

Ubezpieczenie OC
w składce
na samorząd.
Ponad 17 tys.
ubezpieczonych

O nieswoistych chorobach
zapalnych jelit mówi

**prof. Grażyna
Rydzewska**

[str. 12]

Więcej pieniędzy
na ochronę zdrowia
w ostatnim
kwartale roku

[str. 4]

120 lat
Pogotowia
Ratunkowego
w Warszawie

[str. 6]

Chirurgia
jest piękna
– rozmowa
z prof. Tadeuszem
Wróblewskim

[str. 8]

Rady kardiologa
dla lekarzy dentystów

[str. 24]



Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SP ZOZ w Warszawie

Już 120 lat ratujemy życie i zdrowie



Karol Bielski
Dyrektor

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego "Meditrans" SP ZOZ w Warszawie, w 2017 roku obchodzi jubileusz 120-lecia działań na rzecz społeczeństwa

Pogotowie Ratunkowe w Warszawie powstało w 1897 r. i pełni już 120 lat swoją podstawową misję medycyny ratunkowej, która polega na podjęciu natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych w każdym rodzaju nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, bez względu na jego rodzaj, czas i miejsce. Minione lata, to nieustanna konfrontacja stale rosnących wymagań społecznych oraz osiągnięć w procesie ratowania ludzkiego życia. Dlatego wychodząc naprzeciw wszelkim trudnościom niezmiennie doskonalimy metody naszej pracy, podnosimy kwalifikacje zawodowe i dostosowujemy się do aktualnych wytycznych współczesnej medycyny ratunkowej oraz bieżących możliwości. Warszawskie Pogotowie Ratunkowe to nie tylko nowoczesna infrastruktura techniczna, ambulanse i specjalistyczny sprzęt, ale przede wszystkim ludzie, którzy całym sercem oddani są swojej pracy. Poprzez ciężką pracę, ogromne zaplecze wiedzy oraz pomoc ze strony Samorządu Województwa Mazowieckiego stworzyliśmy największą placówkę pogotowia ratunkowego w Polsce, która jest zawsze gotowa do ratowania życia ludzkiego i przygotowana do pracy nawet w najtrudniejszych warunkach, by jak najlepiej służyć społeczeństwu.



Siedziba Zakładu:
ul. Poznańska 22
00-685 Warszawa



Kontakt:
Kancelaria
tel. 022 52 51 405
fax 022 52 51 380
e-mail: kancelaria@meditrans.waw.pl



120 lat Pogotowia Ratunkowego
w Warszawie





Ubezpieczenie na Życie wraz z Utratą Dochodu

Specjalny program dedykowany dla lekarzy i lekarzy dentyistów członków
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Szczególne warunki programu:

- brak ankiety medycznej
- brak weryfikacji dochodów lekarza
- do wyboru 3 warianty wysokości świadczenia utraty dochodu
- świadczenie utraty dochodu obejmuje ryzyko wystąpienia choroby
- wysokie sumy ubezpieczenia na życie, świadczenia do 500.000 PLN
- zasada łączenia wysokości świadczeń z zaistniałych kilku zdarzeń
- miesięczna składka
- uproszczona procedura przystąpienia
- ochrona współmałżonka i dzieci
- brak karencji dla przystępujących do 26.12.2017*

program zorganizowany przez Konsorcjum

KONSTANTA PWS

april

april | Polska Medbroker Sp. z o.o.

* Nie dotyczy Urodzenia Dziecka

Szczegóły programu :

April Polska Medbroker Sp. z o.o.,
ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa, tel. 22 295 80 50 , 295 80 51,
ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa tel. 508 504 318 , 508 725 727
e-mail: lekarz.medbroker@pl.april.com www.polisagrupowa.pl



Nr 10/2017 (270),
październik 2017

Na okładce:
prof. dr hab. n. med.
Grażyna Rydzewska
(fot. M. Beczek)

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:

- ▶ Więcej pieniędzy na ochronę zdrowia w ostatnim kwartale roku 4
- ▶ Liczy się zespół 6
- ▶ Chirurgia jest piękna 8
- ▶ Potrzeba opieki koordynowanej 12
- ▶ biuletyn ORL w Warszawie 14
- ▶ Zarządzanie ryzykiem medycznym 17
- ▶ „Uzdrowiciele” w ciągłym natarciu 18
- ▶ Nie ma innej recepty niż edukacja pacjenta i jego rodziny 20
- ▶ leczmy ból 22
- ▶ Rady kardiologa dla lekarzy dentystów 24
- ▶ Kobieta w pewnym wieku i jej potrzeby 26
- ▶ Pacjent, którego nigdy nie zapomnę 28
- ▶ Zakaz wykonywania zawodu 30
- ▶ etyka 31
- ▶ Pamiątki z wakacji 32
- ▶ Gонец Medyczny 34, 39
- ▶ z Mazowsza 36
- ▶ z Delegatury Radomskiej 37
- ▶ wędrówki po regionie 38
- ▶ Doniesienia naukowe 43
- ▶ u nas w samorządzie 44
- ▶ lektury 46
- ▶ karty historii 48
- ▶ literatura i życie 50
- ▶ wspomnienie 52
- ▶ nowe przepisy prawne 53
- ▶ felietony:
- ▶ Balicki 11
- ▶ Walewski 11
- ▶ Kowal 40
- ▶ Jankowska 41
- ▶ Müldner-Nieckowski 42
- ▶ Ciepły 42

Leczenie mniej tradycyjne

Odczucie społeczne kondycji systemu ochrony zdrowia optymistyczne nie jest. Zapowiedzi rządu przekazania na służbę zdrowia dodatkowych środków napawają jednak otuchą. Czy jednak okażą się wystarczające dla tej skarbonki bez dna? Píše o tym Małgorzata Solecka (na str. 4), pokazując kulisy zmian wizji finansowania tej newralgicznej dla nas wszystkich dziedziny. Sieć zależności, rzutuująca na możliwości finansowe państwa i priorytety rządzących w dysponowaniu budżetem, jest bardziej skomplikowana niż układanka szpitali w sieci mająca zapewnić ich sprawne funkcjonowanie. A jeśli dodać do tego całość problematyki związanej z koordynacją działań systemowych ze *stricte* medycznymi, przestaje dziwić fakt, że chyba nigdzie na świecie nie ma w stu procentach zadowolonych pacjentów. Postęp medycyny nie idzie w parze z finansowaniem terapii, z czym trudno się pogodzić i pacjentom, i lekarzom. Uświadamia nam to prof. Grażyna Rydzewska (str. 12).

Polecamy również rozmowę z prof. Tadeuszem Wróblewskim (str. 8), który mówi o perspektywach chirurgii w kontekście braku kadry i coraz mniejszego zainteresowania tą dziedziną studentów i młodych adeptów medycyny. Profesor przestrzega przed dezawuowaniem zawodu chirurga, co współcześnie może stać się skutkiem społecznie ogólniejszej tendencji trywializowania pojęcia etosu.

Jednego skutecznego leku na wszystkie problemy wypisać się nie da. Wiara w dobre intencje każdego człowieka bywa złudna. Pozostaje nam sumienna praca, cierpliwość i rozum.

Z tym ostatnim bywa najgorzej. Wracają zabobony, jakieś niewiarygodnie niemądre metody szarlatanów, działających poza racjonalną medycyną czy może raczej poza medycyną w ogóle, wmawiających chorym w potrzasku ciężkich dolegliwości, niekiedy nieuleczalnych, bezsensowne rozwiązania. Na ogół motywacją szamanów jest pazerność, a cierpiących lub ich bliskich – rozpacz i odwieczny w chwilach bezradności sojusznik, jakim jest nadzieja.

Jednak w chwilach zagrożenia życia, o którym decydują minuty, na szczęście nikt o zdrowych zmysłach nie podważa konieczności istnienia Pogotowia Ratunkowego. 120 lat działalności tej instytucji (o której piszemy na str. 6) pokazuje dobitnie, jak ważną rolę odgrywa w życiu społeczeństwa. Jest gwarantem naszego zaufania do przyszłości i polisą ubezpieczeniową od nieprzewidywalnego losu. Pogotowie Ratunkowe zawsze było potrzebne, działało niekiedy wbrew niedomaganiom całego systemu opieki zdrowotnej. Miejmy ufność, że ani kłopoty kadrowe, ani finansowe nie skomplikują jego funkcjonowania, a usprawnienia organizacyjne i nowoczesna technika sprawią, że efektywność pomocy jeszcze wzrośnie. ■

red.

Grat. licencja Artmedia Partners



Zastrzyk dla zdrowia



Fot. M. Teperek

Andrzej Sawoni

prezes ORL w Warszawie

O tym, że część nadwyżki budżetowej państwa ma zostać przekazana na potrzeby służby zdrowia, mówili ostatnio marszałek Stanisław Karczewski i minister Konstanty Radziwiłł. To z pewnością dobra wiadomość. Finansowy zastrzyk jest niezbędny dla poprawy funkcjonowania systemu.

Jeżeli deklarowane przez rządzących łącznie prawie 3 mld zł trafią do ochrony zdrowia, a miejmy nadzieję, że tak się stanie, skutki tego zasilenia powinny być odczuwalne dla pacjentów. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń, a tym samym skrócenie czasu oczekiwania na porady i zabiegi medyczne, na pewno byłoby świadectwem zmiany na lepsze. Nowy sprzęt w placówkach ochrony zdrowia jest również potrzebny. Pozostaje jednak kwestia braku kadr medycznych i wynikające z tego obciążenia obowiązkami zawodowymi tych, którzy pracują. Wiemy, że przemęczenie lekarzy jest zjawiskiem niepokojącym, nierzadko nie wpływa korzystnie na ich pracę i zdrowie, a w jednostkowych przypadkach bywa tragiczne w skutkach. Jednakże obecna sytuacja kadrowa i płacowa w ochronie zdrowia nie sprzyja rozwiązaniu tego problemu. Rygorystyczne przestrzeganie unijnych dyrektyw o czasie pracy w służbie zdrowia to wyzwanie dla środowiska medycznego. Zarówno pracodawcy, jak i dyżurujący lekarze (pierwsi z powodów organizacyjnych, drudzy z przyczyn zarobkowych) akceptują więc realia, choć wiedzą, że to rozwiązanie niedoskonałe. Tym bardziej że i w tej kwestii niebagatelną rolę odgrywają finanse.

A od 1 października o budżecie szpitali, które znalazły się w sieci, decyduje ryczałt. Czy taki sposób finansowania zapobiegnie zadłużaniu się placówek, które znów się zwiększa? Na tę chwilę wydaje się to wątpliwe. Nakłady na służbę zdrowia muszą bowiem równoważyć wydatki wynikające z zapotrzebowania społeczeństwa na świadczenia medyczne, a do osiągnięcia takiego poziomu finansów w ochronie zdrowia droga bardzo daleka.

Dobrą wiadomością jest ta o pozostawieniu w POZ, wbrew wcześniejszym planom Ministerstwa Zdrowia, pediatrów, którzy pełnią w opiece nad najmłodszymi pacjentami ogromnie ważną rolę.

Mówiąc o pediatrii, warto przypomnieć, że ostatnio zagadnieniem istotnym dla zdrowia jednostki i społeczeństwa jest kwestia szczepień – zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych. W dyskusji, którą ten temat wywołuje, ważną i odpowiedzialną rolę do spełnienia mają przede wszystkim lekarze.

Marszałek Karczewski i minister Radziwiłł nawzajem, w obecności mediów, zaszczepili się przeciwko grypie. To ważne świadectwo lekarzy i polityków. Świadomy zastrzyk dla zdrowia. ■

Nowa kadencja samorządu lekarskiego

WYBORY TRWAJĄ

Głosujemy korespondencyjnie

Weryfikowanie adresów do kolportażu

„Pulsu” i „Gazety Lekarskiej”

(zmiany adresu,

rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism)

e-mail: p.rejestracja@oilwaw.org.pl

lub tel. 22-542-83-14,

faks 22-542-83-15.



Zarządzanie
ryzykiem medycznym
str. 17



Kobieta w pewnym
wieku i jej potrzeby
str. 26



Szpitala zagubione
w globalnej sieci
str. 37



Fot. archiwum

Więcej pieniędzy na ochronę zdrowia w ostatnim kwartale roku

Małgorzata Solecka

Dziennikarze i eksperci ogłaszali z radością pod koniec sierpnia, że ochrona zdrowia w ostatnich miesiącach roku dostanie z budżetu państwa niespotykany zastrzyk gotówki – około 2,8 mld zł. Radość trwała krótko. Ostateczny projekt ustawy dotyczącej dofinansowania ochrony zdrowia, przygotowany przez rząd, mówi o kwocie dziesięciokrotnie niższej. Ale Ministerstwo Zdrowia i NFZ robią wszystko, by pieniędzy w systemie rzeczywiście pojawiło się więcej. Najbardziej realne są jednak „zaskórniaki” funduszu, nie dotacja z budżetu państwa.

„Dziennik Gazeta Prawna” w samej końcówce sierpnia informował, że rząd przygotowuje specustawę, na mocy której budżet dołoży do świadczeń medycznych aż 2,1 mld zł, a na zakupy sprzętu (w tym nabycie dentobusów i wyposażenie gabinetów profilaktycznych w szkołach) przeznaczy niemal 700 mln zł. I dziennikarze, i liczni eksperci chwalili „decyzję” rządu, podkreślając, że to pierwsza jaskółka, która pozwala sądzić, iż politycy zaczynają nadawać ochronie zdrowia właściwą pozycję.

I tym razem radość nie trwała długo, bo gdy projekt ujrzał światło dzienne (kilka godzin przed posiedzeniem Rady Ministrów), okazało się, że z 2,8 mld zł zostało 281 mln zł. W dodatku – wyłącznie na określone w ustawie zakupy sprzętu. Pieniądze trafią za pośrednictwem ministra zdrowia (147,8 mln zł) i wojewodów (około 134 mln zł) do kluczowych – z punktu widzenia sieci – szpitali oraz zostaną przeznaczone na zakupy związane ze zmianami w tzw. medycynie szkolnej: na nabycie 16 dentobusów (po jednym do każdego województwa) oraz doposażenie 20 tys. gabinetów szkolnych (na 23 tys. szkół prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego gabinety są czynne w 3 tys.). Specustawa przewiduje też zwiększenie budżetu ministra zdrowia na zakup szczepionek (około 80 mln zł) oraz czynników krzepnięcia (20 mln zł).

Przyjęty przez rząd projekt Sejm w ciągu dwóch dni uchwalił bez jednej znaczącej poprawki, a tryb prac nad ustawą opozycja określała jako skandaliczny. – *Wczoraj uczestniczyłem w najśmieszniejszym jak dotąd posiedzeniu Komisji Zdrowia* – mówił podczas drugiego czytania ustawy Jerzy Kozłowski (Kukiz'15).

Posiedzenie, na którym odbywało się pierwsze czytanie, rzeczywiście miało dość oryginalny przebieg. Po pierwsze, przewodniczył mu wicemarszałek Sejmu Ryszard Terlecki.

Prawo i Sprawiedliwość najwyraźniej obawiało się, że przewodniczący komisji Bartosz Arłukowicz nie gwarantuje terminowego uchwalenia projektu, choć przewaga partii rządzącej zapewnia wygraną we wszystkich głosowaniach. Po drugie, PiS odrzuciło nie tylko poprawki zgłaszane przez opozycję, ale również większość zgłaszanych przez sejmowych legislatorów, którzy praktycznie do każdego artykułu mieli przynajmniej jedną poprawkę, wątpliwość lub zastrzeżenie. – *A biuro* (Biuro Legislacyjne Sejmu – red.) *znowu czegoś nie rozumie* – ironizował Ryszard Terlecki. Opozycja przejmowała poprawki prawników, a posłowie PiS w większości przypadków odrzucali je. – *Przygotowaliście bubel prawny! Gdyby mój urzędnik położył mi taki projekt na biurku, wyleciałby z hukiem!* – denerwował się Bartosz Arłukowicz.

Opozycja próbowała przeforsować dwie znaczące poprawki. Przedstawiciele Kukiz'15 chcieli usunięcia z projektu artykułu zwiększającego środki dla ministra na zakup szczepionek. Posłowie argumentowali, że ministerstwo nie przedstawiło żadnego wyjaśnienia, dlaczego konieczne są dodatkowe pieniądze na ten cel (na zakup szczepionek przeciw pneumokokom rok temu w budżecie zarezerwowano około 160 mln zł). Ministerstwo ma przygotować w tej sprawie informację na piśmie. Platforma Obywatelska z kolei domagała się, by do ustawy dodać artykuł, na podstawie którego budżet państwa w ciągu najbliższych trzech lat przekazywałby dodatkowe pieniądze (900 mln zł) na zakup świadczeń zdrowotnych. Posłowie zapewniali, że taka była pierwotna koncepcja i obietnica ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła.

Ostatecznie Sejm poprawki odrzucił, a ustawę poparli niemal wszyscy posłowie: „za” głosowało 376, przeciw – 3, wstrzymało się 22 (przede wszystkim posłowie Nowoczesnej, którzy w ten sposób chcieli zaprotestować przeciw trybowi procedowania specustawy). – *280 mln zł piechotą nie chodzi* – uzasadniała poparcie posłów PO dla ustawy Elżbieta Radziszewska.

Kwota 147,8 mln zł, którą będzie dysponował minister zdrowia, zostanie podzielona następująco: 63,8 mln zł przeznaczy się na zakup sprzętu w zakresie onkologii, pediatrii i chirurgii dla oddziałów klinicznych w szpitalach klinicznych i na bazie obcej oraz centrów onkologii. 60 mln zł posłuży na zakup sprzętu i aparatury dla oddziałów neonatologii III

poziomu referencyjnego. Od 12 do 24 mln zł planuje się wydać na 16 dentobusów. Wojewodowie będą je udostępniać nieodpłatnie świadczeniodawcom, wybranym najprawdopodobniej w drodze konkursu ofert, i to oni wezmą na siebie koszty utrzymania i eksploatacji pojazdów.

134 mln zł za pośrednictwem wojewodów trafi do 20 tys. szkół na wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej. Koszt wyposażenia takiego gabinetu w szkole, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wynosi 6700 zł i tyle maksymalnie placówka dostanie z budżetu. W trakcie prac nad ustawą posłowie usiłowali się dowiedzieć, kto będzie finansował działanie gabinetów profilaktycznych, a w kularach powtarzało się jedno pytanie: kto w nich będzie pracować, skoro już w tej chwili są gigantyczne problemy ze znalezieniem pielęgniarek, a w ciągu kilku najbliższych lat z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego z zawodu może ich odejść nawet 40 tys.

Płyną dodatkowe setki milionów złotych. Z NFZ

Po zmianie planu finansowego, która nastąpiła latem, NFZ znalazł kolejne setki milionów złotych. Prezes NFZ w połowie września podpisał zarządzenie w sprawie uruchomienia 764 mln zł z rezerwy (pieniądze pochodzą z Funduszu Zapasowego). Podpisane przez Andrzeja Jacynę zarządzenie zwiększa planowane na 2017 r. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich. Pieniądze podzielono według algorytmu ustalonego na potrzeby planu finansowego na cały rok. Mazowsze otrzyma najwięcej – 110 mln zł (w tym regionie są największe potrzeby). Dodatkowe pieniądze mają zostać wydane w IV kwartale na zakup dodatkowych świadczeń, m.in. w zakresie leczenia zębów, endoprotezoplastyki, diagnostyki obrazowej i leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C. Natomiast jeszcze we wrześniu fundusz zwiększy finansowanie świadczeń udzielanych na specjalistycznych oddziałach dziecięcych, na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii oraz „nielimitowane” świadczenia diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty DiLO.

NFZ liczy, że w przypadku zębów dodatkowe pieniądze pozwolą na sfinansowanie leczenia (jeszcze w tym roku) 46 tys. dodatkowych pacjentów. Tomografię komputerową będzie można przeprowadzić u ponad 82 tys. pacjentów, co powinno skrócić kolejkę o przeszło 40 proc. Są szanse, że o niemal jedną trzecią zmniejszy się kolejka do badania rezonansem magnetycznym, które zostanie przeprowadzone u ponad 91 tys. dodatkowych pacjentów.

Niewykluczone, że również budżet państwa ostatecznie „dołoży” się do świadczeń zdrowotnych, ale nie przez zakup nowych świadczeń, lecz wypłacenie pieniędzy za nadwykonania. Ministerstwo Zdrowia obiecuje, że postara się „w jak największym stopniu” sfinansować świadczenia



Fot. licencja Artmedia Partners

udzielone ponad limit w tym roku, od stycznia do września. Wicepremier Mateusz Morawiecki publicznie poinformował, że po połowie października, gdy znane będą dokładniejsze dane na temat wykonania budżetu, może zostać podjęta decyzja o przekazaniu na cele ochrony zdrowia dodatkowych pieniędzy. O jaką kwotę chodzi? Nie wiadomo. Ministerstwo Zdrowia mówi o nawet 1,5 mld zł, minister finansów szacuje całość dodatkowych środków z budżetu (specustawa to niemal 400 mln zł, a są jeszcze inne zapowiedzi dotyczące zwiększenia wydatków inwestycyjnych) na 1 mld zł, maksymalnie – 1,5 mld zł.

Jedno jest pewne: tuż przed uruchomieniem sieci szpitali minister zdrowia gorączkowo szuka pieniędzy, które mają sprawić, że nowy system na samym początku nie zachwieje się w posadach. ■



Fot. ach

Z dr. n. med. Jerzym Rekoszem, zastępcą dyrektora ds. medycznych Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SPZOZ w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

Czy lekarze chcą pracować w Pogotowiu Ratunkowym?

Niedobór kadry lekarskiej jest naszym głównym problemem. Lekarzy różnych specjalności brakuje wszędzie, także u nas. Specyfiką medycyny ratunkowej jest praca na dyżurach, borykamy się z obsadą lekarską szczególnie w godzinach od 8.00 do 16.00, gdyż najczęściej nasi lekarze są zatrudnieni również w innych miejscach: w szpitalach, przychodniach. Coraz częściej w obsadzie karetek są lekarze starsi wiekiem, brakuje młodych. Z przyczyn kadrowych (ale nie jest to jedyny powód) zmniejszamy liczbę zespołów specjalistycznych, w których składzie jest lekarz.

Iloma zespołami specjalistycznymi dysponuje „Meditrans”? Czy ich liczba jest wystarczająca do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji objętej opieką?

W ubiegłym roku zlikwidowaliśmy trzy zespoły specjalistyczne i zastąpiliśmy je zespołami podstawowymi. W tym roku wystąpiliśmy do ministra zdrowia i do wojewody mazowieckiego o zgodę na likwidację jeszcze pięciu zespołów specjalistycznych, pozostanie ich zatem 14. Pamiętajmy, że medycyna ratunkowa służy pacjentom, którzy są w stanie zagrożenia życia albo doświadczają istotnego pogorszenia stanu zdrowia. Niestety, część wezwań to tzw. wezwania internistyczne. Społeczeństwo jest przyzwyczajone, że pogotowie przyjeżdża do pacjenta z katarem, gorączką, z dusznością, która nie ma nic wspólnego z niewydolnością serca albo niewydolnością oddechową. Zespołów z lekarzem w naszym rejonie operacyjnym wystarczyłoby 10, bo powinny być wykorzystywane tylko w stanach zagrożenia życia oraz jako wsparcie dla zespołów podstawowych, których liczbę należałoby zwiększyć. W tej chwili tych zespołów jest 37.

Jaki odsetek wszystkich wezwań stanowią zgłoszenia, które nie powinny być realizowane siłami Pogotowia Ratunkowego?

Okolo 40 proc. To są wezwania do pacjentów, którzy powinni być przyjęci przez lekarzy w ramach podstawowej lub nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Ale zarówno w POZ, jak i NiSOZ brakuje kadr. Pacjenci nie chcą czekać na wizytę i dzwonią do nas. Średnio w okresie letnim rejestrujemy 600–650 wezwań na dobę, w okresie infekcji grypowych ich liczba przekracza 700–800.

Czy praca w pogotowiu wymaga szczególnych predyspozycji?

W medycynie ratunkowej liczy się czas. Mamy go niewiele na diagnozę, na podjęcie działań, to duże wyzwanie dla lekarza. O wiele łatwiej pracować na szpitalnym oddziale ratunkowym, gdy ma się zaplecze diagnostyczne i specjalistów, których można wezwać na konsultację, niż w zespole wyjazdowym. Działania zespołów ratownictwa medycznego nie ograniczają się do dotarcia do pacjenta i przewiezienia go do szpitala. Diagnozujemy i rozpoczynamy leczenie już w fazie przedszpitalnej. Do częstych reanimacji potrzeba sił fizycznych, których w wieku 50–60 lat jest mniej. W latach 80. XX w. lekarze robiący specjalizację w różnych dziedzinach medycyny byli zobowiązani do odbycia kilkugodzinnego szkolenia w Pogotowiu Ratunkowym. Chętnie bym do tej praktyki powrócił i wpisał ją do programu obowiązującego stażu podyplomowego.

Jakie szkolenia organizuje Szkoła Ratownictwa działająca przy pogotowiu?

Prowadzimy m.in. kursy pierwszej pomocy dla szkół i instytucji oraz szkolenia z zakresu medycyny ratunkowej dla lekarzy stażystów. Organizujemy też kursy dla naszych pracowników dotyczące wielu zagadnień medycznych – problemów kardiologicznych, udarów, wdrażania terapii przedszpitalnych. Co roku przeprowadzamy ocenę pracowników (zarówno osób zatrudnionych na umowę o pracę, jak i na umowy cywilnoprawne, czyli tzw. kontrakty), wymagamy od nich każdorazowo przynajmniej jednego certyfikatu z odbytego szkolenia w roku.

Jak zmieniło się Pogotowie Ratunkowe na przestrzeni ostatnich kilku dekad?

Pod względem rodzajów i charakteru wezwań – niewiele. Również dawniej około 40 proc. wezwań było nieuzasadnionych. Dużo więcej zmieniło się w zakresie organizacji pracy i możliwości pogotowia. W latach 80. i na początku lat 90. XX w. działały zespoły: wypadkowy, ogólny, pediatryczny, ginekologiczny i tzw. erka, które stopniowo były likwidowane. Od 2006 r. zostały zastąpione przez dwa: podstawowy i specjalistyczny. Postęp widać w wyposażeniu ambulansów w aparaturę, leki. Od 2009 r. korzystamy ze wspomaganie teletransmisją badania EKG. Wszystkie nasze zespoły mają możliwość wykonania pełnego, 12-odprowadzeniowego EKG. Lekarz konsultujący w Centrum Teletransmisji zlokalizowanym w WSPRiTS „Meditrans” w Warszawie, na podstawie otrzymanego zapisu i informacji od kierownika zespołu udziela dalszych wskazań co do postępowania z pacjentem. Ten system jest wsparciem szczególnie dla członków zespołów podstawowych. Część ma

w wyposażeniu urządzenia do mechanicznego masażu serca, które umożliwiają ratownikom prowadzenie innych czynności podczas zabiegów reanimacyjnych. To kosztowne urządzenia, ale chcemy dysponować ich jak największą liczbą.

Co w roku jubileuszu 120-lecia Pogotowia Ratunkowego w Warszawie przysparza trudności, a co jest sukcesem „Meditransu”?

Problemem jest niedobór kadr, a także finanse, w tym potrzeba podniesienia zarobków personelu. Oczywiście oczekujemy na rozwiązania systemowe, ale też w miarę możliwości staramy się kwestie płacowe regulować wewnętrznie. Chwalić możemy się nowym sprzętem, nowoczesnymi ambulansami. We wrześniu uruchomiliśmy system wspomagający powiadamianie, który stwarza również trochę problemów. Nowy system wiąże się z pracą z tabletem na miejscu wezwania, wymaga wpisania danych, przygotowania elektronicznej dokumentacji. Wśród zjawisk pozytywnych jest to, że społeczne obawy o jakość pomocy medycznej, w wyniku nieobecności lekarza w karetce, ustępują akceptacji pracy zespołów podstawowych. Przygotowanie merytoryczne i umiejętności praktyczne ratowników medycznych i pielęgniarek, wsparcie udzielane im przez lekarzy koordynatorów, lekarzy konsultantów Centrum Teletransmisji i lekarzy w zespołach specjalistycznych, a także możliwości techniczne zespołów sprawiają, że coraz lepiej postrzegana jest kadra ratownicza. Bez wątplenia to sukces. W naszej odpowiedzialnej pracy, której celem jest niesienie pomocy i ratowanie ludzkiego życia, liczy się zespół. ■



**KARDIOLOGIA
W PRAKTYCE LEKARZA POZ**
WARSZAWA, 1–2 grudnia 2017 r.

TERMIN
1–2 grudnia 2017 r.

MIEJSCE
Airport Hotel Okęcie,
Ul. 17 Stycznia 24
Warszawa

**PRZEWODNICZĄCY
KOMITETU NAUKOWEGO**
prof. dr hab. Piotr HOFFMAN

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

WIĘCEJ INFORMACJI NA
WWW.TERMEDIA.PL

REKLAMA

Chirurgia jest piękna



Fot. P. Wierchowski

Z prof. dr. hab. n. med. Tadeuszem Wróblewskim z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM, przewodniczącym Warszawskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Panie profesorze, dlaczego młodzi lekarze nie chcą wybierać tej specjalizacji?

Chirurgia jest trudną dziedziną medycyny, wymaga poświęcenia i wyrzeczeń, a wyszkolenie chirurga to wieloletni i wieloetapowy proces. Dlatego liczni młodzi adepci medycyny wybierają inne specjalizacje, w przypadku których szkolenie specjalistyczne trwa

o wiele krócej i jest łatwiejsze. Prowadzi to do widocznych i odczuwalnych coraz bardziej braków kadrowych w chirurgii. Żeby nie być gołosłownym: prawo stanowi, że aby w szpitalu funkcjonował nawet najmniejszy oddział chirurgiczny, musi być na nim zatrudniony ordynator plus minimum dwóch, trzech specjalistów i rezydent, czyli czterech – pięciu lekarzy. Ale w takim składzie nie da się prawidłowo i odpowiedzialnie prowadzić oddziału chirurgicznego, bo

lekarze nie byłoby w stanie zapewnić obsady na 30–31 dyżurów. Na dyżurze chirurg nie operuje sam, musi mieć drugą, a czasem i trzecią asystę do przeprowadzenia operacji. Jeśli więc zaistnieje taka potrzeba, musi wezwać do pomocy chirurga, który nie ma dyżuru. W efekcie czasem on i jego kolega zamiast planowanych 6 dyżurów będzie musiał pełnić nawet 12. Praca w wielu ośrodkach, szczególnie mniejszych, gdzie występuje deficyt chirurgów, jest o tyle atrakcyjna, że koledzy pracują na kontraktach i zarabiają sporo. Z drugiej strony nie mają na nic, poza pracą, czasu. Dotyczy to przede wszystkim szkoleń, bo kto wypełni w tym czasie tzw. dziurę dyżurową? A przecież nasz zawód to nieustanne szkolenie w podążaniu za nowoczesnymi metodami operacyjnymi i technologiami.

W przypadku rezydentów dochodzi także sprawa obowiązkowych szkoleń modułowych i związanych z tym wyjazdów pociągających za sobą określone koszty. Lekarze będący na kontrakcie z powodu nieobecności w pracy, związanej z wyjazdami szkoleniowymi, doznają nie tylko uszczerbku finansowego (nie realizują w tym czasie swoich zadań wynikających z umowy kontraktowej), ale obciążają dodatkową pracą kolegów. Dlatego obserwuje się spadek frekwencji na kursach, sympozjach i kongresach naukowych, a ci, którzy przyjeżdżają, są często przemęczeni, o czym świadczy ich brak koncentracji w czasie wykładów. Podsumowując: przeciążenie pracą, trudności w szkoleniu i długotrwała droga do specjalizacji.

