aby jak najwcześniej analizować wątpliwości dotyczące zadanych pytań, gdyż nieprecyzyjne pytania rodzą nieprecyzyjne odpowiedzi. – *Jesteśmy notorycznie pytani o wiarygodność, o konfabulację* – zaznaczył Marcin Borowski, biegły psycholog. – *Tymczasem biegły nie może oceniać, czy zeznania są wiarygodnym materiałem dowodowym. Psycholog będzie oceniał potencjał, czy ktoś może mówić prawdę, a nie czy ktoś jest wiarygodny, bo to jest kompetencja organu procesowego.*

## Kwalifikacje

– *Chcemy korzystać z opinii biegłych posiadających najwyższe kwalifikacje* – powiedziała prokurator Izabela Dołgań-

-Szymańska. Podkreśliła, że poza wiedzą merytoryczną, ważna jest komunikatywność biegłego, jego etyka. Zdarza się, że biegli ulegają pokusie udowodnienia za wszelką cenę jakiejś tezy, sugerują się autorytetem kogoś, kto wcześniej sporządził opinie.

– *Biegły nie powinien przyjmować roli sędziego, lecz odpowiedzieć na pytanie przedstawione w postępowaniu o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego* – wyjaśnił Jacek Doniec, ginekolog, i podkreślił, że opinia powinna być napisana zrozumiale dla odbiorcy, prostym językiem, a nie specjalistycznym. Zaznaczył, że biegły, aby móc oce-

nić konkretny przypadek postępowania z pacjentem, sam musi umieć wykonać to samo.

## Biegły patrzy w papiery i... kosztuje

Na rolę i znaczenie dokumentacji medycznej jako źródła informacji dla organu procesowego, na przykładzie okołoooperacyjnej karty kontrolnej, wskazał lekarz i prawnik Jacek Siewiera. – *Jeżeli w tej karcie brakuje zaleceń, są sprzeczności z pozostałą dokumentacją, to prawdopodobnie doszło do zaniechań, co nie znaczy, że doszło do błędów* – powiedział. O kosztach sporządzenia opinii przez biegłego mówił sędzia Sebastian Ładoś. Wśród pozycji kosztowych, takich jak wynagrodzenie, zwrot kosztów podróży na wezwanie organu procesowego i inne, wymienił również zwrot utraconego zarobku lub dochodu. Przypomniał, że skarga w sprawie roszczenia z tego tytułu trafiła do Trybunału Konstytucyjnego (sygnatura TS12/14).

## Więcej wymagać, więcej płacić

Na potrzebę nowych uregulowań prawnych dotyczących biegłych zwrócił uwagę prof. Tadeusz Tomaszewski z Uniwersytetu Warszawskiego. Wskazał, że przede wszystkim brakuje aktu prawnego rangi ustawy. Ponadto należy dążyć do podnoszenia poziomu opiniowania, zwiększenia wymagań od kandydatów na biegłych, ale też ochrony prawnej biegłych sądowych, opracowania nowego systemu wynagradzania oraz urealnienia stawek. – *Trzeba więcej wymagać od biegłych* – podsumował. – *Jednak trzeba im więcej płacić.* Podkreślił konieczność stosowania e-procedur w komunikacji z biegłymi, możliwości przesłuchiwania biegłych na odległość i prezentacji ich opinii z użyciem nowoczesnych technik.

## Odpowiedzialność i współpraca

Sędzia Beata Janiszewska omówiła przypadki odpowiedzialności za błąd w sztuce lekarskiej i zwróciła uwagę na coraz wyższe kwoty zasądzone dla pacjentów, którzy ponieśli szkodę.

Rozpoczynając konferencję, wiceprezes ORL Julian Wróbel powiedział, że standardy i procedury leczenia zmieniają się, a postęp w medycynie niesie wiele problemów natury prawnej i bioetycznej.

Spotkanie lekarzy i przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości umożliwi wymianę doświadczeń, pozwala lepiej poznać i zrozumieć oczekiwania stron, a tym samym łatwiej osiągnąć porozumienie. ■

Anetta Chęcińska



Fot. archiwum


# „Wszyscy kłamią” – czy dr House miał rację?


Jarosław Kosiaty

**E**verybody lies („Wszyscy kłamią”) – taki napis na koszulce nosił główny bohater popularnego serialu telewizyjnego „Dr House”, w którego przez osiem sezonów wcielił się brytyjski aktor, scenarzysta filmowy, pisarz i muzyk Hugh Laurie. Czy tak jest rzeczywiście?

Prof. Robert Feldman, psycholog z University of Massachusetts w Amherst, uważa, że średnio co 10 minut wypowiadamy trzy kłamstwa. – *Sam byłem zaskoczony, kiedy to odkryłem. Zanim rozpocząłem badania, sądziłem, że kłamstwo zdarza się rzadko* – mówi Feldman i przypomina, że już dzieci między drugim a trzecim rokiem życia uczą się tej umiejętności. Udają wtedy płacz lub śmiech, aby zwrócić na siebie uwagę.

Ale zostawmy dzieci. Już jako dorośli najczęściej oszukujemy na randkach i podczas rozmów o pracę. Steven D. Levitt, autor książki „Freakonomika”, jako przykład podaje wyniki własnych badań, które dowodzą, że nieprawdziwe informacje znalazły się w ponad połowie CV.

 Kłamstwom sprzyjają nowe narzędzia komunikacji. Jak wynika z badań Mattitياهو Zimblera z University of Massachusetts-Amherst, opublikowanych na łamach „Journal of Applied Social Psychology”, posługiwanie się kłamstwem łatwiej przychodzi nam w e-mailach i SMS-ach, niż w sytuacjach, gdy jesteśmy z rozmówcą twarzą w twarz (badanie przeprowadzono na grupie 220 studentów).

 A jaka jest skala i zakres tego zjawiska w relacjach lekarz – pacjent? Interesujące wyniki uzyskała Klinika Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, która przez dwa lata obserwowała 200 osób po zawale serca. – *Wszystkich pytaliśmy, czy regularnie biorą leki i stosują się do wytycznych. 95 proc. odpowiedziało twierdząco, tylko 5 proc. przyznało, że niekoniecznie* – mówi prof. Jacek Kubica, szef kliniki. Jednak lekarze nie uwierzyli w otrzymane deklaracje i postanowili sprawdzić, jak wygląda stan faktyczny. Przepisane w klinice leki były refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wystarczyło zatem sprawdzić, ilu chorych wykupiło leki wymienione na receptach. Warto w tym miejscu dodać, że podstawowa terapia po zawale serca nie jest droga, jej koszt to około 35 zł miesięcznie. – *Okazało się, że połowa pacjentów nie zrealizowała recept. A skoro nie kupili leków, to nie mogli ich zażywać, choć tak deklarowali* – mówi prof. Kubica i z żalem podsumowuje: – *Jesteśmy ofiarami swojego sukcesu. Kiedy dochodzi do zawału serca, chory odczuwa ogromny ból, boi się śmierci. Jednak gdy wykonamy angioplastykę, czyli półgodzinny zabieg udrażniającego naczynia, ból ustępuje, a pacjent czuje się dobrze. Po co brać leki, skoro nic nie boli? Tak myśli wiele osób. Nie rozumieją, że leki nie są po to, by leczyć zawał, bo ten już był, ale by zapobiegać kolejnym. Trzeba powiedzieć jasno: chory, który rezygnuje z brania leków, naraża się na śmierć.*


Szersze badania na ten temat przeprowadził największy w Polsce serwis internetowy dla lekarzy Esculap.com. Elektroniczną ankietę wypełniło 1350 medyków. Niespełna

*„Największą karą dla kłamcy jest nie to, że ktoś mu nie uwierzy, ale to, że on sam nie potrafi uwierzyć nikomu”.*

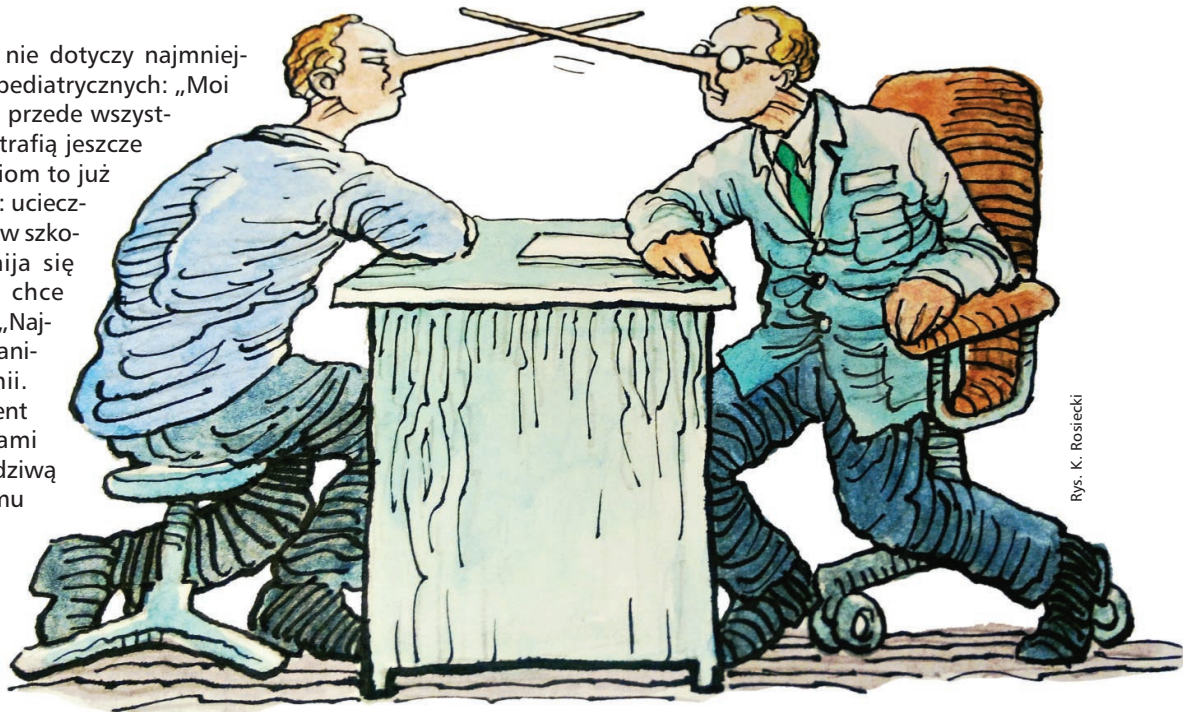
George Bernard Shaw (1856–1950)

połowa (48 proc.) na pytanie „Czy Twoi pacjenci kłamią?” odpowiedziała: „Tak, od czasu do czasu”, prawie co trzeci lekarz (29 proc.) wybrał odpowiedź „Tak, bardzo często”, a jedynie co szósty (16 proc.) zaznaczył, że wprawdzie jego pacjenci kłamią, ale czynią to rzadko. Tylko 4 proc. medyków biorących udział w badaniu odpowiedziało, że ich pacjenci zawsze starają się mówić prawdę. 3 proc. lekarzy udzieliło „wymijającej” odpowiedzi, że nie mają bezpośredniego kontaktu ze swoimi pacjentami.

Uczestnicy ankiety podzielili się jednocześnie doświadczeniami z własnej praktyki. „Pacjent wezwał karetkę. Zadaje mu pytanie: – Co Panu dolega? – Jest Pan lekarzem, to Pan powinien to wiedzieć – pada odpowiedź. Ja na to: – Jestem lekarzem, ale nie jestem Bogiem. Smutne jest to, że do kłamstw namawiają pacjentów... inni lekarze. Często chory ukrywają bądź symulują objawy oraz sposoby leczenia. Od kilku lat, aby uzyskać szybki dostęp do badań w szpitalu, podają fałszywe objawy, np. krwawienie z przewodu pokarmowego (nieradko wyszkoleni przez nieuczciwych medyków, oczywiście chwalonych za to przez lud). Stąd znaczna ilość badań gastro- oraz kolonoskopowych, finansowanych przez NFZ” – napisał jeden z medyków. Inny zauważył, że „pacjenci często kłamią co do daty powstania np. obrażenia, ponieważ nie chcą z tym iść do lekarza rodzinnego i do poradni chirurgicznej lub ortopedycznej. Wolą kłamać po przyjeździe na SOR lub izbę przyjęć w szpitalu. Po krótkiej rozmowie wielu przyznaje się, że lekarz rodzinny im »poradził«: – Niech pan/-i idzie do szpitala i powie, że stało się to dzisiaj, bo wtedy muszą pana/-ią przyjąć i zrobić komplect badań. Dzięki temu nie będzie musiał/a pan/-i czekać w kolejce do poradni”. Część chorych kłamała, gdyż chciała „sprawdzić” rozpoznanie u innego lekarza: „Wykonuję badania ultrasonograficzne. Często zdarza się, że pacjenci podczas badania USG lub Dopplera nie podają poprzednich wyników badań, by po wyjściu na korytarz porównać uzyskany właśnie wynik z innym”.

 Kłamanie nie jest niestety obce także rodzicom przychodzącym do lekarza z chorym dzieckiem: „Rodzice kłamią zwykle wtedy, kiedy uważają, że mogli w jakiś sposób zaszkodzić swemu dziecku (jestem lekarzem pediatrą). Albo gdy chcą uzasadnić wizytę z dzieckiem w izbie przyjęć szpitala inaczej niż niechęcią do stania w kolejce u lekarza rodzinnego, a istotnych powodów zdrowotnych ku temu nie ma. Najbezpieczniej jest jednak zawsze przyjąć, że rodzic mówi prawdę i najpierw pomóc dziecku, a potem dopiero deliberować”. Część pacjentów kłamię, nie zdając sobie do końca sprawy z niebezpieczeństwa takiego postępowania. Nieraz niezgodnie z prawdą mówią, że nic nie jedli i nie pili w okresie przedoperacyjnym, mimo pouczeń i podpisywanego oświadczenia. Szczególnie często kłamią, gdy chodzi o ich własne dzieci tuż przed znieczuleniem: „On tak prosił, a przecież jest w szpitalu i nie pozwolicie, żeby mu się przez to coś stało”.

Na szczęście reguła ta nie dotyczy najmniej-szych gości gabinetów pediatrycznych: „Moi pacjenci to dzieci. One, przede wszystkim te młodsze, nie potrafią jeszcze kłamać. Starszym dzieciom to już się niestety zdarza (vide: ucieczka przed sprawdzianem w szkole)”. Część chorych mija się z prawdą, gdyż... nie chce martwić swoich lekarzy: „Najczęstsze kłamstwo to zaniżanie wyników glikemii. Kiedyś trafił mi się pacjent z... dwiema książeczkami profilu glikemii – prawdziwą i sfałszowaną. Pomyliły mu się i wszystko wyszło na jaw. Nie chciał martwić lekarza (sic!), bo nie stosował zalecanej diety, ale wartości HbA1c nie udało mu się już zmienić”.



