

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

puls

sierpień – wrzesień 2016 nr 8-9

Ubezpieczenie OC
w składce
na samorząd.
Już 16 tys.
ubezpieczonych

Pytamy, ile kosztuje
praca lekarza.
Rozmowa
z Marią Balcerzak,
przewodniczącą
Regionu
Mazowieckiego
OZZL
[str. 4]

O kształceniu
patomorfologów
mówi prof. dr hab.
n. med. Barbara
Górnicka
[str. 14]

Przed manifestacją
24 września.
Refleksje Łukasza
Jankowskiego
[str. 20]

Powstanie
Warszawskie
wspominają
lekarze
[str. 44]

J A C H R A N K A 2 0 1 6



W 2016 r. OIL w Warszawie otrzymała potwierdzenie zgodności działania
z Systemem Zarządzania Jakością ISO 9001:2008.

BUREAU VERITAS
Certification



Certyfikat
Przyznany firmie

**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE
IM. PROF. JANA NIELUBOWICZA**
UL. PUŁAWSKA 18, 02-512 WARSZAWA

Bureau Veritas Certification zaświadcza, że System Zarządzania wyżej wymienionej organizacji został oceniony i uznany jako zgodny z wymaganiami norm i zakresem usług wyszczególnionych poniżej

NORMA

ISO 9001:2008

ZAKRES CERTYFIKACJI

REPREZENTOWANIE OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWODY LEKARZA
I LEKARZA DENTYSTY, REALIZACJA USTAWOWYCH ZADAŃ NA RZECZ
LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ORAZ SPRAWOWANIE PIECZY
NAD NALEŻYTYM WYKONYWANIEM TYCH ZAWODÓW.

Data przyznania certyfikatu: **10 sierpnia 2015**

Pod warunkiem stałego zadowalającego działania Systemu Zarządzania,
certyfikat jest ważny do: **9 sierpnia 2018**

W celu sprawdzenia ważności niniejszego certyfikatu prosimy o kontakt: +48 22 549 04 00
Pozostałe informacje dotyczące zakresu certyfikacji oraz wymagań systemu zarządzania
można uzyskać w wyżej wymienionej organizacji.

Data wydania: 10 sierpnia 2015

Numer Certyfikatu: **PL005191/P**


Piotr Popławski
Local Technical Manager



AC 081

QMS



Co najmniej co czwarty* z nas narażony jest w ciągu życia na wystąpienie zaburzeń psychicznych.

Lekarze są w czołówce zawodów wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa.

Nie lecz się sam. Pozwól sobie pomóc.



NZOZ Centrum Terapii DIALOG organizuje dla wszystkich lekarzy z Warszawy

BEZPŁATNE PORADY I KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW PSYCHIATRÓW

24 - 25 września 2016 (sobota - niedziela)

w godzinach od 8:00 do 20:00

Aby skorzystać z naszej wiedzy i doświadczenia w ramach bezpłatnych konsultacji,

zadzwoń: **(22) 436 83 50** (hasło: lekarz)

lub napisz: lekarze@terapiadialog.pl

PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA LEKARZY I STUDENTÓW MEDYCYNY

NZOZ Centrum Terapii Dialog

URSYNÓW

Warszawa, ul. Stryjeńskich 19



NZOZ Centrum Terapii Dialog

ŚRÓDMIEŚCIE

Warszawa, ul. Słomińskiego 19



NASZE UPRAWNIENIA

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

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

Wpis na listę Kuratorium Oświaty w Warszawie jako Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 44P i uprawnienia

do diagnozowania i wystawiania opinii m.in. o dysleksji, dysgrafii i dyskalkulii

dialog
CENTRUM TERAPII

NZOZ Centrum Terapii DIALOG to dwie wyskospecjalistyczne przychodnie psychiatryczno-psychologiczne, w których ponad 60 lekarzy psychiatrów (w tym profesorów) oraz ponad 60 psychologów-psychoterapeutów 7 dni w tygodniu od 7:30 do 22:00 w ramach Specjalistycznych Poradni pomaga w każdym miesiącu kilku tysiącom pacjentów. Szczegóły na www.psychiatrzy.warszawa.pl



Nr 8–9/2016 (256–257)
sierpień – wrzesień 2016

Na okładce:

rysunek autorstwa Przemysława Woźniaka

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ powiem wprost	3
▶ gorący temat	4
▶ Papież Franciszek w Prokocimiu	6
▶ Kodeks Przejrzystości...	8
▶ Polonia medyczna w Warszawie	11
▶ Wyszkolić patomorfologa	14
▶ II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	16
▶ doniesienia naukowe	18
▶ Co seniorom da lista?	19
▶ „Opowieści z partyzantki”	20
▶ u nas w samorządzie	22, 40
▶ Nowe regulacje prawne...	25
▶ etyka	26
▶ Goniec Medyczny	27, 52
▶ leczmy ból	28
▶ Pamięć	30
▶ wędrówki po regionie	32
▶ Czy bioniczna trzustka będzie przełomem w leczeniu...	34
▶ z Delegatury Radomskiej	36
▶ z Mazowsza	37
▶ Fundacja z wielkimi planami	38
▶ Nasze Powstanie	44
▶ Nie zapomnij o Kresach...	46
▶ Medycyna i poezja	49
▶ sport	50
▶ ciekawe miejsca	54
▶ Posłuchać, zobaczyć...	55
▶ wspomnienia	58
▶ nowe przepisy prawne	61
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	10
▷ Walewski	10
▷ Ciepły	48
▷ Müldner-Nieckowski	48
▷ Kowal	52
▷ Jankowska	53



CEM kontra Trybunał

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Zwracam się do Koleżanek i Kolegów, aby wystąpili do Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o udostępnienie pytań egzaminacyjnych w trybie dostępu do informacji publicznej. Znaczna liczba napływających wniosków może bowiem dobitnie pokazać, że temat jest dla środowiska lekarzy i lekarzy dentyków naprawdę ważny oraz, że jako grupa zawodowa mamy prawo czuć się pokrzywdzeni tym, że nie mamy dostępu do pytań ze swoich egzaminów zawodowych, podczas gdy inne zawody, w tym np. prawnicze zawody zaufania publicznego, mają dostęp do pytań egzaminacyjnych z lat ubiegłych”. To fragment apelu prezesa NRL Macieja Hamankiewicza, z którym właśnie zwrócił się do lekarzy.

A wydawało się, że niedawny wyrok Trybunału Konstytucyjnego rozstrzygnął już sprawę i lekarze będą mogli poznać pytania, które zostały „użyte” w czasie Lekarskiego Egzaminu Końcowego, Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Nic bardziej mylnego. Na wydanie pytań nie zgadza się dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych Mariusz Klencki, w którego gestii one pozostają. Stąd apel prezesa NRL.

Walka o udostępnienie pytań trwała kilka lat. Ministerstwo Zdrowia kilkakrotnie odmawiało ich ujawnienia, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego twardo argumentował, że „w razie ujawnienia pytań w krótkim czasie wyczerpałaby się zasoby wiedzy, z których można formułować nowe pytania”. Z tym raczej kuriozalnym poglądem polemizował m.in. przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy Filip Dąbrowski: „LEK i LDEK obejmują swoim zakresem ogromny materiał objęty programem studiów medycznych, twierdzenie, że wiedza zdobywana w czasie studiów wyczerpuje się w liczbie kilkuset czy nawet kilku tysięcy pytań, jest dla nas całkowicie oderwane od realiów życia i obowiązujących standardów kształcenia na kierunku lekarskim. Nie podzielam również poglądu, że ujawnienie pytań egzaminacyjnych prowadziłoby do obniżenia jakości wykształcenia lekarzy. Zależy nam, aby uniknąć sytuacji, w której dobrze wykształcony lekarz ma problem ze zdaniem egzaminu. Nie mogę także zgodzić się z sugestiami departamentu, że w przypadku jawności pytań studiowanie medycyny ograniczyłoby się do nauczenia się pytań z kilku poprzednich testów”.

Sprawa trafiła do Rzecznika Praw Obywatelskich i wreszcie do Trybunału Konstytucyjnego.

W czerwcu br. Trybunał rozpoznał wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej i orzekł, że testy i pytania, które zostały wykorzystane w trakcie egzaminów, które już się odbyły, są informacją publiczną, więc są jawne! Naczelna Rada Lekarska obwieściła sukces, a wyrok Trybunału został niedawno opublikowany.

Ale radość nie trwała długo. Dyrektor CEM pytań pilnie strzeże. Ma swoją interpretację przepisów: skoro pytania mogą być ponownie użyte, nie mogą być jawne i jako takie nie podlegają przepisom ustawy o dostępie do informacji publicznej. I basta!

Teraz to minister zdrowia, jakby mało miał na głowie, rozstrzygnąć będzie musiał, czyja wykładnia prawa obowiązuje: Trybunału Konstytucyjnego czy Centrum Egzaminów Medycznych. Ciekawe, czy wyegzekwuje przestrzeganie prawa? ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

Zdrowy rozsądek przede wszystkim

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie



Fot. egw

Być może termin *karoshi*, którym w Japonii określa się śmierć z przepracowania, jest tu na wyrost. Być może inna była przyczyna nagłej śmierci lekarki w białogardzkim szpitalu, która zmarła na początku sierpnia podczas dyżuru anestezyjologicznego. Dyżuru, który – jak donosiły serwisy prasowe – pełniła nieprzerwanie cztery doby. Z tego co wiemy, anestezyjolog nie była pracownikiem etatowym szpitala, prowadziła jednoosobową działalność gospodarczą. Jakikolwiek były bezpośrednie przyczyny tego zdarzenia, powinno być przestrożą. To zresztą nie pierwszy tego typu przypadek w naszym środowisku, po którym nie milkną głosy o przemęczeniu medyków. Konsekwencje pracy bez ograniczeń czasowych mogą być tragiczne nie tylko dla lekarza, ale też dla pacjentów, skutkować błędem w sztuce. Musimy o tym pamiętać. Zarówno pracownicy medyczni, jak i menedżerowie zarządzający placówkami ochrony zdrowia powinni szukać skutecznych rozwiązań organizacyjnych, a odpowiedzialni za system ochrony zdrowia – regulacji prawnych, które pozwolą na efektywne wykorzystywanie kadr, bez narażania ich na zagrożenia wynikające z przepracowania. Zadanie na razie trudne do wykonania. Z dnia na dzień nie przybędzie lekarzy, a to braki kadrowe w wielu lekarskich specjalnościach powodują, że ci, którzy pracują, mają tej pracy aż nadto. Z dnia na dzień nie przybędzie też w systemie pieniędzy. Tak potrzebny polskiej służbie zdrowia zastrzyk finansowy ułatwiłby zarządzającym placówkami politykę kadrową i nie wymuszał karkołomnego poszukiwania oszczędności. Oczywiście wydaje się, że gdzie w grę wchodzi bezpieczeństwo pacjentów, zdroworozsądkowe ograniczenie czasu pracy personelu medycznego jest bezdyskusyjne – bez względu na to, czy dotyczy pracowników etatowych, czy kontraktowych. W trosce o jakość świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pracy spójny system kontrolny, obejmując wszystkie formy zatrudnienia, powinien zapobiegać takim zjawiskom jak wspomniany kilkudniowy dyżur. To być może zadanie dla NFZ? Pozostaje pytanie, czy wprowadzenie obostrzeń nie spowoduje, że odpowiedzialni za funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia nie będą mieli nikogo do pracy? Na razie mają, może nie najlepszy, ale wybór: lekarz czasem zmęczony, ale na stanowisku, lub żaden. Naszemu systemowi ochrony zdrowia potrzeba znaczącego zwiększenia nakładów finansowych. Bez nich nie rozwiążemy palących problemów płacowych i organizacyjnych, a postulaty, z którymi wspólne wyjście 24 września na ulice Warszawy zapowiadają przedstawiciele zawodów medycznych, pozostaną wciąż aktualne. Jeżeli nic się nie zmieni, zapracowany, zmęczony polski lekarz nadal będzie przejmował dyżur sam od siebie, pracował i tu, i tam, i gdzieś jeszcze, a przed drzwiami gabinetu wciąż będą czekać na niego pacjenci. I może się zdarzyć, że chcąc przyjąć wszystkich, zapomni odpocząć. Dlatego ważne, aby towarzyszył nam w pracy, dla naszego i pacjentów dobra, bezpieczeństwa i zdrowia, *nomen omen*, zdrowy rozsądek. ■

facebook.com/OILWarszawa

Kodeks
Przejrzystości
po pierwszym roku
str. 8



II Mazowieckie
Spotkania
Stomatologiczne
str. 16



Co seniorom
da lista?
str. 19

Redakcja biuletynu „Miesięcznik OIL w Warszawie Puls”
bardzo prosi wszystkich lekarzy
o weryfikowanie adresów do kolportażu
„Pulsu” i „Gazety Lekarskiej”
(zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać
kilku egzemplarzy pism, i tym podobne).

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



Z Marią Balcerzak, przewodniczącą Regionu Mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Pytamy, ile kosztuje praca lekarza

Jak oceniają państwo przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt ustawy o płacy minimalnej w ochronie zdrowia?

Określenie poziomu płacy minimalnej w ochronie zdrowia jest ważne, ponieważ stanowi bazę, do której można się odnosić i ustalać uposażenie w zależności od wykształcenia, od stażu pracy itd. Natomiast propozycja, żeby za dziesięć lat pensja minimalna brutto wynosiła 1,23 średniej krajowej, jest nie do przyjęcia, co podkreślają wszyscy. To przecież nawet mniej niż lekarze zarabiali w czasach PRL. Wtedy przeciętne wynagrodzenie lekarza wynosiło około 1,4 średniej płacy krajowej. Rządowa propozycja jest niezgodna z oczekiwaniami pracowników ochrony zdrowia i niezgodna z tym, co wraz z Konstantym Radziwiłłem,

kiedy jeszcze nie był ministrem, ustalaliśmy w ramach porozumienia izb lekarskich i związku zawodowego lekarzy.

Średnia krajowa zależy od wysokości zarobków wszystkich pracowników, którym pensje wypłaca budżet państwa. Są różne zawody, różne potrzeby społeczne, różna odpowiedzialność za wykonywaną pracę. Wynagrodzenie powinno być uzależnione po pierwsze od wykształcenia pracownika, po drugie od stopnia odpowiedzialności i ryzyka związanego z pełnieniem określonej funkcji, a po trzecie od możliwości finansowych płatącego. Obecnie możliwości finansowe są ograniczone wysokością składek. NFZ płaci za świadczenie medyczne lub procedurę. Praca białego personelu nie jest wyceniona. Pytamy więc: ile kosztuje praca lekarza? Jego odpowiedzialność to odpowiedzialność najwyższa – za życie.

OZZL przedstawił Ministerstwu Zdrowia swoją opinię w sprawie wynagrodzeń. Jaka jest odpowiedź?

Ani minister, ani nikt z resortu nie odniósł się do naszej opinii. Wszystkich pracowników służby zdrowia bulwersuje fakt, że minister nie odpowiada na pytania, a powinien. To jest jedna z przyczyn planowanej na wrzesień akcji protestacyjnej, przygotowanej wspólnie przez większość organizacji i związków zawodowych działających w ochronie zdrowia.

Czerwcową manifestacją lekarzy rezydentów była imponująca i dowodzi, że w sektorze zdrowotnym bez istotnych zmian spokoju nie będzie. Ostatnio przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel w imieniu Porozumienia Zawodów Medycznych wysłał list do premier Beaty Szydło...

Kolega Bukiel napisał to, co mówi wszystkim kolejnym rządzącym ekipom od lat. Bez zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia i uznania jej funkcjonowania za jeden z priorytetów rządu, nie będzie zmian na lepsze. Ponadto żadna reforma nie uda się, jeżeli nie będzie konsultowana i akceptowana przez tych, którzy ją mają realizować – przez pracowników ochrony zdrowia. Propozycje nieuwzględniające tych dwóch faktów są tylko działaniami propagandowymi.

Do tej pory żadna opcja polityczna nie miała odwagi powiedzieć Polakom, że za środki obecnie przeznaczane na świadczenia nie da się lepiej i szybciej leczyć ani ograniczyć kolejek. Trzeba zasilić system dodatkowymi pieniędzmi.

Ostatnio pojawiła się propozycja jednego z postów, by ustawowo zakazać pracownikom ochrony zdrowia strajku. Jakie jest pani, jako związkowca, zdanie na ten temat?

W demokratycznym państwie prawa to kuriozalna propozycja. Państwo, jako instytucja, ma zadanie chronić obywateli przed zagrożeniami z zewnątrz i zapewnić im przyzwoite życie w kraju. Jeżeli tego obowiązku nie spełnia, musi się liczyć, że ludzie się będą buntować, tak jest na całym świecie. Oczywiście gdzieś funkcjonują różne reżimy, ale my już chyba z tej drogi zeszliliśmy. Wywalczyliśmy sobie wolność wyboru, wolność wypowiedzi, wolność zachowania – w granicach przyzwoitości oczywiście!

Potrzebne są uczciwe, rzetelne rozmowy przedstawicieli władzy ze związkowcami. Przykro mi teraz stwierdzić, że w tym roku takich rzetelnych rozmów nie ma. Świadczy o tym chociażby fakt, że pani premier, która odpowiada za pracę rządu, do tej pory się z nami nie spotkała...

Najbliższa perspektywa?

Służba zdrowia to nie tylko pracownicy ochrony zdrowia, to też społeczeństwo, które ma coraz trudniejszy dostęp do lekarzy. Wszystko wskazuje, że będzie coraz gorzej, ponieważ lekarzy ubywa, z różnych przyczyn: demograficznych, życiowych. Trzeba dać nam wszystkim mądrą, uczciwą, ale i osiągalną perspektywę, a nie zapowiedź, że reforma będzie za 15–20 lat.

Jeszcze dwa słowa komentarza na temat czasu pracy...

Przeczytałam odpowiedź rzecznik prasowej Ministerstwa Zdrowia Mileny Kruszewskiej, jakiej udzieliła dr. Krzysztofowi Bukielowi w tej sprawie. „W przypadku lekarzy kontraktowych o czasie wykonywania czynności przesądza treść umowy zawieranej przez strony (...). Obowiązuje w tym zakresie zasada swobody zawierania umów (...). Uregulowania prawne dotyczące tego zawodu (lekarza – przyp. red.) muszą pozostawiać swobodę m.in. co do wyboru formy jego wykonywania”. Ja rozumiem, że jest to zgodne z przepisami, ale czy w ochronie zdrowia tylko o to nam chodzi? ■

Manifestacja Porozumienia Rezydentów OZZL 18 czerwca 2016 r.

W manifestacji, która odbyła się 18 czerwca br., zorganizowanej przez Porozumienie Rezydentów OZZL, wzięli udział także przedstawiciele ORL w Warszawie. Wśród nich m.in.: wiceprezes Julian Wróbel, członek Prezydium, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL – Filip Dąbrowski, członkowie ORL: Tomasz Imiela, Łukasz Jankowski, Krzysztof Madej (były prezes NRL), Andrzej Włodarczyk (były przewodniczący ORL w Warszawie). ■

egw

Damian Patecki, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL:

Mamy nadzieję, że nasza manifestacja, zaplanowana na wrzesień 2016 r., zmusi ministra Konstantego Radziwiłła do realizowania postulatów, które sam popierał jako prezes NRL w 2006 r. Wówczas podpisał uchwałę, która mówiła, że lekarz rezydent powinien zarabiać dwie średnie krajowe, a lekarz specjalista trzy.

Obecnie jako minister nie chce zrealizować tego wniosku. Według ministerialnego projektu ustawy o płacach minimalnych w 2022 r. lekarz specjalista ma zarabiać 1,2 średniej krajowej, a rezydent tyle, ile wynosi średnia. Obecnie rezydent zaczynający pracę zarabia 3170 zł brutto, po dwóch latach ma około 300 zł podwyżki. Rezydenci zaczynający specjalizację deficytową otrzymują od 3600 zł, po dwóch latach 3890 zł.

Nasza czerwcową manifestacją nie zakończyła się sukcesem, a raczej kolejnymi upokorzeniami. We wrześniu do Sejmu trafił projekt nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Wnioskowaliśmy, aby w tej ustawie znalazła się od razu kwestia wynagrodzeń. Tymczasem w liście, który otrzymałem od wiceministra Jarosława Pinkasa, jest informacja, że sprawy wynagrodzeń znajdują się dopiero w kolejnej nowelizacji, która zostanie przygotowana do końca roku. Nie wierzymy w to.

Dlatego będziemy protestować i zapraszamy na manifestację wszystkich lekarzy. ■

Notowała mkr

Papież Franciszek w Prokocimiu



Fot. PAP/Maciej Kulczyński

Ewangelia wielokrotnie ukazuje nam Pana Jezusa, który spotyka się z chorymi, przyjmuje ich, a także chętnie wychodzi, by ich znaleźć. Patrzy na nich tak, jak matka patrzy na syna, który jest chory, i odczuwa budzące się w niej współczucie. Jakże bardzo bym chciał, abyśmy jako chrześcijanie byli zdolni do stawania u boku chorych tak jak Jezus, z milczeniem, przytulaniem, z modlitwą. Nasze społeczeństwo jest niestety zanieczyszczone kulturą odrzucenia, która jest przeciwieństwem kultury gościnności, zaś ofiarami kultury odrzucenia są właśnie osoby najślabsze, najbardziej kruche, a to jest okrucieństwo. [...]

Służenie z miłością i czułą troską osobom potrzebującym pomocy sprawia, że wszyscy wzrastamy w człowieczeństwie i otwiera nam ono drogę do życia wiecznego. Kto pełni uczynki miłosierdzia, nie boi się śmierci. Wspieram wszystkich, którzy ewangeliczną zachętę – chorych nawiedzać, uczynili swoją osobistą decyzją życiową: lekarzy, pielęgniarki, wszystkich pracowników służby zdrowia, jak również kapelanów i wolontariuszy. Szczególnie chciałbym pozdrowić siostry, które często całe swoje życie poświęcają chorym. Niech Pan pomaga wam w dobrym wypełnianiu waszej pracy, zarówno w tym, jak i w każdym innym szpitalu na świecie, i niech wam wynagrodzi, obdarzając was spokojem wewnętrznym oraz sercem zawsze zdolnym do czułości. [...]

Słowa skierowane przez papieża Franciszka w czasie Świątecznych Dni Młodzieży do pacjentów, ich rodzin i pracowników Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Prokocimiu, 29 lipca 2016 r., fragmenty

wybr. egw

Perspektywa strajku, czy strajk bez perspektywy?

Komisja ds. Młodych Lekarzy od kilku lat zabiega w Ministerstwie Zdrowia o zmiany dotyczące wynagradzania lekarzy i przebiegu kształcenia podyplomowego. Przez lata nic się nie działo. Przychodzili kolejni ministrowie, ciasteczka na stole zmieniały się w marchewki, ale puste obietnice pozostawały takie same. W zeszłym roku nasze zmagania wsparło Porozumienie Rezydentów OZZL. O naszych problemach zaczęło się robić głośno zarówno w Internecie, jak i w pozostałych mediach. W kwietniu 2016 r. minister Radziwiłł powołał zespół zajmujący się przygotowaniem zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy, którego prace są dziś na ukończeniu. Dzięki ogromnemu zaangażowaniu rezydentów udało się skłonić zespół do zaakceptowania postulowanych przez nas usprawnień szkolenia. Pozostaje mieć nadzieję, że jego propozycje szybko zostaną przekute w rozporządzenia i ustawy.

Niestety, w sprawie wynagrodzeń rząd wciąż milczy. Zorganizowaliśmy demonstrację. 18 czerwca Porozumienie Rezydentów zgromadziło w Warszawie kilka tysięcy młodych

lekarzy. W młodzieńczej naiwności myśleliśmy, że ta pokojowa manifestacja poruszy polityków. Tak się jednak stało – zespół trójstronny zaproponował zamrożenie płac na pięć lat, nazywając to podwyżką. Aż tak naiwni nie jesteśmy, dlatego 24 września ponownie przemarszerujemy przez stolicę, tym razem ramię w ramię z przedstawicielami wszystkich zawodów medycznych. Znowu w sobotę, aby nie szkodzić pacjentom.

Razem z przyjaciółmi z Porozumienia Zawodów Medycznych może być nas nawet 100 tys. Czy to wystarczy, aby przekonać rząd do zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB od 2017 r.? Czy nasz marsz w kierunku kancelarii premier Beaty Szydło zakończy naszą drogę? Obawiam się, że będzie jedynie przystankiem w podróży do Niemiec lub Norwegii. ■

Filip Dąbrowski
przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy
ORL w Warszawie

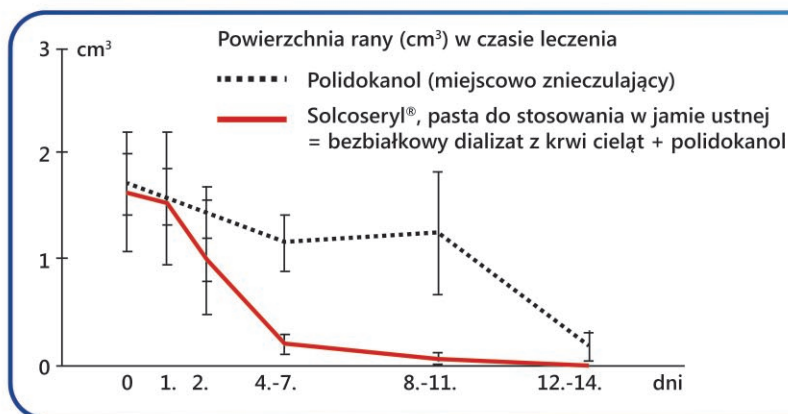
MEDA

Solcoseryl® do rany przyłóż!

Solcoseryl®, pasta do stosowania w jamie ustnej
– ZNIECZULAJĄCY¹ OPATRUNEK OCHRONNY

po zabiegach:

- nałożenia koronki
- usunięcia zęba
- łyżeczkowania
- założenia protez bezpośrednich



Zmniejszenie obszaru rany o ok. 80% po 4 dniach od zastosowania pasty Solcoseryl® do stosowania w jamie ustnej²



LECZY RANĘ



USUWA BÓL JUŻ PO 1 DO 3 MINUT PO APLIKACJI¹



TWORZY BŁONĘ CHRONIĄCĄ PRZED PODRAŻNIENIEM W TRAKCIE SPOŻYWANIA POKARMÓW

1. NAZWA: SOLCOSERYL, bezbiałkowy dializat z krwi cieląt + polidokanol. **2. SKŁAD:** 1 g pasty do stosowania w jamie ustnej zawiera 2,125 mg bezbiałkowego dializatu z krwi cieląt i 10 mg polidokanolu. **3. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA:** Pasta do stosowania w jamie ustnej. **4. WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** Bolesne oraz zapalne schorzenia błony śluzowej jamy ustnej, dziąseł i warg; afty, ragady (rozpadliny), opryszczka wargowa, zapalenie dziąseł, zapalenie tkanki przyzębia, zapalenie jamy ustnej. Bóle uciskowe spowodowane przez protezy dentystyczne. Bóle występujące w trakcie wyrzynania się zębów mądrości. Jako opatrunek po takich zabiegach, jak nałożenie koronki, łyżeczkowanie i usunięcie zęba, oraz po założeniu protez bezpośrednich. **5. DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA:** Pasek pasty o długości ok. 0,5 cm należy nakładać cienką warstwą na zmienione chorobowo miejsce od 3 do 5 razy na dobę. Produkt należy stosować aż do ustąpienia objawów. Szczególnie korzystne jest stosowanie produktu przed snem. Pasty nie należy wcierać ani rozcierać. Aby dobrze przylegała, należy ją nakładać suchym palcem, a miejsce, na które ma być podana, należy wcześniej wysuszyć. Produkt tworzy błonę ochronną, która długo przylega do błony śluzowej jamy ustnej, chroniąc ją przed podrażnieniem w trakcie spożywania pokarmów. **6. PRZECIWSKAZANIA:** Nadwrażliwość na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **7. SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI PRZY STOSOWANIU:** Produktu nie należy podawać do wnętrza ran, które mają być leczone przy użyciu szwów adaptacyjnych głębokich (np. po ekstrakcji zębów trzonowych i wkliniowanych, zębów mądrości czy po resekcji wierzchołkowej korzenia zęba). W przypadku ostrego zakażenia w obrębie zmiany chorobowej przed zastosowaniem produktu należy przeprowadzić odpowiednie leczenie przyczynowe. Produkt zawiera metylu parahydroksybenzoian i propylu parahydroksybenzoian – może powodować reakcje alergiczne (możliwe reakcje typu późnego). Produktu Solcoseryl nie stosować w okresie ciąży, jeśli nie jest to bezwzględnie konieczne. Produkt Solcoseryl, pasta do stosowania w jamie ustnej, można stosować w okresie karmienia piersią po rozważeniu przez lekarza stosunku korzyści dla matki i ryzyka dla dziecka. **8. DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Częstości występowania są określone następująco: bardzo rzadko (występują rzadziej niż u 1 na 10 000 pacjentów), częstość nieznana (nie może być określona na podstawie dostępnych danych). **9. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** MEDA Pharma GmbH & Co. KG, Niemcy. **10. POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** Wydane przez Ministra Zdrowia, nr R/2070. **11. KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI:** OTC – produkt leczniczy wydawany bez przepisu lekarza. **Pełna informacja o leku dostępna na życzenie w:** Meda Pharmaceuticals Sp. z o.o., ul. Domaniewska 39A, 02-672 Warszawa, tel.: + 48 22 697 71 00, e-mail: meda@meda.pl.

1. Charakterystyka produktu leczniczego Solcoseryl®, pasta do stosowania w jamie ustnej z dn. 09.01.2014 r.
2. Thams U. i wsp. Ein neues Präparat zur Behandlung Schleimhautläsionen. Doppelblinde klinische Vergleichsprüfung von „Solcoseryl® - Adhäsivpaste“. Österreichische Zeitschrift für Stomatologie 1982; Feb. 79 (2): 62-71.

Kodeks Przejrzystości po pierwszym roku



Na przełomie czerwca i lipca innowacyjne firmy farmaceutyczne opublikowały raporty, w których ujawniły – za zgodą zainteresowanych – dane dotyczące finansowania lekarzy i instytucji działających w ochronie zdrowia. Kodeks Przejrzystości ma wyznaczać nowe standardy w relacjach biznesu farmaceutycznego ze środowiskiem szeroko pojętej medycyny. Czy zadziała?

W 2015 r. przedsiębiorstwa, które wdrożyły Kodeks Przejrzystości, przekazały podmiotom służby zdrowia (osobom i instytucjom) 623 mln zł. 395 mln zł wydano na działalność badawczą. Pozostałą kwotę przekazano szpitalom i ośrodkom zdrowia, firmom prowadzącym szkolenia oraz lekarzom. Do osób fizycznych z tej puli trafiło 107 mln zł – większa część (66 mln zł) pokryła koszty szkoleń i wyjazdów, 41 mln zł zainteresowani zarobili na prowadzeniu wykładów i pisaniu ekspertyz. Średnia kwota przekazana osobom fizycznym wynosi około 2,8 tys. zł, w przypadku osób prawnych – ponad 32 tys. zł.

– *Ciążar postępu w medycynie spoczywa dziś w ogromnym stopniu na barkach innowacyjnych firm farmaceutycznych. Bez współpracy z lekarzami byłby jednak niemożliwy. Dlatego społeczeństwo musi wiedzieć, jaki jest zakres i wartość tej współpracy, zarówno w wymiarze finansowym, jak i niefinansowym* – podkreślała podczas prezentacji wniosków płynących z raportów poszczególnych przedsiębiorstw Dorota Hryniewiecka-Firlej, prezes zarządu Infarmy.

Kodeks Przejrzystości zakłada zarówno ujawnienie danych zbiorczych (w przypadku wydatków na badania – wyłącznie, wynagrodzenia lekarzy oraz innych osób za udział w badaniach klinicznych nie są ujawniane), jak i indywidualnych. To wzbudzało zresztą – i będzie wzbudzać – największe kontrowersje, choć na upublicznienie danych osoby prywatne i instytucje musiały wyrazić zgodę (którą w każdej chwili można cofnąć). W przypadku szpitali, wydawnictw, fundacji i innych osób prawnych problem z brakiem zgody jest stosunkowo niewielki – wyraziło ją około 70 proc. zainteresowanych. Spośród lekarzy na upublicznienie danych zgodziło się 22 proc.

Najmniej decyzji pozytywnych udało się uzyskać firmie MSD (16 proc., czyli 214 lekarzy wyraziło zgodę). Koncern przekazał osobom fizycznym 3,5 mln zł. Największą procento-

wo liczbę wykazał koncern GSK, ale on przekazał pieniądze tylko 13 lekarzom, z tytułu pisania ekspertyz (12 osób wyraziło zgodę na publikację danych). GSK, który był głównym bohaterem skandali korupcyjnych, już dwa lata temu podjął decyzję, że nie będzie opłacać lekarzom udziału w żadnych szkoleniach czy konferencjach. Dobry wynik, znacznie powyżej średniej, osiągnęła firma Sanofi, której zgodę na publikację danych przekazało 3402 lekarzy, blisko 60 proc. współpracujących z przedsiębiorstwem.

Pełne raporty zostały opublikowane na stronach firm farmaceutycznych. Można w nich znaleźć nazwiska lekarzy, miejsce pracy i kwoty opłat za udział w konferencjach, zakwaterowanie i podróże oraz honorariów.

Kwestia transparentności w relacjach świata medycyny z przemysłem farmaceutycznym była jednym z tematów poruszanych podczas czerwcowego IX Kongresu Polonii Medycznej. Paweł Sztwiertnia, przedstawiciel Infarmy, tłumaczył wówczas, że polskie rozwiązania, będące własną inicjatywą firm zrzeszonych w EFPIA, nie są szczególnie restrykcyjne wobec przedstawicieli świata medycznego. Przypominał, że w Stanach Zjednoczonych obowiązuje od kilku lat Sunshine Act wymagający od lekarzy ujawniania wszelkich korzyści majątkowych, jakie odnoszą w kontaktach z przemysłem farmaceutycznym. Lekarz do rejestru korzyści musi wpisać nawet obiad czy poczęstunek ufundowany przez koncern farmaceutyczny, jeśli jego wartość przekroczy 20 dolarów. W Portugalii i Danii rejestry korzyści dla lekarzy mają umocowanie ustawowe, wzorowane na rozwiązaniu amerykańskim. Francja poszła o krok dalej. Tam korzyści (wynikające z kontaktów z firmami farmaceutycznymi, kosmetycznymi lub informatycznymi) muszą ujawniać wszyscy przedstawiciele zawodów medycznych, a nawet studenci). Holandia postawiła na rozwiązanie pośrednie – powstała baza korzyści, do której wpisywane są wszystkie zarobki lekarzy powyżej 500 euro. W sumie, podobne jak w Polsce, zestawienia zostały lub staną opublikowane w ponad 30 krajach Europy.

Przejrzystość jest szczytnym celem, ale lekarze od dłuższego czasu zwracają uwagę na dwie zasadnicze kwestie. Po pierwsze, Kodeks Przejrzystości to typowa ucieczka do przodu ze strony koncernów farmaceutycznych, które kilka lat temu były w ogniu krytyki za ujawnione skandale korupcyjne na międzynarodową skalę. Przemysł farmaceutyczny chce ratować swoją wiarygodność kosztem ochrony praw osób trzecich. Po drugie, zestawienia publikowane przez przedsiębiorstwa są niepełne, bo dotyczą tylko lekarzy, podczas gdy pełna transparentność powinna obejmować wszystkich uczestników systemu.

Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie:

Cieszę się, że Kodeks Przejrzystości zaistniał. Uważam, że to krok w dobrą stronę, choć tymczasem jeszcze niewielki. Na razie uczestniczą w programie tylko firmy innowacyjne i tylko część lekarzy. Ale to przecież początki. Jeżeli chodzi o nasze środowisko, trzeba prowadzić akcję informacyjną, wyjaśniającą, że takie są kierunki działania na świecie. Przykładem wyjątkowej transparentności w tym względzie są Stany Zjednoczone. Nasza Izba będzie popierała te działania.

Trzeba podkreślić udział przedsiębiorstw w kształceniu lekarzy, przede wszystkim młodych. Konferencje naukowe, szczególnie międzynarodowe, są bardzo drogie i wtedy pomoc firm farmaceutycznych jest bardzo istotna, także dla pacjentów, bo wykształcony, rozwijający się lekarz to gwarancja bezpieczeństwa chorego i wysokiej jakości świadczeń medycznych.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie będzie więc program propagować. Zorganizowaliśmy już wcześniej, wspólnie z Infarmą, konferencję i będziemy podejmować dalsze wspólne działania, również po to, by wszystkich lekarzy przekonać, że transparentność w kontaktach firm farmaceutycznych i lekarzy służy naszemu środowisku, także w odbiorze społecznym. ■

Not. egw

1 lipca 2016 r., w czasie konferencji prasowej, Infarma podsumowała pierwszy rok (2015) obowiązywania Kodeksu Przejrzystości w Polsce.

Kodeks Przejrzystości to część europejskiego projektu, którego celem jest zwiększenie transparentności współpracy innowacyjnych firm farmaceutycznych ze środowiskiem medycznym. Został przygotowany przez Europejską Federację Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA), którą w Polsce reprezentuje Infarma. Zapisy kodeksu respektują 33 stowarzyszenia należące do EFPIA i ich przedsiębiorstwa członkowskie.

Z przygotowanej przez Infarmę analizy raportów opublikowanych przez 32 sygnatariuszy Kodeksu Przejrzystości wynika, że w roku 2015 firmy te przeznaczyły w sumie 623 mln zł na realizację badań klinicznych oraz inne formy współpracy ze środowiskiem medycznym.