Czy etos chirurga umiera?

Nie wyobrażam sobie, aby chirurga z prawdziwego zdarzenia nie obdarzano szacunkiem w społeczeństwie. Chirurg to nie tylko lekarz. To pojęcie wzbudzające szacunek.

Dla lekarzy, którzy chcą zostać chirurgami, niezwykle ważna jest codzienna postawa starszych kolegów, wzór, do którego można dążyć w swoim życiu zawodowym. Dotyczy to nie tylko techniki operacyjnej, umiejętności pozwalających wybrnąć z najtrudniejszych momentów każdego zabiegu. Etos to też postawa w rozmowie z chorym i jego rodziną. Wykształcenie dobrego chirurga trwa latami, a praca jest niezwykle odpowiedzialna, wymagająca poświęcenia wielu godzin swojego wolnego czasu. Każda operacja, choćby dotyczyła tego samego schorzenia, jest inna, co czyni naszą pracę niezwykle ciekawą i niesablonową. Chirurg musi mieć dobry kontakt z chorym, wyjaśnić mu dogłębnie problem zdrowotny, który wymaga rozwiązania, gdyż pacjent powierza mu, jego wiedzy i umiejętnościom, swoje życie. Czasem trzeba operować lub udzielić pomocy osobom psychicznie chorym, aresztantom, z którymi kontakt bywa bardzo trudny. Operowanie chorych będących nośicielami zakaźnych chorób, np. HIV, HCV, wiąże się z dodatkowym ryzykiem. Etos chirurga istnieje i wszyscy powinniśmy dbać o niego swoją postawą, aby otaczał nas szacunek za olbrzymią pracę, jaką większość chirurgów wkłada w swój rozwój w imię pomocy chorym. Aby jednak chirurg mógł samodzielnie operować, musi po zaliczeniu wszelkich niezbędnych szkoleń obowiązkowych zdać egzaminy specjalizacyjne. Równoległe z poznawaniem teorii trwa nabywanie doświadczeń praktycznych, co wiąże się z pomaganiem starszym kolegom w leczeniu chorych na oddziale i na bloku operacyjnym. Setki godzin spędzonych przy stole operacyjnym kreują chirurga. Łącznie szkolenie to sześć lat rezydentury w klinice, a w małym szpitalu o wiele dłużej. Doświadczenie najczęściej zdobywa się po latach asystowania starszym chirurgom, zanim zacznie się być „tym pierwszym” przy stole operacyjnym, podejmującym samodzielnie ważne decyzje.

CENTRUM KARIERY

Centrum Kariery to projekt CERMED Centrum Rozwoju Medycyny Sp. z o.o. powołanej

przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie do realizacji kluczowych projektów w obszarze HR dla lekarzy członków OIL.

Centrum Kariery ma ambicję zostać wiodącym dostawcą kompleksowych, profesjonalnych rozwiązań HR dla rynku ochrony zdrowia w Polsce i za granicą.

Jednym z głównych celów Centrum Kariery jest pomoc i wsparcie w planowaniu i rozwoju kariery zawodowej lekarzom. Szczególną uwagę poświęcamy lekarzom i lekarzom denty stom młodym, wchodzącym dopiero na rynek pracy.



Zamierzamy być animatorem rozwoju talentów w sektorze ochrony zdrowia.

Oferujemy:

- ◆ Bezpłatne pośrednictwo pracy
- ◆ Szkolenia z zakresu kompetencji psychospołecznych (miękkich)
- ◆ Outsourcing procesu rekrutacji dla podmiotów leczniczych
- ◆ Ekspertskie centrum informacji dla młodych lekarzy oraz lekarzy cudzoziemców planujących pracę w Polsce
- ◆ Doradztwo personalne

www.centrumkariery.org.pl

Znajdź nas na **LinkedIn**

Jak można przekonać adepta sztuki medycznej, że warto inwestować w siebie jako chirurga?

Chirurgia jest piękna, ale najpiękniejsza jest wtedy, kiedy zdobędzie się już duże umiejętności. Kiedy się widzi, że chory po trudnej operacji wychodzi do domu i jest zadowolony z naszego leczenia. Będąc młodym chirurgiem, czerpałem ogromną satysfakcję z sukcesów w prostszych zabiegach, potem w coraz bardziej skomplikowanych. Dobre nacięcie i zdrenowanie ropnia, zdjęcie paznokcia, właściwe zeszcycie rany czy usunięcie wyrostka robaczkowego z ładnym, kosmetycznym zaopatrzeniem rany (teraz wszyscy o to zabiegają) – to ważny początek edukacji chirurga. Wielką satysfakcję przynosiły mi sukcesy moich nauczycieli chirurgii, gdyż ja, młody adept chirurgii, należałem do zespołu kwalifikującego chorych, brałem udział w leczeniu operacyjnym i postępowaniu pooperacyjnym.

Chirurg musi być też zapaleńcem. Praca powinna sprawiać mu przyjemność, nie może być traktowana jak zło konieczne lub wyłącznie jak źródło dochodu. To musi być swoiste powołanie, gdyż trzeba mieć predyspozycje mentalne i manualne.

Centra kształcenia podyplomowego, które prowadzą szkolenia chirurgów, nie zapewniają jednego – szkolenia u mistrza. Każdy z nas miał w swojej karierze chirurgicznej kilku mistrzów. W czasie mojej kariery spełniali niezwykle ważną rolę mentora mojej edukacji. Mistrza chirurgii, który nie tylko pokaże, jak się dobrze operuje, ale także nauczy, jak się rozmawia z chorym, z jego rodziną. Mistrza, który podpowie, jakie badania wykonać, by zdiagnozować chorego, a jakie nie są konieczne. Pomoże w trudnych problemach życiowych. Dzisiaj o takich mistrzów coraz trudniej, a i model szkolenia

Chirurgia jest piękna

niestety nie ten! Pamiętam czasy, kiedy koledzy z dumą mówili: robiłem specjalizację u doktora X, lub: jestem ze szkoły profesora Y. Dzisiaj można poznać różne techniki operacyjne od różnych „mistrzów” dzięki dostępowi do Internetu, ale żaden film nie zastąpi tego, co widzi się bezpośrednio przy stole operacyjnym. Żaden zjazd nie zastąpi szkolenia praktycznego. Sam zresztą poszukiwałem swoich mistrzów, wyjeżdżając na krótkie staże do ośrodków, gdzie był właśnie taki mistrz. Pozwoliło to mi pokonać wiele etapów pośrednich w moim rozwoju chirurgicznym. Dla przykładu: w naszej klinice wykonuje się rocznie m.in. około 400 resekcji wątroby, ponad 150 transplantacji wątroby, wiele operacji na drogach żółciowych, co stawia nasz ośrodek w czołówce europejskiej. Wielu chirurgów z kraju i z zagranicy przyjeżdża do nas na krótkie staże praktyczne. Mamy więc satysfakcję, że możemy innych nauczyć tego, czego kiedyś my sami uczyliśmy się od wysokiej klasy mistrzów, że możemy przekazywać dalej tę wiedzę pogłębiając o własne doświadczenia.

Istnieją współczesne szkoły chirurgii?

Teraz nie ma czegoś takiego jak szkoła związana z czymś nazwiskiem. Może z ośrodkiem. Dzisiaj sukcesy w chirurgii osiągają duże zespoły, często interdyscyplinarne, czyli – praca zespołowa. To nie oznacza, że nie mamy w Polsce wybitnych chirurgów i autorytetów.

Czego powinien doświadczony chirurg nauczyć młodego lekarza?

Kształtowanie chirurga, jak już wspominałem, to wieloletni proces szkolenia, potem nabywania doświadczenia i rozszerzania palety technik oraz procedur operacyjnych. Chirurg musi pamiętać na każdym etapie swojej kariery zawodowej o pułapkach i ryzyku nierozzerwalnie związanym z jego zawodem. Można powiedzieć, że powinien mieć „włączony hamulec” przy każdej procedurze. Kwalifikacja do operacji to proces wielopoziomowy, który obejmuje analizę wyników badań, możliwości technicznych wykonania operacji, a tak-

że konsekwencji i ryzyka tegoż leczenia. Dopiero tak dogłębna analiza jest źródłem sukcesu.

Często decyzje podejmuje się w trakcie operacji, a badania to nie wszystko... Zatem: kwalifikacja, technika operacyjna i postępowanie po operacji. Współczesna młodzież chirurgiczna podąża, tak zresztą jak sama chirurgia, za nowoczesnymi trendami. Takim trendem jest m.in. minimalizacja urazu okołoperacyjnego. W przypadku wielu schorzeń zapewnia ją laparoscopia. To bardzo dobra technika, ale nie zawsze można ją zastosować. Coraz więcej procedur wykonujemy metodami małoinwazyjnymi, co nie oznacza, że te stare, dobrze znane metody odkładamy do lamusa. W wielu przypadkach są wskazane i niezbędne. Dla przykładu: cholecystektomia otwarta to bardzo dobra operacja, tylko po co ją robić, jeżeli chorego można zoperować techniką laparoskopową. Ale jeśli widzimy w badaniach obrazowych lub śródoperacyjnie duży naciek pęcherzyka żółciowego, nie ryzykujemy powikłań, tylko wykonajmy konwersję do operacji otwartej. To nie błąd, tylko potrzeba. To najprostszy przypadek. Jeden z wielu.

Dlatego szkolenie chirurga powinno być jak najbardziej wszechstronne i obejmować nie tylko techniki najbardziej nowoczesne, ale i tzw. klasykę chirurgii. Wszystko po to, aby chirurg nie znalazł się w sytuacji, kiedy potrafi operować tylko laparoskopowo, a wszelkie inne, klasyczne metody, często niekonwencjonalne, są mu obce. Na pewnym etapie rozwoju nie będzie bowiem stał za plecami starszego kolegi, przyjdzie czas, że nie będzie miał do kogo zadzwonić po radę. Musi te trudne sytuacje rozwiązywać sam.

Uważam, że chirurgia ogólna była i jest królową, i każdy chirurg czy kandydat na chirurga powinien mieć solidne ogólne wykształcenie chirurgiczne, a potem dopiero wybrać sobie kierunek, węższą specjalizację. Taka jest kolej rzeczy.

Chirurgia jest piękna – cieszy z sukcesów, ale i uczy pokory. Serdecznie zachęcam młodzież do bycia chirurgiem. To oczywiście nie jest łatwe, ale czy nie jest wszystkim znane przysłowie: *Per aspera ad astra?* ■



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 20 519
faks: (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
- ☑ seksuologia kliniczna
- ☑ seksuologia sądowa
- ☑ pomoc psychologiczna w medycynie
- ☑ rehabilitacja ortopedyczna urazów sportowych
- ☑ zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia
- ☑ menedżer medycznego laboratorium diagnostycznego w obliczu zmian rynkowych

NOWE KIERUNKI

- ☑ psychodietetyka
- ☑ medycyna prewencyjna, regeneracyjna i przeciwstarzeniowa
- ☑ bezpieczeństwo i zarządzanie ryzykiem działalności leczniczej

oraz studia MBA:

- ☑ SGH-WUM-MBA w ochronie zdrowia

Fot. archiwum



Marek Balicki

Tym razem inicjatywa rzecznika praw dziecka zaskoczyła wielu. Chodzi o wrześniowy list do prezydenta Andrzeja Dudy z prośbą o skierowanie do Sejmu projektu nowelizacji kodeksu rodzinnego i kodeksu postępowania cywilnego. Celem nowelizacji jest wprowadzenie

regulacji umożliwiających przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym kobiet w ciąży, które spożywały alkohol lub stosowały inne środki psychoaktywne.

Zgodnie z załączonym do listu projektem sąd ma wszczynać sprawę „po powzięciu informacji o spożywaniu alkoholu przez kobietę”. Wydanie postanowienia ma być poprzedzone badaniem kobiety przez biegłego psychiatrę oraz psychologa, a także przeprowadzeniem w ciągu 48 godzin wywiadu środowiskowego przez kuratora sądowego. Z projektu nie wynika, czy konieczne będzie stwierdzenie spełnienia kryteriów zespołu uzależnienia. Postępowanie nie powinno trwać dłużej niż dwa miesiące. Rzecznikowi chodzi o to, by było „sprawne i szybkie”. W uzasadnionych przypadkach dopuszczono wydanie przez sąd tymczasowego zarządzenia o natychmiastowym umieszczeniu kobiety na oddziale zamkniętym do czasu zakończenia postępowania.

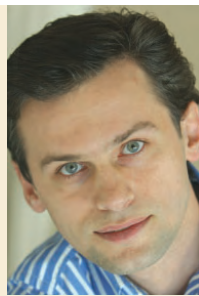
Podjęcie przez rzecznika działań na rzecz ograniczenia szkód zdrowotnych związanych ze spożywaniem w czasie ciąży alkoholu i używaniem substancji psychoaktywnych jest jak najbardziej zrozumiałe i pożądane. Fakt negatywnego wpływu alkoholu na dziecko w życiu płodowym wystarczająco dobrze udokumentowano naukowo, a zaburzenia mieszczące się w spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD), których wspólnym elementem jest nieprawidłowy rozwój mózgu, występują niepokojąco często. Na podstawie badania przeprowadzonego kilka lat temu w ramach projektu Alicja oszacowano dolną granicę rozpowszechnienia FASD na poziomie 1,7 proc., a najczęściej rozpoznawanego płodowego zespołu alkoholowego (FAS) – na 0,4 proc.

Problem jest więc poważny. Czy jednak lekarstwo zaproponowane przez rzecznika będzie skuteczne i ograniczy skalę zjawiska? Można w to wątpić. Nie przedstawiono żadnych wyników badań ani argumentów na rzecz wprowadzenia rozwiązań o charakterze represyjnym, poza przesłaniem, że coś trzeba w tej sprawie zrobić. Tymczasem w literaturze przedmiotu zaleca się zupełnie inne podejście, opierające się na edukacji, informacji, zmianie postaw społecznych, profilaktyce itp.

Wiodącą rolę w profilaktyce FASD przypada lekarzom POZ, ginekologom, położnym i pielęgniarkom. Dysponujemy już odpowiednimi metodami rozpoznawania, opracowano zalecenia postępowania dla lekarzy. Jednocześnie ciągle jeszcze mamy niedostatek rzetelnej wiedzy wśród personelu medycznego i funkcjonujące przekonanie o nieszkodliwości niewielkich dawek alkoholu w ciąży.

Przeprowadzona w Polsce 10 lat temu intensywne kampania edukacyjna przyczyniła się do zwiększenia wiedzy kobiet na temat skutków picia alkoholu w ciąży, wzrósł też odsetek lekarzy, którzy ostrzegają ciężarne pacjentki przed picciem, z 19 do 28 proc. I to jest przykład działań, jakich powinien domagać się rzecznik, zamiast izolowania kobiet w szpitalach psychiatrycznych. ■

Fot. archiwum



Rak wśród hien

Paweł Walewski

Głośnym echem, nie tylko na portalach medycznych, odbił się niechlubny artykuł zamieszczony latem na internetowych stronach dziennika „Rzeczpospolita”, pod wielce wymownym tytułem: „Firmy farmaceutyczne zarabiają miliardy na leczeniu nowotworów”. Autor tego odkrycia, który nie jest dziennikarzem zajmującym się wyłącznie medycyną, asekuruje się wprowadzając dopiskiem, że tekst zawiera opinie zwolenników tzw. medycyny alternatywnej, jednak z przytoczonych argumentów wynika, że pacjenci chorzy na raka trafiają w szpony pazernego przemysłu, a co gorsze lekarzy oszustów, którzy trują ich chemioterapią.

Mnóstwo głupich i szkodliwych doniesień na temat medycyny ukazuje się w mediach, więc był czas się na nie uodpornić. Ale każdy taki artykuł wyrządza sporo krzywdy, bo choć zaufanie do dziennikarza nie jest specjalnie wysokie, tak się jakoś dzieje, że im bardziej wyszana z palca historia, tym większe zdobywa uznanie i ludzie traktują ją jak prawdę objawioną. Jeśli chodzi o leczenie raka, sprawa jest szczególnie bolesna, gdyż za przyzwoleniem tej czy innej redakcji czytelnicy takich tekstów, jak opublikowany w „Rzeczpospolitej”, nabierają fałszywego przekonania o metodach leczenia i ich zaufanie do onkologów spada na łeb na szyję. Wiadomo, czym to się dla nich kończy.

Ale pierwszy raz w takim przypadku sprawa może mieć ciąg dalszy również dla autora tekstu, gdyż para lekarzy stażystów – Paweł Sobczuk i Anna Brodziak, którzy w listopadzie tego roku zamierzają rozpocząć specjalizację z onkologii – skierowała do Rady Etyki Mediów skargę na dziennikarza, zarzucając mu naruszenie zasad etyki i liczne przekłamania. Trzeba przyznać, że pismo, które wpłynęło do REM (i które krąży w Internecie), jest niezwykle mocne, ale również trafne, poparte licznymi dowodami, z którymi trudno dyskutować. Ciekawe, jak ustosunkują się do tych zarzutów członkowie rady, którzy o medycynie nie mają przecież pojęcia i, w zależności od prywatnych poglądów, mogą być sprzymierzeńcami znachorstwa lub naturopatów. Odkąd Jerzy Zięba ze swoimi teoriami leczenia raka witaminą C zapraszany jest na polskie uniwersytety, nie można wykluczyć, że obrońcy etyki dziennikarskiej uznają, iż wspomniany artykuł w „Rzeczpospolitej” słusznie ostrzega chorych przed hochsztaplerami w białych kitlach. Mam nadzieję, że wtedy młodzi lekarze nie przestaną wierzyć w swoje posłannictwo ani nie odejdą z zawodu.

Prof. Magdalena Środa w jednym z felietonów zwracała uwagę, że odbiorcy nie mają dziś możliwości zweryfikowania wiedzy przedstawianej w mediach przez pseudoekspertów: „Każdy szarlatan jest tak samo wiarygodny jak naukowy autorytet, a może nawet bardziej, bo argumentacja naukowa jest zawiła i nudna, zaś prawda irracjonalisty może być bardzo błyskotliwa”. Lekarze podjęli walkę. Kibicuję im i życzę, aby wygrali. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Potrzeba opieki koordynowanej

Z prof. dr hab. n. med. **Grażyną Rydzewską**, kierownikiem Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit CSK MSWiA w Warszawie, prezesem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, rozmawia Anetta Chęcińska.

Nieswoiste choroby zapalne jelit to schorzenia przewlekłe. Ilu osób w Polsce dotyczą?

Jeszcze parę lat temu sądzono, że nieswoiste choroby zapalne jelit to problem marginalny, dotyczący niewielkiej grupy pacjentów, ale chorych przybywa. Obecnie jest ich ponad 100 tys., w tym 16–20 tys. z chorobą Leśniowskiego-Crohna (L-C) i cztery razy więcej chorujących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. W ogólnopolskim rejestrze pacjentów z chorobą L-C zapisano około 7 tys. osób, ale nie jest to pełny wykaz. Rejestr został utworzony w 2005 r. i wówczas w grupie jego założycieli prognozowaliśmy, że liczba wpisów nie przekroczy 5 tys. Dzisiaj zbliżamy się do statystyk krajów zachodnich. Trzeba podkreślać, że choroba L-C dotyczy najczęściej osób młodych. 70 proc. pacjentów w momencie zanotowania w rejestrze miało mniej niż 30 lat. 25 proc. chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit to dzieci.

Czy poprawa diagnostyki ma wpływ na statystykę zachorowań?

Nieswoiste choroby zapalne jelit, podobnie jak choroby autoimmunologiczne, są chorobami cywilizacyjnymi. Na terenach, na których dominuje ubóstwo i brakuje higieny, te choroby występują bardzo rzadko. I odwrotnie, w społeczeństwach zachodnich ich częstość wzrasta, bo zmienia się styl naszego życia. Na pewno lepsza diagnostyka i wiedza lekarzy na temat nieswoistych chorób zapalnych jelit, a także świadomość społeczna, przekładają się na większą liczbę rozpoznań. Objawem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego jest biegunka z krwią – w przypadku tej choroby opóźnienia w rozpoznaniu nie są duże i raczej nie zdarzają się przypadki niedoszacowane. Z diagnozą choroby L-C jest trudniej. Zmiany zapalne dotyczą różnych odcinków jelita, najczęściej końcowego odcinka jelita cienkiego, do którego nie zawsze dociera się w kolonoskopii standardowej, a duża część zmian znajduje się w jelicie cienkim. Diagnostyka jest więc bardziej złożona, wymaga specyficznych metod: kapsułki endoskopowej, enteroskopii, enteroklasy tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego.

Z pierwszymi objawami pacjent najczęściej zgłasza się do lekarza rodzinnego.

Najważniejsze, aby lekarz rodzinny podejrzewał, że dolegliwości pacjenta mogą mieć związek z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. W chorobie L-C objawy są na tyle niespecyficzne, że czujność jest bardzo potrzebna. Podkreślam, że biegunki o niewyjaśnionej przyczynie, którym towarzyszą bóle brzucha, gorączka, chudnięcie, także powtarzające się biegunki u ludzi młodych, wymagają szczegółowej diagnostyki, z którą nie wolno czekać. Znakomitym markerem stanu zapalnego w jelitach jest kalprotektyna. Badanie jej poziomu jest proste, lecz na razie nie znajduje się w wykazie badań lekarza rodzinnego ani w pakiecie badań gastrologicznych i pacjent musi za nie płacić. Tymczasem w wielu przypadkach przyspieszyłoby diagnostykę i wykluczyło potrzebę wielu innych, kosztowniejszych badań, np. kolonoskopii. Propozycja wprowadzenia badania poziomu kalprotektyny jako badania standardowego znalazła się w projekcie modelu opieki koordynowanej nad pacjentem z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Nad projektem pracowało grono specjalistów z Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego oraz przedstawiciele Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjenta. Jesteśmy umówieni na rozmowy w MZ i mamy nadzieję na pozytywne przyjęcie naszych propozycji.

Jakie są założenia modelu opieki koordynowanej?

Ośrodek gastrologiczny, który przystąpi do programu, musi gwarantować pacjentowi tzw. szybką ścieżkę, określony standard terapeutyczny, specjalistyczną opiekę, a także infolinię. A zatem potrzebny jest lekarz gastrolog i wyszkolona pielęgniarka przygotowana do podawania leków biologicznych. Ważne jest także zapewnienie opieki interdyscyplinarnej. Np. w leczeniu biologicznym, przy przewlekłej immunosupresji, wskazane są konsultacje dermatologiczne. Prowadzimy m.in. program skryningowy zmian skórnych ze względu na rozwój czerniaka. Ośrodki powinny być interdyscyplinarne lub mieć zagwarantowany umową dostęp do pozostałych, wymaganych świadczeń. W klinice, którą kieruję, te założenia w dużej mierze już realizujemy, ale czekamy na rozwiązania systemowe. Chcemy doprowadzić do tego, aby ośrodki, które przystąpią do programu, dostały dodatkowe pieniądze na realizację projektu. Tak, jak jest na świecie.

Ilu pacjentów leczy się na pododdziale kliniki?

Codziennie ponad 20 osób. Najczęściej są to hospitalizacje jedno-, dwu-, trzydniowe, ale czasami zdarzają się pacjenci z komplikacjami, którzy przebywają w szpitalu kilka miesięcy. Liczba chorych w programie leczenia biologicznego waha się między 200 a 300, mamy też ponad 100 pacjentów leczonych w ramach badań klinicznych. To głównie ludzie młodzi, którzy po raz pierwszy stykają się z chorobą przewlekłą, potrzebują empatii. Częste pobyty w szpitalu sprawiają, że nasi pacjenci znajdują się, tworzą w mediach grupy



społecznościowe, znają też personel medyczny, do którego mają zaufanie.

Czy kryteria kwalifikacji pacjenta do leczenia biologicznego odpowiadają zapotrzebowaniu na ten rodzaj terapii?

Leczenie biologiczne dostępne jest tylko w ramach programu, a kryteria kwalifikacji sprawiają, że trafiają do niego jedynie najciężej chorzy. W Polsce leczenie biologiczne nie jest dostępne dla chorych steroidozależnych, steroidoopornych i w stanach przewlekłych. Doświadczenia innych krajów i nasze wskazują, że pacjenci w stanie średnio ciężkim również kwalifikują się do leczenia. Jest korzystne dla nich, ale przyczynia się też do obniżenia kosztów opieki zdrowotnej. Apelujemy do MZ, aby kryteria kwalifikacji były szersze. Program leczenia powinniśmy kończyć nie po roku albo po dwóch latach (takie są jego ramy czasowe), lecz wtedy, gdy nastąpi remisja choroby i osiągniemy oczekiwany efekt terapeutyczny. Skoro nie możemy leczyć przewlekle, bo społeczeństwa na to nie stać, kończmy leczenie, gdy nie ma zmian klinicznych i endoskopowych. Są potrzebne kryteria, ale rozsądne. Jakość życia jest niesłychanie ważna, ale też koszty społeczne. Z raportu na temat gastroenterologii, przygotowanego przez IZWOZ Uczelni Łazarskiego, wynika, że polski pacjent z nieswoistą chorobą zapalną jelit przebywa średnio 33 dni rocznie na zwolnieniu lekarskim. W przypadku chorujących

dzieci (25 proc. pacjentów) zwolnienia na opiekę biorą rodzice, a tych danych raport już nie uwzględnia. Studenci przerywają naukę, nie kończą studiów. Leczenie od początku choroby na pewno zmniejszyłoby jej koszty społeczne.

Czy pacjenci w Polsce mają zagwarantowaną terapię nowoczesnymi preparatami?

Na pewno sytuacja poprawia się, ale potrzeby są ogromne. Dostępna jest bezpieczna steroidoterapia chorych w stanach lekkich i średnio ciężkich, z której korzysta spora grupa pacjentów. Na rynku są nowe leki, które stosujemy w leczeniu. Wykorzystujemy również preparaty, które podajemy tylko w ramach badań klinicznych.

Jakie są perspektywy rozwoju leczenia nieswoistych chorób zapalnych jelit?

Do zrobienia jest bardzo dużo, od organizacji ośrodków koordynowanego leczenia po szukanie nowych, skuteczniejszych metod terapeutycznych. Trzeba podkreślić, że poza wirusowymi zapaleniami wątroby właśnie nieswoiste choroby zapalne jelit są w gastroenterologii obszarem, w którym prowadzi się najwięcej badań klinicznych. Wynika to m.in. ze wzrostu liczby zachorowań i specyfiki schorzenia. Każdy rok przynosi nowe możliwości leczenia. Niemniej jednak wciąż jesteśmy na etapie, na którym chcemy zatrzymać stan zapalny, a nie dojść do źródła choroby. ■



**UCHWAŁA NR 36/R-VII/17
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 26 MAJA 2017 R.**

*w sprawie przyznania diet samorządowych
członkom organów
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
oraz innym członkom
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie*

Działając na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, t.j. ze zm.), w związku z uchwałą nr 13/Z/VII/2017 XXXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza z 1 kwietnia 2017 r. w sprawie uchylecia uchwały nr 6/Z/IV/02 XIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 7 kwietnia 2002 r. w sprawie przyznania diet samorządowych członkom organów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (t.j. wprowadzony obwieszczeniem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 13 kwietnia 2011 r., zm. uchwałą nr 9/Z/VII/14 XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 5 kwietnia 2014 r.) – uchwała się, co następuje:

§1

Uchwała określa wysokość diet samorządowych oraz zasady i warunki wypłacania ich członkom Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcom oraz innym członkom Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§2

Ustala się następujące zasady otrzymywania i wysokość diety samorządowej dla członka organu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:

- 1) Członek Okręgowej Rady Lekarskiej otrzymuje dietę samorządową:
 - a) za udział w posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych) za każdy dzień posiedzenia,
 - b) za udział w posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych), jeżeli jest członkiem Prezydium;
- 2) Członek Okręgowej Komisji Rewizyjnej otrzymuje dietę samorządową:
 - a) za udział w posiedzeniu Okręgowej Komisji Rewizyjnej w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych),
 - b) za udział w pracach zespołu przeprowadzającego kontrolę w wysokości 150 zł (słownie: sto pięćdziesiąt złotych);
- 3) Członek Okręgowego Sądu Lekarskiego otrzymuje dietę samorządową:
 - a) za udział w plenarnym posiedzeniu Okręgowego Sądu Lekarskiego w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych),
 - b) za udział w rozprawie prowadzonej przez Okręgowy Sąd Lekarski, jako członek zespołu orzekającego, w wysokości 200 zł (słownie: dwieście złotych),
 - c) przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego za udział w rozprawie prowadzonej przez Okręgowy Sąd Lekarski, jako

obserwator w ramach nadzoru, w wysokości 200 zł (słownie: dwieście złotych),

d) za rozpatrzenie odwołania od postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w wysokości 200 zł (słownie: dwieście złotych);

4) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz jego zastępcy otrzymują dietę samorządową:

a) za udział w posiedzeniu zespołu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych),

b) za udział w rozprawie prowadzonej przez Okręgowy Sąd Lekarski w wysokości 200 zł (słownie: dwieście złotych),

c) z tytułu czynności związanych z rozpatrywaniem sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej członka Izby w wysokości 250 zł (słownie: dwieście pięćdziesiąt złotych).

§3

1. Podstawą wypłaty diety, o której mowa w §2 pkt. 1, jest „Lista członków Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz osób uczestniczących w posiedzeniu uprawnionych do otrzymywania diet samorządowych” zawierająca: datę posiedzenia, podpisy członków Okręgowej Rady Lekarskiej albo Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej uczestniczących w posiedzeniu oraz osób, o których mowa w §4, podpis przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej lub wiceprzewodniczącego prowadzącego posiedzenie, sekretarza oraz akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej.

2. Podstawą wypłaty diety, o której mowa w §2 pkt. 2, jest:

1) w ppkt. a) – „Lista członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej uprawnionych do otrzymywania diet samorządowych” zawierająca: datę posiedzenia, podpisy członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej uczestniczących w posiedzeniu i podpis przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej lub wiceprzewodniczącego, prowadzącego posiedzenie, sekretarza komisji oraz akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej,

2) w ppkt. b) – „Decyzja przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej o wypłacie diety samorządowej” zawierająca: numer uchwały Okręgowej Komisji Rewizyjnej, termin przeprowadzonej kontroli, przedmiot i zakres przeprowadzonej kontroli, w której uczestniczył członek komisji, oraz podpis przewodniczącego komisji i akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej.

3. Podstawą wypłaty diety, o której mowa w §2 pkt. 3 oraz 4 lit. b, jest:

1) w ppkt. a) – „Lista członków Okręgowego Sądu Lekarskiego uprawnionych do otrzymywania diet samorządowych” zawierająca: datę posiedzenia, podpisy członków sądu lub uczestniczących w posiedzeniu oraz podpis przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego lub wiceprzewodniczącego prowadzącego posiedzenie i akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej,

2) w ppkt. b) – „Decyzja przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego” zawierająca: miesięczny wykaz rozpraw Okręgowego Sądu Lekarskiego, termin rozprawy, nazwiska członków zespołu orzekającego oraz Okręgowego Rzecznika lub jego zastępcy uczestniczącego w rozprawie, numer sprawy, podpis przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego oraz akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej,

3) w ppkt. c) – „Wykaz spraw odbytych z udziałem przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego” zawierający miesięczny wykaz zakończonych orzeczeniem rozpraw Okręgowego Sądu Lekarskiego, w których uczestniczył przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego, jako obserwator, obejmujący dane określone w pkt. 2, podpis wiceprzewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego oraz akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej,

4) w ppkt. d) – „Wykaz rozpatrzonych odwołań od postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” zawierający: miesięczny wykaz rozpatrzonych odwołań przez członków Okręgowego Sądu Lekarskiego, nazwiska członków sądu rozpatrujących odwołanie, termin rozpatrzenia odwołania, podpis przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego oraz akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej.