Rys. K. Rosiecki

**Są też sytuacje, w których szczególnie trudno uzyskać od pacjenta prawdziwe i pełne informacje.** „Seksuologia, to dziedzina, w której szczerza rozmowa, zaufanie i wstyd przeplatają się przez cały czas. Dużo czasu mija zanim pacjenci naprawdę przestają mieć hamulce przed powiedzeniem lekarzowi o tym, czego nie chcą powiedzieć nikomu. A to właśnie często podstawa dobrej i pełnej diagnozy, a co za tym idzie i możliwości wdrożenia prawidłowego i skutecznego procesu leczenia. Kłamią nie z powodu złej woli czy braku wiary w wyleczenie. Nie wierzą w to, że ich ktoś naprawdę wysłucha, zrozumie i nie będzie oceniał. Kłamią, bo dopóki nie zobaczą, że warto opowiedzieć o traumach czy np. głupotach, w które sami się wpędzili, i nie zostaną skrytykowani, do prawdy będzie daleko. W normalnym procesie leczenia mało który lekarz ma czas porozmawiać z pacjentem, wysłuchać go, wypytać. Te kilka minut, które mamy dla pacjenta, nie daje mu szans na otwarcie się, bo i po co... I tak nic z tego nie wyniknie. Lekarz to powinien być ktoś bliski, znajomy, zaprzyjaźniony... No prawie jak spowiednik bez prawa do odpuszczenia grzechu, ale i bez prawa do wygłaszania opinii”. Zdarzają się również pacjenci, którzy do samego końca idą w zaparte: „Miałam kiedyś pacjentkę, która była u mnie rano w przychodni i po długiej wizycie wyszła nie do końca zadowolona, że nie potwierdzam po pełnym i wnikliwym badaniu ciężkiej – według niej – choroby oczu. Wieczorem trafiła do mnie do pogotowia okulistycznego, nie poznała mnie w stroju szpitalnym i dowiedziałam się, że była rano u lekarki, która nie chciała jej zbadać, i dlatego musiała przyjść na dyżur”. Jeszcze inni znajdują sobie szczególne „usprawiedliwienia”: „Pacjent przyszedł do mojego gabinetu dość mocno zawiany, ledwie trzymał się na nogach, ale po moim stwierdzeniu: – Pan jest przecież pijany, stwierdził: – Pani doktor, ja jestem tylko bardzo zmęczony”.

**Najciekawszy przykład kłamstwa opisała lekarka z dużego miasta na północy Polski:** „Pacjentka przyjęta poprzez Kliniczny Oddział Ratunkowy do kliniki nefrologii z objawami odmiedniczkowego zapalenia nerek, które nijak w badaniach nie chciało się potwierdzić. Chora jednak upierała się, że gorączkuje i że boli ją w okolicy lędźwiowej, była więc szeroko przebadana, łącznie z tomografią komputerową. Przy okazji pacjentka często wychodziła »na przepustki«, jako że czworo dzieci ponoć płakało w domu (najmłodsze zaś roczek miało i nikomu oprócz niej nie pozwalało się kapać).

Mąż przychodził i zabierał często żonę do domu, do stęsknionych dzieci. Dziwiło mnie tylko, jak ona zajmuje się tym rocznym dzieckiem z takimi długimi, kolorowymi tipsami na palcach rąk. Pacjentka prosiła też o zaświadczenia, że jest hospitalizowana, bo jako ważny pracownik urzędu skarbowego miała ponoć w sądzie tenże urząd reprezentować, a ponieważ była chora, to nie mogła. Oczywiście zaświadczenie dostała. Po kilku miesiącach od wypisu ja oraz pani ordynator otrzymałyśmy wezwania na policję w sprawie naszej pacjentki. Okazało się, że... żaden mąż nie istnieje, żadne dzieci, żaden urząd skarbowy. Pacjentka była poszukiwana listem gończym za poważne przestępstwa finansowe, które popełniała w czasie hospitalizacji, a właściwie w czasie owych »przepustek« do dzieci. Omal nie zostałyśmy posądzone o krycie przestępczyni! Jacy to jesteśmy naiwni, wierząc we wszystko, co mówią pacjenci! Potem przypominałam sobie, że jednak od początku te długie tipsy na palcach nijak do kąpienia niemowlaka mi nie pasowały”.

Na zakończenie powróćmy do prof. Roberta Feldmana z University of Massachusetts w Amherst, który przez 25 lat zajmował się badaniem natury kłamstwa. W opublikowanym niedawno wywiadzie stwierdził: „W zasadzie nie powinniśmy pytać, czy ludzie kłamią, ale jak często i dlaczego to robią. Bo ludzie kłamią z natury. Jedynymi istotami, które zachowują całkowitą uczciwość, są płazińce *Diplozoon paradoxum* – u nich dorosła samica zrasta się z samcem na całe życie i żadne z nich nie ma wyboru, musi dochować wierności. W wypadku ludzi lepiej najpierw sprawdzić biling telefoniczny, a dopiero potem zaufać”.

Czy zatem rację miał główny bohater serialu „Dr House”, nosząc koszulkę z napisem „Everybody lies”? Odpowiedź na to pytanie pozostawiam Państwu, przypominając jedynie, że ostatni, 177. odcinek tego popularnego serialu (wyświetlanego w 66 krajach na świecie) nosił tytuł... „Everybody dies” („Wszyscy umierają”) i w tym miejscu niepotrzebna jest żadna ankieta, aby potwierdzić stuprocentową słuszność tego stwierdzenia... ■

Autor jest lekarzem, wykładowcą w CMKP w Warszawie oraz w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej. Od 2000 r. pełni obowiązki redaktora naczelnego portalu dla lekarzy Esculap.com.

Artykuł ukazał się w magazynie „Dama PiK” nr 5/2013.

## Innowacyjne sztuczne oko z Mazowsza

W Instytucie Optyki Stosowanej im. prof. Maksymiliana Pluty w Warszawie skonstruowano i wykonano model sztucznego oka, wyróżniający się funkcjonalnością na tle dostępnych na rynku czy stosowanych w laboratoriach wiodących producentów soczewek wewnątrzgałkowych – podaje Samorząd Województwa Mazowieckiego.

W ramach projektu „Model wewnątrzgałkowego implantu soczewki oka ludzkiego zapewniającego widzenie z dużą głębią ostrości” wykonano soczewkę nowego rodzaju, która znajdzie zastosowanie po operacji zaćmy lub do kompensacji starczowzroczności. Jest oparta na oryginalnym opatentowanym pomysle obrazowania ze zwiększoną głębią ostrości. Zapewnia to ciągłe widzenie, porównywalne w jakości i ostrości do widzenia dla odległości bliskich, pośrednich i dalekich. Model skonstruowany w instytucie zawiera soczewki, elementy mocujące, kamerę CCD zastępującą siatkówkę, kuwetę ze specjalnym płynem, a także urządzenia niezbędne do weryfikacji działania układu oraz zaprojektowanych elementów korekcyjnych. System optyczny uwzględnia wymagania rygorystycznych norm i symuluje właściwości ludzkiego oka po operacji usunięcia zaćmy. Układ umożliwia umieszczenie implantu wewnątrzgałkowego soczewki oka ludzkiego w ośrodku optycznym symulującym właściwości ośrodka otaczającego implant w czasie rzeczywistej pracy wewnątrz gałki ocznej. Kamera z odpowiednim systemem komputerowym zapewnia rejestrację obrazu siatkówkowego. To główne źródło informacji o jakości korekcji wzroku po operacji wszczęcia implantu.

W skład konsorcjum badawczego wchodzi: Instytut Optyki Stosowanej, Wojskowy Instytut Medyczny oraz Wydział Fizyki Politechniki Warszawskiej.

## Wyróżnienia w Błoniu

Powiatowa Stacja Ratownictwa Medycznego Powiatu Warszawskiego Zachodniego uhonorowana została Mazowiecką Nagrodą Jakości.

Stacja, jak przypomina Samorząd Województwa Mazowieckiego, ma długą historię. Powstała w 1966 r. jako Oddział Pomocy Doraźnej Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Pruszkowie, a następnie w Grodzisku Mazowieckim. Od 2005 r. działa jako Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Powiatowa Stacja Ratownictwa Medycznego Powiatu Warszawskiego Zachodniego w Błoniu. W jej skład wchodzi zespoły specjalistyczne w Błoniu i Łomiankach oraz zespoły podstawowe (wypadkowe) w Starych Babicach i Ożarowie Mazowieckim. Kapituła Konkursu Mazowieckiej Nagrody Jakości rozpatruje zgłoszenia przedsiębiorstw, organizacji i instytucji z terenu całego województwa, które podnoszą jakość działania. Przyznanie nagrody Powiatowej Stacji Ratownictwa Medycznego Powiatu Warszawskiego Zachodniego w Błoniu jest najwyższą formą wyróżnienia w kategorii „Organizacja ochrony zdrowia”, niezwykle ceną dla personelu.

## Priorytety mazowieckiej ochrony zdrowia

Podczas posiedzenia Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji Europejskiego Funduszu Inwestycji Strategicznych w sektorze ochrony zdrowia przyjęto „Plan działań województwa mazowieckiego w ochronie zdrowia na rok 2016”.

Priorytetowo potraktowano programy: wdrożenia wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy, diagnostyczno-terapeutycznej dla dzieci z autyzmem oraz badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych z województwa mazowieckiego w latach 2016–2018. Alokacja środków z UE na ich realizację to prawie 93 mln zł. Plan działań w sektorze zdrowia dla danego regionalnego programu operacyjnego przygotowuje właściwa instytucja zarządzająca i przekazuje go do Sekretariatu Komitetu Sterującego w Ministerstwie Zdrowia. Zgodnie z zapisami umowy partnerstwa, Komitet Sterujący ustala harmonogram działań planowanych do podjęcia w danym roku kalendarzowym oraz zarys planów finansowych. Częścią „Planu działań” są również dokumenty przyjęte uchwałą Komitetu Sterującego. Ich ideą jest pełna koordynacja interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia, szczególnie dotyczących zadań finansowanych ze środków publicznych oraz kontraktów z puli funduszy krajowych i europejskich. ■ **pk**

### Godziny pracy OIL w Warszawie

#### Biuro OIL

poniedziałek – piątek: od 8.00 do 16.00

#### Kasa

poniedziałek, wtorek: od 9.00 do 15.30,  
środa: od 9.00 do 17.00,  
czwartek, piątek: od 9.00 do 15.30

#### Biuro Obsługi Lekarza

poniedziałek – piątek: od 8.45 do 15.45,  
środa: od 8.45 do 17.45

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

### SPROSTOWANIE

W nawiązaniu do listu pensjonariuszy Domu Lekarza Seniora im. Kazimierza Fritza w Warszawie („Puls” 4/2016), informujemy, że obecna dyrektor DLS zarządza nim od 29 sierpnia 2013 r., a nie jak błędnie podano od 17 września 2013 r. Za pomyłkę przepraszamy.

Redakcja

Szpital Powiatowy w Sochaczewie **zatrudni** lekarzy: ● specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji lub chcącego specjalizować się w dziedzinie chorób wewnętrznych ● specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Aplikacje należy składać w kancelarii szpitala, kontakt: tel. 46-864-95-01, e-mail: kancelaria@szpitalsochaczew.pl

# Sytuacja interny w Radomiu

**Pacjenci oblegają oddziały, lekarze są przeciążeni pracą, ale niestety brakuje ich zastępców i następców – tak wygląda smutna rzeczywistość interny w radomskich szpitalach.**

**Na horyzoncie nie widać zmian na lepsze...**

Oddział Chorób Wewnętrznych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego na pierwszy rzut oka prezentuje się efektywnie – dwa lata temu zakończono jego modernizację, która pochłonęła blisko 2,5 mln zł. Pojawił się nowoczesny sprzęt: pompy infuzyjne, wózki do reanimacji, kardiomonitor, respiratory oraz defibrylatory. W każdej sali znajdują się łóżka wielofunkcyjne oraz doskonale wyposażone sanitariaty. Utworzono również pomieszczenie z urządzeniami ułatwiającymi mycie pacjentów, którzy mają problem z poruszaniem się.

Jacek Burski, ordynator interny w RSS, ma jednak poważne zmartwienie. – *W naszym zespole pracuje dziesięciu lekarzy, a powinno być ich przynajmniej dwukrotnie więcej, ponieważ faktycznie obsługujemy dwa oddziały: wewnętrzny i szpitalny oddział ratunkowy* – wyjaśnia.

Trafia tutaj także wielu pacjentów w podeszłym wieku, którzy teoretycznie powinni być kierowani na oddziały geriatryczne, lecz takich miejsc w Radomiu, podobnie jak w całej Polsce, brakuje. W dodatku po remoncie spadła liczba łóżek na internie. Wcześniej było ich 58, obecnie – 46. To efekt rygorystycznych przepisów sanitarnych, do których muszą się dostosować lecznice we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

Zdaniem dr. Burskiego w RSS niezbędny jest drugi oddział wewnętrzny, o utworzeniu którego mówi się już od dawna. Jednak wciąż brakuje funduszy na tak kosztowną inwestycję.

Na razie dyrekcja placówki chciałaby poszerzyć zespół istniejącej interny. – *Co z tego, skoro trudno kogokolwiek znaleźć, bo po prostu nie ma chętnych do tej pracy* – tłumaczy dr Burski.

## Oblężenie oddziału

Z jeszcze większymi problemami kadrowymi borykają się dwa oddziały internistyczne Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego. Rok temu szefostwo placówki planowało nawet zawieszenie działalności Oddziału Wewnętrznego I, gdy odeszło z pracy większość lekarzy. Jego kierownik, dr Sławomir Narożnik, tłumaczył wówczas: – *Ludzie nie chcą pracować w szpitalu, bo brakuje łóżek internistycznych i praca jest wyjątkowo ciężka. Ja też nie chcę dostać zawału. Biurokracja jest teraz taka, że 90 proc. czasu powinniśmy poświęcać na papierki, a tylko 10 proc. zostaje dla pacjenta.*



Fot. R. Natorski

Lekarz przypomniał, że oddział obliczono na 40 łóżek, a często przyjmowanych jest niemal dwa razy więcej pacjentów. Wielu z nich leży na korytarzach lub w świetlicy, muszą czekać w kolejce do toalet. Mimo to NFZ godzi się na większy kontrakt i dodatkowe łóżka na oddziale.