Kwota ta przedstawiona jest w podziale na trzy kategorie: świadczenia na rzecz przedstawicieli zawodów medycznych, organizacji ochrony zdrowia oraz na działalność badawczo-rozwojową. 63 proc. wszystkich środków, tj. 395 mln zł, przeznaczono na współpracę w ramach ostatniej kategorii, obejmującej wynagrodzenia zarówno dla badaczy, jak i ośrodków, w których realizowane są badania kliniczne. Dane te wskazują skalę inwestycji branży w innowacyjną gospodarkę, ale przede wszystkim obrazują kluczową rolę lekarzy w procesie tworzenia nowoczesnych i skutecznych terapii.

Istotnym elementem Kodeksu Przejrzystości jest umożliwienie opinii publicznej poznania wartości i zakresu współpracy, a także zaprezentowanie jej w sposób możliwie transparentny. Służy temu możliwość przypisania świadczeń do indywidualnych lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów.

Wkład innowacyjnych firm farmaceutycznych w podniesienie wiedzy lekarzy wyraźnie widać w analizie zakresu współpracy branży z organizacjami ochrony zdrowia i przedstawicielami zawodów medycznych. Z raportów wynika, że obejmuje ona przede wszystkim organizację lub udział w wydarzeniach naukowych i edukacyjnych. Te działania stanowią 20 proc. wszystkich świadczeń na rzecz środowiska medycznego. Pozostałe obszary kooperacji, służące wzajemnej, bezpośredniej wymianie wiedzy i doświadczeń – takie jak prowadzenie wykładów, przygotowywanie analiz medycznych, udział w radach naukowych i doradczych – obejmują łączne świadczenia o wartości 59 mln zł. Stanowi to 9 proc. wszystkich środków przekazanych środowisku medycznemu. Darowizny dla organizacji ochrony zdrowia przekazane przez firmy farmaceutyczne przekraczają kwotę 52 mln zł. W zdecydowanej większości mają formę dostawy leków lub finansowania badań diagnostycznych.

Zgodnie z kodeksem oraz obowiązującymi w Polsce normami dotyczącymi ochrony danych osobowych, taka publikacja wymaga zgody lekarza. W pierwszym roku obowiązywania kodeksu udzieliło jej 22 proc. przedstawicieli zawodów medycznych, przy średniej wartości świadczeń w wysokości 2772 zł. W przypadku organizacji ochrony zdrowia – a zatem towarzystw naukowych czy szpitali – odpowiednio 70 proc. i 32 514 zł. ■

Infarma/egw

Lekarze obawiają się też negatywnego odbioru informacji z raportu. Ich zdaniem opinia publiczna nie musi być przecież zorientowana, że współpraca lekarzy z przemysłem farmaceutycznym jest konieczna dla obu stron, a korzystają na niej również, a może przede wszystkim, pacjenci. Dzięki konferencjom i szkoleniom lekarze mogą poszerzać swoją wiedzę medyczną i być na bieżąco z nowymi sposobami leczenia chorób. Badania kliniczne pomagają weryfikować skuteczność i bezpieczeństwo opracowanych w laboratoriach terapii farmakologicznych. Tymczasem nie brakuje – choćby w mediach – uproszczonych informacji o „przekazywaniu pieniędzy” lekarzom przez koncerny farmaceutyczne. Nakładają się one na doniesienia sprzed kilku lat, że firmy te wysyłały lekarzy na ekskluzywne wakacje – tygodniowe kongresy w najatrakcyjniejszych miejscach świata – za przepisywanie pacjentom ich leków.

Obawy lekarzy nie są zupełnie bezpodstawne. Na zlecenie Infarmy firma Millward Brown przeprowadziła badanie opinii publicznej. Wnioski?

● 88 proc. Polaków wie, że lekarze współpracują z przedsiębiorstwami farmaceutycznymi, ale co piąty nie potrafi powiedzieć, na czym ta współpraca polega.

- 71 proc. badanych uważa, że współpraca lekarzy i firm farmaceutycznych umożliwia tworzenie nowych terapii.
- 79 proc. zgadza się ze stwierdzeniem, że współpraca z przemysłem zapewnia lekarzom udział w konferencjach naukowych, które poszerzają ich wiedzę.
- Czterech na pięciu badanych sądzi, że lekarze częściej przepisują leki tych firm, z którymi współpracują.
- 44 proc. Polaków deklaruje brak zaufania do relacji lekarzy z przemysłem farmaceutycznym.
- 49 proc. badanych stwierdziło, że relacje te są korzystne dla pacjentów.
- Ponad połowa Polaków zadeklarowała zainteresowanie informacjami ujawnionymi na podstawie Kodeksu Przejrzystości, dwie trzecie pozytywnie oceniły samą inicjatywę. Tylko jedna trzecia uważa natomiast, że większa przejrzystość podniesie zaufanie społeczne do lekarzy i przemysłu farmaceutycznego. ■

Małgorzata Solecka

Fot. archiwum



Marek Balicki

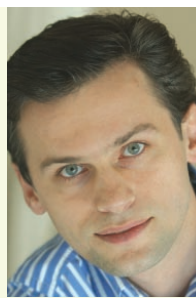
Ogłoszenie przez rząd planu reformy służby zdrowia po dziewięciu miesiącach sprawowania władzy nie mogło być dla nikogo niespodzianką. Tym bardziej że w szeregach partii rządzącej pojawiało się ostatnio coraz więcej oznak zniecierpliwienia. Zaskakująca jest

za to jakość i charakter przedstawionego publicznie dokumentu. Przypomina on bardziej manifest wyborczy, składający się z mniej lub bardziej słusznych postulatów i haseł, niż dobrze przemyślaną strategię, której należałoby oczekiwać po blisko roku rządzenia. Dokument nie zawiera ani uszczegółowionych założeń, ani obliczeń dotyczących poszczególnych obszarów zmian, chociaż ministerstwo nieustannie zapewnia o znacznym zaangażowaniu prac. Istotną wadą jest też brak określenia celów i wskaźników, jakie dzięki reformie mają być osiągnięte. Zatem nie wiemy nawet, co ma być miarą ewentualnego sukcesu lub porażki.

To wszystko znacznie utrudnia ocenę planu, ale dyskusji nie zamyka, a wręcz ją wywołuje. Pięciopunktowy plan reformy opieki zdrowotnej zakłada bowiem daleko idące zmiany prowadzące do przebudowy całego systemu. Zmiany te będą dotyczyć m.in. zasad dostępu do opieki, zarządzania i finansowania systemu, sposobu wynagradzania świadczeniodawców, planowania zasobów szpitalnych oraz organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Istotnym elementem planu jest integracja systemu zdrowia publicznego i powołanie Urzędu Zdrowia Publicznego.

Wiele punktów i postulatów, pomijając ich ogólnikowość, zasługuje na pozytywną ocenę. Mam tu na myśli przede wszystkim postulat objęcia prawem do opieki zdrowotnej wszystkich obywateli mieszkających na terenie kraju, niezależnie od posiadania tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Prawo takie mają już dzieci do 18. roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu. Słuszny kierunkowo jest również pomysł utworzenia sieci szpitali i określenia ich referencyjności, dążenie do lepszej koordynacji opieki oraz wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak nadmierne obciążanie kolejnymi zadaniami lekarzy rodzinnych może prowadzić do skutków odwrotnych od zamierzonych. Nie ulega też wątpliwości, że potrzebne są zmiany zasad finansowania świadczeniodawców, chociaż przedstawione propozycje są co najmniej dyskusyjne. Jak najbardziej słuszny postulat zwiększania nakładów publicznych do 6 proc. PKB w perspektywie najbliższych dziesięciu lat bez akceptowanego przez ministra finansów umocowania ustawowego może pozostać tylko w sferze życzeń.

Głównym celem reformy jest likwidacja NFZ i powrót do finansowania budżetowego. Ta zapowiedź budzi największe kontrowersje, a jej realizacja może pogorszyć funkcjonowanie służby zdrowia. Rząd nie przedstawił dotąd poważnych argumentów uzasadniających ten pomysł. Nie wiemy więc, jakie korzyści mogą wynikać z utworzenia państwowego funduszu celowego w miejsce NFZ. Konieczna jest szeroka debata publiczna. Ważne, aby wynikające z niej wnioski zostały przez rządzących wzięte pod uwagę. W przeciwnym przypadku cena polityczna forsowania zmian może być wysoka. ■



Leczenie ułudą

Paweł Walewski

Gdy rząd Jerzego Buzka wprowadzał w Polsce w 1999 r. cztery reformy, w tym inaugurującą działalność kas chorych, dr Konstanty Radziwiłł pojawiał się w telewizyjnych reklamówkach, próbując zachęcić nas do tej zmiany. Oczekiwania były wielkie, bo wszyscy dobrze zdawali sobie sprawę, że dotychczasowy system, oparty na budżetowym finansowaniu świadczeń medycznych, to droga donikąd. Ubezpieczenia i składka miały zapewnić sfinansowanie coraz wyższych nakładów na opiekę zdrowotną, a przede wszystkim odciąć ją od corocznych przetargów politycznych.

Większość już chyba zapomniała, jak wyglądała w praktyce budżetowanie szpitali i przychodni. Likwidacja NFZ, zaproponowana teraz przez ministra Radziwiłła, to przecież nie jest powrót do regionalnych ubezpieczalni, które tak wspierał w reklamach jako lekarz rodzinny, lecz nawiązanie do głębokiej tradycji PRL. W zaprezentowanym programie nazywa się to wprowadzie Państwowy Fundusz Celowy „Zdrowie”, co sugeruje, że będzie w nim zagwarantowana określona ilość pieniędzy. Ale skoro dzielić je mają politycy, nie tudźmy się, jakie będą efekty. Ponieważ placówki medyczne otrzymają gwarancję finansowania z budżetu, nie będą musiały ze sobą konkurować. A przybędzie im około 2 mln pacjentów, którzy dziś żadnych składek nie płacą, ale otrzymają takie samo prawo do bezpłatnego leczenia (nie tylko w razie wypadku) jak wszyscy ubezpieczeni.

We wrześniu pracownicy ochrony zdrowia przemarszerują w manifestacji przez Warszawę, domagając się wzrostu nakładów do 6,8 proc. PKB. Czy chodzi o te same fundusze, którymi PiS chce sfinansować reformę? Pan minister obiecuje – kupując sobie czas – że pieniądze w systemie zaczną przybywać od 2018 r. Wątpię, aby związki zawodowe stać było na taką cierpliwość. Na razie za obietnicami nie idą żadne konkrety, a warto zwrócić uwagę, że minister finansów dystansuje się od zapowiedzi płynących z ul. Miodowej. Ma na głowie wystarczająco dużo doraźnych problemów, związanych z finansowaniem wyborczych obietnic obecnego rządu – 2018 r. to zbyt odległa perspektywa.

Dla pracowników jest ona jednak bardzo bliska. Walczą więc o wzrost uposażeń, nie przejmując się kolejkami do gabinetów specjalistycznych. Jakoś nikt nie protestuje, aby pieniądze przeznaczone na leczenie w większym stopniu służyły skróceniu kolejek, a nie były wydawane wyłącznie na pokrycie wzrostu płac. Trudno wobec tego oczekiwać, że reforma się powiedzie i pacjenci – a nie tylko personel medyczny – będą z niej choć trochę bardziej zadowoleni niż z poprzednich. Diabeł jak zawsze tkwi w szczegółach, a tych na razie brak. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Zrozumieć



IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd
Lekarzy Polskich / Warszawa / 2-4 / 06 / 2016Patronat Honorowy Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy
Honorowy Patronat Naukowy: prof. dr hab. Jerzy Duszyński, Prezes Polskiej Akademii Nauk

i być zrozumianym, czyli komunikacja z pacjentem

W IX Kongresie Polonii Medycznej, II Światowym Zjeździe Lekarzy Polskich, który odbył się w Warszawie w czerwcu 2016 r., wzięło udział ponad 800 lekarzy i lekarzy dentyistów o polskich korzeniach. Wielkie spotkanie Polonii medycznej było okazją do rozmów o współczesnej medycynie i organizacji pracy w różnych systemach ochrony zdrowia, do wymiany doświadczeń oraz dyskusji o jakości i bezpieczeństwie leczenia i opieki nad pacjentem („Puls” nr 6–7/2016). Wśród wielu zagadnień poruszonych podczas kongresowych sesji były problemy związane z komunikowaniem się lekarza z chorym. Uczestnicy zwracali uwagę na istotną dla przebiegu terapii rolę współpracy pacjenta (także jego rodziny i innych osób bliskich) z lekarzami, współpracy opartej na wzajemnym zrozumieniu. Prelegenci, na podstawie własnych doświadczeń z pracy z chorymi, mówili o nawiązywaniu relacji z pacjentami w przypadkach szczególnie trudnych, gdy wchodzi stosowanie innowacyjnych metod leczenia, przełamywanie barier wynikających z różnic kulturowych czy religijnych, o rozmowach z chorymi – bezpośrednio i za pośrednictwem tłumacza. Także o umiejętności słuchania i zrozumienia pacjentów w stanach terminalnych.

Nowa, inna twarz

O tym, jak odpowiedzialnie przygotować pod względem psychologicznym pacjenta do zabiegu transplantacji w przypadku operacji nowatorskiej, jaką była transplantacja twarzy, mówiła prof. Maria Siemionow, światowej sławy polska transplantolog z Uniwersytetu Illinois w Chicago. Wyjaśniła, że – aby być dla pacjenta wiarygodnym w rozmowie – trzeba przede wszystkim mieć wiedzę, silną osobowość, oparcie w instytucji, którą się reprezentuje, mówić zrozumiale i nie ukrywać problemów, być otwartym na dyskusję. Trzeba również być świadomym ryzyka, które podejmuje pacjent – nie tylko medycznego, ale też estetycznego (nie wiadomo, jaki będzie wizualny efekt po przeszczepieniu), społecznego (czy zostanie zaakceptowany w środowisku, w rodzinie), medialnego (czy „udźwignie” zainteresowanie otoczenia). – *Musimy określić stopień motywacji pacjenta i wiedzieć, że rozumie, iż w przypadku pionierskiej operacji jest przedmiotem eksperymentu medycznego* – zaznaczyła prof. Siemionow i przypomniała, że lekarze powinni pamiętać o przysiędze Hipokratesa i zasadzie, aby nie szkodzić pacjentowi. Rozmowa i przygotowanie chorego do zabiegu jest elementem tego działania.

Pokonać bariery

O problemach związanych z porozumieniem się z pacjentami w związku z barierą językową i kulturową mówiła Barbara Kłodos, lekarz i psychoterapeuta z Niemiec. Do jej gabi-

netu trafiają pacjenci pochodzący z krajów Afryki i Bliskiego Wschodu, skierowani przez organizacje i urzędy zajmujące się uchodźcami. Najczęściej są to osoby w stanie kryzysu, po traumie, które nie znają języka niemieckiego. Nawiązanie kontaktu z nimi wymaga współpracy psychoterapeuty i wykwalifikowanego tłumacza, także uzupełniania wiedzy o kraju, z którego pochodzą, o ich tradycji i religii, zaakceptowania, że nierzadko z chorym przychodzą całe rodziny – uczestniczą w wizycie, zadają pytania, chcą wiedzieć, co dzieje się z ich bliskim. Na wyzwania związane z pracą w społeczności zróżnicowanej kulturowo i językowo zwrócił również uwagę prowadzący w Niemczech praktykę lekarza rodzinnego Bogdan Miłek. – *Leczę wiele osób z problemem migracyjnym pochodzących z różnych krajów, a w naszej przychodni personel mówi łącznie sześcioma językami: po niemiecku, po polsku, rosyjsku i angielsku, po kurdyjsku i arabsku* – podkreślił.

O nadziei

Dr Miłek zajmuje się również medycyną paliatywną. Na kongresie pokazał fragment krótkiego „filmu o nieumieraniu”, będącego zapisem rozmowy, którą przeprowadził z pacjentką z zaawansowaną chorobą nowotworową. Przekonywał, że umiejętności porozumiewania się z pacjentami paliatywnym trzeba się uczyć.

– *Każdej złej wiadomości, którą przekazujemy choremu, powinna towarzyszyć wiadomość dobra* – wskazała Małgorzata Krajnik, kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Zwróciła uwagę, że podczas rozmowy należy zadbać o intymność pacjenta, zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa, a swój przekaz dostosować do możliwości zrozumienia przez rozmówcę, gdyż przyczyną powstania fałszywej nadziei najczęściej jest niewłaściwa komunikacja między lekarzem i chorym.

Język porozumienia

Językiem IX Kongresu Polonii Medycznej był oczywiście polski. Lekarze polscy i polonijni pracują dzisiaj na wszystkich kontynentach, ale ich doświadczenia zawodowe są różne w różnych częściach świata. Postęp w medycynie, rozwój technologii, możliwości szybkiej wymiany informacji i porozumiewania się na odległość, migracje i zachodzące przemiany społeczne, także zmieniające się oczekiwania pacjentów dotyczące jakości i bezpieczeństwa leczenia, świadomego udziału w terapii, stanowią poważne wyzwanie dla ochrony zdrowia. Umiejętności komunikacyjne są zatem narzędziem niezbędnym, które musi być praktycznie wykorzystywane. ■

ach

Opinie uczestników

Kongresu Polonii Medycznej



Fot. archiwum

Grzegorz Opala, neurolog, Katowice

Kongres ma dużą wartość. Po pierwsze jest okazją do spotkania i posłuchania lekarzy – praktycznie – z całego świata, polskich lekarzy. W wielu przypadkach dowiaduję się o wspaniałych osiągnięciach, na najwyższym światowym poziomie. Wystarczy wymienić honorowego gościa kongresu – prof. Zbigniewa Wszółka z Mayo Clinic, odkrywcę jednego z genów choroby Parkinsona, także prof. Krzyszto-

fa Bankiewicza z San Francisco, prof. Marię Siemionow, która dokonała przeszczepu twarzy.

Niezwykle interesujące jest zderzenie kulturowe, z jakim lekarz spotyka się w swojej praktyce zagranicą. Nawet nie musimy mówić o dalekiej zagranicy, Afryce czy Nowej Zelandii, USA. Także w najbliższych krajach dostrzegamy odmienne podejście do wielu zagadnień. Wyjeżdżający zagranicę lekarz musi też uwzględniać odrębności kulturowe, religijne i potrzeby pacjentów. Miałem okazję uczestniczyć w różnych światowych kongresach, ale były to kongresy specjalistyczne. Takiej okazji do wymiany doświadczeń nie miałem na żadnym.



Fot. archiwum

Ewelina Małanicz, internistka, prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich we Lwowie

Dla nas takie spotkania są radością i natchnieniem do dalszego życia i pracy. Na kongresie można bardzo dużo się nauczyć. Poprawić swoją wiedzę z zakresu terminologii medycznej, którą my, mieszkając na Ukrainie, niestety słabo znamy. Znam dobrze język polski, kończyłam polską szkołę, ale z terminologii nie jestem taka doskonała. Tutaj jest okazja poznać wielu lekarzy. Ponieważ

jestem na kongresie po raz dziewiąty, mam wielu przyjaciół rozsiansych po całym świecie. Ogromną satysfakcją jest spotkać ich znowu.

Andrij Bazylewicz, internista, kardiolog, wicerektor Lwowskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Ukraińskiego Stowarzyszenia Lekarskiego we Lwowie

Pierwszy raz uczestniczę w kongresie. Jestem pod wrażeniem jego organizacji: trzy dni wykładów w czterech salach, co 15 minut kolejny wykład. Rozmach jest imponujący. Inauguracja z obecnością wielu osób oficjalnych i wykładem prof. Wszółka też wzbudziła mój podziw.



Fot. egw



Fot. egw

Bogdan Miłek, medycyna ogólna, paliatywna i naturalna oraz akupunktura, Wadgassen, Niemcy

Od 25 lat pracuję w Niemczech. Prowadzę dwie duże praktyki lekarza rodzinnego. Od paru lat jestem też prezesem Polskiego Towarzystwa Medycznego w Niemczech, które liczy blisko 500 członków, oraz sekretarzem Federacji Towarzystw Polonijnych od dwóch kadencji.

Nie ma lekarzy polonijnych bez ich korzeni i nie ma lekarzy polskich bez tej grupy, która wyemigrowała. Poczucie wspólnoty jest bardzo cenne.

Uczestniczyłem m.in. w sesji poświęconej komunikacji z pacjentem. Prezentowano techniki komunikacji w medycynie paliatywnej, postępowania z pacjentem trudnym, pacjentem należącym do innej kultury. W Niemczech często spotykamy się z tym problemem. W medycynie paliatywnej komunikacja jest szczególnie ważna, kierujemy się pewnymi regułami, musimy wczuwać się w położenie pacjenta. Niektóre techniki można trenować, ale w pewnych sytuacjach trzeba być po prostu dobrym człowiekiem. Dobór kandydatów do naszego zawodu powinien to uwzględnić.

W ochronie zdrowia także pojawia się kwestia stosunku do imigrantów. Kiedyś do Niemiec przybywali Polacy, teraz inne nacje. Tak jak we wszystkich innych grupach są wśród nich ludzie dobrzy i źli. Trzeba myśleć o ich prawie do życia, do zdrowia, do godności, oczywiście w ramach porządku danego kraju.



Fot. D. Hankiewicz

Maria Z. Siemionow, Uniwersytet w Illinois, Chicago

Od strony zawodowej kongres to wymiana doświadczeń, a przede wszystkim globalne spojrzenie na medycynę. Na co dzień nie mamy okazji do zbyt częstych kontaktów, zwłaszcza że pracujemy w różnych dziedzinach. Na kolejnych spotkaniach możemy zaobserwować postęp w poszczególnych dziedzinach, a w innych jego brak. Różnice dają się też zauważyć w poszczególnych krajach.

Podtrzymujemy znajomości, nawiązujemy nowe, ale najważniejsza jest edukacja młodej kadry lekarskiej, która wiele się tu uczy, ma też możliwość późniejszego odwiedzania naszych ośrodków. Wyszkoliłam ponad 60 młodych chirurgów z Polski – wszyscy wrócili do kraju. Obecnie pracuje u mnie dziesięciu młodych ludzi – chirurgów i naukowców zajmujących się biologią molekularną. Mają okazję przywieźć do Polski swoją wiedzę i umiejętności. ■

Notowała **mkr**

Senat na rzecz Polonii

Podczas czerwcowego Kongresu Polonii Medycznej gościli w Warszawie przedstawicielki Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy: dyrektor generalna Raisa Pawlenko i wicedyrektor Tatiana Ostapenko.

Obie panie przyjął w marszałek Senatu RP Stanisław Karczewski. Podczas rozmowy poruszono sprawę opieki Senatu nad Polonią. Podkreślono potrzebę kontynuowania projektu Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie.

Marszałek Senatu otrzymał podziękowania od przewodniczącej Komisji Zdrowia Rady Najwyższej Ukrainy prof. Olgi Bohomolec za wkład na rzecz współpracy polsko-ukraińskiej. ■

Krzysztof Królikowski,
pełnomocnik prezesa ds. DPKM w Kijowie

Podziękowanie

dla Szanownej Pani dr n. med. Elżbiety Kuczałek-Rusieckiej i Pana dr. n. med. Tadeusza Pawlikowskiego za bezinteresowne przekazanie wydawnictw i kolekcji polskich do Działu Polskiej Książki Medycznej przy Narodowej Naukowej Bibliotece Medycznej Ukrainy w Kijowie.

Z wdzięcznością
Raisa Pawlenko,
dyrektor generalna Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy w Kijowie

IX Kongres Polonii Medycznej od strony artystycznej

W głównym hallu Teatru Narodowego została przedstawiona twórczość lekarzy, których pasją jest malarstwo i fotografia. 20 autorów z Polski, Włoch i Niemiec wystawiło 40 obrazów. Wystawę zwiedziła i komentowała wyjątkowa publiczność – około 500 osób, które uczestniczyły w inauguracji kongresu. Prace zostały ocenione przez zwiedzających bardzo wysoko, wiele obrazów ich zachwyciło. Komisarzem wystawy był niżej podpisany, który w czasie sesji poświęconej kulturze wygłosił referat „Malarstwo – sposób na życie”.

Nieco dalej, w tzw. Sali Zielonej, kol. Darek Hankiewicz przedstawił fotogramy 41 kolegów artystów fotografików uczestniczących w latach 2013–2015 w Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym w Kazimierzu Dolnym. ■

Włodzimierz Cerański

Fot. Wł. Cerański



CENTRUM
KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO

Rozwijamy profesjonalne kompetencje!

MBA
w ochronie zdrowia

**Ostatnie dni
rekrutacji!**

Akademia Rynku Ochrony Zdrowia
Studia podyplomowe:

- ▶ Coaching w ochronie zdrowia
- ▶ Pakiet 3 praw: prawo medyczne, ochrony zdrowia i pacjenta
- ▶ Organizacja i zarządzanie badaniami klinicznymi
- ▶ Zarządzanie informacją w podmiotach leczniczych
- ▶ Studium prawa zatrudnieniowego w podmiotach leczniczych
- ▶ Studium prawa medycznego
- ▶ Studium prawa farmaceutycznego
- ▶ Zarządzanie organizacjami pozarządowymi w obszarze ochrony zdrowia

Centrum Kształcenia Podyplomowego, Uczelnia Łazarskiego, ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa
Zachęcamy do kontaktu: tel: +48 (22) 54 35 322, e-mail: ckp@lazarski.edu.pl

Dowiedz się więcej: ckp.lazarski.pl

OGŁOSZENIE

Wyszukolić patomor

Z prof. dr hab. n. med. Barbarą Górnicką, prorektorem ds. dydaktyczno-wychowawczych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w kadencji 2016–2020, kierownikiem Katedry i Zakładu Patomorfologii WUM, rozmawia Anetta Chęcińska.

1 września 2016 r. nowo wybrane władze rektorskie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego rozpoczynają czteroletnią kadencję. Z jakimi wyzwaniami zmierzy się w najbliższym czasie uczelnia, a także jej prorektor ds. dydaktyczno-wychowawczych?

Przede wszystkim pełnienie tej funkcji to dla mnie ogromny zaszczyt. Sprawy studenckie są mi bliskie. Przez osiem lat byłam prodziekanem ds. studenckich I, II i III roku I Wydziału Lekarskiego, a teraz swe doświadczenie wykorzystam, aby zajmować się zagadnieniami dotyczącymi wszystkich studentów. Jestem do tego zadania przygotowana. WUM to ogromna uczelnia, kształcimy ponad 10 tys. studentów. Mamy dwa wydziały lekarskie, Wydział Lekarsko-Dentystyczny, a także Wydział Farmaceutyczny i Wydział Nauki o Zdrowiu oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego. Specyfika kształcenia na tych wydziałach jest różna. Poszerzyliśmy znacząco bazę dydaktyczną. Planujemy kolejne inwestycje. W perspektywie myślimy o nowym centrum dydaktycznym na terenie kampusu.

Kiedy studenci rozpoczną zajęcia w centrum symulacji?

Prawdopodobnie w następnym roku akademickim. Centrum będzie zlokalizowane przy ul. Działdowskiej, w budynku, w którym działał przed przeprowadzką do nowego obiektu szpital pediatriczny. Jesteśmy w fazie organizacji, a pomieszczenia są przystosowywane do nowych zadań. Oczywiście pojedyncze symulatory na uczelni już mamy i studenci z nich korzystają. Centrum symulacji to świetna metoda kształcenia praktycznego, niezależnie od stażu podyplomowego, który został przywrócony jako niezbędny składnik przygotowania do wykonywania zawodu lekarza. Mówiąc o zawodowej praktyce, dostrzegamy też potrzebę uczenia studentów tzw. kompetencji miękkich, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, które zdarzają się w codziennej pracy, reagowania na sytuacje niepożądane, komunikacji z pacjentem. W centrach symulacji takie umiejętności studenci mogą ćwiczyć, chociażby z udziałem aktorów przedstawiających konkretne zachowania. Obecnie obserwujemy rozluźnienie więzi międzyludzkich, dlatego tym bardziej musimy uwrażliwiać studentów i przypominać, że praca lekarza to przede wszystkim bezpośredni kontakt z pacjentem, a nie za pośrednictwem mediów elektronicznych. Oczywiście korzystamy też ze zdobyczy technicznych i możliwości, jakie oferuje informatyzacja w procesie dydaktycznym. Z jednej strony są ułatwieniem, z drugiej – niosą wyzwania.

Czy w związku z wykorzystaniem tych technik zmieniają się metody nauczania?

Nie jest łatwo przygotować dobry wykład w wersji internetowej, ale część zajęć przenosimy już do *e-learningu*. To nowy rozdział, którego metod dopiero się uczymy,

poznajemy możliwości, testujemy sprawdzanie efektów kształcenia i wiedzę przekazywaną tą drogą. Kadre do e-nauczania trzeba również przygotować – staramy się organizować szkolenia i zdobywać na ten cel dodatkowe fundusze. Jednakże z komputerem pracujemy nie od dzisiaj. Studenci mają dostęp do materiałów seminaryjnych w sieci. Informatyzacja dotyczy też obsługi administracyjnej. Kompleksowa komputeryzacja uczelni i jak najlepsze jej dostosowanie do potrzeb kształcenia studentów są nieodzowne. Wyzwaniem na przyszłość może być nauczanie metodą problemową (*problem-based learning*), która polega na tym, że poznajemy wybrany temat (np. serce) przez różnorodne zagadnienia (np. anatomii, fizjologii, problematykę kliniczną). To metoda stosowana na wielu uniwersytetach medycznych na świecie. Na pewno lepiej sprawdza się w mniejszych uczelniach, tam gdzie łatwiej zorganizować mniej liczne grupy słuchaczy studiujących problem. My na razie wprowadziliśmy elementy nauczania modułowego (np. uczyliśmy chemii z elementami biochemii) i ten model chcemy rozwijać.

Kieruje pani Katedrą i Zakładem Patomorfologii WUM. Czy młodzi adepci medycyny interesują się tą dziedziną?

Nasza specjalizacja nie jest popularna. Powszechnie i najczęściej kojarzy się z przeprowadzaniem sekcji zwłok, tymczasem to już marginalna część naszej zawodowej aktywności. Studenci niechętnie myślą o specjalizacji z patomorfologii, gdyż chcą mieć kontakt z pacjentem, a tego w naszej pracy nie ma. Trzeba jednak podkreślić, że przecież zajmujemy się diagnostyką przyżyciową. Jako patomorfolog czuję się pełnoprawnym członkiem zespołu diagnostyczno-terapeutycznego. Wiem, że na podstawie mojego rozpoznania, wskazania typu nowotworu, określenia cech prognostycznych i predykcyjnych oraz właściwości komórki, lekarz wdroży odpowiednią terapię.

Jak zainteresować studentów i młodych lekarzy patomorfologią?

Pierwszy krok – to zaciekawić, atrakcyjnie uczyć, pokazywać, że patomorfologia jest szeroką specjalizacją, obejmującą ogrom zagadnień. Naukę ułatwia dobre zaplecze naukowe. Mamy na uczelni nowoczesny zakład patomorfologii wyposażony w skanery, programy komputerowe. Uczymy tak, jak uczy się patomorfologii w Europie Zachodniej. Zapewniamy studentom i rezydentom dostęp do zeskanowanych preparatów, których muszą obejrzeć tysiące, bo kształcenie patomorfologa to m.in. praca obrazowa, oglądanie, zapamiętywanie. A przecież wciąż podczas badań zdarzają się przypadki, które nas, doświadczonych patomorfologów, zaskakują, gdyż obrazy morfologiczne chorób zmieniają się. Specjalizacja trwa pięć lat. W zakładzie, którym kieruję, obecnie jest 12 rezydentów.



Fot. A. Chęcińska

Patomorfologów brakuje.

O naszej specjalizacji zrobiło się głośniejsze w środowisku po wprowadzeniu tzw. pakietu onkologicznego. Ktoś przecież musi rozpoznawać nowotwory i to w określonym czasie. Okazało się więc, że jest nas za mało. Zakłady uniwersyteckie nie mają problemów z kadrą. Inaczej wygląda sytuacja w mniejszych ośrodkach. Wyposażenie laboratorium histopatologicznego to ogromny koszt i nie wszystkie szpitale są w stanie go unieść. Kupują badania na zewnątrz, m.in. w laboratoriach prywatnych. Nie kwestionuję działalności tych podmiotów, ale ów trend nie zawsze jest korzystny. Patomorfologowi kontakt z klinicystą jest bardzo potrzebny – w celu konsultacji, omówienia problemu. Jeżeli badanie histopatologiczne wykonywane jest poza jednostką macierzystą, te możliwości są ograniczone. Wydłuża się również czas oczekiwania na wynik, co nie służy pacjentom. Przynajmniej w szpitalach, w których prowadzone są trudne przypadki, w szpitalach o wyższym stopniu referencyjności patomorfolog powinien pracować na miejscu.

Patomorfolodzy wyjeżdżają z Polski?

Warunki ekonomiczne i zawodowe zagranicą są o wiele lepsze, a patomorfologię w Europie się ceni. Nie mamy proble-

mów z zatrudnieniem poza Polską, jest nam może nawet łatwiej niż przedstawicielom innych zawodów medycznych, gdyż nie pracujemy bezpośrednio z pacjentem i znajomość języka obcego nie jest aż tak potrzebna. Trzeba jednak pamiętać, że wykształcenie patomorfologa to ogromny wkład pracy i wysiłek. Nie powinniśmy tracić specjalistów, których sami wykształciliśmy.

Ten problem dotyczy nie tylko patomorfologów, ale również lekarzy innych specjalności. Mimo że decyzje lekarzy dotyczące miejsca pracy zależą od wielu czynników, czy władze WUM mają pomysły, jak przeciwdziałać odpływowi kadr medycznych zagranicę?

Chcemy zatrzymywać na uczelni najlepszych. Zamierzamy stworzyć program, który pozwoliłby na zatrudnienie najzdolniejszych studentów, doktorantów. Mamy obiecujących lekarzy na studiach doktoranckich, których praca naukowa jest na najwyższym poziomie, oni chcą pracować na uczelni, ale niejednokrotnie nie możemy ich zatrudnić. Zapewniając im odpowiednie warunki pracy naukowej, rozwoju zawodowego, z pewnością sprawimy, że nie będą chcieli wyjechać z Polski. ■

II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



W Jachrance 16 i 17 czerwca około 500 lekarzy dentyistów uczestniczyło w II Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych. Przybyło więcej osób niż rok temu. Świadczy to o ogromnym zainteresowaniu naszego środowiska, a także o wartości merytorycznej prowadzonych szkoleń. Lekarze dentyści chcą poznawać najnowsze kierunki w stomatologii, wymieniać się doświadczeniami z kolegami po fachu. Jeden z uczestników powiedział: – *Ciągle musimy się uczyć, szybki postęp w naszej dziedzinie zmusza nas do tego. Wiele dowiadujemy się na wykładach, ale równie dużo w kularach, podczas indywidualnych rozmów.*

Lekarze doceniają fakt, że koszty pobytu były stosunkowo niskie, a szkolenia opłacone przez OIL. Wykłady wygłosili nauczyciele akademicy z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a także eksperci z uniwersytetów medycznych: wrocławskiego i pomorskiego.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu reprezentowała **prof. Marzena Dominiak**, kierownik naukowy tegorocznego kongresu FDI (Światowej Federacji Dentystrycznej), który po raz pierwszy w swojej ponadstuletniej historii odbędzie się w Polsce (we wrześniu, w Poznaniu), a Uniwersytet Pomorski – **dr n. med. Zbigniew Hamerlak** ze Szczecina.

Odbyło się ponad 30 wykładów. O tym, jak ciekawe i potrzebne były, świadczy wysoka frekwencja. Uczestnicy wypełniali sale wykładowe tak dokładnie, że trzeba było dostawiać krzesła.

Na spotkanie przybyli lekarze dentyści nie tylko z Mazowsza, ale z całej Polski.

Marta Klimkowska-Misiak, wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyistów w Warszawie, współorganizatorka MSS, powiedziała: – *Cieszę się, że zainteresowanie koleżanek i kolegów lekarzy dentyistów jest większe niż w ubiegłym*



roku, co widać po frekwencji. Docierają do nas, członków komitetu organizacyjnego, bardzo pozytywne opinie uczestników dotyczące merytorycznej oceny wykładów i doboru ich tematyki. Założeniem Komisji ds. Lekarzy Dentyistów ORL w Warszawie, głównego organizatora Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych, było znalezienie tematów, które zaciekałyby jak największą liczbę lekarzy. Wobec tego, że nie każdy mógł wystąpić na wszystkich wykładach, które go interesowały, pojawiła się sugestia – i mam nadzieję, że uda się ją zrealizować – aby treść niektórych zamieścić na stronie internetowej Izby i w ten sposób aktualną wiedzę udostępnić szerszemu gronu.

Były także prośby, aby część wykładów, choćby w wersji skróconej, została opublikowana na łamach „Pulsu”, np. dotyczące pacjentów leczonych onkologicznie. Zagadnienie to przedstawili **dr n. med. Agnieszka Kapała** i **dr n. med. Zbigniew Hamerlak**.

Istotne jest m.in. uwrażliwienie lekarzy dentyistów, aby u pacjenta onkologicznego leczonego bifosfonianami przez co najmniej pół roku nie wykonywać zabiegów chirurgicznych, z uwagi na możliwość samoistnego złamania żuchwy lub innych niebezpiecznych powikłań.

W świetle nowych zagrożeń epidemiologicznych niezmiernie ważne i dla lekarzy, i dla pacjentów jest zapobieganie zakażeniom w gabinetach stomatologicznych. Kwestię tę bardzo ciekawie przedstawiła **dr hab. n. med. Marta Wróblewska** i jej wykład należałoby udostępnić szerszemu gronu lekarzy.

