

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

puls

listopad 2017 nr 11

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

O transplantologii mówi
prof. Krzysztof Zieniewicz

[str. 8]

Protest rezydentów

[str. 1]

Inauguracja roku
akademickiego
2017/2018

[str. 13]

Wewnątrzmaciczne
operacje serca

[str. 24]

Czy żałujemy
naszych wyborów
z młodości?

[str. 30]

Postęp
dzięki innowacjom

[str. 42]



Protest rezydentów rozpoczął się 2 października 2017 r. i trwa...





Fotografie: och1egw



Nr 11/2017 (271),
listopad 2017

Na okładce:
prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Zieniewicz
(fot. M. Beczek)

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ Nas spaja idea	4
▶ biuletyn ORL w Warszawie	6
▶ Konferencja Inwestycje społeczne ZDROWIE +	7
▶ Transplantacja skuteczną metodą leczenia	8
▶ Inauguracja roku akademickiego...	13
▶ doniesienia naukowe	14
▶ Nobel za zegar biologiczny	15
▶ Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego	16
▶ etyka	17
▶ Życie na kredycie. Vademecum...	18
▶ Goniec Medyczny	20, 42
▶ Wewnątrzmaciczne operacje...	24
▶ leczmy ból	26
▶ Diagnosty trudne, modne i inne	28
▶ Czy żałujemy naszych wyborów z młodości?	30
▶ Smog nas truje	32
▶ „Zew samorządów”...	34
▶ u nas w samorządzie	36
▶ z Mazowsza	38
▶ wędrówki po regionie	39
▶ z Delegatury Radomskiej	41
▶ Postęp dzięki innowacjom	42
▶ posłuchać, zobaczyć...	44
▶ lektury	46
▶ sport	47
▶ literatura i życie	48
▶ wspomnienie	51
▶ nowe przepisy prawne	53
▶ felietony:	
▶ Balicki	12
▶ Walewski	12
▶ Müldner-Nieckowski	43
▶ Ciepły	43
▶ Kowal	44
▶ Jankowska	45

Fot. archiwum



Nie kijem go, to pałką

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Nasz protest przybrał formę manifestu ideowego. Zarzucano nam, że głodówką powinno się walczyć o ideały, ale przecież walczymy o ideały – mówi Łukasz Jankowski, 30-latek, wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL. Młodzi lekarze walczą o podwyższenie nakładów na ochronę zdrowia do 6,8 PKB do 2021 r., domagają się też podwyższenia zarobków – tego nie ukrywają. Ale to przecież jest postulatem od ponad dwudziestu kilku lat. Dla dobra pacjentów i tych, którzy im pomagają, ich ratują. Lekarzy i innych pracowników ochrony (lub służby) zdrowia. „Jesteśmy gotowi do działania energicznie, chcemy zmieniać świat, mamy nadzieję, że nam się to uda. Chociaż po tych dwóch tygodniach protestu muszę powiedzieć, że jesteśmy już bardzo zmęczeni i rozgoryczeni, choć nadal zdeterminowani”.

Pojawiły się teraz publiczne wypowiedzi polityków: „Jeśli uczciwie głodują, to schudną”. „Niech wyjeżdżają”. „Protest jest idiotyczny”... Pozostawiam to bez komentarza, bo nie potrafię tego skomentować.

Nasz felietonista, Paweł Kowal, apeluje do ministra zdrowia o publiczne wezwanie, by nie eskalować kampanii medialnej przeciwko lekarzom. „Chodzi o szacunek dla zawodu i powołania lekarza oraz budowanie wokół tego odpowiedniej atmosfery społecznej”.

W połowie lat 90. ubiegłego wieku, tzn. wtedy, gdy obecni decydenci byli 40- 30-latkami, głodówkę w sprawie polepszenia sytuacji służby zdrowia, w siedzibie izby pielęgniarskiej – u zbiegu ulic Świętokrzyskiej i Nowego Świata – prowadzili m.in.: Teresa Kamińska, późniejsza prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, a potem bliski współpracownik premiera Jerzego Buźka, i obecny p.o. prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Jacyna. Protest głodowy jest ostatecznością, ale – jak pokazuje historia – decydują się na niego ideowcy.

Młodzi, znakomicie wykształceni Polacy, lekarze, mają wizję, energię i wiarę. Na jak długo im teraz wystarczy? Nie chcą czekać do 2025 roku, jak proponuje rząd. Nie chcą, bo, jak się nieraz okazywało – to mogą być gruszki na wierzbie! Przypomnijmy deklarację premiera Donalda Tuska z „Białego szczytu” w 2008 r. o podwyższeniu składki zdrowotnej!

Perspektywy, scenariusze?

Kilka lat temu pojawił się apel jednego z polityków: „weźmy lekarzy w kamasze”. A teraz słyszymy: – *Rozważamy opcję, żeby wynagrodzenia za rezydentury były wypłacane w formie stypendium. Ale byłby jeden warunek. Lekarze musieliby potem pracować w Polsce. Jeżeli chcieliby wyjechać, musieliby zwrócić stypendium* – to mówi minister zdrowia.

A premier Beata Szydło: „Jeżeli chcieliby wyjechać, musieliby je [stypendia] zwrócić. To jest pomysł, który pojawia się w dyskusji [...]. W tej chwili duża grupa osób po ukończeniu studiów medycznych, i nie tylko, wyjeżdża z Polski po zdobyciu specjalizacji”.

I jeszcze jeden, całkiem nowy, trochę kuriozalny pomysł resortu zdrowia, o którym donoszą media – zatrudnienia w Polsce lekarzy z Ukrainy i Białorusi – by pracowali bez uprawnień wymaganych dotychczas w Polsce i oczywiście w UE – do czasu uzyskania pełnych praw wykonywania zawodu w naszym kraju (nostryfikacji dyplomu).

Nasuwa się refleksja: Nie kijem go, to pałką. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

To jest ich czas



Fot. M. Teperak

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

Od kilku tygodni protest lekarzy rezydentów jest nie tylko tematem medialnym, ale ważnym problemem do rozwiązania, który narastał od dawna. Nasi młodzi koledzy spełnili swoje zapowiedzi i 2 października rozpoczęli strajk głodowy. Od początku, przynajmniej, nie byłem i nie jestem zwolennikiem tej formy protestu, obawiałem się bowiem i wciąż się obawiam o stan zdrowia głodujących. Postulaty lekarzy rezydentów są słuszne. Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia jest niezbędne. I powinno nastąpić w możliwie krótkim czasie. Od początku protestu samorząd lekarski wspiera postulaty lekarzy rezydentów. Ich zaangażowanie i determinacja są ogromną siłą. To jest ich czas. Szkoda, że mimo prób dialogu przedstawiciele rządu z protestującymi, dotąd nie udało się wypracować porozumienia. Z każdym dniem staje się to trudniejsze, choć każda ze stron deklaruje otwartość na dialog. Protest rezydentów zmienił się w protest Porozumienia Zawodów Medycznych. Rośnie skala...

O problemach systemu ochrony zdrowia samorząd lekarski mówi od dawna. Dzisiaj, wychodząc naprzeciw od lat wyrażanym oczekiwaniom członków samorządu, aby izby lekarskie zabierały aktywnie głos w sprawach dotyczących ochrony zdrowia, podejmujemy nowe działania. Powołaliśmy w OIL w Warszawie zespół ds. studiów strategicznych. Jego zadaniem będzie przygotowywanie opracowań, które mogą służyć rozwiązaniom systemowym w ochronie zdrowia. Już w listopadzie organizujemy konferencję „Inwestycje społeczne ZDROWIE +” (szczegółowe informacje dotyczące spotkania zostaną podane na stronie www.izba-lekarska.pl). Chcemy zainicjować dyskusję na temat organizacji służby zdrowia, jej finansowania i alokacji zasobów. Do rozmów zapraszamy przedstawicieli samorządu lekarskiego i świata nauki oraz instytucji zajmujących się zdrowiem i ubezpieczeniami społecznymi, a także decydentów mających wpływ na system ochrony zdrowia. Przyjrzymy się rozwiązaniom zagranicznym i zastanowimy się, jak rozwickłać rodzime problemy.

Lekarze rezydenci są częścią lekarskiej społeczności, częścią naszego samorządu zawodowego. Podkreślają, że ich protest jest apolityczny. Młodzi lekarze chcą pracować w Polsce, nie chcą wyjeżdżać z kraju. W dobrze pojętym interesie nas wszystkich, którzy prędzej czy później będziemy korzystać z pomocy medycznej, powinniśmy dążyć młodszych kolegów do lepszego finansowania służby zdrowia wspierać. W tym sporze chodzi przecież o dobro wspólne. I pracownikom ochrony zdrowia, i rządzącym potrzebne są dzisiaj mądre, odpowiedzialne, dające gwarancję spokoju w służbie zdrowia decyzje, które doprowadzą do osiągnięcia tak bardzo oczekiwanego porozumienia. ■

facebook.com/OILWarszawa

WYBORY WYBORY WYBORY WYBORY WYBORY WYBORY



Nowa kadencja
samorządu lekarskiego
WYBORY TRWAJĄ
Głosujemy korespondencyjnie

Ładysław Nekanda-Trepka
przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie



Vademecum
lekarza kredytobiorcy
str. 18



Nobel
za zegar biologiczny
str. 15



Diagnozy trudne,
modne i inne
str. 28

Nas spaja idea

Z wiceprzewodniczącym Porozumienia Rezydentów OZZL **Łukaszem Jankowskim**

rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Panie doktorze, Łukaszu, rozmawiamy w 15. dniu protestu o tym, co dalej. Pytam i o nastroje, i o perspektywy. 15 dni to bardzo długo.

To dla nas ogromnie trudny moment. Jesteśmy zmęczeni. Zmęczeni nie tylko fizycznie, życiem w ciągłym napięciu, ale też presją z strony związków zawodowych, ze strony środowiska, ze strony władzy.

Czego od was oczekują?

Władza – że zrezygnujemy z naszych ideałów. A środowiska medyczne w tej chwili oczekują, że sprawimy cud, że dzięki naszemu protestowi dojdzie do natychmiastowej zmiany w systemie ochrony zdrowia.

Ale to chyba dobre oczekiwania. Dowodzą wiary w wasze działania.

Czujemy się agentami dobrej zmiany, ale chyba doszliśmy do momentu, w którym potrzebujemy od całego środowiska wsparcia wyrażonego nie tylko w formie pisemnej, ale po prostu realnego. Mamy wrażenie, że nasz protest jest środowiskotwórczy. To znaczy, że dzięki protestowi udało nam się scalić wiele środowisk, które pozornie nie miały z sobą nic wspólnego. Nie mówię tylko o pielęgniarkach, lekarzach, ratownikach, ale też o towarzystwach naukowych, izbie i związku zawodowym, które teraz idą z nami ramię w ramię.

Kto konkretnie was wspiera?

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, Doktoranckie Forum Uczelni Medycznych, Naczelna Izba Lekarska i wiele okręgowych, medyczne towarzystwa naukowe, wielu konsultantów krajowych i – dzisiaj – Porozumienie Zawodów Medycznych, które „przejęło” protest. Wspierają nas pacjenci, organizacje pacjenckie i rodziny pacjentów. Z każdym dniem otrzymujemy kolejne głosy poparcia.

Jak wiele osób podjęło protest głodowy?

W tej chwili 40, ale nie jesteśmy w stanie powstrzymać kolejnych osób, które chcą się dołączyć. Planowane są też głodówki w innych miastach, czyli idziemy, niestety, w kierunku eskalacji tej formy protestu.

Słychać głosy, że przyjęta forma protestu jest niewspółmierna do problemów, które macie zamiar załatwić.

Chyba nie są to głosy naszego środowiska. Myślę, że każdy, kto ma do czynienia ze służbą zdrowia, wie, że w tej chwili sytuacja jest katastrofalna i że dochodzimy do ściany. My też mieliśmy takie przekonanie, kiedy zaczynaliśmy protest.

Przypomnijmy, kiedy to było?

2 października.

To protest głodowy, ale wcześniej?

Dwa lata temu powstało Porozumienie Rezydentów, potem podejmowaliśmy wiele działań. Odbywały się spotkania z ministrem, trwała praca w zespołach ministerialnych, miały miejsce dwie manifestacje: pierwsza w czerwcu – Porozumienia Rezydentów, później Porozumienia Zawodów Medycznych. Zorganizowaliśmy akcję „Adoptuj posta”, w której przekonywaliśmy postów do naszych postulatów. W tej chwili słyszymy, że szeregowi postowie w Polsce nic nie mogą, w związku z tym idziemy dalej. Zabieraliśmy głos na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia, występowaliśmy publicznie.

Rozumiem, że oczekujecie rozmów z gremiami, które decydują o tym, co się dzieje w państwie. Jakże do tej pory padały propozycje rozwiązań i wyjścia naprzeciw żądaniom rezydentów?

Mamy wrażenie, że proces dochodzenia do porozumienia jest przedłużany sztucznie. Żadna realna propozycja nie pojawiła się i chyba się nie pojawi, chociaż mam nadzieję, że się mylę.

Czy w czasie rozmowy z panią premier usłyszeliście jakieś deklaracje?

Tylko o powołaniu specjalnego zespołu przy pani premier, który okazał się zespołem przy panu ministrze.

O ile dobrze pamiętam, już taki zespół działał.

Dużo wcześniej braliśmy udział w pracach dotyczących kształcenia podyplomowego, ale wynik prac tego zespołu nie został opublikowany. Ministerstwo mówi o dialogu, ale dialogu dotąd nie było, był monolog. I to jest problem.

Jak można teraz określić sytuację młodego lekarza, młodego wykształconego człowieka, od którego bardzo wiele się oczekuje?

To socjologicznie bardzo ciekawy problem, bo młodzi ludzie walą głową w mur. Jeżeli ten protest nie zakończy się możliwością wyjścia z twarzą, okaże się, że w Polsce młodzi ludzie właściwie nie mają czego szukać, bo nic nie zmieniają i mogą tylko trwać w tym chorym systemie. Dla nas taka perspektywa jest zupełnie tragiczna. Jesteśmy gotowi do działania energicznie, chcemy zmieniać świat, mamy nadzieję, że nam się to uda. Chociaż po tych dwóch tygodniach muszę powiedzieć, że jesteśmy już bardzo zmęczeni i rozgorzyczeni, choć nadal zdeterminowani.

Oczekujecie dobrej zmiany?

To jest frazes. A my jeździmy do różnych krajów i widzimy, jak tam wygląda służba zdrowia. Polska nie zachęca do pracy warunkami.

Co słyszycie po powrocie do pracy, gdy spotykacie się z pacjentami, z ich rodzinami?

Różne są deklaracje. Większość pacjentów nas popiera, ale zdarzają się też głosy, że głodówka jest niewspółmierną do celu formą protestu.



Fot. M. Beczek

W Internecie trafiamy na hejt, niestety jest go wiele...

Dla nas jest szczególnie przykre, że przeciwko 30-latkom z ideałami ruszyła machina propagandowa, że jesteśmy oczerniani. Z drugiej strony to oznacza, że działamy skutecznie i są gremia, które się nas boją. Boli, jak się czyta obelgi pod swoim adresem. Ale chyba bardziej przeszkadza nam w tej chwili zmęczenie, presja patrzenia na osoby, które my reprezentujemy – głodujące w tej chwili, które z każdym dniem są słabsze. Co prawda jest „lekarz głodówki”, otaczamy głodujących opieką, ale mimo wszystko czujemy za nich odpowiedzialność. To odpowiedzialność realna, nie teoretyczna – za środowisko, gdy głównie padają wielkie słowa, tylko odpowiedzialność za konkretnych ludzi. Staramy się ich przekonać, żeby po 6., 7. dobie przerwali głodówkę, ale rzadko to się udaje. Oni są zdeterminowani, chcą tym sposobem pokazać swoją wolę walki.

Czy miejsce, w którym trwa głodówka, jest jakimś symbolem, czy po prostu tam znaleźliście przytulny kąt?

Tam znaleźliśmy przytulny kąt i zostaliśmy dobrze, życzliwie przyjęci. Bardzo dziękujemy panu dyrektorowi. Jesteśmy w nowoczesnym szpitalu, który może nieść pacjentom pomoc na bardzo wysokim poziomie, tylko można się zastanawiać, kto wkrótce w nim będzie pracował.

Przesłanie na kolejne dni...