Te problemy wywołały reakcję Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy przy MSS. Na ulice Radomia wyjechały samochody wożące billboardy z hasłami: „*W szpitalu na Józefowie na internie jest 30 proc. mniej łóżek i 50 proc. mniej lekarzy w stosunku do potrzeb... ale władza jakoś się wyleczy. Marszałku Struzik – dlaczego Pan to robi radomianom?*”.

## W poszukiwaniu lekarzy

Oddziału Wewnętrznego I ostatecznie nie zamknięto, ale jego sytuacja jest nadal bardzo trudna. Zespół stanowi obecnie pięciu lekarzy, w tym dwóch rezydentów. – *Braki staramy się nadrabiać, przyjmując stażystów. Udało nam się pozyskać trochę młodych i ambitnych osób, ale generalnie obecny system kształcenia pomija internę, tworzy się coraz większa luka pokoleniowa, którą trudno będzie zapełnić* – przekonuje Wiesław Czapnik, obecny kierownik Oddziału Wewnętrznego I – Endokrynologiczno-Internistycznego.

Obciążenie lekarzy jest bardzo duże, ponieważ 42-łóżkowy oddział obsługuje ogromny obszar i trafiają do niego pacjenci z całego regionu radomskiego. – *Mamy dobre kontakty z ośrodkami lubelskimi, dzięki nim tamtejsi lekarze przyjeżdżają do nas na dyżury, ale brakuje jeszcze przynajmniej dwóch asystentów, szczególnie w okresie urlopowym* – dodaje Wiesław Czapnik.

W trochę lepszym nastroju jest dr Wojciech Dworzański, kierownik Oddziału Wewnętrznego II i Nadciśnienia Tętniczego. – *W naszym zespole pracuje ośmiu lekarzy, dlatego sytuacja jest nawet trochę lepsza niż wcześniej. Jednak na pewno przydałoby się jeszcze przynajmniej dwóch specjalistów, ale oni niestety nie chcą przychodzić do szpitala* – twierdzi dr Dworzański. ■

Rafał Natorski



## DELEGATURA RADOMSKA

26-600 Radom, ul. Rwańska 16  
tel.: 48-331-36-62, e-mail: [julian@wp.eu](mailto:julian@wp.eu)  
Przewodniczący **Julian Wróbel**  
dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00



## Goniec Medyczny

### Niebezpieczna bakteria w polskich szpitalach

Coraz więcej ognisk bakterii beztlenowej *Clostridium difficile* pojawia się w szpitalach. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH dwa lata temu zachorowało 6426 osób, w roku ubiegłym – już 8976. Chorzy powinni być separowani, ale w szpitalach za mało jest izolatek...

### Leków nie można wysłać przez paczkomaty

Łódzki wojewódzki inspektor farmaceutyczny nakazał jednej z aptek zaprzestać dostarczania produktów leczniczych w ramach wysyłkowej sprzedaży leków za pomocą kuriera i paczkomatów.

### Szef zajrzy do poczty

Przypominamy: w uzasadnionych przypadkach przełożony może zapoznać się z prywatną korespondencją pracownika, wysyłaną za pośrednictwem komunikatorów internetowych oraz poczty elektronicznej. To wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu z 12 stycznia 2016 r.

### Płytki krwi dostępne „od ręki”

Opracowana przez brytyjskich naukowców z University of Cambridge metoda wytwarzania płytek krwi może pozwolić na ich „produkcję” w dużych ilościach – informuje „Nature Communication”.

### Najmniej poznany narząd człowieka

– Człowiek może żyć, nie mając nawet 80 proc. mózgu, może funkcjonować z jego jedną półkulą, a nawet – w przypadku tzw. rozszczepienia – z dwiema oddzielnymi półkulami stanowiącymi dwa mózgi – mówi prof. Andrzej Wróbel, kierownik Zakładu Neurofizjologii Instytutu Biologii Doświadczalnej PAN. Jako dowód przytacza przykład Anglika, który umarł w wieku 26 lat. W miejscu mózgu miał trochę ściśniętej tkanki mózgowej, a resztę stanowił olbrzymi wodniak. Mimo to młody mężczyzna zaczynał pisać doktorat...

### Ćwiczenia spowalniają starzenie się mózgu

Badanie, którego wyniki opublikowano na łamach „Neurology”, wykazało, że mózg seniorów regularnie wykonujących ćwiczenia fizyczne o umiarkowanej lub dużej intensywności jest aż o 10 lat młodszy niż ich rówieśników ćwiczących mało lub wcale.

### Antybiotyki podawane dzieciom zwiększają ryzyko otyłości

Stosowanie trzech lub więcej kuracji antybiotykowych u dzieci do drugiego roku życia zwiększa ryzyko otyłości we wczesnym dzieciństwie – ostrzegają naukowcy z Uniwersytetu Kolorado na łamach „Gastroenterology”.

### Cytat na dziś i jutro

„Czytam stare książki, gdyż wolę uczyć się od tych, którzy zbudowali cywilizację, niż od tych, którzy ją zrujnowali” (anonimowy komentarz z Internetu). ■

„Goniec Medyczny” jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłam bezpłatnie trzy razy w tygodniu na blisko 100 tys. adresów poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych profesjonalistów medycznych – użytkowników portalu edukacyjnego **Esculap** ([www.esculap.com](http://www.esculap.com)). Dostęp do wszystkich materiałów i usług w Esculapie jest bezpłatny, przy pierwszej wizycie wymagane jest jedynie wybranie własnego loginu i hasła.

**Lek. Jarosław Kosiaty**  
redaktor naczelny Esculapa  
e-mail: [redakcja@esculap.pl](mailto:redakcja@esculap.pl)

## Perspektywy immunologii

**Rola układu odpornościowego jest kluczowa w przypadku każdego nowotworu – podkreśla prof. Cezary Szczylik, kierownik Kliniki Onkologii w Wojskowym Instytucie Medycznym CSK MON w Warszawie. – Nowotwór oszukuje i usypia mechanizmy immunologiczne w taki sposób, że staje się nierozpoznawalny dla układu odpornościowego.**

Celem nowoczesnej immunoterapii jest za-blokowanie struktur odpowiadających za hamowanie aktywności układu odpornościowego. Przywrócenie sprawności układowi odpornościowemu powoduje, że odzyskuje on zdolność rozpoznawania nowotworu i walka z chorobą staje się bardziej efektywna. Przełom w immunoterapii nastąpił, gdy w praktyce klinicznej wykorzystano wiedzę dotyczącą tzw. punktów kontroli układu odpornościowego. Dzięki temu mogą powstawać leki, które skłaniają organizm chorego do walki z komórkami nowotworowymi przez uaktywnienie układu immunologicznego.

W raporcie Amerykańskiego Towarzystwa Badań Klinicznych (ASCO), opublikowanym na łamach „Journal of Clinical Oncology”, uznano immunoterapię stosowaną w leczeniu nowotworów za największe osiągnięcie 2015 r. ■ **mkr**

## Kobiety w ciąży a HIV

**Dlaczego w naszym kraju, gdzie jest dostęp do bezpłatnych badań i leków, ciągle rodzą się dzieci zakażone HIV? Czy dlatego, że ginekolodzy nie zlecają rutynowo badań na HIV kobietom w ciąży, czy dlatego, że nadal mamy bardzo niską świadomość zagrożenia?**

**P**anuje przeświadczenie, że zdarza się to innym, na pewno nie nam – mówi prof. Grzegorz Jakiel, kierownik I Kliniki Położnictwa i Ginekologii CMKP w Warszawie. – Niepokojący jest fakt, że rośnie liczba młodych ludzi i starszych kobiet, którzy myślą, że im ta choroba nie grozi. Kobiety w ciąży lub ją planujące powinny zrobić test na obecność HIV. W przypadku wyniku pozytywnego, jeśli będą dobrze leczone, dobrze prowadzone przez mądrego ginekologa i same będą zachowywały się racjonalnie, prawdopodobieństwo urodzenia zdrowego dziecka wynosi 90 proc. Pacjentki z aktywną formą zakażenia HIV powinny poddać się planowanemu cesarskiemu cięciu. Nie wolno im karmić piersią, a noworodek powinien mieć zbadany poziom wirerii w pierwszych dobach życia.

Odpowiednia terapia może nie tylko ochronić dziecko przed przeniesieniem wirusa z zakażo-

## BADANIA SPECJALISTYCZNE

NAJNOWSZYM 3 TESLOWYM  
REZONANSEM:

Ortopedyczne, Neurologiczne,  
Onkologiczne, Naczyniowe

### ZAPEWNIAMY:

- ▶ Wyższą jakość i dokładność obrazowania w porównaniu do aparatów 1,5 Tesli
- ▶ Krótszy czas trwania badania w porównaniu do aparatów 1,5 Tesli
- ▶ Badania opisywane przez najlepszych radiologów
- ▶ Krótki czas oczekiwania na badanie i wynik badania
- ▶ Atrakcyjne ceny



ENEL-SPORT Centrum Ortopedii i Rehabilitacji  
ul. Łazienkowska 3, Warszawa  
Umawianie badań: 22 23 07 007\*

\*koszt według taryfy operatora

nej matki, ale także wydłużyć kobiecie życie i uchronić przed rozwinięciem się AIDS. Według Krajowego Centrum ds. AIDS rocznie w Polsce rodzi 70–100 kobiet z potwierdzonym zakażeniem HIV. To niewiele. Większość urodzonych dzieci, dzięki leczeniu matek, jest zdrowa. PZH podaje, że w 2015 r. odnotowano sześć zachorowań u niemowląt. Jednak grupa zakażonych kobiet, które świadomie decydują się na ciążę, jest u nas stosunkowo mała.

W Polsce na AIDS zmarło 2,5 tys. osób, leczonych obecnie jest 8,5 tys. Natomiast liczba zakażonych HIV, potwierdzonych testem, sięga 20 tys. Dwa – trzy razy tyle osób nie wie o swoim zakażeniu lub chorobie. Wśród nich coraz liczniejsza jest grupa młodych kobiet. To właśnie one powinny zdecydować się na wykonanie testu, szczególnie przed zajściem w ciążę. ■

mkr

## Nerki wymagają pomocy

Progresję przewlekłej choroby nerek można skutecznie zatrzymać na wiele lat i opóźnić leczenie nerkozastępcze. Problem w tym, że większość osób dowiaduje się o schorzeniu zbyt późno, bowiem przez lata rozwija się ono bezobjawowo. W przypadku wielu tych chorych bezpośrednią przyczyną zgonów staną się zawały, udary, infekcje i nowotwory, jako wynik powikłań.

Nefrologrzy szacują, że nawet 4,5 mln Polaków cierpi na przewlekłą chorobę nerek, co roku 4 tys. osób rozpoczyna stałe leczenie dializami, bo już tylko w ten sposób można utrzymać je przy życiu. Alternatywą jest przeszczep.

– W Polsce wykonuje się rocznie około 1 tys. przeszczepień – mówi prof. Magdalena Durlik, prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. – W 2014 r. przeprowadzono 55 transplantacji od dawcy żywego, w 2015 – 60. Niestety, większość dializowanych chorych nieodwracalnie nie kwalifikuje się do transplantacji.

Kilkadziesiąt lat temu miejsc dializacyjnych było za mało. Chorych kwalifikowały specjalne komisje i możliwość leczenia ratującego życie mieli nieliczni. Od ponad 20 lat nie ma problemu z dostępnością dializowania. Dzięki współlistnieniu publicznych i prywatnych ośrodków dializ wszyscy zdiagnozowani pacjenci mają szansę na leczenie dializami i – ewentualnie – na przeszczep. Najlepsza pod względem fizjologicznym i społecznym jest dializa otrzewnowa, przy zastosowaniu której pacjent leczy się w domu. Ale dializy otrzewnowe są limitowane przez NFZ.

Nieograniczanie dostępności dializ otrzewnowych, koniecznych badań i konsultacji osób już chorujących to najważniejsze postulaty nefrologów. Istotna też jest wczesna diagnostyka.

– Chcemy ograniczyć konieczność stosowania schyłkowej terapii, dializoterapii, przeszczepiania nerek, nie dopuścić do dalszej progresji epidemii – mówi prof. Ryszard Gellert, kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych CMKP. ■

mkr



Fot. ach

# Gruzińska rewizyta



**Wizyta w grudniu 2015 r. czteroosobowej delegacji gruzińskiej, na czele z Tatianą Kurczewską, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycznego w Gruzji i inicjatorką wieloletnich już kontaktów z tym krajem, aczkolwiek również szkoleniowa, miała charakter szczególny.**

Serdecznego, otwartego przyjęcia naszej delegacji w Gruzji, we wrześniu 2015 r., nie zapomnieliśmy. Starając się zaspokoić wielką ciekawość lekarzy gruzińskich, pokazaliśmy im nie tylko nowo otwarty, nowoczesny Szpital Pediatriczny Uniwersytetu Medycznego, po którym oprowadzał rektor prof. Marek Kulus, ale także szpitale podwarszawskie. Ponieważ z rejonem pruszkowskim związany jestem od ponad ćwierć wieku, oprowadziłem naszych gości po dwóch szpitalach tego regionu. Muszę powiedzieć, że oba szpitale, Kolejowy i Powiatowy, zrobiły dobre wrażenie, a członkowie delegacji (dr Łobzanidze – dyrektor szpitala, chirurg; dr Saralidze – wicemer Lagodechi do spraw służby zdrowia, anestezjolog; dr Tiginaszwili – chirurg dziecięcy, onkolog) w każdym z nich wdawali się w rzeczowe dyskusje, a tłumaczem była Tatiana Kurczewska (radiolog). Przy okazji zdobyliśmy trochę nowych wiadomości o systemie opieki zdrowotnej w Gruzji, bardzo różnym od naszego. Zamiast powszechnego ubezpieczenia istnieją tam celowe, państwowe programy dla wybranych schorzeń i grup wiekowych, natomiast szpitale, prócz jednego centralnego szpitala wojskowego w Gori, są placówkami prywatnymi, głównie z kapitałem firm far-

maceutycznych, które oczywiście potrafią wykorzystać swój monopol. Jednak dr Łobzanidze zaskoczył mnie stwierdzeniem, że system gruziński jest lepszy od polskiego. Otóż tam płaca lekarza jest wprost proporcjonalna do włożonej pracy, czyli do liczby obsłużonych pacjentów.