Także wykład prof. Marzeny Dominiak o wpływie witaminy D na leczenie stomatologiczne przyciągnął uwagę wielu uczestników spotkania. Prof. Dominiak omówiła wyniki ostatnich badań, dowodzące bardzo istotnego znaczenia właściwego poziomu witaminy D w organizmie dla jego prawidłowego funkcjonowania (np. przebiegu procesu gojenia). Specjalistka przedstawiła wnikliwą analizę przyczyn niedoboru



Znaczna część lekarzy dentyistów realizuje obowiązek kształcenia ustawicznego. Podczas Mazowieckich Spotkań wszyscy mają taką szansę, ponoszą tylko koszty wyżywienia i ewentualnie noclegu, jeśli wybiorą taką opcję. Koszty wykładów i rezerwacji sal pokryła Izba ze składek członków. Wiedza przekazywana była obiektywnie i niezwykle rzetelnie.

Przy okazji MSS można było także dokonać zakupu wielu najnowszych urządzeń i materiałów przydatnych w leczeniu, dzięki obecności ponad 40 wystawców, którzy chętnie udzielali wyjaśnień dotyczących produktów.

– Wieczorem, po długim czasie intensywnej nauki, nadeszła pora na chwilę relaksu – uroczystą kolację, tańce i rozmowy. To niezbędny element naszych spotkań. Integracja rozproszonego i zamkniętego w swoich gabinetach



Fotografie: R. Klimkowska

witaminy D, podkreśliła konieczność ich wyjaśnienia oraz wskazała drogi przywrócenia właściwego poziomu witaminy D.

Lekarze dentyści stale muszą aktualizować wiedzę w zakresie endodoncji, stomatologii dziecięcej, dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego, ortodoncji, infekcyjnego zapalenia wsierdza, kardiologicznych i diabetologicznych obciążeń pacjentów, udzielania pierwszej pomocy w stanach nagłych. Dzięki wykładowcom z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego stało się to możliwe, za co należą się im gorące podziękowania.



środowiska stomatologicznego jest ważnym zadaniem samorządu, jednym z priorytetów naszej komisji – podsumowała Marta Klimkowska-Misiak.

Spotkania stomatologiczne nabierają rozgłosu i charakteru ogólnopolskiego. Lekarze dentyści sugerują ich kontynuowanie. Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne zostaną wpisane w roczny cykl wydarzeń edukacyjnych Izby na stałe. W przyszłym roku 9–10 czerwca odbędą się po raz trzeci, w serockim w hotelu Narvil. Komisja ds. Lekarzy Dentystów serdecznie zaprasza na nie już dzisiaj. ■

mkr

doniesienia naukowe



HTZ nie poprawia pamięci

Hormonalna terapia zastępcza nie poprawia pamięci ani zdolności poznawczych kobiet, bez względu na to, jak wcześniej została zastosowana. Długo dyskutowano na ten temat, ale ostateczne wnioski są negatywne.

Podawanie zastępczych estrogenów nadal jest uznawane za najlepszą metodę leczenia objawów menopauzy, takich jak uderzenia gorąca. Chroni również przed osteoporozą i chorobą niedokrwienną serca, pod warunkiem jednak, że terapia zostanie wdrożona przed upływem pięciu lat od wystąpienia pierwszych objawów.

Wydawało się, że ze zdolnościami poznawczymi jest podobnie jak w przypadku choroby wieńcowej: jeśli tylko dostatecznie wcześniej rozpocznie się HTZ, to również pamięć lepiej będzie chroniona. Dr Victor W. Henderson ze Stanford University School of Medicine w Kalifornii, który prowadził badania w tym zakresie, twierdzi, że nie ma na to – niestety – przekonujących dowodów.

Pod uwagę wzięto 567 kobiet w wieku 41–84 lata. Podzielono je na dwie grupy: z menopauzą występującą od sześciu lat i co najmniej od dziesięciu lat. Pacjentki zażywały beta-estradriol lub placebo. Kobiety, które nie miały histerektonii, otrzymywały też progesteron w żelu dopochwowym lub placebo. Uczestniczyły one w badaniach średnio pięć lat. Nie zauważono, żeby kobiety, u których rozpoczynano HTZ przed upływem pięciu lat, uzyskiwały lepsze wyniki w testach zdolności poznawczych („Neurology”, lipiec 2016).

In vitro nie powoduje raka piersi

Kobiety poddające się zabiegom *in vitro*, wymagającym użycia wysokich dawek leków hormonalnych, nie muszą się obawiać, że są bardziej narażone na raka piersi. Najnowsze badania przeprowadzone w Danii obejmują dość długi okres obserwacji, sięgający 21 lat. Na razie można zatem powiedzieć, że dwie dekady po zabiegu pacjentki są na ogół bezpieczne.

Część dotychczasowych badań nie dawało jednoznacznych odpowiedzi. Jedno z nich, opublikowane w 2008 r., sugerowało, że rak piersi częściej występuje u pacjentek, które poddawały się zabiegowi po czterdziestce. Z kolei badania w Izraelu wykazały, że częściej zdarza się on u kobiet młodszych, u których zastosowano metodę *in vitro* po trzydziestce.

W 2012 r. badanie w zachodniej Australii dowiodło, że spośród kobiet, które w tym regionie poddawały się zabiegom *in vitro*, najbardziej na raka piersi narażone były najmłodsze, do 24. roku życia. Badania te na ogół były przeprowadzane na małej grupie.

Najnowszym raportem objęto 25 tys. Dunek w wieku około 33 lat, które były leczone w latach 1980–1995, a media na ich obserwacji sięgnęła 21 lat. Najbardziej zaskakujący jest wniosek, że ryzyko zachorowania na raka było mniej-

sze u kobiet, które co najmniej siedem razy poddawały się zabiegowi, niż u tych, które przeszły zaledwie jeden lub dwa cykle. Wyjaśniałoby to, dlaczego w Australii stwierdzono wyższe ryzyko choroby u najmłodszych kobiet. Louise M. Stewart z Curtin University w Perth podejrzewa, że młodsze kobiety silniej reagują na leczenie hormonalne („JAMA”, lipiec 2016).

Za mało żelaza u kobiet w ciąży

Aż u 35 proc. kobiet w ciąży zbyt niski jest poziom żelaza, który zwiększa ryzyko powikłań, takich jak poronienie czy przedwczesne rozwiązanie, ale grozi również zaburzeniami tarczycy. Specjaliści z kliniki endokrynologicznej szpitala uniwersyteckiego w Brukseli badali 1900 kobiet w pierwszym trymestrze ciąży.

Według Narodowego Instytutu Zdrowia (NIH) w USA u kobiet oczekujących dziecka stężenie żelaza powinno sięgać 27 mg dziennie, co można uzyskać dzięki odpowiedniej diecie i suplementacji. U pozostałych kobiet w wieku 19–50 lat zaleca się 18 mg, a u mężczyzn – 8 mg.

Niedokrwistość u kobiet w ciąży na ogół związana jest z niedoborem żelaza. Główna autorka badań, dr Kris Poppe, zwraca uwagę na niedobór hormonu tarczycy, do wytwarzania którego potrzebna jest peroksydaza tarczycowa (TPO), a ta zależy od poziomu żelaza w organizmie. Jest on szczególnie ważny w pierwszym trymestrze ciąży, kiedy w organizmie płodu rozwija się gruczoł tarczycy.

Z badań duńskiej uczoney wynika, że u 10 proc. kobiet z deficytem żelaza w okresie ciąży rozwija się autoimmunologiczna choroba tarczycy. Zdarza się ona również u matek z prawidłowym jego poziomem, ale rzadziej – u 6 proc. kobiet w ciąży. Podobnie jest z niedoczynnością tarczycy: występuje u 20 proc. kobiet w ciąży z niskim stężeniem żelaza w surowicy oraz u 16 proc. z prawidłowym („European Journal of Endocrinology”, lipiec 2016).

Diabetycy powinni się szczepić

Kolejny argument za szczepieniem przeciwko grypie. Tym razem stwierdzono, że chorzy na cukrzycę typu 2 dzięki temu są mniej narażeni na choroby sercowo-naczyniowe. Wskazują na to siedmioletnie obserwacje 124,5 tys. diabetyków przeprowadzone przez specjalistów brytyjskich. Dwie trzecie badanych chorych było zaszczepionych.

Główny autor badań, dr Eszter P. Vamos z Imperial College London, twierdzi, że po uwzględnieniu takich czynników jak wiek, płeć i choroby towarzyszące, np. nadciśnienie tętnicze, obliczono, że szczepienie przeciwko grypie o 30 proc. zmniejsza u pacjentów z cukrzycą typu 2 groźbę udaru mózgu, a ryzyko niewydolności serca jest o 22 proc. mniejsze. Stwierdzono również, że o 24 proc. spada ryzyko zgonu z wszystkich innych przyczyn.

Według prof. Adama Antczaka z Łodzi cukrzycy, którzy zachorują na grypę, sześciokrotnie częściej trafiają do szpitala i trzy razy wyższe jest u nich ryzyko zgonu. Niestety, zbyt mało osób cierpiących na choroby przewlekłe co roku się szczepi przeciwko grypie sezonowej. W minionym sezonie grypowym 2014/2015 było u nas 3,7 mln zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę, ponad 12,2 tys. hospitalizacji oraz 11 zgonów. Zaszczepiło się zaledwie 3,4 proc. osób („Canadian Medical Association Journal”, lipiec 2016). ■

Zbigniew Wojtasiński



Fot. archiwum

Co seniorom da lista?

Małgorzata Solecka

Od września bezpłatnie leki dostaną seniorzy powyżej 75. roku życia, chorujący m.in. na nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, cukrzycę, astmę oskrzelową, osteoporozę i jaskrę. Wbrew wcześniejszym obawom lista nie jest wąska – zawiera ponad 1110 preparatów i blisko 70 substancji czynnych. Ekspertki, analizując wstępny projekt wykazu, oceniają go jako co najmniej wystarczający, dobrze odpowiadający potrzebom pacjentów w podeszłym wieku.

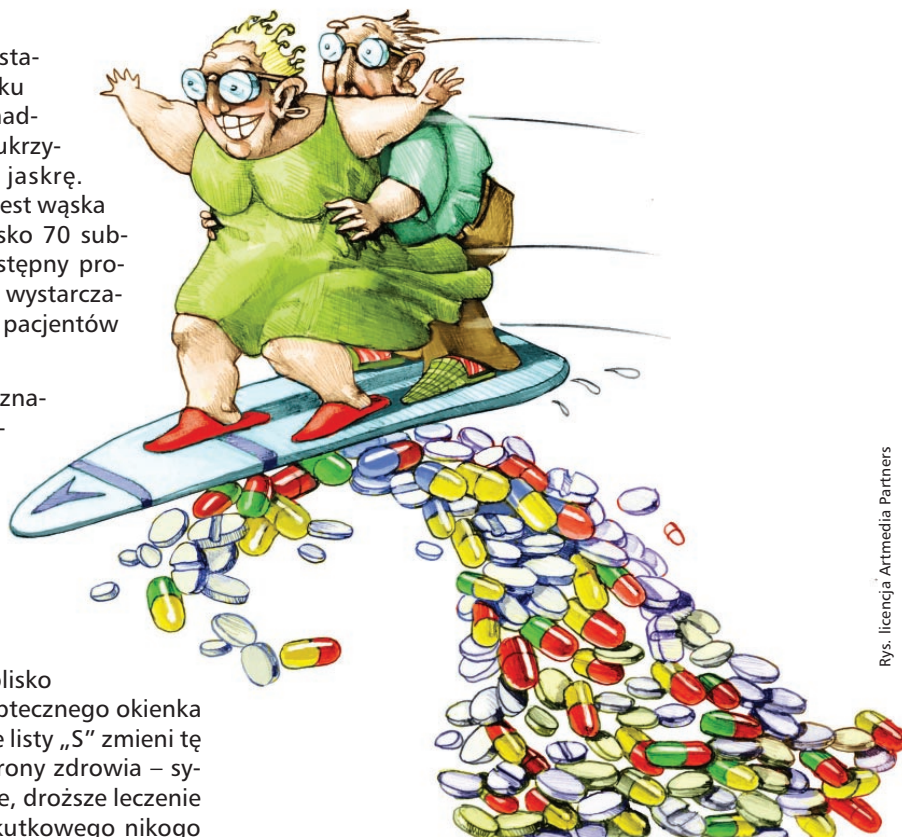
Seniorzy nie powinni mieć problemu ze znalezieniem na tej liście leków, które przyjmują w tej chwili z powodu chorób płuc i krążenia, oraz leków przeciwzakrzepowych. Znalazły się na niej także preparaty stosowane w otępieniu starczym. Część specjalistów ocenia jednak, że „niedocenionym” obszarem jest cukrzyca.

Ministerstwo Zdrowia przypomina, że blisko 17 proc. polskich chorych odchodzi od aptecznego okienka bez wykupionych leków, a wprowadzenie listy „S” zmieni tę niekorzystną – również dla systemu ochrony zdrowia – sytuację. Brak leczenia, większe komplikacje, droższe leczenie – o istnieniu tego ciągu przyczynowo-skutkowego nikogo nie trzeba przekonywać.

Problem polega na tym, że – jak przypomina choćby Fundacja MY Pacjenci – obok seniorów są inne grupy społeczne w równym stopniu narażone na konsekwencje rezygnacji z terapii. Potwierdzają to dane „Diagnozy społecznej 2015”, na które także powołuje się resort zdrowia.

Gdy wśród emerytów wskaźnik rezygnacji z zakupu leków wynosi niecałe 17 proc., w przypadku rencistów jest dwukrotnie wyższy (33,4 proc.). Nie wykupuje leków także 17,7 proc. małżeństw, które mają troje lub więcej dzieci. A w rodzinach osób utrzymujących się z „niezarobkowych źródeł” – ponad 40 proc.

Warto o tym pamiętać. Minister Konstanty Radziwiłł uważa, powołując się na konstytucję, że osobom w podeszłym wieku należy się pomoc państwa. Trudno nie zauważyć, że ten sam art. 68 konstytucji mówi również o obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym i osobom niepełnosprawnym. A lista „S”, mimo dobrych ocen, nie rozwiąże problemu braku dostępności leków przynajmniej dla niektórych pacjentów – z powodów ekonomicznych. Społeczny projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej, złożony przez lekarzy rodzinnych, którego pierwsze czytanie odbyło się w grudniu 2015 r. i który ugrzązł w Komisji Zdrowia, zawiera godną rozważenia propozycję rozwiązania tego problemu przez wprowadzenie limitów, po przekroczeniu których leki byłyby dla pacjenta bezpłatne.



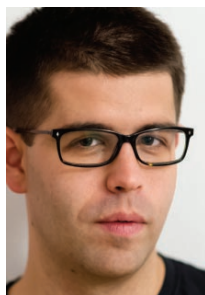
Rys. licencja Artmedia Partners

Takie rozwiązanie jest stosowane w kilku krajach europejskich i chroni tych, którzy ochrony potrzebują najbardziej – rodziny pacjentów, którzy wydają na leki najwięcej.

Inne wątpliwości, jakie wiążą się z listą leków dla seniorów, musi zweryfikować rzeczywistość. Na ile ograniczenie możliwości przepisywania darmowych medykamentów tylko do poradni POZ utrudni życie seniorom (i lekarzom), w tej chwili trudno przewidzieć. Można się spodziewać większych kolejek w przychodniach POZ, przynajmniej na początku obowiązywania listy.

Zdaniem wielu lekarzy dość utopijne jest założenie, że lekarze POZ będą tylko czytać informacje przekazywane przez specjalistów i wypisywać pacjentom darmowe leki. Za przepisaniem leku odpowiada lekarz, który go przepisał. Musi więc pacjenta zbadać i podjąć decyzję. Początek września w poradniach i gabinetach POZ może być więc tłoczny, a nawet nerwowy.

Czy i ilu seniorów „przestawi się” na leki ujęte na liście i jak to wpłynie na tempo wydawania 125 mln zł, które minister zdrowia ma do dyspozycji w tym roku? Konstanty Radziwiłł odważnie deklaruje, że kolejne listy „S” będą jeszcze obszerniejsze. Byłoby złym znakiem, gdyby okazało się, że po kilku tygodniach trzeba wprowadzać mechanizmy korygujące dostępność darmowych leków z powodu nadmiernej ich konsumpcji. ■



„Opowieści z partyzantki”

Łukasz Jankowski

Sformułowanie „opowieści z partyzantki” usłyszałem na szpitalnym korytarzu świeżo po rozpoczęciu pracy zawodowej. Dwóch lekarzy żywo rozprawiało o tym, który z nich miał kiedyś w życiu gorzej. Gestykulowali, śmiali się, przekrzykiwali zaciekle: który przyjął kiedyś większą liczbę pacjentów, który spędził w pracy większą część życia, komu gorzej płacili? A może nie zapłacili wcale? Licytacji nie było końca. „Opowieści z partyzantki” – skwitowała z chmurną miną koleżanka, mimowolny świadek tej sceny.

Zainteresowałem się tematem. Poprosiłem o podzielenie się doświadczeniami koleżanki i kolegów. Rozdzwoniły się telefony. Każdy „opowieści z partyzantki” słyszał. Niektórzy – ci z kilkuletnim stażem pracy – sami zaczęli je już nawet tworzyć i przekazywać młodszym. Moi rozmówcy mieli do tego zjawiska ambiwalentny stosunek. Nikt nie potrafił wyjaśnić jednego: dlaczego w naszym środowisku jest ono tak częste.

Rozmowy zawsze zaczynają się tak samo. Spokojny głos, zrelaksowana postawa, bijąca z twarzy pewność siebie. Stare czasy. Kiedyś to się pracowało. Kiedyś to z systemem brałmy się za bary. My – z mniejszym stażem – słuchamy z wypiekami na twarzy. Słuchamy tych opowieści w domu,

słuchamy w pracy, słuchamy w ministerstwie. Czytamy je w gazetach. Wydzwięk najczęściej jest ten sam: kiedyś to dopiero było ciężko. Nie płacili, praw pracowniczych nie było. Ale był etos. Ciężkie życie daje hart ducha i kształtuje charakter. Ciężkie życie to lekcja. Im ciężej, tym lepszy smak doświadczenia.

– *Dyżur medyczny to wspaniąta lekarska przygoda. Taka przygoda na całe życie* – doświadczony chirurg opadł na oparcie krzesła i mocniej niż zazwyczaj wciągnął powietrze do płuc. – *W pierwszych latach mojej pracy zdarzało się, że samodzielnych dyżurów miałem ponad 100 rocznie, to było naprawdę coś* – kontynuował podniecony. – *Potrafiłem po kilku miesiącach zoperować właściwie wszystko. Zapytajcie, jaka wtedy była satysfakcja z pracy! Jaki sens!* – dodał wyraźnie zadowolony z siebie.

„Całą pensję oddawałem na opiekunkę do dziecka. Ale zdobywałem konieczne doświadczenie, miałem przecież jeszcze kilka źródeł utrzymania. Wy też macie to szczęście, że możecie dorabiać. Wasi koledzy po innych studiach nie mogą. A wy możecie nawet w kilku miejscach podjąć pracę, jeśli dacie radę”.



Fotografie: egw

– Ja przecież też jestem lekarzem i znam ten fach od podszewki – doktor, na oko pod sześćdziesiątkę, z bogatym doświadczeniem zawodowym, czujnie rozejrzałem się po zgromadzonych. – *Może i młodym jest ciężko. Zawsze tak było i to jest normalne. Zobaczcie – teraz ciężko jest właściwie każdemu. Pomyślcie o socjologach, o fryzjerach. O pracę niełatwo. A my przecież jesteśmy lekarzami. Do tego mamy etos, mamy misję, mamy rolę społeczną. Mamy szacunek.*

„Na naszym oddziale jest jeden zaangażowany rezydent. Wszyscy wychodzą o 16.00, a on siedzi i do 19–20.00. Czasem do 22.00. Nie tylko, żeby robotę zrobić i wyjść. On się naprawdę chce nauczyć, jest zmotywowany. Takim chłopakowi chce się medycynę pokazywać. Ja sam w trakcie specjalizacji zostawałem po godzinach, do szpitala jeździliśmy nawet w weekendy, żeby pomóc w zabiegu”.

„Od początku pracy jako lekarz biegałem z roboty do roboty. Ja w szpitalach żyłem. Karetka, szpital, sen i tak w kółko. I to mi zaprocentowało na całe życie. Kiedy można ciężko pracować, jeśli nie za młodych lat? To jest taka praca”.

„Myśmy nic nie zarabiali. Po dyżurach nie wychodziliśmy do domu. Pracowaliśmy. Bo tą pracą trzeba żyć!!!”.

I na koniec jeszcze morał z jednej z moich ulubionych opowieści, którą usłyszałem na szpitalnym korytarzu i która sprawiła, że zacząłem się zastanawiać, czym jest naprawdę nasza praca. Brzmi on: „Kto nie miał co najmniej 15 dyżurów w miesiącu, ten nie wie, co to jest praca lekarza”.

Wszyscy potrzebujemy tych opowieści. Starsi – jako swojej terapii, odreagowania za stare niesprawiedliwości. Może też po to, aby zmniejszyć towarzyszący pracy w ciężkich warunkach dysonans poznawczy. Młodzi – żeby starszych docenić, żeby zrozumieć. Żeby łatwiej zderzyć się z trudną rzeczywistością codziennej pracy.



Na zdjęciach: manifestacja zorganizowana 18 czerwca br. przez Porozumienie Rezydentów OZZL w Warszawie



Niepokoiki tylko jedno. Jak mamy myśleć i dążyć do normalności, do poprawy warunków pracy, skoro wciąż odwołujemy się do złych doświadczeń, a w dodatku te złe doświadczenia gloryfikujemy?

Czy naprawdę wartością jest to, że możemy pracować na kilku etatach, ponad wszelkie normy? Czy tylko lekarze mogą dorabiać, czy to naprawdę tylko nasz przywilej? Czy praca za niskie wynagrodzenie, w imię powołania, jest naprawdę wartością? Czy dzieci nakarmimy etosem? Czy to

jest normalne, że zostajemy wszyscy – i starsi, i młodszy – po godzinach bez prawa do wynagrodzenia, czując się odpowiedzialni za naszych chorych? Czy dzielny rezydent, żeby się czegoś nauczyć, jest bohaterem, czy ofiarą systemu, który nie zapewnił mu należytego szkolenia w godzinach pracy? Czy 100 dyżurów medycznych w roku (osiem – dziewięć miesięcznie, a więc ponad pół każdego miesiąca spędzonego na i po dyżurze) to naprawdę wielka medyczna przygoda? A jak do tej przygody odnoszą się nasze rodziny? Jak mamy coś zmienić, sprawić, żeby było lepiej, skoro słyszemy tylko wkoło: „doceńcie co macie, my mieliśmy gorzej”.

Chyba już czas, żeby skończyć z partyzantką. Czas, żebyśmy wszyscy – bardziej i mniej w bojach z systemem zaprawieni – poszli do przodu! **24 września 2016 r.**, podczas Manifestacji Pracowników Ochrony Zdrowia, będziemy mogli wreszcie powiedzieć jednym głosem, czego oczekujemy. Bądźmy tam razem. I wskaźmy wreszcie dobry, pożądany kierunek zmian, zamiast wciąż snuć „opowieści z partyzantki”! ■

BIULETYN ORL W WARSZAWIE

redaguje sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek



UCHWAŁA NR 8/R-VII/16 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 26 LUTEGO 2016 R.

w sprawie nadania sali nr 504 w siedzibie biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie imienia dr. n. med. Jerzego Moskwy

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.), na wniosek przewodniczącego Sekcji Historycznej Komisji Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz po akceptacji Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie nadaje sali nr 504, mieszczącej się na V piętrze siedziby Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18, imię **dr. n. med. Jerzego Moskwy**.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 10/R-VII/2016 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 26 LUTEGO 2016 R.

w sprawie przyznania odznaczenia „Mentor”

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.), w związku z uchwałą nr 40/R-VII/15 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 11 września 2015 r. w sprawie ustanowienia odznaczenia „Mentor” – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie, na wniosek Komisji Młodych Lekarzy, przyznaje odznaczenie „Mentor” za wybitne zasługi w szkoleniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentyistów następującym lekarzom i lekarzom dentyistom:

- 1) kol. Ryszardowi Krysikowi,
- 2) kol. Piotrowi Kulisiewiczowi,
- 3) kol. Jerzemu Reymondowi.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 16/R-VII/16 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 15 KWIETNIA 2016 R.

w sprawie upoważnienia prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do zawarcia umowy z LEX Secure spółką z ograniczoną odpowiedzialnością o świadczenie usług opieki prawnej dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Działając na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.), po zapoznaniu się z propozycją LEX Secure spółki

z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Sopocie – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie upoważnia kol. Andrzeja Sawoniego – prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, i kol. Romana Olszewskiego – skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, do zawarcia umowy z LEX Secure spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Sopocie, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000069507, posiadającą numer NIP: 586-201-7484, REGON: 191884226, o świadczenie usług opieki prawnej dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, na warunkach w niej określonych, do rocznej kwoty 177 120,00 PLN brutto, na okres 1 roku.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 18/R-VII/2016 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 15 KWIETNIA 2016 R.

w sprawie zmiany uchwały nr 37/R-VIII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 lutego 2014 r. w sprawie powołania pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.) i uchwały nr 7/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentyistom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu, w związku z §4 pkt. 47 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/14 XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 5 kwietnia 2014 r. – uchwała się, co następuje:

§1

W §2 uchwały nr 37/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 lutego 2014 r. w sprawie powołania pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wprowadza się następujące zmiany:

– §2 otrzymuje brzmienie:

„§2

- 1) pilotowanie Programu Zdrowotnego dla Lekarzy i Lekarzy Dentyistów (PZL), zatwierdzonego przez Okręgową Radę Lekarską 18 marca 2016 r.;
- 2) zbieranie informacji o faktach nadużywania substancji psychoaktywnych przez członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz prowadzenie dokumentacji w tej sprawie;
- 3) nawiązywanie kontaktu z lekarzami, lekarzami dentyistami, wykonującymi zawód i nadużywającymi substancji psychoaktywnych lub podejrzanymi o uzależnienie, w celu przeprowadzenia postępowania diagnostycznego i rozpoznania problemu;

4) w przypadku rozpoznania uzależnienia lekarza lub lekarza dentystry od substancji psychoaktywnych wskazanie właściwej placówki terapii uzależnień oraz monitorowanie przebiegu leczenia po uzyskaniu pisemnej zgody leczącej się osoby;

5) w razie powzięcia podejrzenia wystąpienia niezdolności do wykonywania zawodu wnioskowanie do Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o powołanie komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia;

6) stałe monitorowanie stanu zdrowia lekarza, lekarza dentystry, w przypadku którego komisja powołana przez Okręgową Radę Lekarską wydała orzeczenie o uzależnieniu od środków psychoaktywnych;

7) występowanie – w uzasadnionych przypadkach – do Rady Funduszu Samopomocy o zapomogi finansowe dla lekarzy, lekarzy dentystrów, którzy w okresie leczenia nie wykonują zawodu”.

§2

1. Program Zdrowotny dla Lekarzy i Lekarzy Dentystrów (PZL), zatwierdzony przez Okręgową Radę Lekarską 18 marca 2016 r., stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.
2. Tekst jednolity uchwały nr 37/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 lutego 2014 r. w sprawie powołania pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystrów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 19/R-VII/16 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 15 KWIEŹNIA 2016 R.

w sprawie zmiany uchwały nr 64/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 kwietnia 2014 r. w sprawie zasad kierowania lekarzy, lekarzy dentystrów do odbycia stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 15 ust. 6a w związku z ust. 3d, 3f, 4 i 6 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU z 2015 r., poz. 464, t.j. ze zm.), art. 24–25 ustawy z 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (DzU z 2015 r., poz. 388, t.j. ze zm.), §4 i §17 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia z 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (DzU z 2014 r., poz. 474) i zarządzenia nr 314/12 z 15 listopada 2012 r. marszałka województwa mazowieckiego w sprawie ustalenia listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, w tym stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego lekarza i lekarza dentystry (z późn. zm.) – uchwała się, co następuje:

§1

W uchwale 64/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 kwietnia 2014 r. w sprawie zasad kierowania lekarzy, lekarzy dentystrów do odbycia stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, wprowadza się następujące zmiany:

1/ §6 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz stażysta w celu uzyskania skierowania na staż na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie składa do Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie *Wniosek o skierowanie do odbycia stażu podyplomowego*

lekarza/lekarza dentystry w podmiocie uprawnionym do zawierania umów o pracę z lekarzami w celu odbywania stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wraz z załącznikami, odpowiednio w terminie do 30 lipca lub 31 stycznia. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

2. Komisja ds. stażu podyplomowego rozpatruje wniosek i ustala uprawniony podmiot, do którego powinien być skierowany lekarz stażysta, uwzględniając kryteria, o których mowa w §§1–4 oraz zasady określone w §5. Komisja przekazuje swoje stanowisko do publicznej wiadomości.

3. Lekarz stażysta może wystąpić o ponowne rozpatrzenie wniosku wraz z uzasadnieniem o skierowanie na staż wyłącznie do innego uprawnionego podmiotu, który nie został wskazany w stanowisku komisji, o którym mowa w ust. 2.

4. Komisja ds. stażu podyplomowego po rozpatrzeniu wniosku lub ponownym rozpatrzeniu wniosku, o którym mowa w ust. 3, występuje do Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o skierowanie lekarza stażysty do odbycia stażu podyplomowego w określonym uprawnionym podmiocie.

5. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na wniosek komisji, w drodze uchwały kieruje lekarzy stażystów do odbywania stażu na obszarze działania Izby, uwzględniając kryteria, o których mowa w ust. 2.

6. Lekarzowi stażyście przysługuje odwołanie od uchwały Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie za pośrednictwem komisji, w terminie dziesięciu dni od dnia opublikowania uchwały na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Izby.

7. Prezydium, uwzględniając stanowisko komisji w sprawie odwołania, w drodze zmiany uchwały, o której mowa w ust. 4, a także uwzględniając maksymalną liczbę miejsc stażowych w określonym uprawnionym podmiocie, kieruje lekarza stażystę do uprawnionego podmiotu wskazanego w odwołaniu lub do innego, umożliwiającego lekarzowi odbycie stażu podyplomowego, albo odmawia zmiany uchwały”.

§2

Tekst jednolity uchwały nr 64/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 kwietnia 2014 r. w sprawie zasad kierowania lekarzy, lekarzy dentystrów do odbycia stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wraz ze zaktualizowanymi załącznikami stanowi załącznik do uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 23/R-VII/16 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 20 MAJA 2016 R.

w sprawie powołania zespołu do analizy wydatków remontowych poniesionych przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie w latach 2014–2015

Działając na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, t.j.) – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie powołuje zespół, którego celem będzie analiza wydatków remontowych poniesionych przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie w latach 2014–2015, w składzie:

- 1) lek. Andrzej Bendek,
- 2) lek. Ewa Gojan,
- 3) lek. Łukasz Jankowski,
- 4) lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 24/R-VII/16
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 20 MAJA 2016 R.**

***w sprawie wyrażenia zgody na zakup
książeczek pt. „Karta Praw Lekarza”
opracowanych przez Śląską Izbę Lekarską
i Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie***

Działając na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, t.j.) – uchwała się, co następuje:

§1

1. Wyraża się zgodę na zakup 2000 książeczek pt. „Karta Praw Lekarza” opracowanych wspólnie przez Śląską Izbę Lekarską i Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie, będących kompendium wiedzy o niezbędnych prawach leka-

rza i lekarza dentystry, dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

2. Przeznacza się na ten cel kwotę do 1200 zł (*słownie: tysiąc dwieście złotych*).

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 25/R-VII/16
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 24 CZERWCA 2016 R.**

***w sprawie przyjęcia Regulaminu Udzielania
Zamówień na Dostawy Towarów i Usług***

Działając na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, t.j.), uchwała się, co następuje:

§1

1. Przyjmuje się Regulamin Udzielania Zamówień na Dostawę Towarów i Usług.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STANOWISKO

**OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 24 CZERWCA 2016 R.
*w sprawie projektu ustawy o minimalnych wynagrodzeniach pracowników
podmiotów leczniczych***

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie z uwagą obserwuje prace Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia Rady Dialogu Społecznego dotyczące ustalenia minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych.

Po analizie projektu ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych, przedstawionego na posiedzeniu zespołu 21 czerwca 2016 r., Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wyraża zdecydowany sprzeciw wobec zawartych w projekcie stawek wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystrów.

Zaprezentowany obecnie projekt ustawy o minimalnych wynagrodzeniach pracowników podmiotów leczniczych zawiera następujące propozycje: wzrost w tzw. okresie przejściowym ma być rozłożony na pięć lat i osiągnąć w 2021 r.:

- dla lekarza bez specjalizacji 1,02 średniego krajowego wynagrodzenia w gospodarce narodowej,
- dla lekarza z I stopniem specjalizacji 1,13 średniego krajowego wynagrodzenia w gospodarce narodowej,
- dla lekarza specjalisty 1,23 średniego krajowego wynagrodzenia w gospodarce narodowej.

Zgodnie z propozycją Ministerstwa Zdrowia, docelowo płaca minimalna lekarzy ze specjalizacją ma wynieść w 2021 r. 4800 zł brutto, lekarzy z I stopniem specjalizacji – 4400 zł brutto, lekarzy bez specjalizacji – 3980 zł brutto.

Przedstawione propozycje znacząco odbiegają od oczekiwań lekarzy i lekarzy dentystrów, wyrażonych już dziesięć lat temu w uchwale Krajowego Zjazdu Lekarzy z 7 stycznia 2006 r. w sprawie uregulowania minimalnej płacy lekarzy i lekarzy dentystrów, tzn.: lekarzy bez specjalizacji – dwukrotność średniego krajowego wynagrodzenia w sektorze

przedsiębiorstw ogłaszanego przez GUS oraz lekarzy ze specjalizacją – trzykrotność średniego krajowego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw ogłaszanego przez GUS.

Postulaty lekarzy i lekarzy dentystrów zostały powtórzone w skierowanym do ministra zdrowia apelu nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r. Zjazd wnosił o ustalenie minimalnego wynagrodzenia lekarza i lekarza dentystry bez specjalizacji oraz lekarza rezydenta na poziomie dwukrotnej średniej krajowej, lekarza i lekarza dentystry ze specjalizacją na poziomie trzech średnich krajowych, lekarza i lekarza dentystry z I stopniem specjalizacji na poziomie dwóch i pół średniej krajowej, a dla lekarza i lekarza dentystry stażysty na poziomie średniej krajowej.

Jednocześnie Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie z przykrością stwierdza, że do toczących się obecnie prac nad ustawą w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych nie zostali zaproszeni przedstawiciele samorządu lekarskiego.

Dlatego tą drogą Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zwraca się do członków Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia o przyjęcie za podstawę obliczania wynagrodzeń w ochronie zdrowia nie sztucznie zaproponowanego współczynnika, ale popieranego także przez związki zawodowe, waloryzowanego rokrocznie, przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej.

Jednocześnie Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wnosi o uwzględnienie postulatów wielokrotnie zgłaszanych wcześniej, a ostatnio zawartych w przywołanym wyżej, skierowanym do ministra zdrowia, apelu nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r.



Fot. archiwum

Nowe regulacje prawne w zakresie tajemnicy lekarskiej

Filip Niemczyk, adwokat

5 sierpnia 2016 r. weszły w życie zmiany w przepisach prawnych dotyczących tajemnicy lekarskiej. Prezydent RP podpisał ustawę dotyczącą zmian w kodeksie postępowania karnego, ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyści oraz ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Sprzeciw wobec treści nowych regulacji prawnych, ale również sposobu ich procedowania z pominięciem szerszych konsultacji, w imieniu środowiska lekarskiego wyraził m.in. prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz. Przyłączam się do głosów zdziwienia i zaniepokojenia przyjętym przez ustawodawcę kierunkiem zmian. Nowe regulacje w sposób istotny wpływają na zakres autonomii pacjenta w odniesieniu do informacji dotyczących jego stanu zdrowia i mogą postawić lekarza w sytuacji, w której zasady deontologii lekarskiej będą wymagały innego zachowania aniżeli obowiązujące przepisy.

W dotychczasowym stanie prawnym w zakresie tajemnicy zawodowej lekarz związany był wolą pacjenta. To chory decydował, komu i w jakim zakresie lekarz może udzielić informacji o jego stanie zdrowia. Oświadczenie pacjenta wiązało lekarza także po jego śmierci. Wyjątkami od zasady zachowania w tajemnicy informacji o stanie zdrowia zmarłego pacjenta były sytuacje, kiedy popełnione zostało ciężkie przestępstwo, kiedy wymagała tego ochrona życia lub zdrowia innych osób, czy też kiedy zdecydował o tym sąd na wniosek prokuratora. Regulacje te korespondowały z zasadami etyki lekarskiej. Zgodnie z art. 23 KEL: „Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej”. Zwolnienie z zachowania tajemnicy może nastąpić (art. 24 KEL) m.in., gdy pacjent wyrazi na to zgodę lub jeśli zobowiązuje do tego prawo.

Nowe regulacje wprowadzają istotny wyłom w dotychczasowym kształcie tajemnicy lekarskiej, dając znaczne uprawnienia osobom bliskim pacjenta w przypadku jego śmierci. Na wniosek małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, a także osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, lekarz zobowiązany będzie do ujawnienia posiadanych wiadomości o zmarłym pacjencie, które w związku z jego leczeniem uzyskał, w tym do wydania dokumentacji medycznej. Obowiązek taki spoczywać będzie na lekarzu nie tylko w sytuacji, w której pacjent nie wskazał osób upoważnionych do zasięgania informacji, ale także wówczas, gdy wyraził w tym zakresie sprzeciw. Lekarz, wiedząc, że jego pacjent nie życzył sobie ujawniania informacji objętych tajemnicą lekarską określonej osobie, na wniosek tej osoby, o ile jest osobą bliską, z tajemnicy będzie zwolniony.