4. Podstawą wypłaty diety, o której mowa w §2 pkt. 4, jest:

1) w ppkt. a) – „Wykaz posiedzeń Zespołu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców” zawierający: datę posiedzenia, podpisy Okręgowego Rzecznika i jego zastępców uczestniczących w posiedzeniu, podpis Okręgowego Rzecznika lub pierwszego zastępcy prowadzącego posiedzenie oraz akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej,

2) w ppkt. c) – „Decyzja Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o wypłacie diet samorządowych dla zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” zawierająca: miesięczny wykaz skarg zakończonych odmową wszczęcia postępowania, umorzeniem postępowania bądź skierowaniem sprawy do sądu, nazwisko rzecznika lub zastępcy rzecznika prowadzącego postępowanie w danej sprawie, podpis Okręgowego Rzecznika oraz jego pierwszego zastępcy i akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej.

§4

Do otrzymywania diet samorządowych, o których mowa w §2 pkt. 1, są uprawnieni członkowie organów i inni członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie uczestniczący z głosem doradczym w posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej lub jej Prezydium, zgodnie z Regulaminem Organizacji i Trybu Działania Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§5

1. Do otrzymywania diet samorządowych są uprawnieni również członkowie komisji powoływanych przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie na podstawie przepisów określonych w art. 11 ust. 1, art. 12 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1989 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU z 2016 r., poz. 522, j.t. ze zm.).

2. Z tytułu czynności wykonywanych przez członków komisji, o których mowa w ust. 1, dieta samorządowa wynosi 300 zł (słownie: trzysta złotych).

3. Podstawą wypłaty diety, o której mowa w ust. 2, jest lista członków komisji zawierająca: datę posiedzenia, podpisy członków komisji oraz jej przewodniczącego i akceptację skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§6

1. Do otrzymywania diet samorządowych są uprawnieni również członkowie Komisji Skrutacyjnej rejonu wyborczego powoływanej przez Okręgową Komisję Wyborczą.

2. Za każde przeprowadzenie głosowania w rejonie wyborczym członkom Komisji Skrutacyjnej rejonu wyborczego przysługuje dieta samorządowa w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych).

3. Podstawą wypłaty diety, o której mowa w ust. 2, jest lista członków komisji zawierająca datę głosowania i podpisy członków komisji na liście obecności w dniu głosowania w rejonie wyborczym.

4. Środki finansowe, o których mowa w §6 ust. 2, wyasygnowane zostaną ze środków przeznaczonych na działalność Okręgowej Komisji Wyborczej.

§7

Do otrzymywania diet samorządowych, o których mowa w §2, nie są uprawnieni członkowie organów Okręgowej Izby Lekarskiej zatrudnieni w Okręgowej Izbie Lekarskiej na podstawie umowy o pracę lub otrzymujący ryczałt z tytułu pełnionej funkcji.

§8

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 kwietnia 2017 r.

UCHWAŁA NR 37/R-VII/17 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 26 MAJA 2017 R.

w sprawie utworzenia Koła Samorządu Lekarskiego przy Delegaturze Radomskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, j.t. ze zm.) i §31 ust. 1 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/VII/14 XXXIV OZL OIL w Warszawie z 5 kwietnia 2014 r., zm. uchwałą nr 9/Z/VII/16 XXXVI OZL OIL w Warszawie z 9 kwietnia 2016 r., na wniosek lekarzy dentystów z Delegatury Radomskiej dotyczący utworzenia Koła Samorządu Lekarskiego przy Delegaturze Radomskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie na wniosek lekarzy dentystów z Delegatury Radomskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie tworzy Koło Samorządu Lekarskiego przy Delegaturze Radomskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

2. Lista lekarzy dentystów wchodzących w skład Koła Samorządu Lekarskiego stanowi załącznik do niniejszej uchwały. (BIP – na stronie internetowej Izby)

3. Zadania koła określa §31 ust. 4–6 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 38/R-VII/17 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 26 MAJA 2017 R.

w sprawie ustalenia liczby mandatów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie kadencji 2018–2022

Na podstawie §13 ust. 1 pkt. 3, w związku z §13 ust. 13 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stano-

wiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r.), na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

Ustala się liczbę mandatów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2018–2022 w liczbie **400**, w tym dla lekarzy w liczbie **309** i dla lekarzy dentyistów w liczbie **91**.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 43/R-VII/17 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 30 CZERWCA 2017 R.

*w sprawie upoważnienia osób
do przeprowadzenia czynności kontrolnych
organizatorów kształcenia podyplomowego
lekarzy i lekarzy dentyistów
wpisanych do rejestru podmiotów
prowadzących kształcenie podyplomowe
lekarzy i lekarzy dentyistów,
prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską
w Warszawie, i przyjęcia regulaminu
określającego tryb i zakres kontroli
organizatorów kształcenia podyplomowego
lekarzy i lekarzy dentyistów*

Na podstawie art. 25 pkt. 10, w związku z art. 5 pkt. 7 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, t.j. ze zm.), oraz art. 19e ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (DzU z 2017 r., poz. 125, t.j. ze zm.) – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie upoważnia pracowników Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyistów przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie:

- Krzysztofa Dziubińskiego,
- Agnieszkę Bromirską-Mikę,
- Annę Dondzbach,
- Agnieszkę Mikę,
- Dorotę Neryng,
- Monikę Skolimowską

do kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów, wpisanych do rejestru podmio-

tów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów, prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

§2

1. Przyjmuje się regulamin określający tryb i zakres kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów, wpisanych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów, prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Tracą moc uchwały:

- 1) uchwała nr 1265/R-IV/02 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 lipca 2003 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu postępowania w sprawach wydawania zgody przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie na prowadzenie szkolenia podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa, a w szczególności w ramach zorganizowanych form kształcenia ustawicznego, oraz prowadzenia rejestru udzielonych zgód,
- 2) uchwała nr 7348/R-IV/04 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 września 2004 r. w sprawie sposobu i zakresu wykonywania czynności kontrolnych dotyczących kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów, na które zgodę wydało Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
- 3) uchwała nr 618/R-IV/05 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 20 maja 2005 r. w sprawie upoważnienia osób – pracowników administracyjnych Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyistów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, do przeprowadzenia kontroli szkoleń podmiotów wpisanych do rejestru podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy,
- 4) uchwała nr 135/R-V/07 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 23 marca 2007 r. w sprawie ustalenia listy osób upoważnionych do przeprowadzania kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów (zm. uchwałą nr 365/R-V/08 z 13 czerwca 2008 r.),
- 5) uchwała nr 149/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 15 lutego 2008 r. w sprawie upoważnienia osób do przeprowadzania czynności kontrolnych organizatorów kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów, wpisanych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów, prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie (zm. uchwałą nr 34/R-VI/11 z 10 czerwca 2011 r.).

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

POSZUKIWANI LEKARZE SĄDOWI

Sąd Okręgowy w Siedlcach, Sąd Okręgowy w Radomiu, Sąd Okręgowy w Warszawie, Sąd Okręgowy Warszawa-Praga, Sąd Okręgowy w Ostrołęce oraz Sąd Okręgowy w Płocku poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego. Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego proszeni są o nadsyłanie 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 zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl.



ZARZĄDZANIE RYZYKIEM MEDYCZNYM

Medyczne towarzystwa naukowe: Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej i Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, organizują wspólnie z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym studia podyplomowe „Bezpieczeństwo i zarządzanie ryzykiem działalności leczniczej” i jako pierwsze w Polsce realizują ideę poprawy jakości opieki zdrowotnej.

Jakość i bezpieczeństwo procesu diagnostyczno-terapeutycznego to zagadnienie znaczące dla prawidłowego funkcjonowania podmiotów leczniczych. Zdarzenia niepożądane, związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, stanowią poważne obciążenie i dla pacjentów, i dla lekarzy.

W krajach Ameryki Północnej i Europy Zachodniej powszechnie wdrażane są programy zarządzania jakością i redukcji ryzyka medycznego, uwzględniające lokalne uwarunkowania, możliwości finansowe i organizacyjne oraz najnowsze zdobycze nauki i techniki.

W Polsce problematyka ekspozycji na ryzyko medyczne i sposobów jego minimalizowania jest stosunkowo nowa. Zmiany zachodzące w podejściu do tego zjawiska są wynikiem zwiększenia wiedzy społeczeństwa i jego postaw roszczeniowych, często podsycanych przez kancelarie prawne udzielające pomocy poszkodowanym. Oczekiwania dotyczące skuteczności i jakości opieki medycznej są często wygórowane i nieadekwatne do możliwości systemu ochrony zdrowia, natomiast personel placówek medycznych nie zawsze przywiązuje wystarczającą wagę do zapewnienia pacjentom odpowiedniej jakości usług medycznych i do staranności prowadzenia dokumentacji medycznej. Ryzyka medycznego nie można całkowicie wyeliminować, ale można je znacznie zredukować przez odpowiednie postępowanie.

– Wychodząc naprzeciw potrzebom polskiego rynku medycznego i zmianom legislacyjnym w tym zakresie (Ministerstwo Zdrowia pracuje nad nową ustawą o jakości w medycynie), Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa i Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej nawiązały współpracę z Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM w celu utworzenia nowego kierunku studiów podyplomowych, na którym kształcić się będzie specjalistów w zakresie zarządzania ryzykiem medycznym w podmiotach leczniczych – mówi dr Piotr Daniluk, prezes PTMU.

– Osoby podejmujące te studia uzyskają praktyczne umiejętności oraz interdyscyplinarną wiedzę z zakresu zarządzania jakością i bezpieczeństwem procesów w ochronie zdrowia – dodaje dr Paweł Grzesiowski, przewodniczący SHL. – W programie zawarto elementy prawa medycznego, wiedzę o organizacji działalności leczniczej i zarządzaniu nią oraz o strategii zarządzania ryzykiem w medycynie. Studenci poznają systemy akredytacji, procedury walidacji, kontroli wewnętrznej, analizy działalności leczniczej. Uzyskają umiejętność oceny ryzyka podmiotów leczniczych, a także zarządzania programami jakości i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia.

Wykłady i seminaria poprowadzą specjaliści polskiego i światowego rynku medycznoubezpieczeniowego. Absolwenci studiów uzyskają dyplom specjalisty w zakresie zarządzania ryzykiem medycznym wydany przez Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Więcej informacji na stronie:

<http://www.ckp.wum.edu.pl/studia-podyplomowe/bezpiecze%C5%84stwo-i-zarz%C4%85dzanie-ryzykiem-dzia%C5%82alno%C5%9Bci-leczniczej>

mkr

„Uzdrowiciele” w ciągłym natarciu

Ewa Szarkowska

Reportaż o śmierci 12-letniego chłopca chorego na ostrą białaczkę limfoblastyczną, wyemitowany w czasie wakacji przez jedną ze stacji telewizyjnych, poruszył wiele osób.

W ocenie onkologów nastolatek miał 90 proc. szans na wyleczenie. Jednak zmarł, bo jego rodzice zdecydowali o przerwaniu chemioterapii na rzecz amigdaliny, zwanej także witaminą B17, podawanej w ośrodku medycyny niekonwencjonalnej prowadzonym przez przedsiębiorcę, z zawodu inżyniera mechanika. Szpital trzy razy zabiegał, aby sąd wydał postanowienie, które umożliwi powrót chłopca pod opiekę onkologów. Bezskutecznie. Jeszcze bardziej szokuje informacja, że z ośrodkiem oferującym „leczenie” witaminą B17 współpracował znany lokalnie kardiolog.

Niestety, zgodnie z obowiązującymi przepisami uzdrowicielem w Polsce może być praktycznie każdy. Wystarczy, że zarejestruje działalność gospodarczą z kodem PKD 86.90.D Działalność paramedyczna. Podklasa ta obejmuje działalność paramedyczną, prowadzoną w takich dziedzinach jak: urydologia, homeopatia, akupunktura, akupresura itp. Działalność paramedyczna może być prowadzona w placówkach medycznych: przychodniach ogólnych, specjalistycznych placówkach medycznych innych niż szpitale, prywatnych gabinetach, oraz w domu pacjenta, ale także w obiektach zapewniających zakwaterowanie, ale innych niż szpitale. Ponieważ zakres tej działalności nie jest ograniczony, nie ma prawnych przeszkód, by legalnie oferować ciężko chorym ludziom „cudownie uzdrawiające” terapie.

OPINIE

Potrzebna pilna analiza uregulowań

Marek Michalak, rzecznik praw dziecka

Celem systemu zawsze powinno być zapewnienie bezpieczeństwa i udzielenie pomocy każdemu dziecku znajdującemu się w stanie zagrożenia zdrowotnego. Przykład pokazuje, że konieczna jest pilna analiza uregulowań dotyczących działalności osób, których postępowanie może szkodzić dziecku. Podkreślić trzeba, że wszelkie działania mające na celu zapewnienie dziecku bezpieczeństwa zdrowotnego muszą być podejmowane natychmiast i z najwyższą starannością.

Ludzie wyedukowani nie robią takich błędów



Prof. Alicja Chybicka, pediatra i onkolog, kierownik Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej UM we Wrocławiu

Zgodnie z prawem, które obecnie obowiązuje w Polsce, dziecko nie jest własnością rodzica i rodzic nie ma prawa skazywać go na śmierć. Rzeczywiście opiekunowie prawni mają prawo zabrać dziecko

do domu na własne żądanie i my, przedstawiciele szpitala, takiej decyzji nie możemy zablokować. Jeśli jednak istnieje prawdopodobieństwo popełnienia przestępstwa polegającego na sprowadzeniu zagrożenia dla zdrowia i życia dziecka, mamy obowiązek zgłosić to do prokuratury i wywiązujemy się z niego natychmiast.

Jeśli chłopiec, mimo iż miał 90 proc. szans na wyleczenie z ostrej białaczki limfoblastycznej, zmarł, bo decyzją rodziców był leczony pseudowitaminą B17, która nie tylko nie leczy, ale wyrządza szkody, to po prostu skandal. Nie potrafię skomentować decyzji sądu, który nie przychylił się do opinii onkologów, że dziecko powinno wrócić do szpitala na ratującą mu życie chemioterapię. We Wrocławiu mamy znakomity sąd rodzinny i jeśli coś takiego się dzieje, bez zbędnej zwłoki orzeka pozbawienie praw rodzicielskich na czas leczenia, np. koniecznej transfuzji krwi w przypadku świadków Jehowy. Jeśli rodzice odmawiają leczenia i w efekcie dziecku grozi odejście z tego świata, sądy wrocławskie przychylają się do wniosku szpitala. Zatem mechanizmy chroniące dobro dziecka w obecnym systemie istnieją, ale jak zwykle wszystko zależy od człowieka.

W mojej długoletniej pracy lekarza pediatry i onkologa widziałam wiele rzeczy. Rodzice poili dzieci nieoczyszczoną naftą, dawali do jedzenia krzemionkę, jeździli do różnych uzdrowicieli „leczących” ziołami, różdżką, dotykiem itp. I zawsze to działa na zasadzie jedna pani drugiej pani, a sąsiadka powiedziała, żeby przez lewe ramie trzy razy splunąć i to będzie lepsze niż leczenie w klinice, bo to chemia, bo włosy wypadną itd.

Zdecydowana większość rodziców moich małych pacjentów to mądrzy ludzie, którzy śledzą doniesienia o nowych terapiach, ale utrzymują stały kontakt z lekarzami i leczą dzieci wręcz wzorowo. Są jednak również inni rodzice, tacy jak rodzice półrocznego niemowlęcia, które w 2014 r. umarło z głodu z powodu stosowania pseudoterapii dietą. Najgorsze, że rodzice decydują się na niekonwencjonalne metody leczenia w głębokim przekonaniu, że robią to dla dobra dziecka. Ich motywacja zawsze jest pozytywna, tyle że żadne racjonalne argumenty lekarzy do nich nie przemawiają. Jeśli jednak położymy większy nacisk na edukację dzieci na lekcjach biologii, to dorosłe społeczeństwo będzie w tej materii o wiele mądrzejsze. Ludzie wyedukowani takich błędów nie robią.



Pacjent onkologiczny to łatwy łup

Prof. Jacek Jassem,
onkolog,
kierownik Katedry i Kliniki
Onkologii i Radioterapii,
Gdański Uniwersytet
Medyczny

Amerkański Narodowy Instytut Raka rzetelnie przebadał amigdalinę na dużej grupie pacjentów. Wyniki były całkowicie negatywne. U oko-

ło 90 proc. chorych podczas leczenia obserwowano pogorszenie, a u kilku wystąpiły ciężkie objawy toksyczne. Amigdalina nie została zarejestrowana do użycia przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA), a mimo to żyje nadal swoim życiem.

Chory na raka zrobi wszystko, żeby się ratować, dlatego stanowi łatwy łup dla tzw. uzdrowicieli. W tej chwili zwalczam dwie, ostatnio modne w Polsce „cudowne” metody leczenia nowotworu: stosowanie wysokich dawek witaminy C oraz tzw. hipertermię ogólnoustrojową, czyli podgrzewanie o kilka stopni ciała chorego. Za cykl kilku takich zabiegów trzeba zapłacić kilkanaście tysięcy złotych, choć są całkowicie bezużyteczne lub wręcz szkodliwe. Na te „alternatywne” terapie chorzy i ich bliscy często wydają ostatnie pieniądze, a nawet zapożyczają się. Ponieważ owe metody nigdy nie przynoszą efektu, wielu chorych bezpowrotnie traci szansę na skuteczne leczenie.

W swojej działalności zawodowej wielokrotnie spotkałem się z pacjentami, którzy oddali się w ręce „uzdrowicieli”. Większość z nich czuje żal i rozpacz, niektórzy gniew. Niestety, w Polsce wciąż nie ma sposobu, żeby zlikwidować proceder, za którym kryje się zwykła ignorancja, nawiedzenie, a najczęściej cyniczna chęć zysku. Najbardziej oburza mnie jednak to, że w tej działalności biorą udział lekarze. Warto zajrzeć np. na strony internetowe ośrodków „hipertermii ogólnoustrojowej”, aby znaleźć tę listę hańby. Nie potrafię zrozumieć, że dla pieniędzy można aż tak bardzo spieniewierzyć się swojej misji. ■

SPECJALISTYCZNE SZKOLENIA DLA LEKARZY

RADIOLOGIA JAKO STANDARDOWA PROCEDURA W DOKUMENTOWANIU ŚWIADCZONYCH USŁUG W STOMATOLOGII - WARSZAWA

Termin: 14.10.2017

Prowadząca: lek. dent. Ewa Jańczak-Biegańska
Cena: 430 zł

Zagadnienia poruszane podczas kursu:

- Stany patologiczne w stomatologii w obrazie radiologicznym
- Wymogi prawne opisów zdjęć: RTG punktowe, OPG, Cefalo, TK
- Metody wykonywania badań radiologicznych

OSTATNIE MIEJSCA!

iDF INTERNATIONAL
DENTAL FAIR



SZKOLENIE Z OBRÓBKĄ ZDJĘĆ DENTYSTYCZNYCH I MEDYCZNYCH - WARSZAWA

Termin: 03.11.2017

Prowadzący: mgr inż. Marek Niedźwiedzki
Cena: 360 zł

DOKUMENTOWANIE PROCESÓW STERYLIZACJI W WERSJI ELEKTRONICZNEJ, JAKO OCHRONA PRZED ROSZCZENIAMI PACJENTÓW

Termin: 25.11.2017 Warszawa; 02.12.2017 Kraków

Prowadząca: lek. dent. Ewa Jańczak-Biegańska
Cena: 360 zł

Zagadnienia poruszane podczas kursu:

- Rynek roszczeń w sprawach o błąd medyczny z tytułu zakażeń
- Błędy w prowadzeniu dokumentacji med. z tytułu nieznamoścności ustaw
- Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych
- Ustawa w sprawie zakresu sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej

OSTATNIE MIEJSCA!

Zaufaj nam, mamy ponad 10-letnie doświadczenie na rynku szkoleniowym!

ZGŁOSZENIA: tel. (+48) 22 868 36 93, (+48) 506 097 598; e-mail: szkolenia@idf.net.pl
IDF Sp. z o.o.; ul. Dzika 15/13; 00-172 Warszawa

Pozostałe oferty i szczegółowe programy dostępne na stronie: www.idf.net.pl



Nie ma innej recepty niż edukacja pacjenta i jego rodziny

Fot. archiwum

Z dr n. med. Mariolą Kosowicz, psychoonkologiem i terapeutą,
kierownikiem Poradni Psychoonkologii Centrum Onkologii w Warszawie,
rozmawia Ewa Szarkowska.

Co powoduje, że niektórzy ludzie decydują się na niekonwencjonalną terapię?

Przez wiele lat obserwuję, jak chorzy poddają się różnym alternatywnym metodom leczenia i ciągle zastanawiam się, dlaczego jedni, choć są w trudnej sytuacji, odrzucają sugestie czy wręcz namowy rodziny lub znajomych, by skorzystać z tzw. niekonwencjonalnej terapii, a inni mówią w takiej sytuacji: TAK. I nie znajduję prostej odpowiedzi na to pytanie.

Każdy człowiek w kryzysie, który boi się o swoje życie, jest bardziej podatny na wpływy innych ludzi. W przypadku osoby z pewną konstrukcją psychiczną, osoby lękowej, chwiejnej i podporządkowanej, zjawisko to pogłębia się.

Jeśli dojdą do tego złe doświadczenia rodziny lub znajomych, którzy po obejrzeniu audycji w telewizji albo lekturze wpisów na forum internetowym zapamiętali tylko, że ktoś przeszedł chemioterapię i zmarł, szybciej podejmuje się irracjonalne decyzje. Dotyczy to nie tylko choroby nowotworowej. Pracuję z osobami cierpiącymi na SM, mającymi HIV, WZW typu C i w każdej z tych grup są osoby, które odstawiają konwencjonalne leczenie. Szczególnie często obserwuję to w przypadku chorych na SM. Jedni przyjmują lek, by nie pozwolić na dalszy rozwój choroby, i mają nadzieję, że medycyna w końcu odkryje lek skuteczniejszy, a inni zwracają się o pomoc do ludzi, którzy robią niestworzone rzeczy za ogromne pieniądze, okłamując tych chorych w sposób okrutny.

Ale w XXI w. takie rzeczy już nie powinny się wydarzać!

Pewnie będzie to zaskakujące, ale coraz rzadziej tak myślę. Rzeczywiście nam się wydaje, że w XXI w. wiele rzeczy powinno być zrozumiałych i oczywistych. To niestety może być błędne założenie. Jakiś czas temu byłam gościem audycji radiowej poświęconej profilaktyce raka szyjki macicy. Kilka pań zadzwoniło z prośbą o wyjaśnienie, co to jest ta szyjka, i o co właściwie chodzi z tą cytologią. W pierwszej chwili pomyślałam, że ktoś robi sobie żarty, bo jak można tego nie wiedzieć. Teraz wiem, że można. Jakiś czas potem jeździłam z kolegą urologiem po całej Polsce w ramach akcji edukacyjnej i mówiliśmy o nowotworach układu moczowego, m.in. o prostaty. I wszędzie widzieliśmy panów wystraszonych, a nawet zniesmaczonych. Zrozumieliśmy, że przeszacowaliśmy w swoich wyobrażeniach wiedzę słuchaczy, że nasze prezentacje muszą być inne, zredukowane do najprostszych informacji.

Może więc popełniamy błąd, że nie mówimy pacjentom pewnych rzeczy, bo zakładamy, że jeśli ktoś jest wykształconym człowiekiem, nie skorzysta z usług „uzdrowiciela”. Otóż, nieprawda. Kiedyś miałam pacjenta, którego do przerwania konwencjonalnego leczenia na rzecz tajemniczych ampułek namówili rodzice – lekarze. Byłam przy jego śmierci i widziałam dramat tego człowieka, kiedy prosił, żeby go już tym wszystkim nie męczyć. Po kilku latach odbył się proces mężczyzny, który go wtedy „leczył”. Byłam świadkiem w tej sprawie. Okazało się, że z usług tego pana korzystało więcej osób, i też zmarły.

Kim są ludzie, którzy potrafią zdobyć tak wielkie zaufanie?

Te osoby łatwo nawiązują kontakt, są dobrymi mówcami i bez trudu przekonują do swoich racji. To domorośli psychologowie, którzy świadomie stosują manipulację wobec chorego i jego rodziny, by osiągnąć zysk, i wiedzą co zrobić, żeby im uwierzono. Prawdziwy psycholog tego nie robi. Pamiętam pacjentkę, która poszła do „znachora”, ale była na tyle rozsądna, że całą rozmowę nagrała. I do dziś żałuję, że tej taśmy od niej nie wzięłam, bo to, co usłyszałam, było dramatycznym nadużyciem wobec osoby chorej, straszeniem, wpychaniem w poczucie winy: – *Pani tyle nabrała się tej chemii, że to już panią zabiło.* Kobieta była oburzona rozmową i stwierdziła: – *Gdybym nie była w pełni świadoma zaawansowania choroby, wróciłabym do domu i pomyślała, co ja sobie zrobiłam, sama siebie zabiłam.* Jej słowa huczą w mojej głowie do dziś. Nie przerwała konwencjonalnego leczenia. Zmarła, ale żyła trzy lata dłużej niż pierwotnie przewidywano.

Spotkałam się z matką dwojga małych dzieci, która odmówiła leczenia u nas i jeździła do mężczyzny, który otwierał jej „trzecie oko”. Przekonywał, że jak uwolni to oko, będzie zdrowa, a to, co robimy w szpitalu, robimy tylko dla firm farmaceutycznych i nikt się nie przejmuje losem pacjenta. Spotkałyśmy się, kiedy miała już bardzo poważne przerzuty. Naszą rozmowę rozpoczęła prośbą, żebym tylko na nią nie krzyczała. Była zła na siebie, że dała się tak strasznie oszukać.

Czy są symptomy, po których lekarz może domyślać się, że pacjent zrezygnuje z leczenia w szpitalu i uda się do znachora?

Nie można obarczać lekarzy obowiązkiem domyślania się i „wytapywania” takich osób. Istnieje jednak bardzo dobra forma edukacji pacjenta. Wystarczy zapewnić, że gdyby miał

pomysł skorzystania z jakichś witamin, ziół, huby w kieszeni, a już nie daj Boże porzucenia konwencjonalnego leczenia, żeby się nie obawiał o tym powiedzieć. Razem zastanowimy się, czy to ma sens. Oczywiście nie mamy gwarancji, że chory tak zrobi, ale to pozwala zbudować pewne porozumienie, od którego już tylko krok do zdobycia zaufania. Nie możemy nikogo straszyć ani pouczać z pozycji wszechwładzących. Lepiej życzliwie powiedzieć: – *Jestem nauczony złym doświadczeniem wielu pacjentów, którzy zrobili sobie ogromną krzywdę. Chciałbym, aby pan był bezpieczny, więc proszę nie korzystać z żadnych form terapii, które mogą zaburzyć nam proces leczenia.* Dobrze byłoby, żeby lekarz powiedział to na początku leczenia.

Ale lekarze na takie rozmowy chyba nie mają czasu.

Od 16 lat uczę lekarzy zasad komunikacji i wciąż słyszę taki argument, ale to nieprawda. Bardzo wielu lekarzy po jakimś czasie przyznaje, że rozmowa z pacjentem wcale nie zabiera dużo czasu. Te dwa, trzy zdania powinny stanowić stałą część dialogu z chorym, bo poinformowany pacjent, to bezpieczny pacjent. Poza tym te kilka słów zabezpiecza mnie na przyszłość. Gdyby się coś wydarzyło, mam poczucie, że uprzedziłam pacjenta o niebezpieczeństwie, że zrobiłam to, co powinnam była zrobić. To kwestia naszej postawy.

Takie rozmowy są trudne, a reakcją rodziny bywa różna.

Najbliżsi sprzedają mieszkania, samochody, zapożyczają się, by tylko uratować życie męża, żony, dziecka. Działają w dobrej wierze i dlatego rozmowy z rodziną chorego na temat szkód, jakie może przynieść leczenie niekonwencjonalne, są bardzo trudne. Jakiś czas temu była u mnie matka młodej dziewczyny, u której zdiagnozowano nieoperacyjny guz tkanek miękkich. W rozmowie wspomniała, że za chwilę jadą do pani doktor, która będzie ten nowotwór zganiała prądem. Poprosiłam, żeby porozmawiała o tym z lekarzem, bo takie działanie jest bardzo niebezpieczne i może nieświadomie zrobić dużą krzywdę swojemu dziecku. Akurat ta matka potem bardzo mi dziękowała. Są jednak rodziny, które się złością, a nawet oskarżają: – *Pani jest już w tej klice, pani nie stoi za pacjentem, tylko za swoimi kolegami.* Nigdy nie czuję się obrażona, bo wiem jak jest ciężko, kiedy się komuś zabierze nadzieję na uratowanie chorego.

Te rozmowy są trudne, ale musi nam przyświecać przede wszystkim dobro pacjenta. Nie ma innej recepty niż ta, by w momencie rozpoczęcia leczenia mówić choremu i jego rodzinie o wszystkich aspektach terapii. Nasz język powinien być dostosowany do możliwości intelektualnych i emocjonalnych rozmówców, bo – jak mawiał prof. Jerzy Vetulani – nie wszyscy mają możliwość szybkiego kojarzenia faktów czy też przyjmowania dużej ilości informacji. Szczególnie, kiedy człowiek znajduje się w kryzysie. Ale nie wartościujemy z powodu braku wiedzy, tylko mówmy: – *Gdybym powiedział coś, czego pani nie rozumie, proszę pytać, dla mnie nie jest problemem odpowiedzieć.* To jest bardzo dobrze odbierane.

Natomiast takie sytuacje nigdy nie będą dla nas komfortowe. Po prostu trzeba przyjąć, że rozmowa na temat przerwania leczenia przyczynowego czy przekazanie złej wiadomości związanej z chorobą, tak jak rozmowa w życiu osobistym na trudny temat, nigdy nie będą łatwe. Nie oczekujmy, że nasi pacjenci i ich rodziny muszą spełniać nasze standardy postępowania, że nasze dobre intencje zawsze zostaną odebrane pozytywnie. Rodzina ma prawo bać się, że ich najbliższy umrze, a jak człowiek tak strasznie się boi, może popełnić błąd. ■



Co należy wiedzieć o połączeniach tramadolu z lekami z I stopnia drabiny analgetycznej

Tramadol z paracetamolem

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

Kojarzenie leków w farmakoterapii bólu pozwala na poszerzenie spektrum ich oddziaływania, uzupełnienie efektu farmakodynamicznego i ograniczenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych dzięki możliwości zmniejszenia dawki. W praktyce klinicznej kojarzymy NLPZ z metamizolem i paracetamolem oraz analgetyki opioidowe z lekami z I stopnia drabiny analgetycznej (NLPZ, paracetamolem, metamizolem) oraz koanalgetykami. Można również (w wybranych przypadkach klinicznych) kojarzyć ze sobą silne opioidy, aby uzyskać synergizm działania (z wyjątkiem nalbufiny, która jest agonistą receptora kappa, ale antagonistą receptora mi). Nie uzyskamy natomiast synergizmu działania analgetycznego, łącząc dwa NLPZ oraz słaby opioid z opioidem silnym.