Goście gruzińscy zyskali wiele informacji o funkcjonowaniu Izby i o istocie samorządu lekarskiego. Wykłady poprowadzili przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: Zbigniew Czernicki, Krzysztof Dziubiński, Marta Klimkowska-Misiak, Ewa Miękus-Paczek, Ładysław Nekanda-Trepka, Roman Olszewski i Elżbieta Rusiecka-Kuczałek. Nasi goście zwiedzili też siedzibę Izby, a Tadeusz Pawlikowski jak zwykle sprawdził się w roli tłumacza i komentatora. Malarskie prace naszych kolegów zaprezentował Włodzisław Cerański. Z delegacją z Gruzji spotykał się również Andrzej Sawoni, prezes ORL.

Podczas naszej wizyty w Gruzji gospodarze umożliwili nam poznanie tego pięknego kraju. W rewanżu staraliśmy się pokazać kilka miejsc ważnych dla Warszawy: Zamek Królewski, Pałac w Wilanowie, Muzeum Powstania Warszawskiego i oczywiście Muzeum Medycyny, po którym oprowadzał wiceprzewodniczący izbowej Sekcji Historycznej Krzysztof Królikowski. Nie muszę przekonywać o wrażeniu, jakie wywarł na naszych gościach koncert zespołu Mazowsze.

Gruzińscy koledzy, którzy po raz pierwszy (prócz T. Kurczewskiej) znaleźli się w naszym kraju, wynieśli nie tylko wiedzę o izbach i polskiej służbie zdrowia, ale także (piszę to bez wahania) przekonanie, że polska gościnność nie jest gorsza od gruzińskiej. ■

Krzysztof Schreyer

**20 maja 2016 r., w piątek, o godz. 11.30**

zapraszamy na posiedzenie Sekcji Historycznej w Klubie Lekarza TLW, w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54.  
„150 lat badań naukowych nad nowotworami” – prof. dr hab. n. med. Andrzej Kułakowski.

**Sprzedam** wyposażenie gabinetu stomatologicznego. Tel.: 663-47-54-09.



# Działamy wspólnie dla Profesjonalistów

RECEPTA NA

DODATKOWY  
**ZASTRZYK**  
GOTÓWKI

ATRAKCYJNE  
KREDYTY



kontakt@bsotrowmaz.pl  
801 000 823  
[www.bsotrowmaz.pl](http://www.bsotrowmaz.pl)

RECEPTA NA

**DAWKĘ**  
LEPSZEJ  
PRZYSZŁOŚCI

FUNDUSZE  
INWESTYCYJNE



biuro@bpstfi.pl  
22 588 18 92  
[www.bpstfi.pl](http://www.bpstfi.pl)

RECEPTA NA

**TERAPIĘ**  
NOWOCZESNOŚCIĄ

TERMINALE  
PŁATNICZE



pos@planetpay.pl  
801 50 80 50  
[www.planetpay.pl](http://www.planetpay.pl)





Fot. archiwum

# Pomniki pamięci

Paweł Kowal

Historia nas krępuje i zawstydza. Ci, którzy żyli dawno przed nami, w powszechnym odczuciu są jak święci, pamiętamy o nich tylko to, co było dobre, trudno nam przyznać, że mogli się mylić. Jeszcze bardziej jesteśmy skrępowani, kiedy historia tragicznie przyspiesza i na naszych oczach odchodzą ludzie, co do których mamy pewność, jeśli taką pewność mieć można, że wejdą do historii. Wtedy ci, cośmy z nimi wczoraj dyskutowali, jedli obiad, czasem się spierali, są wnoszeni na naszych oczach na cokół, ich imiona dają nazwy ulicom i placom. Jeśli byli politykami, spory towarzyszące polityce wygasają wokół nich powoli, jak letnie ogniska. Jedni już mają zmarłych bohaterów za postaci spiżowe, już uważają ich za część narodowego dziedzictwa, inni jeszcze toczą starą polemikę. W takim momencie jesteśmy wobec tych, którzy zginęli w katastrofie smoleńskiej. Na pokładzie było tyle osób szczególnych, o wielkim osobistym dorobku, że nie ma wątpliwości, iż w najbliższych latach przybywać będzie pomników, tablic pamiątkowych i nazwanych ich imionami ulic. Największy problem będzie pewnie z pomnikami i tablicami. Doświadczenie z upamiętnieniem Jana Pawła II

w Polsce pokazuje, że często szybkie decyzje w tym zakresie nie idą w parze z artystyczną wymową rzeźb, płaskorzeźb i obrazów.

Gdy w 2005 r. zmarł papież, Lech Kaczyński poprosił współpracowników, by wspólnie pomyśleć, jak zachować w stolicy pamięć o Janie Pawle II. Prezydent chciał prostego znaku, jakim okazał się krzyż na pl. Piłsudskiego. Krzyż, który miał przypominać nie tyle nawet o samym zmarłym, co przede wszystkim o jego wielkim wkładzie w zmiany, jakie zaszły w Polsce. Kaczyński chciał też zbudować żywy program pamięci o papieżu. Tak powstał pomysł na powołanie Centrum Myśli Jana Pawła II, które do dzisiaj w Warszawie przyznaje liczne stypendia. Profesorski instynkt podpowiadał Lechowi Kaczyńskiemu, że stypendiów nigdy za dużo. Jego samego upamiętniły przed Warszawą Tbilisi, Odessa, Kiszyniów i inne miasta. Stanie pewnie pomnik i w Warszawie. Jeśli stanie się to szybko, zapewne będzie on przedmiotem wielu dyskusji. Trzeba by jednak zwióznać z prezydentostwem Kaczyńskimi także jakąś społeczną akcją o środkowoeuropejskiej skali: przyznawać stypendia, leczyć chorych na raka czy podjąć inne szczytne działania, które w naszym odczuciu zmarli by podjęli, gdyby żyli. Brakuje pomysłu na tyle dalekiego od polityki i partyjnych kolorów, by mógł go poprzeć zarówno wyborca PiS, jak i PO czy Nowoczesnej, by był bliski Polakowi, Ukraińcowi, Gruzinowi, Litwinowi. Przetrwaj indywidualna pamięć o ofiarach katastrofy, zostanie pamięć środowisk politycznych, stowarzyszeń, które są dumne ze swych bliskich, którzy zginęli na służbie – to naturalne. Ale potrzeba też, szczególnie dzisiaj, wspólnej państwowej pamięci o parze prezydenckiej. Takiej czystej pamięci, bez krzty polityki. ■

## PROPOZYCJE KULTURALNE



### Nocne zwiedzanie

W Noc Muzeów ponad 250 placówek w Warszawie będzie dostępnych dla zwiedzających. Muzea, galerie, teatry, pracownie artystów, instytucje edukacyjne i państwowe na ten szczególny wieczór przygotowują liczne atrakcje. Sobota, 14 maja.

[www.um.warszawa.pl/nocmuzeow/](http://www.um.warszawa.pl/nocmuzeow/)

### Sinfonia Varsovia swojemu miastu

Festiwal im. Franciszka Wybrańczyka to otwarta dla szerokiej publiczności, cykliczna impreza, której ideą jest prezentacja wielkich dzieł muzycznych w wykonaniu artystów Sinfonii Varsovii. Tegoroczny XVI Festiwal potrwa od 12 do 19 czerwca. A już od 7 maja orkiestra zaprasza do swojej siedziby w Warszawie na szóstą edycję Letnich Koncertów na Grochowskiej.

[www.sinfoniavarsovia.org/pl/](http://www.sinfoniavarsovia.org/pl/)

### Prehistoryczna Macedonia

Wyjątkowe i cenne zabytki z terenów historycznej Macedonii po raz pierwszy prezentowane poza granicami Grecji. Na wystawie zgromadzono ponad 250 eksponatów, przedmiotów codziennego użytku, datowanych od epoki kamienia (około 200 tys. lat temu) aż po schyłek I wieku p.n.e. Ekspozycja w Państwowym Muzeum Archeologicznym w Warszawie do 4 października.

[www.pma.pl](http://www.pma.pl)

### Spotkania z książkami

Warszawskie Targi Książki to okazja do prezentacji kultury i tradycji literackiej różnych narodów, do poznania oferty wydawniczej, spotkań z autorami i wydawcami. W tym roku gościem honorowym targów będą Węgry, a gościem specjalnym – Barcelona i literatura katalońska. 19–22 maja.

[www.targi-ksiazki.waw.pl](http://www.targi-ksiazki.waw.pl)

### W krainie zabawek

Zabawki od początku XX w. do czasów współczesnych, pochodzące z różnych kręgów kulturowych, można oglądać na wystawie „Z historii zabawek. Wspomnienia z dzieciństwa” w Muzeum im. Jacka Malczewskiego w Radomiu. Ekspozycja czynna do 18 września.

[www.muzeum.edu.pl](http://www.muzeum.edu.pl)

ach



Fot. archiwum

# Martwię się o Polskę

Janina Jankowska

*T*akie ciężkie czasy idą, martwię się o Polskę – powie-  
działa mi mieszkanka okolic Myszyńca, właścicielka  
niewielkiego kiosku z piwem, miejsca towarzyskich spo-  
tkań okolicznych rolników. Nie ukrywam, że ta refleksja  
mnie nieco zaskoczyła. Pytam, co tak konkretnie niepokoi?  
– *Niezgoda w narodzie, ludzie na ulice wychodzą, prote-  
sty, marsze... – Chyba nie w Myszyńcu? – Tu nie, ale wy-  
starczy otworzyć telewizor, tam bez przerwy jedni na dru-  
gich naskakują, oskarżają się wzajemnie. Kłóć się o ten  
trybunał, że trudno z tego coś zrozumieć. Teraz więcej  
naskakują na rząd. Jednemu wyciągnęli, że jego ojciec czy  
dziadek w ruskim wojsku był czy w bezpieczeństwie i przez to  
nasz prezydent może nie spotka się w Ameryce z Obamą.  
A ten, to chyba ambasador, z tego powodu na Internecie  
ogłosił, że w Polsce panuje antysemityzm. Córka czytała.  
A ile tam było pod spodem wyzwisk i oskarżeń! Dzienni-  
karze, politycy, zwykli ludzie, wszyscy się kłóć. Takiej nie-  
zgody nie pamiętam, martwię się o Polskę.*

Z tej swoistej recenzji naszych czasów wyciągnęłam jeden  
wniosek. Politycy politykami, ale my, dziennikarze, też nie  
jesteśmy bez winy. Gonimy za skandalami, prowokujemy  
polityków do agresywnych albo niezręcznych wypowiedzi,  
na ważne, lecz częściej nadmuchane, tematy. Nie objaśniamy  
świata, nie pokazujemy mechanizmów, gramy emocjami.

Spór jest naturalnym atrybutem demokracji. Wymaga jed-  
nak elementarnej kultury, nie mówiąc o kulturze politycz-  
nej. Tej nie uczą przyszłych polityków, a dobre wychowa-  
nie, tzw. kindersztuba, już dawno odeszło do lamusa.  
Efekt? Stajemy się wobec siebie coraz bardziej brutalni.  
Konflikty polityczne przenoszą się w dół, na całe podzielo-  
ne już społeczeństwo.

Z pewnością jestem dziennikarką starej daty, a może szcze-  
gólnej formacji. A to znaczy, że od uprawiających ten zawód  
oczekuję dystansu do wydarzeń oraz odpowiedzialności.  
My nie tylko informujemy, ale naszym stosunkiem do aktual-  
nych spraw budujemy określoną atmosferę. Razi mnie na-  
zbyt silne związanie niektórych dziennikarzy i tytułów praso-  
wych ze środowiskami politycznymi. W praktyce znaczy to  
przeniesienie walki partyjnej na teren dziennikarstwa.

Razi mnie, gdy na antyrządowych wiecach KOD obok  
szefów partyjnych przemawiają dziennikarze: naczelny  
największej gazety w Polsce i gwiazda telewizyjnej  
publicystyki politycznej. Z drugiej strony trudno uznawać  
za bezstronną tzw. prasę pravicową, bezkrytycznie pa-  
trzącą na poczynania rządzącej partii, skupioną na tropie-  
niu i dezawuowaniu opozycji.

Jedną z technik dziennikarskiego ataku na politycznego prze-  
ciwnika jest zanurzanie się w życiorysach jego przodków. Nie  
ocena pracy danej osoby, ale sympatie i zaangażowanie poli-  
tyczne ojców i dziadków staje się podstawą jego dyskwalifi-  
kacji. Krytycznie oceniałam publicystyczne książki typu  
„Resortowe dzieci”. Nie dlatego, że podejmowały temat  
komunistycznej przeszłości, bo to jest konieczne, lecz dlate-  
go, że robiły to ze złą intencją, z góry założoną tezą. Chodzi  
o rzucenie cienia na współczesnych, aktywnych w życiu pu-  
blicznym. Podobnie ma się sprawa ambasadora Polski w USA  
Ryszarda Schnepfa. Jest piętnowany, bo jego ojciec stanął po  
złej stronie. Polskie życiorysy od dwóch wieków są szczegó-  
lnie powikłane. Polscy patrioci służyli w carskiej armii (Romu-  
ald Traugott), a w czasie I wojny światowej polscy żołnierze  
leżeli w okopach po dwóch stronach frontu. Czy ich wnukowie  
i prawnukowie mają dziś do siebie strzelać?

Z pewnym zażenowaniem czytałam w „Gazecie Polskiej”  
artykuł Doroty Kani o rodzinie ambasadora Ryszarda  
Schnepfa („Resortowy ambasador w Waszyngtonie”).  
Obciążanie ambasadora komunistyczną przeszłością jego  
ojca moim zdaniem jest niegodne, by nie powiedzieć  
– nieetyczne. Nikt z nas nie wybiera sobie rodziców i nie  
może być za ich czyny odpowiedzialny. Sami dokonujemy  
wyboru, za który możemy być rozliczani. Tylko za siebie.

Jednocześnie w całym artykule Doroty Kani nie znalazłam  
akcentów antysemickich, nawiązujących do atmosfery  
1968 r., a to właśnie publicznie zarzucał autorce „Gazety  
Polskiej” ambasador Schnepf. Akcja wywołuje reakcję.  
A ta nie służy wizerunkowi Polski w świecie. Co ważniej-  
sze, nie służy nam, żyjącym w kraju o coraz bardziej skon-  
fliktowanym społeczeństwie. Po co nakręcać spiralę niena-  
wistości? Jak pani z Myszyńca, też martwię się o Polskę. ■

## Poszukiwani lekarze sądowi

**Sąd Okręgowy w Siedlcach, Sąd Okręgowy w Radomiu oraz Sąd Okręgowy w Warszawie**  
poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego.

Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego  
proszeni są o nadsyłanie swoich zgłoszeń listownie

do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

## Poszukiwani biegli sądowi

**Sąd Okręgowy w Warszawie oraz Sąd Okręgowy Warszawa-Praga** zwracają się do lekarzy specjalistów  
(wszystkich specjalności), zainteresowanych pełnieniem funkcji biegłego sądowego, o nadsyłanie swoich zgłoszeń listownie  
do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

# UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!

Opłacanie 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.