W uzasadnieniu przyjętego projektu zmian jego autorzy piszą m.in., że w obecnym stanie prawnym zakres tajemnicy lekarskiej jest ujęty zbyt szeroko, uniemożliwiając najbliższemu zmarłego pacjenta dochodzenie roszczeń lub odpowiedzialności wobec osób, które mogły przyczynić się do jego śmierci, że tajemnica lekarska może być wykorzy-

stywana do ukrywania błędów w leczeniu wbrew interesowi pacjenta, że wprowadzenie projektowanej konstrukcji zapewni najbliższemu poznanie całokształtu okoliczności związanych ze stanem zdrowia pacjenta i może poprzedzać decyzję o złożeniu zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Podsumowaniem tej argumentacji jest stwierdzenie, że dysponentem tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta powinni być jego najbliżsi, których łączył z pacjentem węzeł szczególnego zaufania, tak aby nie zostały naruszone bez uzasadnienia jego dobra osobiste.

Do przedstawionych argumentów należy złożyć zastrzeżenia natury etycznej i prawnej. Zobowiązanie do tajemnicy lekarskiej jest kluczowym elementem relacji lekarza z pacjentem. Jest podstawą zaufania chorego do lekarza. Jest też wyrazem autonomii pacjenta, który ma prawo podjąć decyzję, kto i w jakim zakresie będzie informowany o jego stanie zdrowia, a także o okolicznościach śmierci. Wolą pacjenta lekarz powinien być związany, tym bardziej – ostatnią wolą. Tadeusz Brzeziński w „Etyce lekarskiej” pisze, że zachowanie tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta jest poszanowaniem godności zmarłego i szczególnym obowiązkiem lekarza, zwłaszcza w odniesieniu do tych wiadomości, które – co lekarz wie lub domniemywa – zmarły chciałby ukryć przed otoczeniem. Każdy praktykujący lekarz z łatwością wskaże przykłady takich sytuacji.

Informacje o stanie zdrowia należą do sfery prywatnej. Ustawodawca tymczasem zrównuje prawa pacjenta z prawami jego rodziny, przyjmując za pewnik, że każda osoba, która mieści się w szerokim kręgu osób bliskich, złączona była ze zmarłym tak ścisłym węzłem zaufania, że należy powierzyć jej wszelkie informacje dotyczące chorego. O niedoskonałości wprowadzonych regulacji świadczy też fakt, że przepisy nie dają jasności, jak lekarz ma weryfikować fakt istnienia np. wspólnego pożycia, czy co ma zrobić, kiedy na żądanie osoby bliskiej wyjawia informacje, a pozostała część rodziny wyrazi sprzeciw wobec uchylenia tajemnicy.

Tajemnica lekarska, podobnie jak tajemnica adwokacka czy tajemnica spowiedzi, powinna być szczególnie chroniona przez przepisy. W obecnym stanie prawnym lekarzowi zostaje poinformować pacjenta, że po jego śmierci będzie związany żądaniem osób bliskich i że to wyłączenie od podstawy rodziny zależeć będzie kwestia tajemnicy.

W moim przekonaniu nowe regulacje w pewnych sytuacjach mogą łamać zaufanie pacjenta do lekarza, zmuszać lekarza do nielojalności wobec chorego i stawiać w sytuacji moralnego dylematu. Nie wydaje się przy tym, aby lekarz miał wówczas prawo powołać się na klauzulę sumienia, ponieważ zgodnie z art. 39 ustawy o zawodach lekarza instytucja ta daje możliwość powstrzymania się w określonych sytuacjach wyłącznie od realizacji świadczeń medycznych, a nie innych czynności związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. ■



Fot. egw

Nauka, praktyka, zdrowie

cz. 1

Tadeusz Tołłoczko

Etapy życia wszystkich generacji w dziejach ludzkości, od początku istnienia świata, są podobne. Najpierw prokreacja, a potem demencja i śmierć. Taki cykl powtarza się w kolejnych pokoleniach. Do tego w porównaniu z wieloma istotami żywymi jesteśmy jednostkami biologicznie słabymi. Brakuje nam wystarczającej rezerwy fizycznych sił, sprawności, odporności, by walczyć o byt, o przetrwanie. W procesie rozwoju świata ludzie z pewnością wyginęliby, tak jak wiele innych gatunków, gdyby nie siła intelektu, która umożliwia nam przeżycie i przezwyższenie biologicznych słabości i niebezpieczeństw oraz pozwala w pewnym stopniu okiełznywać przyrodę i eksplorować wszechświat.

To myśl, prowadząca do odkryć naukowych, jest zaczynem poprawy i udoskonalania jakości naszego życia. Dlatego problem śmierci i chorób stał się przedmiotem szczególnie zainteresowania, w nadziei i walce o długowieczność, a nawet nieśmiertelność.

Codzienna praktyka przypomina jednak lekarzom, że w medycynie nie sposób uniknąć konfliktu wartości. Starzenie się społeczeństwa, zwiększająca się liczba ludzi wymagających opieki i długotrwałego leczenia, wzrastająca zapadalność na przewlekłe metaboliczne choroby oraz coraz bardziej powszechne stosowanie metod, które nie służą leczeniu, lecz jedynie przedłużają życie, a w wielu przypadkach tylko umieranie, to powszechnie znane przyczyny eskalacji wydatków na ochronę zdrowia. Między innymi dlatego coraz trudniej zaspokoić wszystkie, nawet bardzo istotne potrzeby, np. głód.

Dochodzi do tego wzrost oczekiwań i żądań pacjentów oraz ich rodzin, nakładający na lekarza obowiązek ratowania życia za wszelką cenę. Toteż powinność ratowania życia w jej ostatniej fazie przekształca się w obowiązek walki ze śmiercią. Konsekwencje tego, uwzględniając uwarunkowania ekonomiczne, mają już wymiar ogólnospołeczny, a nawet ogólnoludzki.

Ludzie odczuwają i w przeróżny sposób wyrażają brak wewnętrznej zgody na nieuchronność umierania i dlatego jakże często śmierć chorego jest postrzegana jako następstwo błędu w procesie leczenia. A walka ze śmiercią za wszelką cenę bywa zwykle wynikiem niedoceniań potęgą praw wieczności, wykorzystujących moc procesów chorobotwórczych, wobec których siły vitalne człowieka są niewystarczające, mimo coraz bardziej kosztownych i niestety często nieskutecznych terapii. Wiemy bowiem, że najbardziej kosztowne jest leczenie tych chorych, którzy mimo zastosowania bardzo profesjonalnych, najnowocześniejszych metod terapii są i tak skazani na śmierć.

Obowiązująca definicja, przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), określa zdrowie jako „stan całkowitego dobrostanu, fizycznego, psychicznego i społecznego, w relacji z otoczeniem, a nie tylko brak choroby czy bólu”. Jest wiele innych definicji. Na przykład dla firm ubezpie-

zeniowych i podobnych instytucji zdrowie to stan zdolności danej osoby do właściwej jej pracy.

Hasło „Zdrowie dla wszystkich do 2000 r.” było mottem WHO określającym w 1977 r. cel, kierunek działania i termin jego realizacji. Od tego czasu minęło prawie 40 lat. Wyeliminowano wiele śmiertelnych chorób. Pozostaje nadzieja dalszego znaczącego postępu w tej dziedzinie. Do pełnej realizacji pozostaje zasada „zdrowie dla wszystkich”.

Problem ten w odniesieniu do sytuacji w Polsce bardzo wyraziście przedstawił Jan Paweł II, mówiąc: „*W genetycznie i historycznie uwarunkowaną mentalność, obyczajowość i moralność Polaków lekarzy wpisany jest duch ofiary i poświęcenia, społecznej sprawiedliwości oraz godności człowieka i jego wolności. Krzyk biednych nie jest jednak powszechnie słyszany*”.

Powołam się tu też na myśl Czesława Miłosza: „*Życie głodnych ma dla nich taką samą wartość, co życie dla sytych*”.

Tymczasem ekonomiczne rozwarstwienie społeczne, podział na biednych i bogatych, stale się powiększa, prowadząc w kierunku elitaryzmu w dostępie do właściwej jakości świadczeń opieki zdrowotnej i edukacji.

Jaka powinna być relacja między opieką zdrowotną jednostki i społeczeństwa a organizacją ochrony zdrowia jednoznacznie określa art. 68 Konstytucji RP, która ma być gwarantem równego dostępu do opieki zdrowotnej. Jednakże wezwania do dbałości o zdrowie wszystkich, a nie tylko dobrze sytuowanych obywateli, jako wyraz troski o dobro społeczne, zwykle określane bywa populizmem.

Zdrowie jest wartością zarówno prywatną, jak i społeczną. Zdrowie społeczeństwa i poszczególnych obywateli w skali kraju jest również wartością ekonomiczną, a w związku z tym inwestowanie w zdrowie społeczeństwa oznacza także budowę silnej gospodarki. Oszczędzanie na zdrowiu społeczeństwa świadczy nie tylko o ekonomicznej krótkowzroczności, ale wręcz o ślepotcie.

Zagadnienia związane ze zdrowiem wykraczają zwykle poza zakres medycyny.

Zdrowie człowieka jest wartością bardzo cenną, choć przez zdrowych ludzi zwykle niedocenianą. Pamiętać należy, że wszystkie elementy naszego życia i działalności są sprzężone ze zdrowiem i zależne od niego. Schopenhauer powiedział, że: „*zdrowie nie jest wszystkim w życiu człowieka, ale bez zdrowia wszystko jest niczym*”. Dodać do tego można, że zdrowie traktować należy jak siłę umożliwiającą człowiekowi bycie sobą.

Wspólnym celem i zadaniem każdego społeczeństwa i pojedynczego człowieka jest ochrona własnego zdrowia. I choć drogi realizacji tego celu wcale nie muszą być jednakowe, to wspólnota celów narzuca jedność wysiłków w poszukiwaniu optymalnego rozwiązania. ■



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 20.

Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy.

Dzisiejsza medycyna jest często sumą interwencji diagnostycznych i terapeutycznych podejmowanych przez różnych lekarzy, a także innych profesjonalistów medycznych. Dlatego lekarz, sprawując opiekę nad chorym, musi zdawać sobie sprawę, że jego działania, choćby najwyższej jakości, stanowią często jedynie niewielką część niezbędnych świadczeń. Pacjent, powierzając swoje zdrowie lub życie lekarzowi, nie oczekuje od niego tylko wykonania określonej procedury, ale słusznie ma nadzieję na troskliwą opiekę i zajęcie się jego problemami. Jednocześnie chory to często człowiek bezradny, zagubiony ze swoim problemem w skomplikowanym systemie ochrony zdrowia. Dlatego właśnie KEL nakazuje lekarzowi wykonującemu świadczenia zdrowotne rozważenie potrzeby kontynuacji opieki nad chorym i, jeśli konieczne są dalsze działania diagnostyczne lub lecznicze, udzielenie pacjentowi pomocy w uzyskaniu tych świadczeń.

Lekarz pracujący w publicznym systemie służby zdrowia, ale także ten z sektora prywatnego musi pamiętać, że dobro chorego jest najważniejszym celem jego działania. Dlatego każdy lekarz publicznego systemu ma obowiązek przynajmniej w jakimś stopniu być przewodnikiem pacjenta i ułatwić mu uzyskanie dalszej pomocy. Także lekarz udzielający świadczenia prywatnie powinien być gotów do wspierania pacjenta w zorganizowaniu niezbędnej kontynuacji opieki. Równie ważna jest pewność pacjenta, że poszukiwanie pomocy u innego lekarza nie narazi go na niechęć lekarza prowadzącego. ■



Goniec Medyczny

Tajemnica lekarska tylko do śmierci

Podpisana przez prezydenta ustawa sprawiła, że pacjent nie będzie mógł zastrzec informacji o swoim zdrowiu. Rzeźączka, kiła, HIV, rak, amputacja jąder, zaburzenia psychiczne – jest wiele chorób, o których pacjenci nie chcą informować swoich bliskich, nawet po śmierci. To już nie będzie możliwe. 5 sierpnia nowe przepisy weszły w życie...

Leki w koszu

– Doświadczenie pokazuje, że to, co jest za darmo, częściej trafia do kosza lub jest odnoszone do aptek. Osoby starsze przyjmują za dużo leków. Boimy się, że niezamierzonym skutkiem projektu bezpłatnych leków dla seniorów może być nasilenie zjawiska polipragmazji – ostrzega prof. dr hab. Tomasz Kostka, konsultant krajowy w dziedzinie geriatry.

Lekarze mogą strajkować, ale...

Organizatorzy protestu muszą sprostać oczekiwaniom pacjentów. Do takich wniosków doszedł Naczelny Sąd Administracyjny. W wyroku z 22 lipca uznał, że zamknięcie placówki na czas protestu personelu medycznego jest naruszeniem prawa.

Nauczanie problemowe

– Gdy studenci uczelni medycznych w Polsce wkuwają na pamięć podręczniki do kolejnych przedmiotów, ich holenderscy koledzy uczą się, jak leczyć konkretne przypadki. Tak wygląda nauczanie problemowe (Problem Based Learning) – Stanisław Maksymowicz zastanawia się, jak zatrzymać dehumanizację medycyny w Polsce.

Karmienie piersią

„Piętnowanie kobiety za karmienie dziecka piersią w miejscu publicznym jest nie do zaakceptowania” – tak uważa minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Innego zdania jest europoseł, były członek PiS Marek Migalski, który porównał karmienie piersią w miejscach publicznych do... puszczenia bąków.

Rodzimy bezpiecznie

Wskaźnik umieralności okołoporodowej w Polsce nigdy nie był tak niski. W ostatnich dwóch dekadach zmniejszył się ponad trzykrotnie – z 13,7 na tysiąc urodzeń w 1995 r. do 4,4 promila w ubiegłym roku. Już nie jesteśmy w ogonie, dziś średni wskaźnik UE (dane Eurostatu za 2013 r.) to 6 promili.

Klauzula sumienia po norwesku

Polka w Norwegii została zwolniona z przychodni, ponieważ odmawiała zakładania pacjentkom spirali i kierowania ich na zabieg aborcji. To pierwsze zwolnienie za postępowanie zgodne z klauzulą sumienia w Norwegii. – Przepisy mówią, że wszystkim należy się pomoc lekarska – tłumaczy adwokat reprezentujący gminę.

Astmatycy pokonują zdrowych

Większość – 42 z 69 – medali olimpijskich dla Norwegii w biegach narciarskich, od zimowych igrzysk w Albertville 1992 do Soczi 2014, zdobytych zostało przez zawodników stosujących lekarstwa przeciw astmie – obliczył dziennik „Verdens Gang”.

Żyć z rakiem nawet 40 lat

Na całym świecie jest już ponad 30 mln ludzi, dla których nowotwór jest chorobą przewlekłą.



Fot. archiwum

Ból funkcjonalny

– przewlekłe napięciowe bóle głowy i zespół bólowo-dysfunkcyjny stawu skroniowo-żuchwowego

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. Schorzenia o charakterze bólu funkcjonalnego dotyczą nawet 15 proc. populacji. Zaliczamy do nich: zespół jelita drażliwego, fibromialgię, śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego, wulwodynię, przewlekły niespecyficzny ból krzyża, przewlekłe napięciowe bóle głowy, zespół dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego i zespół niespokojnych nóg. W poprzednich artykułach opisano pięć pierwszych chorób, w poniższym zaś omówiono przewlekłe napięciowe bóle głowy i zespół bólowo-dysfunkcyjny stawu skroniowo-żuchwowego.

NAPIĘCIOWY BÓL GŁOWY

Epidemiologia

Napięciowy ból głowy (NBG) jest najczęstszą postacią pierwotnych bólów głowy. Występuje u około 38 proc. populacji ogólnej. U większości chorych pojawia się w postaci epizodycznej, tylko u kilku procent trwa przez większą część życia, pogarszając w znacznym stopniu jego jakość.

Objawy

NBG ma charakter obustronny skroniowy (często obejmuje całą głowę), tępy, gniotący, uciskający „jak obręcz”. Bólowi mogą towarzyszyć nudności, światłowstręt, zaburzenia snu, nadwrażliwość na hałas, przewlekłe zmęczenie i osłabienie łaknienia. Chorzy często budzą się z bólem, który narasta stopniowo w ciągu dnia i ustępuje powoli (nie ma charakteru napadu). NBG ma najczęściej umiarkowane natężenie, ale z czasem trwania choroby jego natężenie może narastać. Od migrenowego bólu głowy NBG odróżnia: obustronna skroniowa lokalizacja, niższe natężenie (możliwość funkcjonowania z bólem), brak napadowego charakteru (wolne narastanie i wolne ustępowanie), brak pulsującego charakteru i współwystępowania nudności oraz wymiotów.

Choroby współistniejące

Z NBG współwystępuje często: długotrwały skurcz mięśni, wzmożone napięcie emocjonalne, stany obniżonego nastroju, lęk, depresja, nastawienie hipochondryczne, osobowość o cechach histerycznych, a także dysfunkcje stawów skroniowo-żuchwowych. Bardzo uciążliwe dla chorych jest towarzyszące bólowi złe samopoczucie psychiczne. Z NBG często wiąże się nadużywanie leków przeciwbólowych.

Różnicowanie

W diagnostyce różnicowej należy wziąć pod uwagę: migrenowy ból głowy (różnice opisano wyżej), polekowe bóle

głowy, zapalenie zatok, choroby oczu, nadciśnienie tętnicze i śródczaszkowe, dysfunkcję stawów skroniowo-żuchwowych, szyjnopochodny ból głowy i guzy mózgu.

Badania

U chorych z NBG nie ma odchyień w badaniu przedmiotowym. U niektórych występuje tkliwość przyczepów mięśniowych w okolicy skroni i/lub potylicy. Nie obserwuje się zmian w badaniach obrazowych OUN, dlatego przy charakterystycznym wywiadzie i braku innych obciążeń nie są one zalecane.

Patogeneza

Etiopatogeneza NBG jest nieznaną. Uważa się, że może mieć podłoże zarówno neurobiologiczne, jak i psychogenne, nie jest jednak chorobą o podłożu genetycznym.

Leczenie

Farmakoterapia jest stosowana doraźnie (paracetamol, metamizol, NLPZ) – w celu zwalczania postaci epizodycznej i profilaktycznie w postaci przewlekłej – w celu zmniejszenia nasilenia bólu i częstotliwości jego epizodów. Najlepsze wyniki w postaci przewlekłej NBG daje łączne stosowanie psychoterapii i technik relaksacyjnych, eliminacja stresu i profilaktyczna farmakoterapia. W leczeniu profilaktycznym najwyższą skutecznością charakteryzują się leki przeciwdepresyjne, zwłaszcza z grupy trójcyklicznych TCA. Najczęściej stosowana i zalecana jest amitryptylina w dawce 25–75 mg/dobę. W przypadku nietolerancji amitryptyliny lub występowania przeciwwskazań do jej stosowania zalecane są leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny SSRI (citalopram, escitalopram, paroksetyna, sertralina) lub serotoniny i noradrenaliny SNRI (wenlafaksyna, duloksetyna). W leczeniu profilaktycznym stosowane są również leki zmniejszające napięcie mięśniowe i iniekcje toksyny botulinowej do czepca. W NBG nie zaleca się leków z grupy przeciwpadaczkowych i benzodwuzepin.

ZESPÓŁ BÓLOWO-DYSFUNKCYJNY STAWU SKRONIOWO-ŻUCHWOWEGO

Definicja

Zgodnie z definicją zaburzenia funkcji stawów skroniowo-żuchwowych (ang. *temporo-mandibular disorders* – TMD) zespół obejmuje zaburzenia w obrębie samego stawu, struktur kostnych, mięśni narządu żucia, a także układu nerwowego.

Epidemiologia

Zaburzenia czynnościowe stawu skroniowo-żuchwowego są trzecią co do częstości chorobą stomatologiczną o charakterze społecznym. Stały się chorobą cywilizacyjną,

ponieważ liczba cierpiących na nie osób w ostatnich latach znacznie wzrosła i choroba objęła właściwie wszystkie grupy wiekowe. Częstość występowania zaburzeń czynnościowych narządu żucia oceniana jest na 60–80 proc. dorosłej populacji (kobiety chorują częściej – 2,3:1), szczyt zachorowań przypada na drugą i trzecią dekadę życia. Choroba często współistnieje z fibromialgią.

Podział

Prosta i przydatna klinicznie klasyfikacja schorzeń stawu skroniowo-żuchwowego obejmuje podział na: postać mięśniowo-powięziową oraz zespół Costena.

Postać mięśniowo-powięziowa charakteryzuje się zwykle stałym, tęnym bólem twarzy promieniującym do kąta żuchwy, skroni, ucha, szyi i obręczy barkowej, nasilającym się podczas żucia, gryzienia, szerokiego otwierania ust (ziewania) i pochylania głowy. Bólowi towarzyszy tkliwość stawu, mięśni żwaczy, karku, mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych podczas palpacji oraz obecność punktów spustowych i utrudnienia w otwieraniu ust (do około 40 mm).

Patogeneza

W patogenezie postaci mięśniowo-powięziowej TMD istotną rolę odgrywają czynniki prowadzące do wzmożonego napięcia mięśni żwaczy: emocjonalne (lęk, depresja, stres) oraz tzw. parafunkcje zwarciowe (bruksizm) i niezwarciowe (np. obgryzanie paznokci lub ołówka). Choroba rozwija się długo, od kilku do kilkunastu lat, a pierwsze jej sygnały są zwykle bagatelizowane.

Leczenie

Wielokierunkowa terapia TMD obejmuje: specjalistyczne leczenie stomatologiczne (nakładki zgryzowe stosowane najczęściej na noc), techniki psychoterapeutyczne (terapię poznawczo-behawioralną, autorelaksację itp.), leczenie fizykalne (krioterapię, laseroterapię), farmakoterapię (NLPZ, leki zmniejszające napięcie mięśniowe, leki przeciwdepresyjne). W przypadku bardzo nasilonego bólu zaleca się okresowe blokady stawów skroniowo-żuchwowych.

Zespół Costena charakteryzuje się stałym, tęnym bólem okolicy stawu skroniowo-żuchwowego, promieniującym do żuchwy, szczęki, wyrostka sutkowatego, ucha, karku i barku. Obserwuje się wzmożone napięcie mięśni żwaczy i znaczne utrudnienia w otwieraniu ust (do około 30 mm). W obrazie RTG stawów skroniowo-żuchwowych stwierdza się zmiany zwyrodnieniowe, najczęściej o etiologii zapalnej. Terapia tej postaci jest podobna jak w zespole mięśniowo-powięziowym, czyli również wielokierunkowa, a u chorych nieodpowiadających na terapię zachowawczą zaleca się przeprowadzenie artroskopowej operacji stawu skroniowo-żuchwowego. Szczegółowe informacje na temat patomechanizmu, objawów i sposobów leczenia zespołu bólowo-dysfunkcyjnego stawu skroniowo-żuchwowego znajdują się w publikacji: „Kompedium leczenia bólu”, Medical Education, Warszawa 2012, pod red. M. Malec-Milewskiej i J. Woronia. ■

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

**W JUBILEUSZOWY KONGRES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
MEDYCYNY RODZINNEJ**
WROCŁAW
30 września – 2 października 2016 r.

MIEJSCE:

Wrocławskie Centrum Kongresowe Hala Stulecia
ul. Wystawowa 1, Wrocław

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO:

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas
dr hab. n. med. Jarosław Drobnik, prof. PMWSZ

ORGANIZATOR:

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

Pamięć

Już po raz szósty przyjaciele dr. Wojciecha Lubińskiego z Wojskowego Instytutu Medycznego i Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc zorganizowali konferencję naukową poświęconą jego pamięci. Tematem był wpływ zanieczyszczenia powietrza na zdrowie. Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł objął konferencję honorowym patronatem. W liście wystosowanym do jej uczestników podkreślił, jak ważne jest podejmowanie działań mających na celu ograniczenie zanieczyszczenia powietrza. „Puls” tradycyjnie był patronem medialnym spotkania.

Otwierając konferencję, dr Paulina Miśkiewicz, dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Warszawie, przytoczyła zatrważające dane dotyczące skutków zdrowotnych zanieczyszczenia powietrza. Polska należy do krajów, w których zanieczyszczenie powietrza jest szczególnie duże. Powoduje każdego roku śmierć blisko 45 tys. Polaków – to tak jakby co roku wymarła cała ludność miasta wielkości Skierniewic.

Pierwszą sesję rozpoczął wykład prof. Michała Krzyżanowskiego z King's College London, który przedstawił problem wpływu na zdrowie człowieka zanieczyszczenia powietrza związkami azotu. Do ich powstawania przyczynia się głównie transport drogowy. Na mapach Warszawy i okolic wyraźnie widoczne jest zwiększenie stężenia związków azotu w powietrzu wzdłuż głównych traktów miejskich, a zwłaszcza tych, w których powstają utrudnienia w ruchu w godzinach szczytu. Wykazano szkodliwy ich wpływ na układ krążenia i oddechowy. Szczególnie groźne są dla osób mieszkających w odległości do 200 m od głównych dróg. Ostatnie badania dowodzą, że nie ma bezpiecznych stężeń związków azotu i nawet ich wartości dopuszczone przez WHO mają niekorzystne skutki zdrowotne. Z kolei największe stężenie drobnych pyłów zawieszonych w powietrzu widoczne jest na obrzeżach Warszawy (w Markach, Jankach, w Raszynie). Wynika to z tego, że domy na tym terenie nie są podłączone do elektrociepłowni.

Bardzo ciekawe było wystąpienie dyrektora WIM prof. Grzegorza Gielera, który omówił stan zdrowia żołnierzy zawodowych. Okazało się, że populacja ta nie jest różniącą zdrowa, wielu żołnierzy cierpi na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, ma nadwagę, a nawet otyłość oraz zaburzenia lipidowe. Porównanie szczegółowej oceny sprawności i stanu zdrowia żołnierzy służb specjalnych biorących udział w misjach doprowadziło do wniosku, że niekiedy bardzo proste parametry, np. BMI, wartości tętna i ciśnienia krwi, równie dobrze pokazują sprawność fizyczną jak bardzo szczegółowa ocena na podstawie wysokospecjalistycznych badań.

Prezes elekt PTChP prof. Paweł Śliwiński przedstawił interesujący temat występowania POChP u osób niepalących tytoniu. Chociaż nikotynizm czynny i bierny jest zdecydowanie najważniejszym czynnikiem rozwoju choroby, jednak

zapadają na nią również osoby, które nie były narażone na działanie dymu tytoniowego. Dotyczy to szczególnie kobiet w krajach rozwijających się. Istotny wpływ na rozwój POChP w tej populacji ma spalanie biomasy w domowych piecach. Kobiety spędzające wiele godzin w kuchni, gotujące potrawy na wolnym ogniu są narażone na szkodliwe substancje nie mniej niż osoby palące nikotynę. Zanieczyszczenie powietrza może powodować zaostrzenie POChP, ale nie wykazano, aby wywoływało chorobę. Udowodniony został natomiast wpływ ekspozycji zawodowej. Praca w kopalni, kamieniołomach lub w hutnictwie może powodować POChP nawet u osób niepalących tytoniu.

W kolejnym wykładzie dr Adam Stańczyk z WIM przedstawił wpływ zanieczyszczeń powietrza na układ krążenia. W ostatnich latach coraz więcej jest dowodów ich negatywnego oddziaływania na układ sercowo-naczyniowy. Szczególne znaczenie mają tlenki węgla, azotu, siarki, ozon, metale ciężkie oraz zawieszony pył o średnicy od 2,5 μm ($\text{PM}_{2,5}$) do 10 μm (PM_{10}). Występowanie ostrych epizodów wieńcowych i udarów mózgu koreluje ze stężeniem zanieczyszczeń powietrza.

Pasjonująca była druga sesja, którą rozpoczął dr Piotr Rapięko z WIM. Przedstawił historię 25 lat monitoringu stężenia pyłków roślin w Polsce. Nasilenie objawów alergicznych wiąże się ze stopniem narażenia na alergeny, a znajomość ich stężenia przez chorych i lekarzy pozwala uniknąć zaostrzeń choroby. Wskazane jest wówczas unikanie ekspozycji i intensyfikacja leczenia. Działania podjęte przez dr. Rapiękę przyniosły znakomite efekty na szczeblu ogólnopolskim, gdyż sieć punktów pomiarowych i ogłaszanie komunikatów o stężeniu pyłków w radiu, prasie, telewizji i na stronach internetowych znacząco poprawiły jakość życia alergików. Bardzo niepokojące dane przedstawiła prof. Ewa Czarnobilska z Katedry Toksykologii i Chorób Środowiskowych, UJ Collegium Medicum, na temat częstotliwości występowania chorób alergicznych u dzieci i młodzieży szkolnej w Krakowie. Prowadzone w tym ośrodku badania wskazują, że odsetek atopii w tej populacji stale rośnie i osiąga nawet 50 proc. Nie można wykluczyć, że na wzrost zachorowań na astmę i inne choroby alergiczne w Krakowie ma wpływ rekordowe zanieczyszczenie powietrza pyłami zawieszonymi $\text{PM}_{2,5}$ i PM_{10} .

Niezwykłe zainteresowanie wzbudził wykład dr hab. Barbary Sozańskiej z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, który dotyczył zmian epidemiologicznych na wsi w ciągu ostatnich dziesięciu lat w zakresie atopii i chorób alergicznych. Wieloletnie, znakomicie skonstruowane badania, prowadzone wspólnie z amerykańskimi i brytyjskimi ośrodkami naukowymi, wykazały dynamiczne zmiany w tym zakresie. Okazało się, że przeobrażenia w produkcji rolnej, odejście od hodowli zwierząt i zajęcie się produkcją zboża, wpłynęły na bardzo duży wzrost występowania alergii wśród mieszkańców wsi. Co więcej, nie wynikało to z czynników genetycznych, gdyż zaobserwowano pojawienie się atopii u osób wcześniej badanych, u których nie stwierdzano reakcji alergicznych. Przemiany socjoekonomiczne na wsi wpływają na profil zachorowań na choroby alergiczne.

Dr Piotr Dąbrowiecki z WIM przedstawił wstępne wyniki prowadzonych w Legionowie badań określających wpływ wzrostu zanieczyszczeń powietrza mierzonych na określonym terenie na funkcje układu oddechowego i przebieg chorób obturacyjnych płuc. Badania potwierdzają jak silne są to związki.

Trzecią sesję zainicjował dr hab. Artur Badyda z Politechniki Warszawskiej wykładem dotyczącym tego, czym oddychamy

w Polsce. Szczegółowo przedstawił, jakie zanieczyszczenia powietrza stanowią istotny problem w naszym kraju i w których regionach są największe przekroczenia norm europejskich. Podkreślił szczególnie złą sytuację w zakresie drobnych pyłów zawieszonych. Region krakowski należy, obok Mediolanu i okolic, do najbardziej zanieczyszczonych w Europie.

Dr hab. n. med. Andrzej Chciałowski z WIM omówił natomiast miejscowe oddziaływanie zanieczyszczeń powietrza na dolne drogi oddechowe. Wyjaśnił, co dzieje się na poziomie narządowym i komórkowym, gdy szkodliwe dla zdrowia substancje chemiczne dostają się do organizmu, zwracając uwagę na uruchomienie komórkowej i humoralnej odpowiedzi immunologicznej.

Tadeusz M. Zielonka z WUM przedstawił wyniki ankiety przeprowadzonej wśród warszawskich lekarzy na temat ich znajomości skutków zdrowotnych zanieczyszczeń powietrza. Blisko 75 proc. respondentów uważa, że ich wiedza w tym zakresie jest niewystarczająca, a zaledwie 3 proc. poprawnie odpowiedziało na pytania sprawdzające. Większość lekarzy czerpie wiedzę z mediów, a woleliby z prasy medycznej i konferencji naukowych. Bardzo rzadko wiedza ta jest wykorzystywana w praktyce klinicznej.

Budujące było wystąpienie Michała Olszewskiego, zastępcy prezydenta m.st. Warszawy, dotyczące działań stołecznych władz w celu poprawy jakości powietrza i ograniczenia negatywnego wpływu zanieczyszczeń na zdrowie mieszkańców. Instalacja najnowocześniejszych w Europie filtrów w elektrociepłowni na Siekierkach znacząco poprawiła sytuację w zakresie wysokiej emisji. Czynione są starania o zmniejszenie liczby samochodów wjeżdżających do centrum miasta, co jednak nie zależy tylko od nakładów, lecz również od świadomości społecznej. Obiecujące jest wyeliminowanie z komunikacji miejskiej starych autobusów, najbardziej zanieczyszczających środowisko, i zastępowanie ich pojazdami o napędzie elektrycznym. Do 2024 r. wszystkie autobusy w Warszawie będą ekologiczne.

Na zakończenie Weronika Piestrzyńska z międzynarodowej organizacji pozarządowej Health and Environment Alliance (HEAL) przedstawiła koszty ekonomiczne zanieczyszczeń powietrza. Nieliczenie w Polsce całościowych wydatków, w tym bardzo ważnych kosztów zdrowotnych, przyczynia



Fot. A. Kosater

się do opierania gospodarki polskiej na węglu, wbrew argumentom ekonomicznym.

Podczas V konferencji poświęconej pamięci dr. Wojciecha Lubińskiego zaproponowałem zorganizowanie konkursu jego imienia. Wojskowy Instytut Medyczny podchwycił tę ideę i ogłoszony został ogólnopolski konkurs pod hasłem *Dum spiro, spero* na najlepszy artykuł opracowany w polskim ośrodku na temat wpływu zanieczyszczeń na zdrowie. Podczas VI konferencji ogłoszone zostały jego wyniki. Jury, w składzie: prof. Michał Krzyżanowski (przewodniczący), dr hab. n. med. Andrzej Chciałowski i dr n. med. Tadeusz M. Zielonka, podkreśliło wysoki poziom nadesłanych prac. Nagrodę w wysokości 3 tys. zł ufundowała Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP. Zwycięzcą konkursu została dr n. med. Anna Merklinger-Gruchała za pracę „Association between PM10 air pollution and birth weight after full-term pregnancy in Kraków city 1995–2009 – trimester specificity”. Ponadto jury przyznało wyróżnienie mgr inż. Joannie Jakubiak-Lasockiej za artykuł „The influence of particulate matter on respiratory morbidity and mortality in children and infants”. Już teraz zapraszamy na konferencję w przyszłym roku i do udziału w konkursie *Dum spiro, spero*. ■

Tadeusz M. Zielonka
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

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

Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce zapewnia mieszkańcom tej gminy szeroki zakres ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Do lekarzy pierwszego kontaktu akces zgłosiło ponad 15 tys. pacjentów. Przychodnia prowadzi także aż 21 poradni specjalistycznych. W tym – jak mówi jej dyrektor mgr Krystyna Rusiniak – takie perełki jak: neurologia dziecięca, reumatologia, chirurgia naczyń, diabetologia, a otolaryngologia, audiologia i okulistyka dysponują dobrym sprzętem. Ponadto działa tu laboratorium, pracownia rentgenowska, rehabilitacja dorosłych (aparat do masażu limfatycznego, jedyny w powiecie) i dzieci w ośrodku dziennym (z zaburzeniami wieku rozwojowego) oraz stomatologia. ZOZ prowadzi też cztery gabinety dentystyczne w szkołach. To obecnie rzadkość. Zakontraktowano świadczenia dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Lekarze dentyści przychodni dokonują w szkołach regularnych przeglądów uzębienia uczniów i leczą ich. Tę inicjatywę docenia płatnik.



W Zielonce – oferta kompletna

Małgorzata Skarbek

Właśnie ze względu na kompleksową ofertę dyrektor Rusiniak zgłosiła placówkę do pilotażowego programu opieki koordynowanej przez lekarza pierwszego kontaktu. Sądzi, że to pomoże ożywić instytucję lekarza rodzinnego.

Bogactwo oferowanych świadczeń nie znaczy, że placówka nie ma kłopotów. Na niektóre porady czeka się bardzo długo. Do endokrynologa zapisać się można dopiero na 2018 r. Rejestruje się pacjentów na tak odległe terminy, bo to obowiązek ustawowy. Należy zapisywać, niezależnie od długości podpisanego kontraktu. W przypadku ZOZ Zielonka kończy się on w czerwcu 2017 r. Wydłużanie się kolejek spowodowane jest oczywiście ograniczonymi limitami NFZ. Ale nie tylko.



Fotografie: M. Skarbek

– Zastanawiam się, czy nie pojawiają się „nadpotrzeby” wizyt u specjalistów – mówi dyrektor Rusiniak. – Spadł autorytet lekarza pierwszego kontaktu. Sprowadzono go do osoby wydającej skierowania i recepty. Nie takie były założenia powołania instytucji lekarza rodzinnego. Czy na pewno z każdą chorobą i po każdą receptę pacjent musi zgłaszać się do specjalisty? Forsowanie opieki koordynowanej przez lekarza POZ jest próbą powrotu do pierwotnej idei. U nas to dobre rozwiązanie, bo mamy wszechstronną opiekę. Ale nie wszędzie tak jest.

Rozbudowana specjalistyka wymaga zatrudnienia wielu lekarzy. W Zielonce pracuje ich około 50, na etatach, kontraktach i umowach-zleceniach. Przyjeżdżają z Warszawy i okolicznych miast. Dlaczego chętnie tu pracują? Opinia o dobrym klimacie w pracy przyciąga lekarzy. Chwalą sobie stabilizację i spokój w tej placówce.