Nasz protest przybrał formę manifestu ideowego. Zarzucono nam, że głodówką powinno się walczyć o ideały, ale przecież walczymy o ideały. Po kilku dniach protestu uwierzyliśmy, że potrafimy wywalczyć już nie tylko podniesienie wynagrodzeń, ale wprowadzenie całej idei zmian w ochronie zdrowia. Gdybyśmy w to nie wierzyli, po tygodniu zrezygnowalibyśmy. Tymczasem trzymamy się już tyle dni. Nas spaja idea. ■



**UCHWAŁA NR 55/P-VII/17
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 22 WRZEŚNIA 2017 R.**

w sprawie powołania kol. Ewy Gojan – członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na stanowisko kierownika zespołu ds. biegłych i upoważnienia wyżej wymienionej do wyboru członków zespołu ds. biegłych, wyłonionych spośród przedstawicieli rekomendowanych przez polskie towarzystwa medyczne i naukowe

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

§1

Powołuje się kol. Ewę Gojan – członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na stanowisko kierownika zespołu ds. biegłych i upoważnia się wyżej wymienioną do powołania członków zespołu ds. biegłych, wyłonionych spośród przedstawicieli rekomendowanych przez polskie towarzystwa medyczne i naukowe.

§2

Skład osobowy zespołu, o którym mowa w §1, podlega zatwierdzeniu przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 56/R-VII/17
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 22 WRZEŚNIA 2017 R.**

w sprawie powołania dr hab. Doroty Karkowskiej – profesora Uczelni Łazarskiego, kierownika Katedry Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oraz Prawa Medycznego, na stanowisko kierownika zespołu ds. studiów strategicznych i upoważnienia wyżej wymienionej do wyboru członków zespołu ds. studiów strategicznych

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

§1

Powołuje się dr hab. Dorotę Karkowską – profesora Uczelni Łazarskiego, kierownika Katedry Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oraz Prawa Medycznego, na stanowisko kierownika zespołu ds. studiów strategicznych i upoważnia się wyżej wymienioną do wyboru członków zespołu ds. studiów strategicznych.

§2

Skład osobowy zespołu, o którym mowa w §1, podlega zatwierdzeniu przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**STANOWISKO
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
11 października 2017 r.
w sprawie poparcia dla ogólnopolskiego protestu lekarzy rezydentów**

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie popiera postulaty lekarzy rezydentów przedstawiane podczas prowadzonej przez nich od 2 października 2017 r. w całym kraju akcji protestacyjnej. Jesteśmy z protestującymi od pierwszych godzin akcji, służymy im wsparciem i pomocą organizacyjną.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zgadza się w szczególności z najważniejszym postulatem młodych lekarzy, dotyczącym pilnej konieczności podniesienia nakładów na ochronę zdrowia w Polsce. W pełni podziela również pogląd protestujących, że należy szybko podjąć działania zmierzające do poprawy warunków pracy i płacy pracowników służby zdrowia.

Samorząd lekarski od lat niezmiennie domaga się działań i zmian, jakich żądają uczestnicy obecnie trwającego protestu. Uważamy, że jest to niezbędne dla poprawy sytuacji w służbie zdrowia, przede wszystkim dla dobra naszych pacjentów.

Sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
lek. dent. Ewa Miękus-Pączek

Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
lek. Julian Wróbel

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.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zaprasza do wzięcia udziału w konferencji:

inwestycje społeczne

ZDROWIE+
ZDROWIE+

efektywna organizacja
racjonalne wydatki
realne oszczędności

Efektywna organizacja systemu, racjonalna alokacja zasobów, optymalny model finansowania, kierunki optymalizacji – to tylko niektóre wątki składające się na ideę ZDROWIE+, nawiązującą do społecznych programów wprowadzanych w Polsce w ostatnich latach. Gościem specjalnym konferencji będzie Kjeld Møller Pedersen z Danii, profesor ekonomii i polityki zdrowia z Center of Health Economics Research, COHERE Syddansk Universitet/University of Southern Denmark. Wśród zaproszonych gości są także reprezentanci rządu, samorządu lekarskiego, świata nauki, instytucji zdrowotnych i ubezpieczeń społecznych.

21 listopada 2017 r.

hotel Marriott w Warszawie
Al. Jerozolimskie 65/79

PROGRAM KONFERENCJI
www.izba-lekarska.pl



Warszawa, 14 października 2017 r.

Do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła

Szanowny Panie Ministrze,

proszę potraktować ten list jako wyraz szacunku, którym darzę Pana w wyniku naszych osobistych rozmów. Dlatego ośmielam się zwrócić do Pana z uprzejmą prośbą, aby zechciał Pan wystosować publiczny apel o zaniechanie kampanii medialnych przeciwko lekarzom. Jestem pewien, że Pana głos w tej sprawie jest w obecnej chwili bardzo potrzebny. Większość lekarzy wykonuje swój zawód z powołania, ich praca obarczona jest ogromną odpowiedzialnością, dlatego należy się im szacunek. Powinnością naszą jest budowanie wokół tego etosu właściwej atmosfery społecznej. Także w szeroko pojętym interesie własnym, gdy przyjdzie nam z pomocy lekarskiej kiedyś skorzystać.

Historia zna kampanie przeciw różnym grupom zawodowym czy społecznym, acz siła historycznych analogii bywa złudna i myląca. W czasach mediów społecznościowych, silnych mediów informacyjnych organizowanie opinii publicznej wokół ogólnych akcji dezawuowania jakichś grup zawodowych lub społecznych w pewnym sensie może być bardziej efektywne niż przed laty, ze względu na nieograniczone możliwości powtarzania nieprawdziwych informacji, uogólniania często bolesnych osobistych doświadczeń. Manipulowanie faktami, wykorzystywanie ludzkiej niewiedzy może tworzyć fałszywy obraz działania lekarzy i budować coraz większe bariery społeczne. Dlatego tak pilna jest potrzeba sprawiedliwych ocen, a nie krytyka uogólniająca całą grupę zawodową na podstawie zestawienia niereprezentatywnych przypadków braku pracowitości, uczciwości czy ulegania próżności.

Szanowny Panie Ministrze, jestem przekonany, że lekarze w Polsce powinni zarabiać więcej, Pan jednak wie znacznie lepiej ode mnie, co dzisiaj i pod jakimi warunkami jest możliwe, a co nie. Chciałbym podkreślić, że ja spotkałem przede wszystkim mądrych i rzetelnych lekarzy. Niezależnie od racji politycznych, ekonomicznych i partyjnych sporów potrzebne jest w moim przekonaniu zaapelowanie do społeczeństwa o umiar i mądrość, by dzisiejsze spory i puste, ogólnikowe akcje propagandowe, wykorzystujące atmosferę strajku lekarzy rezydentów, nie wpłynęły trwale negatywnie na stosunek do lekarzy, nie stały się źródłem braku szacunku i uznania dla pracy całej polskiej służby zdrowia. Czytając komentarze na temat strajku lekarzy, które prezentowane są w mediach, szczególnie społecznościowych, pomyślałem, że napiszę do Pana zwykły ludzki list z prośbą o zabranie głosu. Tylko dlatego pozwoliłem sobie skreślić te kilka słów, odwołując się także do faktu, że przez lata, jako działacz publiczny, był Pan znany z umiaru w opiniach i wypowiedziach.

Z rewerencją
Paweł Kowal

Transplantacja skuteczną metodą leczenia

Z prof. dr. hab. n. med. Krzysztofem Zieniewiczem, kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM, prezesem Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, rozmawia Anetta Chęcińska.

Jakie jest zapotrzebowanie na przeszczepienia wątroby i ile transplantacji wykonuje się rocznie?

W Polsce przeprowadza się około 320 transplantacji wątroby w ciągu roku, połowę lub więcej – w naszej klinice. W 2015 r., kiedy kliniką kierował prof. Marek Krawczyk i mieliśmy dużo większą niż w ostatnich latach liczbę dawców, wykonaliśmy ponad 180 przeszczepień od dawców zmarłych. To był najwyższy wynik. W roku bieżącym powinniśmy wykonać 140–150 przeszczepień. Sytuuje to nas w ekstraklasie europejskiej, mieścimy się w pierwszej piątce ośrodków europejskich przeszczepiania wątroby. Stajemy się jako klinika współuczestnikiem międzynarodowych, wieloośrodkowych badań klinicznych, korzystamy z najlepszych konsultacji i sami służyliśmy wiedzą i doświadczeniem. Na ten sukces pracowaliśmy jako zespół od lat. 30 grudnia 1994 r. wykonaliśmy w klinice pierwsze w Polsce udane przeszczepienie wątroby u chorej z pierwotną żółciową marskością wątroby. Nasza pacjentka żyje do dzisiaj z w pełni wydolną wątrobą. W 2017 r. na przełomie lipca i sierpnia przeszczepiliśmy 1900. wątrobę od początku działalności transplantacyjnej kliniki. Według Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej zapotrzebowanie na przeszczepienia wątroby określone jest w granicach 12–16 biorców na milion osób rocznie. Łatwo obliczyć, że transplantacji wątroby w Polsce powinno być wykonywanych 600–700. Nasza aktywność zależy od dawców.

Czy klinika dysponuje siłami i środkami, aby przeprowadzać więcej przeszczepień?

Mamy rezerwę sił do wykonania większej liczby transplantacji, choć zawsze są to wyzwania logistyczne. Informacja z „Poltransplantu” o potencjalnym dawcy i podjęte w następ-



stwie działania związane z transplantacją często burzą harmonogram operacji planowych, a zdarzają się dwa, trzy przeszczepienia jednocześnie lub jedno po drugim – na zakładkę. Zawsze musimy pracować tak, aby nie ucierpiała pozostała działalność kliniczna – chirurgia onkologiczna wątroby i dróg żółciowych, chirurgia ogólna, ostre dyżury z całą gamą zabiegów ratujących życie, usunięciami wyrostków robaczkowych, operacjami niedrożności, cholecystektomiami czy wreszcie urazami. Inaczej nie moglibyśmy prowadzić szkolenia w zakresie specjalizacji chirurgii ogólnej ani zajęć dydaktycznych dla studentów z chirurgii.

W jakich sytuacjach wykonuje się pobrania od dawców żywych?

Od końca ubiegłego wieku wspólnie z Kliniką Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów w Instytucie – Pomniku

Centrum Zdrowia Dziecka, którą kieruje prof. Piotr Kaliciński, prowadzimy program przeszczepiania dzieciom fragmentów wątroby pobranych od żywych spokrewnionych dawców. W naszej klinice wykonujemy tylko pobrania, których było już ponad 300. Dla dzieci pobieramy lewe segmenty wątroby lub lewy płat wątroby, który jest trochę mniejszy niż prawy. To bezpieczniejsza operacja, z minimalnym odsetkiem powikłań. U nas dawca fragmentu wątroby tylko w dwóch przypadkach wymagał reoperacji i nie mieliśmy żadnych dramatycznych powikłań, zgonów, które zdarzały się niestety w innych ośrodkach w Europie i na świecie. Powikłania częściej dotyczą dawców, od których pobiera



Fot. M. Beczek

się prawe segmenty. Są one większe, ale za to można przeszczepić je biorcom o większej masie ciała. Aby ratować życie młodych biorców z niewydolnością wątroby, gdy brakowało narządu o określonych parametrach immunologicznych od dawcy zmarłego, w kilku przypadkach przeprowadziliśmy operacje pobrania prawych płatów od osób spokrewnionych. Cztery z pięciu transplantacji zakończyły się sukcesem. Ale to wyjątkowe sytuacje, ostatnia miała miejsce prawie 10 lat temu. Wciąż korzystamy z narządów od dawców zmarłych. Niebawem rozpoczniemy realizację programu perfuzji wątroby pobranej od zmarłego dawcy. Skorzystamy z niego, gdy jakość pobranego narządu będzie wyjściowo niezadowalająca. Są bardzo złożone metody, które pozwalają jakość pobranej wątroby poprawić. Kilka ośrodków w Europie zajmuje się tym zagadnieniem, chcemy do nich dołączyć. Mamy bardzo zaawansowany technicznie

sprzęt. Czekamy tylko na zgodę Komisji Etycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

O ile wzrosnie liczba narządów do transplantacji po zastosowaniu perfuzji?

Na razie brakuje konkretnych danych. Obecnie około 20 proc. pobranych wątrób nie nadaje się do przeszczepienia z powodu stłuszczenia, długiego okresu niedokrwienia i innych przyczyn.

Jak na przestrzeni lat zmieniały się wskazania do przeszczepienia wątroby?

Zmiany wskazań wiążą się z postępem w medycynie. Liczbę potencjalnych biorców narządu zmniejszyło powstanie nowych leków przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, często będącemu przyczyną marskości wątroby prowadzącej do jej niewydolności, a także zastosowane na szeroką skalę szczepienia przeciwko WZW typu B. Podobnie wprowadzone dwa, trzy lata temu w Polsce, w ramach programów lekowych, nowe i skuteczne preparaty przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C pozwalają szacować, choć to dopiero początek drogi, że spada liczba potencjalnych biorców wątroby w tych grupach chorych.

Kto zatem kwalifikuje się do przeszczepienia?

Do transplantacji kwalifikują się nadal chorzy z marskością wątroby w przebiegu wirusowego zapalenia typu C lub B, choć jest ich mniej. Na pewno też pacjenci z pierwotnymi nowotworami wątroby, zwłaszcza pierwotnym rakiem wątrobowokomórkowym, których liczba obecnie wzrasta. Złe nawyki dietetyczne i szerząca się otyłość, zwłaszcza w populacjach zachodnich, powodują m.in. zwiększenie odsetka występowania pierwotnych nowotworów wątrobowokomórkowych. W grupie potencjalnych biorców wątroby są też alkoholicy, oczywiście z zachowaniem restrykcji okresu abstynencji przed zabiegiem, przygotowujący z pomocą specjalistów leczenia uzależnień w okresie przed transplantacją i po niej. Na pewno wśród wskazań do przeszczepienia znajduje się grupa autoimmunologicznych chorób wątroby, takich jak pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, pierwotna żółciowa marskość wątroby, dużo rzadsze przyczyny metaboliczne: hemochromatoza, choroba Wilsona, niedobory alfa-1 antytrypsyny. Możemy być spokojni – pracy nam, transplantologom, nie zabraknie.

Chorzy onkologicznie są szczególną grupą pacjentów transplantacyjnych?

Jeżeli wskazaniem do zabiegu są pierwotne nowotwory umiejscowione w wątrobie, to ze względu na stosowanie immunosupresji po przeszczepieniu narządu potencjalna wznowa, zwłaszcza gdy dojdzie do niej poza wątrobą, będzie bardzo dramatyczna i dynamiczna. W związku z tym musimy się liczyć z bardzo restrykcyjnymi kryteriami włączania chorych onkologicznie do transplantacji. Również pacjenci z chorobą przerzutową do wątroby, bardzo częstą w przypadku nowotworów przewodu pokarmowego czy raka piersi, nie są kandydatami do transplantacji, właśnie ze względu na gigantyczne ryzyko wznowy.

Czy w klinice prowadzone są transplantacje wątroby podzielonej?

Koncepcja takiego postępowania jest nam znana, robiliśmy próby, ale nie ma w tej chwili konieczności dzielenia narządów. Wystarczy wątrób pobranych od dawców zmarłych, a w przypadku przeszczepień u dzieci – dawców żywych spokrewnionych.

Transplantacja skuteczną metodą leczenia

▶ Ile czeka się na przeszczepienie wątroby?

Zdecydowana większość chorych, którzy są zakwalifikowani do przeszczepienia, po wpisaniu na listę „Poltransplantu” przebywa w domu. Średni czas oczekiwania na wątrobę w Polsce wynosi 3–4 miesiące. Priorytetem jest stan kliniczny – stadium zaawansowania niewydolności wątroby. Znacznie dłużej czekają na narząd pacjenci w Europie Zachodniej i USA. Problemem polskiej transplantologii, oczywiście poza wspomnianym już niedoborem narządów do przeszczepienia, jest nieadekwatne do potrzeb finansowanie i przede wszystkim ograniczona liczba ośrodków transplantacyjnych. Większość chorych nie ma szans do nich dotrzeć w odpowiednim momencie. Na przykład wielu pacjentów przewlekle dializowanych mogłoby i powinno być zakwalifikowanych do przeszczepienia nerek. Z różnych względów do tego nie dochodzi. Podobnie jest w przypadku chorych, którzy mogliby być zakwalifikowani do przeszczepienia wątroby, ale sześc ośrodków w Polsce, to zbyt mało.

Niedostateczna infrastruktura nie jest chyba jedyną barierą?

To w pewnym sensie problem systemowy całej opieki zdrowotnej w kraju. Powinniśmy wziąć pod uwagę poszczególne etapy diagnostyki i leczenia potencjalnych kandydatów do transplantacji przed podjęciem decyzji o przeszczepieniu narządu. Z pewnością powinniśmy wziąć również pod uwagę kwestię akceptacji idei transplantacji narządów w społeczeństwie, ale i wśród przedstawicieli zawodów medycznych. Należy podkreślać, że wzrasta świadomość, że za pomocą transplantacji można skutecznie leczyć przewlekle, nieodwracalne choroby wątroby.