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 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**



## 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.

## 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 skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki (osiągnięcia przychodu).

## NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

**UWAGA!!!**

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.**

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).



**Roman Olszewski**  
skarbnik ORL w Warszawie



**Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy**  
**Bohdan Woronowicz**  
środy – 11.00–14.00  
tel.: 602-670-722,  
22-542-83-08  
[b.woronowicz@oilwaw.org.pl](mailto:b.woronowicz@oilwaw.org.pl)



**Rzecznik Praw Lekarza**  
**Andrzej Kuźawczyk**  
wtorki – 10.00–12.00  
tel.: 784-98-65-57.



**Mediator**  
**Krzysztof Bielecki**  
czwartki – 13.00–15.00  
(po umówieniu)  
[prof.bielecki@gmail.com](mailto:prof.bielecki@gmail.com)

DYŻURY

Sekretariat, pracownik biura Małgorzata Rajca, tel.: 22-542-83-08, [m.rajca@oilwaw.org.pl](mailto:m.rajca@oilwaw.org.pl)

## OC W SKŁADCE NA SAMORZĄD LEKARSKI TO DOBRA, SPRAWDZONA OFERTA

### Program grupowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyków, członków OIL w Warszawie

- Ubezpieczenie jest zawarte w opłaconej składce na samorząd lekarski, przystąpienie do programu nie wiąże się z dodatkowymi kosztami.
- Organizatorem programu, ubezpieczającym i płatnikiem składek ubezpieczeniowych jest OIL w Warszawie.
- Warunki programu są zgodne z rozporządzeniem ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie **obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU nr 293, poz. 1729). Do zawarcia takiego ubezpieczenia zobowiązani są lekarze i lekarze dentyści, prowadzący praktykę zawodową (tj. mający zarejestrowaną działalność gospodarczą).
- Do programu mogą przystąpić również – **na zasadach ubezpieczenia dobrowolnego** – lekarze i lekarze dentyści, którzy nie mają zarejestrowanej działalności gospodarczej, pracujący jako wolontariusze, zatrudnieni na umowie o pracę lub umowie-zleceniu.
- Sumy gwarancyjne w obu powyższych wariantach są takie same:  
75 tys. euro – jedno zdarzenie,  
350 tys. euro – wszystkie zdarzenia.
- Miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentykę jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Udział w programie nie wyklucza zawarcia przez ubezpieczonego, we własnym zakresie, dodatkowego ubezpieczenia OC (tzw. **ubezpieczenia nadwyżkowego**). Otrzymuje on **25-proc.** zniżkę na to ubezpieczenie (w ramach programu PZU zorganizowanego przez APRIL Polska Medbroker).
- Lekarze i lekarze dentyści uczestniczący w programie otrzymują także dodatkowo, na podstawie wydanej karty klienta PZU, **20-proc.** zniżkę na ubezpieczenia komunikacyjne, majątkowe, turystyczne.

**DO PROGRAMU PRZYSTĄPIŁO  
JUŻ PONAD 10 TYS. NASZYCH KOLEŻANEK I KOLEGÓW.**

Szczegółowe informacje i formularz na stronie:

**[www.oilwaw.org.pl](http://www.oilwaw.org.pl),**

a także u operatora programu  
w siedzibie OIL w Warszawie,  
przy ul. Puławskiej 18;

Punkt Obsługi Lekarza April Polska Medbroker,  
tel. (+48) 508-504-318, 508-504-332,  
e-mail: [lekarz.medbroker@pl.april.com](mailto:lekarz.medbroker@pl.april.com)



## SZKOLENIA

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów  
OIL w Warszawie, ul. Puławska 18, zaprasza na szkolenia:

## „Prawo medyczne w praktyce lekarza”

17 maja, wtorek, godz. 16.30–19.30 (OIL Warszawa)

## „Jak komunikować się z pacjentem

– trening skutecznego porozumiewania się”

10 maja, wtorek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

## „Asertywność w zawodzie lekarza”

4 czerwca, sobota, godz. 9.00–15.45

(Delegatura Radomska, Radom, ul. Rwańska 16)

## „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu w zawodzie lekarza”

13 czerwca, poniedziałek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

Udział jest bezpłatny, liczba miejsc ograniczona.

O wzięciu udziału w kursie decyduje kolejność zgłoszeń.

Uczestnicy uzyskają 3 punkty edukacyjne.

Zapisać się można wyłącznie przez wypełnienie formularza elektronicznego znajdującego się na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ([www.oilwaw.org.pl](http://www.oilwaw.org.pl)), w zakładce szkolenia i konferencje.  
Informacje: tel. 22-54-28-376 w godzinach pracy biura ODZLiLD: 8.00–16.00.

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 przesyłać do nas e-mailem pod adresem: [opinia@oilwaw.org.pl](mailto: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

## Komisja ds. Emerytów i Rencistów

spotyka się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca, o godz. 14.00, w Klubie Lekarza TLW przy ul. Raszyńskiej 54.

## Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików.

KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać.

W organizowanych przez nie imprezach mogą brać udział lekarze członkowie OIL.

Kontakt: R. Sobolewska, tel. 22-542-83-30.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie  
[www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/](http://www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/)

Krajowe oferty pracy na 5.04.2016 r.  
dotyczące następujących specjalności lekarskich:

lekarze różnych spec. 18	dermatologia 5	medycyna pracy 4	psychiatria dziecięca 3	stomatologia endod. 1
alergologia 5	diabetologia 1	medycyna ratunkowa 3	radiologia 3	stomatologia implan. 1
alergologia dziecięca 2	endokrynologia 10	medycyna rodzinna 21	rehabilitacja med. 3	stomatologia ortodon. 2
andrologia 1	endokrynologia dziec. 2	nefrologia 2	rehab. med. dzieci 1	stomatologia protet. 1
anestezjologia 2	epidemiologia 1	neonatologia 2	reumatologia 2	urologia 2
audiologia 1	gastroenterologia 4	neurochirurgia 2	seksuologia 1	USG 8
balneologia i med. fiz. 1	geriatria 4	neurologia 9	stomatologia 12	USG ginekologiczne 1
chirurgia dziecięca 3	ginekologia i położn. 9	neurologia dziecięca 5	stomatologia chirurg. 1	USG pediatryczne 1
chirurgia klatki piers. 1	hematologia 1	okulistyka 2	stomatologia dziec. 2	
chirurgia naczyniowa 3	kardiologia 7	okulistyka dziecięca 2		
chirurgia ogólna 8	kardiologia/hipertens. 1	ortopedia 3		
chirurgia plastyczna 1	kardiologia dziecięca 3	okulistyka 6		
choroby płuc 5	laryngologia 8	pediatria 21		
choroby wewn. 34	laryngologia dziecięca 1	psychiatria 6		
choroby zakaźne 1	medycyna paliatywna 2	psychiatria (biegły sąd.) 1		

Kontakt: tel. 22-542-83-30  
[praca@oilwaw.org.pl](mailto:praca@oilwaw.org.pl)

Andrzej Morliński  
przewodniczący  
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



**11 czerwca 2016 roku**  
w Starej Miłosnej, w miejscu stacjonowania  
Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej  
Wojska Polskiego, odbędzie się w godz.: 10.00 – 21.00

# VII RODZINNY PIKNIK integracyjny samorządów zawodów zaufania publicznego

WIĘCEJ INFORMACJI NA:  
[www.proseniore.pl](http://www.proseniore.pl)

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

## ATRAKCJE:

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



**WSTĘP TYLKO Z ZAPROSZENIEM**  
ODBIÓR DARMOWYCH ZAPROSZEŃ  
U ORGANIZATORÓW

## ORGANIZATORZY:

PRO SENIORE

OKRĘGOWA IZBA  
APTEKARSKA  
W WARSZAWIE

OKRĘGOWA IZBA PIELEGNIAKÓW I POŁOŻNICZYCH  
REGIONU PŁOCKIEGO  
09-402 Płock, pl. Dąbrowskiego 1

OKRĘGOWA IZBA  
KOLEJNICZAN I POŁOŻNICZYCH  
W RAKOWIE

OKRĘGOWA IZBA  
KOLEJNICZAN I POŁOŻNICZYCH  
W RAKOWIE

OKRĘGOWA IZBA  
KOLEJNICZAN I POŁOŻNICZYCH  
W RAKOWIE

OKRĘGOWA IZBA  
KOLEJNICZAN I POŁOŻNICZYCH  
W RAKOWIE

IZBA ADWOKACKA  
W WARSZAWIE

IZBA ADWOKACKA  
W WARSZAWIE

IZBA ADWOKACKA  
W WARSZAWIE

OKRĘGOWA IZBA PIELEGNIAKÓW  
I POŁOŻNICZYCH W CIECHANOWIE

MAZOWIECKA  
OKRĘGOWA  
IZBA  
INŻYNIERÓW  
BUDOWNICTWA

IZBA ARCHITEKTÓW  
MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW  
KRAJOWA IZBA ARCHITEKTÓW  
ODDZIAŁ MAZOWIECKI

KRAJOWA IZBA  
DOKTORÓW  
PODZIAŁ MAZOWIECKI

IZBA KOMORNICZA  
W WARSZAWIE

Okręgowa  
Izba  
Radców  
Prawnych  
w Warszawie

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKO-WETERNARYNARNA  
W WARSZAWIE

IZBA NOTARIALNA  
W WARSZAWIE

IZBA DIAGNOSTÓW  
LABORATORYJNYCH  
W WARSZAWIE

OKRĘGOWA IZBA PIELEGNIAKÓW  
I POŁOŻNICZYCH W OKRĘGIE  
WARSZAWY

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKO-WETERNARYNARNA  
W WARSZAWIE

Okręgowa Izba Urzędników  
z siedzibą w Warszawie



Fot. W. Cerański

## Pracownia malarska

Kiedy przeniesiono siedzibę Izby z ul. Grójeckiej na Puławską 18, na poddaszu uruchomiono Klub Lekarski. W klubie zaczęła działać pracownia malarska jako sekcja Komisji Kultury, Sportu i Turystyki ORL. Poza zwykłymi zajęciami organizowano (dwa razy w tygodniu) wystawy, prelekcje, na zakupionym pianinie grali koledzy, później z jego akompaniamentem ćwiczył chór.

Odnosiliśmy sukcesy na wystawach krajowych. Koleżanki i koledzy otrzymali nagrody w postaci Srebrnych i Brązowych Palet oraz liczne wyróżnienia.

W 2015 r. klub został przeniesiony do siedziby przy ul. Koziej, gdzie wcześniej mieściła się redakcja „Pulsu”. Warunki do pracy są zbliżone do tych, jakie mieliśmy poprzednio, a nawet nieco lepsze. W pracowni działa twórczo 11 osób, ale przewinęło się przez nią znacznie więcej.

Jesteśmy grupą zwartą, ale otwartą. Uczestniczymy w rocznych ogólnopolskich plenerach, Ogólnopolskiej Wy-

stawie Malarstwa Lekarzy w Łodzi oraz mniejszych imprezach artystycznych związanych z różnymi uroczystościami. Współpracujemy również z sekcją literacko-poetycką. Koleżanki i koledzy wystawiają prace na wystawach indywidualnych lub związkowych (kilkoro należy do Związku Polskich Artystów Malarzy i Grafików oraz Stowarzyszenia Marynistów Polskich).

Tworzymy prace od realizmu prawie fotograficznego przez pejzaż, martwą naturę do abstrakcji. Przeważa jednak malarstwo o charakterze przetworzonego realizmu, w technice olejnej, akrylowej i pastelowej. ■

Włodzimierz Cerański



Doktorowi nauk medycznych  
Robertowi Michałowi Proczce  
wyrazy współczucia z powodu śmierci

**Ojca**

składają

koleżanki i koledzy  
z Oddziału Chirurgii Naczyniowej  
Centrum Kardiologii w Józefowie



Pani Bogusi Różyckiej  
wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**Męża**

składają

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





# Aktywność i integracja

Z Adamem Górskim, przewodniczącym Komisji ds. Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

**Lekarze są zapracowani, ale znajdują czas na aktywność sportową, kulturalną. Czego oczekują od komisji? Pomocy organizacyjnej, inspiracji do działania?**

Przede wszystkim lepszego dostosowania oferty do ich potrzeb, a także integracji środowiska. Udział w zajęciach sportowych jest nie tylko okazją do rozegrania meczu czy do ćwiczeń. Wspólne śpiewanie, wyjazd to nie tylko realizacja pasji. Działając w zespole, możemy się poznać, porozmawiać, wymienić doświadczenia i opinie, poruszyć także tematy lekarskie. Działania komisji powinny służyć spełnieniu potrzeb członków Izby i takie cele sobie stawiamy. Jestem otwarty na nowe propozycje środowiska lekarzy i lekarzy dentyków.

**Jakie są plany i co udało się zrealizować?**

Przewodniczę komisji dopiero od czerwca 2015 r. Zgodnie z oczekiwaniami koleżanek i kolegów chcemy ułatwić dostęp do rekreacji i rozszerzyć zakres oferty sportowo-turystycznej, gdyż w tym zakresie dostrzegliśmy najwięcej potrzeb. Negocjuję zakup kart sportowych dla członków naszej Izby, które umożliwiają udział w treningach i zajęciach rekreacyjnych w wybranych placówkach sportowych. Zainteresowanie programem jest bardzo duże. Chciałbym, aby karty były dostępne jeszcze przed wakacjami, o terminie poinformujemy. Ponadto wspólnie z Okręgową Izbą Aptekarską w Warszawie zorganizowaliśmy pierwszy integracyjny wyjazd narciarski i planujemy następny, na inaugurację sezonu zimowego 2016/2017, również z Okręgową Radą Adwokacką w Warszawie, a wcześniej – regaty żeglarskie. Tym samym działamy na rzecz integracji społeczności lekarskiej ze środowiskami innych zawodów zaufania publicznego. Spotkania sportowe mogą mieć również wymiar międzynarodowy. Z okazji IX Kongresu Polonii Medycznej odbędzie się turniej tenisa ziemnego. Są już zgłoszenia z zagranicy, ale też wolne miejsca, zachęcam do udziału. Zawodom patronują Naczelna Izba Lekarska i OIL w Warszawie.