Zresztą ich pozyskanie jest efektem lat doświadczeń Krystyny Rusiniak. Pracuje w ZOZ od samego początku jego istnienia, najpierw była zastępcą dyrektora, potem dyrektorem.

– Sprawdzają się w tej pracy otwarte kontakty z pracownikami – twierdzi. – Ułatwianie pracy lekarzom przez sprawne zorganizowanie rejestracji, administracji. Ci, którzy sobie życzą, pracują z pielęgniarkami, inni – sami. A biurokracji jest mnóstwo. Ja zajmuję się problemami prawnymi i organizacyjnymi, a lekarze pacjentami. Przejmuję na siebie kontakty z pacjentami roszczeniowymi. Czasami są to sprawy niezawinione przez pracowników, czasem zawinione. Ja zarządzam, nie rządzę. Można mnie poprawiać. Zastraszony, zestresowany pracownik jest niekreatywny, źle wypełnia obowiązki. Konflikty przeszkadzają. Przyjście do pracy nie może być stresem. Personel mamy znakomity. Według mnie każda osoba jest ważna i ma swój wkład w funkcjonowanie zakładu. Szanujemy się nawzajem. Brak nawet jednego elementu naszej „składanki” powodowałby złe funkcjonowanie placówki. Pokutuje w Polsce opinia o zbiorowej odpowiedzialności i to utrudnia pracę

z pacjentami. Czyjś błąd przenosi się na całą grupę zawodową. Oczywiście nie można pochwalać błędów, ale też nie należy uogólniać, że wszyscy są niedbali, źle pracują.

Zadaniem, którego realizację prawdopodobnie trzeba będzie wkrótce rozpocząć, jest rozbudowa placówki. ZOZ Zielonka wyodrębnił się 1 stycznia 2000 r. ze struktury Szpitala Powiatowego w Wołominie. Organem założycielskim jest samorząd gminy. Sam budynek, jednopiętrowy, o powierzchni 2,5 tys. mkw., został wzniesiony ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia i oddany do użytku w 1989 r. Współfinansowało go wojско i ono postawiło pewne wymagania architektoniczne, które obecnie nieco przeszkadzają, np. nadmiernie szerokie korytarze (wtedy prawdopodobnie planowano tu szpital polowy w razie zagrożenia wojną). Już jako zakład publiczny obiekt został poddany przeróbkom. Najważniejszą była termomodernizacja w 2007 r. i zainstalowanie podnośnika dla niepełnosprawnych. Poprawiono także oświetlenie, wygląd zewnętrzny i wewnętrzny, tablice informacyjne, dokupiono aparaturę, m.in. nowy aparat rentgenowski. Ze względu na szczupłość miejsca, aby zwiększyć powierzchnię gabinetową, administracja przeniosła się do bocznego budynku. A mimo to ciągle jest ciasno.

– Budynek stał się za mały – dowodzi dyrektor Rusiniak. – W jednym gabinecie mieszczą się trzy – cztery poradnie. Jeden lekarz kończy pracę, drugi zaczyna. Widzę, że idą zmiany, np. wymuszane przez demografię. Miejscowa populacja starzeje się, będzie wymagała większej liczby świadczeń, lokalni politycy muszą to brać pod uwagę. Przecież im bliżej miejsca zamieszkania świadczone są usługi, tym lepiej. Powiększenie ich wachlarza jest niezbędne.

Kwestia rozbudowy nie została jeszcze przesądzona. Wszystko zależy od kształtu, jaki przyjmie służba zdrowia po zapowiadanych zmianach. Zdaniem Krystyny Rusiniak formy opieki zdrowotnej się nie zmieniają, raczej ich finansowanie.

Plan przewiduje dodanie do istniejącego gmachu jednej kondygnacji. Przy okazji termomodernizacji sprawdzono, że fundamenty wytrzymają nadbudowę. Jej koszty wyniosą 5–6 mln zł, będzie prowadzona etapami.

To będzie dość duża inwestycja. Ale drobne zmiany wprowadzane są nieustannie. Dokonano na przykład komputeryzacji zakładu. Lekarze już prowadzą dokumentację elektroniczną, ale jeszcze jest obowiązek jej drukowania. Pacjenci mogą zapisywać się on-line i otrzymują SMS przypominający o terminie wizyty. Czeka ją więc na system centralny. Dużą wagę przywiązuje się do wizerunku placówki. Ostatnio poprawiana jest przejrzystość informacji na tablicach w ośrodku. Niektóre remonty i zmiany ZOZ robi własnym sumptem, np. dozorczy malują gabinety w wolnych od pracy dniach, otrzymują za to pieniądze na umowę-zlecenie. To prosty i tani sposób wykonywania niezbędnych prac.

Władze samorządowe wspierają placówkę. Dyrektor Rusiniak cieszy się, że można dostrzec tendencję promowania publicznej służby zdrowia.

– Jestem zwolenniczką takiej formy ochrony zdrowia i pozostawienia jej w gestii samorządu – mówi. – Jeśli organ samorządowy nie nadzoruje żadnego zakładu, nie ma też wpływu na tę newralgiczną część życia społecznego. W publicznym zakładzie są mechanizmy pozwalające na kontrolę tego, co dzieje się ze służbą zdrowia. W wyłącznie prywatnych – nie ma. Chciałabym też, aby Narodowy Fundusz Zdrowia darzył nas większym zaufaniem. Błędy większości zakładów nie wynikają z chęci nieuczciwego zarobku, ale czasami z nieumiejętności, z zawikłanych przepisów, różnej ich interpretacji, częstych zmian, np. w refundacji leków. Restrykcyjne kontrole powodują, że stajemy się zbyt przywiązani do procedur i leczenia poszczególnych chorób, a nie człowieka. ■

„ Ja zarządzam, nie rządzę. Można mnie poprawiać. Zastraszony, zestresowany pracownik jest niekreatywny, źle wypełnia obowiązki. Konflikty przeszkadzają. Przyjście do pracy nie może być stresem.

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Szczegółowe informacje są dostępne na stronie <http://ckp.wum.edu.pl>

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

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
zaprasza na studia podyplomowe!

Prowadzimy studia podyplomowe:

- ☑ prawo medyczne w ochronie zdrowia
- ☑ medycyna estetyczna
- ☑ metodologia badań klinicznych
- ☑ żywienie kliniczne
- ☑ dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- ☑ medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- ☑ dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – teoria i praktyka
- ☑ bioetyka w praktyce ochrony zdrowia
- ☑ seksuologia kliniczna
- ☑ seksuologia sądowa
- ☑ pomoc psychologiczna w medycynie
- ☑ propedeutyka psychologii klinicznej
- ☑ rehabilitacja ortopedyczna w urazach sportowych – program podstawowy
- ☑ rehabilitacja ortopedyczna urazów sportowych w praktyce – program zaawansowany



Czy bioniczna trzustka w leczeniu cukrzycy

Krystyna Knypl

Kontrola glikemii u osób z cukrzycą typu 1 jest poważnym zadaniem zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów oraz ich opiekunów. Być może pacjenci z trudną do uregulowania cukrzycą typu 1 otrzymają wkrótce nowe narzędzie do walki z chorobą, popularnie zwane bioniczną trzustką.

Zaczęło się od dziecka

Gdy przed ponad dziesięcioma laty David, synek dr Toby Milgrome, lekarki pediatry, i inżyniera Edwarda Damiano, specjalizującego się w biomedycynie, zaczął stawiać pierwsze kroki, okazało się, że sprawia mu to wiele trudności. Doświadczona oko matki lekarki od razu wychwyciła tę nieprawidłowość. Dziecko trafiło do szpitala na intensywną terapię. Rozpoznanie, jakie mama brała po uwagę, były przygnębiające. – *Cukrzyca typu 1, białaczka, guz mózgu* – powie po latach dziennikarzowi. W szpitalu okazało się, że chłopiec ma kwasicę w przebiegu cukrzycy typu 1. Przez głowę mamy przebiegały informacje typu: „*śmierć 6-letniego dziecka 6 proc. dzieci z cukrzycą*” albo „*6 proc. dzieci z cukrzycą typu 1 nie dożywa czterdziestki*”. Trzeba było jednak porzucić ponure myśli i zmierzyć się z trudną rzeczywistością.

Po hospitalizacji rozpoczął się dla rodziców trudny czas czuwania nad poziomem glikemii, oznaczania poziomu cukru co 2–3 godziny przez całą dobę. Pompy insulinowe dopiero zaczęto wykorzystywać w przypadku osób dorosłych, a doświadczenie w ich stosowaniu u małych dzieci było niewielkie.

Gdy później Toby Milgrome przygotowywała posiłki dla Davida do szkoły, dołączała kartę z opisem ich kaloryczności i dawkowaniem insuliny. Pielęgniarka szkolna pięć razy dziennie dzwoniła do niej, a ona ustalała dawkę insuliny.

Tata, Ed Damiano, rozmyślał nad skonstruowaniem bionicznej trzustki dla syna. Motywowała go konieczność całodobowego czuwania nad poziomem glikemii u Davida oraz obawa o skutki nocnych hipoglikemii. Opracował matematyczny algorytm i napisał program komputerowy, który analizuje ciągłe pomiary stężenia glukozy i określa, która z dwóch pomp – insulinowa czy glukagonowa – ma zadziałać przy danym poziomie cukru. Powstał prototyp.

Doskonalenie prototypu

W 2008 r. rozpoczęto testowanie bionicznej trzustki z udziałem pacjentów. W pierwszym etapie zastosowano ją u 11 osób. Ciągłe pomiary stężenia glukozy trwały po 27 godzin. W 2010 r. urządzenie udoskonalono, zwłaszcza w części monitorującej stężenie glukozy w tkankach. W nowej wersji możliwe było kontrolowanie stężenia glukozy przez 51 godzin. Kolejny etap polegał na udoskonaleniu systemu moni-

torującego i opracowaniu odmiennych wersji bionicznej trzustki dla dorosłych i młodzieży. Ulepszone urządzenie testowało 12 nastolatków i 12 osób dorosłych.

W 2015 r., podczas kongresu American Diabetes Association, przedstawiono pierwsze wyniki zastosowania prototypowego modelu trzustki.

Dalsze prace nad bioniczną trzustką spowodowały jej ulepszenie i obecnie testowany jest model zwany iLet. Nazwa pochodzi od angielskiego słowa *islet*, czyli wysepka, i nawiązuje do komórek wysp trzustkowych. Komunikację między urządzeniem monitorującym glikemię a pompami dawującymi leki zapewnia aplikacja na iPhone'a (https://en.wikipedia.org/wiki/Bionic_Pancreas).

Ustalenie dawek insuliny lub w razie potrzeby glukagonu odbywa się indywidualnie dla każdego użytkownika, za pomocą algorytmu. Pomiary poziomu cukru są dokonywane co 5 minut, wynik jest wysyłany do aplikacji, która oblicza dawkę insuliny lub glukagonu. Można także wprowadzić dane o wielkości i kaloryczności planowanego posiłku. Wówczas urządzenie oblicza, jakie dawki insuliny będą potrzebne.

Urządzenie iLet zaprezentowano w lipcu 2015 r. na konferencji organizacji Children with Diabetes Friends for Life. Na łamach „The Lancet Diabetes Endocrinology” w lutym 2016 r. opublikowano doniesienie „Day and night glycaemic control with a bionic pancreas versus conventional insulin pump therapy in preadolescent children with type 1 diabetes: a randomised crossover trial”, w którym przedstawiono wyniki testów u dzieci ([http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(15\)00489-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(15)00489-1/abstract)). Porównano nowy model bionicznej trzustki z tradycyjną pompą insulinową. Uczestnikami badania były dzieci w wieku od 6 do 11 lat chorujące na cukrzycę typu 1, u których stosowano naprzemiennie przez pięć dni pompę insulinową i bioniczną trzustkę. W okresie gdy dzieci miały zainstalowaną bioniczną trzustkę, średnie stężenie glukozy wynosiło 7,6 mmol/l, natomiast gdy miały zainstalowaną pompę insulinową – 9,3 mmol/l.

Kiedy przyłączona była bioniczna trzustka, znamiennie skracaly się okresy hipoglikemii (poniżej 3,3 mmol/l), stanowiły 1,2 proc. ogólnego czasu, w którym pracowało urządzenie. Gdy korzystano z pompy insulinowej, taka hipoglikemia występowała przez 2,8 proc. czasu. Rzadziej też dzieci musiały stosować interwencję węglowodanową w związku z odczuwaniem zbliżającej się hipoglikemii. Miały miejsce średnio trzy interwencje węglowodanowe w przypadku bionicznej trzustki i średnio pięć interwencji w przypadku pompy insulinowej. Nie zanotowano w żadnym przypadku ciężkiej hipoglikemii. W czasie korzystania z bionicznej trzustki u żadnego z uczestników badania nie stwierdzono ciała ketonowych, a wykryto je siedmiokrotnie u pięciu pacjentów podczas stosowania pompy insulinowej.

tką będzie przełomem typu 1?

W doniesieniu „Psychosocial Impact of the Bionic Pancreas During Summer Camp” autorstwa J. Benchell-Weissberg i wsp. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26993252>) podkreślono, że dzieci i młodzież podczas stosowania bionicznej trzustki odczuwały mniejszy lęk związany z chorobą i wspaniałym na cukrzycę, a chętniej oddawały się różnym zajęciom sportowym. Na konferencji prasowej poświęconej doświadczeniom z bioniczną trzustką użytkownicy mówili, że z trudem rozstawali się z nowym urządzeniem, które pozwoliło im na aktywniejsze życie.

Testy bionicznej trzustki u dorosłych pacjentów

Poza badaniem grupy dzieci z cukrzycą typu 1 zespół Edwar-da Damiano prowadzi wieloosrodkowe badania z udziałem dorosłych pacjentów. Testują oni naprzemiennie bioniczną trzustkę i pompę insulinową przez 11 dni, w czasie normalnego wykonywania swoich codziennych zawodowych obowiązków. W badaniu bierze udział 40 osób.

W związku z pozytywnymi wynikami testów wystąpiono do Food and Drug Administration o przeprowadzenie badań klinicznych III fazy na większej grupie pacjentów. Weźmie w nich udział 600 osób.

Perspektywy

Prace nad bioniczną trzustką są kosztowne, pochłonęły już kilka milionów dolarów. Może się pojawić bariera wynikająca z ceny glukagonu potrzebnego do funkcjonowania bionicznej trzustki. Obecnie w Stanach Zjednoczonych trzeba się liczyć z wydatkiem 160 dolarów dziennie (https://en.wikipedia.org/wiki/Bionic_Pancreas#cite_note-fox-1).

Konstruktorzy uruchomili stronę internetową poświęconą dotychczas przeprowadzonym badaniom nad bioniczną trzustką (<http://sites.bu.edu/bionicpancreas/about-us/>). Jest także strona na Facebooku (<https://www.facebook.com/betabionics/>).

Prognozy mówią o możliwości pojawienia się urządzenia w sprzedaży na początku 2019 r. ■



3. MIĘDZYNARODOWY KONGRES MEDYCZNY KOBIETA I MĘŻCZYŻNA 65+ Jak leczyć i pomagać?

21-22 października 2016 | Hotel Holiday Inn Warszawa Józefów, ul. Telimeny 1

Komitet Naukowy:
prof. dr hab. n. med. **Barbara Bień**
prof. dr hab. n. ekon. **Piotr Błędowski**
prof. dr hab. n. med. **Katarzyna Wieczorowska-Tobis**

GERIATRIA MEDYCYNA RODZINNA INTERNA



już dziś zarejestruj się na
SERDECZNIE ZAPRASZAMY
www.kobietaimieczczyzna.info

Kontakt z nami:
tel. 22 279 49 02 / 06
e-mail: kongres@ocinfo.pl
www.facebook.com/kongresymedycznekobietaimieczczyzna

OGŁOSZENIE

Patronat
Naukowy:



NARODOWY INSTYTUT
GERIATRII, REUMATOLOGII
I REHABILITACJI
IN. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER



Pierwsza brachyterapia w Radomskim Centrum Onkologii

49-letnia kobieta zmagająca się z nowotworem piersi jest pierwszą pacjentką, która przeszła zabieg brachyterapii w Radomskim Centrum Onkologii. Placówka została uroczystie otwarta w czerwcu, a kilkanaście dni później otrzymała długo oczekiwany kontrakt z NFZ.

Pacjentka już dwie godziny po zabiegu mogła wrócić do domu. – *Dzięki nowoczesnej technice napromieniowanie chorej zostało skrócone o siedem dni* – tłumaczy dr Jarosław Łyczek, szef radioterapii w Radomskim Centrum Onkologii, specjalizujący się właśnie w brachyterapii. To technika polegająca na umieszczeniu źródła promieniowania w środku guza lub jego okolicy, co pozwala oszczędzić sąsiednie narządy, bo nie są naświetlane.

Główną zaletą brachyterapii jest jej precyzja, natomiast wadą – bardzo skomplikowany system dokładnego planowania leczenia wymagający najnowocześniejszej aparatury komputerowej i wysoko wykwalifikowanej kadry. RCO taką dysponuje, a mimo to placówka musiała bardzo długo starać się o zdobycie kontraktu z NFZ. W końcu się udało i lecznica otrzymała 2 mln zł na świadczenia z zakresu teleradioterapii i brachyterapii. Od 1 lipca ubezpieczeni pacjenci z regionu radomskiego są bezpłatnie przyjmowani na naświetlenia w RCO i nie muszą jeździć do odległych ośrodków.

Uregulowanie relacji z NFZ było jednym z głównych tematów rozmów podczas uroczystego otwarcia lecznicy przy ul. Uniwersyteckiej, które odbyło się w połowie czerwca (formalnie placówka działa od września 2014 r., w międzyczasie zmienił się jej właściciel, który dokończył inwestycję). Liczne zebrani goście podkreślali, że w Radomiu powstał jeden z najnowocześniejszych szpitali onkologicznych w Polsce, w którym wykonuje się pełną diagnostykę i leczy metodą



Fotografie: R. Natorski

chirurgii onkologicznej, radioterapii, chemioterapii oraz walczy z guzami mózgu i chorobami układu nerwowego przy użyciu Leksell Gamma Knife (technika wykorzystująca promieniowanie gamma do zniszczenia komórek nowotworowych stosowana jest w warszawskim oddziale spółki zarządzającej RCO).

– *Cieszę się, że centrum zostało ukończone i będzie służyć chorym. Pacjenci z nowotworami czekali na ten szpital, bo Radom i przyległe powiaty to biała plama w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia onkologicznego* – mówił podczas otwarcia Marek Jutkiewicz, pomysłodawca placówki i główny inwestor.

W RCO mogą być leczone m.in. nowotwory: piersi, przewodu pokarmowego, głowy i szyi, układu moczowego, prostaty, narządów rodnych, płuc oraz mózgu.

Placówka dysponuje trzema oddziałami: onkologii, radioterapii (z możliwością świadczenia usług chemioterapii) i chirurgii onkologicznej. W ramach oddziału radioterapii funkcjonuje pracownia teleradioterapii, wyposażona w trzy nowoczesne akceleratory, oraz pracownia brachyterapii z dwoma aparatami HDR. ■

Rafał Natorski



Wyróżnienie dla NCM

Nowodworskie Centrum Medyczne otrzymało Medal Pamiątkowy „Pro Masovia”.

Marszałek województwa mazowieckiego uhonorował placówkę za jej dotychczasową działalność w ochronie zdrowia. Samorząd województwa podkreśla, że w NCM pracują znakomicie wykwalifikowani i zaangażowani w swoją pracę lekarze oraz pielęgniarki. Lecznica dysponuje nowoczesną aparaturą medyczną i ma bardzo dobre, zindywidualizowane podejście do pacjenta. Centrum zrzesza publiczne placówki medyczne z terenu powiatu nowodworskiego. W jego strukturze znajdują się: szpital powiatowy, przychodnia specjalistyczna, cztery zakłady podstawowej opieki zdrowotnej oraz ratownictwa medycznego, diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i rehabilitacji, a także nocna i świąteczna opieka lecznicza. NCM nieustannie się rozwija, realizuje projekty współfinansowane przez Unię Europejską, w efekcie poszerza zakres świadczonych usług. Dzięki dofinansowaniu z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2007–2013 utworzono m.in. pracownię tomografii komputerowej, doposażono zakłady diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej w sprzęt diagnostyczny.

Będą pieniądze na kolejne remonty szpitali i zakup sprzętu

Radni województwa mazowieckiego zdecydowali o dodatkowym wsparciu finansowym dla mazowieckich szpitali.

18,5 mln zł z budżetu województwa zostanie przeznaczona na kolejne remonty i modernizacje, a także zakup sprzętu specjalistycznego. Samorząd Województwa Mazowieckiego zaznacza, że możliwość dofinansowania mazowieckich szpitali wynika ze stabilnej sytuacji finansowej Mazowsza. Dzięki dodatkowym środkom będzie przeprowadzona rozbudowa i przebudowa oddziałów położniczo-ginekologicznego i neonatologicznego w szpitalu w Siedlcach. W tym roku lecznica otrzyma na ten cel ponad 5,7 mln zł, natomiast w 2017 – 2,2 mln zł. Modernizację oddziałów położniczego i neonatologicznego planuje także Szpital Bródnowski w Warszawie. W 2016 r. przeznaczonych zostanie na nią ponad 4,3 mln zł, w 2017 – 3,5 mln zł. To niejedyna inwestycja w tym szpitalu. Planowana jest również modernizacja oddziału chirurgii (I etap). Na to przedsięwzięcie w 2016 r. placówka wyda 1 mln zł, a w 2017 – 600 tys. zł. Dodatkowe środki (900 tys. zł) otrzyma także Szpital Wojewódzki w Cie-

chanowie, gdzie zostanie przebudowana sieć kanalizacji sanitarnej i deszczowej. Szpital Dziecięcy przy ul. Nieklańskiej wyremontuje natomiast dach budynku F. Na ten cel otrzyma 800 tys. zł. Blisko 450 tys. zł trafi do Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji STOCER (jako wkład własny do projektu realizowanego z dofinansowaniem z WFOŚiGW). Wsparcie otrzyma otwoki oddział szpitala w Zagórzcu. Będzie to kwota 250 tys. zł na modernizację przyłączy wodno-kanalizacyjnych. Ponad 850 tys. zł zostanie przeznaczona na zakup aparatury medycznej dla Centrum Leczenia Mukowiscydozy w Dziekanowie Leśnym. Dodatkowe środki pozwolą na wymianę i uzupełnienie sprzętu w Szpitalu Zakaźnym w Warszawie, który otrzyma 150 tys. zł. Placówka wzbogaci się także o mikroskop laboratoryjno-badawczy wart 12 tys. zł. Szpital Wojewódzki w Ciechanowie z kolei otrzyma 212 tys. zł na zakup i wymianę lampy RTG oraz generatora wysokiego napięcia w tomografii komputerowej. Kwota 220 tys. zł posłuży do nabycia aparatury medycznej dla szpitala kolejowego w Pruszkowie. Wsparcie (80 tys. zł) otrzyma także Centrum Lecznico-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy Attis w Warszawie.

Nowy oddział w Wołominie

Szpital Powiatowy w Wołominie ma już zmodernizowany Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii.

Otwarcie oddziału Chorób Wewnętrznych i Nefrologii zakończyło ostatni etap strategicznej inwestycji – rozbudowy i modernizacji ośrodka nefrologiczno-dializacyjnego. Pierwszym etapem było otwarcie na początku roku 2015 wybudowanej od podstaw, jednej z najnowocześniejszych w Polsce, stacji dializ. Starostwo Powiatowe w Wołominie podaje, że obecnie, po kapitalnym remoncie, a właściwie po gruntownej modernizacji budynku i pomieszczeń, oddano do użytku pacjentów nowy oddział o profilu internistyczno-nefrologicznym – Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii. Zlokalizowany jest w miejscu starej stacji dializ, na parterze budynku interny, i bezpośrednio sprzężony z nową stacją. Zaprojektowany został tak, by zapewnić pacjentom wysoki standard pobytu, a personelowi – nowoczesne i ergonomiczne warunki pracy. Oddział będzie dysponował 19 łózkami rozmieszczonymi w salach maksymalnie dwuosobowych, z oddzielnymi węzłami sanitarnymi. Oddanie do użytku nowego oddziału wieńczy wieloletni proces inwestycyjny, którego nadrzędnym celem było stworzenie kompleksowego systemu opieki nad pacjentami z chorobami nerek. W ostatnim czasie ośrodek nefrologiczny uzyskał pozytywną opinię konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii – jako jednostka starająca się o możliwość kształcenia lekarzy w tej dziedzinie medycyny. ■ **pk**



DELEGATURA RADOMSKA

26-600 Radom,
ul. Rwańska 16,
tel.: 48-331-36-62,



Przewodniczący **Julian Wróbel**
e-mail: julian@wp.eu
dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00

Fundacja z wielkimi planami

Polska starzeje się, a możliwości opieki geriatrycznej są ograniczone. Fundacje, które zajmują się pomocą seniorom, są dobrym rozwiązaniem problemów wynikających ze zmian demograficznych.

W 1996 r. z inicjatywy prof. Tadeusza Chruściela Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie powołał Fundację Pro Seniore im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej.

Fundacja na razie świadczy doraźną pomoc dla lekarzy seniorów, ale plany ma o wiele szersze.

Obecnie fundacją kieruje Andrzej Surowiecki, który ma doświadczenie w branży medycznej – m.in. był dyrektorem warszawskiego szpitala przy ul. Niekańskiej, a także zarządzał Przedsiębiorstwem Zaopatrzenia Lecznictwa „CEZAL” na początku tego wieku. Zna również problematykę medyczną od podszewki – żona jest dentystką, a córka niedawno obroniła doktorat z medycyny.

Jednym z największych wydarzeń w kalendarzu fundacji jest Charytatywna Gala Karnawałowa – bal połączony z występami znanych artystów i z loterią. Zaproszenia rozchodzą się na pniu, a szampańska zabawa trwa do rana, przynosząc fundacji wymierne korzyści.

W 2015 r. fundacja wygenerowała zysk w wysokości 45 820,24 zł. Przychód z tytułu wpłat obywateli 1 proc. od podatku dochodowego w 2015 r. wyniósł 22 375,18 zł (od 2007 r. fundacja ma status organizacji pożytku publicznego – KRS 0000250527). Od 1999 r. w skład jej majątku wchodzi także działka w Wildze podarowana przez Teresę Ostrowską. Fundacja przeznaczyła ponad 14 tys. zł na dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego dla 21 lekarzy seniorów, wsparła emerytowanych lekarzy z Domu Lekarza Seniora im. dr. Kazimierza Fritza, zorganizowała spotkanie wigilijne, występy artystyczne, kupiła paczki świąteczne, a najbardziej potrzebującym przekazała specjalistyczne opatrunki przeciwoleżynowe oraz inne produkty medyczne do pielęgnacji ciała. W wyszukiwaniu potrzebujących opieki pomaga Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, w której działa Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów.

W podziękowaniu za życzliwość i opiekę, również finansową, dla osób wspierających Pro Seniore ustanowiono tytuł Benevolenti (łaskawcy, życzliwemu), który wraz ze statuetką przyznawany jest corocznie.

Fundacja współorganizuje też Rodzinne Pikniki Integracyjne Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Wiosną na piknikach bawią się wspólnie lekarze, lekarze weterynarii, adwokaci, radcowie prawni, komornicy, kuratorzy, doradcy podatkowi, biegli rewidentzi, architekci, inżynierowie budownictwa, aptekarze, pielęgniarki i położne, notariusze oraz urbaniści. Ostatni piknik odwiedziło ponad 10 tys. osób – przedstawiciele samorządów zawodów zaufania publicznego, ich rodziny i przyjaciele.

Fundacja postanowiła podjąć działania w celu uzyskania od m.st. Warszawy lub Urzędu Marszałka Województwa Mazowieckiego obiektu przydatnego na przychodnię geriatryczną oraz Dom Złotej Jesieni. Jednocześnie jej zarząd rozpoczął przygotowywanie wniosków o fundusze z Unii Europejskiej



Prof. Tadeusz Chruściel,
inicjator powołania
Fundacji Pro Seniore



Prezes Fundacji Pro Seniore
Andrzej Surowiecki

oraz m.in. źródeł szwajcarskich i norweskich.

By starania o środki stały się skuteczniejsze, 4 listopada 2015 r. Fundacja Pro Seniore powołała klastr – Innowacje w Medycynie i została koordynatorem jego działań (www.klastrpromed.pl). Do podpisania umowy o współpracy przystąpiły 24 podmioty. Obecnie jest ich 33 i ciągle napływają nowe zgłoszenia.

Celem klastra jest wymiana informacji i doświadczeń, tworzenie sieci powiązań, ułatwianie dostępu do kapitału i infrastruktury.

– *Planujemy uruchomienie przychodni geriatrycznej oraz wybudowanie Domu Złotej Jesieni. Senior otrzymałby kompleksową opiekę – diagnozę, leczenie, rehabilitację i zajęcia kulturalne* – mówi Andrzej Surowiecki.

Fundacja uruchomiła stronę internetową www.proseniore.pl, na której są istotne informacje dotyczące pomocy emerytowanym lekarzom oraz porcja wiedzy ze świata medycyny.

Prezes tak uzasadnia potrzebę powołania fundacji: – *Lekarze całe życie ciężko pracują, pomagając innym. Na starość to oni potrzebują pomocy. Lekarze seniorzy nie mają wysokich emerytur czy*

rent. Pracowali, kiedy nie było możliwe zgromadzenie majątku wystarczającego na dostatni byt po zakończeniu pracy. Relatywnie wysokie zarobki tej grupy zawodowej, osiągnięte kosztem ciężkiej pracy w kilku miejscach, to dopiero kwestia ostatnich kilku lat.

Niestety, wielu naszych podopiecznych nie kwalifikuje się, według aktualnie obowiązujących kryteriów, do pobytu w Domu Lekarza Seniora przy ul. Wołoskiej w Warszawie. Zresztą liczba miejsc w tym domu jest ograniczona. Tym, którzy nie otrzymali tam wsparcia w postaci całodobowej opieki, staramy się pomóc, regularnie dofinansowując turnusy rehabilitacyjne w ośrodkach zapewniających wykwalifikowaną kadrę medyczną i szeroki wachlarz zabiegów na najwyższym poziomie. ■

oprac. kb

II Festiwal „Ślimakowe Rytmy”

W jubileuszowym roku 25-lecia działalności Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu po raz drugi zorganizował Międzynarodowy Festiwal Muzyczny Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe Rytmy”.

Pomysłodawcą festiwalu jest prof. Henryk Skarżyński, dyrektor instytutu i Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach. W 2016 r. imprezę współorganizował Uniwersytet Muzyczny Fryderyka Chopina w Warszawie, którego rektor prof. Ryszard Zimak przewodniczył jury. W salach uniwersytetu odbyły się przesłuchania konkursowe, a także koncert galowy.

Do konkursu zgłosiło się około 150 osób z Ekwadoru, Chin, Hiszpanii, Kazachstanu, Kanady, Stanów Zjednoczonych, Ukrainy, Włoch i oczywiście Polacy. Do dalszego etapu przeszło 30 muzyków i śpiewaków. Wszyscy uczestnicy są użytkownikami implantów ślimakowych, dzięki którym śpiewają i grają. Byli wśród nich muzycy grający na nietypowych instrumentach, np. ghuzengu, lutni, cytrze oraz kazachskim instrumencie ludowym.

Jury wyróżniło dziesięciu artystów, którzy występowali w koncercie finałowym z towarzyszeniem Polskiej Orkiestry Radiowej pod batutą Krzesimira Dębskiego. ■

mkr

Fot. egw



Daria Władzińska, wyróżniona skrzypaczka z Polski

iDF | **INTERNATIONAL DENTAL FAIR**

OGŁOSZENIE

we współpracy z firmą

Poldent®

ZAPRASZAMY NA KOLEJNĄ EDYCJĘ SZKOLEŃ!

1 X 2016 r. (Warszawa)

WUM, Centrum Biblioteczno-Informacyjne, ul. Żwirki i Wigury 63

„Profilaktyka onkologiczna w gabinecie stomatologicznym. Rak jamy ustnej – jak rozpoznawać, jak reagować, jak rozmawiać, jak unikać roszczeń”.

Prowadzące: lek. dent. Magdalena Pawelczyk-Madalińska, lek. dent. Małgorzata Giezek-Kaczmarek, lek. dent. Ewa Jańczak-Biegańska.

Szkolenie medyczne pod patronatem Fundacji do walki z nowotworem jamy ustnej „Z uśmiechem przez życie”.



5 proc. od wszystkich wpłat zostanie przekazane jako darowizna na rzecz Fundacji do walki z rakiem jamy ustnej „Z uśmiechem przez życie” na organizację dni otwartych w gabinetach stomatologicznych.

7 X 2016 r. (Warszawa)

„Ochrona danych osobowych w gabinecie lekarskim”.

Prowadzący: **Marcin Kupisiński** – radca prawny przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Warszawie.

21 X 2016 r. (Warszawa)

„Błędy i problemy w leczeniu a roszczenia pacjenta”.

- Proces likwidacji szkód w zakresie OC lekarzy
- Błędy w sztuce lekarskiej i ich poważne konsekwencje
- Przykłady roszczeń pacjentów
- Znaczące błędy w prowadzeniu dokumentacji medycznej gabinetu.

Prowadząca: lek. dent. Ewa Jańczak-Biegańska – pełniąc funkcję konsultanta orzecznika medycznego w zakresie stomatologii w towarzystwach ubezpieczeniowych w sprawach dotyczących szkód NNW oraz szkód objętych OC w sektorze służby zdrowia, weryfikuje także opinie sądowe.

25 XI 2016 r. (Warszawa)

„Dokumentowanie procesów sterylizacji jako ochrona przed roszczeniami pacjentów”.

- Roszczenia w sprawach o błąd medyczny z tytułu zakażeń
 - Kontrola wewnętrzna – audyt
 - BHP w gabinecie stomatologicznym i obowiązkowe procedury sanitarne
- Nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej przyczyną natychmiastowej porażki lekarza w sprawach sądowych.

Prowadząca: lek. dent. Ewa Jańczak-Biegańska.

1 XII 2016 r. (Warszawa)

„Kontrola podatkowa w gabinecie lekarskim”.

- Ewidencjonowanie sprzedaży w gabinecie lekarskim
 - Odpowiedzialność karnoskarbowa lekarzy.

Prowadzący: **Marcin Kupisiński** – radca prawny przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Warszawie, **Joanna Bany** – doradca podatkowy.

9 XII 2016 r. (Warszawa)

„Czułość onkologiczna – rola lekarza stomatologa we wczesnej diagnostyce nowotworów nabłonkowych jamy ustnej”.

Prowadząca: lek. dent. Małgorzata Giezek-Kaczmarek – specjalista I st. stomatologii zachowawczej, II st. periodontologii.

Zgłoszenia: **IDF Sp. z o.o.**,

tel.: **22 868 36 93, 506 097 598, 663 011 418,**

szkolenia@idf.net.pl, biuro@idf.net.pl

Szczegółowe programy i nasze pozostałe oferty dostępne na stronie:

www.idf.net.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 nieosiągnięcia 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

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

UPŁYWA TERMIN FUNKCJONOWANIA DOTYCHCZASOWYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH.

Prosimy o dokonywanie opłat składek na **nowe** indywidualne rachunki bankowe, których numery można wygenerować na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:
<http://www.oilwaw.org.pl/skladki/twoj-numer-konta/>
lub uzyskać, kontaktując się z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
(tel.: 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).

UWAGA!!!

Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie





24-godzinna opieka prawna
dla lekarzy i lekarzy dentyistów
z Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie



Lekarze i lekarze dentyści – członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie korzystają z szybkiej i nieodpłatnej pomocy prawnej kancelarii prawnej Lex Secure, która udostępnia członkom samorządu lekarskiego działającą całodobowo linię pod numerem tel. 501-538-539.

Oferta Lex Secure dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie to m.in.:

- nielimitowana liczba zapytań w trybie określonym zgodnie z Regulaminem Świadczenia Usług „Lex Secure Twoja Opieka Prawna” zamieszczonym na stronie internetowej www.opiekaprawna.pl,
- nieograniczony zakres prawny,
- gotowe szablony i wzory dokumentów prawnych w ramach systemu Bazy Wzorów Dokumentów Lex Secure,
- rozwiązanie problemu w 24 godziny; w przypadku pytań skomplikowanych termin ustalany jest indywidualnie.



24h Infolinia Prawna
501-538-539

biuro@opiekaprawna.pl
www.opiekaprawna.pl

OC W SKŁADCE NA SAMORZĄD LEKARSKI

Program grupowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów, członków 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).
- Miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę jest **terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**.
- 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.
- 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).
- Sumy gwarancyjne w obu powyższych wariantach są takie same: **75 tys. euro** – jedno zdarzenie, **350 tys. euro** – wszystkie zdarzenia.
- Lekarze i lekarze dentyści uczestniczący w programie otrzymują także dodatkowo, na podstawie wydanej karty klienta PZU, **20-proc.** zniżkę na ubezpieczenia komunikacyjne, majątkowe, turystyczne.
- Organizatorem programu, ubezpieczającym i płatnikiem składek ubezpieczeniowych jest OIL w Warszawie.

Szczegółowe informacje i formularz na stronie:
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



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

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

Jesteśmy otwarci na Państwa uwagi, wnioski, opinie, gdyż są dla nas cennym źródłem informacji, dzięki której możemy doskonalić poziom świadczonych przez Izbę usług.