Jakie jest przesłanie XIII Kongresu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego?

Przed wszystkim mówimy o rozszerzaniu możliwości leczenia metodą przeszczepiania narządów. To wciąż temat trudny społecznie, a przecież transplantacja jest pośrodkiem kołem zamachowym systemu opieki zdrowotnej. Przeszczepienie narządu wpływa na jakość życia pacjenta, na jego zdrowie, a pośrednio, zwiększając liczbę zdrowych obywateli, na poprawę zdrowia całej populacji. Dlatego zabiegamy o dostępność transplantacji i ich społeczną akceptację.

Co więcej – kongres towarzystwa naukowego ma za zadanie również promocję najnowszych osiągnięć naukowych. Nowoczesna transplantologia nie wiąże się wyłącznie z niebywałą zręcznością operacyjną czy z umiejętnym wykorzystaniem technologii medycznych, ale wymaga wszechstronnej i stale rozwijanej wiedzy, umiejętnie dopasowanej do obszarów, w których przeszczepienie narządu, tkanek lub komórek pozwala wyeliminować chorobę i często wyleczyć pacjenta lub poprawić komfort jego życia.

Historia medycyny transplantacyjnej, która wcale nie jest długa, bo sięga lat 50. XX w., bezsprzecznie dowodzi, że postęp uzyskuje się jedynie dzięki wytrwałej, żmudnej, wręcz mrówczej pracy i współpracy oraz dzięki entuzjazmowi reprezentantów wielu specjalności: internistów i chirurgów, genetyków i immunologów, biochemików i mikrobiologów, klinicystów i przedstawicieli nauk podstawowych oraz – co bardzo ważne – koordynatorów transplantacyjnych. Nadzającym celem jest dobro chorego, naszego pacjenta. I to będzie naszym najważniejszym przesłaniem. ■

Transplanta lekarskie sp

XIII Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego obradował w październiku w Warszawie. Uczestnicy dyskutowali o najważniejszych zagadnieniach medycyny transplantacyjnej, podejmując tematy z kręgu zainteresowań transplantologów zajmujących się zarówno przeszczepianiem narządów unaczynionych, szpiku i komórek krwiotwórczych, jak i bankowanych tkanek i komórek. Prezentowano zagadnienia kliniczne i mówiono o donacji narządów do przeszczepienia i koordynacji ich pobrań, rozpatrywano aspekty prawne i etyczne transplantacji.

Omitych i rzeczywistości handlu narządami mówił prof. Roman Danielewicz z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – *W Polsce nie mamy do czynienia z handlem narządami – przekonywał – gdyż system prawny i organizacyjny medycyny transplantacyjnej nie pozwala na dokonywanie przestępstw w tym obszarze.* Wyjaśniał, że jedynym przestępstwem związanym z handlem narządami są pojawiające się ogłoszenia o zamiarze sprzedania narządu. W rozmowach wskazywano również problemy, z którymi mierzy się transplantologia. Prof. Andrzej Więcek ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego mówił o potrzebie przyspieszenia kwalifikacji pacjentów dializowanych do przeszczepienia nerki. – *Fundamentem transplantologii jest donacja – podkreślał prof. Artur Kwiatkowski z WUM. – W Polsce 90 proc. przeszczepianych nerek pochodzi od zmarłych dawców. W wielu krajach Europy co trzecia nerka jest od dawcy zmarłego, co trzecia od żywego i co trzecia od dawcy po zatrzymaniu krążenia.* Na problematykę związaną z pobieraniem narządów od dawców po zatrzymaniu krążenia zwracał też uwagę dr Maciej Kosieradzki z WUM, a prof. Magdalena Durlik podkreślała, że zmiany na listach refundacyjnych w wykazach leków stosowanych w immunosupresji nie służą pacjentom po transplantacji.

Kongres był również okazją do pochwalenia się sukcesami. Podczas sesji poświęconej postępowi transplantologii prelegenci podkreślali, że wyniki leczenia przeszczepieniem narządów w Polsce są porównywalne z europejskimi, a nawet lepsze niż w USA.

– *Nie mamy powodu do wstydu – mówił prof. Leszek Pączek z WUM, przedstawiając dane dotyczące przeszczepień poszczególnych narządów.* Podkreślał przy tym, jak istotna jest opieka nad pacjentem po transplantacji w długiej perspektywie czasu, a także zwracał uwagę na problem chorób podstawowych, współistniejących, w wyniku których przeszczepiony narząd może być utracony. O sukcesie transplantacji u dzieci mówił prof. Piotr Kaliciński z Instytutu – Pomnika

cja łączy ecjalności

Centrum Zdrowia Dziecka. Podał, że w klinice, którą prowadzi, wykonano łącznie ponad 1700 przeszczepień: około 1000 transplantacji nerek, 700 wątrób i pojedyncze przeszczepienia innych narządów. Podkreślał, że czas oczekiwania dzieci na narząd do przeszczepienia ma ogromne znaczenie dla ich rozwoju. Prof. Marian Zembala ze Śląskiego Centrum Chorób Serca zwrócił uwagę na wciąż występujący w Polsce, mimo ogromnej pracy „Poltransplantu”, problem donacji narządów. – *W tej kwestii potrzeba intensyfikacji działań w szpitalach* – utrzymywał. Wskazywał również zadowolające odległe wyniki po przeszczepieniach: – *Pacjenci wracają do aktywnego, codziennego życia.*

O postępie w transplantacji rogówki u dzieci i dorosłych opowiadał prof. Edward Wylęgała ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. – *Dzisiaj każde dziecko może być poddane przeszczepieniu rogówki w Polsce* – przekonywał i chwalił infrastrukturę. – *Mamy lepiej wyposażone banki tkanek i sale operacyjne niż koledzy w Niemczech, Francji czy Hiszpanii.* Mówił również o wykorzystaniu komórek macierzystych w hodowli rogówki w warunkach laboratoryjnych. – *Znacząco wzrasta liczba dawców tzw. wspólnych, czyli narządowo-tkankowych* – podkreślał dr Artur Kamiński, dyrektor „Poltransplantu”, i wskazywał konieczność zwiększenia liczby pobrań rogówki. Dr Jacek Wojarski ze Śląskiego Centrum Chorób Serca nowością w transplantologii nazwał rutynową dostępność w Polsce przeszczepienia płuca chorym z mukowiscydozą. Poruszył również zagadnienie perfuzji pozaustrojowej płuc. – *Jej zastosowanie nie uszkadza płuca, selekcjonuje płuca, które można naprawić, a także bezpiecznie przedłuża czas niedokrwienia, co pozwala na transport narządu* – przekonywał.

Na wykorzystanie perfuzji jako metody zwiększającej pulę narządów do przeszczepienia w przypadku transplantacji wątroby wskazywał dr Waldemar Patkowski z WUM. – *Jeśli jesteśmy mocarstwem pod względem liczby dawców komórek krwiotwórczych, a wyniki zabiegów przeszczepiania szpiku nie odbiegają od wyników w ośrodkach zagranicznych* – twierdził prof. Wiesław W. Jędrzejczyk z WUM. Przetłumaczony technicznym nazwał możliwość rutynowego wykorzystania dawców haploidalnych, zgodnych w połowie. Dr Marek Durlik ze Szpitala MSWiA w Warszawie przekonywał, że przyszłość przeszczepień trzustki zależy od przekonania diabetologów o skuteczności i bezpieczeństwie tej metody leczenia. – *Transplantologia łączy lekarskie specjalności, sprawia, że wzajemnie się uczymy, aby lepiej służyć choremu i nauce* – mówił prof. Zembala.

Wśród gości kongresu był prof. Jerzy Kupiec-Węgliński, od 40 lat pracujący poza granicami Polski, a od 20 związany z Uniwersytetem Kalifornijskim w Los Angeles. Za innowacyjne osiągnięcia i zaangażowanie w rozwój światowej transplantologii, ze szczególnym uwzględnieniem immunologii transplantacyjnej, oraz promowanie polskich lekarzy za gra-



Fot. ach

nicą, a także współpracę z WUM, został uhonorowany najwyższym odznaczeniem uczelni. Wręczenie Medalu im. dr. Tytusa Chałubińskiego odbyło się podczas kongresowej inauguracji.

Obecni na kongresie członkowie Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego podczas walnego zebrania wystosowali list poparcia do lekarzy rezydentów prowadzących protest w Szpitalu Pediatricznym WUM.

Gospodarz kongresu, ustępujący prezes PTT prof. Krzysztof Zieniewicz, przekazał stery organizacji dotychczasowemu prezesowi elektowi prof. Piotrowi Przybyłowskiemu. ■

ach

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 dentystom 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
- ♦ Ekspertyczne centrum informacji dla młodych lekarzy oraz lekarzy cudzoziemców planujących pracę w Polsce
- ♦ Doradztwo personalne

www.centrumkariery.org.pl

Znajdź nas na **LinkedIn**

REKLAMA

Fot. archiwum



Marek Balicki

Bieg wydarzeń w polityce znowu przyspieszył. Tym razem za sprawą głódówki rezydentów. Sam protest trwa już od wielu miesięcy. Główny postulat młodych lekarzy to zwiększenie finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych do poziomu 6,8 proc. produktu krajowego brutto (PKB). W reakcji na strajk rząd zaproponował wejście trzech przedstawicieli Porozumienia Rezydentów OZZL w skład ministerialnego zespołu „do spraw systemowych rozwiązań finansowych w ochronie zdrowia oraz przyszłości kadr medycznych i sposobu ich wynagradzania”. Podstawowym zadaniem zespołu jest „opracowanie propozycji rozwiązań odnoszących się do wzrostu nakładów na ochronę zdrowia”. Raport końcowy wraz z propozycjami ma być przekazany premier Beacie Szydło nie później niż 15 grudnia 2017 r.

Zaproszenie rezydentów do zespołu nie przerwało strajku, jak chciała władza. Protest zaczął się rozszerzać i obejmować inne zawody medyczne. W tej sytuacji po kilku dniach rząd wykonał kolejny ruch. Komitet Stały Rady Ministrów zaakceptował nieprzedstawiony wcześniej opinii publicznej projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przewidujący od 2018 r. stopniowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB w 2025 r. Minister Radziwiłł powiedział po posiedzeniu komitetu, że to historyczny dzień, bo wzrost nakładów na ochronę zdrowia przewyższy co roku wzrost gospodarczy.

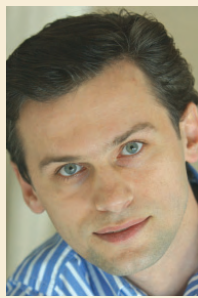
Czy jest się zatem z czego cieszyć? Czy raczej ma minister, mówiąc, że to zmiana o charakterze rewolucyjnym? Dla rezydentów i przedstawicieli innych zawodów medycznych nie było to przekonujące. Podtrzymali swój pierwotny postulat: 6,8 proc. w trzy lata, i protestują dalej. Czyżby rząd znalazł się w sytuacji „o dzień za późno, o dolara za mało”.

Ustawowe zagwarantowanie wzrostu finansowania ochrony zdrowia w relacji do PKB jest jednak krokiem bez precedensu. To trzeba docenić. Oczywiście, jeśli ustawa będzie wkrótce uchwalona. Moment jest sprzyjający, gdyż za zwiększeniem nakładów opowiada się nie tylko rząd, ale i większość opozycji, a w finansach publicznych mamy tak dobrą sytuację, jakiej nie mieliśmy od początku transformacji ustrojowej. Po sierpniu nadwyżka budżetowa wyniosła 5 mld zł. Na koniec roku przewidywany jest wprawdzie deficyt, ale będzie niższy od zakładanego o 10, a może nawet o 20 mld zł. I dzieje się to wszystko mimo znacznych obciążenia publicznej kasy kosztownymi programami społecznymi, takimi jak Rodzina 500+ i bezpłatne leki dla seniorów.

W chwili gdy piszę te słowa, nie są znane szczegóły techniczne projektu przyjętego przez komitet. Nie wiemy, czy ostatecznie zrezygnowano z idei stopniowego podwyższenia składki zdrowotnej. Mogłoby być rekompensowane odpowiednim obniżeniem PIT, zgodnie z dotychczasowymi zasadami, żeby uniknąć zarzutów o ukrytym podwyższeniu podatków. Odstąpienie od likwidacji NFZ przemawiałoby za takim *par excellence* systemowym i przejrzystym rozwiązaniem.

I na koniec: 6 proc. PKB to oczywiście mniej niż obecna średnia europejska, więc za parę lat problem powróci. ■

Fot. archiwum



Bogowie na botoksie

Paweł Walewski

Przestrzegam lekarzy przed filmem „Botoks” Patryka Vegi, bo po co sobie psuć dobre samopoczucie? Film reklamowano jako „porażający obraz polskiej służby zdrowia”, co okazało się wystarczającą zachętą dla ponadmilionowej publiczności, która obejrzała go już w pierwszym tygodniu po premierze. Taki wynik jest ponoć nieczęstym zjawiskiem w polskich kinach.

„Botoks” w zapowiedziach określano jako film ekstremalnie realistyczny, oparty na prawdziwych historiach i poprzedzony dziesiątkami rozmów, które reżyser i scenarzysta w jednej osobie przeprowadził z pracownikami służby zdrowia. W rzeczywistości było jednak chyba inaczej. Patryk Vega najwyraźniej skatalogował z mediów i prokuratur z 10, a może nawet 15 lat historii patologii, które na pewno nie są prawdziwym obrazem naszej służby zdrowia, lecz jej marginesem, jakiego wszyscy powinniśmy się wstydić.

Każda scena z filmu Vegi mogła się przytrafić sanitariuszom, lekarzom, pielęgniarkom, a zwłaszcza pacjentom. Jeśli jakiś kulturalny widz uzna, że nie może być prawdą to, co pokazuje reżyser: co ludzie ukrywają w odbytach, z czym eksperymentują w swoich obskurnych mieszkaniach, albo że nie tak przecież odbywa się trudny poród, należy go oświecić, iż niestety Vega ma rację, z palca niczego nie wyssał. Nawet karygodne słownictwo, którym posługują się w tym filmie ginekolodzy i urologi, rozbrzmiewa w niejednej dyżurce, zdarza się na salach operacyjnych (gdy nieświadomy pacjent mocno śpi i szczęśliwie niczego nie słyszy). Ale czy to „cała prawda” o naszej służbie zdrowia? Bynajmniej nie jest to norma ani żaden prawdziwy obraz, który warto malować przed widzami spragnionymi widoku krwi, aborcji, porodów.

„Botoksowi” daleko więc do kompendium wiedzy o pracy w polskich szpitalach. Z drugiej strony nikt by nigdy tego filmu nie nakręcił, gdyby nie było materiału do obcesowych dialogów albo przypadków ewidentnego upadku etyki. Ordynatorów wywierających presję na podwładnych. Profesorów piszących opinie o nowych lekach na podstawie umownych dowodów. Tylko że nie są to żadne symbole polskiej medycyny, które można by sprzedawać w opakowaniu współczesności. Pacjenci wychodzący z kina mogą jednak nie być co do tego przekonani i na tym polega szkodliwy społecznie wydzźwięk tego filmu. Zero napiętnowania ciężkich grzechów, za to ostrzeżenie rzucone opinii publicznej: w pogotowiu pracują degeneraci, a szpitale to rzeźnie. Wystarczająco wielu pacjentów ma pretensje do lekarzy, żeby jeszcze dokładać do wysokiego poziomu nieufności takie filmy. Ale podobno z wizją reżysera się nie dyskutuje. Pozostaje mu życzyć, by miał okazję trafić na takich lekarzy, którzy okażą się zaprzeczeniem jego bohaterów. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Inauguracja roku akademickiego 2017/2018



na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym...

Uroczyste rozpoczęcie roku akademickiego to moment powitania w progach uczelni nowo przyjętych studentów. – Gratuluję wam sukcesu rekrutacyjnego, który sprawił, że staliście się pełnoprawnymi członkami społeczności akademickiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – mówił prof. Mirosław Wielgoś, rektor WUM. W swoim wystąpieniu podkreślał znaczenie integracji uczelni z innymi podmiotami i niosącej korzyści współpracy. – Afilacja do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wcale nie musi oznaczać utraty tożsamości. Jednostki, które się na taką współpracę zdecydowały, jak najbardziej mogą utrzymać swoją autonomię, zyskując jednocześnie wsparcie silnego partnera i dostęp do jego bardzo szerokich zasobów – zarówno w sferze nauk podstawowych, jak i bazy klinicznej – przekonywał. Wspominał też o podjęciu współpracy z Uniwersyteciem Warszawskim, która ma na celu wzmocnienie potencjału naukowo-badawczego obu uczelni. – To od nas zależy, jak będzie wyglądał nowoczesny polski uniwersytet na miarę XXI w. Czy będzie jedynie zawodową uczelnią, spełniającą wyłącznie aspiracje lokalnych środowisk i władarzy, czy też silną naukową instytucją, rozpoznawalną na świecie i widoczną w czołówkach najważniejszych rankingów? Do idei współpracy instytucji akademickich i badawczych, do federalizacji uczelni nawiązał w wykładzie inauguracyjnym „Uniwersytet medyczny – quo vadis?” prof. Leszek Pączek z Katedry Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM, rektor uczelni w latach 2005–2008. – Obecna reforma szkolnictwa wyższego przewiduje tworzenie uczelni federacyjnych – przedstawiając światowe rankingi uczelni medycznych, wskazywał, że współpraca pozwala osiągnąć przewagę konkurencyjną.