Na polskim rynku są dwa leki stanowiące połączenie (w jednej tablecie) tramadolu z lekami z I stopnia drabiny analgetycznej, które wykazują synergizm superaddycyjny. Pierwszy to połączenie tramadolu z deksketoprofenem, drugi – tramadolu z paracetamolem.

Paracetamol z tramadolem

Podczas stosowania połączenia paracetamolu z tramadolem mamy do czynienia z bardzo korzystnym zjawiskiem, tzw. synergizmem superaddycyjnym. Doustnie podany lek szybko zaczyna działać dzięki temu, że wchłanianie paracetamolu jest szybkie (jego Cmax wynosi około 30 minut). Efekt przeciwbólowy wzmacniany jest następnie przez tramadol. Tramadol początkowo aktywuje zstępujące szlaki kontroli bólu (serotoninergericzny i noradrenergiczny – działanie formy pierwotnej leku), a następnie w metabolizmie wątrobowym, w którym przy udziale CYP2D6 powstaje aktywny metabolit O-dezmetylotramadol (wielokrotnie wyższe powinowactwo z receptorem opioidowym niż formy pierwotnej), aktywuje się jego mechanizm opioidowy ośrodkowy. Tramadol gwarantuje w tym połączeniu długi czas działania preparatu (6 godzin). **Łączne zastosowanie obu leków zapewnia silniejszy efekt przeciwbólowy niż daje każdy z nich osobno, redukcję dawek i działań niepożądanych.**

Paracetamol jest lekiem przeciwgorączkowym i przeciwbólowym (terapia bólu ostrego i przewlekłego do poziomu 5

w skali NRS). W Polsce jest stosowany od wczesnych lat 60. i należy do najczęściej sprzedawanych bez recepty leków przeciwbólowych (dobowa dawka maksymalna dla pacjenta dorosłego wynosi 4 gramy). Mechanizm jego działania nie jest do końca poznany, chociaż istnieją dosyć przekonujące dowody silnego działania ośrodkowego. Paracetamol prawdopodobnie jest inhibitorem części oksygenazowej cyklo-oksigenazy, co powoduje zahamowanie ośrodkowej produkcji probólowych prostanoidów. Ośrodkowe działanie paracetamolu wynika także z działania leku na zstępujący serotoninergericzny mechanizm kontroli bólu (wzrost stężenia serotoniny w strukturach OUN przez zwiększenie uwalniania, a nie w następstwie hamowania jej wychwytu zwrotnego). Paracetamol hamuje również hyperalgezę wywołaną przez pronocyceptywne neuroprzekazniki, takie jak substancja P i glutaminiany, oraz prawdopodobnie jest inhibitorem neuronalnej izoformy syntazy tlenu azotu. Działa również przez układ receptorów kanabinoidowych CB1.

Dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego w jelicie cienkim. Prawie całkowicie metabolizowany jest w wątrobie. Słabo wiąże się z albuminami osocza. Nie drażni śluzówki przewodu pokarmowego, nie powoduje ryzyka uszkodzenia nerek. Nie jest zalecany chorym z niewydolnością wątroby, nadużywającym alkoholu, stosującym karbamazepinę (ze względu na wzrost ryzyka uszkodzenia wątroby). Nie należy równocześnie stosować paracetamolu i warfaryny (wzrost ryzyka krwawienia – wzrost INR), paracetamolu i środków antykoncepcyjnych (środki antykoncepcyjne skracają okres półtrwania paracetamolu) oraz paracetamolu i flupirtyny/katadolonu (wzrost ryzyka uszkodzenia wątroby). Paracetamol nie jest skuteczny w zwalczaniu bólu trzewnego, neuropatycznego i zapalnego, sprawdza się natomiast w leczeniu bólu ostrego pooperacyjnego i pourazowego, bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej oraz bólu somatycznego w narządzie ruchu o podłożu mechanicznym.

Tramadol jest racemiczną mieszaniną dwóch enancjomerów. Enancjomery (-) oraz (+) wykazują działanie w obrębie układu monoamin, natomiast działanie na receptory opioidowe wykazuje jedynie enancjomer (+), O-dezmetylotramadol. Tym samym relatywne działanie przeciwbólowe tramadolu może się zmieniać w czasie. Cząsteczka macierzysta może się zmniejszać, a mechanizm opioidowy – nasilać się. Po podaniu doustnym lek wchłania się w >90 proc., średnia biodostępność wynosi 70 proc. i jest niezależna od posiłku. Lek wiąże się z białkami krwi w 20 proc. Okres półtrwania wynosi około 6 godzin, niezależnie od drogi podania. Krzywa zależności dawka/efekt w przedziale dawek terapeutycznych ma przebieg liniowy.

Okolo 85 proc. wchłoniętego leku jest metabolizowane w wątrobie. Tramadol metabolizowany jest w procesie w pro-

cesie N- i O-demetylacji oraz sprzęgania produktów O-demetylacji z kwasem glukuronowym. Wydala się go z moczem (90 proc.) i kałem (10 proc.). U pacjentów z niewydolnością nerek i wątroby okres półtrwania tramadolu może nieco się wydłużyć.

Tramadol stosuje się w bólu ostrym i przewlekłym o natężeniu od umiarkowanego do silnego (ze względu na mechanizm działania również w bólu neuropatycznym). Dawkowanie leku powinno być dostosowane do nasilenia dolegliwości bólowych pacjenta i do jego osobniczej wrażliwości. Preparaty krótko działające (kapsułki, krople) stosuje się doustnie w dawce 50–100 mg, co 6 godzin, natomiast preparaty o kontrolowanym uwalnianiu w dawce 50–200 mg, co 12 godzin. Całkowita dobową dawkę nie powinna przekraczać 400 mg, w wyjątkowych sytuacjach – 600 mg.

Lek może być podawany również drogą dożylną, domięśniową i podskórną w bólu ostrym pooperacyjnym, pourazowym (dawka tramadolu powinna być dostosowana do natężenia bólu i stopnia wydolności wątroby oraz nerek pacjenta). Objawy niepożądane mogą występować u około 10 proc. chorych. Są to: nudności i wymioty, zawroty i bóle głowy, senność, suchość w jamie ustnej, nadmierna potliwość i zaparcia. Częstość występowania zapać po tramadolu jest jednak znacznie niższa niż w przypadku innych opioidowych leków przeciwbólowych stosowanych w dawkach ekwianalgetycznych. Ostrożność należy zachować przy stosowaniu tramadolu u chorych uzależnionych od opioidów, po urazie głowy i we wstrząsie, w zaburzeniach świadomości nieznanego pochodzenia, zaburzeniach oddechowych i w przypadku podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Lek może obniżyć próg drgawkowy.

Tramadol cechuje bardzo niski potencjał wywoływania lekozależności i rozwoju tolerancji, natomiast u chorych z grupy ryzyka powinien być podawany krótkotrwale i pod ścisłym nadzorem lekarza. W badaniach na zwierzętach nie obserwowano wpływu teratogennego. Lek przechodzi przez łożysko, nie badano jego wpływu u kobiet ciężarnych, zatem nie zaleca się przyjmowania go w czasie ciąży. Tramadol przenika do mleka, dlatego nie powinien być stosowany także w okresie karmienia. Jednorazowe podanie kobiecie karmiącej jest bez znaczenia klinicznego. Ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu serotoninowego nie zaleca się łączenia tramadolu z lekami działającymi w mechanizmie serotoninowym i z inhibitorami MAO. Ostrożność należy zachować w przypadku równoczesnego podawania z pochodnymi kumaryny, ze względu na ryzyko niekontrolowanego wzrostu INR oraz wystąpienia wybroczyn i krwawień.

Na rynku polskim są różne preparaty będące połączeniem tramadolu i paracetamolu w dawkach 37,5 mg/325 mg oraz 75 mg/650 mg (również w postaci rozpuszczalnej). Jedna tabletkę zawiera 37,5 mg lub 75 mg chlorowodoru tramadolu i 325 mg lub 650 mg paracetamolu. Dawkę preparatu należy ustalać indywidualnie dla każdego pacjenta. Trzeba stosować minimalną skuteczną dawkę zapewniającą efekt przeciwbólowy. Odstępy między dawkami powinny wynosić 6 godzin (4x37,5/324 mg do 4x75/650 mg).

Bardzo ciekawym i obiecującym lekiem jest nowy preparat łączący tramadol z paracetamolem, o przedłużonym uwalnianiu. Tabletki o przedłużonym uwalnianiu zapewniają szybki początek działania leku i jednocześnie

długi, 12-godzinny, czas działania. To możliwe dzięki opracowaniu tabletki dwuwarstwowej, w której jedna warstwa, o natychmiastowym uwalnianiu, zawiera paracetamol (szybki początek działania), natomiast druga, o przedłużonym uwalnianiu, zawiera zarówno paracetamol, jak i tramadol (długi czas działania i powolne uwalnianie).

W przypadku preparatu o powolnym uwalnianiu mamy do czynienia z niewielką fluktuacją stężenia leku w surowicy krwi (małe wahania), w wyniku czego osiągnąć jest optymalny i bardziej stabilny efekt przeciwbólowy. Równocześnie podczas stosowania formy o przedłużonym uwalnianiu istnieje mniejsze ryzyko działań niepożądanych indukowanych przez farmakodynamiczną charakterystykę leku. W badaniach wykazano, że w przypadku formy SR rzadziej pojawiają się nudności i wymioty oraz mniejsze jest prawdopodobieństwo wystąpienia bólu między kolejnymi dawkami (mniejsze ryzyko pojawienia się bólów przebijających). Lek o powolnym uwalnianiu stosuje się 2 razy na dobę, natomiast połączenia konwencjonalne należy stosować 4 razy na dobę. Dawkowanie 2 razy na dobę zapewnia choremu większą wygodę, lepszą kontrolę bólu i lepszą jakość snu. Do leczenia przewlekłego przeznaczona jest szczególnie postać leku o kontrolowanym uwalnianiu, natomiast do leczenia zaostrzeń – formy działające szybko. ■

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami.

Piśmiennictwo u autorki.



Move on. Hyundai i30 Nowej Generacji.

Jak powstaje ideał samochodu? Ponadczasowy design to tylko punkt wyjścia. Doskonałe prowadzenie zapewnia wyjątkowy komfort jazdy. Wygodny dostęp do multimedii, inteligentne systemy bezpieczeństwa oraz szeroka gama wydajnych, turbodoładowanych silników odpowiadają na potrzeby współczesnego trybu życia. To dlatego Hyundai i30 Nowej Generacji działa na wyobraźnię. Rzeczywistość nieustannie się zmienia, a wczorajsze myślenie o motoryzacji jest już nieaktualne. Wybierz nowy ideał samochodu – czas na Hundaia i30 Nowej Generacji.



Motorfest Anna Szadkowska
ul. F. Hynka 2A, 02-149 Warszawa - Okęcie.
tel. 22 868 22 56, www.motorfest.com.pl



5-letnia Gwarancja Bez Limitu Kilometrów Hyundai dotyczy jedynie tych samochodów Hyundai, które były sprzedane Klientowi kołocowemu przez Autoryzowanego Dealera Hyundai na warunkach opisanych w książce gwarancyjnej. Szczegóły opis programu gwarancyjnego, w tym wyłączeń gwarancji, dostępne są u Autoryzowanych Dealerów Hyundai. Średni poziom spalania paliwa w cyklu mieszanym dla zaprezentowanego modelu Hyundai i30 wynosi od 3,6 do 5,6 l/100km, średnie emisje CO₂ wynoszą od 95 do 130 g/km.

Rady kardiologa dla lekarzy dentyistów

Z dr. hab. n. med. **Maciejem Kostrubcem** z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Centrum Diagnostyki i Leczenia Żyłnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie o problemach leczenia stomatologicznego pacjentów z chorobami układu krążenia rozmawia Małgorzata Skarbek.

Czy lekarze dentyści powinni zwracać uwagę na ogólny stan zdrowia pacjenta?

Osoby z chorobami układu krążenia trafiają i będą trafiać do gabinetów stomatologicznych. Najczęstszymi problemami pacjentów, z jakimi spotykają się lekarze dentyści, są nadciśnienie tętnicze i cukrzyca. Stale rośnie też grupa osób, które mają wskazania do leczenia przeciwkrzepliwego i przeciwplateletowego. Są w ten sposób leczone z powodu udaru, migotania przedsionków, rzadziej w związku ze sztucznymi zastawkami oraz po przebyciu żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej.

Nadciśnienie tętnicze jest zjawiskiem rozpowszechnionym. Szacuje się, że cierpi na nie nawet 1/3 populacji, a u części osób pozostaje nierozpoznane. Warto zatem zawsze pytać pacjenta, czy leczy się na nadciśnienie. Stres związany z wizytą w gabinecie dentyści może powodować wzrost ciśnienia, a także powikłania sercowo-naczyniowe. W literaturze sporadycznie, ale jednak, pojawiają się opisy zawału mięśnia sercowego albo udaru spowodowanego wizytą u stomatologa. Dlatego zachęcam lekarzy dentyistów, aby pytali o tę kwestię. A jeżeli są jakiegokolwiek wątpliwości – by mierzyli ciśnienie. Zakup ciśnieniomierza to nieduży wydatek, a urządzenie może się przydać nie tylko pacjentom. Lekarz także od czasu do czasu powinien sobie zmierzyć ciśnienie.

Czy należy odstąpić od zabiegu, gdy pacjent ma bardzo wysokie ciśnienie tętnicze?

Jeżeli ciśnienie w spoczynku, przed zabiegiem, nie przekracza 160/100 mmHg, większość zabiegów pilnych albo małoinwazyjnych można wykonać bezpiecznie. Niewątpliwie należy odstąpić od zabiegu i skierować pacjenta na izbę przyjęć, jeśli ciśnienie przekracza 200/120 mmHg. U takiej osoby nie można wykonać żadnych zabiegów, nawet pilnych, najwyżej zaopatrzyć miejscowe krwawienie po jakimś urazie. Najlepiej jednak, by taki pacjent trafił szybko do szpitala, w którym są specjaliści chirurgii szczękowej. Wtedy będzie leczony zarówno internistycznie, jak i stomatologicznie. Planowe zabiegi, np. uzupełnienia, należy przesunąć na inny termin, bo w ten sposób unikniemy powikłań.

Do gabinetów stomatologicznych zgłaszają się też pacjenci leczeni przeciwkrzepliwymi i przeciwplateletowymi. Jak należy z nimi postępować?

Leki przeciwplatetowe pojedynczo stosowane, np. kwas acetylosalicylowy czy klopidogrel, raczej nie powodują dużego

krwawienia. Podwójne leczenie przeciwplatetowe, czyli stosowanie dwu leków przeciwplatetowych (kwas acetylosalicylowy, klopidogrel lub tikagrelor), które ma miejsce od 3 do 12 miesięcy po angioplastykach, może czasami powodować przedłużone krwawienie. Częściej jest to jednak krwawienie z przewodu pokarmowego niż okołozabiegowe, zwłaszcza przy drobnych zabiegach. Większość lekarzy internistów oraz chirurgów traktuje czynności stomatologiczne jak drobne zabiegi, związane z małym ryzykiem krwawienia. Utrata krwi, nawet jeżeli trwa nieco dłużej, jest minimalna. Niedokrwistość może wystąpić, gdy małe krwawienie trwa dni lub tygodnie, a nie minuty czy nawet godziny.

Oczywiście, przyjmowanie przez pacjenta dwóch leków takich jak kwas acetylosalicylowy i klopidogrel może dla lekarza dentyisty stanowić problem. Przy zabiegu ekstrakcji powinien zwrócić większą uwagę na zachowanie hemostazy, czasami założyć spongostan lub szwy, dodatkowy ucisk, dłużej przytrzymać pacjenta w gabinecie.

Dlatego zaraz po zebraniu wywiadu dotyczącego nadciśnienia tętniczego trzeba zadać pacjentowi drugie pytanie: czy nie przyjmuje leków przeciwplatetowych, czy nie miał w ostatnim czasie zabiegu na tętnicach wieńcowych. Jeżeli odpowie twierdząco, należy odpowiednio się przygotować i poświęcić mu więcej czasu niż innym.

A jak postępować z pacjentami zażywającymi leki przeciwkrzepliwymi?

Leki przeciwkrzepliwie (antykoagulanty), takie jak antagoniści witaminy K (np. acenokumarol, warfaryna) czy bezpośrednie inhibitory trombiny lub czynnika X, obniżają stężenie i aktywność czynników krzepnięcia, są stosowane w leczeniu choroby żyłno-zatorowej, w migotaniu przedsionków i u pacjentów ze sztucznymi zastawkami. Takim pacjentom nie można na dłużej odstawiać leków, najwyżej zmniejszyć dawkę albo jedną pominąć. Zaleca się wykonywanie drobnych zabiegów w tzw. dołku działania leków. Nie po ich przyjęciu, tylko tuż przed podaniem następnej dawki, kiedy stężenie leku jest najmniejsze.

Część pacjentów przyjmuje acenokumarol i warfarynę, które blokują produkcję czynników krzepnięcia, a ich działanie ujawnia się po kilku dniach. W tych przypadkach trzeba oznaczać wskaźnik INR i wykonywać zabiegi, gdy wynosi on pomiędzy 1,8 a 2. Na pewno nie należy przeprowadzać zabiegów, gdy osiąga wartość powyżej 2,5–3,0, bo może dojść do przedłużonego krwawienia. Zdarza się,



Fot. archiwum

Zwiększone ryzyko występuje zwłaszcza, gdy poziom cukru przekracza stężenie 200 mg/dl. Jeżeli pacjent ma glikemię powyżej 200 mg/dl, należy go traktować jak osobę ze zmniejszoną odpornością i zwiększonym ryzykiem infekcji. Z drugiej strony u pacjentów mających infekcję lub próchnicę zębów trudniej uzyskać kontrolę glikemii. Kardiolodzy, podobnie jak diabetolodzy, coraz częściej zwracają na to uwagę i zalecają pacjentom sanację zębów czy inne leczenie stomatologiczne, ponieważ dzięki temu zmniejsza się zapotrzebowanie na leki przeciwcukrzycowe. Nie istnieją specjalne zalecenia w zakresie profilaktyki antybiotykowej u diabetyków.

Jeszcze jedna uwaga: u pacjentów z cukrzycą bardzo często współistnieją choroby układu sercowo-naczyniowego: miażdżyca tętnic, choroba wieńcowa lub nadciśnienie tętnicze.

Jak należy postępować z chorym na hemofilię? To rzadka choroba, ale jednak się zdarza.

Tacy pacjenci zwykle pozostają pod opieką Instytutu Hematologii i leczeni są w specjalistycznych ośrodkach. Jeśli jednak trafi do nas chory na hemofilię, zawsze musimy go poprosić o dostarczenie zaleceń od lekarza prowadzącego. Pacjenci nie mają trudności z utrzymaniem takich wskazówek.

Zabieg najlepiej planować w czasie krótko po podaniu czynnika krzepnięcia. Wtedy jest mniejsze ryzyko krwawienia. Trzeba też zwrócić uwagę, czy chory regularnie przyjmuje dawkę preparatu krwi. Nie znam przypadku komplikacji z powodu hemofilii.

Czy są jeszcze inne choroby mogące utrudnić zabieg stomatologiczny?

Myślę, że warto jeszcze wspomnieć o chorobach nerek, które zwykle nie bolą, nasilają się z wiekiem, ale dotyczą osób z różnych grup wiekowych. Jeżeli pacjent ma nadciśnienie tętnicze, obrzęki, pojawia się niewytłumaczalne osłabienie, może cierpieć na chorobę nerek. Występuje u niego zwiększone ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych: udaru, zawału, wzrostu ciśnienia. O tej chorobie się często zapomina, a konieczna jest szczególna uwaga w przypadku leczenia cierpiących na nią osób. Podanie leków przeciwwzapalnych pogarsza funkcję nerek. Brak wiedzy na temat choroby nerek raczej nie spowoduje komplikacji w gabinecie stomatologicznym, bo rzadko podaje się kontrast lub leki wpływające na funkcję nerek, ale czujność lekarza dentysty może przyczynić się do wcześniejszego wykrycia tego schorzenia.

Podsumowując, jeżeli do stomatologa trafia pacjent w starszym wieku lub otyły, najpierw należy przeprowadzić wywiad, zapytać o przyjmowane leki. To nakierowuje naszą uwagę na ewentualne choroby. Dzięki temu zwiększamy bezpieczeństwo pacjenta i wykonywanej procedury. ■

że zabieg z różnych powodów trzeba przeprowadzić natychmiast, więc chirurdzy muszą operować również pacjentów z wysokim INR. Wtedy konieczne jest podjęcie dodatkowych czynności, np. podanie czynników krzepnięcia. Ale to przypadki sporadyczne, bardzo rzadko zdarzające się w stomatologii ambulatoryjnej.

Pacjenci leczeni przeciwkrzepliwie czasem także przyjmują dodatkowo niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwbólowe: ibuprofen, ketonal. Przyjmowane przewlekłe lub w dużej dawce, z powodu bólu, zwiększają ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego, ale też z jamy ustnej.

Specjalnej uwagi wymagają zapewne także pacjenci z cukrzycą.

Wszelkie rany u diabetyków goją się gorzej, częściej dochodzi u nich do przedłużonej infekcji. Czasami cierpią też na neuropatię, czyli zaburzenia czucia. Mogą nie zauważyć, że w jamie ustnej powstaje ropień. Nie gorączkują. Wymagają rozszerzonej diagnostyki, sprawdzenia, czy znaczna bolesność lub obrzęk nie jest efektem dużego ropnia. Dotyczy to zresztą nie tylko jamy ustnej, ale także innych części ciała.



Fot. archiwum

Kobieta w pewnym wieku i jej potrzeby

Krystyna Knypl

Należę do pokolenia określanego w języku polskim dość bezosobowym terminem „powojenny wyż demograficzny”, który to termin mniej mi się podoba niż amerykańskie „the baby boomers generation”. W okresie poprzedzającym moje ubiegłoroczne urodziny doznałam chemicznego urazu lewego oka i konieczna była wizyta u okulisty. Dolegliwość została szybko wyleczona, ale jedno zdanie wypowiedziane przez okulistę zainspirowało mnie do rozmyślań nad upływem czasu, a mniej eufemistycznie mówiąc – nad starzeniem się. Do tematu można podchodzić optymistycznie lub pesymistycznie. Wersja optymistyczna mojego wieku przedstawiona w postaci równania arytmetycznego wygląda tak: $WIEK = 2 \times 35 + 2$. Prawda, że formuła wygląda sympatycznie? Tymczasem formalna, tradycyjna odpowiedź, brzmiąca: „mam 72 lata”, może wpędzić niejedną posiadaczkę podobnego PESELU w depresję.

Ponieważ nie mam skłonności do zmarszczek i udało mi się zachować prawidłową sylwetkę, zwykle nowo poznani interlokutorzy dają mi mniej lat niż mam. – *Jak ty to robisz, że wyglądasz, jak wyglądasz?* – pytają. Zwykle odpowiadam: – *Dzieje się tak pewnie dlatego, że mam młodszego męża.* – *Aaa, wszystko jasne* – odpowiadają i uśmiechają się szeroko. Ostatnio dano mi 58 lat. Brzmi dobrze, ale czas płynie... Zastanawiając się nie tylko nad zmianami, jakie zaszły w medycynie, ale i w moim życiu, zauważyłam, że dla kobiety upływ czasu odmierzają nieparzyste dekady: 30, 50, 70... Jak to rozumiem?

Przewodnik po upływie czasu – tylko dla kobiet!

Każda nieparzysta dekada w życiu kobiety ma swoje charakterystyczne objawy:

30 plus: masz dodatni wynik testu ołówka. Jak się wykonuje ten test? Wkładasz ołówek pod biust i jeżeli pozostaje na miejscu, wynik testu jest dodatni.

50 plus: miesięczki śpiewają Ci: *goodbye, my love, goodbye.*

70 plus: osobisty okulista komunikuje Ci: *Krystyno, masz początki zaćmy...*

90 plus: napiszę Wam o tym za 18 lat na łamach „Pulsu”, obiecuję!

Podzieliłam się tymi spostrzeżeniami na portalu dla lekarzy www.sermo.com. To, co zaczęło się dziać po opublikowaniu tekstu, przeszło moje wszelkie oczekiwania! Jedna z amerykańskich koleżanek wyznała w prywatnej korespondencji: „*Wiesz, Krystyno, ja mam 62 lata, ale to jest tylko do Twojej wiadomości, bo w Ameryce nie jest modne być starą kobietą*”. Zawsze myślałam, że w Ameryce każdy jest dumny z każdej cechy lub okoliczności, a tu okazuje się, że starość jest *passé!*

Dyskusja stała się jeszcze ciekawsza, gdy pewien uczestnik zapytał: „*Krystyno, przepraszam, że pytam, ale ciekawi mnie, czy kobieta w pewnym wieku odczuwa JESZCZE seksualne pożądanie?*”.

Zaciekawionemu amerykańskiemu koledze odpisałam: „*Dlaczego piszesz JESZCZE w odniesieniu do seksu, a nie pytasz, czy kobieta w pewnym wieku JESZCZE oddycha? Seks jest taką samą funkcją życiową jak oddychanie, jedzenie, sen czy trawienie*”. Amerykańskie koleżanki zachwyciły się tą odpowiedzią i napisały: „*Błyskotliwa odpowiedź, niezwykle trafna, dziękujemy Ci!*”.

Tekst w ciągu pierwszych trzech dni zdobył pięć gwiazdek (na pięć możliwych), które są wyrazem uznania czytelników, oraz wywołał niezwykle ożywioną dyskusję.

Nieco zdyskredytowany ciekawski kolega skomentował: „*Pięć gwiazdek? To jest pięć miauknięć starej kocicy*”. Jednak szybko dowiedział się, że jest najpewniej posępnym mizoginem, czyli mężczyzną silnie uprzedzonym do kobiet. Jak to w Ameryce bywa, szybko przeprosił za swoje niezbyt zgrabnie zredagowane pytanie, ale zaciekawienie na forum pozostało.

Ciekawość tematu istnieje nie tylko na forum internetowym, a wyrazem tego jest choćby film „Dwoje do poprawki”, który warto obejrzeć w całości (np. w Internecie). Miłośnicy talentu Meryl Streep będą bardzo uradowani, oglądając film, ja dodatkowo z przyjemnością podziwiałam plenery Maine, w którym to stanie edukowałam się przed kilkunastu laty w języku angielskim, nadrabiając zaległości wynikające z mojego PESELU. Szkołę wybrałam ze względu na stosowaną tam metodę „deep immersion” oraz informację, że ich najstarszy uczeń był z pokolenia 70 plus. Można więc stwierdzić, że stan Maine jest przyjazny temu pokoleniu.

Seks starszych pań naukowo ujęty

Po obejrzeniu filmu „Dwoje do poprawki” można nabrać podejrzania, że kobieta w pewnym wieku JESZCZE ma potrzeby seksualne. Jednak czy lekarz może udzielać odpowiedzi na merytoryczne pytanie innemu koledze na podstawie filmu?

Obowiązuje nas „evidence based medicine”, a nie wiedza czerpana z komedii filmowych – powiedzą surowi wyznawcy obowiązku ciągłego szkolenia podyplomowego. Wszak nie taką edukację podyplomową zaliczą nam podczas wizyty w Ośrodku Doskonalenia Zawodowego naszej Izby! Sięgnijmy więc do poważnych źródeł naukowych, jakimi są bez wątplenia zasoby bazy Medline, które do tej pory przeglądałam głównie pod kątem różnorodnych aspektów

diagnostycznych czy terapeutycznych z internetu. Po wpisaniu do wyszukiwarki hasła „older women’s sexual desire”, czyli „pożądanie seksualne wśród starszych kobiet”, znajduję 286 doniesień naukowych. No cóż, naukowcy nie rozpieszczają swoim zainteresowaniem starszych pań. Może z mężczyznami jest lepiej – myślę sobie. Niestety, okazuje się, że też kiepsko – tylko 271 doniesień. O czym traktują raporty naukowców?

W doniesieniu „Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing” (Arch Sex. Behav. 2016, 133) D.M. Lee i wsp. przedstawili wyniki oceny ak-

blikowano pod koniec 2016 r. na łamach „The Journal of Ageing and Human Development” w artykule „Older Women in New Romantic Relationships: Understanding the Meaning and Importance of Sex in Later Life”. Zacytujmy fragment:

„Wbrew powszechnym wyobrażeniom żadna uczestniczka badania nie czuła, żeby starzenie negatywnie oddziaływało na jej seksualność. Wiele z nich doświadczało odnowionego pożądania seksualnego i radosnych doznań. Choć seks zajmuje inne miejsce niż w młodości, badane kobiety potwierdzają, że nadal jest ważny w ich związkach”.



Fot. licencja Artmedia Partners

tywności seksualnej 6201 osób w wieku od 50 do ponad 90 lat. Okazało się, że problemy z osiągnięciem pobudzenia seksualnego miało 32 proc. kobiet i 39 proc. mężczyzn. Starsze panie zniechęcały do seksu takie problemy jak suchość pochwy, dysfunkcja mięśni dna miednicy małej oraz depresja. U mężczyzn głównym problemem były zaburzenia erekcji.

Częstość okoliczności zniechęcających do seksu była nieco większa u mężczyzn, ale żadnego mężczyzny nikt nie pyta, czy ma JESZCZE potrzeby seksualne!

W innym badaniu W.K. Watson i wsp. przeprowadzili pogłębione wywiady z 14 kobietami w wieku od 64 do 77 lat na temat ich seksualności w ostatnim czasie. Wyniki opu-

Można by tu snuć długie i uczone wywody, ale ograniczę się do stwierdzenia, niewykluczone, że odkrywczego dla wielu panów: **kobieta to też człowiek, którego przy życiu utrzymuje zespół tych samych funkcji życiowych, jakie występują u mężczyzn.**

Liczba oddechów, częstość tętna, długość snu, efekty trawienia i wreszcie aktywność seksualna są osobniczo zmienne, ale składają się na komplet, który wszyscy mamy „na wyposażeniu”. Defekty zdarzają się u obu płci i niekoniecznie muszą być pochodną wieku. ■

PS Będę bardzo rada, jeśli Szanowne Koleżanki i Koledzy zechcą podzielić się swoimi przemyśleniami na ten temat, pisząc do mnie pod adresem: krystyna.knypl@gmail.com.



Pacjent, którego nigdy nie zapomnę

Jarosław Kosiaty

Oddział, przychodnia, dyżury... Szybko mijają kolejne dni, miesiące i lata naszej pracy. Upływ czasu uważają zwłaszcza pediatrzy. Badane „jeszcze nie tak dawno” na przewijaku maleństwo wkracza teraz dumnie do gabinetu, trzymając za rękę swoją drugą połowę i wręczając nam zaproszenie na ślub.

Towarzyszymy pacjentom przez istotną część ich życia. Jesteśmy z nimi w sytuacjach smutnych i radosnych. Bywa, że stajemy się jedynymi słuchaczami opowieści o życiowych perypetiach i powiernikami największych tajemnic. Staramy się wspierać w trudnych chwilach, w nierównych zmaganiach z chorobą i cierpieniem.

Początek nie jest jednak łatwy. Uzbrojeni w olbrzymi багаż wiedzy teoretycznej stajemy po zakończeniu studiów oko w oko z żywym, oczekującym naszej pomocy człowiekiem. Jakże przydatne stają się wtedy podpowiedzi starszych koleżanek i kolegów oraz rady i wskazówki nauczycieli z okresu studiów.

Pamiętam zajęcia w Klinice Ginekologii i Położnictwa przy pl. Starynkiewicza w Warszawie. Prof. Elżbieta Janczewska napominała nas, aby zawsze słuchać uważnie tego, co mówi pacjent. Niekiedy to właśnie on, a nie my – posiadający najnowszą wiedzę medyczną – może mieć rację. Zilustrowała to ciekawym przykładem.