Uwagi, sugestie, skargi lub reklamacje mogą Państwo przesyłać do nas e-mailem pod adresem: 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-Kopec



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/

Krajowe oferty pracy na 12.08.2016 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:

lekarze różnych spec. 27	diabetologia 5	laryngologia dziecięca 1	ortopedia 10	stomatologia 17
alergologia 1	endokrynologia 12	medycyna paliatywna 1	ortopedia dziecięca 1	stomatologia chirurg. 3
alergologia dziecięca 2	endokrynologia dziec. 2	medycyna podróży 1	pediatria 31	stomatologia endod. 1
andrologia 1	farmakologia 1	medycyna pracy 6	psychiatria 8	stomatologia ortodon. 3
anestezjologia 3	epidemiologia 1	medycyna ratunkowa 5	psychiatria dziecięca 1	stomatologia protetyka 4
anestezjologia dziec. 1	gastroenterologia 5	medycyna rodzinna 31	radiologia 7	urologia 2
balneologia i med. fiz. 1	geriatria 3	medycyna sportowa 1	radiologia USG 1	USG 5
chirurgia dziecięca 3	ginekologia i poł. 13	medycyna sportowa 1	rehabilitacja med. 5	USG ginekologiczne 1
chirurgia naczyniowa 3	ginekologia/endokryn. 1	neonatologia 5	reumatologia 4	USG internistyczne 1
chirurgia ogólna 7	hematologia 1	neurochirurgia 2		
chirurgia onkologiczna 1	hematologia dziecięca 1	neurochirurgia dziec. 1		
choroby płuc 5	kardiologia 6	neurologia 14		
choroby wewn. 39	kardiologia/hipertens. 1	neurologia dziecięca 2		
choroby zakaźne 1	kardiologia dziecięca 2	okulistyka 18		
dermatologia 11	laryngologia 12	onkologia 1		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





SPOTKANIE Z PRZEDSTAWICIELAMI FEDERACJI POLONIJNYCH ORGANIZACJI MEDYCZNYCH

Pomagajmy sobie

W OIL w Warszawie, która przez lata z różną intensywnością podtrzymywała kontakty ze środowiskami medycznymi Europy, a szczególnie z organizacjami polonijnymi, narodziła się myśl przekształcenia Komisji Współpracy z Zagranicą w stały ośrodek. Przygotowania do Kongresu Polonii Medycznej, który zorganizowała nasza Izba, potwierdziły przekonanie, że dysponująca dużym potencjałem ludzkim i zapleczem technicznym, mająca ponadto naturalną siłę przyciągania jako największa w Polsce, z siedzibą w stolicy, mogłaby stale współpracować z Federacją Polonijnych Organizacji Medycznych, służąc jej pomocą na wielu polach.

Nasza propozycja została podchwycona przez nowego prezesa federacji i nie upłynęło wiele czasu, kiedy po wymianie e-maili ustalono szczegóły przyjazdu do Warszawy dr. Janusza Kasiny z dwojgiem członków zarządu FPOM, czyli Marią Syczewską z Białorusi (wiceprezesem od spraw Polonii na Wschodzie) i Dariuszem Zybortem z Litwy (sprawy stażowe).

Do spotkania doszło już 9 sierpnia 2016 r., „na Puławskiej”, czyli w siedzibie naszej Izby. Prócz wspomnianych wzięli w nim udział: prezes Andrzej Sawoni, wiceprezesi Marta Klimkowska-Misiak i Romuald Krajewski oraz niżej podpisany. Nie zabrakło oczywiście redaktor naczelnej „Pulsu” Ewy Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Trudno byłoby zwięźle omówić wszystkie poruszane tematy, ale sądzę, że nie wolno mi przemilczeć świetnej atmosfery spotkania, która jest, tak samo jak jego strona merytoryczna, rękojmią dalszych owocnych kontaktów. Prezes Sawoni przedstawił m.in. możliwości Izby, szczególnie w zakresie informatyki, i zaproponował użyczenie naszej powstającej, nowoczesnej strony internetowej dla potrzeb federacji. Prezes Kasina zwrócił uwagę, że Polonia, przede wszystkim ta na Wschodzie, aczkolwiek oczekuje od kraju i od izb lekarskich różnych form pomocy, np. ułatwień w docieraniu do przedsięwzięć służących zdobywaniu wiedzy medycznej, sama może zaoferować bardzo dużo, chociażby w dziedzinie turystyki czy imprez kulturalnych.

Przy okazji podziękował za to, że owocne spotkanie zorganizowano bez zbytecznej zwłoki, w pierwszym dogodnym dla obu stron terminie. Uczestnicy stwierdzili zgodnie, że miało wielką wartość informacyjną i będzie zarzewiem dalszych przemyśleń i dyskusji wśród działaczy FPOM, które z pewnością doprowadzą do różnych inicjatyw i konkretnych propozycji w przyszłości. ■

Krzysztof Schreyer
przewodniczący Komisji Współpracy z Zagranicą
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



**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

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

Nasze Powstanie



**Jerzy Majkowski
i Andrzej Wiczyński,
w czasie okupacji hitlerowskiej
młodzi chłopcy, w późniejszym
czasie znakomici lekarze,
wspominają swój udział
w Powstaniu Warszawskim.**

Prof. Jerzy Majkowski,
w konspiracji pseudonim „Czarny”

Wywodzę się z Szarych Szeregów (1942–1944). W czasie Powstania byłem żołnierzem kompanii „Anna”, batalionu NOW-AK „Antoni”. Na początku Powstania walczyliśmy na Woli, po przejściu na Stare Miasto dwie kompanie batalionu „Antoni” włączono do batalionu „Gustaw”. Potem kanałami przeszliśmy do północnego Śródmieścia. Po kapitulacji czekał nas obóz.

W pierwszych dniach walk na Woli mieliśmy kwaterę przy ul. Obozowej, skąd prowadziliśmy natarcia w różnych kierunkach, m.in. Górczewskiej i wzdłuż Obozowej. To były ciężkie walki, zwłaszcza na Cmentarzu Ewangelickim. Rzuciłem butelki z benzyną na czołgi jadące Wolską w okolicy Młynarskiej. Mieliśmy dobre uzbrojenie, pierwsze zrzućmy alianckie z bronią – dwa duże pojemniki, trafiły na nasze podwórko. Związany był z tym incydent – dyżurni na warcie wzięli długie pojemniki zrzućmy za desant niemiecki i zaczęli do nich strzelać długimi seriami. Za to otrzymali upomnienie, bo uczono nas, że trzeba strzelać pojedynczymi kulami.

Jako strzelec dostałem szybkostrzelny, automatyczny karabinek. Znaczenie tego karabinu doceniłem dopiero na Starym Mieście, na które przeszliśmy po upadku Woli. Miałem już własny pistolet, „piątkę”. Mama przez całą okupację przechowywała dwa pistolety w piecu kaflowym. Gdy wychodziliśmy do Powstania, dała je mnie i koledze.

Broniliśmy barykady przy ul. Ślepej, a kwaterę mieliśmy przy ul. Kilińskiego 3. Tam koledzy przyprowadzili zdobyty „czołg”. Byłem zmęczony po nocnej zmianie na barykadzie i nie chciałem wyjść na dwór ani na balkon, aby go obejrzeć. Gdybym wyszedł, zginąłbym, jak kolega, który mnie do tego namawiał. Zobaczyłem tylko przez okno tłum ludzi i nagły błysk. Nic więcej. „Czołg” wybuchł. Pęd powietrza rzucił mnie o ścianę i na dwa dni straciłem przytomność.

Budziłem się powoli, w szpitalu. Nic nie widziałem, słyszałem tylko męskie głosy. Wpadłem w popłoch, że straciłem wzrok.



Fot. M. Skarabek

Ale gdy sięgnąłem ręką do twarzy, poczułem skorupę zaschniętej krwi. Miałem złamany nos, ale po paru dniach z opaską na twarzy wróciłem do kompanii.

Barykadę utrzymaliśmy do końca. Przez wybitą w spalonym domu dziurę widziałem zwaloną kolumnę Zygmunta. Najtrudniejsze były tzw. wsparcia. Po warcie wracaliśmy wycząc, ale gdy inna gru-

pa ruszała do ataku, trzeba było iść, wesprzeć ją. Natarcia najczęściej szły w kierunku Katedry św. Jana. Najważniejsze było dokładne rozeznanie terenu – gdzie wróg, gdzie nasi, gdzie się zatrzymać? Pewnego razu uprzedzono nas, że nasze oddziały będą wycofywać się spod chóru katedry. Stałem w jakiejś celi klasztornej przy ul. Kanonia, skąd obserwowałem katedrę przez wybite szyby. Widzę biegnącego człowieka w panterce, z karabinem. Ma zawinięte rękawy. Wziąłem go za wycofującego się powstańca. Schował się za konfesjonał, a po kilkunastu sekundach strzelił do mnie, lecz chybił. Kula trafiła w obraz Matki Boskiej za mną. W czoło wbiły mi się drobiny prochu. Krzyknąłem: – *Idioto, strzelasz do swojego*. W tym momencie zorientowałem się, że to Niemiec.

Inne zdarzenie. Weszliśmy z kolegą na gzyms kościoła Jezuitów, skąd było widać środek katedry. Przy filarze leżał Niemiec z karabinem maszynowym. Udało się go zlikwidować. Cudem przy strzałach nie spadliśmy z tego wąskiego gzymsu.

W ostatnich dniach sierpnia szedłem na wsparcie. Wycofywałem się z katedry na Kanonię, wbiegłem do bramy, a tam leżał nasz dowódca Czesław Stiller. Dostał w udo, strasznie krwawił i krzyczał. Brama była pod ostrzałem, wzywałem sanitariuszki, ale w końcu musiałem zmienić stanowisko. Zginął. Ten obraz i jego krzyk zostały mi w pamięci na zawsze.

2 września nasza kompania jako ostatnia ewakuowała się do Śródmieścia. Przeszliśmy kanałami z pl. Krasińskich na ul. Warecką. Wokół paliły się domy, mimo nocy było jasno. Właz był ostrzeliwany, dobiegaliśmy skokami. Po wejściu do kanału spadłem na coś miękkiego. Na moje szczęście był to kolega, najgrubszy w całej kompanii. Droga była trudna, szliśmy dużymi kanałami, w wodzie do kolan, w dużym napięciu. Nie byliśmy pewni, czy dobrze idziemy. Cały czas słyszeliśmy wybuchy, których odgłosy pod ziemią robią dużo większe wrażenie niż na powierzchni.

Wyszliśmy przy Wareckiej i zdumieni patrzyliśmy na ulice. Ludzie chodzili w cywilnych ubraniach, śmieli się, wciąż czynne były kawiarnie, wyświetlano filmy. Śródmieście jeszcze nie przeżyło tego, co my na Starówce. Przydzielono nas do placówki przy Czackiego, róg ul. Traugutta (obok gmachu banku). Miałem ostrzeliwać Krakowskie Przedmieście na wysokości uniwersytetu.

Niemcy puścili w naszą stronę goliata. Na Starówce nie znałem tej broni. Nie wiedzieliśmy, co robić! Gdy podjechał blisko, zaczęliśmy strzelać. Nagle stanął. Zatem byliśmy skuteczni. Potem z gmachu Prudentialu prowadziliśmy ostrzał banku przy pl. Napoleona. W jego piwnicach znaleźliśmy wielkie puszki z marmoladą i czekoladą. To były niemieckie zapasy. Przekazaliśmy je ludności cywilnej.

Kwaterę mieliśmy przy ul. Jasnej, skąd czasami zapuszczaliśmy się daleko, aż do pl. Trzech Krzyży.

Oddziały powstańcze Starego Miasta były już wykrwawione, z naszego została tylko część (około 40) zdolnych do walki; zostaliśmy dołączeni do Zgrupowania „Bartkiewicz” jako kompania zbiorcza (z oddziałów „Gustawa”).

Po kapitulacji przeszliśmy na ul. Śniadeckich, a stamtąd na pl. Narutowicza, gdzie składaliśmy broń. Uszkodziliśmy ją przed oddaniem. Swoją pistolet i aparat filmowy zakopałem na pl. Dąbrowskiego. Trafiłem do niemieckiego obozu jenieckiego XIB, później „Komenderówki” w Krefeld, po zachodniej stronie Renu. W mojej sztabie byliśmy sami moi, koledzy z mojego plutonu.

Po wyzwoleniu zrobiłem maturę w polskiej szkole im. J. Słowackiego w Hohenwepel. Odnalazłem moją mamę. Wraz z ojcem po pacyfikacji Woli przeszli na Stare Miasto, stamtąd została wywieziona do Ravensbrück, potem trafiła do Bergen-Belsen. A ojciec do obozu Flossenbürg, gdzie zginął.

Po wielu perypetiach w 1947 r. wróciłem do Polski. Medycynę studiowałem już w Warszawie. Ukończyłem w 1952 r.

Dr Andrzej Wiczyński, pseudonim „Antek”

Do konspiracji przystąpiłem tuż po wejściu Niemców do Warszawy – w październiku 1939 r. W Gimnazjum Batorego, w którym się uczyłem, zawiązało się tajne harcerstwo. Na przełomie lat 1941–1942 przekształciło się w Szare Szeregi. Tworzyliśmy Bojowe Szkoły i prowadziliśmy mały sabotaż. Ukończyłem szkołę podoficerską i zostałem tzw. małym kapralem. W 1943 r. komenda Wielkiej Dywersji i naczelnik harcerstwa skierowali mnie do szkoły podchorążych komandosów, działającej pod kryptonimem „Agricola”. Zajęcia odbywały się w prywatnych mieszkaniach, m.in. w moim przy ul. Nowogrodzkiej, oraz w Banku Rolnym, którego dyrektorem był mój ojciec. Ukończyłem szkołę, ale jako jedyny nie otrzymałem stopnia podchorążego, bo nie miałem jeszcze matury. Byłem zbyt młody. Maturę zdałem na dwa miesiące przed wybuchem Powstania. Wtedy złożyłem przysięgę w zakrystii kościoła Zbawiciela i otrzymałem stopień kaprała podchorążego.

Przydzielono mnie na Żoliborz. Tam walki zaczęły się dwie godziny wcześniej, ponieważ zdarzyła się wpadka przy kinie „Tęcza”. Niemcy odkryli skład broni w magazynie kina i zaczęła się strzelanina.

Oddziały żoliborskie miały kryptonim „Żywiciel”, od pseudonimu płk. Niedzielskiego. W batalionie „Żyrafa” były dwie kompanie. Służyłem w pierwszej i nominowano mnie na zastępcę dowódcy plutonu 227 Szarych Szeregów AK. Dowódcą był mój serdeczny przyjaciel Adam Hebrowski. Zginął 17 sierpnia w ataku na dwa samochody niemieckie. Wiozły broń i zaopatrzenie do Instytutu Chemicznego zajmowanego przez Niemców, omyłkowo podjechały nie przed klasztor

Zmartwychwstaniek, ale do naszych okopów. Już się nie mogły wycofać. Przeprowadziliśmy natarcie od czoła i z flanki. Adam nie zdążył założyć hełmu, odłamek niemieckiego pocisku raził go w głowę. Zostałem dowódcą plutonu aż do końca Powstania.

Szkoły Bojowe decyzją naczelnika harcerstwa Orszy zostały pod koniec walk przesunięte do Grup Szturmowych.



Fot. M. Skarbek

Pluton 227 otrzymał miano grupy szturmowej. W jego skład wchodziły cztery drużyny. Część jednej drużyny, grupującej wyłącznie najmłodszych i najmniejszych chłopców w wieku 14 lat, nazwano „szczurami kanałowymi”. Stanowili drużynę łącznościową między Żoliborzem a Starym Miastem. Kanałami przechodzili około 1,5 km. Wchodzili przy ul. Krasieńskiego 29, obok mojego bastionu.

Stanowiliśmy ostatni przyczółek przed stanowiskami niemieckimi, zajmując skrajny budynek przy tej ulicy. Dalej były już tylko ogródki działkowe, a za nimi pozycje niemieckie. Do tych ogródków nocą zakradaliśmy się po warzywa. Albo my, albo Niemcy. Było ciche porozumienie, aby w tym czasie nie strzelać do siebie. Raz Niemcy złamali tę umowę i od tego czasu musieliśmy po prowiant się czołgać. Po prawej stronie mieliśmy Powązki, a po lewej klasztor Zmartwychwstaniek. Tam trwaliśmy przez prawie całe Powstanie.

29 września zostaliśmy zmuszeni do odwrotu. Powołano nas jako straż tylną wycofujących się oddziałów od strony Powązek. Nie mieliśmy podanej drogi odwrotu, tylko co 500 m łączniczka przynosiła wiadomość, jak mamy się dalej kierować. Wycofaliśmy się do ul. Słowackiego, potem do Krechowickiej. Tam stanęliśmy wobec tragicznego dylematu. Nie otrzymaliśmy wiadomości, natomiast trafiliśmy do szpitala polowego z wieloma rannymi. Musiałem zdecydować: czy bronimy szpitala, czy idziemy dalej, zostawiając rannych na pastwę Niemców. W ostatnim momencie łączniczka Ewa Ponińska zorientowała się, że nie ma nas w głównej grupie. Przybiegła, podała rozkaz, że mamy przeskakiwać przez okopy do „Znicza”, budynku przy ul. Mickiewicza. Trzeba było rozkaz wykonać. Wycofaliśmy się z pewnymi stratami aż do tzw. szklanego domu. 30 września, około godz. 19, dowiedzieliśmy się o kapitulacji Powstania. To była dla nas druzgocąca wiadomość, nie chcieliśmy wierzyć.

Z bronią przeszliśmy na ul. Krasieńskiego. Przed kościołem św. Stanisława Kostki stali Niemcy z ogromnymi kosztami, do których trzeba było wrzucać broń. Niszczyliśmy ją. Wcześniej wojsko radzieckie, zajmujące pozycje za Wisłą, zachowywało całkowitą bierność, mimo że wiele razy prosiliśmy o pomoc w postaci ostrzału. Natomiast gdy dowiedzieli się o kapitulacji, zaczęli zmasowany ostrzał Żoliborza. O mało nas nie powybijali. Bez broni przeszliśmy na Powązki, do opuszczonego baraku. Tam przenocowaliśmy na stojąco, a rano przewieziono nas do Pruszkowa, do dawnych remiz kolejowych.

Potem była długa jazda pociągami (trzy doby na stojąco w towarowych wagonach) do obozu jenieckiego Altengrabow pod Magdeburgiem. Warunki były ciężkie, lodowata woda, mróz, pluskwy, wszy.

Po zakończeniu wojny wracałem pieszo z innymi jeńcami do Polski przez trzy i pół tygodnia. Podzielił się na małe grupy, aby było łatwiej się żywić. 9 maja na obwodnicy Berlina, koło radiostacji Deutschland Sender, ostrzelano nas z lasu. Zaatakowały niedobitki niemieckiego wojska. Nie spodziewali się, że my po drodze po lasach zbieraliśmy broń, którą wzięliśmy na wózek. Było tam m.in. dziewięć pancernych karabinów. Byliśmy uzbrojeni lepiej niż w czasie Powstania. Wskoczyliśmy do rowu i z tych pancernych karabinów skosiliśmy całą grupę Niemców. To była moja ostatnia walka w czasie wojny.

We Frankfurcie aresztowało nas NKWD, pewnie dlatego, że mieliśmy broń. Mój pierwszy kontakt z Polską nastąpił w Częstochowie. Gdy wysiadłem z pociągu, rzucił mi się w oczy olbrzymi plakat, na którym żołnierz AL depte karalucha z naszymi AK. ■

Notowała Małgorzata Skarbek



Nie zapomnij o Kresach...

Jarosław Kosiaty

73 lata temu, w niedzielę 11 lipca 1943 r., Ukraińcy związani z OUN-UPA zaatakowali blisko 100 polskich miejscowości na Wołyniu (głównie w powiatach włodzimierskim i horochowskim). Napastnicy wykorzystali fakt gromadzenia się mieszkańców wsi w kościołach na niedzielnej mszy świętej. Łącznie w aktach ludobójstwa na Kresach z rąk ukraińskich nacjonalistów zginęło, zamordowanych w okrutny sposób, ponad 100 tys. naszych rodaków, w tym wiele kobiet i dzieci...

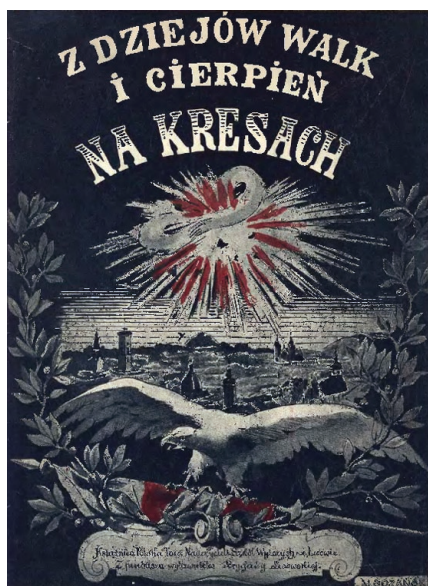
Historyk Andrzej Przewoźnik (1963–2010) napisał kiedyś: „*Nie zabiłszy się do końca rany w ludzkich sercach, a pamięć tych, którzy przeżyli »czerwone noce« na Wołyniu i Podolu, przywołuje obrazy grozy i śmierci, słuch – krzyki mordowanych. Dodatkową udręką ocalałych jest świadomość, że ciała najbliższych osób, pozostawione często bez chrześcijańskiego pochówku w panicznej ucieczce przed mordercami, spoczywają do dziś w setkach bezimiennych mogił, poza cmentarzami, bez krzyża. Ten zastarzały ból odzywa się ze szczególną siłą u kresu życia dawnych Zabużan. Nie wypełniwszy obowiązku pogrzebania szczątków bliskich, przekazują go jako swój testament wnukom i prawnukom. Jeżeli trudno jest nam dziś zrozumieć to uporczywe grzebanie się w przeszłości, spróbujmy postawić się na ich miejscu i pomyśleć, że to nasze matki, ojcowie, bracia i siostry zginęli straszną śmiercią i to ich szczątki, pospiesznie zakopane, ziemia wyrzuca gdzieś daleko z płytkich mogił...*”

Wśród ofiar rzezi byli także polscy lekarze, np. Leopold Dębski, który mieszkał i leczył biednych ludzi w Kisielinie. Ożenił się z Ukrainką Anisją Czemiernin. Mimo to i on, i jego żona zostali brutalnie zabici. Dziś jego wnuk – znany kompozytor Krzesimir Dębski, tak wspomina życie na Kresach przed wojną: „*Polacy, Żydzi, Ukraińcy, Czesi żyli tam przez lata razem, pomagali sobie, bawili się razem, nie było wrogości. We wspomnieniach rodziców Kisielin był dostatnim, kolorowym miasteczkiem, wielokulturowym, ze sklepami, piekarniami, apteką, trzema świątyniami. Były chóry, teatr amatorski, zabawy taneczne. Ludzie potrójnie obchodzili święta. Nie było konfliktów. Nacjonalizm przyszedł z Galicji. W czasie II wojny, w sytuacji ekstremalnego zagrożenia, w ludziach obudziły się najgorsze instynkty...*”

Z ostatnimi żyjącymi świadkami tamtych wydarzeń zetknąłem mnie przypadek. 14 lat temu poznałem panią Ewę Siemaszko, historyka, współautorkę (razem z ojcem Władysławem Siemaszko) dwutomowej monografii „*Ludobójstwo dokonane przez nacjonalistów ukraińskich na ludności polskiej Wołynia 1939–1945*”. Zgodziłem się wtedy, jako wolontariusz, pomóc w zorganizowaniu wystawy „*Wołyn naszych przodków*” w Domu Polonii przy Krakowskim Przedmieściu w Warszawie. Nie wiedziałem, że do otwarcia wystawy zostało tylko kilka tygodni, a Kresowianie z całego świata nadesłały ponad pół tysiąca starych fotografii i innych dokumentów. Siedząc nocami przy komputerze, skanując pozostawione zdjęcia oraz czytając wspomnienia, zacząłem odkrywać niezwykle fakty o życiu na Kresach i wojennych losach naszych rodaków. Po zakończeniu wystawy pomyślałem, że warto zachować te bezcenne pamiątki dla następnych pokoleń...

Tak powstał serwis historyczny „*Wołyn naszych przodków*” (www.nawolyniu.pl). Poza olbrzymią bazą starych fotografii na jego stronach znalazły się wspomnienia, wiersze, dawne piosenki, a także wywiady i filmy (np. film nakręcony na Wołyniu w 1937 r.). Są również akwarele i rysunki Napoleona Ordy, wykonane na Kresach w latach 1872–1874. W bazie artykułów znajduje się ponad 180 tekstów o tematyce kresowej. Mimo upływu kilkunastu lat, cały czas otrzymuję kolejne materiały oraz prośby o pomoc w ustaleniu nieznanymi losów kresowych przodków.

Nowością w serwisie www.nawolyniu.pl jest największa w Internecie baza książek o wydarzeniach na Kresach Wschodnich przed i w czasie II wojny światowej. Szczegółowe zestawienie liczy już ponad 500 pozycji, od najbardziej znanych monografii po niewielkie, lokalne, niskonakładowe wydawnictwa, np. „*Uratować pamięć... wspomnienia repatriantów z Kresów Wschodnich*” Zygmunta Czaplę z II Prywatnego Liceum Ogólnokształcącego dla Dorosłych w Koszalinie. Jednocześnie powstał specjalny dział zawierający pełne teksty (w wersji elektronicznej) ponad 30 książek o życiu na Kresach Wschodnich, wydanych przed 1939 r. Są w nim m.in.: „*Na kresach i za kresami. Wspomnienia i szkice*” Maryana Dubieckiego z 1914 r., „*Lud polski. Jego zwyczaje, zabobony*” Łukasza Gołębiowskiego z 1830 r., „*Śmierć w obrzędach, zwyczajach i wierzeniach ludu polskiego*” Henryka Biegeleisena z 1930 r., „*Wołyn i jego mieszkańcy w r. 1863*” Fortunata Nowickiego z 1870 r., „*Lwów stary i wczorajszy*” Franciszka Jaworskiego z 1910 r., „*Z dziejów walk i cierpień na Kresach. Z 12 ilustracjami*” Władysława Orobkiewicza z 1919 r.



Okładka książki „*Z dziejów walk i cierpień na Kresach. Z 12 ilustracjami*” Władysława Orobkiewicza z 1919 r. (pełny tekst publikacji zamieszczony jest na stronie www.nawolyniu.pl)

Na uwagę zasługuje unikalna publikacja, wydana w Palestynie w 1943 r. staraniem Armii Polskiej na Wschodzie, „Obrona Lwowa w roku 1939” autorstwa Kazimierza Rysia. Dzieci i rodziców na pewno zainteresuje pełne wydanie książki Henryka Wernica z 1890 r. pt. „Bajeczki i wierszyki dla dzieci od lat 4 do 7”, a także „Podania i legendy polskie, ruskie, litewskie” Lucjana Siemińskiego z 1845 r. Młodzieży polecam m.in. „Opowiadanie o ubiorach, zwyczajach i obyczajach ludu polskiego” z 1863 r., a czytelnikom w każdym wieku – „Przysłowia polskie” Franciszka Koraba Brzozowskiego z 1896 r.

Wiele osób zadaje pytanie, co mnie łączy z Kresami i dlaczego tyle czasu i energii poświęcam na prowadzenie serwisu. Dopiero niedawno, porządkując rodzinne dokumenty, poznałem nowe fakty z własnej historii. Dziadek Czesław Kosiaty (1910–1949) ukończył w 1939 r. Akademię Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie. Brał udział w kampanii wrześniowej. Po ucieczce z niemieckiej niewoli przedostał się do Lwowa, pracował w Winnikach jako kierownik rejonowej lecznicy dla zwierząt. Po wojnie założył i prowadził pierwszą lecznicę weterynaryjną w Nowym Sączu. Jego starszy brat Aleksander Kosiaty (1892–1923), żołnierz armii austriackiej, w czasie I wojny światowej został zesłany na Sybir. Tam zaciągnął się jako ochotnik do V Syberyjskiej Dywizji Strzelców Polskich i walczył na pociągach pancernych z bolszewikami (za odwagę i męstwo otrzymał Krzyż Walecznych). Drugi brat – Jan Kosiaty (1901–1940), w 1920 r. wstąpił jako ochotnik do 1 Pułku Strzelców Podhalańskich i brał udział w wojnie polsko-bolszewickiej. Po ukończeniu Szkoły Podchorążych Piechoty służył w 4 Pułku Strzelców Podhalańskich (w 1933 r. mianowany na stopień kapitana). We wrześniu 1939 r. brał udział w obronie Lwowa. Po kapitulacji miasta dostał się do dziecięcej niewoli. W czasie transportu do Starobielska miał możliwość ucieczki, ale odmówił, twierdząc, że nie pozwala mu na to honor polskiego oficera. Zginął wiosną 1940 r., zamordowany przez NKWD...

Do dzisiaj przeczytałem tysiące stron wspomnień nadesłanych przez Kresowian z całego świata. Po lekturze wielu z nich długo nie mogłem spokojnie spać... Największe wrażenie zrobiło na mnie jednak jedno niewielkie zdjęcie. Przed-



Nauczyciele i uczniowie szkoły w Zagajach na Wołyniu – wszyscy zamordowani, wraz z 260 innymi osobami, podczas napadu UPA 12 lipca 1943 r. Zdjęcie ze zbiorów Małgorzaty Szołt-Wróblewskiej

stawia dziecięcy warkoczek, wydobyty z jamy masowego grobu na Trupim Polu, niedaleko wsi Sokół (w serwisie jest widoczne w publikacji Adama Kruczka „Wołyńskie pola śmierci”).

Dlatego warto zobaczyć i zachować w pamięci świat Kresów, w którym przedstawiciele różnych narodów: Polacy, Ukraińcy, Żydzi, Rosjanie, Niemcy i Czesi, żyli przed wojną zgodnie obok siebie. Nie pozwólmy, aby ludzie i miejsca, których już nie ma, odeszli całkowicie do krainy zapomnienia.

Historyk Lucyna Kulińska napisała niedawno: „Wiedza Polaków o dawnych wschodnich województwach Rzeczypospolitej jest dzisiaj nikła. Wraz z ostatnimi odchodzącymi z tego świata mieszkańcami Kresów umiera w Polsce zaniedbywana przez polityków i większość intelektualistów pamięć o tych ziemiach. A była to kraina czarowna, bogata urodą przyrody i różnorodnością mieszkających się nacji i religii, spinyanych przez wieki kłamrą kultury polskiej. Kilka wojennych lat zniweczyło budowlę wznoszoną przez wielki ciąg kresowych pokoleń...”. ■

Webmaster serwisu www.nawolyniu.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl



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



Wielkie litery w wyrazach pospolitych

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Ortografia polska nie dopuszcza używania wielkich liter (wersalików) na początku wyrazów pospolitych, chyba że wyraz rozpoczyna zdanie i wyróżnienie takie jest konieczne ze względu na strukturę tekstu. Wyjątek stanowią wyrazy pospolite, odnoszące się do konkretnych osób, które chcemy w jakiś sposób uhonorować, np. „papież Jan Paweł II” albo z szacunkiem „Papież św. Jan Paweł II”, „burmistrz Brwinowa” albo z estymą „Burmistrz Brwinowa”.

Używanie w reklamach wielkich liter na początku wyrazów pospolitych (np. *Jakość Przede Wszystkim*, *Rower Spacerowy Męski*, *Wielka Przygoda Klientów*) przyszło z tradycji anglosaskiej i mimo wieloletniej obecności w naszych gazetach nadal nie jest dobrze odbierane. W angielszczyźnie tak się wyróżnia nazwy, które powinny mocno funkcjonować w tekstach informacyjnych lub perswazyjnych. W polszczyźnie jest to zawsze niepoprawne i odbiorcy reklam lub stron WWW tak to odczuwają (piszą w ankietach: „nabazgrał jakiś Angol, który był na kursie w Tesco”).

Moim zdaniem autorzy reklam (copywriterzy), stron internetowych (webmasterzy) itd. strzelają sobie w ten sposób w stopę, bo odbiorcy czują się okłamywani. Widzą, że chodzi o reklamę, świat wirtualny, a nie prawdziwy. Gdzieś w ich podświadomości powstaje niechęć do takich tekstów. Są Polakami, a nie „Angolami”. Jeszcze gorzej reagują na to Włosi, Hiszpanie, a Francuzi wręcz głośno protestują („my nie Ameryka”). W serwisie YouTube jest film, który pokazuje, jak grupa mieszkańców Paryża wyrzuca na śmietnik paczki z reklamami drukowanymi w stylu angielskim, choć po francusku, a przyglądający się temu tłum bije brawo i na koniec śpiewa „Marsylianę”.

U nas może nie jest to aż tak silne, ale jakiś rodzaj milczącego sprzeciwu można zaobserwować. Ciekawe, że nie zdają sobie z tego sprawy copywriterzy i webmasterzy, którzy bardziej są skupieni na treści reklam, wyglądzie stron internetowych i funkcjach programistycznych niż na wpływie na odbiorcę. Dotyczy to także blogerów, którzy nie dbają o ortografię. Wiele wskazuje na to, że mieliby szansę na popularność, gdyby częściej korzystali ze słowników, opisów zasad ortografii i interpunkcji, a także starali się wczuć w mentalność czytelników.

Znający się na rzeczy autorzy reklam i stron internetowych unikają więc błędów lingwistycznych jak ognia. Tak budują teksty, aby na wymagające wyróżnienia wyrazy padał akcent zdaniowy i nie było potrzeby używania wersalików.

Akcent zdaniowy (przecisk) jest najsilniejszy na samym początku i dokładnie na końcu zdania. Specjalny układ wyrazów i sensów może nasilać akcent przewidziany dla danego wyrażenia również wewnątrz zdania. Kto potrafi, ten tak skonstruuje wypowiedź, że wszystko co trzeba zostanie podkreślone bez używania takich sposobów jak wielkie litery. To kwestia znajomości języka polskiego i na pewno wyczucia, zdolności, ale nawet talenty muszą nieraz dobrze nad każdym zdaniem posiedzieć, żeby uzyskać efekt. ■

<http://www.ipj.pl>



Rzym przeniesiony do Krakowa

Przez chwilę wydawało się, że światowa stolica chrześcijaństwa została przeniesiona z Rzymu do Krakowa, a jego biskup czuje się tu jak w domu. Natomiast liczni krakowianie, przerażeni kreśloną przez media wizją przybycia ponad 3 mln pielgrzymów oraz rosnącymi z dnia na dzień trudnościami komunikacyjnymi umknęli z miasta. Dopiero w przeddzień oficjalnego otwarcia Światowych Dni Młodzieży roześmiane twarze, pełne wdzięku, o karnacji w najróżniejszych odcieniach, ostatecznie wyparty z ekranów telewizji naszą sejmową fauną, przekonując do idei ŚDM wielu wcześniejszych sceptyków.

A pod „papieskim oknem” znów koczowały tłumy, postrzegając jego wieczorne otwarcie przy Franciszkańskiej (nomen omen) jak powrót ukochanego Ojca.

Nie będę się rozpisywał na temat wydarzenia relacjonowanego we wszystkich mediach, nie tylko w Polsce, ale dwie mikrorefleksje pozwolę sobie nakreślić. Pierwsza dotyczy młodej Syryjki, zapytanej, czy wraca do ogarniętego wojną rodzinnego kraju, która odrzekła: – *Nie opuszcza się ciężko chorej matki!*

Druga refleksja wiąże się z postacią ks. kardynała Franciszka Macharskiego, odwiedzonego w Centrum Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie przez wielkiego imiennika z Watykanu, na moment przed ostatecznym pożegnaniem z tym światem. Akcentuję to wydarzenie jako jedno z nieoczekiwanych, do których papież Franciszek wciąż przyzwyczajają nie tylko wiernych, ale i rozmaite służby. To był piękny gest. W osobie zmarłego kardynała trzeba podkreślić niezwykłą wręcz empatię, którą obdarzał wszystkich, niezależnie od światopoglądu czy wyznania. I za to był, i pozostanie, kochany.

Jeśli zaś chodzi o organizację Dni Młodzieży, muszę zaznaczyć ogromną mobilizację wszystkich służb medycznych. 3,5 tys. lekarzy, pielęgniarek i ratowników czuwało bezpośrednio nad zdrowiem młodych pielgrzymów. Do tego należy doliczyć 123 karetki pogotowia ŚMD oraz 166 karetek PRM, 20 ambulansów wojskowych, 17 namiotów szpitalnych, 17 patroli na quadach i blisko 500 patroli pieszych, kilka helikopterów. Ale też nigdy nasza służba medyczna na tak długi okres (przeszło tydzień) nie była obciążona takim zadaniem, z którego zresztą wywiązała się wzorowo.

Bilans ŚDM jest więc wyjątkowo korzystny. Czy przełoży się na świadomość społeczną? W jakimś procencie na pewno, ale w jakim? W dominującym dzisiaj świecie pieniądza prawdziwe wartości zyskują na znaczeniu, ale musi minąć jakiś czas, byśmy ten fakt docenili. Pewne jest, że Światowe Dni Młodzieży w Krakowie 2016 r. to nie przypadkowy epizod, lecz rozdział historii. ■

Stefan Cieplý

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć lekarzem chciała być od dziecka. Wtedy jeszcze nie wiedziała, że jej drugą wielką pasją będzie poezja. Już na studiach pociągało ją wyrażanie uczuć, sposobu postrzegania świata za pomocą wierszy. Pierwsze powstały pod koniec studiów, w drugiej połowie lat 70. Odtąd wyraża emocje w formie rymowanej.