Podczas uroczystości odbyła się immatrykulacja 30 studentów i 6 doktorantów, którzy otrzymali najwyższą punktację podczas tegorocznej rekrutacji. Kilkudziesięciu pracowników uczelni odebrało odznaczenia resortowe i nagrody ministra zdrowia. Minutą ciszy uczczono pamięć pracowników WUM zmarłych w roku akademickim 2016/2017.

Fotografier: ach



...i w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego

Nowy rok akademicki rozpoczął się również w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Jego dyrektor, prof. Ryszard Gellert, mówił podczas uroczystej inauguracji o roli CMKP w procesie kształcenia lekarzy po dyplomie i znaczeniu współpracy między ośrodkami. – CMKP chce być czynnym uczestnikiem integracji. Ma ambicję być jej ważnym uczestnikiem. Marzy mi się federalizacja polskich uczelni medycznych – twierdził.

Podczas uroczystości odbyło się wręczenie odznaczeń państwowych zasłużonym pracownikom CMKP. Rozpoczynający studia doktoranckie złożyli ślubowanie i odebrali indeksy. Dokonano również uroczystej promocji doktorów nauk medycznych i wręczenia dyplomów doktora habilitowanego. Wykład inauguracyjny „Seks a nauka” wygłosił prof. Zbigniew Lew-Starowicz.

Aktem kończącym inaugurację było odświeżenie tablic pamięci pionierów medycznego kształcenia podyplomowego w Polsce – prof. Walentego Hartwiga i prof. Edwarda Rużyłty. ■

Oprac. ach

doniesienia naukowe



Odstawienie aspiryny niebezpieczne

Należy przekonywać pacjentów, żeby nie odstawiali kwasu acetylosalicylowego, jeśli nie jest to konieczne, np. z rązie planowanej operacji lub poważnych powikłań. Wskazują na to kolejne badania. Tym razem okazało się, że zaprzestanie zażywania tego leku w profilaktyce wtórnej o prawie 40 proc. zwiększa ryzyko zawału serca i udaru mózgu.

Przekonują o tym obserwacje ponad 61 tys. osób po 40. roku życia, przeprowadzone przez szwedzkich specjalistów pod kierunkiem dr. Johana Sundstroma z Uniwersytetu w Uppsali. W Szwecji aspiryna niskodawkowa jest przepisywana na receptę. Epidemiolodzy mogli zatem sprawdzić, którzy pacjenci odstawiali lek i jakie były tego skutki. Po trzech latach zaprzestano stosowania kwasu acetylosalicylowego 15 proc. pacjentów, którym go przepisano. W tej grupie ryzyko kolejnego zawału serca lub udaru mózgu było o 37 proc. większe. Zagrożenie wzrastało zaraz po odstawieniu leku i utrzymywało się przez długi czas.

Dr Abha Khandelwal ze Stanford University Medical Center twierdzi, że najczęściej przestają zażywać leki osoby starsze oraz te, które muszą przyjmować wiele farmaceutyków. Specjalistka przyznaje, że z powodu działań niepożądanych aspirynę trzeba czasami odstawić, jednak należy to robić jedynie w uzasadnionych przypadkach.

(bit.ly/2wlfefq, „Circulation”, 25 września 2017)

Lepiej nie rezygnować z antydepresantów

Nie należy przerywać zbyt wcześnie leczenia antydepresantami pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń lękowych, zespołu obsesyjno-kompulsywnego lub stresu pourazowego (PTSD). Zaprzestanie zażywania tych leków przed upływem roku aż trzykrotnie zwiększa ryzyko nawrotu wymienionych schorzeń.

Świadczy o tym metaanaliza 28 badań, którymi objęto ponad 5,2 tys. osób. Główny jej autor, dr Neeltje Batelaan z Vrije Universiteit w Amsterdamie, przyznaje, że do nawrotu dolegliwości dochodzi również u pacjentów, którzy kontynuowali leczenie. Z jego obliczeń wynika, że zdarza się to 16 proc. chorych nadal przyjmujących antydepresanty. Większy jest jednak odsetek pacjentów, którzy mają nawrót po odstawieniu leków (sięga on 36 proc.).

Nie wiadomo, dlaczego dochodzi do nawrotu wspomnianych zaburzeń. Antydepresanty oddziałują na neuroprzekazniki mózgu, takie jak serotonina i dopamina, które wpływają na nastrój oraz odczuwanie emocji. Mogą powodować nudności, wzrost masy ciała, spadek libido, zaporcia i zaburzenia ostrości widzenia.

Dr Ronald Pies z Medical University w Nowym Jorku, który nie uczestniczył w badaniu, zwraca uwagę, że u pacjentów z silnym lub nawrotowym zaburzeniem lękowym nie wystar-

czy stosować terapii kognitywno-behawioralnej. Jak najbardziej uzasadnione jest zażywanie przez te osoby leków przez co najmniej rok, oczywiście jeśli są dobrze tolerowane.

(bit.ly/2x0HP3o, „The BMJ”, 13 września 2017)

Procedura podczas CRP

Często zdarza się, że podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej (CRP) próbujący udzielić pomocy najpierw za wszelką cenę starają się wyjąć ratowanemu język, by nie doszło do jego połknięcia. – *To starta czasu* – twierdzi Dana Viskin z Uniwersytetu w Tel Awiwie. Jej zdaniem nie jest to konieczne i zmniejsza szanse udzielenia skutecznej pomocy.

Chodzi o takie sytuacje, kiedy na skutek groźnej arytmii dochodzi do nagłego zatrzymania się akcji serca. Izraelska specjalistka razem ze swym zespołem przeanalizowała 29 zapisów wideo z publicznych akcji ratunkowych podczas imprez sportowych w latach 1990–2017. Spośród poszkodowanych udało się uratować w tych akcjach 15 osób. Viskin twierdzi, że często zaczynano od wyciągnięcia języka, umocowania go i udrożnienia dróg oddechowych. Nie było to jednak potrzebne, ponieważ nie zwiększało szans przeżycia osoby, u której wystąpiło zatrzymanie się akcji serca. Miliony widzów odniosło natomiast mylne wrażenie, że takie postępowanie jest skuteczne.

Dr Peter Kudenchuk z University of Washington School of Medicine w Seattle twierdzi, że należy przestrzegać zasady „No, No, Go”. Polega ona na tym, że trzeba najpierw sprawdzić czy osoba, która upadła, jest przytomna i czy oddycha prawidłowo. Jeśli w obu przypadkach odpowiedź brzmi „Nie!”, należy natychmiast przystąpić do masażu serca. Wystarczy odchylić głowę ofiary do tyłu i wysunąć jej żuchwę do przodu, w tej pozycji język nie zapada się i nie zamyka dróg oddechowych.

(bit.ly/2xxSOnc i bit.ly/2xyng8, „A Heart Rhythm”, 19 września 2017)

Depresja poporodowa często powraca

Od 5 proc. do nawet 15 proc. kobiet, które zostały matkami, doświadcza depresji poporodowej – wynika z badań Marie-Louise Rasmussen z Kopenhagi. Objęto nimi w latach 1996–2013 ponad 457 tys. pierworódek. Wśród tych, które nigdy nie odczuwały zaburzeń psychicznych, ryzyko depresji jest niewielkie. Duńska specjalistka oblicza, że nie przekracza 1 proc.

Znacznie większe jest ryzyko powtórnej depresji poporodowej u matek, które cierpiały na nią po urodzeniu dziecka. Wymagają szczególnej ochrony – przekonuje Rasmussen. Specjalistka ocenia, że u kobiet, które musiały zażywać antydepresanty, ryzyko depresji po kolejnym porodzie było 27 razy większe. Kiedy choroba była jeszcze bardziej nasiloną i konieczne okazało się leczenie szpitalne, ryzyko ponownego wystąpienia depresji poporodowej było aż 46 razy większe.

Rasmussen przekonuje, że wszystkie kobiety w ciąży wymagają szczególnej troski, a najbardziej te, które przeszły depresję poporodową. U niektórych matek może być wskazane leczenie profilaktyczne za pomocą środków farmakologicznych lub psychoterapii.

(bit.ly/2ftqK47, „PLoS Medicine”, 26 września 2017) ■

Zbigniew Wojtasiński

Nobel za zegar biologiczny



Zbigniew
Wojtasiński

Jaki był pierwszy zegar? Z pewnością związany z naturą – zegar słoneczny czy księżycowy (odmierzający ruch Słońca lub Księżycy) albo zegar wodny (przepływ wody). Dopiero później pojawiły się: klepsydra (zegar piaskowy), zegary ogniowe (na świecy), a potem oliwne.

Zegar, a raczej wiele zegarów, ma również nasz organizm, ale to odkryto znacznie później, kiedy od dawna używano już wszelkiego rodzaju zegarów mechanicznych. Najpierw jednak w XVIII w. Karol Linneusz w Uppsali opracował zegar kwiatowy, odmierzający czas otwierania się i zamykania w określonym rytmie kwiatów i liści, np. mimozy. Taki zegar „chodził” z dokładnością do kilku minut!

Stworzenie zegara kwiatowego zapoczątkowało badania, które doprowadziły do odkrycia molekularnych mechanizmów zegarów biologicznych, za które w 2017 r. Komitet Noblowski przyznał Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii. Otrzymali ją trzej badacze amerykańscy: **Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash i Michael W. Young**. Nobel za to odkrycie był oczekiwany od co najmniej 10 lat.



Dotyczy ono niemal wszystkich organizmów, ale ściśle związane jest również z tym, czym się zajmują lekarze – z chorobami.

Liście mimozy rozwijają się za dnia, a zamykają o zmierzchu, są zatem dostosowane do rytmów natury. Przetomowe było odkrycie, że kwiat ten umieszczony w ciemnościach zachowuje się tak samo, w tym samym rytmie. A zatem zegar tego kwiatu musi mieć mechanizm wewnętrzny, który powstał w reakcji na cykliczne zjawiska przyrody nieożywionej. I może działać niezależnie od nich, przynajmniej przez pewien czas (zanim powstanie nowe przystosowanie ewolucyjne).



W latach 70. XX w. Seymour Benzer i jego student Ronald J. Konopka postanowili sprawdzić, czy wewnętrzny mechanizm zegara biologicznego nie jest sterowany przez geny, i to był strzał w dziesiątkę. Do eksperymentów wybrali muszkę owocową i znaleźli mutację genu, która zakłócała jej rytm dobowy. Gen otrzymał nazwę „period”.



Obaj badacze zostali pominięci przez Komitet Noblowski. Amerykanin Benzer zmarł w 2007 r., był postacią wyjątkową w nauce. Poza biologią molekularną interesował się fizyką, w latach 40. uczestniczył w bada-

niach nad radarem, w genetyce odkrył m.in. mutacje nonsensowne. Powstała o nim książka, wydana także w Polsce: „Czas, miłość, pamięć. Wielki biolog i jego poszukiwania genety zachowań”.

Ronald J. Konopka, również Amerykanin, zmarł w 2015 r. To on odkrył gen „period” i chyba miał szansę na Nobla, chociaż Komitet Noblowski ma z przyznawaniem nagrody coraz większe problemy, bo jedno odkrycie coraz częściej ma wielu autorów, często ściśle ze sobą współpracujących. Nic dziwnego, że co jakiś czas któryś z badaczy się obraża, że go nie wyróżniono, i salon „pominiętych noblistów” z roku na rok się powiększa.

Zasługi tegorocznych noblistów w dziedzinie medycyny i fizjologii są jednak niepodważalne. Jeffrey C. Hall i Michael Rosbash, ściśle współpracując ze sobą i z Michaeliem W. Youngiem, w latach 80. XX w. wyizolowali gen „period”, który koduje białko o nazwie PER.

Białko to gromadzi się w jądrze komórkowym w nocy, a rozkładane jest w dzień. Mechanizm ów może jednak działać w rytmie dobowym niezależnie od pory. Kiedy w jądrze komórkowym jest za dużo białka PER, samo zaczyna hamować swą produkcję. Tę zależność wyjaśnił Young w latach 90. XX w. Opisał drugie białko zegara biologicznego, o nazwie TIM, dzięki któremu może ono przeniknąć do jądra komórkowego (po przyłączeniu się do niego). Uczony wyizolował jeszcze trzecie białko DBT (doubletime) opóźniające gromadzenie się PER.

Te trzy geny nie wyczerpują jeszcze całej chronobiologii, bo składa się na nią wiele innych substancji i hormonów, np. kortyzol i melatonina. Tworzą one orkiestrę symfoniczną różnych genów i białek występujących w komórkach, tkankach wielu narządów wewnętrznych, którymi steruje dyrygent, czyli naczelnny zegar. Znajduje się on w mózgu – w jądrach nadskrzyżowaniowych.

Dla medycyny chronobiologia ma ogromne znaczenie, ponieważ geny zegara biologicznego w komórce mają wysoką rangę i regulują również aktywność innych genów. Wpływają m.in. na funkcjonowanie protoonkogenów sprzyjających transformacji nowotworowej. Wyjaśnia to, dlaczego zaburzenia zegara biologicznego sprzyjają wielu chorobom, choćby nowotworom.

Nasz organizm różnie funkcjonuje w ciągu doby, ma okresy większej aktywności oraz „rozleniwienia”. Do zawałów serca częściej dochodzi wcześniej rano. Nawet operacje lepiej się udają w określonych porach dnia.

Człowiek nie jest już tak podporządkowany rytmom dobowym jak dawniej. Może pracować w nocy, błyskawicznie zmieniać strefy czasowe. Ale nasz organizm wciąż jest dostosowany do dnia i nocy, do pewnych rytmów. Być może to się kiedyś zmieni, na skutek nowego przystosowania ewolucyjnego. Nadal jednak pozostaniemy niewolnikami rytmów biologicznych, obojętnie, gdzie będziemy żyć: na Ziemi, na Marsie czy gdziekolwiek indziej w kosmosie. ■



Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego

Filip Niemczyk, adwokat

Pacjenci szpitali psychiatrycznych z wielu względów stanowią szczególną grupę chorych. W niniejszym artykule nie będę poruszał kwestii różnic między „chorobami duszy” i „chorobami ciała”, ale przedstawię sytuację prawną pacjenta szpitala psychiatrycznego.

Relacja między lekarzem i pacjentem nie jest równa. Lekarz dysponuje wiedzą, doświadczeniem i środkami technicznymi, stawiającymi go w uprzywilejowanej pozycji względem chorego, który jest osobą potrzebującą pomocy, często bezradną, niejednokrotnie pozbawioną wsparcia ze strony bliskich. Dysproporcja ta ujawnia się szczególnie w realiach szpitala psychiatrycznego.

Podstawowym aktem prawnym regulującym prawa i obowiązki chorego leczonego się w szpitalu psychiatrycznym jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. Została uchwalona wcześniej aniżeli inne akty prawne regulujące prawa pacjenta, co wydaje się nieprzypadkowe. Pacjent szpitala psychiatrycznego może być hospitalizowany bez swej zgody. W tym przypadku pobyt w szpitalu służy nie tylko leczeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale również izolacji, w celu ochrony społeczeństwa przed zagrożeniem ze strony chorego. Istotą praw pacjenta szpitala psychiatrycznego jest zatem zachowanie zdrowia i życia, autonomii woli, a także wolności osobistej. Liczne dramatyczne relacje dotyczące stosowania leczenia psychiatrycznego jako represji, chociażby wobec dysydentów w byłym ZSRR, pokazują, że prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego i jego godność są bardziej narażone na naruszenie niż pacjenta leczonego wyłącznie ze względów somatycznych.

Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego stanowią część ogólnych praw pacjenta. Dlatego w razie braku regulacji dotyczącej szczególnego przypadku zastosowanie znajdują przepisy ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z 6 listopada 2008 r. Wymieniono w niej przede wszystkim prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (w przypadku leczenia psychiatrycznego – zawsze bezpłatnych), do informacji o swoim stanie zdrowia, do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny informacji z nim związanych, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, do poszanowania intymności i godności, do dokumentacji medycznej, do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Prawa pacjenta, w szczególności pacjenta szpitala psychiatrycznego, mają przy tym umocowania w aktach wyższego rzędu. Art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nakazuje władzom publicznym szczególną opiekę zdrowotną nad osobami niepełnosprawnymi, w zakresie przymusowej hospitalizacji i przymusowego leczenia, art. 30 wskazuje przyrodzoną i niezbywalną godność człowieka jako podstawę i źródło

wszelkich praw i wolności, art. 41 ust. 2 gwarantuje kontrolę niezawisłego sądu dla każdego pozbawienia wolności, a tak należałoby kwalifikować przypadek osoby poddanej przymusowej hospitalizacji.

Specyfika ochrony praw pacjenta szpitala psychiatrycznego polega na tym, że dopuszcza się możliwość zastosowania przymusowego leczenia, które w oczywisty sposób stoi w sprzeczności z prawem autonomii i wolności jednostki. Przymus taki może być zastosowany jedynie dla dobra i w interesie pacjenta, co nie oznacza, że możliwa jest tu dowolność. Przeciwnie, stosowanie przymusu jest sytuacją wyjątkową, a zatem należy ją traktować jak ściśle ograniczoną do przewidzianych ustawą przypadków. Przymus bezpośredni wobec pacjenta może być zastosowany wówczas, gdy chory swoim zachowaniem zagraża własnemu lub cudzemu zdrowiu albo życiu, albo narusza bezpieczeństwo powszechne, kiedy gwałtownie niszczy lub uszkodza przedmioty w otoczeniu, kiedy poważnie zakłóca działanie placówki, w której przebywa. Zanim przymus zostanie zastosowany, należy pacjenta o tym uprzedzić.

Możliwość przyjęcia osoby do szpitala bez jej zgody istnieje wówczas, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje, że z powodu choroby zagraża własnemu życiu lub zdrowiu albo zdrowiu innych osób. Hospitalizacja bez zgody pacjenta zawsze wymaga zatwierdzenia przez ordynatora w ciągu 48 godzin oraz powiadomienia właściwego miejscowo sądu opiekuńczego w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia chorego. Czym innym jest orzeczenie przymusowego pobytu w ramach stosowanego przez sąd w postępowaniu karnym środka zabezpieczającego. Dotyczy szczególnie osób, które popełniły przestępstwo w stanie niepoczytalności, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że ponownie popełnią czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym albo ciężkie przestępstwo w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych.

Prawo stosowania przymusu nie może prowadzić do wniosku, że osoby leczone w szpitalu psychiatrycznym mają mniej praw niż inni pacjenci. Wręcz przeciwnie, przepisy nakładają obowiązek specjalnej dbałości o prawa takich osób. W tym celu ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadziła instytucję rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, który powinien być obecny w każdej placówce i którego zadaniem jest m.in. pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego.

Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 3 nakazuje lekarzowi wypełniać obowiązki bez względu na płeć, wiek, sytuację materialną pacjenta. Standard ochrony osób leczonych psychiatrycznie jest dodatkowo podniesiony, ze względu na charakter ich przypadłości, a także dopuszczalny w pewnych wypadkach przymus. ■



Medycyna kliniczna jako nauka

Tadeusz Tołłoczko

Dawniej dość powszechnie wyrażano wątpliwość, czy badania kliniczne kwalifikować można jak *par excellence* naukę. Dziś uznajemy za oczywistość, że – jako integralna część medycyny klinicznej – są nie tylko nauką, ale nawet przekraczają jej granice. Jeżeli bowiem pod pojęciem nauki rozumiemy badania obejmujące naszą rzeczywistość, to badania kliniczne spełniają kryterium prac naukowych, *ergo* – są dyscypliną naukową.

W klasyfikacji prac naukowych uwzględnić jednak należy fakt, że odmienność nauk klinicznych od wielu innych gałęzi nauki polega na tym, iż nie są i nie mogą być nauką „samą w sobie”, bo bezpośrednim obiektem ich badań jest człowiek. Badania kliniczne odróżniają od innych nauk przyrodniczych, np. fizyki czy chemii, takie czynniki jak: niepewność, nieokreśloność, zmienność, niepowtarzalność oraz moralna i prawna odpowiedzialność wobec fizycznie niewydolnego, ale obdarzonego pełną autonomią badanego chorego człowieka.

Do niedawna w klinicznym ustalaniu diagnozy poruszaliśmy się po omacku. Medycyna kliniczna w swej istotnej części była sztuką. Osiągnięcia w zakresie nauki i techniki spowodowały, że obecnie rozpoznanie choroby i wybór optymalnej metody leczenia jest wynikiem procesu myślowego opartego na wiedzy, doświadczeniu i analizie wyników badań pomocniczych. W przypadku tzw. *incidentaloma* samo badanie, np. obrazowe, wykrywa bezobjawowo przebiegającą chorobę. Nauka i technika sprawiają, że dziś przestrzeń dawnej „sztuki lekarskiej” w medycynie klinicznej coraz bardziej się zawęża i zanika. Wiedza wyrugowuje sztukę. Współcześnie pojęcie „sztuki lekarskiej” oznacza raczej dodatkową umiejętność

intuicyjnego wdrażania do praktyki klinicznej najnowszych osiągnięć, zarówno naukowych, jak i technicznych.

Obecnie medycyna kliniczna to jednak nie tylko nauka i wiedza, sztuka, moralność i pielęgnacja, lecz również dziedzina ekonomii, biznesu, pole zawodowej konkurencji.

Nauka to poszukiwanie prawdy, a nauki kliniczne to poszukiwanie „reguł biologicznych” człowieka, który będąc obiektem medycznych procedur, pozostaje niewzruszonym podmiotem osobowym. Medycyna musi być zaopatrzona w busolę moralną, bowiem nie tylko wiedza, ale i moralność przesiąka każdą lekarską decyzję. Ponadto w klinicznej medycynie sama myśl naukowa, niesprawdzona w praktyce klinicznej, byłaby „pusta”. Sama zaś praktyka w medycynie, bez myśli badawczej, byłaby „ślepa”.

Niewątpliwie to nauka czyni współczesną medycynę skuteczną. W rozwiniętych krajach działalność naukowa wchodzi w codzienność i zaciera się różnica między działalnością naukową a lekarską.

Nawet najbardziej wybitny badacz nie jest jednak twórcą prawd i praw, ale ich, nieraz genialnym, odkrywcą. Newton nazwanych jego imieniem praw fizyki nie stworzył. Był ich genialnym odkrywcą, ale nie twórcą.

Nauka wyzwala, zwłaszcza w medycynie klinicznej, wiele problemów klinicznych, moralnych, prawnych, społecznych i ekonomicznych, których rozwiązanie bywa zwykle opóźnione w odniesieniu do momentu pojawienia się nowych odkryć, wdrażanych przez biznes i w praktyce klinicznej. W tej przestrzeni czasu najczęściej dochodzi wówczas do chaosu moralnego i prawnego. W tym okresie postęp może odbywać się kosztem godności i praw człowieka.

Nauki kliniczne zalicza się do nauk stosowanych, a doświadczenie życiowe uczy, że nie ma nic bardziej praktycznego niż... dobra teoria. Znamienny przykład. Pracownię Michała Faradaya, zajmującego się problemem indukcji elektromagnetycznej, wizytował Benjamin Disraeli, późniejszy premier Wielkiej Brytanii. Po zakończeniu przeprowadzanego przez uczonego doświadczenia zapytał: – *Co będziemy mieli z tego, że sfinansujemy te badania?* – *Będziecie mogli wyniki mojej teorii bardzo wysoko opodatkować* – brzmiała odpowiedź. Chodziło o opracowanie podstaw działania elektrowni. ■



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 31.

Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

Świat dyskutuje dziś o wszystkim. Idolem czasów, w których żyjemy, jest różnorodność wraz z przekonaniem o równowartości skrajnie różnych poglądów praktycznie na



wszystko. Gubią się gdzieś, niestety, wartości nadrzędne, leżące u podstaw naszej cywilizacji. W debacie publicznej neguje się nawet bezwzględność wartości życia człowieka. Na szczęście nasz kodeks pozostaje przy podstawach systemu wartości, który wyrósł z tradycji żydowskiej, greckiej, rzymskiej i wreszcie chrześcijańskiej. Jednym z nich jest hipokratejska zasada „*Nikomus, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał*”, która jednoznacznie zakazuje intencjonalnego przyczyniania się do śmierci chorego.

Przy okazji warto przypomnieć: eutanazja to nie przypadkowe lub dopuszczone, lecz intencjonalne doprowadzenie pacjenta do śmierci. Używanie określenia „eutanazja bierna”, w przypadku dopuszczenia do śmierci przez zaniechanie stosowania nadzwyczajnych, nieproporcjonalnych środków podtrzymujących życie umierającego, jest niepoprawne. ■



Fot. archiwum

Życie na kredycie. Vademecum lekarza kredytobiorcy

Waldemar Szkiela

Decyzja o zaciągnięciu zobowiązania podyktowana jest zazwyczaj koniecznością sfinansowania dużego lub nieprzewidzianego wydatku. Nie ma nic nagannego w pożyczaniu pieniędzy, pod warunkiem jednak, że przy podejmowaniu tego typu działań będziemy kierować się rozsądkiem. Jak zatem przygotować się do zaciągnięcia zobowiązania, by kredyt nie był dla nas ciężarem?

Decyzja o wzięciu kredytu, po przeanalizowaniu wszystkich argumentów za i przeciw, może zapewnić nam zrealizowanie celów, takich jak zakup niezbędnego sprzętu AGD, samochodu, wymarzonego mieszkania czy domu. Jeśli posiadamy pełną świadomość tego, czym jest kredyt, i zdajemy sobie sprawę z konsekwencji zaciągania zobowiązań, z pewnością będziemy rozsądniej podejmować decyzje i na bieżąco analizować swoją sytuację finansową.

Kredyt konsumencki – co warto wiedzieć

Jednym z najbardziej popularnych kredytów jest **kredyt konsumencki** oferowany konsumentom w celu finansowania np. codziennych wydatków, wyjazdu wakacyjnego, zakupu samochodu i innych towarów oraz usług niezwiązanych z działalnością gospodarczą. Wysokość takiego kredytu nie może przekraczać 255 550 zł albo równowartości wyrażonej w obecnej walucie.

Decydując się na kredyt konsumencki, musimy być świadomi, ile będzie nas kosztował, czyli jaki będzie **całkowity koszt kredytu**. Pojęcie to oznacza wszystkie koszty z odsetkami i innymi opłatami, np. ubezpieczeniem, prowizjami, które musimy ponieść w związku z umową o kredyt. Jeżeli mamy problemy z oceną całości kosztów, zamiast o oprocentowanie pytajmy o wysokość rat. Znając kwotę i liczbę rat, łatwo porównać różne oferty banków. Co ważne, możemy dokładnie obliczyć całkowity koszt naszego zobowiązania.

Warto też zapytać o **rzeczywistą roczną stopę oprocentowania**. Rzeczywista roczna stopa oprocentowania pozwala klientowi na łatwiejsze porównanie ofert kredytów konsumenckich udzielanych przez banki, spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe, ponieważ oprócz oprocentowania uwzględni także pozostałe koszty kredytu, np.

provizje, opłaty, koszty usług dodatkowych niezbędnych do jego uzyskania. RRSO pełni rolę zestandaryzowanego miernika kosztu kredytu, który sprowadza oferty różnych instytucji finansowych do wspólnego mianownika. Ma to ułatwić pożyczającemu porównanie różnych ofert i dokonanie wyboru, podobnie jak to ma miejsce w sklepie, gdy porównujemy ceny produktów. Koszt wyrażony jest jedną liczbą, dzięki czemu porównanie różnych ofert nie stanowi problemu. Banki, SKOK-i, niebankowe firmy pożyczkowe i sklepy ze sprzedażą ratą podają swoim klientom wskaźnik RRSO, bo nakazują im to przepisy o kredycie konsumenckim.

Trzeba podkreślić, że w promocji swoich produktów instytucje finansowe podają zwykle **oprocentowanie nominalne**. Do niedawna królowało słynne „0 procent” za kredyt (to forma reklamy obecnie zakazana przez UOKiK), które jednak nie obejmuje innych opłat związanych z przyznaniem kredytu, takich jak: opłata za rozpatrzenie wniosku kredytowego, prowizja od udzielonego kredytu, inne koszty związane z obsługą kredytu.

Jakie raty wybrać?

Na podstawie określonego przez bank czy SKOK oprocentowania kredytobiorca płaci **odsetki** za korzystanie z kredytu. Im wyższa kwota kredytu, im wyższe oprocentowanie, im dłuższy okres, na jaki zaciągnęliśmy kredyt, tym większa będzie łączna suma odsetek do zapłaty. Kredyt spłacamy w ratach, na które składają się **raty kapitałowe i raty odsetkowe**. Rata kapitałowa jest równa kwocie kredytu podzielonej przez liczbę rat. **Raty** mogą być **równe** (najczęściej stosowane przez banki) lub **malejące**. W przypadku rat stałych kwota raty jest niezmienna przez cały okres spłaty. Zmienia się jedynie stosunek kwoty kapitału do kwoty oprocentowania. Całkowite koszty spłaty są wyższe niż przy ratach malejących.

W przypadku rat malejących stała część odsetkowa maleje, lecz kapitałowa pozostaje niezmienna. Takie raty są niewątpliwie korzystniejsze dla kredytobiorców, generują niższe koszty, jednak w początkowym okresie płacimy zdecydowanie wyższe raty i może się zdarzyć, że w tym pierwszym etapie nie mamy wystarczającej zdolności kredytowej. Zdolność kredytowa to zdolność do spłaty zaciągniętego kredytu z odsetkami w terminach określonych w umowie. W praktyce zdolność kredytową mamy wówczas, gdy rata zobowiązania nie jest wyższa niż połowa osiągniętych dochodów, z uwzględnieniem kosztów utrzymania i kwot innych zobowiązań.



Przykład

Chcemy zaciągnąć kredyt w wysokości 2 tys. zł na okres 12 miesięcy, przy oprocentowaniu 15 proc. i założeniu, że są to raty równe. Odsetki takiego kredytu wyniosą 166,21 zł. Gdyby tę samą kwotę spłacać przez 24 miesiące, koszty wyniosłyby 327,38 zł. Wynika z tego, że im dłuższy okres kredytowania, tym wyższa kwota odsetek. Warto również zauważyć, że w ratach równych z biegiem czasu spłacamy coraz mniejsze odsetki, a coraz więcej kapitału. Wysokość odsetek i innych kosztów kredytu możemy sami obliczyć, korzystając z jednego z kalkulatorów kredytowych dostępnych w Internecie.

Kredyt konsumencki to nie tylko rata

Oprócz odsetek do dodatkowych opłat, które składają się na koszt kredytu, zaliczamy:

prowiję – to wynagrodzenie dla instytucji finansowej za udzielenie kredytu. Prowiję płacimy jednorazowo od całej pożyczonej sumy;

opłatę przygotowawczą – pobierana jest (choć nie zawsze) przez instytucje finansowe za rozpatrzenie wniosku oraz przygotowanie i zawarcie umowy kredytowej;

ubezpieczenie – to dodatkowa umowa, która ma na celu ochronę przed ryzykiem niemożności spłaty kredytu.

Znowelizowana ustawa o kredycie konsumenckim wprowadziła znormalizowany dla wszystkich instytucji finansowych



Decydując się na kredyt konsumencki, musimy być świadomi, ile będzie nas kosztował, czyli jaki będzie całkowity koszt kredytu. Jeżeli mamy problemy z oceną całości kosztów, zamiast o oprocentowanie pytajmy o wysokość rat.

formularz informacyjny. Wszystkie dane o kosztach kredytu powinien więc zawierać formularz informacyjny, który kredytodawca lub pośrednik kredytowy ma obowiązek wręczyć konsumentowi przed zawarciem umowy. Wszyscy kredytodawcy powinni wypełniać go w ten sam sposób. Na jego podstawie możemy podjąć świadomą decyzję w sprawie zaciąganego kredytu, a także z łatwością porównywać oferty różnych banków.

Poręczenie kredytu. Żyrować czy nie żyrować?

Poręczając kredyt, zobowiązujesz się spłacić cudzy dług, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Jeśli kredytobiorca uchyli się od spłaty, wierzyciel (np. bank, SKOK) może dochodzić spłaty wierzytelności do-

wolnie: albo od głównego kredytobiorcy, albo od poręczyciela. Jeżeli nie ustalono inaczej, poręczyciel odpowiada za odsetki kredytowe, odsetki za opóźnienie w spłacie, wydatki poniesione przez wierzyciela niezbędne do dochodzenia roszczenia. Śmierć kredytobiorcy nie zwalnia poręczyciela z udzielonego poręczenia, w dalszym ciągu odpowiada za spłatę kredytu wraz ze spadkobiercami kredytobiorcy. Decyzja o poręczeniu pożyczki wpływa na ocenę zdolności kredytowej poręczyciela, gdy będzie chciał zaciągnąć kredyt. Dane poręczycieli są przetwarzane w Biurze Informacji Kredytowej S.A. Mimo że jesteśmy poręczycielami, w instytucjach, w których chcielibyśmy starać się o kredyt dla siebie, będziemy traktowani jak osoby posiadające już kredyt.