✦ Do Kliniki Ginekologii i Położnictwa przyjęta została młoda, niewykształcona kobieta w drugiej ciąży. Istniało poważne ryzyko konfliktu serologicznego (ona Rh-, mąż Rh+). Jeden z asystentów długo i cierpliwie tłumaczył ciężarnej, na czym polega zagrożenie i jakich prewencyjnych działań wymaga. Kobieta jednak z uporem twierdziła, że tym razem żadnego „konfliktu” nie ma. Zniecierpliwiony lekarz poprosił prof. Janczewską o pomoc. Lekarka zaprosiła pacjentkę do swojego pokoju i poczęstowała gorącą herbatą. W trakcie miłej rozmowy okazało się, że ciężarna miała bliską przyjaciółkę w lokalnej stacji krwiodawstwa. Uzyskała od niej dane wszystkich mężczyzn Rh-mieszkańcych w najbliższej okolicy. Co się później wydarzyło, było już słodką tajemnicą pacjentki. I rzeczywiście, ona miała rację, a nie lekarz, asystent kliniki uniwersyteckiej. Żadnego konfliktu serologicznego nie było i dziecko urodziło się zdrowe.

Zdarza się czasem, że to pacjenci służą nam swoją wiedzą i doświadczeniem. W książce „Swawolny Hipokrates” Roman Dzierżanowski przytacza przykład lekarki dermatologa i wenerologa Jadwigi Mozołowskiej (1893–1986). Przed wojną pracowała w Ambulatorium Kasy Chorych Szpitala Ujazdowskiego. W czasie Powstania Warszawskiego była inspektorem sanitarnym dzielnicy Praga Południe. Po zakończeniu działań wojennych przyjmowała pacjentów w Przychodni Specjalistycznej Ubezpieczalni Społecznej na Mokotowie (przy ul. Puławskiej 12a).

✦ „Dr Mozołowska leczyła młodego warszawskiego złodziejzka. W czasie jednej z jego wizyt w przychodni, po zbadaniu pacjenta i pobraniu krwi, zapytała:

– Boguś, jak ty taki cwaniak jesteś, powiedz mi jedno. Mieszkam na drugim piętrze, czy mogę spać przy otwartym oknie?

Boguś zlustrował panią doktor badawczo wzrokiem od stóp do głowy i zapytał:

– A forsę doktor ma?

– Absolutnie nie!

– No to śpij pani spokojnie, my bez obserwacji nie chodzimy.

Pocieszona pani doktor poklepała złodziejzka po ramieniu i odprowadziła do drzwi. Po półgodzinie pacjent ponownie wpada zdyszany do gabinetu i pyta:

– A jakie klucze ma pani doktor?

– Zwyczajne, yale i zasuwkę.



– Do chrzaniu – stwierdził specjalista – nic niewarte. Ja pani wytłumaczę, jakie ma być zamknięcie. I tu nastąpił długi, solidny wykład”.

A oto kolejne anegdoty z życia lekarzy i ich niezapomnianych pacjentów.

✳️ Generał brygady Wojska Polskiego, znakomity chirurg Ludwik Rydygier (1850–1920) po dokładnym zbadaniu chorego długo się namyślał, aż w końcu powiedział do stojących wokół studentów i lekarzy:

– No, mamy w brzuchu guz wielkości trudnej do określenia... Powiedzmy – wielkości jądra małego słonia.

Mimo powagi sytuacji cała sala wybuchnęła śmiechem.

Rydygier należał do grona najwybitniejszych chirurgów. W 1880 r. przeprowadził pierwszy w Polsce (a drugi na świecie) zabieg wycięcia odźwiernika z powodu raka żołądka, a w 1881 – pierwszy na świecie zabieg resekcji żołądka z powodu owrzodzenia. W 1884 r. wprowadził nową metodę chirurgicznego leczenia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy za pomocą zespolenia żołądkowo-jelitowego. Był także autorem oryginalnej metody usuwania gruczolaka gruczołu krokowego (1900) i wielu innych technik operacyjnych.

✳️ Internista prof. Witold Orłowski (1874–1966), autor ponad 200 prac naukowych i redaktor naczelny „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, badał kiedyś w swoim gabinecie pacjentkę.

– Proszę położyć się na plecach.

Pacjentka kładzie się na brzuchu.

– Proszę położyć się na plecach – powtarza profesor.

Pacjentka nadal leży na brzuchu.

– Prosiłem panią położyć się na plecach – powtarza profesor i dodaje nieco zdenerwowany: – Mąż musi mieć z panią duży kłopot.

✳️ Wróćmy do czasów współczesnych i przenieśmy się na chwilę za ocean. Jeden z polityków amerykańskich zwiędzał szpital dla psychicznie chorych, a potem napisał we wspomnieniach: „Zaprowadzono mnie na oddział dla najbardziej niebezpiecznych. Ze zdziwieniem zauważyłem, że ponad 100 chorych jest pod opieką tylko dwóch pielęgniarki. Zapytałem:

– Czy nie ma obawy, że chorzy obezwładnią ich i uciekną?

Jeden z oprowadzających mnie lekarzy odpowiedział:

– Ci ludzie nie są zdolni do wspólnej akcji. To nie politycy”.

W poprzednim odcinku naszego cyklu zamieściłem ciekawe wypowiedzi chorych, udostępnione przez koleżanki i kolegów lekarzy. A co mówią pacjenci, gdy po wizycie w naszym gabinecie udają się do apteki? Oto przykłady nadesłane przez farmaceutów:

✳️ Bo my z żoną staramy się dziecko karmić piersią.

✳️ Tabletki na złamanie ręki.

✳️ Poproszę jakiś dobry antybiotyk na grypę.

✳️ Maść przeciwbólowa na H... Aha! Naproxen.

✳️ Dziecko w aptece: – Poproszę gilotynę dla babci (chodziło o jodynę).

✳️ A te tabletki dojelitowe, to z której strony się stosuje?

✳️ Poproszę jebuprom (chodziło o ibuprom).

✳️ Jakiś lek na menty, nie znam innego wyrazu.

✳️ Poproszę halopierdol (chodziło o haloperidol).

✳️ Sól filozoficzną (to był zapewne jakiś humanista).

✳️ Poproszę striptiz na gardło (chodziło o strepsils).

✳️ Płyn do płukania jamy intymnej.

✳️ Poproszę szerszenia (chodziło o żeń-szeń).

✳️ Coś na hemolajty (chodziło o hemoroidy).

✳️ Niech mi pani te podpaski zapakuje, żeby było etycznie.

✳️ Poproszę coś do nacierania klatki z piersiami.

✳️ Poproszę foremki do kału.

✳️ Prezerwatywy i nervosol (hmm..., ciekawe zestawienie).

✳️ Proszę o cysternę na moc.

✳️ Czopki z pszczoł (chodziło o czopki propolisowe).

Nasze życie ciekawie podsumował jeden z przedwojennych nauczycieli akademickich. Znakomity lekarz farmakolog, prof. Jerzy Modrakowski (1875–1945), w czasie wykładów dla studentów mówił: „W życiu człowieka są trzy okresy: w pierwszym człowiek myśli głównie o jedzeniu, w drugim... (tu profesor porozumiewawczo mrugał do kolegów studentów) – panowie mnie rozumiecie. W trzecim okresie życia – kończył profesor – człowiek myśli głównie o wypróżnianiu”.

Los kroczy własnymi, zawiłymi ścieżkami. W 1939 r. prof. Modrakowski został wybrany na stanowisko rektora Uniwersytetu Warszawskiego. Jego kadencja miała się zacząć 1 października 1939 r. W czasie II wojny światowej Niemcy proponowali mu współpracę (miał dyplomy z Wrocławia, Monachium i Berlina), ale odmówił. Zmarł po pobycie w obozie, miesiąc po zakończeniu wojny... ■





Zakaz wykonywania zawodu

Filip Niemczyk, adwokat

W niniejszym artykule przedstawię odpowiedzi na pytania, w jakich postępowaniach, w oparciu o jakie zasady i w odniesieniu do jakich zdarzeń może być orzeczony trwały lub tymczasowy zakaz wykonywania zawodu lekarza.

Należy pamiętać, że orzeczenie zakazu może być zawarte wyłącznie w skazującym wyroku sądu powszechnego lub dyscyplinarnego wobec osoby, która popełniła przestępstwo bezpośrednio związane z wykonywaniem zawodu lekarza lub uchybiła zasadom etyki lekarskiej. Oznacza to, że zakaz nie może być orzeczony w postępowaniu cywilnym (np. o odszkodowanie za błąd lekarski), w innym trybie, chociażby przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, ani w sprawie, która nie dotyczy bezpośrednio wykonywania zawodu.

Jednym z organów uprawnionych do orzeczenia zakazu jest sąd lekarski. Może on orzec wobec lekarza winnego naruszenia zasad etyki i godności zawodu zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat lub dożywotnie pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Trzeba jednak zaznaczyć, że to najsurowsze środki, jakimi sąd ów dysponuje, a katalog kar przewidzianych w art. 83 ustawy o izbach lekarskich jest szeroki, obejmuje bowiem również upomnienie, naganę, karę pieniężną oraz zakaz pełnienia funkcji kierowniczych.

Pozbawienie prawa wykonywania zawodu jest karą najsurowszą, która może być orzeczona wobec sprawców wyjątkowo ciężkich przewinień. Ustawa o izbach lekarskich nie wskazuje konkretnych przesłanek stosowania poszczególnych kar, pozostawiając w tym zakresie autonomię sądowi lekarskiemu. Postępując się analogią do przepisów prawa karnego, należy jednak przyjąć, że zastosowanie najsurowszej kary – pozbawienia prawa do wykonywania zawodu – może odnosić się do tych tylko sprawców, dla których dane przewinienie nie było incydentalną sytuacją na drodze zawodowej, ale którzy na zawsze powinni być wyeliminowani ze społeczności lekarskiej.

Według informacji podanych przez Naczelną Izbę Lekarską w latach 2000–2014 na terenie całego kraju orzeczono kilkanaście kar trwałego pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Są to zatem pojedyncze przypadki. Orzeczenia o czasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu stanowią znikomy ułamek kar orzekanych w każdym roku przez sądy lekarskie. Dla przykładu w Śląskiej Izbie

Lekarskiej na przestrzeni lat 2008–2012 zawieszono czasowo 19 osób.

Jednym ze zdarzeń, w związku z którym sąd lekarski pozbawił lekarza prawa wykonywania zawodu (a Sąd Najwyższy wydał wyrok 29 września 2015 r., sygn. SDI 38/15), była sytuacja, gdy obwiniony pod pozorem udzielania pomocy lekarskiej wprowadził pacjentkę w stan uniemożliwiający podjęcie świadomej decyzji, a następnie doprowadził do obcowania płciowego. W uzasadnieniu wyroku sąd lekarski wskazał, że to rażące naruszenie relacji lekarza i pacjenta „kładzie się ponurym cieniem na korporacji lekarskiej”.

Przykładem błędu, który poskutkowało orzeczeniem wobec lekarza kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres roku, była sytuacja, gdy specjalista chirurg, wykonujący zabieg operacyjny apendektomii, nie dochował należytej staranności podczas otwierania jamy otrzewnej, co spowodowało uszkodzenie tętnicy biodrowej zewnętrznej prawej, prawego moczowodu, prawego powrózka nasiennego z następową martwicą jądra prawego i tym samym naraził pacjenta na dalsze operacje naprawcze i znaczny uszczerbek na zdrowiu (wyrok Sądu Najwyższego z 23 września 2016 r., sygn. SDI 31/16). W uzasadnieniu wyroku wskazano, że obwiniony nie tylko wykonywał zabieg „po omacku”, bez właściwego wglądu w pole operacyjne, ale także ignorował zgłaszane przez pacjenta po zabiegu dolegliwości i nierzetelnie dokonywał wpisów w dokumentacji medycznej.

Zakaz wykonywania zawodu jest również jednym ze środków karnych przewidzianych w kodeksie karnym. Zgodnie z art. 41 §1 k.k., sąd może orzec zakaz wykonywania określonego zawodu, jeżeli dalsze jego wykonywanie przez sprawcę zagraża istotnym dobrom chronionym prawem. Kodeks karny wymaga więc, aby przed orzeczeniem zakazu wykonywania zawodu zostało niezbicie dowiedzione, że dalsze jego wykonywanie przez oskarżonego jest niebezpieczne. W przypadku oskarżonego lekarza oznaczałoby to zatem nie tylko stwierdzenie, że jest winny zarzucanego mu czynu, ale także przyjęcie, że stanowi zagrożenie dla pacjentów. Orzeczenia sądu karnego o zakazie wykonywania zawodu przez lekarza są rzadkie, a jako przykład można wskazać lekarzkę skazaną za kilkakrotne przerwanie ciąży wbrew przepisom obowiązującej w tym zakresie ustawy, przy czym skutkiem jednego nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu było ciężkie uszkodzenie płodu oraz narażenie życia matki (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 7 marca 2013 r., sygn. akt II Aka 470/1). ■

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, II Oddział w Warszawie, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25, pilnie **zatrudni** na stanowisku lekarza orzecznika ZUS specjalistę, w szczególności w zakresie chorób wewnętrznych, medycyny pracy, medycyny rodzinnej, ortopedii, chirurgii, neurologii. Tel.: 22-714-21-37.



Fot. egw

Idea medycyny

Tadeusz Tołłoczko

Medicina to po łacinie sztuka lekarska. Termin ten określa całość wiedzy o zdrowiu i chorobach człowieka, o sposobach zapobiegania im i leczenia. W czasach, kiedy medycyna oparta była na empirii, mówiło się o „sztuce lekarskiej”. Współcześnie pojęcie medycyny nie jest jednoznaczne, bowiem to nie tylko nauka, wiedza, sztuka, opieka, pielęgnacja, etyka. Mówiąc o medycynie, poruszamy się również na pograniczu nauk ścisłych, biologii, psychologii, rzemiosła, magii, przesądów, prawa, organizacji i ekonomii. Ostatnio nauka (łącznie z medycyną) staje się gałęzią przemysłu i biznesu podlegającego prawom rynkowej gry. Zdrowie i medycyna były i są wartością ekonomiczną. Aby się o tym przekonać, wystarczy zachorować. Jednakże same ekonomiczne kryteria i wskaźniki nie dają rzeczywistego, pełnego obrazu stanu opieki zdrowotnej i zdrowotności społeczeństwa. Skuteczność ochrony zdrowia jest pochodną tego, jak funkcjonuje całe państwo i sfera publiczna oraz jakie jest poczucie „solidarności w zdrowiu” społeczeństwa, a zwłaszcza jego przywódców. Jeśli opieka i ochrona zdrowia są chore, zwykle wynika to z faktu, że w takim samym stopniu chora jest rzeczywistość ekonomiczna, polityczna i moralna danego kraju.

Skuteczność ochrony zdrowia zależy również od tego, na co stać państwo i obywateli, a ponadto bardzo precyzyjnie odzwierciedla rzeczywisty stosunek władzy do potrzeb obywatela, przyjmując, że zdrowie człowieka należy do najważniejszych dla niego wartości. Zdrowie bowiem to siła

umożliwiająca człowiekowi „bycie sobą”. Gdy je tracimy, gubimy się w zależnościach od innych i pozbawiamy się wpływu na własne życie. Celnie ujął to Arthur Schopenhauer: „*Zdrowie nie jest wszystkim, ale wszystko bez zdrowia jest niczym*”. Prof. Ludwik Hirszfild uważał zaś, że: „*Medycyna jest syntezą prawdy naukowej i etycznej*”. Pamiętajmy też, że medycyna bez filozofii i psychologii straciłaby pierwotny, ale nadal istotny sens swego przeznaczenia. Zasada Galena z Pergamonu „*Nemo medicus sine philosophus*” wraz ze starą zasadą rzymską „*Nemo medicus sine psychologus*” (Nie jest lekarzem ten, kto nie jest psychologiem i filozofem) są mimo wszystko nadal aktualne. Medycyna jest również sztuką aplikacji wiedzy, moralności i troski.

Niezależnie od tego, co się o medycynie powie i jak się ją zdefiniuje, pozostanie przedsięwzięciem moralnym jako nauka, praktyka czy filozofia. Jest usytuowana w przestrzeniach między życiem a śmiercią oraz między zdrowiem a chorobą. Medycyna zajmuje się problemami, które nieuchronnie dotyczą nas wszystkich.

W pojęciu „medycyna” należy wyodrębnić nauki kliniczne i organizację opieki zdrowotnej. Obie te dziedziny powinny cechować równoległy postęp i współzależność. Choć są osobnymi specjalnościami, w praktyce każda zależna jest od drugiej, a obie od stopnia finansowania. Przy niskim poziomie finansowania nie można oczekiwać wysokiego standardu świadczeń medycznych. Oczywiście jest wiele innych czynników sprawczych, ale nawet ten jeden może być decydujący. Podobno zapytano kiedyś Alberta Einsteina: – *Czy wierzy pan, że podkowa przynosi szczęście?* – *Oczywiście, że nie wierzę, ale podobno jak się nie wierzy, to też działa* – odparł uczony.

Niewątpliwie medycyna niekonwencjonalna na całym świecie pomaga ludziom zdrowym czuć się lepiej psychicznie. Tym bardziej, im więcej za „leczenie” zapłacą. W tej materii nie dostrzegam specyfiki zależnej od narodowości. Czasami bliższa jest ludziom idea uzdrawiania niż leczenia. Wszyscy oczekują cudu leczniczego, ekonomicznego, politycznego... ■



Fot. egw

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 30.

Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

Ogromna część wysiłków większości lekarzy koncentruje się na ratowaniu zdrowia i życia ich pacjentów. W art. 30

KEL zwraca się uwagę, że także chorzy ze zdecydowanie niepomyślnym rokowaniem i ci, którzy stoją w obliczu śmierci, zachowują pełne prawo do opieki lekarskiej. Podtrzymywanie jakości ich kończącego się życia jest ważnym profesjonalnym obowiązkiem zawodowym. Lekarz stykający się z takimi chorymi jest zobowiązany do posiadania i doskonalenia wiedzy oraz umiejętności w zakresie zwalczania bólu, świądu, nudności i wymiotów, zapań, depresji i innych objawów towarzyszących umieraniu. Równie ważne, że lekarz musi posiadać i stosować w praktyce umiejętności komunikacyjne pozwalające w należyty sposób porozumiewać się z terminalnie chorym pacjentem i jego rodziną. Wreszcie, lekarz jest odpowiedzialny za stworzenie godnych warunków umierania swym chorym. Stopień realizacji obowiązków wobec źle rokujących i umierających w coraz większym stopniu staje się miernikiem wartości lekarza. ■



Czym oddychamy?

Wraz z jesienią zbliża się sezon grzewczy i kolejne zagrożenia zanieczyszczeniem powietrza. W 2,8 mln domów rozpocznie się ogrzewanie mieszkań węglem i nie tylko. Również drewnem, plastikowymi butelkami, gumą, starymi ubraniami, fragmentami mebli.

Drugim sektorem zanieczyszczającym powietrze (niestety przez cały rok) jest transport drogowy. Wprawdzie silniki pracują już na benzynie bezołowiowej, ale podczas jej spalania wydane są inne trujące substancje, poza tym 80 proc. samochodów na naszych drogach ma więcej niż dziesięć lat. – *Nic więc dziwnego, że jesteśmy na pierwszym miejscu w Europie, jeżeli chodzi o przekroczenia dopuszczalnego poziomu benzoalfapirenu (BaP) i wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych w powietrzu* – mówi prof. Artur Badyda z Politechniki Warszawskiej, specjalizujący się w ochronie środowiska. – *Do atmosfery przedostają się także tlenki azotu, tlenki węgla, metale ciężkie. Substancje te w niekorzystnych warunkach atmosferycznych, gdy brak wiatru, panuje niska temperatura, ma miejsce inwersja termiczna, pozostają zawieszane nisko nad miastami, tworząc smog. Występują pod postacią pyłu, którego cząsteczki mają różną średnicę i różny wpływ na ludzkie zdrowie. Cząsteczki o wielkości od 2,5 do 10 mikrometrów pozostają w drogach oddechowych, mniejsze, poniżej 2,5 mikrometra, mają zdolność przenikania z pęcherzyków płucnych do układu krwionośnego, a następnie z krwią do poszczególnych narządów.*

Zanieczyszczone powietrze wpływa na cały ludzki organizm i to już w okresie życia płodowego. Jest przyczyną chorób dróg oddechowych: astmy i POChP, ale ma niszczący wpływ także na układ krążenia, zwłaszcza u osób już chorujących na serce. Jest również kancerogeny. Benzoalfapiren powoduje metaplastję – powstawanie komórek rakowych i rozwój nowotworów płuc, pęcherza moczowego, piersi. Dzieci kobiet, które w okresie ciąży są narażone na wdychanie zanieczyszczonego powietrza, mają niższą wagę urodzeniową, wolniej się rozwijają, częściej chorują na astmę. Smog oddziałuje również na układ nerwowy człowieka, niektóre badania mówią, że przyczynia się do choroby Alzheimera.

– *Od 1952 r., w którym wielki smog w Londynie zabił około 4 tys. osób, wpływ zanieczyszczeń powietrza na umieralność jest dobrze udokumentowany. W Polsce w ostatnich latach zaobserwowano zwiększoną liczbę pacjentów, zwłaszcza dzieci i osób starszych, zgłaszających się do przychodni i szpitali w dniach alarmu smogowego* – stwierdza dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki, specjalista chorób wewnętrznych i alergologii WIM. – *Tak było w styczniu 2016 r. w Krakowie. Na początku 2017 w Warszawie notowaliśmy ekstremalny wzrost ilości zanieczyszczeń w powietrzu i zwiększenie się na szpitalnych oddziałach ratunkowych liczby pacjentów z objawami niewydolności serca oraz układu oddechowego. Statystyki podają, że liczba zgonów w styczniu 2016 r. była wyższa od przeciętnej miesięcznej.* ■

mkr

Pamiętki z wakacji?

Małgorzata Skarbek

Wakacje już dawno się skończyły, ale niechciane urlopowe pamiętki właśnie teraz – miesiąc, dwa, a nawet trzy po powrocie z wypoczynku w egzotycznych, tropikalnych krajach – mogą się ujawnić i to w bardzo przykry sposób.

W strefie tropikalnej, w krajach mniej rozwiniętych, z powodu cieplejszego i bardziej wilgotnego klimatu, a także gorszych lub nawet złych warunków sanitarnych choroby zakaźne występują częściej niż w naszej strefie klimatycznej.

– *W krajach tych, z uwagi na małą dostępność szczepień, występują choroby, które w Polsce, dzięki programowi powszechnych szczepień, już zostały wyeliminowane (polio) lub ich zasięg znacznie ograniczono (odra, gruźlica)* – mówi dr Grzegorz Hudzik, zastępca głównego inspektora sanitarnego. – *Turyści z północnej i środkowej Europy, żyjący w znacznie lepszych warunkach sanitarnych, są bardziej podatni na choroby zakaźne niż ludność miejscowa. Na choroby, które u nas już się nie pojawiają, nie jesteśmy uodpornieni. Większość chorób zakaźnych przywożonych z tropików objawia się gorączką, biegunką, wysypką, bólem stawów, objawami grypopodobnymi. Niektóre, np. malaria, najczęściej przywożona z egzotycznych krajów, mają inny przebieg niż klasyczny.*

W ostatnich latach bardzo często przypadki malarii były nieprawidłowo rozpoznane lub rozpoznane z opóźnieniem, ponieważ pacjenci mający objawy grypopodobne nie poinformowali lekarza o pobycie w tropikach. Jeśli zatem lekarz nie jest pewien diagnozy, powinien zapytać pacjenta o miejsce spędzania ostatniego urlopu.

Coraz więcej osób wyjeżdża na odpoczynek w odległe rejony świata. Rośnie też liczba chorób przywiezionych z tych właśnie stron. W 2015 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny zanotował 12 przypadków dengi i 29 przypadków malarii. W 2016 r. było ich, odpowiednio, 41 i 38. W tym roku, do połowy lipca, odnotowano już 43 przypadki malarii.

Eksperti NIZP wskazują, że w Polsce mamy do czynienia ze stosunkowo wysoką śmiertelnością z powodu malarii, a przyczyną jest najczęściej opóźnienie diagnozy.



Rys. K. Rostiecki

– Malaria to groźna choroba, charakteryzująca się wysoką gorączką, potrafi zabić w ciągu kilku godzin – mówi prof. Andrzej Horban, krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych.

– Ale trzeba przestrzegać także przed innymi chorobami, np. kobiety w ciąży powinny rezygnować z wyjazdów w rejon, gdzie grozi wirus zika, oraz do Indii – z uwagi na rozpowszechnione tam wirusowe zapalenie wątroby typu A. Osoby udające się w stosunkowo dzikie regiony, choćby do Polinezji, szczególnie myśliwi, muszą wiedzieć, że narażone są na zakażenie wsieklizną.

W wielu krajach podzwrotnikowych występuje żółta febra i obowiązkowe są szczepienia. W chwili wjazdu należy okazać tzw. żółtą książeczkę, czyli Międzynarodowe Świadectwo Szczepień. Turysta, który jej nie ma, zostanie zaszczepiony na granicy, często w warunkach dalekich od higienicznych, igłą wielokrotnego użytku.



Eksperci uważają, że efektem zwiększonego ruchu turystycznego jest również wzrost liczby zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu C (mówią o szczególnie zjadliwym genotypie egipskim), kiłą oraz HIV. Rozpowszechnione mity: że alkohol pity codziennie wybija zarazki, że w ośrodkach wczasowych, nowoczesnych hotelach i miastach nie ma komarów oraz że w tychże hotelach jedzenie jest całkowicie bezpieczne. Alkohol, choć jest środkiem dezynfekcyjnym, nie działa „od środka”, komary mogą pojawić się wszędzie, nie tylko w dżungli, nikt nie daje gwarancji, że personel hotelu przygotowujący posiłki przestrzega zasad higieny.

W naszym kraju stosunkowo łatwo zaszczepić się przeciwko chorobom występującym w tropikach, zasady zachowań w czasie podróży też są ogólnie znane. A jednak liczba zachorowań rośnie! ■

Graf. licencja Artmedia Partners

Piknik 2017

Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Pro Seniore” składa serdeczne podziękowania Instytutowi Fizjologii i Patologii Słuchu, szpitalowi i ośrodkowi badawczemu kierowanemu przez prof. Henryka Skarżyńskiego za pomoc w organizacji VIII Rodzinnego Pikniku Integracyjnego Mazowieckiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Dzięki zaangażowaniu kierownictwa oraz pracowników IFiPS w atmosferze rodzinnego święta, w mobilnym punkcie badań ze specjalistycznej diagnostyki mogli skorzystać uczestnicy pikniku w każdym wieku. Jesteśmy przekonani, że konsultacje medyczne, z których skorzystali na imprezie, przyczynią się do zwiększenia wiedzy pacjentów i zachęcą ich do poddania się profilaktycznym badaniom słuchu w przyszłości. ■ **as**



Fot. G. Ciszewska

Czy potrzebujesz pomocy?



ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO

Może dotyczyć również Ciebie
Jest szczególnie destrukcyjny dla lekarzy
Dotyka również pacjentów
Jeśli czujesz, że ten problem dotyczy Ciebie...

MOŻEMY CI POMÓC

Zwróć się do specjalistów OIL w Warszawie
Dyskretna, bezpłatna konsultacja i terapia

ZADZWOŃ

lek. dent. Monika Potocka, OIL w Warszawie
tel. 512 331 230

wypaleniezawodowe@oilwaw.org.pl



Goniec Medyczny

Operacja rozszczepu kręgosłupa u płodu

Pionierską fetoskopową operację rozszczepu kręgosłupa u 25-tygodniowego płodu przeprowadzili we wrześniu specjaliści z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Operacja trwała ponad 4 godz. Mama i maluch czują się dobrze.

Pionierskie operacje żołądka

W Szpitalu Miejskim im. F. Raszei w Poznaniu wykonano pierwsze w naszym kraju operacje zmniejszenia żołądka pionierską metodą przezustną, czyli bez otwierania jamy brzusznej. Zabiegom poddano trzech pacjentów.

Po studiach za 2 tys. zł miesięcznie

Lekarz rozpoczynający pracę za 160 godz. przepracowanych miesięcznie w szpitalu otrzymuje 2200 zł na rękę (sic!). To bardzo niskie wynagrodzenie, które łatwo może zniechęcić młodych do pozostania w kraju.

Czy lekarze szczepią się przeciwko grypie?

W sezonie 2016/2017 zaszczepienie się przeciw grypie zadeklarowało 32,2 proc. lekarzy i 19,9 proc. pielęgniarek. Najczęściej szczepili się pediatry (53,7 proc.) i lekarze rodzinni (52,1 proc.), a najrzadziej ortopedzi i psychiatry (17 proc.).

Pokolenie uzależnione od Internetu

Aż 8 na 10 uczniów pierwszych trzech klas szkoły podstawowej ma własny telefon, który łączy się z Internetem. Dzieci w tym wieku spędzają z telefonem około 2,5 godz. dziennie – wykazał sondaż przeprowadzony wśród rodziców przez firmy F-Secure i Polkomtel.

Nieznane nauce mikroorganizmy

Naukowcy ze Stanford University odkryli plejadę nieznaną gatunków zamieszkujących ciało człowieka (które stanowią aż 99 proc. wszystkich mikroorganizmów), m.in. bakterii spokrewnionych z pałeczkami E. coli i salmonelli. Według autorów odkrycie stworzy nowe możliwości badania chorób zakaźnych.

Porody rodzinne w W. Brytanii

Po dziesięcioleciach kampanii promującej „naturalne” domowe porody Royal College of Midwives po cichu się z niej wycofało – informuje serwis BBC News.

Ponad 4 tys. rezydentur „do rozdania”

W jesiennym postępowaniu kwalifikacyjnym zostanie przyznanych 4097 rezydentur dla lekarzy, w tym 1644 w dziedzinach priorytetowych, którymi są: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna i psychiatria.

Palenie tytoniu zabija

Światowa Organizacja Zdrowia ma poważne powody do walki z nikotynizmem za wszelką cenę. Rocznie ludzkość wypala 90 mld papierosów, a palenie tytoniu zabija 4 mln osób. W ciągu najbliższej dekady ta liczba się podwoi.

REKLAMA

CENTRUM KARIERY

dla swoich Klientów poszukuje lekarzy specjalistów i w trakcie szkolenia specjalizacyjnego na następujące stanowiska pracy:

Lekarz Specjalista do nowo otwieranych mini-klinik w Warszawie, Poznaniu i Krakowie

Nr ref. Specjalizacja
1/1/INT/WAW Choroby wewnętrzne

Druga specjalizacja z Pediatrii lub doświadczenie w pracy z pacjentem pediatrycznym będzie dużym atutem

1/2/PD/WAW Pediatria
1/3/MR/WAW Medycyna Rodzinna

Mini-kliniki w systemie Walk-In dogodnie ulokowane w centrach dużych miast, czynne 7 dni w tygodniu oferują bez czekania ekspresowe porady lekarzy specjalistów oraz diagnostykę laboratoryjną.

Wymagania:

- Min. I stopień specjalizacji, aktualne PWZ

Oferujemy:

- Pracę w dynamicznie rozwijającym się zespole
- Atrakcyjne wynagrodzenie
- Umowę kontraktową w pełnym/niepełnym wymiarze godzin

2/2/INT-MR/MAZ

Lekarz POZ

Klientem jest nowoczesna przychodnia o ugruntowanej pozycji w nowo wybudowanym budynku i zlokalizowana jest we wschodniej części woj. mazowieckiego w odległości 80 km od Warszawy.