– *Zawsze chciałam być pediatrą. Medycynę ukończyłam w Gdańsku, w pamiętnym 1981 r. – wspomina dr Aleksandra. – Gdy zaczęłam staż po studiach, stwierdziłam, że mój plan specjalizowania się w pediatrii się nie powiedzie. Po prostu nie mogłam wyjść z oddziału dziecięcego. Nie mogłam zostawić chorych dzieci samych. Musiałabym mieszkać w szpitalu. A to jednak było niemożliwe, bo przecież miałam też inne plany życiowe.*

Została namówiona na ginekologię, która stała się jej pierwszą specjalizacją. Najpierw pracowała na oddziale ginekologicznym w Milanówku. Mieścił się na tzw. Kapryście. Warunki socjalne były tam trudne, ale atmosfera wspaniała, dr Dziarczykowska do dziś mile ją wspomina. Tam ukończyła specjalizację i tam urodziła syna. Na jakiś czas dziecko stało się najważniejsze, było „pierwszą życiową pasją”. Trudy wychowania łączyła z dyżurami i robieniem sweterków na drutach dla dziecka. Wtedy pisała stosunkowo najmniej. Syn jest już dorosły, także został lekarzem i robi specjalizację z ortopedii.

Dr Dziarczykowska jest związana rodzinnie z Milanówkiem, gdzie mieszkali pradziadkowie. Ponieważ mąż również stamtąd pochodzi, czują się wrośnięci w miasteczko. Dzisiaj do przychodni, w której przyjmuje, przychodzą szkolne koleżanki, matki koleżanek i dzieci koleżanek. Są zaprzyjaźnieni od wielu lat.

Ale dr Aleksandra przez pewien czas mieszkała z rodziną w Kampinosie, gdyż tam dostała służbowe mieszkanie w ośrodku zdrowia. Ten „pewien czas” trwał ponad 20 lat. Na wsi siłą rzeczy każdy lekarz staje się lekarzem rodzinnym. Dlatego dr Dziarczykowska postanowiła ukończyć drugą specjalizację, z medycyny rodzinnej. Od 16 lat pracuje w Milanówku w przychodni, w podwójnej roli, a właściwie potrójnej: po jednej stronie korytarza jako lekarz rodzinny przed południem, po drugiej – jako ginekolog po południu jednego dnia, następnego na odwrót. Dochodzi praca administracyjna, bo jest też kierownikiem przychodni.

Pracy ma mnóstwo, ale nie pochłania jej całkowicie. Poezja – czytanie i pisanie – nadal stanowi ważną część jej życia.

– *Moją ulubioną epoką jest romantyzm, ale współczesne utwory też czytam – mówi dr Dziarczykowska. – Ostatnio byliśmy z grupą kolegów na „Dziadach” w Teatrze Narodowym, w reżyserii litewskiego mistrza Eimuntasa Nekrošiusa. To długie przedstawienie. Interpretacja klasyczna, bo cały tekst jest podawany, a scenografia nowoczesna, z nawiązaniem do obecnych czasów. Ks. Piotr był w takim swetrze, jak teraz się nosi. We współczesnych realiach żywy wiersz Mickiewicza. Żadnych skrótów, zmian. Cztery godziny słuchania Mickiewicza minęły mi nie wiem kiedy. Gdyby znałli się ochotnicy, poszłabym jeszcze raz.*



Wiersze dr Dziarczykowskiej są jej impresjami. To poezja religijna, a także dotycząca przyrody. Czasami jest to też poezja „użytkowa”, na czyjąś prośbę lub z własnej potrzeby pisze życzenia, wiersze okolicznościowe.

– *Piszę też o tym, co mi się w życiu zdarza, o przypadkach oczekiwanych i nieoczekiwanych, gdzie jestem i co robię, co przeżywam – mówi dr Dziarczykowska. – To pamiątki po zdarzeniach. Moje wiersze można nawet nazwać rodzajem pamiątnika. Rodzą się tak: wychodzę na spacer z psem, podziwiam piękne kwiaty, wracam i piszę wiersz. Nic nie planuję. Siadam i piszę. Poezja to taka twórczość, która albo pojawia się w nas, albo nie. Czasami piszę w przerwach między przyjmowaniem pacjentów.*

Trudno się temu dziwić. Dr Aleksandra jest wrażliwa na piękno przyrody, a jej miejsce pracy – przychodnia – tonie w zieleni Milanówka.

Wierszy nabrało się już bardzo dużo. Nie wszystkie znalazły się w wydanym dwa lata temu tomiku „W rymach wyrażone”. Opracowaniem zajęła się bratowa lekarki, polonistka Elżbieta Dziarczykowska, poświęcając na to zadanie wakacje. Tomik zawiera różne wiersze, niektóre napisane jeszcze w czasie studiów, inne zupełnie świeże, bardzo wiele ma odniesienia do Boga i wiary.

I właśnie zagadnienia związane z wiarą najbardziej absorbują obecnie dr Dziarczykowską. Jesienią 2015 r. kilkanaście zainteresowanych osób utworzyło Koło Lekarzy Katolików, którego poetka jest przewodniczącą. Organizują spotkania z wybitnymi ludźmi. Wiosną pojechali do Ziemi Świętej, a zimą wybierają się do Guadalupu.

– *Być może będziemy też organizować spotkania ewangelizacyjne – planuje dr Dziarczykowska. – Pojedziemy gdzieś grupą i będziemy próbowali oderwać się od codzienności. Zatopić w rozmyśleniach. Chcemy być nie tylko lekarzami, ale szerzej widzieć świat. Nie można być człowiekiem albo lekarzem połowicznie.*

Aleksandra Dziarczykowska jest też przewodniczącą Komisji Rewizyjnej OIL w Warszawie.

Małgorzata Skarbek

Uwaga! Członkowie Koła Lekarzy Katolików

23–25.09.2016 r. zapraszam na Kongres „Życie i co dalej” do Czerwińska nad Wisłą.
Zakwaterowanie: Dom Rekolekcyjny, ul. Klasztorna 2B. Informacje: tel. 22-542-83-30.

A. Dziarczykowska-Kopeć

Upał im niestraszny



Fotografie: R. Natorski

Nie tylko z rywalami, ale także z upałem musieli się zmagać uczestnicy 3. Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie, które tradycyjnie towarzyszyły Półmaratonowi Radomskiego Czerwca '76.

Na starcie imprezy, która mimo krótkiej tradycji (w tym roku została zorganizowana po raz czwarty) cieszy się coraz większą popularnością, stanęło blisko tysiąc osób, w tym 42 lekarzy.

liczącą trochę ponad 21 km trasa, posiadająca atest Polskiego Związku Lekkiej Atletyki, prowadziła najładniejszymi ulicami Radomia, a meta została zlokalizowana na Stadionie im. Marszałka Józefa Piłsudskiego. – Nawet się nie spodziewałem, że będzie tak gorąco. Wynik mógł być znacznie lepszy, ale wysoka temperatura dała się wszystkim mocno we znaki – mówił po zakończeniu zawodów Marcin



Bugaj, psychiatra z warszawskiego Szpitala Nowowiejskiego, który zwyciężył w rywalizacji mężczyzn przed Marcinem Walencikiem i Radosławem Suchnerem. Na pokonanie całego dystansu potrzebował 1 godziny, 36 minut i 58 sekund.

Złoty medal mistrzostw zdobyła Justyna Śliwiak, lekarz stażysta ze stołecznego Szpitala Wolskiego, wygrała nawet z mężczyznami. Okazała się o 3 minuty szybsza od Marcina Bugaja. Wśród kobiet na drugim stopniu podium stanęła Anna Zaremba, a brązowy medal zdobyła Małgorzata Wojtaś.

– Upał był zdecydowanie największą przeszkodą, ale nie zamierzam narzekać. Najważniejsze, że dobiegłam do mety i to na całkiem niezłej pozycji. Impreza świetnie przygotowana, a na całej trasie dopingowali nas kibice – relacjonowała Anna Zaremba, która jest w trakcie specjalizacji z chirurgii onkologicznej w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym. Bieganie, obok jazdy konnej, to jej największa pasja, codziennie stara się pokonać minimum 10 km. – Dla zdrowia i relaksu – tłumaczy z uśmiechem.

Także Marcin Bugaj zachęca lekarzy do większej aktywności fizycznej. – Każda forma popularyzacji biegania czy też innych sportów jest niezmiernie istotna. Wiele badań, również z mojej dziedziny, potwierdziło korzystny wpływ wysiłku na zdrowie psychiczne, na przykład na zmniejszenie nasilenia objawów depresji. Dlatego warto ćwiczyć! – przekonuje. ■

raf



XXIII Lekarski Rajd Rodzinny



W maju 2016 r. odbył się XXIII Lekarski Rajd Rodzinny. Zorganizował go Lekarski Klub Turystyczny Pro-Mile z Kozienic. Trasa rajdu wiodła przez tereny Beskidu Żywieckiego. Wzięli w nim udział lekarze wraz z rodzinami z Kozienic, Radomia, Warszawy oraz Białegostoku. Wyruszyliśmy z miejscowości Sopotnia Wielka szlakiem niebieskim w kierunku Hali Rysianka, położonej na wysokości 1290 m n.p.m. Ze schroniska roztacza się widok na Pilsko, Babią Górę, a przy dobrej widoczności także na Tatry i Małą Fatrę. Po krótkim odpoczynku ruszyliśmy szlakiem czerwonym przez Trzy Kopce, Palenicę, Munczolik, Tanecznik na Halę Miziową. Stąd przez Górę Pięciu Kopców na najwyższy szczyt Beskidu Żywieckiego – Pilsko (1557 m n.p.m.) – popularne miejsce widokowe z panoramą Beskidów Zachodnich, Tatr, gór Słowacji. Czasem widoczne są stamtąd nawet wschodnie szczyty Sudetów. Nocleg spędziliśmy w schronisku PTTK na Hali Miziowej. Następnego dnia udaliśmy się uroczym widokowo szlakiem żółtym, mijając Polanę Gackówka, potem wzdłuż potoku Buczynka doszliśmy do Korbielowa.



Fot. A. Nowakowski

Rajd był kolejną okazją do integracji środowiska lekarskiego naszego regionu. ■

Dariusz Bobola



ul. Batorego 39, Warszawa 02-591

M Pole Mokotowskie, 22 825-81-61

DODATKOWE 5% RABATU

na zakup szkolnych i miejskich plecaków
w sklepie stacjonarnym i internetowym na

www.alpinski.pl

Kod rabatowy: **witajszkolo**

Kupon ważny do 30.09.2016.

REKLAMA

Szkolne i miejskie plecaki do **-25% taniej!**

POWRÓT DO SZKOŁY





Goniec Medyczny

Razem silniejsi w negocjacjach

Polska, Litwa i Rumunia chcą razem negocjować z firmami farmaceutycznymi warunki zakupu leków, które trafią na listy refundacyjne. W przyszłości do tych państw będą mogły dołączyć kolejne.

Możemy wyleczyć tylko jeden ząb

Udział stomatologii w wydatkach NFZ zmniejsza się od kilku lat. W tym roku jest to zaledwie... 2,56 proc.

Dzieci zażywają suplementy diety

W telewizji pojawia się reklama suplementu diety z magnezem, w której „pedagog szkolna” przekonuje, że „kłopoty dziecka” można szybko i łatwo rozwiązać, podając mu magnezowe żelki. Aż 70 proc. dzieci w wieku 0–6 lat zażywa leki i suplementy diety! Jak wskazują specjaliści, nadmiar magnezu u dzieci nie jest wskazany. Łatwo przedawkować ten pierwiastek.

Warszawa szuka anestezjologów

Szpitala położnicze w Warszawie do września będą musiały zatrudnić dodatkowych anestezjologów. Takie są wytyczne rozporządzenia ministra zdrowia o łagodzeniu bólu porodowego, które daje każdej kobiecie prawo do znieczulenia na życzenie.

Wzrost liczby zakażeń HIV w Rosji

Istnieje ryzyko, że epidemia AIDS, która od wielu lat na całym świecie słabnie, może wrócić. Niepokoi szczególnie gwałtowny wzrost liczby nowych przypadków zakażeń HIV w Rosji – ostrzeża ONZ.

Zmanipulowane badania leków

EMA wydała zalecenie o zawieszeniu pozwoleń na dopuszczenie do obrotu wielu leków zarejestrowanych w ramach procedur narodowych, dla których badania biorównoważności zostały przeprowadzone przez Semler Research Centre Private Ltd w Bangalore, w Indiach.

Podczas ciąży

Stosowanie paracetamolu podczas ciąży wiąże się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia nadpobudliwości i zaburzeń koncentracji u dzieci obojga płci oraz objawów autyzmu u chłopców.

Palenie tytoniu zaś wpływa na proces programowania epigenetycznego w komórkach organizmu dziecka i trwałe zmienia jego genotyp. Może to prowadzić do zwiększonego ryzyka rozwoju wielu chorób w późniejszym życiu.

„Goniec Medyczny” jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie trzy razy w tygodniu pod blisko 100 tys. adresów poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych profesjonalistów medycznych – użytkowników portalu edukacyjnego Esculap (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



Fot. archiwum

Nasz proboszcz Franciszek

Paweł Kowal

Franciszek nie jest już pluszowym papieżem, miłym dla wszystkich, liberalnym itd. To, co mówił w Polsce, dowodzi, że nie daje się zakwalifikować ani jako zwolennik prawicy, ani jako lewicowiec. Stąpa twardo po ziemi, aż dziw człowieka bierze, ile wie o codziennym życiu i jak dużo może poradzić tym, którzy naprawdę szukają odpowiedzi na najprostsze pytania. Bezprecedensowo opublikowana przez Stolicę Apostolską treść rozmowy papieża z polskimi biskupami pokazuje go jako wyjątkowego księdza z doświadczeniem, które, jeśli ktoś posłucha przez chwilę, okaże się przydatne nie tylko wierzącym. Od czasu Jana XXIII na tronie św. Piotra nie zasiadał papież w typie proboszcza. I oto go mamy: proboszcz z Buenos Aires, z peryferii świata kieruje Kościołem.

Po pierwsze: małżeństwo. Ile można o nim napisać? Ile istnieje na jego temat traktatów świętych i uczonych?! A on mówi prosto: możecie się kłócić (może nawet przesadza z tą zgodą na tłuczenie talerzy), ale jest jeden warunek: trzeba pogodzić się przed nocą, nie ciągnąc sporu poza granicę ciemności. Niby oczywista prawda, pochodząca ze starego psalmu, a jednak słowa papieża są jak drobniak na ślub dla młodych, prosty, który zawsze mogą mieć ze sobą. Zresztą to właśnie relacja, przekonanie, że przebywanie z sobą nie jest „traceniem czasu” staje się prostym drogowskazem w pozornie zagmatwanej epoce, w której ludzie mają dla siebie coraz mniej czasu. Badania świadczą wręcz, że na Zachodzie dzisiejsi nastolatki rzadziej próbują bliskości cielesnej niż ich rodzice. Ale wcale nie dlatego, że pokochali przedmałżeńską czystość, ani nie dlatego, że więcej pracują. Po prostu randkowanie stało się „traceniem czasu”. Zastępują je siedzeniem z nosem w komputerach, tabletach i innej elektronice.

Od dawna nikt nie mówił tak o sensie przebywania wnuków z dziadkami jak papież z Argentyny, który dowodzi, że babcia i dziadek lepiej opowiedzą o świecie niż filmik w Internecie.

Wreszcie: rozstanie. Od jakiegoś czasu socjologowie piszą o kryzysie pogrzebu. W niektórych państwach coraz więcej osób jest tak pochłoniętych innymi sprawami, że nie ma czasu odebrać i pochować ciał bliskich – rodziców, a najczęściej dziadków czy coraz dłużej żyjących pradiadków. Nie bez przyczyny papież zachęca, by pamiętać o pogrzebach bliskich jako ostatniej rzeczy, którą możemy dla nich zrobić. Pogrzeb to zawsze zmiana planów, odwołanie konferencji, konieczność wyjazdu, ale jest najważniejszy.

Wszystko to stwierdzenia banalne, oczywiste i proste. „Poprzedni papież to byli uczeni” – powiedzą niektórzy, choć nie przeczytali ani jednej pracy filozoficznej Karola Wojtyły, ani traktatu teologicznego Josepha Ratzingera. Dla nich Franciszek, proboszcz świata, będzie za dużo zwyczajny. ■



Politycy do Sejmu, dziennikarze do telewizji

Janina Jankowska

Zanurzam się w moje archiwalne szpargały. 11 lutego 2008 r. Fundacja Batorego zorganizowała dyskusję pt. „Jak zabrać media politykom?”. W panelu uczestniczyli: prof. Robert Krasowski, red. Adam Pieczyński z TVN, Jacek Żakowski i Mariusz Ziomecki. Robiłam notatki. Najciekawsze zdanie to początek wypowiedzi Mariusza Ziomeckiego: – *Jak patrzę na salę, to nasuwa mi się jedno nazwisko – Alzheimer*. Reszty nie chce mi się czytać. Znam, aż nadto dobrze znam. Wyrzucam.

Następnie Krzysztof Czabański i Maciej Łętowski ogłaszają 31 marca 2003 r. w „Rzeczpospolitej” „**Tezy w sprawie mediów**”. Rzec o upartyjnieniu mediów publicznych. O, to zostawiam! Najciekawsza jest teza nr 2: „*Politycy do Sejmu, dziennikarze do telewizji. Upartyjnienie mediów publicznych ma dwa aspekty. Politycy podzielili się wpływami przy obsadzie nie tylko KRRiT, lecz także rad nadzorczych, zarządów, dyrekcji anten oraz rad programowych (...) Drugi aspekt upartyjnienia mediów publicznych polega na tym, że delegaci partyjni zasiedli przed kamerami i mikrofonami. Zanim się zorientowaliśmy, dziennikarze i osoby publiczne zostały wyparte przez agresywnych polityków. (...) Od rana do wieczora trwa niekończący się festiwal polityków. Oni decydują, oni kontrolują i oni komentują. To sytuacja chora*”. Zajrzyjmy do tygodnika „Do Rzeczy” z 15 sierpnia 2016 r., gdzie z tym samym Krzysztofem Czabańskim rozmawia Kamila Baranowska. I tu dowiadujemy się, że gwarancją odpartyjnienia mediów publicznych jest obecność w najwyższych władzach – Radzie Mediów Narodowych – czynnych polityków. „*Gdyby rada nie składała się z dobrze umocowanych polityków, to wtedy rzeczywiście nie byłoby sensu dublować fikcji, jaką zwykle bywała KRRiT – upolityczniona, ale złożona z nominatów, którzy siłą rzeczy zawsze będą gorzej*

umocowani politycznie niż sami politycy”. Wszystko to po to, by „*media publiczne na zawsze nie pozostały łupem kolejnych obozów politycznych*”. Ciekawa logika. Oba teksty zachowam w moim archiwum. Także „Narodziny oligarchii” Ryszarda Bugaja i tezy referatu Stanisława Jędrzejewskiego.

Przeglądam teraz wspomnienia o prof. Marii Ossowskiej, która była etykiem, teoretykiem i socjologiem moralności. W jej wykładach pojawia się pojęcie prawdy naukowej. I proszę mi wybaczyć ciąg skojarzeń. Bez sensu przypomnia mi się definicja prawdy innego autorytetu: „*Prawda jest jak d..., każdy na niej siedzi*” – Lech Wałęsa. Ostatnia książka Mariusza Szczygła nosi tytuł „Projekt: prawda”, ale wnioski są podobne, każdy nosi w sobie swoją prawdę.

Wracam do prof. Marii Ossowskiej: „**Uczony, który prawdę naukową poświęca interesom dnia, nie przysparza korzyści swemu narodowi, lecz wyrządza mu krzywdę**”. To był rok 1945 lub 1946. Prof. Ossowska pracowała na Uniwersytecie Łódzkim, w specjalnie dla niej utworzonej Katedrze Nauki o Moralności. Czy nie czuła oddechu zbliżającego się stalinizmu, który sprasuje sumienia wielu uczonych? W 1948 r. prof. Ossowska objęła Katedrę Historii i Teorii Moralności na UW. Lata 50., jak to możliwe? Wreszcie po wielu poszukiwaniach natknęłam się na informację: w **latach 1952–1956 zostaje odsunięta od czynnego udziału w życiu naukowym i pracy dydaktycznej**. Wtedy też podpisuje protest przeciwko cenzurze. Jej rozważania o odwadze cywilnej nie były tylko teoretyczne. Zrozumiałam, co znaczył przewijający się w wykładach tzw. zespół dyspozycji człowieka, gdzie obok zainteresowania sprawami publicznymi, ofiarnością, najważniejsze było „*poczucie odpowiedzialności za kształt zbiorowego życia*”. ■

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej WUM, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Grupa ds. Historii, Sekcja Gruźlicy, Mazowiecki Oddział PTChP, IGIChP

Zapraszają na konferencję

**Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy układu moczowo-płciowego.
BCG – terapia w leczeniu powierzchownych guzów pęcherza,**

która odbędzie się **22 października 2016 r.**, w godz. 10–15,
w sali wykładowej 141/142 Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przy ul. Żwirki i Wigury 61.

Udział w konferencji jest bezpłatny.

Prowadzenie konferencji: **prof. Piotr Radziszewski i doc. Bolesław Kuzaka**, WUM (tel.: 22-502-17-34).

SPZZOZ w Przysusze **zatrudni**: • lekarza medycyny rodzinnej lub (i) lekarza internistę, lub (i) lekarza pediatrę do pracy w POZ w Przysusze • lekarza ginekologa, lekarza endokrynologa, lekarza urologa do pracy w Poradni Specjalistycznej • lekarza internistę do pracy na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Przysusze • lekarza neurologa do pracy na Oddziale Neurologicznym w Przysusze. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Atrakcyjne zarobki. Możliwość dodatkowych dyżurów szpitalnych i w NPL. Tel.: 48-383-35-05.



Serce i dusza Tybetu

Jacek Walczak

Potężny król Tybetu, Songcen Gampo, organizował w VII w. wyprawy wojenne do północnych Chin i Indii. Aby powstrzymać agresję Tybetańczyka, chiński cesarz i nepalski król oddali mu za żony swoje córki. Obie były budystkami. Buddyzm zrodził się kilkanaście wieków wcześniej w północnych Indiach i zdążył przejść wiele przemian. Nepalska księżniczka Bhrikuti, wychodząc za władcę Tybetu, wniosła w posagu wizerunek Buddy Siakjamuniego, wykonany z czystego złota. Natomiast miejsce dla przyszłego sanktuarium wybrała Wencheng, chińska księżniczka. Miejsce nieprzypadkowe, bo księżniczka uznała, że świątynia wzniesiona tam, gdzie pod ziemią spoczywa żeński demon pograżony w głębokim śnie, sprawi, iż ów demon nigdy się nie obudzi. Budowę sanktuarium Jokhang zakończono w roku 639, stało się ono (i jest do dzisiaj) miejscem najwyższego kultu w Tybecie. Rozrosło wokół miasta Lhasa jest niepodważalną stolicą tybetańskich górali. Po śmierci króla Gampo przeniesiono z Ramoche do Jokhang nie mniej ważny posąg Jowo Siakjamuniego, który był z kolei darem księżniczki Wencheng.

Tybetański buddyzm – wadźrajana, czyli „Wóz Gromu”, jest Trzecim Obrotem Koła Dharmy. Pierwszy to therawada (zwana „Małym Wozem”). Z rozmaitych odmian buddyzmu ta, zwana niekiedy „Nauką Starszych”, jest jedyną pozostałą do dziś tradycją ortodoksyjną, opartą wyłącznie na Kanonie Palijskim „Tipitaka”, najstarszym tekście zawierającym nauki Buddy.

100 lat po śmierci Buddy doszło do rozłamu w tonie jego wyznawców. Powstała nowa tradycja – mahajana („Wielki

Wóz”), która zakłada, że Budda nie spoczął w nirwanie, ale kierowany wspólnym czuciem opiekuje się wszystkimi dążącymi do wyzwolenia. Pojawiają się wyzwoleni bodhisattwowie, którzy pomagają wyprowadzać kolejnych ludzi z zakłętego koła samsary. Mahajana z czasem stała się dominującą odmianą buddyzmu w Chinach, Mongolii, Wietnamie, Korei i Japonii.

Wywodzący się z Indii buddyzm z wielkimi oporami trafiał do zwykłego ludu zamieszkującego Tybet. Przepojony ludowym szamanizmem „bon”, uwikłany w system animistycznych wierzeń, cały świat magii, duchów, bóstw i demonów, dominował wszechwładnie. Sam buddyzm (therawada i mahajana) praktycznie pozbawiony jest liturgii. Tybetański buddyzm, wadźrajana, skrzętnie korzysta z elementów starej religii „bon”. Stąd bardzo bogate ceremonie, obrzędy, misteria i wyrocznie. Życie Tybetańczyków jest tak głęboko przesiąknięte buddyzmem, że nie ma u nich rozdziału na elementy świeckie i duchowe. W ich języku nie ma nawet określenia „religia”. W historii Tybetu buddyzm odegrał też rolę polityczną, zwłaszcza po przybyciu Mongołów w 1247 r. Później zrodził się ruch Żółtych Czapek (sektą Gelukpa) i został wprowadzony kult dalajlamy, kolejni dalajlamowie rządzą Tybetem przez następne 500 lat.

Sanktuarium Jokhang jest centrum dzielnicy Lhasy – Barkhor, najbardziej fascynującym i tętniącym życiem miejscem. Zawsze pełnym miejscowych, pielgrzymów i turystów. Pielgrzymi odbywają swoją „korę”, rytualne obchodzenie świątyni w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara. Niezwykle ważnym elementem rytuału są młynki modlitewne. Zawierają fragmenty świętych pism, a każdy obrót (też zgodnie z ruchem wskazówek zegara) wysyła przekaz do niebios. Tybetańczycy wykonują tę czynność setki tysięcy razy, co podkreśla jej ważność. Podobną rolę pełnią bębny modlitewne, których pełno przy każdej świątyni. Także w Jokhang, wokół wewnętrznej świątyni Nangkosr, pielgrzymi wprawiają je w ruch. To jedna z trzech najważniejszych świętych tras w Lhasie. Tuż przed wejściem do świątyni, na kamiennych płytach, ortodoksyjni pielgrzymi padają twarzą do ziemi, by po chwili poderwać się i ponownie rzucić się na ziemię nieco bliżej najbardziej świętej części. W licznych pomieszczeniach Jokhang znajdują się wizerunki postaci związanych z historią tybetańskiego buddyzmu i samego Tybetu, a są to dziedziny nierozzerwalne.

Wszystkie drogi prowadzą do posągu Buddy. Niestety, to kopia rzeźby przywiezionej do Tybetu przez księżniczkę Bhrikuti. Złotym oryginałem skutecznie zapiekowały się władze komunistycznych Chin, jeszcze przed rewolucją kulturalną. Zaskakujący szczegół: przed głównym wejściem do sanktuarium zachowała się skromna stela z wrytym zapisem traktatu chińsko-tybetańskiego z 822 r., który gwarantował uznanie granic między dwoma państwami.

Do roku 1950 Tybet był państwem niepodległym, teokratycznym, gdzie 2/3 mężczyzn było mnichami buddyjskimi. Relacje społeczne, ekonomiczne, polityczne, a przede wszystkim religijne, były nie do zrozumienia przez współczesnych. Chińczycy pod błahym pretekstem zajęli Tybet, określając swoją akcję „wyzwoleniem”. Ostatni, XIV Dalajlama – Tenzin Gjatso, udał się na emigrację do Indii, gdzie przebywa do dzisiaj. Jego wizerunek i flaga wolnego Tybetu są w dalszym ciągu w kraju zakazane. Nie do końca znane szczególne warunki tej części świata wywołują ciągle silne emocje wśród ludzi nawet z bardzo odległych rejonów globu. ■

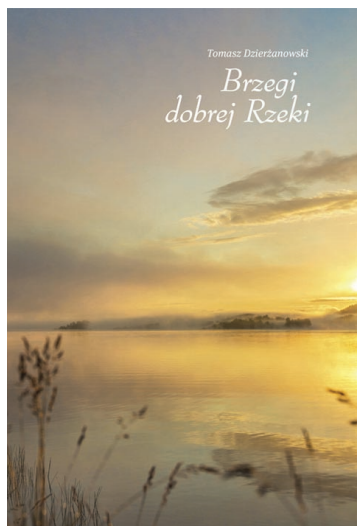


Fot. J. Walczak

Nie co dzień przychodzi nam umierać

W swojej książce „Brzezi dobrej Rzeki” dr Tomasz Dzierżanowski, warszawski lekarz specjalizujący się w medycynie paliatywnej i opiece hospicyjnej, porusza tematy wyjątkowo bliskie lekarskiemu sumieniu, gdyż dotyczące śmierci pacjentów, przy których często nie ma najbliższej rodziny, ale musi być lekarz – i to on przeprowadza na drugą stronę Styksu.

Zwykle rodzina jest, lecz zamknięta za drzwiami drugiego pokoju, licząca na cud, który sprawi, że lekarz wskrzesi umierającego. Wtedy z trudem dobiera się najprostsze słowa, by odebrać tę złudną nadzieję. Dr Dzierżanowski przywołuje historię Ani, umierającej z powodu zaawansowanego chłoniaka, której matka nie mogła pogodzić się z jej odejściem. Wzywała go, by przyjechał



w nocy do ciała córki. Po co? By chwycił ją za zimną rękę i powiedział: „Dziewczynko, mówię ci, wstań”? „*Nadzieja matki jest tak wielka, że wznosi się ponad poziom logiki i rozum. Odtąd już o tym pamiętam*” – przyznaje autor. Takich trudnych momentów jest w tej książce sporo. Specjaliści medycyny paliatywnej tym różnią się od innych, że właściwie żadna śmierć nie powinna być im straszna, są jej świadkami niemal na co dzień. Nasycone konkretnymi losami opowieści mogą więc być wskazówką dla innych, jak się do takich chwil przygotować.

I nie jest też tak, że śmierć, przez swoją powszechność, w jakiś przedziwny sposób impregnuje obcującego z nią lekarza. Autor szczerze przyznaje się do kilku załamań, z których dzielnie wychodził dzięki pomocy bardziej doświadczonych nauczycieli i przyjaciół. Lekarze medycyny paliatywnej są w dużo gorszej sytuacji niż inni specjaliści. Tamci mają sukcesy, a ci? Skoro jednak celem tej opieki jest zapewnienie choremu schyłku życia bez cierpienia, czy nie jest to wystarczający powód do satysfakcji? Poznajcie historię pani Haliny, która ważyła 40 kg, ale mimo masywnych obręzków chciała jeszcze wstać z łóżka. Lekarz zrobił wszystko, by obręzki ustąpiły. Jej waga spadła wtedy do 30 kg, ale udało się ją postawić na nogi. Zapragnęła więc wyjść na balkon. Przeszkodą był 6-centymetrowy próg, którego nie była w stanie sforsować. Dali radę. Następnego razu czekała na doktora na półpiętrze. Dopiero co wyrwał ją z więzienia – łóżka, a ona już chciała pojechać na działkę. Pojechała. A na koniec zapytała lekarza, czy mógłby jej dać jeszcze dwa lata życia? „*Tego już nie mogłem. I chyba ją mocno rozczarowałem*” – wyznaje autor.

Nieczęsto pojawia się książka, której lektura tak blisko ociera się o ludzką śmierć, ale przybliżyła do niej czytelnika w sposób szlachetny i mądry. Bez naiwnej otuchy, że można ją oszukać, lecz z niezwykle silnym przeświadczeniem, że kiedy jest obok lekarz doświadczony w pomocy paliatywnej, czas umierania może być dla nas i naszych najbliższych dużo mniej bolesny. ■

Paweł Walewski

Tomasz Dzierżanowski, „Brzezi dobrej Rzeki”,
Oficyna Wydawnicza Multico, Warszawa 2016



Muzyka świata

„Skrzyżowanie kultur” odbędzie się w Warszawie już po raz 12. To największy festiwal muzyki świata w Polsce. Wezmą w nim udział artyści z dziewięciu krajów, z trzech kontynentów, m.in. Susana Baca z Peru i Ester Rada z Izraela. W programie afrokubańskie rytmy, melodie Ameryki Południowej i gruzińskich gór, rytualna muzyka z Haiti. Koncerty od 24 września do 1 października.

www.festiwal.warszawa.pl

„Tędy przeszła Warszawa”

Muzeum Dulag 121 to nowoczesna, multimedialna ekspozycja poświęcona obozowi przejściowemu w Pruszkowie dla cywilnej ludności zmuszonej do opuszczenia stolicy w czasie Powstania Warszawskiego. Wystawa dokumentuje exodus mieszkańców Warszawy i funkcjonowanie obozu.

www.dulag121.pl

59. Warszawska Jesień

W tym roku to opera jako dzieło sceniczne jest punktem wyjścia, otwierając drogę przez meandry tradycji i współczesności do obfitości form multimedialnych i parateatralnych. W programie festiwalu m.in. warszawska premiera „Czarodziejskiej Góry” – opery Pawła Mykietyna, mikroopera dla dzieci (i rodzin) „Milcząca rybka” Jarosława Siwińskiego i „Aaron S” – multimedialna opera Sławomira Wojciechowskiego. Od 16 do 24 września.

www.warszawska-jesien.art.pl

Święto kina

Warszawski Festiwal Filmowy jest zaliczany przez Międzynarodową Federację Stowarzyszeń Producentów Filmowych do 15 najważniejszych festiwali tego rodzaju na świecie. Dla miłośników sztuki filmowej to znakomita okazja do obejrzenia najnowszych produkcji i poznania światowych trendów. W tym roku festiwal odbywa się po raz 32. Od 7 do 16 do października.

www.wff.pl

Lekarze w pasiakach

Wirtualna ekspozycja Państwowego Muzeum na Majdanku opowiada o rewirach dla chorych, jenieckim lazarecie i pomocy niesionej potrzebującym przez lekarzy – więźniów obozu koncentracyjnego KL Lublin w latach 1941–1944. Współautorką scenariusza wystawy jest Maria Ciesielska, przewodnicząca Sekcji Historycznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

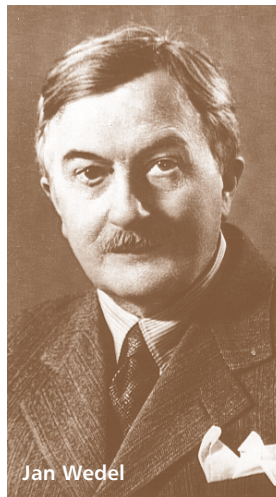
<http://lekarze-w-pasiakach.majdanek.eu/pl/>

ach

V Medyczna Noc Muzeów na Ujazdowie

Piąty raz Sekcja Historyczna ORL i Stowarzyszenie Szpital Ujazdowski włączyły się w warszawską Noc Muzeów. Tym razem było czekoladowo. Głównym punktem V Medycznej Nocy Muzeów na Ujazdowie było spotkanie z Tadeuszem Świątkiem, wybitnym warszawianinem, znawcą historii rodów warszawskich, który przybliżył dzieje rodziny Wedłów. Jeśli ktoś zapyta, co wspólnego ma czekolada Wedla ze Szpitalem Ujazdowskim, odpowiedź jest prosta. W czasach tzw. Rzeczypospolitej Ujazdowskiej (1939–1944) dr Jan Wedel finansował Szpital Ujazdowski. Z nastaniem okupacji niemieckiej placówka stała się jedynym szpitalem objętym Konwencją Genewską, dzięki czemu miała prawo do polskiego komendanta, a pacjenci żołnierze mogli nosić polskie mundury. Pielęgniarki wolontariuszki, które przynosiły obiady rannym, były zaskoczone, widząc polskie mundury. W całej Warszawie terror niemiecki, tutaj zaś – polscy żołnierze i polski język. Istniała Rzeczpospolita Ujazdowska, azyl funkcjonujący dzięki wsparciu m.in. dr. Jana Wedla.

Jan Wedel był trzecim z kolei w rodzinie cukierników dyrektorem fabryki. Był za to pierwszym, który skończył studia z chemii produkcyjnej zagranicą. Odbił staże w wielu krajach europejskich. Dzięki niemu na Kamionku powstała nowoczesna fabryka czekolady. Rozwinął produkcję, ale i marketing. Dla niego malowali opakowania tak znani artyści jak Zofia Stryjeńska. Jako pierwszy posiadał w II RP własny samolot RWD-13, który dowoził świeże czekolady. Pierwszy wprowadził do sprzedaży w Polsce gumę do żucia. Miał sklepy we Lwowie, Katowicach, Krakowie, Warszawie, Poznaniu, Bydgoszczy, Wilnie, Gdyni, Łodzi, Ciechocinku, Rabce



Jan Wedel

Fot. archiwum T.W. Świątko

Zdroju, Krynicy Zdroju, Zakopanem, ale także w Paryżu i Londynie. Trwały rozmowy dotyczące otwarcia sklepu w Nowym Jorku. Regularnie dostarczano czekoladę do Japonii. Był wielkim filantropem i wielkim społecznikiem. Dla swoich pracowników wybudował dom letniskowy w Świdrze koło Otwocka, planował budowę miasta ogrodu w Markach, które połączone byłoby z zakładem na Kamionku specjalną linią tramwajową. W fabryce działał klub sportowy „Rywal”, było przedszkole dla dzieci pracowników. W pobliskim budynku

znajdowała się sala klubowa. Po wojnie pozyskał tam siedzibę Teatr Powszechny.

W czasie okupacji dr Wedel nie podpisał Reichslisty. Pomagał jak mógł, wykupywał ludzi, nawet wagon z dziećmi jadący do obozu zagłady, płacąc czekoladą, a gdy to nie pomagało – pieniędzmi albo złotem.

Po wojnie powrócił do fabryki, która uruchomiła produkcję, jednak nie na długo. Służba Bezpieczeństwa kazała dr. Wedlowi opuścić zakład z zakazem przekraczania jego progów. Wszystkie dokumenty, receptury, cały majątek przypadł. Przepadły też liczne kamienice, własny dom Jana Wedla przy ul. Narbutta 7, willa w Konstancinie, którą zdążył przekazać prof. Marianowi Weissowi. Pozostało tylko dwupokojowe mieszkanie na poddaszu kamienicy przy ul. Szpitalnej.