Goniec Medyczny

Wynagrodzenia dla rezydentów

„Zachowajmy jakieś proporcje. Wszyscy zarabiają za mało. Kiedy byłem młodym lekarzem, cieszyłem się, że mogę brać więcej dyżurów. Rezydent nie może się nauczyć zawodu i specjalności inaczej niż ciężką pracą na dyżurach – podkreślił w wywiadzie dla serwisu wPolityce.pl prof. Bogdan Chazan. – Rezydenci żądają więcej niż zarabia profesor z wieloletnim stażem”.

Wyższa składka zdrowotna?

Podniesienie składki zdrowotnej o 1,2 pkt. proc., jako jeden ze sposobów poprawy finansowej kondycji ochrony zdrowia, zaproponował niedawno prof. Piotr Czauderna.

14 zł za godzinę pracy

Podstawowa stawka godzinowa lekarza rezydenta to 14 zł. Pensje tej grupy zawodowej są uregulowane ustawowo. Młodzi lekarze „na rękę” dostają średnio 2200 zł. I to tylko ci, którzy na rezydenturę się dostaną. Reszta może pracować za darmo, w charakterze wolontariuszy – donosi Radio Zet.

Państwowe kredyty dla rezydentów?

„Najlepszym rozwiązaniem jest wprowadzenie kredytów preferencyjnych dla młodych lekarzy, które byłyby częściowo umarzone po przepracowaniu pewnej liczby lat w polskim systemie ochrony zdrowia” – proponuje na łamach „Rzeczpospolitej” Jerzy Gryglewicz z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

Rezydentura to nie praca?

– Chciałabym podkreślić, że wynagrodzenie za rezydenturę to nie jest wynagrodzenie za pracę. To, że budżet państwa finansuje specjalizację lekarzy, to sytuacja wyjątkowa w gospodarce narodowej. To jeden z niewielu zawodów, który ma finansowane zdobywanie dodatkowych kwalifikacji – twierdzi wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko.

W kolejce do leczenia nowotworu

Niemal 9 miesięcy na leczenie raka prostaty, o miesiąc dłużej w przypadku raka piersi. Średni czas oczekiwania na leczenie onkologiczne wyniósł 6,6 tygodnia, czyli padł kolejny rekord długości kolejek do terapii nowotworowych. To najnowsze dane OnkoBarometru WHC dotyczące pacjentów bez karty DiLO.

Prof. Zembala prezesem ETChSiT

Jeden z najwybitniejszych polskich kardiochirurgów prof. Marian Zembala będzie pełnił funkcję prezesa Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Serca i Torakochirurgów. Decyzja zapadła podczas dorocznego zjazdu organizacji odbywającego się w Wiedniu.

Pierwsza na świecie operacja DNA

Chińscy naukowcy przeprowadzili pierwszą na świecie „chemiczną operację” ludzkiego embrionu – podaje BBC. Według zespołu z Uniwersytetu Sun Yat-sen zastosowana metoda pozwoli w przyszłości wyeliminować wiele chorób genetycznych.

Nie tylko poręczenie

Innym rodzajem zabezpieczenia umów kredytu, poza poręczeniem, jest **ubezpieczenie**. Rozróżniamy ubezpieczenie od ryzyka utraty pracy, niezdolności do pracy, choroby i śmierci. To, czy konieczne jest ich wykupienie, zależy od wymagań danej instytucji udzielającej kredytu i osób, do których kierowana jest oferta. Może się zdarzyć, że oferowane ubezpieczenie jest całkowicie niepotrzebne osobie zaciągającej kredyt, np. ubezpieczenie od utraty pracy dla emeryta, więc należy uważać na tego typu oferty, tym bardziej że koszty ubezpieczeń bywają bardzo wysokie, a presja pracownika banku przy sprzedaży polisy będzie wyraźna.

Właściwie dobrane ubezpieczenia mogą pomóc w trudnej sytuacji losowej, trzeba jednak wcześniej dokładnie zapoznać się z ich zakresem, bo po zajściu zdarzenia często okazuje się, że nie było objęte umową ubezpieczenia.

Szybka pożyczka przez Internet

Poza bankami i SKOK-ami szeroką ofertę mają firmy pożyczkowe, które – trzeba to wyraźnie podkreślić – nie działają na podstawie prawa bankowego, lecz prawa handlowego. W ostatnim czasie bardzo dużą popularnością cieszą się krótkookresowe (na 30 dni) pożyczki oferowane przez Internet. Pożyczać pieniądze w tej formie jest niezwykle łatwo, ale spłacić całą kwotę w następnym miesiącu już zdecydowanie trudniej. Tym bardziej że procedura związana z udzieleniem pożyczki ogranicza się do trzech prostych kroków:

1. rejestracji na stronie pożyczkodawcy,
2. potwierdzenia swoich danych osobowych i adresowych,
3. zalogowania się i wskazania kwoty pożyczki.

W ten sposób, bez wychodzenia z domu, gromadzenia dodatkowych dokumentów o zatrudnieniu, zaświadczeń o dochodach, w ciągu przysłowiowych 15 minut mamy pieniądze na koncie. Pożyczki online są dobrym rozwiązaniem dla osób potrzebujących pieniędzy w danej chwili, ale pod warunkiem, że jesteśmy w stanie spłacić całą pożyczoną kwotę w terminie 30 dni. Wbrew pozorom jest to trudny warunek. Gdy się nie uda oddać należności, za przedłużenie terminu spłaty o następny miesiąc zapłacimy prowizję, zostaniemy również obciążeni kosztami odsetkowymi. W tym wypadku stopa RRSO wzrasta do kilkuset procent. Niespłacony kapitał oraz rosnące koszty odsetkowe i pozaodsetkowe często doprowadzają klientów do niewypłacalności i wpadnięcia w spiralę zadłużenia, czyli pożyczania pieniędzy na spłatę poprzednich zobowiązań.

Maksymalne koszty pożyczek

W związku z nasilającym się zjawiskiem nadmiernego zadłużania się osób wobec firm pożyczkowych ustawodawca ograniczył maksymalne koszty pożyczki, na które składają się wszelkie opłaty, odsetki i prowizje. Od 1 stycznia 2016 r. zmieniły się zasady ustalania wysokości odsetek ustawowych oraz dotyczących maksymalnego oprocentowania kredytów i pożyczek na mocy Ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2015 r., poz. 1830).

Zgodnie z art. 359 kodeksu cywilnego §2(1) maksymalna wysokość odsetek wynikających z umowy nie może przekraczać dwukrotności sumy **stopy referencyjnej NBP** (w tej chwili 1,5 proc.) + 3,5 p.p. tej wartości, co oznacza, że żadne

zobowiązanie nie może być oprocentowane wyżej niż **10 proc. rocznie**.

Koszty pozaodsetkowe kredytu, obejmujące m.in. prowizje, wszelkie opłaty oraz koszty usług dodatkowych wynikające np. z obsługi domowej pożyczki czy jej ubezpieczenia, nie będą mogły przekroczyć sumy dwóch składników: **25 proc. kredytu** (część stała) oraz **30 proc. wartości kredytu** w skali roku (część zmienna, zależna od czasu trwania umowy). Należy podkreślić, że firma pożyczkowa, udzielając kolejnego kredytu w okresie do 120 dni od daty udzielenia pierwszego, wszystkie pobierane w tym czasie opłaty musi zmieścić w limicie kosztów pozaodsetkowych naliczanych od kwoty pierwszego kredytu.

Świadome pożyczanie

Aby uniknąć tzw. pętli kredytowej, wystarczy tylko umiejętnie zarządzać domowym budżetem. Na czas spłaty pożyczki zrezygnować ze zbędnych wydatków, środki z wynagrodzenia za pracę lub emerytury w pierwszym rzędzie przeznaczać na spłatę rachunków, aby widzieć, ile pieniędzy zostaje do dyspozycji po uregulowaniu opłat. Warto też podsumować łączne wydatki na żywność, komunikację, środki czystości etc. Dobrym pomysłem jest założenie specjalnego konta oszczędnościowego, gdzie przelewane byłoby nasze drobne oszczędności na tzw. czarną godzinę, stanowiące zabezpieczenie na wypadek konieczności spłaty nieprzewidzianych zobowiązań.

W tym miejscu trzeba przywołać instytucję, która ma kluczowe znaczenie przy udzielaniu kredytów przez banki, SKOK-i czy w ostatnim czasie większe firmy pożyczkowe. Tą instytucją jest **Biuro Informacji Kredytowej S.A.**, które zostało utworzone przez banki w reakcji na wzrastającą liczbę kredytów zagrożonych w polskim sektorze bankowym i funkcjonuje na mocy ustawy. Celem powołania BIK było zbudowanie kompleksowej bazy danych zawierającej informacje o zobowiązaniach klientów banków, w której są przechowywane i przetwarzane informacje dotyczące aktualnych i przeszłych zobowiązań klientów wobec banków i SKOK-ów. Również o debetach na kontach osobistych czy stanach karty kredytowej. Magazynuje zarówno informacje pozytywne, jak i negatywne. Udostępnia zebrane dane bankom, SKOK-om oraz klientom.

Do BIK trafiają dane identyfikacyjne oraz informacje o zobowiązaniach kredytowych powiązanych z danym klientem, wskazujące m.in. stan początkowy zobowiązania, aktualny stan zadłużenia oraz historię kredytową w ujęciu miesięcznym. Banki oraz inne instytucje uprawnione do udzielania kredytów dzięki dostępowi do tych informacji mogą sprawnie oszacować zdolność i wiarygodność kredytową klienta przed udzieleniem mu kredytu. Klienci z pozytywną historią kredytową mają szansę na otrzymanie od banku lepszych niż standardowe warunków. Są dla banków klientami najcenniejszymi, co z kolei może przełożyć się na korzystniejsze warunki finansowe, tj. niższe oprocentowanie kredytu,

skrócenie lub uproszczenie procedur, obniżenie opłat i prowizji. Natomiast brak wiedzy o historii kredytowej klientów uniemożliwia bankom zastosowanie swoistej premii za ich rzetelność finansową. Jeśli klient chce być postrzegany jak atrakcyjny uczestnik rynku finansowego, powinien sam dążyć do tego, aby pozytywna historia spłat jego zobowiązań była dostępna dla innych instytucji sektora finansowego nie tylko w trakcie, ale również po spłaceniu zobowiązania.

Podsumowanie

Jeśli uznamy, że chwilowo brakuje nam gotówki i koniecznie musimy wspomóc się kredytem, warto rozważyć, który z najbardziej popularnych produktów jest odpowiedni do sfinansowania planowanego wydatku. Starajmy się podejmować przemyślane decyzje i miejmy świadomość istniejącego wyboru! Przed zaciągnięciem kredytu lub pożyczki zwróćmy uwagę na następujące informacje i zalecenia:

- roczną stopę oprocentowania i całkowity koszt kredytu;
- opłaty z tytułu ubezpieczeń, zabezpieczeń, rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy;
- możliwość wcześniejszej spłaty i związaną z tym ewentualną opłatę;
- pozostałe koszty, np. wydłużenie okresu kredytowania, prolongatę w spłacie, przewalutowanie, wycenę nieruchomości, wydanie zaświadczenia o wysokości kredytu pozostałego do spłaty, opłatę za dostarczenie gotówki do domu bądź jej spłatę w domu;
- najważniejsze warunki kredytu powinny być zawarte w umowie;
- ustalmy dokładną kwotę, jaka jest potrzebna, aby nie płacić dodatkowych odsetek;
- zbierzmy oferty różnych instytucji. Możemy sprawdzić je na stronach internetowych poszczególnych firm i banków;
- zapoznajmy się z regulaminami i taryfami opłat oraz prowizji;
- czytamy umowę, nie musimy jej od razu podpisywać. Jeśli mamy jakiegokolwiek wątpliwości, postarajmy się o konsultację. Możemy skorzystać z bezpłatnych porad rzecznika finansowego lub powiatowego/miejskiego rzecznika konsumentów. Nie podejmujmy decyzji pod wpływem emocji. ■

Źródła:

Ustawa z 19.08.2011 r. o usługach płatniczych (DzU 2016, poz. 1572),
Ustawa z 12.05.2011 r. o kredycie konsumenckim (DzU 2016, poz. 1528),
Ustawa z 9.10.2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (DzU 2015, poz. 1830),
Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (DzU z 2014 r., poz. 121 z późn. zm.),
Obwieszczenie ministra sprawiedliwości z 7.01.2016 r. w sprawie wysokości odsetek ustawowych (M.P. z 2016 r., poz. 46).

Wydrukowano w Biuletynie DIL „Medium” 9/2017

Autor kieruje Ośrodkiem Doradztwa Finansowego i Konsumenckiego w Warszawie prowadzonym przez Stowarzyszenie Krzewienia Edukacji Finansowej.

Ubezpieczenia wzajemne szpitali – alternatywa ubezpieczeń komercyjnych

Upodstaw funkcjonowania towarzystw ubezpieczeń wzajemnych tkwi zasada wzajemności, która zachęca szpitale do ubezpieczania i tym samym minimalizowania ryzyka prowadzonej działalności. – *Dzięki popytowi na takie ubezpieczenie nie następuje wzrost stawek OC* – ocenia Rafał Kiliński, prezes Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych (Tuw PZUW).

Stawki ubezpieczeń OC dla szpitali rosną razem ze stopniem oszacowanego ryzyka. Jakie czynniki wpływają na jego zwiększenie?

Przed wszystkim ryzyko związane z działalnością medyczną szpitala. W 2004 r. składka na ubezpieczenie OC średniego szpitala wynosiła od 4,5 do 8 tys. zł, kilka lat później już ponad 40 tys. zł, obecnie rzadko jest niższa niż 100 tys. zł. Na amerykańskim rynku zaś środki przeznaczane na składkę ubezpieczeniową dochodzą nawet do 15 proc. budżetu rocznego szpitala.

Szpitali oraz samorządy wojewódzkie próbowały kilka lat temu stworzyć towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, licząc, że obniżą w ten sposób stawki. Nie dały rady. Dlaczego?

Przed wszystkim z powodów finansowych – choć wówczas łatwiej było utworzyć Tuw w Polsce niż dzisiaj. Obowiązywały przepisy unijne regulujące funkcjonowanie zakładów ubezpieczeń, zawarte w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady – Solvency 1. Od 1 stycznia 2016 r. zaimplementowano system Solvency 2, który nakłada na podmioty tworzące firmy ubezpieczeniowe liczne obowiązki w zakresie monitorowania przepływu kapitału, a także duże obciążenia finansowe. Dyrektorzy szpitali w końcu zdecydowali, że bezpieczniej będzie opłacać składkę u tradycyjnego ubezpieczyciela. Cieszy nas, że coraz częściej, zwłaszcza w ostatnim roku, wybierają oni Tuw PZUW.

Tuw PZUW, jako podmiot wchodzący w skład Grupy PZU SA – największej obecnie grupy finansowej w Polsce i jednej z największych w naszej części Europy – ma zapewnione silne zaplecze kapitałowe oraz *know-how*.

Pomysł ubezpieczeń wzajemnych odżył na rynku. Kiedy PZU utworzyło Tuw PZUW, w ciągu roku prawie 50 szpitali złożyło akces członkowski. Co powoduje, że ubezpieczenia wzajemne są jednak nadal rozważane przez dyrekcje szpitali jedynie jako alternatywa ubezpieczeń komercyjnych?

Ryzykiem można się podzielić z członkami Tuw. Łatwiej się ubezpieczyć w Tuw niż w firmach *stricto* komercyjnych. Ubezpieczyciel komercyjny bowiem zawsze zakłada najgorsze scenariusze związane z działalnością klienta i na podstawie oceny ryzyka ustala wysokość składki. A to oznacza, że z założenia jest drożej. Tuw PZUW tworzy zaś grupy ubezpieczanych szpitali o podobnej skali ryzyka, które wspólnie pracują nad jego ograniczaniem, dzięki czemu składki są niższe. Ubezpieczenia wzajemne pozwalają grupie ubezpieczonych szpitali bardziej identyfikować się ze wspólnym celem, jakim jest minimalizowanie ryzyka i strat finansowych. Tuw statutowo nie generuje zysku. Suma składek, gdy przewyższa sumę kosztów i wypałat, tworzy nadwyżkę rozliczaną między członków towarzystwa. Nie przekazuje się jej akcjonariuszom jako zysku, jak robią ubezpieczyciele komercyjni. Może być zwrócona członkom, zaliczona na poczet przyszłych składek lub (taką zasadę stosujemy na początku działalności Tuw PZUW, tj. w okresie moratorium na dopłaty do składki) całość nadwyżki przeznaczana się na kapitał zapasowy, zwiększający możliwość ubezpieczania największych ryzyk.