**W jakich dyscyplinach sportu lekarze są aktywni?**

Mamy w Izbie siatkarzy, koszykarzy, piłkarzy nożnych, którzy biorą udział w mistrzostwach i w rozgrywkach okręgowych, zdobywają puchary i medale. Obecnie sekcja piłki nożnej potrzebuje zawodników. Apeluje do chętnych, szcze-

gólnie młodych lekarzy i lekarzy dentyków, aby zaangażowali się w działalność wszystkich sekcji. Oczywiście w naszym gronie są reprezentanci innych dyscyplin, m.in. biegający, jeżdżący na rowerach, narciarze i osoby grające w brydża sportowego, członkowie Klubu Turystyki Pieszej „Pro-Mile”. Wspierając organizacyjnie aktywność fizyczną, promujemy zdrowy styl życia.

**Zadaniem komisji jest również wspieranie inicjatyw w dziedzinie kultury.**

W tym zakresie aktywność koleżanek i kolegów jest szeroko zakrojona. Mamy Sekcję Malarską, organizującą wernisaże prac i malarskie plenery, a także Sekcję Historyczną, dokumentującą losy lekarzy. Działa Sekcja Literacka i chór „Medicantus”, który nie tylko uświetnia ważne wydarzenia izbowe, ale też występuje na koncertach i festiwalach w Polsce. Propozycji jest dużo i każdy znajdzie coś dla siebie. Czekamy na pomysły i na chętnych do uczestniczenia we wspólnych przedsięwzięciach. Zapraszam do współpracy członków Izby. Nasze pasje sportowe i artystyczne, potrzeba szeroko rozumianej rekreacji są znakomitą spoiwem środowiska. Chcemy, aby nasza Izba była chlubą lekarzy i lekarzy dentyków, łączyła nas w działaniu i w pracy zawodowej, i w czasie wolnym. ■





## Wszystkie oczy na...

Coraz bliżej do ostatniego tygodnia lipca, czyli Świątowych Dni Młodzieży. Media nie szczędzą nam z tej okazji wzniosłych ogólników, natomiast krakowianom włos się jeży na głowie. I nie chodzi tu o zakwaterowanie 2–3 mln pielgrzymów (300 tys. mają gościć u siebie w domach mieszkańcy Krakowa) ani o zapewnienie im opieki medycznej, choć może być z tym problem. Chodzi przede wszystkim o własne, „egoistyczne” perspektywy przetrwania tygodnia kompletnego paraliżu komunikacyjnego, nie mówiąc o innych dolegliwościach. Gość jest zacy, młodzież świata to skarb – nie ma wątpliwości, ale improwizacja nie zawsze przynosi oczekiwane rezultaty. Pomysłów nowego krakowskiego wojewody, dotyczących zamknięcia lotniska w Balicach, by umożliwić spotkania pielgrzymów, nie komentuję. Natomiast, biorąc pod uwagę rozmaite napięcia w skali europejskiej, powiem, że lęk wyzwała ostrożność, i to jest wbrew pozorom zjawisko pożądane.

Wydarzeniem zupełnie innej natury są trwające właśnie w Krakowie wybory władz Collegium Medicum oraz Uniwersytetu Jagiellońskiego. Te pierwsze już się częściowo odbyły, aktualny prorektor UJ ds. CM prof. Piotr Laidler odpadł w tzw. przedbiegach. Realne szanse na tę funkcję ma prof. Tomasz Grodzicki. Kto zacz? M.in. dziekan Wydziału Lekarskiego CM UJ, humanista, geriatra (do niedawna konsultant krajowy, współautor głośnego raportu „PolSenior”). Jak piszą media, krytyczny wobec niektórych zamysłów inwestycyjnych związanych z rozpoczętą już budową nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego.

Faktycznie, wzniesienie, przekształcenie, połączenie bądź rozdzielenie dwóch kompleksów architektonicznych (starego, a zarazem największego w Polsce szpitala uniwersyteckiego przy ul. Kopernika, i nowego, budowanego w odległym od centrum miasta Prokocimiu) – to niezmiernie trudne przedsięwzięcie, przed którym stanie nowy prorektor, acz wszystkich i tak nie zadowolą.

Natomiast wybory rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego wyjątkowo interesują środowisko medyczne, z racji kandydowania w nich (na drugą kadencję rektorską) prof. Wojciecha Nowaka, pierwszego po wojnie lekarza w tej roli. Oczywiście nasze sympatie mu towarzyszą, choć konkurent, specjalista nauk ścisłych budzi respekt. Ale ja nie wątpię w zwycięstwo Jego Magnificencji z medycznym rodowodem. I nawet już spieszę z gratulacjami.

Na koniec parę zdań o krakowskiej Izbie, która w końcu marca, pod batutą prof. Andrzeja Matyi, odbyła swój XXXV Okręgowy Zjazd. Frekwencja zadowolająca (61 proc.), temperatura obrad umiarkowana, a najważniejszym ich tematem było przyjęcie założeń architektonicznych i finansowych remontu siedziby głównej. Jeszcze w tym roku kalendarzowym na Krupniczą wkroczą prawdopodobnie budowlani. Ile nas to będzie kosztować, nikt nie wie, bo w kosztorysy inwestorskie nie wierzą nawet kosztorysanci. ■

Stefan Cieplý



## Kilka uwag o pieczętce

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Z pieczętkami lekarskimi ciągle jest problem, ponieważ niektórzy niesłusznie nadal uważają je za ważniejsze od podpisów. W PRL-u wykonanie pieczętki było rejestrowane i cenzurowane, należało też okazać dyplom. Obecnie można ją zrobić w domu lub zamówić przez Internet, bo jest to jedynie przenośna mikrodrukarka do ręcznego odbijania czytelnych danych lekarza. Na receptach odcisk taki można zastąpić nadrukiem maszynowym lub niemożliwą do oderwania naklejką (DzU z 9.03.2013 r., poz. 260, §3, p. 1, 7).

Nie chodzi więc o znak osobisty lekarza. Znakiem takim jest tylko podpis. Nie może to być jednak faksymile, czyli reprodukcja podpisu, ani łatwa do podrobienia parafa, niedająca się zidentyfikować jako wykonana przez konkretną osobę. Sądy kwestionują zygzaki jako podpisy, a rok temu na kanale BBC „Da Vinci” pokazano, że parafy mogą być stawiane przez zwierzęta, np. małpy i ptaki (wrony, sic!).

Pieczętka nie może zawierać treści dowolnych, wszak ma informować o tym, kto jest twórcą recepty, zaświadczenia, zwolnienia z pracy, wpisu do historii choroby itd. Nieprawidłowa jej treść bywa przyczyną poważnych kłopotów prawnych, skarbowych, farmaceutycznych.

Zgodnie z uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej (nr 110/05/IV z 15.09.2005 r.) obowiązkowymi elementami pieczętki lekarskiej są: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu (PWZ) oraz posiadane specjalizacje (jeśli są).

Adres, telefony, numer umowy z NFZ, REGON, umiejętności z zakresu podspecjalności medycyny (np. *lekarz chorób oczu versus lekarz okulista*), o których mowa w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU z 5.12.1996 r., z późn. zm.) i w rozporządzeniu o specjalnościach lekarskich (DzU z 8.01.2013 r., poz. 26), lub określonych świadczeń zdrowotnych nie są w pieczętce konieczne, choć wymaga się ich podawania w różnych dokumentach (obok pieczętki, w nagłówku itp.). Jeśli lekarz ma stopień naukowy, np. doktora nauk medycznych, można umieścić to w treści pieczętki w całości lub w skrócie, zastępując tytuł zawodowy lekarza, np. *Dr n. med. Jan Kowalski specjalista chorób wewnętrznych 3456789*. Pamiętajmy, że istnieją doktorzy nauk medycznych, którzy nie są lekarzami, ale że wszyscy internści lekarzami muszą być. Jeśli nazwy specjalności da się skrócić, to można je podać w uproszczeniu, niech jednak informują jednoznacznie, np. *specjalista chirurg = chirurg*.

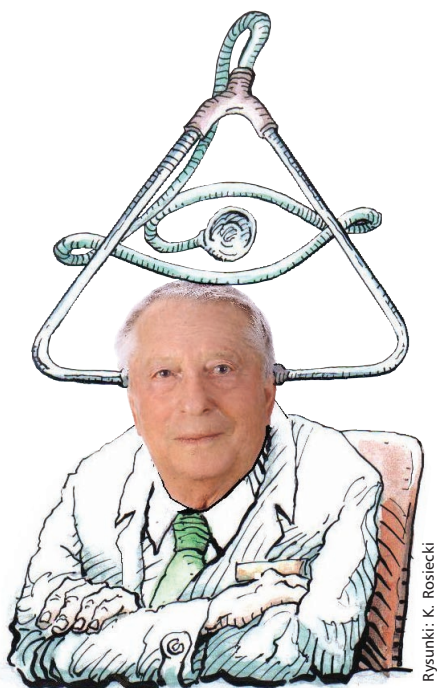
Oto inne przykłady: *lek. Anna Kowalska choroby zakaźne 4567890; Tadeusz Nowak specjalista chirurg PWZ 5678000; Jerzy Makowski lekarz 6789012; lek. Jan Bury 9012345; Ewa Stec lekarz dentysta 5678910*.

Przypominam, że nie istnieje tytuł zawodowy „lekarz medycyny” ani jego skrót „lek. med.”. Jeśli ktoś tak w pieczętce ma, to warto, żeby zmienił na *lekarz* lub *lek.* i nie narażał się na niemiłe komentarze („nie wie, co ma w dyplomie”). Dodajmy, że obecnie oprócz tytułu zawodowego *lekarz* występują także *lekarz dentysta* i *lekarz weterynarii* (*lek. dent.*, *lek. wet.*). ■

# Garnitur z Chicago

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

Artur Dziak



Rysunki: K. Rostiecki

Do Wietnamu trafiłem dzięki protekcji mego kolegi Macieja, słynnego polarnika z Polskiej Akademii Nauk. Potrzebny był pilnie lekarz do pracy w szpitalu ufundowanym przez polski rząd w miejscowości Sa-Pa. Były to lata 60.

Kiedy wyjeżdżaliśmy z Polski, zostaliśmy wyekwipowani, obkupieni i całkowicie ubrani, tak że nie potrzebowaliśmy zabierać niczego z domu. Choć kupione nam ubrania, buty, koszule, krawaty itp. były nowe, jednak wszystko to było „socjalistyczne dziadostwo”, jak powiedziała moja matka. Doradziła mi więc, bym w swą dziewiczą podróż zabrał przepiękny, jasny, więc w sam raz do tropiku, amerykański garnitur. – *W nim od razu poczujesz się lepszy, czy to w operze, czy na raucie w ambasadzie, czy na jakimś tańczącym wieczorku* – powiedziała. Byłem bardzo uradowany, że matka tak dobrze mi doradziła, więc garnitur, parę amerykańskich koszul i kolorowych krawatów zapakowałem do przepastnych metalowych waliz. Wszystko byłoby dobrze, gdyż garnitur wielokrotnie mi się przydał (byłem w nim na audiencji u samego prezydenta Ho Chi Minha w pałacu gubernatora), gdyby nie jeden, zupełnie maleńki szczegół. Garnitur miał przepiękną,

jedwabną metkę, na której wymieniona była słynna firma krawiecka z Chicago. Ktoś, kto nie zna atmosfery niesłychanej podejrzliwości i fobii szpiegostwa, która panowała przez cały czas zimnej wojny, ten nie wie, że taka niewinna metka mogła właściciela zaprowadzić nawet na szafot. Metkę musiała wykryć Mańka, młoda Wietnamka sprzątająca pokoje, ścieląca łóżka i wykonująca wszystkie czynności pokojowej, lub ktoś inny z obsługi hotelowej.

Pewnego razu, gdy zjechaliśmy do Hanoi na kilka dni odpoczynku, przysłano po mnie samochód z ambasady i zabrano do wietnamskiego MZS. Zostałem poddany wyczerpującemu przesłuchaniu „na okoliczność amerykańskiego garnituru”! Aby docenić umiejętności śledcze ludzi Wschodu, trzeba samemu z tym się spotkać. Przesłuchanie trwało kilka godzin, i to tak, że momentami zapomniałem własnej daty i miejsca urodzenia oraz imion rodziców i myliłem się w chronologii wydarzeń mego stosunkowo krótkiego jeszcze życia. Chodziło o odpowiedź, w jakim momencie, gdzie i w jakich okolicznościach, żyjąc przecież w państwie całkowicie odizolowanym od Zachodu, ubrałem się w ten cholerny amerykański garnitur! Jak mi później powiedziano, moja przyszłość wcale nie rysowała się różowo i groziło mi szybkie wydalenie z Wietnamu, jako *persona non grata*, zważywszy na podejrzliwość służb specjalnych. Prawdopodobnie uratowało mnie to, że w krótkim czasie miał przybyć z oficjalną wizytą prof. Manczarski, przewodniczący Komitetu Geofizyki Polskiej Akademii Nauk.



Był to czas obserwacji Sputnika, gdy rywalizacja Wschód – Zachód weszła w fazę wojen kosmicznych, a poza tym wszystko wskazywało, że sytuacja zmierza do konfrontacji zbrojnej... ■

W nawiązaniu do tekstu prof. Artura Dziaka, wybitnego polskiego ortopedy, pt. „Konflikt w szkole baletowej”, z cyklu „Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat” (publikowanego od 2006 r.), zamieszczonego w „Pulsie” 3/2016, wyjaśniamy, iż wszystkie teksty z tego cyklu mają charakter wspomnieniowy i odnoszą się do okresu sprzed 50 lub więcej lat, co jest oczywiste dla wszystkich uważnych Czytelników.



## Tak było

Jerzy Borowicz

W czasie towarzyskiej kolacji siedziałem obok gospodarza, mojego przyjaciela. Zaczęliśmy wspominać, co się jadło i jak się ludzie ubierali w czasach komuny. – *Czy pamiętasz bar Flis?* – zapytał z rozmarzeniem gospodarz. – *Oczywiście!* – odrzekłem. Zaraz po studenckich ćwiczeniach szło się do Flisa przy ul. Hożej na flaki. Knajpa „prowadziła” flaki i to jakie! Niebo w gębie! Rzecz jasna, oprócz chleba i przypraw zamawiało się 50 gram rozgrzewki. Nigdy już później, w wolnej Polsce, takich flaków nie jadłem. U Flisa można było spotkać znane osobistości ze świata nauki, sztuki, mody. Flaki łączyły wszystkich, bez względu na pochodzenie i wykształcenie. Działo się to za głębokiej komuny.

Druga popularna wśród braci studenckiej knajpa była przy ul. Koszykowej, u zbiegu z Marszałkowską. Nazwaliliśmy ją Nereczka, chodziło się tam na wspaniałe cynaderki. Porcje były stosunkowo duże i tanie.