Dzieje dr. Wedla to wspaniała opowieść, której nie da się zapisać na jednej kartce. Dzięki dotacji m.st. Warszawa każdy mógł posmakować ptasiego mleczka, którego autorem był Jan Wedel. Raz jeszcze dziękujemy wspaniałym gościom i wszystkim, którzy postanowili spędzić Noc Muzeów z nami. Zapraszamy do nas! ■

Krzysztof Królikowski
wiceprzewodniczący Sekcji Historycznej
Komisji Kultury, Turystyki i Sportu ORL

DLA SMAKOSZY

Brokuły inaczej...

Sięgamy znów po warzywo rodem ze świata starożytnego. Brokuły zawierają dużo łatwo przyswajalnego kwasu foliowego. Dostarczanie go organizmowi zwiększa poziom serotoniny, redukując objawy depresji. A tak na marginesie: kobiety zapadają na nią dwa razy częściej niż mężczyźni. Ponadto brokuły są bogatym źródłem flawonoidów, stymulują detoksykujące działanie enzymów, które pomagają organizmowi pozbyć się związków rakotwórczych, ale i innych szkodliwych toksyn. Zawierają też błonnik pokarmowy, witaminy C, K i A oraz z grupy B, mangan, potas, fosfor, magnez i białko. Działają również jako naturalny środek moczopędny.

Przepis na sałatkę jest jak zwykle bardzo prosty, a wykonanie nie powinno zająć więcej niż 15–20 minut.

Składniki: ■ 1–2 brokuły ■ 1 kostka sera typu feta ■ 250 ml jogurtu ■ 2–3 łyżki majonezu ■ 2 ząbki czosnku ■ 100 g pestek słonecznika ■ 1 łyżeczka dowolnej przyprawy.

Wykonanie: brokuły podzielić na małe różyczki i wrzucić do garnka z wrzącą wodą, dodać łyżeczkę Jarzynki. Gotować nie dłużej niż 5 minut, inaczej bowiem wszystkie wartości odżywcze „uolotnią się”. Odcedzić i wystudzić. Przygotować sos: jogurt połączyć z majonezem i zmiażdżonymi w prasce ząbkami czosnku. Na suchej patelni uprażyć pestki słonecznika. Wystudzone brokuły przełożyć do salaterki, połączyć z pokrojonym w kostkę (około 1 cm) serem i polać sosem. Na wierzchu posypać słonecznikiem. Podawać schłodzone (po 30 minutach), jako samodzielne danie albo dodatek do grillowanych mięs. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz



Moje spotkania z teatrem

cz. 1

Irena Ćwiertnia-Sitowska



Fotografie: archiwum I. Ćwiertni-Sitowskiej

W okresie świąt Bożego Narodzenia babcia Józia zaprowadziła mnie na pl. Teatralny. Przeszliśmy przez ogromną bramę Galerii Luxemburga usytuowanej przy ul. Senatorskiej. Znalazliśmy się na sali z fotelami na widowni oraz dużą sceną. Przedstawiano „Jasełka”. Aby mogła lepiej obserwować spektakl, babcia wzięła mnie na kolana. Zachwyciłam się postacią Matki Boskiej z otaczającymi ją skrzydlatymi aniołami, natomiast przeraził mnie widok diabła trzymającego w szponach widły i śmierci z kosą.

Po powrocie do domu na Krakowskie Przedmieście babcia stwierdziła, że nie ma na ręce złotego zegarka. Był cennym prezentem gwiazdkowym od dziadka Jana. Prawdopodobnie gdy siedziałam u babci na kolanach, bransoletka odpięła się i zegarek zsunął się pod fotel. Zguba była nie do odzyskania.

W kilka lat po tym wydarzeniu poszłam z mamą Janiną do prawdziwego teatru, do Teatru Polskiego. Było to również w okresie Bożego Narodzenia. Wystawiano „Dziady” Adama Mickiewicza. Ogromna sala zrobiła na mnie duże wrażenie, spotęgowane prawie pustą widownią. Niewiele foteli było zajętych. Wokoło zalegała ciemność i wiało nieprzyjemnym chłodem. Z łękiem obserwowałam przedstawienie, w którym główną rolę grał Józef Węgrzyn. Spektakl był dla mnie kolosalnym przeżyciem i długo nie mogłam zapomnieć obrzędu Dziadów i postaci starego guślarza.

W latach 1934–1936 mama często prowadziła mnie na pl. Teatralny, do Teatru Wielkiego, na przedstawienia przedpołudniowe. Na nich poznawałam arcydzieła sztuki operowej Stanisława Moniuszki, Giuseppe Verdiego. Zachwyciła mnie opera „Carmen” Georges’a Bizeta. Występująca w niej Wanda Werwińska czarowała pięknym sopranem oraz żywiołową grą. Często główne partie w oglądanych operach śpiewała Lucyna Szczepańska, zwana Słowikiem Warszawy. W 1936 r. specjalnie dla niej wystawiono operetkę „Rose Marie” Rudolfa Frimla.

Pewnego razu po niedzielnej bytności w operze w poniedziałek miałam dwugodzinne ćwiczenia z biologii. Z zapałem preparowałam przyniesione przez nauczycielkę Helenę Domaniewską preparaty anatomiczne, a pod nosem nuciłam usłyszane w teatrze melodie. Wprowadzałam tym koleżanki w zdumienie.

Nasze gimnazjum otrzymało z dyrekcji teatrów Polskiego i Narodowego abonamenty. Zarezerwowano dla nas dwie łóżka na I piętrze. Ubrane w odświętne białe bluzki oraz szare spódnice, z białymi kokardami w warkoczach, poznawałyśmy arcydzieła sztuki i podziwialiśmy grę młodych, pięknych aktorek: Elżbiety Barszczewskiej i Niny Andrycz.

Przed wybuchem wojny, w 1939 r., mama zaprowadziła mnie do Teatru Letniego usytuowanego w Ogrodzie

Saskim, w miejscu, gdzie obecnie znajduje się pomnik Marii Konopnickiej. Grano wtedy sztukę niezbyt odpowiednią dla młodych panienek „La frenesie”. Zachwyciła w niej swoim charakterystycznym głosem i wspaniałą grą Irena Eichlerówna. Teatr Letni, zbudowany z drewna, podczas wojny spłonął całkowicie.

Przed 1 września 1939 r. zdążyłam jeszcze pójść z mamą do Teatru 8.15 przy ul. Śniadeckich. Wystawiano „Krysię leśniczankę” Geорга Jarno. Główną partię śpiewała Mira Zimińska, pani mocno posunięta w latach. Rola młodej dziewczyny nie pasowała do jej wyglądu.

Po usunięciu uszkodzeń gmachu Teatru Polskiego zaczęto w nim wystawiać lekkie farsy i operetki. Nosił nazwę Theater der Stadt Warchau. Przez pewien czas był prowadzony przez aktora Igo Syma, zlikwidowanego za kolaborację z okupantem przez polskie podziemie (1941 r.).

8 maja 1944 r., po pięcioletniej nieobecności w Teatrze Polskim, znalazłam się w jego wnętrzu. Mój narzeczony Jerzy, chcąc mi zrobić przyjemność, nabył bilety na operetkę „Kraina uśmiechu” Franciszka Lehara. Zachwyciliśmy się pięknym śpiewem, czuliśmy się jednak nieswojo. Mieliśmy wyrzuty sumienia z powodu złamania obowiązującej zasady: nie należy chodzić do teatrów prowadzonych przez okupanta. Warszawę obiegało wtedy powiedzenie „tylko świnię siedzą w kinie”.

Po tak zwanym wyzwoleniu przez kilka tygodni przebywałam w Krakowie, u młodocianego wuja Jana Mulaka. Zajmował się wtedy redagowaniem powstającego pisma „Naprzód”. Do jego biura przyniesiono wejściówki do Teatru im. Juliusza Słowackiego na „Wesele” Stanisława Wyspiańskiego. Spotkanie ze świątynią polskiej kultury po wielu latach braku dostępu do niej wzruszyło mnie.

Z podziwem oglądałam kurtynę namalowaną przez Henryka Siemiradzkiego. W inscenizacji brali udział sławni przedwojenni aktorzy: Jacek Woszczerowicz, Julian Osterwa, Ryszarda Hanin i dwudziestoletni, piękny Andrzej Łapicki. To była jego pierwsza rola. Stał na scenie wśród gromady chłopów.

Po powrocie do zburzonej Warszawy przez kilka miesięcy mieszkalam na Pradze, przy ul. Stalowej 54, u mojej niedoszłej teściowej. Od niej było znacznie bliżej na Grochów, na ul. Boremlowską, do organizowanego wydziału lekarskiego. Odległość wynosiła tylko 8 km, przemierzałam je dwa razy dziennie. Od mojej mamy, zajmującej lokal na Mokotowie przy ul. Puławskiej 83, było znacznie dalej. Do sekretariatu szpitala, mieszczącego się w nieczynnej szkole powszechnej, przyniesiono bilety dla studiującej młodzieży upoważniające do wejścia do Teatru Powszechnego. 15 lipca 1945 r. udałam się z koleżankami na pierwsze po wojnie przedstawienie w stolicy. Obejrzałyśmy „Sprawę Moniki” Marii Morozowicz-Szczepkowskiej. ■



Róża Nowotna-Walc (1922–2015) W pierwszą rocznicę śmierci

Od wielu lat mówiła o sobie „babcia staruszka”, ale do typowej babci staruszki była podobna jak maluch do ferrari. Wymykała się stereotypom. Była z tego pokolenia, które przez lata wydawało nam się niezniszczalne. Była przede

wszystkim lekarzem. Takim prawdziwym, z pasją, oddaniem. Nie dorobiła się majątku, ale zyskała coś cenniejszego – szacunek lekarzy i wdzięczność pacjentów. Czynnie w zawodzie pracowała do 90. roku życia, przez ostatnie lata głównie w przy-

chodni dla kombatantów. Przez ćwierć wieku była zastępcą ordynatora w Szpitalu Przemienienia Pańskiego, wychowała setki lekarzy, dostała niezliczone lekarskie odznaczenia, w tym najcenniejsze – Gloria Medicinae.

Jej dziadek, ojciec i brat także byli lekarzami. Dziadek był twórcą uzdrowiska w Krynicy. Ojciec – dyrektor Szpitala w Zakopanem – wiedział, że córka także chce leczyć ludzi, ale naciskał, żeby poszła na prawo. Studiów prawnych jednak nie rozpoczęła, bo wybuchła wojna (kiedyś powiedziała, że tylko dzięki wojnie udało jej się zostać lekarzem). W czasie okupacji rozpoczęła studia medyczne, a teorię z zajęć bardzo szybko musiała wprowadzać w życie, kiedy wraz z narzeczonym Janem Walcem, także studentem medycyny, oraz z bratem Gustawem Nowotnym zostali zaprzysiężeni jako żołnierze Armii Krajowej i weszli w skład szpitala powstańczego Zgrupowania „Zaremba Piorun”. W czasie Powstania Róża i Jan wzięli ślub – był to pierwszy powstańczy ślub w Śródmieściu. Róża zamiast sukni miała żółtą jedwabną bluzkę uszytą



Prof. Sylwester Czaplicki (1925–2016)

Z dumą przyznaję, że jestem jednym z wychowanków prof. Czaplickiego. Był moim kierownikiem specjalizacji z chorób wewnętrznych, promotorem doktoratu i opiekunem habilitacji. Mój kontakt z Profesorem zaczął się w 1971 r., na stażu podyplomowym odbywanym w Szpi-

talu przy ul. Szaserów, w czasie którego na internę trafiłem właśnie do kierowanej przez Niego kliniki, popularnej „Trójki” (III Kliniki Chorób Wewnętrznych). Był człowiekiem z klasą, pryncypialnym i z natury uczciwym. Od nas, „młodych”, Profesor oczekiwał samodzielności, nie ciągnął za uszy, jedynie prostował błędy.

Jak to się stało, że wybitny kardiolog wychował dwóch hematologów (tj. Kazimierza Sułka i niżej podpisanego)? Otóż pierwszym hematologiem w Szpitalu przy ul. Szaserów (wte-

dy jeszcze bez żadnej specjalizacji w tej dziedzinie, jedynie po kursie w Instytucie Hematologii) był ówczesny por. lek. Kazimierz Sułek, asystent prof. Czaplickiego. Klinika prof. Czaplickiego zajmowała się, oprócz kardiologii i hematologii, jeszcze reumatologią (ówcześni doc. Jan Gietka* i dr Zenon Krzakowski*). Dr Sułek, któremu zostałem przydzielony jako stażysta, miał niewielkie jednopokojowe laboratorium, ale odeszła z pracy jedyna laborantka, co właściwie sparaliżowało jego działalność. Zaoferowałem, że ją częściowo zastąpię i w ten sposób zacząłem mój związek z hematologią, który kontynuowałem po objęciu etatu w Klinicznym Oddziale Izotopowym kierowanym przez ówczesnego dr. med. Maksymiliana Siekierzyńskiego. To on powierzył mnie dalszej opiece prof. Czaplickiego. Przynosiłem Profesorowi kolejne owoce mojej pracy, On nanosił poprawki, zwykle redakcyjne (był redaktorem naczelnym „Lekarza Wojskowego” oraz najstarszego polskiego pisma medycznego – „Wiadomości Lekarskich”, później jeszcze „Polskiego Tygodnika Lekarskiego”) i podpisywał zgodę na wystanie do druku, nigdy się nie dopisując.

Profesor (początkowo jeszcze docent) był jednocześnie komendantem Centrum Kształcenia Podyplomowego WAM i głównym twórcą pozycji tego ośrodka, który w latach 70.



Maria Zoll-Czarnecka (1928–2016)

Doktor Marię Zoll-Czarnecką poznałam, odbywając staż pediatryczny w Poradni Dziecięcej przy ul. Leszno w 1960 r. Swoje życie zawodowe związała ze Szpitalem Dziecięcym przy ul. Niekańskiej od początku jego istnienia. Pracowała w nim do czasu odejścia na emeryturę. W 1980 r.

zorganizowała na jego terenie komórkę „Solidarności”. Działalność społecznikowską rozpoczęła już w czasie

Powstania Warszawskiego, pracując jako sanitariuszka w szpitalu wojskowym. Kiedy potrzebą chwili w stanie wojennym stała się pomoc innym, natychmiast zaangażowała się w pracę w Prymasowskim Komitecie Pomocy Osobom Pozbawionym Wolności i Ich Rodzinom przy kościele św. Marcina przy ul. Piwnej. Szykowała paczki i rozwoziła je więzionym w zakładach karnych na terenie kraju. Zajmowała się równocześnie kolportażem niezależnej prasy i pracowała w aptece przy przyjmowaniu i rozdawnictwie leków przywożonych przez lekarzy ze stowarzyszenia Médecins du Monde. Zaowocowało to w 1986 r. stworzeniem w Polsce oddziału tej organizacji. Doktor Czarnecka była jedną z jego założycielek oraz aktywną działaczką Ruchu ku Cywilizacji Miłości, powstałego w 1981 r., którego uczestnicy kierują się następującymi priorytetami: osoba przed rzeczą, więcej być przed więcej mieć, etyka przed techniką, miłosierdzie przed sprawiedliwością.

ze spadochronu. O tym oraz o wielu innych powstańczych ślubach opowiadał film dokumentalny Macieja Piwowarczuka „Żółta bluzka ze spadochronu. Epidemia miłości” (<https://www.youtube.com/watch?v=nNp375ltswo>).

W Powstaniu była do samego końca. Do końca życia z dumą brała udział w obchodach kolejnych rocznic wybuchu Powstania Warszawskiego. Po wojnie wraz z mężem zamieszkali w Podkowie Leśnej pod Warszawą. Od razu po uzyskaniu dyplomu rozpoczęła pracę w Szpitalu Dzieciątka Jezus. W 1961 r. uzyskała doktorat, a sześć lat później została zastępcą ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Przemienienia Pańskiego. Tę funkcję pełniła przez 24 lata. Aktywnie działała w „Solidarności”, z jej ramienia brała udział w obradach Okrągłego Stołu, i w Prymasowskim Komitecie Pomocy. Pracowała także w reaktywowanych izbach lekarskich, zasiadała w sądzie lekarskim i współtworzyła Kodeks Etyki Lekarskiej. Uwielbiała podróże. Najpierw z mężem, potem z przyjaciółmi i wnukami zjeżdżała pół świata. Już po 90. urodzinach

„nadrobiła zaległość” i odwiedziła Szwajcarię. Najbardziej kochała jednak dwa miejsca: Warszawę, w której spędziła prawie całe życie, oraz Zakopane, w którym się urodziła. Całe życie niezwykle aktywna, była kobietą czynów, a nie słów, choć o tym, co przeżyła, i o ludziach, których spotkała, opowiadać potrafiła niezwykle ciekawie.

Uwielbiała czytać, jej mieszkanie przypomina bibliotekę. Od deski do deski czytała codzienną prasę, tygodniki oraz miesięczniki lekarskie. Nie wyobrażała sobie dnia bez wieczornych wiadomości. Od 1989 r. nie opuściła żadnych wyborów, strofując wnuki: – *Nie może wam być wszystko jedno, to jest wasz kraj!* Nigdy nie zapomniała o urodzinach i imieninach dzieci, wnuków i prawnuczek. A nie byłoby trudno zapomnieć, bo poza dwojgiem dzieci (Anną i Janem – zm. 1993, literatem, działaczem opozycyjnym) doczekała się ośmiorga wnucząt (Iki, Jędrka, Ewy, Zbigniewa, Barbary, Jana, Marii, Edwarda) oraz pięciu prawnuczek (Elizy, Heleny, Tosi, Doroty, Niny).

Wnuk

urósł do rangi jednego z najlepszych szpitali w Warszawie i w Polsce. Zawsze zastanawiało mnie to parcie do przodu pokolenia Profesora, które po wyjściu z mroków wojny mierzliwie odbudowywało, a następnie rozbudowywało Polskę. Startowali z zupełnie innego poziomu niż w rozwiniętych krajach Zachodu, przede wszystkim ze strasznej biedy i ruin, a mieli wizję, również w sensie doceniania znaczenia nauki, przewyższającą poglądy naszych dzisiejszych elit politycznych. Mimo propagandy wiedzieli, że uczyć się należy przede wszystkim od tzw. Zachodu i kiedy tylko było to możliwe, wysyłali ludzi po naukę właśnie tam. Profesor początkowo studiował medycynę jako podchorąży Kompanii Akademickiej nr 1 w Lublinie. Skończył w Warszawie, po przeniesieniu Kompanii do tego miasta, w którym już pozostał na zawsze. Najpierw pracował w Szpitalu Okręgowym, następnie bodajże przy ul. Koszykowej i wreszcie, po uruchomieniu Szpitala przy ul. Szaserów, kierował III Kliniką Chorób Wewnętrznych do przejścia na emeryturę. Mimo odpowiedniego etatu i ogromnych zasług nie został generałem. Opowiadana na ten temat anegdota głosiła, że blokował ten awans ówczesny główny kwatermistrz WP, zły za to, że prof. Czaplicki nie pozwolił mu wyjść ze szpitala (przebywał w nim ze stanem przedzawałowym) na przyjęcie do Ambasad Radzieckiej. Ta anegdota dość dobrze obrazuje poczucie obowiązku lekarskiego Profesora. Uważał, że musi speł-

nić ten obowiązek, choć narazi się na konsekwencje służbowe. Pełnił bardzo wiele funkcji zarówno w medycynie wojskowej (m.in. naczelnego internisty WP), jak i cywilnej (członka CK, członka Rady Szkolnictwa Wyższego). Uhonorowany wysokimi odznaczeniami państwowymi (m.in. Komandorią Orderu Odrodzenia Polski), był także Członkiem Honorowym Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i doktorem *honoris causa* Wojskowej Akademii Medycznej. Wśród sześciu Jego książek najważniejsze to „Diagnostyka elektrokardiograficzna” napisana wspólnie z Wandą Wysznaćką-Aleksandrow i Dymitrem Aleksandrowem oraz „Graficzne badanie układu krążenia” – wspólnie z Barbarą i Andrzejem Dąbrowskimi. Miał w dorobku także około 150 innych publikacji.

Po przejściu na emeryturę pozostał związany z „Szaserowem” jako członek Rady Naukowej i Komisji Bioetycznej. Odszedł na wieczny dyżur 20 maja 2016 r. i został pochowany na cmentarzu Bródnowskim w Warszawie, w grobie rodzinnym.

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

PS Wymienieni prof. Jan Gietka (ojciec znanych lekarzy o tym nazwisku), prof. Zenon Krzakowski (ojciec Macieja – wybitnego onkologa) też już niestety nie żyją. Prof. Maksymilian Siekierzyński i prof. Kazimierz Sułek są na emeryturze.

Jej misją stało się stworzenie miejsca pomocy ludziom najbardziej bezdomnym, leczenie ich.

Swoją energią i przekonaniem o konieczności powstania takiego miejsca uaktywniła wiele osób. Pierwszą poradnię dla bezdomnych i noclegownię zorganizowała w Warszawie przy ul. Powsińskiej 13. Po krótkim czasie okazało się, że pomieszczenia, w których mieściły się poradnia, apteka i noclegownia, miały być wykorzystane na inne cele. Po wielu staraniach Doktor Czarnecka uzyskała od budowniczych metra kontener, który osadzono na Woli, obok cmentarza – Wolska 172. Przy wsparciu Urzędu Miasta i Médecins du Monde otwarto w nim przychodnię, która od roku 1994 mieści się tam do chwili obecnej. Od 1996 r. polski oddział Médecins du Monde przekształcił się w Stowarzyszenie Lekarze Nadziei, nie zmieniając celów statutowych.

Wszyscy, którzy spotkali Doktor Czarnecką na swojej drodze, zawsze mówili o Niej ciepło. Jej pogoda ducha, energia i zaangażowanie w rzetelne wykonanie zadań były zaraźliwe. W pracy dbała o przyjazną atmosferę, wzajemne zaufanie i życzliwość. Była wymagająca, ale i pomagająca. W naturalny sposób świadczyła dobro. Nie znosiła papierkowej roboty. Jeśli miała do kogoś zastrzeżenie, zawsze mówiła to wprost. Doktor Marysia, mimo ogromnych kłopotów zdrowotnych, nigdy się nie zestarzała. Miała poczucie humoru. Zawsze była niezwykła w taki zwyczajny sposób. Kochali Ją wszyscy, którzy mieli szczęście spotkać Ją na swej drodze lub z Nią pracowali. Kochali Ją także bezdomni, bo to była ich lekarka.

Będziemy o Niej pamiętać i dalej prowadzić Jej dzieło, szanując zasady, którymi się kierowała.

Maria Sielicka-Gracka



Prof. Bogdan Pruszyński (1933–2016)

Nie chciałbym, aby to wspomnieniowe epitafium było tylko sztywną formułą uypuklającą tytuły naukowe i dokonania prof. Bogdana Pruszyńskiego. Bogdan, zwany przez przyjaciół „Prusiem”, był znakomitym naukowcem, rektorem Warszawskiego Uni-

wersytetu Medycznego, doktorem honoris causa Towarzystwa Radiologicznego i członkiem honorowym Amerykańskiego Towarzystwa Radiologicznego oraz beneficjentem innych zaszczytnych tytułów.

Ja chciałbym się podzielić kilkoma prywatnymi wspomnieniami. Do Zakładu Radiologii AM w Warszawie Bogdan trafił z rekomendacji swojej pierwszej szefowej – dr Wandy Bądzińskiej, która kierowała oddziałem radiologii w jednym z warszawskich szpitali. Dr Bądzińska wyczuła drzemiący w Bogdanie talent naukowo-dydaktyczny i gdy zaliczył I stopień specjalizacji z radiologii, poleciła Go prof. Szczęsnemu Leszkowi Zgliczyńskiemu, ówczesnemu wicedyrektorowi Zakładu Radiologii AM w Warszawie (kierownikiem rzeczywistym był prof. Witold Zawadowski). Tutaj talent naukowy prof. Pruszyńskiego rozwinął się już widocznie.

Jako młody stażem radiolog zostałem przez prof. Zgliczyńskiego skierowany „pod opiekę” dr. Pruszyńskiego. Od tego czasu zaczęła się moja praca pod bezpośrednim kierownictwem „Prusia”, co przypieczętowało decyzję bycia radiologiem. Pruszyński był człowiekiem wielkiej wiedzy i kultury.

Każda Jego uwaga była tak przedstawiona, że nie czuło się upokorzenia czy niechęci.

Wachlarz zainteresowań prof. Pruszyńskiego był szeroki. W latach szkolnych interesował się również sportem, głównie koszykówką. Był uczestnikiem klubowego obozu w Spale.

Bogdan, który razem z prof. Ryszardem Rajszysem prowadził Ośrodek Badań Naczyniowych w Zakładzie Radiologii AM, wyróżniał się dokładnością badań. Zawodowo i naukowo szli do przodu jak burza. Publikowali razem i osobno wiele prac o znaczącym ciężarze naukowym i praktycznym. W owym czasie (w latach 60. i 70. zeszłego wieku) Ośrodek Badań Naczyniowych AM w Warszawie był najlepszy w kraju. Bogdan, jako członek honorowy Amerykańskiego Towarzystwa Radiologicznego, zrobił dużo, aby polska radiologia przebiła się przez żelazną kurtynę.

Pracę w Zakładzie Radiologii AM przerwałem z powodu wyjazdu do Libii, gdzie pełniłem funkcję asystenta profesora na Uniwersytecie Garyounis w Benghazi. Jakież było moje radosne zdziwienie, kiedy w drzwiach pracowni radiologicznej ujrzałem prof. Pruszyńskiego. „Prusio” przyjechał wizytować (z ramienia AM) polskich lekarzy pracujących na zbiorowym kontrakcie.

Od kilkunastu lat pracuję w Spółdzielni Radiologów im. prof. Zawadowskiego i tu znowu dopisało mi szczęście, bowiem moim konsultantem aż do śmierci był prof. Bogdan Pruszyński. „Prusio” dużą część swojego życia zawodowego spędził na różnych wyjazdach i kongresach. Zawsze był spokojny i zrównoważony, emanował kulturą i obyciem. Mówił i pisał ładną polszczyzną. Nieobce mu były również inne przyjemności. Chciałem uniknąć szablonowych zwrotów typu „niepowetowana strata” itp., ale w tym przypadku jest to rzeczywiście wielka strata dla polskiej radiologii.

Jerzy Borowicz



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 9 czerwca 2016 r.
zmarł w wieku 77 lat
lekarz medycyny

Maciej Maria Ścisłowski

Odszedł od nas człowiek wielkiego serca,
wyjątkowej skromności i chęci pomocy
innym, cudowny Ojciec, wspaniały lekarz.

Rodzina



Ze smutkiem żegnamy
śp.

dr Alicję Hudykę-Chrzanowską

koleżanki i koledzy ze studiów,
rocznik 1945–1950



Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszego Kolegi

Doktora

Michała Kornatowskiego

współtwórcy odrodzonego samorządu lekarskiego, członka Komitetu Organizacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, delegata na okręgowy i krajowy zjazd lekarzy w I kadencji samorządu lekarskiego, członka Okręgowej Rady Lekarskiej i wiceprzewodniczącego ORL w latach 1989–1993, w latach 1997–1999 sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Odszedł dobry Kolega i Lekarz. Ambitny menedżer służby zdrowia.

Bliskim i przyjaciołom składamy najserdeczniejsze wyrazy współczucia.

Prezes i Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie





Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

31 maja 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 736, obwieszczenie ministra sprawiedliwości z 18 maja 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra sprawiedliwości w sprawie wykazu chorób, z tytułu których funkcjonariuszowi Służby Więziennej przysługują jednorazowe odszkodowanie.

12 czerwca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 czerwca 2016 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 824.

Podstawę rozliczenia wydatków na bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, przysługujące świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia, w części finansowanej ze środków budżetu państwa, stanowi sprawozdanie Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji.

12 czerwca 2016 r. weszła w życie ustawa z 9 czerwca 2016 r. zmieniająca ustawę o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 832.

Prezes NFZ w terminie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy dostosuje system monitorowania programów lekowych, o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do programów lekowych, o których mowa w ustawie o refundacji, dotychczas nieobjętych tym systemem.

14 czerwca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 12 maja 2016 r. w sprawie informacji przekazywanych koordynatorowi systemu uznawania kwalifikacji zawodowych w zawodach regulowanych i działalnościach regulowanych w Rzeczypospolitej Polskiej przez właściwe organy, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 732.

15 czerwca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 849, obwieszczenie ministra zdrowia z 25 maja 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepli ochronnych.

21 czerwca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 879, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 3 czerwca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.

24 czerwca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 3 czerwca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 820.

28 czerwca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 922, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 13 czerwca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie danych osobowych.

29 czerwca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 31 maja 2016 r. w sprawie postępowania ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, ich preparatami, prekursorami kategorii 1, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi w przypadku prowadzenia badań lub szkoleń, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 845.

29 czerwca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności NFZ oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 923.

30 czerwca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 czerwca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 855.

W rozporządzeniu dodano zapisy dotyczące terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 lipca 2016 r.

Od 1 sierpnia 2016 r. prezes NFZ prowadzi rejestr pacjentów, u których zastosowano procedurę teleradioterapii hadronowej wiązką protonów, dostępny za pomocą aplikacji internetowej.

30 czerwca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 czerwca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 936.

Świadczeniodawcy realizujący leczenie hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych, którzy 1 stycznia 2015 r. posiadali umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a nie spełniali wymagań określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań w terminie nie dłuższym niż do 30 czerwca 2017 r.

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia chirurgii naczyniowej w rodzaju endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty obejmujące tętnice trzewne i nerkowe, którzy 1 stycznia 2015 r. posiadali umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a nie

spełniali wymagań określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia, realizują te świadczenia po tym dniu przez okres, na jaki zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie dłużej niż do 30 czerwca 2017 r.

1 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 czerwca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 918.

Zmiana została wprowadzona w załączniku nr 4 zawierającym wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń.

W zakresie świadczenia gwarantowanego endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego w części organizacji udzielania świadczeń dodano wymóg dotyczący zapewnienia koordynacji rehabilitacji leczniczej, wymaganej stanem świadczeniobiorcy, po zakończonym leczeniu szpitalnym – w ramach własnej działalności świadczeniodawcy lub umowy z podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Wprowadzono również zmiany w odniesieniu do pozostałych wymagań w realizacji wymienionego świadczenia gwarantowanego.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2018 r.

1 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rodziny, pracy i polityki społecznej z 27 czerwca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 952.

Zmiana została wprowadzona w załączniku nr 2 „Wykaz wartości najwyższych dopuszczalnych natężeń fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy” w części E „Pola i promieniowanie elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0 Hz – 300 GHz”.

1 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rodziny, pracy i polityki społecznej z 29 czerwca 2016 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z narażeniem na działanie pola elektromagnetycznego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 950.

Rozporządzenie określa wymagania dotyczące:

- rozpoznawania obiektów technicznych emitujących pole elektromagnetyczne mające wpływ na bezpieczeństwo i higienę pracy,
- miar oraz oceny narażenia na działanie pola elektromagnetycznego,
- miar i limitów oraz oceny bezpośredniego oddziaływania pola elektromagnetycznego na organizm człowieka,
- ochrony przed szkodliwymi dla zdrowia, niebezpiecznymi lub uciążliwymi skutkami bezpośredniego lub pośredniego oddziaływania pola elektromagnetycznego,
- środków ochronnych stosowanych w celu zapobiegania zagrożeniom elektromagnetycznym przy pracach, przy których może wystąpić narażenie na działanie pola elektromagnetycznego lub w miejscach narażenia.

7 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 czerwca 2016 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 982.

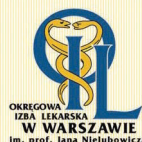
15 lipca 2016 r. weszła w życie ustawa z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 960.

Nowelizacja ustawy wprowadza zmianę nazewnictwa. **Zamiast przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego** pojawia się **zakład leczniczy**. Jest to zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

Szpital to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Działalność lecznicza lekarzy może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako: indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, **indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.**

Skarb Państwa, reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.



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

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

Dostępna dla abonentów sieci komórkowych i stacjonarnych

Uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej.

W spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do uczelni medycznej nie może stanowić mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego oraz uczelnia ta dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu. Udziały albo akcje w tej spółce poza uczelniami medycznymi mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.

W spółce kapitałowej utworzonej przez podmioty reprezentujące Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego lub do której przystąpiły podmioty reprezentujące Skarb Państwa, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego nie może stanowić mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego oraz Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.

W spółce kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51 proc. kapitału zakładowego, nie wypłaca się dywidendy.

Podmiot leczniczy został zwolniony z obowiązku przekazywania Państwowej Inspekcji Pracy i właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacji o liczbie osób wykonujących zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych lub jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę kontraktową.

Lekarz wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną praktykę lekarską jest obowiązany dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom, dotyczącym w szczególności warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiednio do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Obowiązek ten nie dotyczy lekarza wykonującego indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.

Do praktyk zawodowych wykonywanych przez lekarzy wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład **nie stosuje się wymogu dotyczącego ustalania regulaminu organizacyjnego.**

Zlikwidowany został obowiązek ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych oraz obowiązek przekazania organowi prowadzącemu rejestr polisy odpowiedzialności cywilnej.

Ponadto zlikwidowany został obowiązek dołączania do wniosku o wpis do rejestru dokumentów potwierdzających spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, w tym opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:

– przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia,

– przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej.

Konkurs na stanowisko kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska – kierownik.

Utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.

Z chwilą wpisanego do tego rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną.

W terminie do 31 maja każdego roku kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza i przekazuje podmiotowi tworzącemu raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Raport jest przygotowywany na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy i zawiera w szczególności analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy, prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne 3 lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń oraz informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Podmiot tworzący dokonuje oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie wspomnianego raportu.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto przez zmniejszenie funduszu zakładu o wysokość tej straty.

Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:

– 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta z funduszu zakładu, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo

– 12 miesięcy od upływu terminu określonego powyżej wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta w sposób określony wyżej oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.

Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawy, z uwzględnieniem raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej, na okres nie dłuższy niż 3 lata i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.

Podmiot tworzący sprawuje nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności.

Uczelnia medyczna została zwolniona z obowiązku przeprowadzania kontroli w swoich zakładach, co najmniej raz na 6 miesięcy.

Przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dotyczących kontroli nie stosuje się do kontroli działalności leczniczej, prowadzonej przez organ prowadzący rejestr, wojewodę i podmiot tworzący oraz ministra zdrowia w zakresie zadań określonych w przepisach o działalności leczniczej.

W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Świadczenia gwarantowane są finansowane na podstawie umowy zawartej między jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert.

W przypadku gdy jednostka lub jednostki samorządu terytorialnego są:

- podmiotami tworzącymi dla podmiotu leczniczego,
- jedynymi albo większościowymi współnikami, albo akcjonariuszami w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym, który udziela świadczeń gwarantowanych w zakresie odpowiadającym przedmiotowi umowy, o której mowa wyżej, umowę tę zawiera się w pierwszej kolejności z tym podmiotem.

W takim przypadku nie przeprowadza się konkursu ofert. Do zawarcia tej umowy nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

W przypadku gdy świadczeniodawca jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, umowa może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie.

O zawarciu umowy świadczeniodawca, będący równocześnie stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, jest obowiązany poinformować właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu i przesyłać kopię dokumentów rozliczeniowych przedstawianych jednostce samorządu terytorialnego.

Kierownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą dostosują ich działalność, statuty oraz regulaminy or-

ganizacyjne do przepisów ustawy w terminie do 31 grudnia 2017 r.

Podmioty tworzące dostosują statuty podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami do zmienionych przepisów w tym samym terminie.

Z dniem wejścia w życie ustawy przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych stają się zakładami leczniczymi podmiotów leczniczych.

15 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 13 czerwca 2016 r. w sprawie urlopu aklimatyzacyjnego i turnusów leczniczo-profilaktycznych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 946.

15 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rodziny, pracy i polityki społecznej z 27 czerwca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, opublikowane w DzU z 2016 r. poz. 944.

Zmiany zostały wprowadzone w załączniku nr 1 „Wykaz wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń chemicznych i pyłowych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy” w części B „Pyły”.

25 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 18 lipca 2016 r. w sprawie zgłaszania zakażeń i chorób zakaźnych oraz biologicznych czynników chorobotwórczych na obszarze objętym zabezpieczeniem medycznym Światowych Dni Młodzieży – Kraków 2016, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1081.

26 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 1 lipca 2016 r. w sprawie wykazu ośrodków toksykologicznych odpowiedzialnych za kontrolę zatruc produktami biobójczymi, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1004.

WYDAWCA „MIESIĘCZNIKA 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, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Naturski, 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, Paweł Janowski, Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska; tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, Agnieszka Tkaczyk; 22-542-83-78

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

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

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

Dział Informacji Medialnej

Miroslaw Usidus; tel. 22-542-83-83;

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



X CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

UDZIAŁ ZAPOWIEDZIELI:
ELEKTRYCZNE GITARY - JACEK BORKOWSKI
ŻUKI – JOACHIM PERLIK

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE 4 LUTY 2017 GODZ. 20:00

CO MIESIĄC LOSOWANIE ATRAKCYJNYCH NAGRÓD!
POTWIERDŹ SWÓJ UDZIAŁ, A JEDEN Z WEEKENDÓW SPA
W SŁONECZNYM ZDROJU **** Hotel Medical Spa & Wellness
MOŻE BYĆ TWÓJ!

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE MOŻNA UZYSKAĆ DZWONIĄC POD NR:
22 542 83 02, 512 992 773 LUB DROGĄ MAILOWĄ proseniore@oilwaw.org.pl