Szpitali rozważające wstąpienie do Tuw obawiają się jednak możliwości dopłat, ponoszonych gdyby któryś z podmiotów wchodzących w skład grupy wykazał dużą szkodę.

W docelowym modelu działania faktycznie w przypadku kumulacji szkód, które spowodują stratę na wyniku związku, ubezpieczyciel może (ale nie musi) zwrócić się o dopłatę do związku (grupy) szpitali. Obowiązuje wtedy limit: dopłata nałożona na daną grupę za rok ubezpieczenia może wynieść maksymalnie do 50 proc. składki przypisanej tej grupie. Reszta kwoty to problem, który ubezpieczyciel bierze na siebie. Stosowane są rozmaite mechanizmy osłonowe, związane głównie z reasekuracją ubezpieczenia. Chcąc oswoić naszych członków z ewentualnością dopłat, zobowiązaliśmy się, że Tuw PZUW nie będzie o nie występował do członków do 2018 r.

Jakich działań od szpitali oczekuje Tuw PZUW w zakresie ograniczenia ryzyka?

Wspólnej pracy nad poprawą ryzyka, systematycznego zwiększania bezpieczeństwa diagnozowanych i leczonych pacjentów, uczestnictwa w podnoszeniu kwalifikacji personelu medycznego. Wdrażamy zasady dobrych praktyk oparte na doświadczeniach zdobytych przez dyrektorów szpitali. Dyrektorzy, którzy wyciągnęli wnioski ze swoich błędów, mogą uczyć innych. Wymiana informacji to kolejny aspekt współpracy. Realizujemy także program, pod honorowym patronatem ministra zdrowia, mający na celu zmniejszenie ryzyka medycznego w szpitalach należących do Tuw, oraz wspieramy inicjatywę kształcenia *risk managerów* na studiach podyplomowych prowadzonych przez CKP WUM. Grupa PZU razem z Warszawskim Uniwersytem Medycznym uruchamia projekt pod nazwą „Bezpieczny poród”. Sfinansowaliśmy już zakup najnowocześniejszego symulatora do przeprowadzania szkoleń w zakresie ginekologii i położnictwa.



Jak wspólne myślenie o ryzyku przekłada się na wysokość stawek? Czy rzeczywiście w T UW mogą być niższe niż u ubezpieczycieli komercyjnych?

T UW PZ UW ma nieco inną strukturę kosztów administracyjnych, wynikającą z mniejszej nadbudowy. Obsługujemy klientów korporacyjnych, nie musimy tworzyć sieci sprzedaży, więc narzut na cenę polisy jest mniejszy niż w zakładzie komercyjnym. W skrócie powiedziałbym, że nasze składki są adekwatne do ryzyka, ale ze względu na specyfikę naszego modelu biznesowego są konkurencyjne.

Ubezpieczyciele analizują zgłaszane błędy medyczne lub możliwość ich zaistnienia w szpitalu. Jak tę kwestię uwzględnić T UW PZ UW przy obliczaniu wysokości stawek?

Przy określonej liczbie procedur medycznych realizowanych w placówce zawsze dochodzi do zdarzeń niepożądanych, takie są statystyki. Jeśli owe zdarzenia nie są rejestrowane, świadczy to o nieprzywiązywaniu wagi do ryzyka. Szpital zgłaszający błędy udowadnia, że panuje nad sytuacją. Najgorzej, gdy zdarzenia niepożądane są ukrywane, a potem wybuchają konflikty z pacjentami, gdy już narosły ich zdrowotne komplikacje. Cena przywrócenia zdrowia jest wysoka. Do tego dochodzą znaczne koszty zadośćuczynienia i obsługi prawnej. Szpital wykazujący w swoich statystykach wymienione elementy będzie zawsze postrzegany przez ubezpieczyciela jako wiarygodniejszy i bardziej skłonny do wdrażania elementów poprawy jakości opieki medycznej. Ma to kolosalny wpływ na optymalizację składki ubezpieczeniowej – więc odpowiedź jest pozytywna – tak, uwzględniamy te kwestie i w mogą one w sposób znaczący wpływać na wysokość składki.



Dyrektor ds. medycznych Piotr Daniluk omawia działania prewencyjne poprawiające bezpieczeństwo pacjentów diagnozowanych i leczonych w szpitalach ubezpieczanych przez T UW PZ UW:

Program pod honorowym patronatem ministra zdrowia RP wspierający poprawę jakości w ochronie zdrowia i zmniejszający ryzyko medyczne hospitalizowanych pacjentów, **który obejmuje:**

- system szkoleń dla zarządzających szpitalem, lekarzy, pielęgniarek,
- omówienie sytuacji zagrażających bezpieczeństwu pacjentów, wskazanie metod minimalizacji ryzyka.

Tematyka: – Odpowiedzialność w ubezpieczeniach OC,

- Zarządzanie ryzykiem wystąpienia zdarzeń niepożądanych podczas diagnostyki i leczenia,
- Dokumentacja medyczna – zabezpieczenie przed skutecznymi roszczeniami pacjentów,
- Redukcja ryzyka wystąpienia zakażeń szpitalnych,
- Prawidłowa komunikacja interpersonalna.

Szkolenia prowadzą eksperci medyczni T UW PZ UW, lekarze z doświadczeniem medyczno-ubezpieczeniowym oraz specjaliści z zakresu komunikacji interpersonalnej.

Studia podyplomowe prowadzone przez CKP WUM: Bezpieczeństwo i zarządzanie ryzykiem działalności leczniczej.

Uzyskanie umiejętności *risk managera* w zakresie oceny i minimalizacji ryzyka medycznego oraz metod współpracy z ubezpieczycielami podmiotów leczniczych.

Kierownictwo naukowe: Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa i Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej.

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

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 wwyż
- 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

Wewnątrzmaciczne operacje serca

Z prof. dr hab. n. med. **Joanną Szymkiewicz-Dangel**, specjalistą pediatrii i kardiologii, kierownikiem Zakładu Kardiologii Perinatalnej i Wad Wrodzonych CMKP, rozmawia Małgorzata Skarbek.

CZ. 1

W którym momencie ciąży można stwierdzić wadę serca płodu?

Wady wrodzone serca potrafimy diagnozować od bardzo wczesnego okresu ciąży. Serce płodu możemy zobaczyć już od 12. tygodnia. I ocenić jego funkcje. Wiemy, że jest grupa wad serca, które ewoluują. Bywa, że wada względnie łagodna w pierwszych tygodniach, którą – wydaje się – można leczyć skutecznie u noworodka, nasila się w następnych tygodniach do tego stopnia, że przekształca się w inną wadę, której leczenie jest bardziej złożone lub która staje się nieuleczalna.

Dlaczego tak się dzieje?

Poszczególne części układu krążenia rozwijają się dzięki przepływającej krwi. Jeśli zastawka tętnicza jest zwężona, dochodzi do wzrostu ciśnienia w komorze pompującej krew. Zwiększa się jej objętość i pogarsza funkcja. Słabo pracująca komora przestaje rosnąć, dochodzi do jej niedorozwoju i dwukomorowe serce staje się sercem jednokomorowym. Wówczas konieczne jest etapowe leczenie kardiochirurgiczne z docelowym wytworzeniem „krążenia fontanowskiego”, to znaczy stanu, w którym żyły systemowe są połączone bezpośrednio z tętnicami płucnymi, z pominięciem serca. Ponieważ nie jest to krążenie fizjologiczne, chcielibyśmy w przypadkach, w których jest to realne, zapobiec takiej sytuacji i pozwolić na lepszy rozwój komory lewej lub prawej. A jest to możliwe wyłącznie wtedy, gdy nastąpi poprawa przepływu krwi przez jamy i zastawki serca płodu.

Jakie były początki operacji wewnątrzmacicznych?

W miarę rozwoju kardiologii interwencyjnej zastawkowe wady serca, takie jak zwężenie pnia płucnego i zastawkowe zwężenie aorty, zaczęto leczyć przezskórną walwuloplastyką balonową także u noworodków. Okazało się, że po zabiegu zdecydowanie poprawiała się funkcja lewej komory, a tym samym stan noworodka, dzięki czemu można było wypisać go do domu.

W Polsce zabiegi z tego zakresu zaczęła przeprowadzać w Centrum Zdrowia Dziecka prof. Grażyna Brzezińska-Rajszyś, zarówno dr Gerald Tulzer, kardiolog, jak i dr Wolfgang Arzt lekarz o imponującym doświadczeniu. Pod jej skrzydłami byli bardzo życzliwi, pozwolili nam obserwować przebieg operacji. To ważne doświadczenie, bowiem wszystkich

poprawę w stanie klinicznym dzieci. W przypadku zastawkowego zwężenia tętnicy płucnej u dziecka jej balonowa plastyka jest często ostateczną i jedyną metodą leczenia.

Moim marzeniem było pójście o krok dalej i leczenie dzieci z wadami wewnątrzmacicznymi, aby – być może – zapobiec poważniejszym wadom serca i ciężkim powikłaniom.

Należało zacząć od zdiagnozowania wad w odpowiednim momencie. Początkowo, na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego wieku, echokardiograficzne badania prenatalne przeprowadzaliśmy w grupach kobiet ciężarnych z wysokim ryzykiem urodzenia dziecka z wadą wrodzoną serca, czyli tych, które same miały wadę serca, już urodziły chore dziecko, chorowały na cukrzycę. Płody były zdrowe, a do CZD przyjeżdżały noworodki w ciężkim stanie, z nierozpoznaną wadą serca. Dopiero gdy podjęliśmy szkolenie lekarzy położników w zakresie przesiewowych położniczych badań USG i Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało zalecenia, że w każdym takim badaniu USG kobiety ciężarnej należy ocenić obraz czterech jam serca i odejścia naczyń, prenatalna diagnostyka wad serca znacznie się poprawiła. Dziś należymy do europejskiej czołówki w dziedzinie rozpoznawalności wad serca i jest to zasługa naszych położników. W 2004 r. w Ogólnopolskim Rejestrze Patologii Kardiologicznych u Płodów (www.orpkp.pl) były cztery przypadki płodów z prenatalnym rozpoznaniem przełożenia pni tętnicznych, w 2016 r. – już około 40. Rocznie operuje się około 90 noworodków z tą wadą serca, więc jest jeszcze trochę do poprawienia.

Kiedy pani zespół rozpoczął wykonywanie zabiegów?

W 2011 r. dwie pacjentki z rozpoznanymi wadami serca płodu – krytycznymi zwężeniami zastawki aortalnej, zostały zoperowane przez dr. Geralda Tulzera i dr. Wolfganga Arzta w Linzu, w Austrii, gdzie jest najlepszy w Europie i drugi na świecie (po Bostonie) ośrodek przeprowadzający interwencyjne kardiologiczne zabiegi prenatalne. Razem z doświadczonym położnikiem dr Marzeną Dębską (moją córką) pojechałyśmy, z własnej inicjatywy i na własny koszt, do Linzu. Zarówno dr Gerald Tulzer, kardiolog, jak i dr Wolfgang Arzt lekarz o imponującym doświadczeniu. Pod jej skrzydłami byli bardzo życzliwi, pozwolili nam obserwować przebieg operacji. To ważne doświadczenie, bowiem wszystkich



pujemy nawet do ciśnienia 14 atmosfer (więcej niż w oponie samochodowej). Jediną drogą dotarcia do zastawki aorty jest przekłucie mięśnia serca. Po wyjęciu igły może dojść do krwawienia i tamponady serca. Musimy być na to przygotowani, szybkie odbarczenie krwi pozwala na bezpieczne zakończenie zabiegu, a w ciągu kilku minut krwawienie najczęściej ustaje. Płód odczuwa ból, więc jest znieczulony fentanylem podanym do żyły pępkowej drogą kordocentezy. Musi być też zwiotczony, aby nie uciekł spod igły. Matka oddycha samodzielnie i jest przytomna, ale stosuje się głęboką sedację.

Po powrocie z Linzu, za zgodą prof. Romualda Dębskiego, kierownika Kliniki Położnictwa i Ginekologii CMKP w Szpitalu Bielańskim, lekarza otwartego na wszelkie nowości i odważnego, przygotowałam zespół. Dokładnie przeanalizowałam grupę pacjentów, których można w ten sposób leczyć. W skład zespołu operującego weszli: położnik, kardiolog interwencyjny, anestezjolog i ja, czyli: dr Adam Koleśnik, w trakcie specjalizacji z kardiologii dziecięcej, pracujący w Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych Centrum Zdrowia Dziecka, dr Marzena Dębska, która przeprowadziła wiele innych zabiegów wewnątrzmacicznych i wkłuwała się do każdej części płodu. Ja pracowałam w pracowni cewnikowania serca

Jak przebiega operacja?

Zabieg polega na tym, że igła jest wkłuwana przez powłoki brzuszne matki, jamę macicy i klatkę piersiową dziecka do koniuszka serca. W momencie wkłucia serce może się zatrzymać, nie da się tego przewidzieć. Igła umieszczona zostaje pod zastawką aortalną, a przez nią wprowadzany jest przewodnik z cewnikiem. Następnie należy sforsować zwężoną zastawkę aortalną, ufiksować przewodnik w łuku aorty, wprowadzić balon i umieścić go w odpowiedniej pozycji, aby skutecznie i bezpiecznie poszerzyć zastawkę aorty. Średnica zastawki wynosi od 2 do 4,5 mm. Stosujemy cewniki takie jak do poszerzania tętnic wieńcowych, nie mamy specjalnego sprzętu do zabiegów płodowych. Balonik pom-

10 lat, a od ponad 25 lat zajmuję się kardiologią prenatalną. Zgromadziliśmy sprzęt. 6 czerwca 2006 r. wykonaliśmy pierwszy zabieg poszerzenia zastawki aortalnej u 27-tygodniowego płodu z obrzękiem w przebiegu niewydolności krążenia.

Od tego czasu wykonaliśmy 72 plastyki zastawki aortalnej, 11 – płucnej oraz 16 zabiegów otwarcia przegrody międzyprzedsionkowej, w tym 12 z implantacją stentu. ■

Część 2. rozmowy z prof. Joanną Szymkiewicz-Dangel ukaże się w kolejnym numerze „Pulsu”.

Lekarska Spółdzielnia Profesorsko-Ordynatorska w Warszawie, przy ul. Waliców 20, **zatrudni** lekarzy specjalistów.
Tel.: 22-624-06-47, 22-624-65-05.

Dentika Sierpc **wynajmie** w pełni wyposażony gabinet stomatologiczny lekarzowi dentyście lub ortodontcie.
Tel.: 503-05-81-17.

Szpital Powiatowy w Sochaczewie **zatrudni**:
lekarza (specjalistę w dziedzinie ginekologii i położnictwa)
do pełnienia obowiązków ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego,
lekarzy specjalistów, w trakcie specjalizacji lub chcących się specjalizować w dziedzinie ginekologii i położnictwa.
Aplikacje należy składać w kancelarii szpitala: 96-500 Sochaczew, ul. Batalionów Chłopskich 3/7,
kontakt: 46-864-95-01, e-mail: kancelaria@szpitalsochaczew.pl



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

Tramadol z deksketoprofenem

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

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

Na polskim rynku są dwa leki stanowiące połączenie (w jednej tabletkie) tramadolu z lekami z I stopnia drabiny analgetycznej, które wykazują synergizm superaddycyjny. Pierwszy to połączenie tramadolu z paracetamolem, o którym pisaliśmy w pierwszym odcinku cyklu, drugi – połączenie tramadolu z deksketoprofenem.

Deksketoprofen z tramadolem

Deksketoprofen (DKP) i tramadol (TRAM) charakteryzują się odmiennymi mechanizmami i miejscami działania, co w przypadku tzw. terapii multimodalnej jest zjawiskiem bardzo korzystnym.

DKP należy do grupy NLPZ o silnym działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym i przeciwgorączkowym. Poza działaniem obwodowym przeciwzapalnym ma silne działanie ośrodkowe przez aktywację cholinergicznym dróg zstępujących kontroli bólu. DKP jest aktywnym prawoskrętnym izomerem ketoprofenu, który zachowuje typowe działanie przeciwbó-

lowe związku macierzystego z możliwością redukcji dawki i ryzyka działań niepożądanych. To lek stosunkowo bezpieczny dla chorych w podeszłym wieku i obciążonych chorobami układu krążenia. Charakteryzuje go najkrótszy spośród wszystkich NLPZ okres półtrwania w surowicy krwi (1,65 godziny), szybki początek działania (Tmax 0,20–0,75 godziny) i długi czas działania (8 godzin). Obok lornoksykamu, nimesulidu i metamizolu wykazuje najniższe ryzyko interakcji z innymi lekami, ponieważ nie jest metabolizowany przy udziale izoenzymów cytochromu P-450, natomiast obok ibuprofenu, nimesulidu i diklofenaku wykazuje najniższe ryzyko powikłań związanych z przewodem pokarmowym.