A jak się kształtowała moda w tych latach? Elegancki mężczyzna nosił koszule popelinowe od Balarego, garnitur „fil-à-fil”, buty najlepiej zamszowe, na słoninie, i obszerny płaszcz, tzw. prochowiec, z bawełny. Pasek był uszyty z tego samego materiału i broń Boże nie wolno go było zapinać na klamrę, tylko luźno wiązać w pasie. Mile widziana była apaszka na szyi.

Dla nas, medyków, przykładem elegancji był prof. Wojciech Sawicki z Zakładu Histologii Akademii Medycznej. Zawsze ubrany według wskazań najnowszej mody, a ponieważ był mężczyzną przystojnym, nikogo nie dziwiło, że wszystkie studentki wzdychały, gdy przechodził obok.

À propos Balarego, nigdy bym do niego nie trafił, gdyby nie Zygmunt Ajewski, adiunkt z kliniki prof. Tadeusza Orłowskiego, który mnie mistrzowi przedstawił. Zygmunt wiedział, że mam wyjechać do Libii, zaproponował więc, abym uszył kilka koszul u krawca, którego on zna. Nie każdy mógł uszyć koszulę u Balarego, jego klientami byli aktorzy, dziennikarze, ludzie wolnych zawodów oraz premier Cyrankiewicz. Balary miał pracownię w al. Wyzwolenia, obojętnie brał miarę od każdego klienta. Gdy klient utył, mawiał: „Oj, utył się utył”, wyciągał fiszkę z kartoteki i porównywał wymiary.

Zamówiłem przed wyjazdem kilka koszul. Koszula od Balarego zawsze była uszyta z cienkiej popeliny, w najlepszym gatunku, która dobrze się układała. Dzisiejsze drogie koszule nie umywają się do koszul od Balarego.

Jeśli chodzi o koleżanki, to każda marzyła, aby zamówić buty u Śliwki, w pracowni przy Wilczej. Buty od majstra Śliwki różniły się zasadniczo od koszmarków z ówczesnych fabryk państwowych.

I tak przegadaliśmy z gospodarzem cały wieczór, nie wiedząc kiedy zniknęła karafka nalewki.

Dzisiaj, po kilkadziesiąt lat poświeconych medycynie, kiedy zbliżam się do finału, te wszystkie sprawy nabierają innego znaczenia. ■

DLA SMAKOSZY

## Krem z zielonych szparagów z grzankami

Zapraszam na danie, które kiedyś było praktycznie nieosiągalne (a jeśli już, to w drogich restauracjach) ze względu na brak podstawowego składnika, czyli szparagów. Dzisiaj jesteśmy jednym z czołowych ich producentów i eksporterów. Na bazarach i w sklepach możemy je kupić w sezonie za kilka złotych. A dlaczego warto jeść to „danie królów”? Szparagi znane są w kuchni już od 4,5 tysiąca lat. Ich wielkimi entuzjastami byli Rzymianie, uważali je za szczególnie przysmak. Sama nazwa wywodzi się jednak od greckiego słowa *asparagus* – młody pęd. Na przełomie XVIII w. dotarły na polskie stoły jako rarytas. Szparagi uznaje się za silny afrodyzjak. Są źródłem kwasu foliowego, witaminy A, witamin z grupy B, witaminy C oraz wapnia i błonnika. Zawierają duże ilości glutationu, czyli białka, które odgrywa ważną rolę w zwalczaniu m.in. nowotworów i choroby Alzheimera. Poza tym są niskokaloryczne – 100 g to tylko 18 kcal!

Składniki:

◆ pęczek zielonych szparagów ◆ 200 g ziemniaków ◆ łyżka masła ◆ łyżka oliwy ◆ mała cebula ◆ 2 pory (tylko biała część) ◆ 2 ząbki czosnku ◆ 1/2 łyżeczki mielonego białego pieprzu ◆ 1/3 łyżeczki cukru ◆ 3 szklanki bulionu drobiowego lub jarzynowego ◆ 3 łyżki śmietanki jogurtowej 10-proc. (lub 30-proc.) ◆ 1/2 piersi kurczaka ◆ kilkanaście listków bazylii ◆ gałka muszkatołowa ◆ sos sojowy ciemny ◆ 2–3 kromki razowego chleba

Przygotowanie:

Odciąć twarde, jasne końce szparagów. Zielone łodygi dokładnie opłukać (szczególnie główki z piasku). Cebulę i ziemniaki pokroić w drobną kostkę, por i czosnek – na plasterki, pierś kurczaka – w paski. W garnku z grubym dnem roztopić masło z oliwą, zeszklić (około 4 minut) cebulę, por i skropione sosem sojowym kawałki kurczaka, pod koniec dodać czosnek. Wlać bulion i ziemniaki, gotować do miękkości. Obsmażyć pokrojone na 2–3-centymetrowe kawałki szparagi (około 4 minut), doprawić białym pieprzem, solą i cukrem. Dodać do garnka i gotować przez kolejne 4 minuty, aż zmiękną. W połowie gotowania wrzucić listki bazylii. Wyjąć ugotowane kawałki kurczaka i kilka główek szparagów. Zupełnie zmiksować na krem. Następnie dodać 3–4 łyżki śmietany, kawałki kurczaka oraz dwie szczypty startej gałki muszkatołowej. Kromki chleba obsmażyć na prawie suchej patelni, natrzeć przeciętym ząbkiem czosnku i położyć jeszcze raz na patelnię, na 15–20 sekund. Danie podajemy gorące, udekorowane małym kleksem śmietany i główkami szparagów, z gorącymi grzankami. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz



# Lord z Sipán

Jacek Walczak

Na początku 1987 r. mieszkańcy spokojnej wioski Sipán, położonej około 30 km na zachód od miasta Chiclayo i około 50 km od Lambayeque, w północnym Peru, jak ogarnięci obłędem, rozkopywali pobliskie pagórki w poszukiwaniu skarbów. Szaleństwo zainicjowali rabusie grobów, *huaqueros*, którzy znaleźli i obrabowali bogaty w artefakty grób z czasów prekolumbijskich. Miejscowa policja skonfiskowała znalezisko. Walter Alva, dyrektor Muzeum Bruning w Lambayeque, z grupą współpracowników dotarł do Sipán 27 lutego 1987. Archeolodzy

wała zapewne niezwykle rolę w tej części kontynentu. Pozostawiła po sobie liczne piramidy, pałace, fortyfikacje i akwedukty. Odnaleziona ceramika i przedmioty wykonane z metali szlachetnych świadczą o wysokim poziomie ówczesnych artystów. Niezwykle cennymi znaleziskami są grobowce, szczególnie władców, którzy byli uznawani niemal za bóstwa. Podobnie jak w innych kulturach andyjskich, ludność Mochica wierzyła w życie pozagrobowe. Zmarłych wyposażano na drogę po śmierci we wszystkie przedmioty używane za życia i majątek osobisty. Grób odkryty w Sipán zawiera szczątki postaci nieprzeciętnej, bo jego wyposażenie dorównywało legendom o niesamowitym bogactwie króla.

Odkrycie kompleksu grobowego Huaca Rajada przyniosło ogromną ilość informacji o jednej z najważniejszych cywilizacji andyjskich istniejącej wiele wieków przed Inkami. Król Mochica reprezentował potrójną władzę: religijną, wojskową i cywilną. Na podstawie badań ustalono, że zmarł przeszło 1600 lat temu, w wieku około 40 lat. Rozpoznawalnym znakiem władcy były insygnia symbolizujące harmonię w życiu ziemskim i w zaświatach. Najcenniejszą dla potomności spuścizną Mochica jest niepowtarzalna ceramika w grobach.



Fot. J. Walczak

z przerażeniem i bezsilnością obserwowali barbarzyńską penetrację królewskich grobów przez bandy *huaqueros*. Dopiero w kwietniu naukowcy z pomocą policji i wojska zdołali przejąć kontrolę nad miejscem, zwanym później kompleksem Huaca Rajada, które wkrótce okazało się jednym z najważniejszych odkryć dotyczących wymarłej cywilizacji z II–III w. Kilka miesięcy później grupa Waltera Alvy natrafiła na nietkniętą komnatę grobową króla Mochica (Moche), nazywanego Lordem z Sipán. Imponujące królestwo Mochica kwitło między I a IV w. w dolinach rzek Moche i Chicama w pustynnej części północnego Peru. Cywilizacja ta odgry-

Najczęściej są to naczynia z wizerunkami ludzkich twarzy, zwierząt, roślin, a niekiedy całych scen – ceremonii religijnych, polowań, bitew.

Oprócz ogromnej liczby rozmaitych przedmiotów przy zmarłym władcy znaleziono szkielety wojownika, kapłana, dwóch kobiet, dziecka, dwóch lam i psa. Nieco dalej osiem szkieletów osób należących do służby i strażnika z amputowanymi stopami. Nienaturalne ułożenie niektórych świadczy, że ludzie ci umierali w konwulsjach, prawdopodobnie zostali pochowani żywcem. ■



## VII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentyistów

# PULS SŁOWA

Organizatorzy: Naczelna Izba Lekarska, Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie, SZPZLO Warszawa-Praga Północ, Unia Polskich Pisarzy Lekarzy  
Patronat medialny: „Gazeta Lekarska”, „Puls”, „Zdrowa Praga”

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

### Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć 12.04.2016 r.

Po co TAM jedziemy?

NIE – by zobaczyć zabytki,  
NIE – by obejrzyć tych ludzi,  
NIE – by się przyjrzeć kulturze,  
NIE – bo przyroda się budzi...

Jedziemy TAM moi mili  
poczuć wszystkimi zmysłami  
to co ON kiedyś odczuwał  
przed dwudziestoma wiekami...

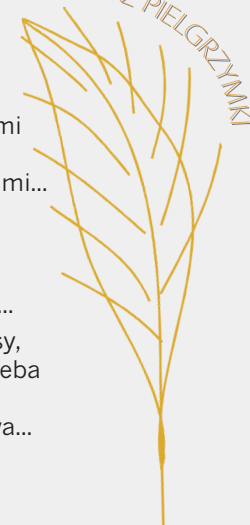
Dotknąć TO miejsce gdzie siadał  
Zjeść rybę jak ON z uczniami,  
Zobaczyć gdzie się urodził,  
Przejść z krzyżem JEGO śladami...

Usłyszeć TYCH ptaków głośnie,  
Spróbować smak TEGO chleba  
Umoczyć go w TEJ oliwie  
z TAKIEGO jak wtedy drzewa...

Zobaczyć kamienną pustynię,  
Zwierzęta – Jak wtedy chodziły?  
I jeszcze ten zapach wiatru,  
jeśli wystarczy wam siły...

Poczuć TĘ wodę na dłoni  
co była pod JEGO stopami  
kropelkę, która być może?...  
lecz przekonajcie się sami...

RELACJA Z PIELGRZYMKI



### ZAPRASZAMY DO KLUBU LEKARZA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

Warszawa, ul. Raclawicka 54

**11.05.2016 r.**, godz. 18.00

„Laos – kraj dziki, nieznany, nieskażony komercją”.  
Prelekcja i projekcja multimedialna.  
Prowadzenie: Ludmiła Kryńska.

**16.05.2016 r.**, godz. 14.00

spotkanie Koła Lekarzy Emerytów Okręgowej Izby  
Lekarskiej w Warszawie.

W programie spotkania: „Życie jest miłością”  
– koncert Krystyny Sulżyckiej.

Przy fortepianie Wojciech Świetoński.

**18.05.2016 r.**, godz. 18.00

„Kobiety niezwykle”  
– spotkanie z Barbarą Rybałtowską.

**1.06.2016 r.**, godz. 18.00

„Amplituda uczuć” – spektakl poetycko-muzyczny  
według tekstów Beaty Zuzanny Mączewskiej.  
Oprawa muzyczna Roman Ziemiański.

**15.06.2016 r.**, godz. 18.00

Kapliczki, krzyże i figury przydrożne – znaki wiary  
i pamięci. Projekcja multimedialna.  
Prowadzenie Jadwiga Migdał (etnograf).

OGŁOSZENIE



WARSZAWSKI  
UNIwersytet  
MEDYCZNY

Szczegółowe informacje są  
dostępne na stronie

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

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

## CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO zaprasza na studia podyplomowe!

### Prowadzimy studia podyplomowe:

- medycyna estetyczna
- metodologia badań klinicznych
- dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- żywienie kliniczne
- medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – teoria i praktyka
- analityka medyczna
- bioetyka w praktyce ochrony zdrowia
- seksuologia kliniczna
- seksuologia sądowa
- pomoc psychologiczna w medycynie
- propedeutyka psychologii klinicznej
- zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia

- zarządzanie spółką prawa handlowego ochrony zdrowia
- prowadzenie działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej
- zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych
- menedżer medycznego laboratorium diagnostycznego w obliczu zmian rynkowych
- menedżer zarządzania projektami w podmiotach leczniczych
- zarządzanie marketingiem medycznym
- prawo medyczne w ochronie zdrowia
- rehabilitacja ortopedyczna urazów sportowych



## Wanda Maria Pawłowicz (1922–2016)

*„Śpij żołnierzu  
w ciemnym grobie,  
niech się Polska  
przyśni Tobie”*

Major, lekarz Wanda Maria Pawłowicz urodziła się 25.06.1922 r. w Warszawie jako córka legionistów Kazimierza Herbicha i Haliny Herbich z d. Strużyńskiej, w rodzinie o żywych tradycjach niepodległościowych.

Przed wojną działała w Przynależności Wojskowej Kobiet, po wybuchu wojny wstąpiła do Służby Zwycięstwu Polski, należała do Związku Walki Zbrojnej, była żołnierzem Komendy Głównej AK. Łączniczka, sanitariuszka, oficer łącznikowy AK.

W 1943 r. została aresztowana przez gestapo, była więźniem Palasy w Zakopanem skąd trafiła do obozu koncentracyjnego w Płaszowie (nr 10165). Do 1944 r. pracowała w kamieniołomach. Od czerwca 1944 była instruktorem w pułku „Baszta” w ramach Wojskowej Służby Kobiet.

Walczyła w Powstaniu Warszawskim, Jej mama Halina zginęła w kanałach podczas Powstania. W 1944 r. awansowana do stopnia podporucznika. Po Powstaniu Warszawskim była oficerem łącznikowym w baonie partyzanckim „Skała”.

W czasie wojny zdała maturę (1940) w Liceum im. Heleny Malczewskiej, a następnie zaliczyła pierwsze dwa lata medycyny na Tajnym Uniwersytecie Ziem Zachodnich w Warszawie.