Oprócz nieodpłatnych świadczeń w ramach kontraktu z NFZ, przychodnia świadczy usługi odpłatne. Dysponuje również własną apteką realizującą recepty refundowane.

Wymagania:

- Specjalista Chorób Wewnętrznych lub Medycyny Rodzinnej
- Rezydenci w/w specjalizacji od 3 roku w/w
- Aktualne PWZ

Oferujemy:

- Stabilne zatrudnienie na umowę o pracę lub kontrakt
- Elastyczny czas pracy w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin
- Atrakcyjne wynagrodzenie
- Umieblowane mieszkanie służbowe (50m²)
- Ryczałt na samochód

CV wraz z powołaniem się na nr ref. oferty prosimy przesyłać na adres e-mail jacek.kopacz@oilwaw.org.pl

Prosimy dodać do CV następującą klauzulę:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).

Osoba do kontaktu:

Jacek Kopacz
tel. 22 542 83 63, kom. 784 986 594

Znaczenie kolonoskopii

Co roku rak jelita grubego jest wykrywany u ponad 400 tys. osób w Europie, w Polsce – u 18 tys. Od 1980 r. odnotowano czterokrotny wzrost zachorowań na raka jelita grubego mężczyzn i trzykrotny kobiet. – *To drugi pod względem częstotliwości występowania nowotwór złośliwy u kobiet, a trzeci u mężczyzn* – przypomina prof. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej. Podkreśla, że z powodu tego schorzenia zwiększa się liczba zgonów mężczyzn. Eksperci szacują, że w związku ze starzeniem się społeczeństwa (wiek jest jednym z czynników ryzyka rozwoju tego nowotworu) w 2025 r. liczba zachorowań na raka jelita grubego sięgnie 25 tys. Zdaniem specjalistów w walce z nowotworem ważną jest profilaktyka, a najlepszym badaniem – kolonoskopia. – *Profilaktyka może nie tylko uratować życie, ale też zapobiec zachorowaniu* – twierdzi dr hab. n. med. Michał F. Kamiński z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie. – *Wczesne wykrycie i leczenie raka jelita grubego poprawia rokowania. Ryzyko zachorowania zmniejsza m.in. usuwanie polipów.*

Od 2000 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych prowadzone są badania przesiewowe wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Od 2012 osoby w wieku 55–64 lat otrzymują imienne zaproszenia na badania, ale zgłaszalność jest na niskim poziomie. W 2015 r. skorzystało z badań tylko 16,7 proc. zaproszonych. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice

Gastroenterologii i Hepatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, szukając przyczyn słabego zainteresowania badaniami przesiewowymi wczesnego wykrywania raka jelita grubego, przeprowadziło ankietę. Wzięło w niej udział 505 osób w wieku 50–65 lat, które nie miały objawów i dolegliwości mogących wskazywać na konieczność wykonania kolonoskopii diagnostycznej. Respondenci wśród przyczyn zniechęcających do poddania się badaniu wymieniali: jego krępującą formę (21 proc.), strach przed bólem (17 proc.), brak objawów, które dowodziłyby, że badanie jest niezbędne (16,6 proc.), oraz niemożność otrzymania znieczulenia (14,9 proc.). Wśród innych przyczyn znalazły się: strach przed wykryciem nowotworu, lenistwo, konieczność przyjęcia środka przeczyszczającego przed badaniem. Dr n. med. Maria Janiak z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii GUM podkreśla, że osoby ankietowane twierdziły również, że chciałyby otrzymać szerszą informację o badaniu i jego znaczeniu od lekarza rodzinnego.

– *Osoby o niskim progu bólowym powinny mieć możliwość wykonania badania w znieczuleniu ogólnym* – uważa prof. Marek Wojtukiewicz z Białostockiego Centrum Onkologii. Przyczyny niechęci pacjentów do kolonoskopii można zlikwidować. Trzeba przede wszystkim zapewnić pełną refundację znieczulenia podczas badania i zwiększyć wiedzę społeczeństwa na temat znaczenia profilaktyki onkologicznej.

W latach 2000–2015 z programu badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego skorzystało ponad 460 tys. osób. ■ **ach**

SPECJALISTYCZNE SZKOLENIA DLA LEKARZY

OGŁOSZENIE

UMOWY O PRACĘ / KODEKS PRACY - WARSZAWA

Termin: 21.10.2017
Prowadzący: mgr Marcin Kupisiński – radca prawny
Cena: 400 zł

iDF INTERNATIONAL
DENTAL FAIR



OPRONA DANYCH OSOBOWYCH W GABINECIE LEKARSKIM - WARSZAWA

Termin: 08.12.2017
Prowadzący: mgr Marcin Kupisiński – radca prawny
Cena: 320 zł

PIERWSZA POMOC W GABINECIE LEKARSKIM - WARSZAWA

Terminy: 12.10; 28.10; 18.11; 30.11;
14.12.2017; **Prowadzący:**
Instruktorzy Polskiej Rady Resuscytacji

ok. 2h teorii – 5h praktyki – małe 6 osobowe grupy – 2 certyfikaty – punkty edukacyjne – podręcznik dostarczany ok. 7 dni przed kursem – certyfikat ukończenia kursu RKO AED honorowany w całej UE

Cena: 450 zł (termin w tygodniu)
/ 530 zł (termin weekendowy)

KONTROLA PODATKOWA W GABINECIE LEKARSKIM - WARSZAWA

Termin: 20.01.2018
Prowadzący: mgr Joanna Bany – doradca podatkowy; mgr Marcin Kupisiński – radca prawny; **Cena:** 450 zł

Zagadnienia poruszane podczas kursu:

- Ewidencjonowanie sprzedaży w gabinecie lekarskim
- Kontrola podatkowa w gabinecie lekarskim
- Odpowiedzialność karnoskarbowa lekarzy

BŁĘDY I PROBLEMY W LECZENIU A ROSZCZENIA PACJENTA - WARSZAWA

Termin: 27.01.2018
Prowadząca: lek. dent. Ewa Jańczak-Biegańska
Cena: 450 zł

ZGŁOSZENIA: tel. (+48) 22 868 36 93, (+48) 506 097 598; e-mail: szkolenia@idf.net.pl
IDF Sp. z o.o.; ul. Dzika 15/13; 00-172 Warszawa

Pozostałe oferty i szczegółowe programy dostępne na stronie: www.idf.net.pl

Pieniądze dla szpitali

10 mazowieckich szpitali otrzyma ponad 22 mln zł, które będą przeznaczone na remonty i modernizacje, a także na zakup specjalistycznego sprzętu.

Decyzję w tej sprawie podjęli w ostatnich dniach sierpnia radni województwa mazowieckiego. Szpital Dziecięcy im. dr. J. Bogdanowicza w Warszawie dostanie 148,5 tys. zł na pokrycie kosztów dokumentacji projektowo-kosztorysowej modernizacji pomieszczeń na potrzeby oddziału pediatrycznego. Do Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie trafi około 7,1 mln zł. Ponad 7 mln zł placówka przeznaczy na przebudowę izby przyjęć dla potrzeb szpitalnego oddziału ratunkowego, a 79 tys. zł na zakup przenośnej gamma kamery, niezbędnej do zabiegów operacyjnych z zakresu chirurgii onkologicznej. Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie zyska 1 mln zł na instalację sieci IT w modernizowanym Oddziale Położnictwa i Neonatologii oraz nabycie sprzętu informatycznego. Mazowieckie Centrum Rehabilitacji STOCER w Konstancinie 385 tys. zł przeznaczy na: adaptację pomieszczeń dla pracowni endoskopowej i rentgenodiagnostyki, modernizację przychodni specjalistycznej, przebudowę budynku dawnego bloku żywieniowego, budowę ciągu komunikacyjnego z głównego budynku szpitala do prosektorium i jego modernizację. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu otrzyma 3,4 mln zł na wymianę centrali wentylacyjnych na bloku operacyjnym. Dla szpitali z regionu siedleckiego przeznaczono ponad 2 mln zł. Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach dostanie 2,1 mln zł na sprzęt i aparaturę medyczną dla oddziału urologii i onkologii urologicznej. Z kolei do SSZZOZ w Rudce trafi 70 tys. zł na zakup wideobronchoskopu. Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie otrzyma 828 tys. zł na dostosowanie oddziałów szpitalnych do obowiązujących przepisów prawnych. Wsparcie trafi także do Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Ostrołęce, który ponad 3 mln zł przeznaczy na zakup sprzętu komputerowego z oprogramowaniem (2,6 mln zł) oraz modernizację szaf automatyki wentylacji. Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku dostanie zaś 1,8 mln zł na modernizację i wyposażenie oddziału ginekologiczno-położniczego.

Nowy konsultant w dziedzinie położnictwa i ginekologii

1 sierpnia minister zdrowia powołał prof. Krzysztofa Czajkowskiego na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Prof. Krzysztof Czajkowski kieruje II Katedrą i Kliniką Położnictwa i Ginekologii w Szpitalu im. ks. Anny Mazowieckiej przy ul. Karowej w Warszawie, pełni także funkcję prodziekana ds. studiów licencjackich i magisterskich I Wydziału Lekarskiego WUM.

Badania słuchu pierwszoklasistów z Mazowsza

1 sierpnia Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu prof. Henryka Skarżyńskiego rozpoczął realizację programu badań przesiewowych słuchu uczniów klas pierwszych szkół podstawowych w województwie mazowieckim.

Dotychczasowe programy badań słuchu przeprowadzone przez IFiPS, które objęły ponad milion 7- i 12-latków ze szkół

podstawowych w gminach wiejskich i miejsko-wiejskich na terenie całej Polski, pokazały, że nawet co piąte dziecko może mieć różnego rodzaju problemy ze słuchem, mające istotne znaczenie dla rozwoju i wyników nauczania. Mazowsze to pierwszy region w kraju i na świecie, w którym badaniami objęta zostanie cała populacja dzieci rozpoczynających edukację szkolną, czyli ponad 81 tys. uczniów. Badania zostaną przeprowadzone w roku szkolnym 2017/2018 i 2018/2019. Program badań realizowany będzie w czterech miastach na prawach powiatu (Ostrołęce, Płocku, Radomiu, Siedlcach) oraz 33 powiatach (białobrzeskim, ciechanowskim, garwolińskim, gostynińskim, grodziskim, grójeckim, kozienickim, legionowskim, łosickim, makowskim, mińskim, mławskim, nowodworskim, ostrołęckim, ostrowskim, otwockim, piaseczyńskim, płockim, pruszkowskim, przasnyskim, pułtuskim, radomskim, siedleckim, sierpeckim, sochaczewskim, sokołowskim, warszawskim zachodnim, węgrowskim, wołomińskim, wyszkowskim, zwoleńskim, żyrardowskim).

Połączenie szpitali

Szpital Kolejowy im. dr. med. Włodzimierza Roeflera w Pruszkowie wszedł w skład Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji STOCER z siedzibą w Konstancinie-Jeziornie.

Połączenie lecznic było jedyną szansą na utrzymanie największej placówki medycznej w Pruszkowie, która nie weszła do tzw. sieci szpitali, w związku z czym nie mogła liczyć na finansowanie leczenia swoich pacjentów z państwowych środków. Szpitalowi nie pomogła petycja wystosowana do ministra zdrowia, podpisana przez 7 tys. mieszkańców Pruszkowa i okolic. Fuzja zapewni ciągłość leczenia pacjentów, ale ponad 60-letni Szpital Kolejowy im. Włodzimierza Roeflera nie będzie mógł funkcjonować pod swoją nazwą. STOCER przejął wszelkie jego aktywa, pasywa oraz prawa i obowiązki wynikające z dotychczas zawartych umów.

Nominacja

dr hab. Ewy Bałkowiec-Iskry

Dr hab. Ewa Bałkowiec-Iskra, kierująca uczelnianą Pracownią Farmakologii Bólu Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, została z ramienia Ministerstwa Zdrowia delegatem Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych reprezentującym Polskę w Komitecie ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (Committee for Medicinal Products for Human Use – CHMP) Europejskiej Agencji Leków (EMA).

Wołomiński szpital zmienia nazwę

Szpital Powiatowy w Wołominie – Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej będzie nosił nazwę Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie.

Stosowną decyzję podjęła Rada Powiatu Wołomińskiego 27 lipca. W uzasadnieniu wniosku stwierdzono, że „Przywołanie w nazwie osoby Matki Bożej Nieustającej Pomocy jest wyrazem głębokiej chrześcijańskiej tradycji powiatu wołomińskiego i szczególnego kultu Maryi. Jest też symbolicznym powrotem do idei troski o człowieka, którego ciało wzmacnia się przez siłę ducha”. ■

pk

Szpitala zagubione w globalnej sieci

Placówki służby zdrowia lubią chwalić się realizacją ambitnych projektów informatycznych, które mają wprowadzać je w XXI w. Jednak równocześnie strony internetowe wielu szpitali w regionie radomskim czasem rażą amatorszczyzną.

Nieźle prezentuje się nowa witryna Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, czytelna i przejrzysta, a przede wszystkim na bieżąco aktualizowana.

Placówka chwali się również udziałem w kampanii społecznej „Łączy nas krew, która ratuje życie”. Bierze w niej udział także Radomski Szpital Specjalistyczny, o czym możemy przeczytać na jego stronie internetowej, która jednak (szczególnie w porównaniu z witryną MSS) prezentuje się mało atrakcyjnie. Wchodzącego na nią internautę wita informacja, że placówka „przez 24 godziny na dobę, we wszystkie dni tygodnia zapewnia pomoc, diagnostykę i specjalistyczne leczenie”, co raczej nie jest niczym nadzwyczajnym w przypadku szpitala. Aktualności jest tutaj jak na lekarstwo. Krótka notka na temat akcji promującej honorowe oddawanie krwi była jedyną nowością na przestrzeni ostatnich dwóch miesięcy.

Jubileusz bez końca

Nie najlepiej wygląda witryna Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym. Jest kompozycją logotypów Mazowsza (powtarza się w dodatku kilkakrotnie), Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej oraz kilku programów europejskich, z których placówka uzyskała środki. W aktualnościach zamieszczane są tylko ogłoszenia dotyczące przetargów i konkursów, a sformułowanie „aktualność” jest zdecydowanie na wyrost, bo w większości przypadków otwarcie ofert miało nastąpić w 2015 i 2016 r.

Do znaczenia Internetu w komunikacji z pacjentami czy poszukiwaniu personelu medycznego nie przywiązują najwyraźniej uwagi także szefowie placówek w innych miejscowościach regionu radomskiego. Przykładem Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipsku, który na stronie głównej swojej ubogo wyglądającej witryny opisuje jubileusz 30-lecia miejscowego szpitala powiatowego. Problem w tym, że rocznicowe uroczystości odbywały się w... 2014 r. W oczy rzuca się również informacja o poszukiwaniu lekarzy, m.in. do pracy na oddziale anestezjologii i intensyw-



Rys. P. Wozniak

nej terapii oraz w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, jednak okazuje się, że to oferta sprzed dwóch lat.

Nie lepiej prezentuje się strona Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach, która w najbardziej eksponowanym miejscu zachęca pacjentów leczonych w tutejszym szpitalu do odbioru dokumentacji medycznej, choć termin składania wniosków minął 10 kwietnia 2017 r.

Potrzeba aktualności

„Naszą misją jest niesienie pomocy wszystkim, którzy jej potrzebują, z mottem działania: przez kompetentność, szacunek, życzliwość i uśmiech tworzymy szpital przyjazny pacjentowi” – czytamy na stronie Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach. Czy ta witryna jest przyjazna internaucie? Może trochę bardziej niż wspomniane wcześniej, ale ewidentnie brakuje jej aktualności.

Na tym tle wyróżnia się strona Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital w Łży. „To nie tylko nowoczesna szata graficzna, ale przede wszystkim poprawa funkcjonalności całego serwisu, dostosowanie do wymogów osób niepełnosprawnych. Zapewniamy, że strona systematycznie będzie aktualizowana i uzupełniana przydatnymi informacjami” – obiecują administratorzy. Faktycznie, jest całkiem ładnie i przejrzyste, nie brakuje też aktualności (np. o poszukiwaniu pielęgniarek). ■

Rafał Natorski

Szpital w Ciechanowie – zobowiązania i inwestycje



Fotografie: archiwum szpitala

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie jest jedną z najbardziej zadłużonych placówek medycznych w Polsce. Został pod tym względem sklasyfikowany na 15. miejscu opublikowanego niedawno rankingu. Mimo potężnych problemów finansowych lecznica nie rezygnuje z planów inwestycyjnych, kładzie także nacisk na nowoczesną diagnostykę i terapię.

Lączna kwota jej zobowiązań przekracza 72 mln zł, z czego 20 mln zł sięgają tak zwane zobowiązania wymagalne, których termin płatności dawno minął.

Nic dziwnego, że szpital wciąż potrzebuje finansowego wsparcia. Wiosną zarząd województwa mazowieckiego wyraził zgodę na zaciągnięcie przez placówkę kredytu długoterminowego (na 10 lat) wysokości 20 mln zł. Urząd Marszałkowski wyjaśnił, że pieniądze są przeznaczone na uregulowanie długów wobec dostawców towarów i usług, m.in. objętych postępowaniami sądowymi, oraz „na dokończenie procesu restrukturyzacji zobowiązań”. Niespełna rok wcześniej szpital też musiał posiłkować się kredytem, w wysokości 6,2 mln zł.

Niepokój w związkach

Sytuacja placówki niepokoi działające na jej terenie związki zawodowe, które pod koniec czerwca opublikowały list otwarty, ostro krytykując działania kierownictwa lecznicy w ostatnich latach. Jego autorzy twierdzą m.in., że „ogromne wynagrodzenia kontraktowe, sięgające nawet kilkuset tysięcy złotych, poza skutkami finansowymi doprowadziły do demotywacji i skłócenia załogi”.

Dyrekcja nie chce komentować oskarżeń. W informacji otrzymanej od rzeczniczki prasowej Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie czytamy, że lecznica oferuje pacjentom nowoczesną diagnostykę i terapię. „Wykonujemy wysokospecja-

listyczne usługi medyczne w 20 oddziałach szpitalnych i 40 poradniach specjalistycznych (aktualnie, z powodu braku lekarzy specjalistów, zawieszona jest działalność poradni neurologicznej i pulmonologicznej dla dzieci oraz chirurgii naczyniowej i chirurgii onkologicznej)” – pisze Agnieszka Woźniak. Placówka dysponuje też siecią nowoczesnych zakładów diagnostycznych.

Lekarze poszukiwani

Szpital w Ciechanowie zatrudnia 145 wysoko wykwalifikowanych lekarzy oraz 540 pielęgniarek i położnych. Współpracuje też w zakresie kształcenia praktycznego z Instytu-





tem Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie. Oddziały posiadają akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy.

Problem w tym, że brakuje zainteresowanych jego podjęciem. Lecznica czeka na młodych lekarzy pragnących rozpocząć specjalizację w ramach etatu lub rezydentury, szczególnie z medycyny rodzinnej, chorób zakaźnych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, psychiatrii, anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii oraz neurologii. Szpital chętnie zatrudni także specjalistę chorób płuc, chorób zakaźnych, chirurgii dziecięcej i medycyny ratunkowej oraz lekarzy na dyżury w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Zakładzie Pomocy Doraźnej.

Unia pomoże?

Mimo kłopotów finansowych szpital w Ciechanowie nie rezygnuje z inwestycji. Jednym z najambitniejszych przedsięwzięć w ostatnich latach była modernizacja SOR. Na rozbudowę oddziału i wyposażenie go w nowoczesny sprzęt wydano blisko 10 mln zł.

Na początku 2017 r. placówka została partnerem Planu Inwestycyjnego Regionalnych Inwestycji Terytorialnych subregionu ciechanowskiego. Dzięki temu może starać się o fundusze unijne, m.in. na zakup aparatury i sprzętu medycznego do świadczenia usług zdrowotnych w zakresie kardiologii (tomografu komputerowego z opcją kardiologiczną, aparatu USG, zestawu 14 kardiomonitorów z 2 monitorami centralnymi) i onkologii (wyposażenia do pracowni cytostatyków), a także urządzenia do rezonansu magnetycznego, angiografu i mammografu cyfrowego. ■

Rafał Natorski



Goniec Medyczny

Naukowcy usunęli mutację z DNA

Amerykańskim naukowcom udało się usunąć z DNA ludzkich embrionów mutację genetyczną powodującą chorobę serca. Być może dzięki temu w przyszłości uda się zapobiec rozwojowi wielu chorób genetycznych.

Zaraźliwa cukrzyca?

Cukrzyca typu 2 może być skutkiem działania nieprawidłowych białek w trzustce, które przenoszą to schorzenie, podobnie jak priony zakażają chorobą Creutzfeldta-Jakoba czy tzw. chorobą szalonych krów. Sugerują to najnowsze eksperymenty na myszach i ludzkich tkankach. Autorami odkrycia są naukowcy z University of Texas w USA.

Czy to już koniec nieuczciwych praktyk związanych z suplementami?

Nowe zasady znakowania opakowań i ograniczenie inwencji reklamowej to kluczowe postanowienia opracowywanych właśnie przepisów.

Kontrola czasu pracy lekarzy

W około 23 proc. placówek skontrolowanych przez PIP pracodawcy nie zapewnili m.in. lekarzom, pielęgniarkom i diagnostom laboratoryjnym przepisowego odpoczynku dobowego, a w 11 proc. – tygodniowego. W niektórych przypadkach pracownicy medyczni świadczyli pracę po 14, 16, a nawet 24 godz. na dobę.

Pielęgniarz morderca w Niemczech

Skazany przed dwoma laty za zabicie dwóch pacjentów pielęgniarz Nils Hoegel jest obecnie podejrzany o zamordowanie co najmniej 84 osób – poinformowali śledczy. Oskarżony ujawnił, że zastrzyki, które robił pacjentom zazwyczaj podczas reanimacji, miały przywrócić ich do życia. Jako inny motyw zabójstw wymienił również nudę.

Otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia 16 różnych nowotworów

„Wiemy już, że otyłość jest jednym z głównych czynników ryzyka rozwoju raka. Dotychczas stwierdzono, że ma ona związek z rozwojem 16 różnych rodzajów nowotworów” – czytamy na łamach czasopisma naukowego „Cancer Prevention Research”.

O wolnym rynku w ochronie zdrowia

– W służbie zdrowia można zauważyć zbyt wiele wolnego rynku, co nie pomaga ani pacjentom, ani systemowi opieki – powiedział podczas jednego z paneli Forum Ekonomicznego w Krynicy minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. ■

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



Fot. archiwum

Skoro nie mamy bomby atomowej

Paweł Kowal

Gdy się nie ma bomby atomowej i rakiety, która ją przenosi, trzeba zaufać prawu międzynarodowemu. Stanowi ono instrument niedoskonały, ale często jedyny, jaki mamy, by przeciwstawić się takim wydarzeniom jak samowolne przesunięcia granic państw słabszych przez silniejsze. To dlatego nie możemy przejść do porządku dziennego nad wojną w Gruzji w 2008 r. i faktycznym przesunięciem granicy rosyjsko-gruzińskiej oraz zajęciem Krymu w 2014 i ogłoszeniem, że jest on częścią Rosji. Te przypadki w pewnym sensie dotyczyły naszych interesów. Nie dlatego, że lubimy Ukrainę czy Gruzję albo ich nie lubimy, ale dlatego, że prawo międzynarodowe złamane tysiąc kilometrów od Polski może być jutro naruszone u nas. Wspomniane wojny były w tym sensie naszymi wojnami.

Tzw. realisci lubią sobie robić żarty z gwarancji międzynarodowych. Kpią z Komisji Europejskiej i innych instytucji unijnych. Pokazują, że Komisja nie była w stanie zatrzymać budowy Gazociągu Północnego. Czy jednak nasza pozycja przetargowa wobec Rosji w kwestiach energetycznych byłaby lepsza, gdyby Komisji nie było lub gdyby była jeszcze słabsza? Najbardziej zwolennicy tzw. realnej siły w stosunkach międzynarodowych kpią z Organizacji Na-

rodów Zjednoczonych. Myślałem o tym, patrząc na prezydenta Andrzeja Dudę występującego na dorocznej sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ. W styczniu 2018 r. Polska zostanie niestałym członkiem Rady Bezpieczeństwa ONZ, a w maju będziemy nawet jej przewodniczyć. Czy coś konkretnego da się tą drogą załatwić? To pytanie najczęściej zadawane przez dziennikarzy. Kolejnej stacji metra w Warszawie ONZ nam nie zbuduje. A jednak prawo międzynarodowe, wspólne instytucje są instrumentami dla krajów średnich, takich jak Polska, bardzo ważnymi. Państwa wielkie zawsze sobie poradzą, mogą przynajmniej zagrozić siłą, państwa małe schowają się za jakimś wielkim. A średniacy? Mogą swoją „średniość” w sensie terytorium zamieniać na siłę wpływów przez cierpliwe tkanie dyplomatycznych pajęczyn i odwoływanie się do prawa. Wielki Paweł Włodkowic wygrał w XV w. spory z Krzyżakami właśnie dzięki przeciwstawieniu prawa sile. Warto więc, patrząc na prezydenta Polski przed Zgromadzeniem Ogólnym ONZ, występującego na tle tafli seledynowego kamienia, uruchomić wyobraźnię i zadać sobie proste pytanie: czy świat bez tych wszystkich obśmiewanych i kosztownych komisji europejskich, a nawet oenzetów, byłby dla nas, Polaków, lepszy i bezpieczniejszy? ■



Awangarda w „Elektrowni”

W Mazowieckim Centrum Sztuki Współczesnej „Elektrownia” w Radomiu można obejrzeć dzieła artystów awangardy, m.in. Kazimierza Malewicza, Władysława Strzemińskiego i Katarzyny Kobro, a także twórców rozwijających awangardowe założenia w okresie powojennym – Henryka Stażewskiego i Stefana Gierowskiego. Prezentowane są prace pochodzące z kolekcji prywatnych i zbiorów własnych „Elektrowni”. Wystawa „Od Malewicza do Strzemińskiego”, zorganizowana w ramach obchodów 100-lecia awangardy w Polsce, będzie czynna do 29 października.

www.elektrownia.art.pl

Koncerty w Wilanowie

„Muzyka dawna w Wilanowie – jesień 2017” to cykl artystycznych spotkań w zabytkowych wnętrzach Muzeum Pałacu Króla Jana III w Wilanowie. W programie głównie dzieła kom-

pozytorów tworzących w XVII i XVIII w., wykonywane na instrumentach historycznych bądź ich kopiach. Koncerty: 8 października, 5 i 19 listopada oraz 10 grudnia.

www.wilanow-palac.pl

Muzeum Farmacji

„Officina sanitatis”, „Materia medica”, „Kolor i szlif”, „Forum magistry Antoniny Leśniewskiej” i „Leki Kampo w japońskiej tradycji” to ekspozycje tematyczne nowej wystawy stałej „Res pharmaceuticae” w warszawskim Muzeum Farmacji. W odnowionych wnętrzach placówki prezentowane są dawne apteczne meble, przybory farmaceutyczne, medykamenty i opakowania leków oraz inne przedmioty składające się na wyposażenie apteki.

<https://muzeumfarmacji.muzeumwarszawy.pl>

Plac Defilad: krok do przodu

Tematem 9. Festiwalu „Warszawa w budowie” jest plac Defilad. Wystawa główna pokazuje różne oblicza tego miejsca, przypomina kilka dekad planowania oraz dyskusji na temat koncepcji i projektów jego zagospodarowania, a także prezentuje spojrzenie urbanistów, architektów i miejskich aktywistów na centralną przestrzeń publiczną stolicy. Ekspozycja we wnętrzach Galerii Studio im. Jerzego Grzegorzewskiego w PKiN będzie czynna od 8 października do 26 listopada. ■

ach

www.artmuseum.pl



Fot. archiwum

Pochwała i krytyka symetryztki

Janina Jankowska

Ostatnio w debacie publicznej modne stało się słowo „symetryzm”. Niestety, ma ono już określoną barwę, bynajmniej nie pozytywną. Używają go obydwie strony polskiego podziału, z tym że w radykalnym skrzydle publicystów obozu antypisowskiego, w którym „symetryzm” został chyba po raz pierwszy użyty do etykietowania przeciwnika, „symetryzta” to pożyteczny idiota. W obozie radykalnych pisowców – to zdrajca. W czasach słusznie minionych mówiło się „zgnili inteligent”. Nietrudno zgadnąć, że znalazłam się w tym gronie.

Jako „symetryztką” widzę wiele podobieństw w zachowaniu dwóch zwalczających się plemion. Obydwa zakłamują fakty lub ich nie zauważają, jeśli to służy ich celom. Wystarczy porównać programy informacyjne. Wodzowie jednego i drugiego obozu wypychają ze swoich wspólnot, a może lepiej szeregów, samodzielnie myślących. Tu lista po stronie PiS byłaby bogatsza, ale i z PO wypchnięci zostali wybitni ludzie: Jan Maria Rokita, Zyta Gilowska, Jarosław Gowin.

Partie wodzowskie nie potrafią przyjąć nawet życzliwych, krytycznych uwag od własnych członków. Obowiązuje zatem obrona każdej nierozważnej wypowiedzi. W najlepszym wypadku przemilczenie. Wszak potrzebna jest jedność, zwieranie szeregów, aby odsunąć przeciwnika od władzy. Obydwie partie niechętnie mówią o swoich błędach. A dziennikarskie zaplecza ich w tym wspierają. Ostatnio Janusz Majcherek wprost zachęcał „Gazetę Wyborczą”, by z większą rozważnością dopuszczała na łamy materiały krytyczne dotyczące ośmioletnich rządów PO, bo takie publikacje służą Kaczyńskiemu. Cel uświęca środki. Zatem, zdaniem rycerzy wartości europejskich, w obronie standardów demokratycznych można sięgnąć do środków, które u przeciwnika politycznego piętnuje się jako niedemokratyczne. Przeciwnicy lustracji chętnie wydobywają na światło dzienne materiały esbeckie, jeśli kompromitują one polityków wrogiej opcji.

Ktoś powie, że w dużo większym stopniu czyni to strona „dobrej zmiany”. Być może, ale mechanizm jest ten sam. Nie razi peerelowska przeszłość, jeśli były komuch jest nasz. Nie rozumiem, dlaczego obóz rządzący wraz z zapleczem zachowuje się jak oblężona twierdza? Dlaczego przed wdrażaniem

reform nie szukano sojuszników do realizacji „dobrej zmiany” poza swoim środowiskiem? Dlaczego dziś każdy, kto chciałby zaproponować jakąś jej korektę, jest krytykowany i lekceważony?

Mówi się, że jesteśmy społeczeństwem głęboko spolaryzowanym. Co gorsza, nie widać możliwości podjęcia debaty. Każda strona szuka haków i złych intencji w komunikacji przeciwnika. Dwa obozy nie słyszą się wzajemnie. Nie rozumieją siebie. Lekceważą argumenty. Ktoś powiedział: jeden naród – dwie kultury. Patriotyzm jest częścią polskiego etosu inteligentnego, także obywatelskiego. Zawsze był przyczyną napięć, ale przede wszystkim umożliwiał wymianę poglądów. Jak należy rozumieć polskie wybory, polską przeszłość. Dziś także dzieli. Pojawia się niebezpieczny mechanizm psychologiczny. Poglądy spolaryzowane, dogmatyczne, skonfrontowane z faktami, negujące dane stanowisko, jeszcze bardziej utwierdzają zainteresowanego w jego przekonaniach. Dlatego na wielu szczeblach decyzyjnych postawy zero-jedynkowe wypierają myślenie analityczne.