Po wojnie kontynuowała studia w Poznaniu (gdzie był otwarty pierwszy powojenny uniwersytet medyczny w Polsce), dyplom uzyskała w 1948 r. W czasie studiów uczestniczyła w protestach studenckich. Był to wyraz sprzeciwu wobec deprecjacji święta 3 Maja i aresztowania studentów krakowskich.

Po skończeniu studiów powróciła do Warszawy, miała olbrzymie trudności z otrzymaniem pracy, inwigilowana przez UB (rewizje w domu, zastraszanie). W tym czasie Jej ojciec Kazimierz siedział w więzieniu przy Rakowieckiej, gdzie był maltretowany z powodu przynależności do AK.

W związku z przynależnością do AK nie uzyskała zgody na specjalizację z ginekologii i po wielu trudnościach zrobiła specjalizację z chorób wewnętrznych.

Była działaczką „Solidarności”, członkiem Komisji Zakładowej ZOZ Żoliborz-Bielany. Przewodniczyła NSZZ „Solidarność” w przychodni przy ul. Żeromskiego. Prowadziła kolportaż książek drugiego obiegu do 1989 r.

W czasie stanu wojennego nieznanymi sprawcami zepchnęli ją ze schodów, w wyniku czego doznała złamań.

Odnaczona m.in. Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski oraz 15 medalami wojennymi, w tym Krzyżem Walczących, Warszawskim Krzyżem Powstańskim, jak również Krzyżem Partyzanckim, Krzyżem AK, Krzyżem Oświęcimskim i licznymi odznaczeniami honorowymi.

Otrzymała status osoby pokrzywdzonej przez PRL.

Człowiek niezłomny, żołnierz, dla którego Polska była wartością nadrzędną, a medycyna ukochaną dziedziną. Swoje pasje medyczne przekazała córce i wnukowi.

**Joanna Pawłowicz-Radosz**



## *In memoriam*

Zbliża się pierwsza rocznica śmierci (14.05.2015 r.) Romy Makowskiej, lekarza pediatry, alergologa, holistyka, oraz minęła dziesiąta rocznica śmierci (3.02.2006 r.) Janusza Makowskiego, doktora n. med., chirurga ortopedy, traumatologa, specjalisty rehabilitacji medycznej i medycyny sportowej, wieloletniego ordynatora w Centrum Rehabilitacji STOCER w Konstancinie, bliskiego współpracownika prof. M. Weissa. Byli małżeństwem lekarzy z powołania, oddani pacjentom, z tradycjami lekarskimi w rodzinie, pełni życia, ciekawi świata, kochający ludzi, podróże. Kierowali się najwyższymi wartościami etycznymi. Ludzie licznych pasji, ceniący życie rodzinne. Ukochani Rodzice i Dziadkowie.

**Rodzina**

Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci wybitnego specjalisty w zakresie otolaryngologii i foniatrii

### **Dr ALICJI RÓŻAK-KOMOROWSKIEJ**

Przez cały okres pracy zawodowej związana była z Katedrą i Kliniką Otolaryngologii.

Odszedł ceniony Lekarz z powołania.

**Rodzinie i Bliskim Pani Doktor** składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Kierownik i współpracownicy Katedry i Kliniki Otolaryngologii WUM,  
Poradni Foniatrycznej oraz Poradni Logopedycznej





# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Więcej: [www.miesiecznik-puls.org.pl](http://www.miesiecznik-puls.org.pl) (Nowe przepisy prawne)

**1 stycznia 2016 r. weszła w życie ustawa z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1844.**

Zakład ubezpieczeń może zażądać, aby ubezpieczony lub osoba, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, poddali się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.

Koszty badań pokrywa zakład ubezpieczeń.

Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia.

**Zakres danych o stanie zdrowia** ubezpieczonego, obejmuje informacje o:

- przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
- przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach,
- wynikach przeprowadzonych konsultacji,
- przyczynie śmierci ubezpieczonego.

Informacje udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Informacje o przyczynach hospitalizacji i leczenia zawierają kod jednostki chorobowej, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

**Z żądaniem przekazania informacji występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń.**

Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informacje wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego.

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje posiadane informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubez-**

**pieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wystąpienia o przekazanie informacji.**

Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o te informacje wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.

**29 lutego 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 26 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 258.**

**12 marca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 7 marca 2016 r. w sprawie Rejestru Medycznie Wspomaganej Prokreacji, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 316.**

Podmiotem prowadzącym rejestr jest minister zdrowia.

W rejestrze są przetwarzane następujące dane pozyskane w związku z realizacją programu „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016” oraz następujące identyfikatory:

- identyfikator usługodawcy, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności w ramach programu polityki zdrowotnej dotyczącego leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego,
- dane usługobiorców,
- jednostkowe dane medyczne,
- identyfikator miejsca udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,
- identyfikator pracownika medycznego, który wprowadza dane do rejestru.

**12 marca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 marca 2016 r. w sprawie Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 317.**



**PRO SENIORE**

*Pomóżmy tym, którzy pomagali nam*

**KRS nr: 0000250527**

*przeznacz 1% swojego podatku na szczytny cel*

**nr konta 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290**



604 911 233



[fundacja.proseniore@gmail.com](mailto:fundacja.proseniore@gmail.com)  
[www.proseniore.pl](http://www.proseniore.pl)



22 542 83 02



Podmiotem prowadzącym rejestr jest Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie.

W rejestrze przetwarzane są dane i identyfikatory obejmujące:

- dane osobowe dotyczące usługobiorcy,
- jednostkowe dane medyczne dotyczące usługobiorcy,
- identyfikator usługodawcy,
- identyfikator miejsca udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,
- identyfikator pracownika medycznego, który wprowadza dane do rejestru.

12 marca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 marca 2016 r. w sprawie Ogólnopolskiego Rejestru Ostkich Zespołów Wieńcowych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 320.

Podmiotem prowadzącym rejestr jest Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

16 marca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 357, obwieszczenie ministra zdrowia z 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

21 marca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 371, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 29 lutego 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o instytutach badawczych.

21 marca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 372, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 7 marca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

25 marca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 3 marca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków wynagrodzenia za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 305.

30 marca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 23 marca 2016 r. w sprawie Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 404.

Podmiotem prowadzącym rejestr jest Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

2 kwietnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 4 marca 2016 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i obiekty podmiotów leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest minister obrony narodowej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 364.

1 czerwca 2016 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 25 stycznia 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 145.

Rozporządzenie określa:

- szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego dla dzieci, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego,
- minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego dziecięcego,
- kryteria kwalifikacji osoby do ukończenia 18. roku życia będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci,
- sposób postępowania z pacjentem urazowym dziecięcym.

Centrum urazowe dla dzieci zapewnia dostęp do sprzętu i aparatury medycznej, umożliwiającą całodobowe i niezwłoczne wykonywanie badań diagnostycznych, bez przewożenia pacjenta urazowego dziecięcego specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego: RTG, USG, USG – Doppler, echokardiografii, tomografii komputerowej (spiralnej, wielorzędowej), angiografii i radiologii interwencyjnej od 1 stycznia 2019 r., diagnostyki laboratoryjnej, w tym mikrobiologicznej, rezonansu magnetycznego.

Centrum posiada sprzęt i aparaturę medyczną niezbędne do wykonywania przyłóżkowej i całodobowej endoskopii diagnostycznej i zabiegowej: gastroskop, kolonoskop, bronchoskop, cystoskop.

Centrum dysponuje środkami technicznymi i organizacyjnymi zapewniającymi:

- łączność telefoniczną realizowaną co najmniej przez jednego operatora telefonii stacjonarnej i jednego operatora telefonii mobilnej z:
  - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
  - b) dyspozytorami medycznymi,
  - c) innymi podmiotami leczniczymi, w tym regionalnymi centrami krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- łączność radiową z:

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



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

**POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM  
DZWONIĄC POD NUMER  
704 277 577**

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

Usługa dostępna dla abonentów sieci komórkowych i stacjonarnych

- a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
- b) dyspozytorami medycznymi,
- c) zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego,
  - bezprzewodowe przywoływanie osób, w szczególności członków zespołu urazowego dziecięcego,
  - dokonywanie bieżących konsultacji za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności między oddziałami szpitala, w którym znajduje się centrum, oraz z innymi podmiotami leczniczymi.

**W skład zespołu urazowego dziecięcego wchodzi co najmniej:**

- lekarz szpitalnego oddziału ratunkowego będący lekarzem systemu,
- lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny mającej zastosowanie w leczeniu pacjenta urazowego dziecięcego, w szczególności chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz neurochirurgii,
- lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii.

Pracami zespołu urazowego dziecięcego kieruje kierownik zespołu. Kierownik podmiotu leczniczego, w którym znajduje się centrum:

- określa skład zespołu urazowego dziecięcego spośród lekarzy posiadających wymienione kwalifikacje,
- wyznacza kierownika zespołu urazowego dziecięcego spośród lekarzy, o których mowa wyżej,
- zapewnia udział lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej lub lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii naczyniowej w składzie zespołu urazowego w czasie nie dłuższym niż 1 godzina od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających taką obecność.

W razie potrzeby, w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego dziecięcego, w skład zespołu urazowego dziecięcego wchodzi lekarz lub lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w innych dziedzinach medycyny niż wymienione wyżej; decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik zespołu urazowego dziecięcego.

Osobę do ukończenia 18. roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum w przy-

padku, gdy stan ten spowodowany został działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała, a ponadto po spełnieniu kryteriów określonych w rozporządzeniu.

Osobę do ukończenia 18. roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum również w przypadku:

- wystąpienia urazu wielonarządowego lub śmierci innej osoby w tym samym zdarzeniu,
- wypadnięcia z pojazdu mechanicznego, przygniecenia lub upadku z wysokości powyżej 3 metrów,
- gdy czas wydobywania tej osoby z pojazdu, zawałiska lub gruzowiska wynosi powyżej 20 minut, mimo braku widocznych obrażeń anatomicznych oraz istotnych zaburzeń parametrów fizjologicznych u tej osoby, stwierdzonych na miejscu zdarzenia.

Kierownik zespołu ratownictwa medycznego albo wyznaczony przez tego kierownika członek zespołu ratownictwa medycznego zgłasza dyspozytorowi medycznemu stwierdzenie wystąpienia kryteriów, o których mowa wyżej, i pozostaje w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum, wskazanego przez dyspozytora medycznego, do czasu przyjęcia pacjenta urazowego dziecięcego na ten oddział.

Powyższego przepisu w zakresie obowiązku pozostawania w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum, wskazanego przez dyspozytora medycznego, nie stosuje się do lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

Kierownik podmiotu leczniczego, w którym brak centrum, albo lekarz przez niego wyznaczony w przypadku stwierdzenia wystąpienia kryteriów dotyczących pacjenta dziecięcego urazowego pozostaje w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum i do którego czas dotarcia jest najkrótszy.

Na szpitalnym oddziale ratunkowym zlokalizowanym w szpitalu, w którym znajduje się centrum, przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego dziecięcego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych.

Dalsza diagnostyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego dziecięcego w centrum odbywa się na specjalistycznym oddziale zabiegowym, wskazanym przez kierownika zespołu urazowego dziecięcego. ■

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

**REDAKCJA:** 00-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, faks 22-826-01-81, puls@oilwaw.org.pl

**REDAKTOR NACZELNA:** Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-542-83-57, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

**SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl

**PUBLICYSTA:** Anetta Chęcińska, tel. 22-542-83-58, a.checinska@oilwaw.org.pl

**KOLEGIUM REDAKCYJNE:** Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek (redaktor Biuletynu ORL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, Julian Wróbel

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Cieply, Ewa Dobrowolska, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Solecka, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

**SEKRETARIAT REDAKCJI:** Iwona Stawicka, tel. 22-542-83-58

**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 – 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

*asystentka prezesa ORL/administrator budynku OIL w Warszawie*

Marta Bodek; 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**

**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, Emilia Andersz; tel. 22-542-83-54

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

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

22-42-83-78, Paweł Janowski, Marcin Trocki,

Izabela Wiszniewska; tel. 22-542-83-39

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

**Kancelaria prawna**

*prac. biura*: Małgorzata Tymkiewicz; tel. 22-542-83-29

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**

p.o. Janina Barbachowska

*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.*: Magdalena Kujawska,

Joanna Antonowicz; tel. 22-542-83-20

**Okręgowa Komisja Rewizyjna**

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

tel. 22-542-83-64; *prac. biura*: Julita Kwatyniec; tel. 22-542-83-48

**Okręgowa Komisja Wyborcza**

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

*kanc.*: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

**Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu**

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

kierownik Sylwia Jaworska; tel. 22-542-83-16

*prac. biura*: Artur Obzejta, Dominika Siporska,

Ewa Skoneczna; tel. 22-542-83-14; faks 22-542-83-15

**Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich**

przewodniczący Aleksander Pieczyński

kierownik Katarzyna Adamska; tel. 22-542-83-18

*prac. biura*: Joanna Nowacka, Marta Makowska; tel. 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*: Magdalena Goździk, Jolanta Otulak

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

**Komisja Etyki Lekarskiej**

p.o. przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

*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

**Komisja ds. Młodych Lekarzy**

przewodniczący Filip Dąbrowski

*prac. biura*: Bogusława Różycka; tel. 22-542-83-40

**Komisja Kultury, Sportu i Turystyki**

przewodniczący Adam Górski

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

**Komisja ds. Emerytów i Rencistów**

przewodniczący Włodzimierz Cerański

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

**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, 22-542-3-76; faks 22-313-19-65

[odz@oilwaw.org.pl](mailto:odz@oilwaw.org.pl)

**Pełnomocnik prezesa ds. Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie**

Krzysztof Królikowski; tel. 22-542-83-30

**Marketing i reklama**

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

e-mail: [marketing@oilwaw.org.pl](mailto:marketing@oilwaw.org.pl)

**Dział Informacji Medialnej**

Karolina Jemioł; tel. 22-542-83-52;

[monitorlekarski@oilwaw.org.pl](mailto:monitorlekarski@oilwaw.org.pl)

**Zespół ds. informatycznych** tel. 22-542-83-37

Marek Paluszek; tel. 784-98-67-28

Tomek Dzieńkowski; tel. 791-51-68-57

**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

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

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

# IV KONGRES ONKOLOGII POLSKIEJ

Łódź, 12-15 października 2016 roku

Hotel DoubleTree by Hilton, ul. Łąkowa 29



Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. n. med. Radziław Kordek  
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: prof. dr hab. n. med. Jacek Fijuth



Więcej informacji na stronie:  
[www.kongres.pto.med.pl](http://www.kongres.pto.med.pl)



PATRONAT GŁÓWNY



ORGANIZATOR



PATRONAT MEDIALNY



PARTNER