Jak wyjść z tego klinca? Ciekawą odpowiedź znalazłam w wykładach programisty systemów interaktywnych na Uniwersytecie Harvarda. Właśnie Polak, prof. dr Krzysztof Gajos, na wydziale informatyki tej uczelni uczy przyszłych inżynierów informatyków empatii. To podstawowe narzędzie efektywnego komunikowania się ze światem. Jak zrozumieć ludzi innych od siebie? Zdolność empatii to bardzo praktyczna umiejętność zarówno w programowaniu systemów interaktywnych, jak i w polityce. Co może zrobić informatyk? W Seattle zastosowano system informatyczny, który miał pomóc wyborcom w podjęciu decyzji w jakichś sprawach lokalnych. System nazwany Consider it („Rozważ to”) w przypadku każdej sprawy proponował wyborcy stworzenie własnej listy za i przeciw. Program zawierał też argumenty anonimowych uczestników badania, bez informacji, z jakich opcji pochodzą. Okazało się, że ludzie „pożyczyli” powody od swoich przeciwników politycznych, a później ich poglądy stawały się mniej dogmatyczne. Czy nie znaczy to, że wszyscy mamy podobne potrzeby, tylko ubieramy je w inne słowa? A za słowami idą emocje... ■



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



Fot. archiwum

Tak, że, tak że i także

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Co kilka dni uruchamiam w przeszukiwarce Google'a program do znajdowania odstępstw od zasad ortografii i gramatyki. Ma to służyć badaniu stanu języka, ale przydaje się też jako pomoc w poradnictwie językowym. Program ów daje wyniki, które permanentnie wskazują, że w ciągu minionych kilku lat na czoło wyścigu w kaleczeniu języka wysuwa się niepoprawna forma *także* zamiast *tak że* oraz *tak że* zamiast *także*, a widuje się też *także że* zamiast *tak że*, zestawienie z przecinkiem *także, że* zamiast bez przecinka. Spotyka się też zupełnie zwirowane kombinacje typu **tak że że* albo nawet **tak, że, że*. Słowem niejeden *pisze jak chce* i w dodatku *jak nie umie*. Można rzec: im bardziej nie umie, tym chętniej nie wie, a im bardziej nie wie i nie wie, tym chętniej pisze. To taka typowa cecha rozmaitych forumowiczów i komentatorów zdarzeń. No dobrze, ale nie znęcajmy się nad nimi, tylko przyjrzyjmy się sprawie.

Chodzi o wyrazy *tak* i *że* oraz ich połączenia, jak również funkcje w zdaniu.

Wyrażenie (związek frazeologiczny) *tak że* jest spójnikiem i znaczy 'więc, zatem, wobec tego, w takim razie'. Przecinek stawiamy przed *tak*, bo drugie zdanie jest wprowadza-

ne przez całe to połączenie *tak że*, a nie tylko przez *że*. Na przykład: *Pytał wiele razy, tak że wreszcie się dowiedział* (nie: **także wreszcie się dowiedział!*).

Jeśli jednak w tekście jest tylko zbieg tych dwóch wyrazów (*tak* jest obok *że*, ale nie jako część spójnika) i nie są one wyrażeniem znaczącym 'więc, zatem' itd., to przecinek stawiamy przed *że*. Przykład: *Przymocował to tak, że będzie się trzymało*.

Równie często występuje w tekstach wyraz *także*, który jest zrostem *tak* + *że*: *Są tam piękne zabytki, a także inne wspinałki budynki*. Łączna pisownia *tak i że* jest zarezerwowana dla znaczenia 'również, też'. Triada „*także, również, też*” jest chętnie wykorzystywana jako grupa synonimów do stosowania zamiennego. Ponieważ język polski nie lubi redundancji (niewygodnych powtórzeń), pisarz, który dba o styl, w jednym zdaniu użyje „*także*”, w drugim „*również*”, w następnym „*też*”, i tak w koło. To do takich celów język wytworzył mnóstwo wyrazów bliskoznacznych.

Problem związany z łącznością typu „*tak + że*” dotyczy znacznej liczby różnych połączeń wyrazowych. Niektóre mają postać wyrazu (zrostu), inne są rozdzielane spacją, a przeważnie każde znaczy co innego.

Dobrym przykładem są tu wyraz *jakby* i pisana rozdzielnie para *jak by*. Jeśli w zdaniu chodzi o spójnik, który ma znaczyć 'gdyby, jak gdyby, tak jak', to napiszemy *jakby*. Przykład: *Był smutny, jakby się stało coś złego*. Natomiast rozdzielnie piszemy *jak by*, kiedy *jak* jest zaimkiem. Przykład: *Zastanawiał się, jak by to napisać*. W takich wypadkach cząstka *by* oznacza tryb warunkowy i nie jest składnikiem spójnika złożonego, sama też nie jest spójnikiem (por. *żeby – aby – by*).

Z radością donoszę, że w tekstach internetowych ostatnio znacznie zmniejszyła się liczba takich form jak **poszłem, *pizzernia i *lubieć*. ■

<http://www.lpi.pl>

SMS Z KRAKOWA



Fot. kb

W poszukiwaniu zdrowia

Wydarzeniem medycznym sezonu w Galicji było oczywiście w pierwszych dniach września XXVII Forum Ekonomiczne w Krynicy, którego częścią jest od siedmiu lat Forum Ochrony Zdrowia. Poruszane na nim tematy wykroczyły daleko poza hory-

zont codzienności: strategia rozwoju przemysłu farmaceutycznego, telemedycyna, e-zdrowie w systemie opieki nad pacjentem, przełomowe terapie w leczeniu rzadkich chorób genetycznych, ochrona zdrowia do 2030 r., sieć szpitali – wszystko było ogromnym sukcesem ministra zdrowia. Potwierdzili to zgodnie wszyscy paneliści, poza ostatnim, podsumowującym obrady, prezesem ORL w Krakowie, który jakoś nie dostosował się do ogólnego entuzjazmu poprzedzającego wprowadzenie sieci. Niestety, kilka dni później wicepremier Mateusz Morawiecki skorygował obietnice ministra zdrowia, złożone m.in. podczas forum, przekazania dodatkowych 2,8 mld zł do NFZ (z przeznaczeniem m.in. na endoprotezy i usuwanie ząbów). Na zdrowie przeznaczono dziesięć razy mniej, tj. 281 mln zł. Dobrze i to, ale zacytujmy dla wytchnienia

Stanisława Jerzego Leca: „*Jeździłem w ostatnim tygodniu po prowincji. Spotkałem tam myśli, które nigdy nie przyjeżdżają do stolicy*”.

Tego, że dawna stolica nie traci rozsądku, dowiodła odbyta jeszcze w lipcu w Krakowie 41. Sesja Światowego Komitetu Dziedzictwa UNESCO, na czele którego stoi od ubiegłego roku znakomity polski historyk sztuki, ekonomista, ekspert zagadnień dziedzictwa kulturowego, prof. Jacek Purchla. Otóż jedną z najważniejszych decyzji ostatniej sesji UNESCO było wpisanie na „czerwoną listę” zagrożonych obiektów dziedzictwa... Wiednia. Czym się kierowano? Ano deweloperską inicjatywą, zaakceptowaną przez tamtejszy magistrat, postawienia wielopiętrowego ekskluzywnego apartamentowca w centrum. Widać, że pewne deformacje nikogo nie omijają.

A w Izbie z wolna nasila się atmosfera przedwyborcza. Wbrew opinii konserwatystów zmiany są możliwe, zwłaszcza w kontekście przygotowywanych protestów młodych lekarzy. Ale o tym przeczytamy w gazetach codziennych, których nakłady również nie rosną. ■

Stefan Cieplý

doniesienia naukowe



Niesprawdzone terapie skracają życie

Część chorych na nowotwory stosuje niekonwencjonalne metody leczenia, o czym często nie informuje lekarzy. Ostatnio przeanalizowano przypadki tych, którzy zdali się wyłącznie na niesprawdzone terapie. Wyniki nie są zaskakujące: w okresie sześcioletnim badani z zaawansowaną chorobą nowotworową umierali od dwóch do sześciu razy wcześniej niż pacjenci leczeni chemioterapią lub radioterapią.

Dane 280 chorych z lat 2003–2014 przeanalizował wraz ze swym zespołem dr Skyler Johnson z Yale School of Medicine i Yale Cancer Center w New Haven, w stanie Connecticut. Pacjenci cierpieli na najczęściej występujące nowotwory: raka piersi, prostaty, płuca oraz jelita grubego. Porównano ich z chorymi będącymi w podobnym stanie, czyli w podobnym wieku i z tymi samymi nowotworami, na takim samym etapie rozwoju.

W przypadku raka płuca chorzy, którzy leczyli się wyłącznie metodami niekonwencjonalnymi i zrezygnowali z chemioterapii oraz radioterapii, żyli średnio dwukrotnie krócej. W przypadku raka piersi oraz raka jelita grubego różnica w długości życia była aż pięciokrotna.

– *Nasze badania nie pozostawiają wątpliwości, jak ważna jest uznana i sprawdzona metoda leczenia* – podkreśla Johnson. Jego zdaniem w dłuższym okresie obserwacji różnice te byłyby jeszcze większe, szczególnie w przypadku takich nowotworów jak rak piersi i prostaty, które mogą się rozwijać przez wiele lat.

Ciekawe jest jeszcze jedno spostrzeżenie: wyłącznie niekonwencjonalne metody leczenia najczęściej stosowały osoby lepiej sytuowane i o wyższym statusie społecznym, głównie mieszkańcy północno-zachodnich stanów Ameryki.

(„Journal of the National Cancer Institute”, 10 sierpnia 2017, bit.ly/2v3Gvii)

Niedosłuch pacjenta to większe ryzyko błędu

Niby to oczywiste, ale zapracowani lekarze nie zawsze o tym pamiętają: pacjenci po 60. roku życia często mają kłopoty ze słuchem. Z tego powodu nie zawsze rozumieją, co do nich mówią lekarze. Skutek jest taki, że stosują się nie do wszystkich zaleceń, co negatywnie wpływa na efekty terapii.

Z badań dr. Simona Smitha z University College Cork w Irlandii wynika, że nie słyszy i nie rozumie tego, co chciał przekazać lekarz lub pielęgniarka, 43 proc. pacjentów po sześćdziesiątce. Tytu pacjentów się do tego przyznało, bo irlandzki specjalista wykrył, że w analizowanej przez niego grupie 100 osób niedosłuch wykazywało 60 proc. badanych, a 26 proc. wymagało pomocy innej osoby.

Dr Smith zwraca uwagę na jeszcze jedno: z powodu szpitalnego zgiełku mogą nie usłyszeć wyjaśnień dotyczących

choroby i zaleceń lekarskich również pacjenci, którzy nie mają kłopotów z powodu niedosłuchu. 27 proc. badanych zwróciło uwagę, że lekarz mówi zbyt szybko i do zbyt dużej grupy osób jednocześnie.

Specjalista przypomina, że do błędów medycznych najczęściej dochodzi u starszych pacjentów, a głównym ich powodem jest słaba komunikacja z lekarzem.

(„JAMA Otolaryngology-Head and Neck Surgery”, 24 sierpnia 2017, bit.ly/2w8axPq and bit.ly/2w7WZ6j)

Słabość i demencja źle rokują po operacji

W przypadku poważnej operacji u starszych osób istotnym czynnikiem rokowniczym mogą być słabość fizyczna i demencja pacjenta. Szczególnie niekorzystne, zwiększające ryzyko zgonu, jest występowanie jednocześnie obydwu tych czynników, przy czym bardziej negatywna jest słabość fizyczna.

Wskazuje na to analiza 330 starszych pacjentów (średnio w wieku 58 lat), spośród których w lepszej kondycji fizycznej i umysłowej było 168 osób. Z całej grupy chorych w ciągu czterech lat od zabiegów, takich jak usunięcie nerki, prostaty lub fragmentu pęcherza, zmarła ponad połowa (53 proc.). Najmniej zgonów (12 proc.) było w grupie 168 pacjentów, którzy nie wykazywali fizycznej słabości ani demencji. W przypadku słabości fizycznej liczba zgonów była dwukrotnie większa (25 proc.). Najwięcej zgonów (42 proc.) było wśród chorych po operacji ze słabością i demencją.

(„Journal of the American College of Surgeons”, 4 sierpnia 2017, bit.ly/2xtqZcx)

Fizjoterapeuci nagminnie molestowani

W USA pracownicy służby zdrowia aż 16 razy częściej są narażeni na – delikatnie określając – niewłaściwe zachowania pacjentów, niż przedstawiciele innych grup zawodowych w kontaktach z klientami lub interesantami. Można podejrzewać, że podobnie jest w Polsce, jeśli nie gorzej. Często doświadczają tego lekarze, pielęgniarki i ratownicy, a silnie poszkodowaną grupą są również fizjoterapeuci.

Sondaż, którym objęto prawie 900 amerykańskich fizjoterapeutów, ujawnił, że aż 84 proc. z nich w swej dotychczasowej praktyce spotkało się z niewłaściwym zachowaniem ze strony pacjentów, a nierzadko i molestowaniem seksualnym. 47 proc. badanych oświadczyło, że przynajmniej jedno z takich zachowań pacjentów miało miejsce w ostatnim roku.

W USA wśród fizjoterapeutów zdecydowanie przeważają kobiety, stanowią aż 80 proc. wszystkich zatrudnionych. W sondażu fizjoterapeutki amerykańskie twierdziły, że molestowanie najczęściej objawiało się natarczywym przyglądaniem się, sugestywnymi uwagami, niewłaściwym dotykiem, seksualnymi gestami, a także żądaniem umówienia się na spotkanie, niewybrednymi propozycjami oraz masturbacją. Do molestowania najczęściej dochodziło wtedy, kiedy fizjoterapeutka opiekowała się pacjentami płci męskiej.

(bit.ly/2iJaPcr Physical Therapy, 21 sierpnia 2017) ■

Zbigniew Wojtasiński

UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!



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

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem.
W przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie
będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby.

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

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

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

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

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

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

UWAGA!!!

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



Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie

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.

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.

● **16.10.2017 r.**, poniedziałek, godz. 14.00 – „Ocalmy od zapomnienia” – koncert Teresy Kramarskiej.

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: Renata Sobolewska, tel. 22-542-83-30.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

www.izba-lekarska.pl; **ZAKŁADKA PRACA DLA LEKARZY**

Krajowe oferty pracy na 18.09.2017 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



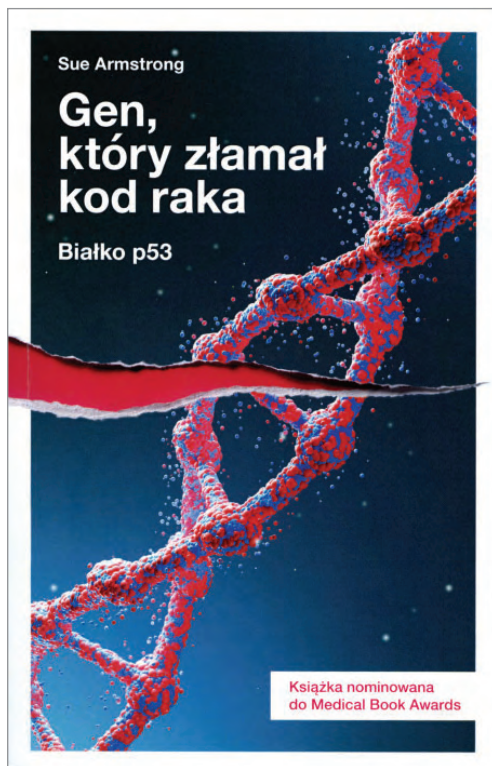
lekarze różnych spec. 25	endokryn./ginekologia 1	medycyna podróży 1	pediatria 26	stomatologia chirurgia 1
alergologia 5	endokrynologia dziecięca 1	medycyna pracy 10	psychiatria 10	stomatologia dziecięca 2
andrologia 1	epidemiologia 1	medycyna ratunkowa 7	psychiatria dziecięca 3	stomatol. endodoncja 1
anestezjologia 10	farmakologia 1	medycyna rodzinna 35	radiologia 9	stomatologia protetetyka 2
balneol. i med. fizyk. 2	gastroenterologia 8	nefrologia 5	rehabilitacja med. 6	urologia 3
chirurgia naczyniowa 5	geriatria 2	neonatologia 3	reumatologia 5	USG 9
chirurgia ogólna 6	ginekologia i poł. 14	neurochirurgia 1	stomatologia 24	
choroby płuc 7	hematologia 3	neurologia 10		
choroby płuc dzieci 1	hepatologia 1	neurologia dziecięca 9		
choroby wewnętrzne 46	hipertensjologia 1	okulistyka 18		
choroby zakaźne 2	kardiologia 9	okulistyka dziecięca 1		
dermatologia 8	kardiologia dziecięca 2	onkologia kliniczna 1		
diabetologia 3	laryngologia 13	ortopedia 16		
endokrynologia 9	laryngologia dziecięca 2	patomorfologia 1		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący

Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





Walka z rakiem

Białko p53. Gen, który złamał kod raka” – to opowieść o najczęściej badanym genie w dziejach biologii molekularnej, opisanym w ponad 70 tys. prac naukowych. Został odkryty w 1979 r., a 14 lat później magazyn „Science” uznał kodowane przez gen białko za „molekułę roku”. Nazywane przez badaczy strażnikiem genomu, białko p53 od kilku dekad znajduje się w polu zainteresowania naukowców zajmujących się poszukiwaniem skutecznych terapii w walce z rakiem.

Sue Armstrong, brytyjska dziennikarka i pisarka, przedstawia z wielką dbałością o szczegóły drogę wiodącą naukowców do odkrycia jednego z najważniejszych białkowych kontrolerów prawidłowego namnażania się komórek i głównego obrońcę przed nowotworzeniem. Pisze o właściwościach białka p53 i jego wykorzystaniu w medycynie oraz o ludziach zaangażowanych w prace badawcze. Przedstawia najważniejsze postacie tego procesu – rozmawia z naukowcami i powołuje się na bogate piśmiennictwo naukowe. Armstrong opowiada o złożoności dróg wiodących do odkryć naukowych, o determinacji i pasji, współpracy i rywalizacji, roli przypadku, latach doświadczeń, prób i badań, a także o porażkach i sukcesach, które wpływają na rozwój nauk medycznych. Mimo że w walce z nowotworami wciąż wiele pozostaje do zrobienia.

Wydawnictwo Kurhaus Publishing

Oprac. **ach**

Wydawnictwo poszukuje **redaktora tekstów medycznych**. Wymagania: wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne, doświadczenie w redagowaniu tekstów medycznych zarówno w aspekcie językowym jak i merytorycznym, wysoki i wszechstronny poziom wiedzy medycznej i farmaceutycznej, dokładność, uważność, skrupulatność, rzetelność w pracy z tekstem. Umiejętność tworzenia tekstów medycznych będzie dodatkowym atutem. Adres do korespondencji: redaktor@optimedica.pl

DLA SMAKOSZY

Śliwki na słodko i kwaśno, czyli...

Jesień nieodparcie kojarzy się w kuchni z pomidorami, jabłkami i ze śliwkami. Naszym dzisiejszym bohaterem będą więc śliwki. To niedoceniany na polskich stołach owoc. Zawiera witaminy A, C, E, B6, K, polifenole (m.in. kwas chłorogenowy), potas, wapń, żelazo, fosfor, magnez, błonnik. Ze względu na przeciwutleniające oraz przeciwdziałające zaparciom działanie śliwki stanowią ważny produkt w profilaktyce raka jelita grubego. Powinny je również docenić kobiety zmagające się z pękającymi naczynkami, ponieważ śliwki zawierają znaczną ilość witaminy K oraz witaminy C, które uszczelniają naczynia krwionośne. Owoce suszone przewyższają świeże, są bowiem pięciokrotnie bogatszym źródłem witaminy A. O zaletach śliwek przy produkcji destylatów wspominać nie będę. Owoce pochodzą prawdopodobnie z Azji. Na Starym Kontynencie znane są od połowy XVII w. i dziś szeroko rozpowszechnione. Do Polski przywędrowały prawdopodobnie z Węgier.

Pragnę zatem zaproponować Wam świeże śliwki, jako że jesienią mamy ich pod dostatkiem, na słodko i kwaśno, w postaci pasty na grzankach.

Składniki pasty (na 10–12 grzanek pszennych): 6–8 śliwek (twardych, słodko-kwaśnych) 250 g sera mascarpone

10 dkg (dwa plastry grubości 5 mm) sera salami po 1/3 zielonej, czerwonej i żółtej papryki pół łyżeczki czarnego pieprzu (świeżo zmielonego)

Wykonanie: wszystkie składniki kroimy w drobną kostkę i łączymy z serem. Wstawiamy do lodówki na pół godziny. Można dodać czubatą łyżeczkę drobno posiekanego imbiru.

Grzanki przygotowujemy ze zwykłych pszennych bułeczek. Przekrawamy je na pół, a następnie pieczemy przez 3–5 minut w piekarniku z włączonym termoobiegiem, w temperaturze 180 st. C. Jak się lekko zezłocą, wyjmujemy i nacieramy oliwą wymieszaną z utartym oregano lub bazylią, a potem przekrojonym na pół ząbkiem czosnku. Następnie bułeczki ponownie wkładamy do piekarnika i, obrócone na drugą stronę, pieczemy 3–4 minuty.

Po wyjęciu bułeczek nakładamy na nie gotową schłodzoną pastę, dekorujemy śliwką pokrojoną w plasterki. Grzanki świetnie smakują z białym winem lub piwem. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz

Pozytywista do szpiku kości

Wyciąć poza utarte schematy” – to tytuł jednego z rozdziałów książki poświęconej prof. Wiesławowi Jędrzejczakowi, znanemu hematologowi, który zgodził się opowiedzieć o swoim życiu. A właściwie skonfrontował je z faktami i opiniami innych ludzi na jego temat, które autorka Justyna Wojteczek pozyskała z rozmaitych źródeł. Osobiste wypowiedzi Wiesława Jędrzejczaka zostały celowo wyodrębnione w każdym rozdziale, jakby po to, by dać czytelnikowi prawo do własnej oceny przedstawianych wydarzeń. A w barwnym życiorysie bohatera publikacji było ich sporo, więc wspomniany tytuł jest kwintesencją tej opowieści – o niezłomnym lekarzu, który zawsze robił swoje dla dobra chorego, nie oglądając się na uwarunkowania polityczne (jest lekarzem wojskowym), odgórne decyzje albo zastrzeżenia kolegów.

Krótki wstęp napisany przez prof. Cezarego Szczylika, wieloletniego współpracownika prof. Jędrzejczaka, dobrze charakteryzuje naturę bohatera książki. Realizuje on w Polsce nieczęsty model kariery lekarza naukowca, gdyż mając pełne wykształcenie medyczne i badawcze, porusza się swobodnie między pracą naukową i kliniczną. „Zawsze, gdy rozmawiam z pacjentem, patrzę mu prosto w oczy – przyznaje prof. Jędrzejczak. – Bo z jego spojrzenia mogę wywnioskować, ile tak naprawdę na swój temat chce wiedzieć.

Ile informacji będzie w stanie psychicznie udźwignąć”. I jeszcze: „Nie można zadawać choremu cierpienia wbrew jego woli, a takim cierpieniem jest leczenie onkologiczne. Bez zaufania do lekarza nic się w tej dziedzinie nie da zrobić, więc całe szczęście, że to zaufanie potrafię wzbudzić”.

Do wielu trudnych wyborów zmusiły prof. Jędrzejczaka okoliczności. Przez 10 lat czuł się zepchnięty na boczny tor. Dziś trudno w to uwierzyć, ale pionierzy transplantacji szpiku, które przecież nie zawsze się udawały, byli narażeni na ostrą krytykę. Najwięksi luminarze medycyny nie wierzyli w powodzenie tej metody, negowali jej przydatność w leczeniu białaczek, kładąc nacisk na potrzebę doskonalenia chemioterapii. „Nie miałem wsparcia. Brakowało wyposażenia, leków, personelu. Dostałem separatkę z toaletą i to był cały kapitał”. Stale słyszał od zwierzchników: najpierw pokaż, że potrafisz to robić, a potem damy, co trzeba. Jak się okazało, że potrafi – w trybie administracyjnym w 1987 r. jego zespół w Centralnym Szpitalu Wojskowym rozwiązano i, zamiast kontynuować pracę kliniczną, musiał zadowolić się prowadzeniem zakładu immunologii. „Mam poczucie, że zakazując kontynuowania przeszczepów, wyrwano mi dekadę z życiorysu. Przykro myśleć, że przez ten czas można było uratować kilkudziesięciu ludzi”. Wrócił do transplantacji dopiero po



objęciu stanowiska szefa kliniki hematologii w Akademii Medycznej w 1998 r. (które przed przedwczesną śmiercią zajmowała prof. Zofia Kuratowska). I znów rok zabrało uruchamianie ośrodka nieprzygotowanego do tego typu zabiegów.

Ktoś, kto zna profesora tylko jako nauczyciela akademickiego lub z referatów wygłaszanych na sympozjach albo nawet z obcowania z nim w klinice, po lekturze książki zrozumie, jak wielowymiarową jest postacią i ile trudnych decyzji musiał podjąć w swoim życiu. „Mam zawód, który polega m.in. na tym, że muszę się konfrontować z nieszczęściem” – wyznaje. To uodparnia – na przeciwności losu, ludzką zawiść, porażki leczenia. A nam pokazuje medycynę znów w aureoli posłannictwa i powołania. ■

Paweł Walewski

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w Radomiu, 26-600 Radom, ul. Czachowskiego 21A, **zatrudni** na stanowisku lekarza orzecznika ZUS lekarzy medycyny z tytułem specjalisty. Istnieje możliwość podjęcia zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy. Tel. 48-385-63-67.

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

JĘZYK NIEMIECKI DLA LEKARZY
5 0 4 2 4 6 2 0 6



REKLAMA



Serce Marszałka na wileńskiej Rossie

Jacek Walczak

Na wypadek nagłej śmierci. Nie wiem, czy zechcą mnie pochować na Wawelu. Niech! Niech tylko moje serce wtedy zamknięte schowają w Wilnie, gdzie leżą moi żołnierze, co w kwietniu 1919 roku mnie jako wodzowi Wilno jako prezent pod nogi rzucili (...) A zaklinam wszystkich, co mnie kochali, sprowadzić zwłoki mojej matki z Sugint Wiłkomirskiego powiatu do Wilna i pochować matkę, największego rycerza Polski nade mną. Niech dumne serce u stóp dumnej matki spoczywa (...)."

Tekst ten, spisany odręcznie na karcie papieru firmowego Generalnego Inspektoratu Sił Zbrojnych, przekazała jednemu z adiutantów Aleksandra Piłsudskiego, wdowa po Marszałku, nazajutrz po jego śmierci, 13 maja 1935 r. Po raz pierwszy podobną wolę wygłosił Piłsudski w przemówieniu do legionistów w Wilnie, w 1928 r.:

„(...) to mówię, że miłem to być musi i gdy serce swe grobem poję, serce swe tam, na Rossie kładę, by wódz spoczął z żołnierzami (...)."

Odzyskana w końcu 1918 r. niepodległość nie określała jasno granic Polski na wschodzie. Starcia zbrojne jeszcze trwały. Legendą obrosły wyczyny Orląt Lwowskich i samoobrony wileńskiej. Styczeń 1919 r. przyniósł Polakom dotkliwą porażkę. Ale już na Wielkanoc ze skuteczną odsieczą przybył do Wilna Józef Piłsudski, wypierając Armię Czerwoną z miasta. 24 kwietnia z kościoła św. Kazimierza wyruszył kondukt pogrzebowy. Poległych bohaterów Wilna odprowadzono na miejsce przed murem starego cmentarza Na Rossie. Poległych w walkach 1920 r. również tam chowano, ale też na specjalnie wydzielonym kwartale na tzw. Nowej Rossie.

Potem w mury Starej Rossy wbudowano pomnik ku czci obrońców Wilna. Od tej pory cmentarzyk wojskowy Na Rossie trwał w niezmiennym stanie aż do śmierci Marszałka.

Józef Piłsudski zmarł w pałacu Belwederskim w Warszawie 12 maja 1935 r. Spełniając wolę Marszałka, dokonano wyjęcia serca i umieszczone je w urnie, którą złożono w niszy, obok prezbiterium kościoła św. Teresy w Wilnie. Uroczysty pogrzeb Piłsudskiego odbył się 17 i 18 maja. Jego ciało spoczęło w metalowej trumnie w krypcie katedry wawelskiej.

Pozostała do spełnienia druga prośba Naczelnika, o sprowadzenie ciała jego matki z Sugint na Litwie. W wigilię pierwszej rocznicy śmierci Marszałka w kościele św. Teresy ustawiono trumnę Marii z Billewiczów Piłsudskiej, a u jej stóp urnę z sercem syna. Nazajutrz (12 maja 1936 r.) odprawiono mszę żałobną, po której kondukt przemarszerował ulicami Wilna. Momentowi umieszczenia trumny i urny w grobowcu towarzyszyła trzyminutowa cisza, po której zabrzmiało 101 strzałów armatnich. Uroczystości zakończyło odegranie hymnu państwowego przez orkiestrę wojskową.

Przygotowania do pochówku trwały rok. Miejsce na cmentarzu Na Rossie wymagało gruntownej przebudowy. Zawiązał się honorowy komitet, który dbał o należyte przygotowanie mauzoleum, ale także o powiększenie cmentarzyka wojskowego. Projekt zlecono prof. Wojciechowi Jastrzębowskiemu. Największym problemem okazało się znalezienie kamienia nadającego się do przykrycia grobowca. Odpowiedni gład z czarnego granitu wydobyto we wsi Bronisławka na Wołyniu. Wielu problemów przysporzyły

II Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”

27–28 października 2017 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbędzie się konferencja naukowa dotycząca problematyki porozumienia lekarza z pacjentem. Jej organizatorami są: Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej, Zespół Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN, Zakład Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny WUM oraz Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny EMSA Warszawa. W programie są m.in. wykłady zaproszonych gości, specjalistów z dziedzin medycyny i humanistyki: prof. Elizabeth Rider (Uniwersytet Harvarda), prof. Tomasza Pasierskiego (WUM) i prof. Joanny Jurewicz (UW), a także obrady w sesjach tematycznych.

Uczestnicy konferencji będą mogli zdobyć praktyczne umiejętności i rozwinąć przydatne w pracy klinicznej kompetencje komunikacyjne podczas warsztatów, prowadzonych m.in. przez Zbigniewa Kowalskiego (o trudnych sytuacjach w kontakcie z pacjentem) oraz Edytę Palkę (o przekazywaniu niepomyślnych wiadomości w medycynie).

Organizatorzy serdecznie zapraszają do udziału w konferencji pracowników opieki zdrowotnej, młodych lekarzy i studentów kierunków medycznych oraz wszystkich zainteresowanych tematem komunikacji w medycynie. Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracyjny znajdują się na stronie: www.komunikacja.wum.edu.pl.



transport i wykonanie nagrobnej płyty. Uporano się z nimi na kilka dni przed rocznicą śmierci Marszałka. Na płycie wykonano napis „*Matka i serce syna*”. Zgodnie z wolą Marszałka jest też na nim cytata z „*Wacława*” Juliusza Słowackiego. 12 maja 1936 r. wola zmarłego została spełniona.

Mauzoleum było miejscem kultu do 18 września 1939 r., kiedy Armia Czerwona wkroczyła do Wilna. W tym dniu przy grobie stała ostatnia warta honorowa. Pełniący służbę żołnierze odmówili ewakuacji w bezpieczne miejsce. Zginęli od salwy karabinu maszynowego sowieckiego czołgu. Cmentarz powiększyły trzy nowe nagrobki. Tylko na jednym z nich

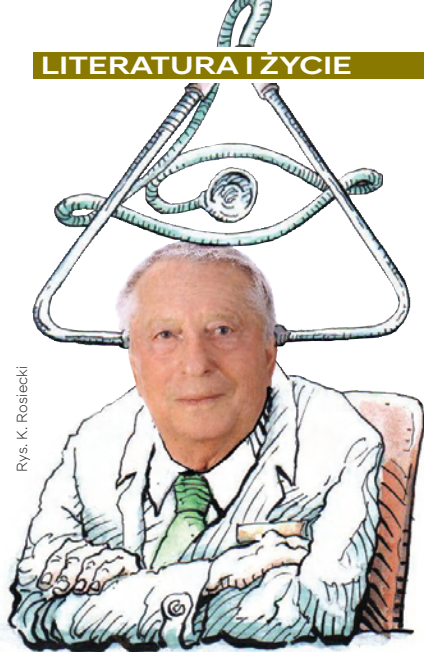
widnieje imię zmarłego – kpr. Wincenty Salwiński. Pozostali dwaj – NN.

Po wojnie Wilno znalazło się pod administracją Związku Sowieckiego i zabronione były jakiegokolwiek ceremonie związane z oddawaniem czci polskim bohaterom. Zakazane było składanie kwiatów i zapalanie świec. Na szczęście od wielu lat powróciła normalność na cmentarzu Na Rossie i miejsce to nie razi już swoim wyglądem. Zawsze można znaleźć na mauzoleum świeże kwiaty i znicze. Podobnie jak na grobach znakomitych Polaków na całym terenie cmentarza. ■

www.jacekwalczak.com



Fotografier: J. Walczak



Rys. K. Rosiecki

Sowietskoje szampanskoje w Tbilisi

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

Wszystkie teksty z tego cyklu mają charakter wspomnieniowy i odnoszą się do okresu sprzed 50 lub więcej lat.

Artur Dziak

Przy okazji każdego igrzysk olimpijskich odbywały się międzynarodowe kongresy poświęcone zagadnieniom medycyny sportowej, ze szczególnym uwzględnieniem fizjologii i traumatologii sportu. Olimpiadzie w Moskwie, zbojkotowanej przez bardzo wiele krajów z powodu agresji sowieckiej na Afganistan, towarzyszył kongres, ale nie w mieście olimpiady, tylko w odległym Tbilisi, w Gruzji. Dlaczego tak postanowiono, nie wiadomo. Być może, by zaznać piękna podróży i bankietów, które przecież odbywały się na koszt Komitetu Olimpijskiego.

Kongres w Tbilisi utkwiał mi w pamięci z dwóch względów. Po pierwsze dlatego, że wywołałem niemałe poruszenie wystąpieniem poświęconym tzw. łokciowi tenisisty, czyli

bólom bocznego przedziału stawu łokciowego, po drugie ze względu na przygodę, która mnie spotkała w pewnej restauracji. Na kongresie postanowiłem wykazać, że stosowany powszechnie termin jest wadliwy, gdyż tenisiści owszem, także z łokciem mają problemy, ale według dostępnych mi danych, opisujących dużą liczbę operowanych przypadków, większy odsetek cierpiących na tę przypadłość stanowią ginekolodzy, a to z racji profesjonalnego przeciążenia przyczepów mięśni prostowników nadgarstka i palców podczas... wykonywania skrobaneek.

Ponieważ miałem dosyć kongresowych obrad, postanowiłem pewnego wieczoru udać się na miasto, by posłuchać muzyki, zjeść coś oryginalnego i napić się dobrego gruzińskiego wina. Po dosyć długim krążeniu po bocznych uliczkach znalazłem to, czego szukałem – położoną w ogrodzie restaurację z tarasami. Wchodzę na pięterko, siadam przy ścianie, przy małym stoliku, gdyż chcę być sam. Niedaleko znajduje się długachny stół, za którym siedzi kilkudziesięciu rozbawionych Gruzinów. Koło stołu biegają jak wściekli wszyscy kelnerzy, przeto nikt na mnie nie zwraca najmniejszej uwagi. Kiedy oczekiwanie się przedłuża, łapię za poję jednego z przebiegających kelnerów i mówię, że specjalnie przyjechałem z Polski, by skosztować gruzińskiego wina. Mijają minuty i nadal nic się nie dzieje. Wciąż siedzę przy pustym stoliku, więc jeszcze raz zatrzymuję kelnera i już nieco gwałtowniej mówię, że czekam na zamówione wino. Tym razem czekam krótko, ale kelner stawia na stole napoczętą butelkę... sowieckie szampanskoje!

Ogarnia mnie wściekłość, a w takich chwilach staję się bardzo trudnym przeciwnikiem. – *To ja tutaj przyjechałem, żeby spełnić życzenie mojej świętej pamięci babci, która mówiła: „jeśli kiedykolwiek dobry Bóg pozwoli ci odwiedzić Gruzję, to ty dożyjesz gruzińskiego wina napitsia”, a ty mnie czto podałeś? Sowietskoje szampanskoje?! – krzyczę i ze złości prawie tracę głos. Kelner wyrwa się i ucieka.*

Za moment przysiadł się do mnie młody człowiek z gruzińskiego stołu i mówi, że Tomoda – tu wskazuje starszego, potężnie obruszonego Gruzina siedzącego u szczytu stołu – zaprasza mnie do nich, gdyż usłyszał rozmowę i ma dla mnie prawdziwe gruzińskie wino. Przysiadam się do stolika, po uprzednim się przedstawieniu, i poddaję panującemu nastrojowi zabawy. Toasty idą gęsto, gruzińskim zwyczajem są to całe przemówienia – majstersztyki, naszpikowane aluzjami, poezją i humorem. Dobrze mi, ale po pewnym czasie słusznie dochodzę do



Collage: Artmedia Partners

wniosku, że jeszcze trochę, a mogę sromotnie dać plamę, więc przepraszam Tomodę i mówię: – *U mienia zawtra naucnyj dokład na kongresie, tak ja doma dołžen!*

Tomoda mówi: – *Minuteczku, i daje znać któremuś z biesiadników. W jednej chwili przy stole pojawia się kierownik restauracji zgięty uniżenie jak scyzoryk. Tomoda patrzy gdzieś nad nim w przestrzeń i powoli cedzi: – Nasz drug, doktor, on z Półsy prijechał. Jewo babuszka jemu skazała, cztoż on u nas gruzińskowo wina napiłsia. A ty czto? Swotocz, bindiuznik! Sowietkoje szampanskoje jemu podał?! Tomoda podnosi z każdym słowem głos, aż huczy na całą salę!*

– *Ty mnie słuszaj, swotocz! On jeszcze w Tbilisi tri dnia gulat' budiet i tri dnia na niewo dzies stoł dołžen żdać, i wsio, czewo zachoczet, ty – swotocz – jemu podał' dołžen – kończy, dusząc się prawie z wściekłości!*

Przeżalenie kierownika sali jest tak ogromne, że odchodząc od stołu, nie śmie odwrócić się plecami i wycofuje się tyłem, zwrócony twarzą do Tomody, wykonując ukłony i mamrocząc: – *Da, ja was słuszaju, ja was słuszaju, ja was słuszaju!*

Do tej restauracji już nie powróciłem, gdyż nie starczyło czasu, ale do dziś pomnę gruzińską gościnność.

Z podobną sympatią spotkał się w Gruzji mój kolega, który przypadkowo w Warszawie pomógł naprawić samochód podróżującemu Gruzinowi. Wdzięczny przybysz zostawił mu wizytówkę i oświadczył, że gdyby kiedykolwiek los go do Gruzji skierował, ma natychmiast dać znać.

Wyroki losu są niezbadane i memu koledze zdarzyło się do Gruzji pojechać, więc telefon wykonał. W krótkim czasie pod hotel zajechał nie jeden, ale kilka samochodów, z których wyspało się kilkanaście osób i każda tak się z nim witała jak z kimś bardzo bliskim. Szybko też przyjezdni capnęli go do samochodu i wywieźli za miasto, gdzie jego dłużnik miał stary dom z ogrodem. Kolega mój balował tam – jak opowiadał – trzy dni i to prawie cały czas siedząc za stołem! Trzeciego dnia dowiedział się, że jego Gruzin właśnie przed trzema dniami miał samochodem chłodnią, wypełnionym po sufit mięsem, pojechać do kilkaset kilometrów oddalonego miasta. Zaniepokojony zapytał, co się stało z ładunkiem.

– *Nic się nie stało. Wszystko jest pod kontrolą* – odpowiedział gościnny gospodarz.

– *Jak to? Przecież ciężarówka stoi w ogrodzie, a my tutaj już trzeci dzień balujemy.*

– *To nic* – padła kolejna odpowiedź. – *Po prostu dzisiaj w nocy mój kum wywiezie to cholerne, już dobrze zepsute mięso w góry, wypieprzy do wąwozu i sępy wszystko rozdziobią.*

– *No, dobra* – drażył mój kolega – *ale przecież mięsa nie dowiołeś, a to musi być wielka forsa, więc jak?*

– *Dowieźć, nie dowiołem* – podsumowuje gospodarz – *ale kwit jest. I pokazuje mu dokument poświadczający, że tam i tam odebrano dwanaście ton mięsa!*

Socjalizm to ustrój nieprawdopodobnych możliwości! ■



Jazz w Radomiu

Jerzy Borowicz

Poraz pierwszy w tym ładnym mieście byłem dłużej niż jeden dzień, ale to wystarczyło, aby polubić jego mieszkańców.

Od 18 do 20 sierpnia trwał Cafe Jazz Festival Radom 2017.

Mam nadzieję, że wpisze się on w kalendarz znakomych cyklicznych imprez tego miasta i będziemy mogli co roku spotykać się na jazzowej imprezie wśród niezawodnych przyjaciół.

Cafe Jazz Festival odbył się przede wszystkim dzięki Mirosławowi Kalininowi i jego kolegom, którzy imprezę wymyślili. Radomski Miejski Ośrodek Kultury, którym kieruje Waldemar Dolecki, objął ją patronatem, dyrektorem artystycznym został znakomity pianista, były dyrektor Złotej Tarki, Wojciech Kamiński, a firma, która serwowała kawę, sponsorowała także nagrody dla uczestników.

Laureatem konkursu o nagrodę Radomski Jazz[on] został zaledwie 17-letni pianista Eryk Likowski.

W piątek festiwal zainaugurowała kolorowa parada nowoorleańska poprowadzona przez zespół Leliwa Jazz Band. Przyjezdni i mieszkańcy Radomia, często w strojach z lat 20. i 30., przeszli tanecznym krokiem ulicami Radomia.

Wśród wykonawców byli: Five O'Clock Orchestra, Sergiej Wowkotrub Gypsy Swing Quartet z Markiem Rudnickim, Dorota Przybytek z Jazz Band Ball Orchestra, Joanna Morea and Her Swinging Boys, Dorota Curyłło Quartet, Old Timers w nowym składzie i w świętym brzemieniu, The Harpiano Show i Dixie Company z nastrojową Diane Davidson. W niedzielę zagrały dobre zespoły radomskie: Blues Power, Gospel Radom i Big Band Montana.

Na wszystkie imprezy wstęp był wolny.

Trzy dni doskonałej zabawy, kamperowcy stworzyli niepowtarzalny klimat w miasteczku festiwalowym, strefa „wszystko do kawy” cieszyła się ogromną popularnością.

I ja tam z żoną byłem, i muzyki słuchałem! ■





Ksiądz Profesor Stanisław Warzeszak (1958–2017)

My wszyscy, lekarze zrzeszeni w Oddziale Mazowieckim Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich błogosławionej dr Ewy Noiszewskiej, **z ogromnym żalem żegnamy Księdza Profesora.**

Ks. Stanisław był od kwietnia 2016 r. asystentem kościelnym naszej organizacji. Rok temu, z inicjatywy ks. Stanisława, jej działalność stała się bardziej intensywna. Po wyborze nowego kierownictwa oddziału ks. Stanisław przyczynił się do Parafii Niepokalanego Poczęcia NMP na Bielanach, gdzie był proboszczem. Co miesiąc nasze zebrania rozpoczynały się mszą świętą, po której spotykaliśmy się w parafialnym Ośrodku Duszpasterskim „Immaculata”. Ksiądz Profesor nie opuszczał żadnego zebrania, uczestniczył w dyskusjach, objaśniał naukę Kościoła, zapraszał do posiłku, sam serwował herbatę i kawę. Uśmiechnięty i gościnnie, nigdy nie okazywał zmęczenia czy zniecierpliwienia.

Podczas ostatniego zebrania nasza sala spotkań została upiększona wizerunkiem św. Joanny Beretty Molli z relikwią, której autentyczność potwierdził arcybiskup Mediolanu.

Ks. Stanisław nagle nas osierocił, ale jesteśmy przekonani, że zostawił nas pod Jej opieką. Prosimy teraz świętą Joannę, patronkę obrońców życia, o wstawiennictwo u Najwyższego Boga za duszę Księdza Profesora. Niech wyjedna Mu wieczne zbawienie, wynagrodzi dobre uczynki i dzieła, które po sobie zostawił.

A my będziemy pamiętać uśmiechniętą, spokojną twarz, Jego dobroć i szlachetność, wewnętrzny spokój, zatroskanie problemami pacjentów i tych, którzy troszczą się o ich zdrowie i życie. Będziemy pamiętać indywidualne rozmowy, podczas których mogliśmy Mu powierzać swoje troski i problemy. Pochylał się nad nimi, nie licząc swojego czasu, z dobrocią i miłosierdziem.

Trudno będzie bez Niego. Trzeba będzie, pamiętając o Jego radach, wskazówkach i opiece, kontynuować działalność poświęconą lekarskiemu powołaniu, poszerzaniu wiedzy i kształtowaniu sumień.

Drogi Księżu Stanisławie, odpoczywaj w pokoju wiecznym!

Prof. Bogdan Chazan,
prezes Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich,
w imieniu lekarzy KSLP OM

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

*Za to, że z nami byłeś
Dzisiaj Boga sławię
Byłeś w Jego imieniu
Księżu Stanisławie.
Pozostawiłeś słowa
Z przesłaniem od Niego.
Będziemy je pamiętać
I korzystać z tego...*



Dni Skupienia Środowiska Medycznego 13–15 X 2017 r.

*Matkę Najświętszą obieram
za opiekunkę w moich trudnościach
(św. brat Albert)*

Zapraszamy serdecznie lekarzy i pielęgniarki,
aby w pięknej scenerii leśnej
Ośrodka Charytatywno-Opiekuńczego Caritas
Diecezji Warszawsko-Praskiej w Słupnie k. Radzymina,
w dobrym towarzystwie medyków,
wyciszyć się, objąć refleksją swoje życie,
zastanowić nad osobistą relacją z Bogiem.
Będzie możliwość wspólnej mszy świętej
w kameralnej drewnianej kaplicy,
wysłuchania duchowej konferencji,
rozmowy z kapłanem,
skorzystania z możliwości spowiedzi świętej,
a także podzielenia się i wysłuchania świadectw o tym,
jak Bóg działa w naszym życiu
oraz jak pomaga nam przez Matkę Bożą
w naszych codziennych trudnościach.
To dobry czas integracji z innymi medykami,
trwania w ciszy przed Najświętszym Sakramentem,
odpoczynku na łonie przyrody
oraz nabrania sił fizycznych i duchowych
do dalszej pracy z pacjentami.
Będzie wyświetlany również film pt.:
„Teraz i w godzinę śmierci” – o mocy modlitwy różańcowej.

Zgłoszenia:
Anna, tel.: 665-191-517

www.srodowiskomedyczne.pl



Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci

dr. Zbigniewa Kajetana Maciejewskiego

pulmonologa, poety, malarza, wspaniałego
kolegi, czynnego człowieka.
Rodzinie i bliskim
składamy wyrazy współczucia

Sekcja Malarstwa Komisji Kultury
i Sportu ORL w Warszawie
oraz redakcja „Pulsu”



Naszemu Koledze
Janowi Zmorze
wyrazy głębokiego współczucia
i słowa wsparcia
z powodu śmierci

Żony

składają
koleżanki i koledzy
ze Szpitala Solec Sp. z o.o.



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

16 sierpnia 2017 r. weszła w życie ustawa z 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 1473.

Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy, oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Pracownikiem, o którym mowa, jest osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, a także osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Do 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy ma dokonać podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez prezesa GUS, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze.

Podwyższenia wynagrodzenia dokonuje się z uwzględnieniem następujących warunków:

- sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy,
- podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów,
- porozumienie zawiera się corocznie do 31 maja (**w 2017 r. porozumienie zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy**),

- jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte we wskazanym terminie, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, kierownik podmiotu leczniczego, a w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, podmiot tworzący,
- ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia.

1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10 proc. kwoty stanowiącej różnicę między najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika. Natomiast w terminie od 1 lipca 2018 do 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się w każdym roku co najmniej o 20 proc. tej kwoty.

Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

Od 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na 31 grudnia 2021 r.

Kontrolę wykonywania przepisów ustawy przeprowadza podmiot tworzący, na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, i Państwowa Inspekcja Pracy.

W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonywającej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i wymaganym kwalifikacjom, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy.

Do 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

Załącznik do ustawy określa m.in. następujące grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku i współczynnik pracy:

- lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny – współczynnik 1,27,



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 Kuźwaczek
wtorki – 10.00–12.00
tel.: 784-98-65-57.



Mediator
Krzysztof Bielecki
czwartki – 13.00–15.00
(po umówieniu)
prof.bielecki@gmail.com

Pracownik biura Daniel Jarosz, tel.: 22-542-83-33, d.jarosz@oilwaw.org.pl

- lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację I stopnia w określonej dziedzinie medycyny – współczynnik 1,17,
- lekarz albo lekarz dentyista, bez specjalizacji – współczynnik 1,03,
- lekarz stażysta albo lekarz dentyista stażysta – współczynnik 0,73.

23 sierpnia 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1570, obwieszczenie ministra zdrowia z 24 lipca 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich.

25 sierpnia 2017 r. weszła w życie ustawa z 20 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 1524.

Zgodnie z przepisami ustawy elektroniczna dokumentacja medyczna oznacza dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP:

- umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, z wyłączeniem zleceń na wyroby medyczne,
- określone przez ministra zdrowia rodzaje elektronicznej dokumentacji medycznej, uwzględniające konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji oraz stopień przygotowania usługodawców do prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej.

Usługodawcy są obowiązani prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną w formatach zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej ministra zdrowia oraz dokonywać wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, określonej w przepisach wydanych przez ministra zdrowia, zgodnie ze standardami zamieszczonymi w BIP ministra zdrowia.

Minister zdrowia w celu monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, stanu zdrowia usługobiorców, prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych albo programów polityki zdrowotnej, a także monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, jakości i efektywności kosztowej badań diagnostycznych lub procedur medycznych może tworzyć i prowadzić albo tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych osobowych, w tym jednostkowych danych medycznych.

Utworzenie rejestru medycznego może nastąpić na wniosek podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, NFZ albo innych jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra zdrowia.

Minister zdrowia może zlecić prowadzenie rejestru medycznego, określonego w przepisach rozporządzenia, wymienionym podmiotom.

Utworzenie i prowadzenie rejestru medycznego może być finansowane lub dofinansowane przez ministra zdrowia w ramach środków przeznaczonych na finansowanie programu polityki zdrowotnej lub w formie dotacji celowej udzielonej podmiotowi prowadzącemu rejestr.

Usługodawcy oraz podmioty prowadzące rejestry publiczne i rejestry medyczne są obowiązani do nieodpłatnego przekazywania danych do rejestrów medycznych.

Podmiot prowadzący rejestr medyczny jest obowiązany nieodpłatnie przekazywać ministrowi zdrowia, na jego wniosek, dane zawarte w rejestrze medycznym w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczą, lub dane statystyczne na podstawie informacji zawartych w rejestrze medycznym, w terminie i w formie wskazanej przez ministra.

Podmiot prowadzący rejestr medyczny ma nieodpłatnie udostępniać NFZ dane gromadzone w rejestrze w zakresie określonym w ustawie.

Jest też obowiązany do stworzenia organizacyjnych i technicznych warunków ochrony przetwarzanych danych przed nieuprawnionym dostępem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem, modyfikacją, uszkodzeniem, zniszczeniem albo utratą.

Administratorem danych gromadzonych w rejestrze medycznym jest prowadzący go podmiot. Natomiast administratorem danych przetwarzanych w Systemie RUM – NFZ jest NFZ.

Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje nieodpłatnie ministrowi zdrowia, na jego wniosek, dane zawarte w Systemie RUM – NFZ w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczą, lub dane statystyczne na podstawie informacji zawartych w Systemie RUM – NFZ, w tym danych udostępnionych NFZ przez podmioty prowadzące rejestry medyczne, w terminie i w formie wskazanej przez ministra, pozwalającej na łączenie informacji z poszczególnych baz danych.

Dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej do 31 grudnia 2018 r. Recepty mogą być wystawiane w postaci papierowej do 31 grudnia 2019 r., a skierowania – do 31 grudnia 2020 r.

Dane zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej udostępnią się od 1 stycznia 2021 r.



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

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

Usługa dostępna dla abonentów sieci komórkowych i stacjonarnych

Usługodawcy są obowiązani do zgłoszenia jednostce podległej ministrowi zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, gotowości podłączenia swoich systemów do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych:

- nie później niż do 31 grudnia 2018 r. – w odniesieniu do recept,
- nie później niż do 30 czerwca 2019 r. – w odniesieniu do skierowań,
- nie później niż do 31 grudnia 2019 r. – w odniesieniu do wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej.

Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach wykonawczych do ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w Systemie Informacji Medycznej.

15 grudnia 2017 r. wchodzi w życie zmiana ustawy – Prawo o aktach stanu cywilnego.

Zgodnie z art. 144 ustawy, **do 1 stycznia 2023 r. karta urodzenia** oprócz następujących danych: nazwisko, imię (imiona), nazwisko rodowe, data i miejsce urodzenia oraz numer PESEL matki dziecka, jeżeli został nadany, miejsce, data i godzina urodzenia dziecka, płeć, zawiera:

- informacje o stanie zdrowia dziecka: długość, ciężar ciała, punkty w skali Apgar,
 - informacje o ciąży i porodzie: okres trwania ciąży, wielorakość i miejsce porodu,
 - dane o poprzednich ciążach i porodach matki dziecka:
 - a) liczbę dzieci urodzonych przez matkę, w tym żywo urodzonych lub martwo urodzonych,
 - b) datę poprzedniego porodu,
 - c) żywotność poprzedniego dziecka,
 - miejsce zamieszkania rodziców dziecka, w tym okres ich przebywania na terytorium RP na obszarze danej gminy, o ile są znane, oraz wykształcenie rodziców dziecka
- pozyskiwane przez podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Do 1 stycznia 2023 r. karta martwego urodzenia zawiera dane wymienione wcześniej oraz czas zgonu płodu i przyczynę zgonu, jeżeli została stwierdzona.

Do 1 stycznia 2023 r. karta zgonu, oprócz danych wymienionych w części przeznaczony do zarejestrowania zgonu oraz w części przeznaczony dla administracji cmentarza w celu pochowania zwłok, zawiera, jeżeli są znane:

- informacje o miejscu zgonu, jego przyczynach, osobie stwierdzającej przyczynę zgonu oraz sposobie stwierdzenia przyczyn zgonu,
- w przypadku dziecka do roku życia,
 - a) godzinę urodzenia, informacje o stanie jego zdrowia w chwili urodzenia: długość, ciężar ciała, punkty w skali Apgar,
 - b) informacje o przebiegu ciąży i porodzie: okres trwania ciąży, wielorakość porodu oraz liczbę dzieci urodzonych przez matkę,
- nazwę podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz nazwisko i imię (imiona) sporządzającego kartę zgonu,
- wykształcenie zmarłego,
- miejsce zamieszkania zmarłego, w tym okres przebywania na terytorium RP na obszarze danej gminy.

Do 1 stycznia 2023 r. karta urodzenia i karta martwego urodzenia mogą zostać przekazane kierownikowi urzędu stanu cywilnego w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

6 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu przyznawania nagrody rocznej osobom kierującym niektórymi podmiotami prawnymi oraz wzoru wniosku o przyznanie nagrody rocznej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1563.

Rozporządzenie określa szczegółowe zasady i tryb przyznawania nagrody rocznej osobom, o których mowa w ustawie z 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (DzU z 2017 r., poz. 1222), zatrudnionym w podmiotach, dla których minister zdrowia jest organem założycielskim, nadzorującym lub organem, który utworzył dany podmiot.

Przepisy dotyczą kierowników jednostek organizacyjnych i ich zastępców, głównych księgowych jednostek organizacyjnych i kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Organem lub osobą właściwą do przyznawania nagrody rocznej dla kierowników jest minister zdrowia, a dla zastępców kierowników i głównych księgowych, osoba właściwa dla nich w sprawach czynności z zakresu prawa pracy.

Nagroda roczna przyznawana jest na wniosek. Nie wymaga wniosku przyznanie nagrody rocznej zastępcom kierowników i głównym księgowym.

Z wnioskiem o przyznanie nagrody uprawnione organy występują w terminie 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia sprawozdania finansowego podmiotu za rok obrotowy lub złożenia prawidłowo sporządzonego sprawozdania finansowego.

9 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 11 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1585.

9 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 7 sierpnia 2017 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1582.

17 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 lipca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1540.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia jednostką organizacyjną jest wyodrębniona w regulaminie organizacyjnym część zakładu leczniczego. Natomiast komórka organizacyjna jest wyodrębniona w regulaminie organizacyjnym częścią jednostki organizacyjnej albo, jeżeli to wynika ze struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego, częścią zakładu leczniczego tego podmiotu działającą poza jednostką organizacyjną.

Specjalistyczna praktyka lekarska oznacza indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną

praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym.

W rejestrze zamieszcza się informację o zakwalifikowaniu podmiotu leczniczego do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (sieci szpitali).

W przypadku gdy wniosek o czasowe zaprzestanie działalności leczniczej dotyczy jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego działających poza obszarem właściwości organu prowadzącego rejestr, właściwy wojewoda przekazuje temu organowi informację o wyrażeniu zgody na czasowe zaprzestanie działalności.

Adresem miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych jest adres komórki organizacyjnej, a w przypadku gdy w strukturze organizacyjnej zakładu leczniczego nie są wyodrębnione komórki organizacyjne – adres jednostki organizacyjnej.

W przypadku gdy w strukturze organizacyjnej zakładu leczniczego są wyodrębnione jednostki organizacyjne i komórki organizacyjne, dane dotyczące zakresu świadczeń zdrowotnych oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych podaje się tylko dla komórki organizacyjnej.

W przypadku gdy podmiot leczniczy prowadzi więcej niż jeden zakład leczniczy, wymienia się je w kolejnych punktach.

Wniosek o wpis do rejestru, zmianę wpisu lub wykreślenie z rejestru składa się w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą dostosują wpisy w księgach rejestrowych do zmienionych wymagań w termi-

nie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

17 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia 4 sierpnia z 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczególnych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1538.

23 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 3 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1565.

Zmiany zostały wprowadzone w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w części I świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi w zakresie wymagań dotyczących personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

Świadczeniodawcy niespełniający w dniu wejścia w życie rozporządzenia określonych wymagań realizują świadczenia opieki zdrowotnej na dotychczasowych warunkach przez okres, na jaki zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie dłużej jednak niż do 1 stycznia 2018 r.

Przepisy §1 pkt. 1 oraz lp. 39 załącznika nr 4 do rozporządzenia, dotyczące podania immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej, wchodzi w życie 1 stycznia 2018 r.



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

REDAKCJA: 02-512 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 (przewodniczący),

Ewa Miękus-Pączek (redaktor Biuletynu ORL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Ciepły, Ewa Dobrowolska, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Krystyna Knypl, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorki, 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-Szłaga

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. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL

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

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej

Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

asystentki: Ewa Nagiel, Magdalena Goździk

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 księgowość Helena Jemioł; tel. 22-542-83-36

Księgowość – Janina Potentas; tel. 22-542-83-35

Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79

Agnieszka Stefaniak-Giza, Emilia Andersz; tel. 22-542-83-54

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

Składki – kierownik Maciej Lisieski; tel. 22-542-83-28

Paweł Janowski, Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska

22-542-83-39, Agnieszka Tkaczyk; 22-542-83-78

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

p.o. Janina Barbachowska

biuro: kierownik Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-22

Bożena Dąbrowska; tel. 22-542-83-24

Jolanta Wiśniewska-Dąbrowska; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski

przewodniczący Roman Jasiński

kanc.: Magdalena Kujawska, Joanna Antonowicz

tel. 22-542-83-20, 21

Okręgowa Komisja Rewizyjna

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-81

Okręgowa Komisja Wyborcza

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

tel. 22-542-83-90, 22-542-83-91

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

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

prac. biura: Artur Obzejta, Dominika Síporska,

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

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

przewodniczący Aleksander Pieczyński

kierownik Katarzyna Adamska

prac. biura: Joanna Nowacka, Marta Makowska

tel. 22-542-83-18, 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: Katarzyna Lisieska, Jolanta Otulak

tel. 22-542-83-32

Komisja Bioetyczna

przewodniczący Marek Czarkowski

prac. biura: Karolina Brama, Joanna Puchała

tel. 22-542-83-12

Komisja ds. Lekarzy Dentystów

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Jolanta Wielgoś; tel. 22-542-83-55

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

przewodniczący: Julian Wróbel

prac. biura: Daniel Jarosz; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy

przewodniczący Roman Olszewski

prac. biura: Daniel Jarosz; tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej

p.o. przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Jolanta Wielgoś; tel. 22-542-83-55

Komisja Legislacyjna

przewodniczący Aleksander Kotlicki

prac. biura: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Ośrodek Współpracy z Zagranicą

kierownik Krzysztof Schreyer

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-81

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. 22-542-83-91

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki

przewodniczący Adam Górski

prac. biura: Daniel Jarosz; tel. 22-542-83-33

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, Agnieszka Mika

tel. 22-542-83-71, 22-542-83-75; 22-542-83-76,

22-542-83-77, faks 22-542-83-65

e-mail: odz@oilwaw.org.pl

Pełnomocnik prezesa ds. Polskiej Biblioteki Medycznej w Kijowie

Krzysztof Królikowski; tel. 22-542-83-69

Marketing i reklama

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

e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Dział Informacji Medialnej

koordynator mediów Mirosław Usidus; tel. 22-542-83-83

Karolina Bartyzel; tel. 22-542-83-83

e-mail: monitorlekarzski@oilwaw.org.pl

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

przewodniczący Julian Wróbel

prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga

tel. 48-331-36-62; faks 48-331-17-30

pon. i czw. 7.45–15.00, wt.–śr. 7.45–17.00, pt. 8.05–15.00

Klub Lekarza

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

Fundacja „Pro Seniore”

Andrzej Surowiecki; tel. 22-542-83-02



Lekarze i lekarze dentyści – członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, mogą korzystać z szybkiej i nieodpłatnej pomocy prawnej April Polska Medbroker, który udostępnia:

- ▶ działającą w godzinach 9.00–21.00 linię pod numerem **(+48) 22-749-62-08**
- ▶ przeznaczony do kontaktów adres e-mail: **lekarz@asystaprawnika.pl**
- ▶ dyżur prawnika w siedzibie OIL w Warszawie w każdą środę, w godz. 16.00–18.00.

Pomoc prawna April Polska Medbroker obejmuje w bardzo szerokim zakresie obszary prawa związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty oraz życia prywatnego.

Szczegóły pomocy prawnej i opis usług dla członków OIL w Warszawie umieszczony jest na stronie www.medbroker.pl/OIL

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.izba-lekarska.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