TRAM jest lekiem przeciwbólowym o podwójnym mechanizmie działania, który działa ośrodkowo na drodze słabej aktywacji receptorów opioidowych (aktywny metabolit tramadolu: O-dezmetylotramadol) i hamowania wychwytu zwrotnego monoamin (noradrenaliny i serotoniny) – w efekcie działania substancji pierwotnej. Maksymalna dobową dawką tramadolu nie powinna przekraczać 400 mg (w wybranych sytuacjach klinicznych 600 mg). Szczegółowo tramadol opisano w poprzednim artykule.

Połączenie DKP i TRAM zapewnia szybki początek działania, długi czas i lepszy efekt niż każdy z tych leków stosowany osobno. Ma wysoką skuteczność przeciwbólową w bólu przekraczającym 5 pkt. w skali NRS (ból od natężenia średniego do dużego), zarówno o podłożu zapalnym, jak i neuropatycznym, mniejszą liczbę działań niepożądanych dzięki możliwości redukcji dawki poszczególnych składników, zmniejsza ryzyko zapażenia po tramadole (DKP wykazuje zdolność do antagonizowania wpływu TRAM na hamowanie pasażu w przewodzie pokarmowym) oraz umożliwia przyjęcie leku na czczo. Skojarzenie DKP i TRAM wykazuje aż pięć mechanizmów działania (wymienione w kolejności pojawiania się):

1. hamowanie cyklooksygenazy i syntezy pozapalnych cytokin (efekt działania DKP) – mechanizm obwodowy,
2. hamowanie substancji P (efekt działania DKP) – mechanizm obwodowy,
3. aktywacja zstępujących układów kontroli bólu – noradrenergicznego i serotoninowego (efekt działania tramadolu w postaci substancji pierwotnej) – mechanizm ośrodkowy,
4. aktywacja układu opioidowego (efekt działania O-dezmetylotramadolu, aktywnego metabolitu TRAM) – mechanizm ośrodkowy,
5. aktywacja zstępującego układu kontroli bólu – cholinergicznego (efekt działania DKP) – mechanizm ośrodkowy.

Skojarzenie DKP i TRAM jest wskazane w leczeniu bólu ostrego. Skuteczność tego połączenia wykazano w bólu pooperacyjnym i pourazowym oraz w bólu w narządzie ruchu (bó-

m Finanse

Zrealizuj z nami wszystkie swoje plany

Otwórz rachunek osobisty lub firmowy i zarządzaj wygodnie swoimi finansami

Złóż wniosek o kredyt w rachunku firmowym i obracaj środkami tak jak lubisz

Zamów kartę kredytową i zyskaj środki na ekstra wydatki

Rozwiń biznes korzystając z uproszczonej procedury w pakiecie leasingowym MEDICA

Uzyskaj kredyt hipoteczny na zakup lokalu i działaj swobodnie

Grzegorz Aleksandrowicz
tel. 603 676 523 | grzegorz.aleksandrowicz@mfinanse.pl

lach krzyża, zaostrzeniu choroby zwyrodnieniowej, rwie kulszowej, zespole bolesnego barku, zespołach korzeniowych), a także w bólach zębów i bólu po ich ekstrakcji. Optymalna dawka dobową trwałego połączenia DKP i TRAM wynosi 1–3 tabletek, z których każda zawiera 25 mg DKP i 75 mg TRAM. Czas stosowania leku powinien być ograniczony do występowania bólu ostrego. Połączone DKP i TRAM tworzą lek zarejestrowany i dostępny w Polsce w formie tabletek po 25+75 mg (Skudexa w opakowaniach po 10 i 20 tabletek).

Jakie działania niepożądane może mieć skojarzenie DKP i TRAM

Najczęściej obserwowanymi (podczas badań klinicznych) działaniami niepożądanymi były: nudności, wymioty i zawroty głowy (odpowiednio 2,9 proc., 2,7 proc. i 1,1 proc. pacjentów). Często zgłaszane po zastosowaniu TRAM są nudności i zawroty głowy, które występują u 10–14 proc. chorych i wynikają z mechanizmu działania tramadolu (10–14 proc. populacji rasy kaukaskiej/białej to wolni metabolizery – pacjenci z nieprawidłowym poziomem enzymu CYP2D6, który jest niezbędny do tego, aby tramadol uległ metabolizmowi do aktywnego przeciwbólowo metabolitu). Ryzyko uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego po DKP jest małe, z uwagi na parametry farmakokinetyczne DKP i krótki okres półtrwania leku w surowicy krwi (DKP jest jednym z czterech NLPZ o najniższym ryzyku uszkodzenia śluzówki przewodu pokarmowego). DKP nie wchodzi w interakcję z przeciwpyłkową dawką kwasu acetylosalicylowego.

Jakich skojarzeń należy unikać podczas łączenia DKP i TRAM:

1. Nie należy stosować równocześnie z innymi NLPZ (wzrost ryzyka uszkodzenia wątroby, nerek i przewodu pokarmowego).
2. Zachować ostrożność w przypadku stosowania z lekami przeciwzakrzepowymi (ryzyko wzrostu wartości wskaźnika INR i ryzyka krwawienia).
3. Zachować ostrożność przy równoczesnym stosowaniu glikokortykosteroidów (wzrost ryzyka uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego).
4. Nie łączyć z metotreksatem w dawkach równych lub powyżej 15 mg na tydzień (wzrost toksycznego oddziaływania metotreksatu na układ krwiotwórczy).
5. Nie łączyć z fluorochinolonami (wzrost ryzyka drgawek).
6. Nie łączyć z inhibitorami MAO (wzrost ryzyka rozwoju zagrażających życiu zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego oraz układów oddechowego i krążeniowego).
7. Nie łączyć z opioidami z III stopnia drabiny analgetycznej, np. morfiną, fentanyl, oksykodonem, buprenorfiną, tapentadolem.
8. Zachować ostrożność podczas łączenia z selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) i inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) (wzrost ryzyka rozwoju zespołu serotoninowego). ■

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




INWESTUJ Z GWARANCJĄ 6% ZYSKU

NOWE APARTAMENTY W FUNKCJONUJĄCYM KOMPLEKSIE **BLUE MARINE MIELNO**

150 M OD PLAŻY W PIERWSZEJ LINII ZABUDOWY
GWARANTOWANA 10 LETNIA UMOWA NAJMU
NAJEM BEZ OSOBISTEGO ZAANGAŻOWANIA WŁAŚCICIELA
BEZ DODATKOWYCH KOSZTÓW UTRZYMANIA APARTAMENTU






Szczegółowych informacji udzieli Agnieszka Szatkowska, tel. +48 504 356 602
aszatkowska@bluemarine.pl | www.condohotele.eu



Fot. archiwum

Diagnozy trudne, modne i inne

Krystyna Knypl

Wybraliśmy medycynę jako kierunek studiów, a potem zawód lekarza z różnych powodów. Często motywem była tradycja rodzinna, bo zawód lekarza wykonywali rodzice, czasem dziadkowie. W innych wypadkach motywem była choroba kogoś bliskiego i chęć niesienia pomocy tej osobie, a później także innym ludziom. Niekiedy decydował po prostu przypadek. Wspólnym mianownikiem tych zróżnicowanych okoliczności decyzyjnych był zwykle dociekliwy umysł, skłonny do rozwiązywania zagadek.

Dla tych, którzy wybrali specjalności zabiegowe, wspólną cechą była zręczność manualna objawiająca się od najmłodszych lat zamiataniem do majsterkowania, szydełkowania, rysowania, a także... starannością w preparowaniu kosteczek z dań rybnych i drobiowych. Do dziś pamiętam scenę ze stołówki w Klubie Medyków: na talerzu mojego kolegi, który z czasem został profesorem laryngologii, jedynie dwie kosteczki, pięknie obrane z mięsa. Na moim talerzu chaos i bałagan oraz sporo mięsa nieoddzielonego od kosteczek. Od czasów studenckich wiedziałam, że kariera w zabiegowej specjalności nie dla mnie.

Niezależnie od okoliczności decyzyjnych wszyscy musieliśmy opanować sztukę stawiania rozpoznań. Jak to ze sztuką bywa, na przestrzeni czasu jej oblicze się zmieniało. Jak ewoluowała nie zawsze łatwa sztuka diagnozowania lekarskiego?

Diagnoza od pierwszego spojrzenia

Są jednostki chorobowe, w których rozpoznanie samo staje w drzwiach gabinetu lekarskiego, a w niektórych przypadkach nawet na ulicy, gdy mamy do czynienia ze *strassen diagnose*. Oczywiście w dobie wszechobecnych procedur, przepisów i wytycznych nie stawiamy diagnozy na ulicy, lecz starannie przestrzegamy reguł procesu diagnostycznego! Niekiedy wyręczają nas w tym pacjenci, zwłaszcza że zapracowany lekarz nie zawsze wie, jakie są potrzeby współczesnego... świadczeniobiorcy.

W czasach wolnego rynku, który opanował także medycynę, pojawiły się mody na różne diagnozy. Z artykułów prasy kolorowej i Internetu czytelniczki dowiadują się, że z pewnością brakuje w ich organizmach różnych minerałów lub witamin. Przybývają więc do gabinetu lekarza z gotową diagnozą, a on powinien tylko postawić pod rozpoznaniem swoją pieczęć. Bo pieczęć ciągle pozostaje w rękach lekarza, ku utrapieniu wielu osób, oczywiście. Niby mamy demokrację, wszystkim wszystko się należy, a takie pieczęćki mają tylko wybrani!

Mogą też być diagnozy eleganckie i zastępcze. Ciekawiej jest „mieć coś z tarczycą” niż zwykłą nadwagę lub otyłość – wie o tym każda czytelniczka prasy kolorowej.

Diagnozy trudne i rzadkie

Diagnozy trudne dotyczą przypadków nietypowych, objawów przeoczonych, chorób rzadkich, których nigdy wcześniej nie widzieliśmy. Trudności z uzyskaniem prawidłowej diagnozy to jeden z większych problemów w życiu osób z chorobą rzadką. Opóźnienia są tak znaczne i niekiedy dramatyczne, że przypominają scenariusze filmów grozy. Oto jeden z takich przypadków dotyczący atrezji przełyku, której rozpoznanie jest zwykle ustalone w pierwszej lub drugiej dobie po porodzie, sporadycznie później. Przypadek został przedstawiony w 2014 r. przez R.B. Tröbs i J.C. Becker na łamach „Klinische Pädiatrie” – rozpoznanie atrezji przełyku ustalono w szóstej dobie! (<https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0033-1361160>). Nie rozpoznano wady w szpitalu, matka wypisała się na własne życzenie w drugiej dobie po porodzie. Na kontrolnej wizycie w trzeciej dobie zapewniała o prawidłowym karmieniu, a badający noworodka pediatra nie dostrzegł niczego niepokojącego. W szóstej dobie mama udała się na zakupy do supermarketu, gdzie wystąpiło u dziecka nagłe zatrzymanie krążenia. Przewieziono noworodka karetką pogotowia do szpitala i dopiero wtedy ustalono rozpoznanie! Dziecko było operowane w dziewiątej dobie, rozpoznano śródoperacyjnie typ IIIb atrezji według Vogta. W okresie poporodowym dziecko pozostawało przez siedem dni podłączone do respiratora, karmione przez sondę, po czym wypisane ze szpitala w stanie dobrym. Podczas wizyty kontrolnej w trzecim miesiącu oceniono, że dziecko jest w stanie ogólnym dobrym i rozwija się prawidłowo.

Bardziej rozciągnięte w czasie bywa ustalanie rozpoznania w wadach niestanowiących bezpośredniego zagrożenia życia. Na łamach „Orphanet Journal of Rare Diseases” w 2016 r. C. Molster i wsp. w artykule „Survey of healthcare experiences of Australian adults living with rare diseases” przedstawili wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród dorosłych Australijczyków z chorobami rzadkimi (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4806449/>).

Liczba odwiedzonych lekarzy do czasu postawienia prawidłowej diagnozy choroby rzadkiej (wg C. Molster i wsp.)

Liczba odwiedzonych lekarzy	Liczba pacjentów	Odsetek badanej grupy
1 lub 2	248	33,7 proc.
3–5	275	37,0 proc.
6–10	122	16,6 proc.
≥ 11	90	12,2 proc.
Liczba pacjentów uczestniczących w badaniu ankietowym n = 735		

Częstość nieprawidłowych diagnoz przed ustaleniem właściwego rozpoznania

(wg C. Molster i wsp.)

Diagnoza	Liczba pacjentów	Odsetek badanej grupy
Przynajmniej jedna nieprawidłowa	338	45,9 proc.
Nie było nieprawidłowej	360	48,8 proc.
Pacjent nie był pewny co do jej rodzaju	39	5,3 proc.

Liczba pacjentów uczestniczących w badaniu ankietowym n = 742

datny do diagnozowania. Święta zasada niestawiania diagnozy bez osobistego zbadania pacjenta odchodzi w zapomnienie? Czy „zbadanie” za pomocą smartfonu to jest badanie lekarskie, czy nie jest? Czy smartfon jest już nieodłącznie przyklejony do naszego organizmu, jak okulary, bez których wiele osób nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować? Okulary to proteza narządu wzroku. Czy analogicznie smartfon staje się protezą naszego mózgu? Czy to tak sprawna i niezawodna proteza jak okulary?

Podczas niedawnego pobytu w Brukseli zapytałam kilku napotkanych młodych Europejczyków o drogę do hotelu. Wszyscy wyjmowali smartfon z kieszeni, chwilę w nim bezradnie grzebali, po czym rozbijając oznajmiali: – *A wie pani, że nie wiem, gdzie jest ten hotel. Rozczarowana zdecyd-*



Fot. licencja Artmedia Partners

Diagnoza bez wychodzenia z domu?

Jeszcze nie tak dawno, aby przeczytać nową książkę, musieliśmy pofatygować się do księgarni, biblioteki lub czytelnicy. Przekazanie pieniędzy na odległość lub uregulowanie urzędowej płatności wymagało wyjścia na pocztę lub do banku. Aby porozmawiać z kimś przy kawie, wybieraliśmy się do kawiarni. Wszystkie te obyczaje zmienił Internet. Książkę możemy czytać na tablecie, przelewy załatwiamy on-line, a kawę pijemy we własnym fotelu, rozmawiając przez Skype’a. Skoro tak wiele czynności życia codziennego zostało zdigitalizowanych, powstała naturalna pokusa uzyskiwania diagnoz lekarskich bez wychodzenia z domu. Usługi telemedycyny podbijają już niektóre kraje. Na Sermo, amerykańskim portalu dla lekarzy, trwa dyskusja o tym, którzy dostawcy usług telemedycznych dają najlepsze warunki zatrudnienia oraz jaki sprzęt elektroniczny jest najbardziej przy-

dawałam się zapytać ulicznego sprzedawcę kwiatów. Był konkretny i pomocny bez wyjmowania smartfonu. Powiedział: – *Niech pani zapyta któregoś z taksówkarzy czekających na postoju na klienta. Oni mają doświadczenie z tymi ulicami i wszystko wiedzą.* Rada była znakomita! Taksówkarz objaśnił mi szczegółowo drogę do hotelu, oczywiście z głową, bez sięgania po elektroniczny gadżet. Miał po prostu praktykę w pokonywaniu przestrzeni w realnym świecie.

Wniosek z tego płynie ogólniejszy, taki oto, że skuteczność w działaniu wymaga osobistej znajomości realiów. Jednakże inwazja świata wirtualnego jest tak duża, że świat realny staje się coraz mniejszym dodatkiem do Internetu. Kiedyś mówiono, że myślenie ma kolosalną przyszłość. Mam wrażenie, że nadchodzą czasy, w których niewychodzenie z domu będzie miało kolosalną przyszłość, również w medycynie. ■



Fot. archiwum

Czy żałujemy naszych wyborów z młodości?

Jarosław Kosiaty

Akcje protestacyjne i strajk głodowy koleżanek i kolegów przypomniły mi ankietę zamieszczoną kilka lat temu na łamach portalu Esculap. Jej wyniki ukazały się w miesięczniku „Konsyliarz” nr 5/2005. W kolejnym numerze „Pulsu” opublikujemy odpowiedzi lekarzy na to samo pytanie zadane w połowie października 2017 r., w samym sercu lekarskiej głodówki.

Czy dzisiaj, po tylu latach oczekiwania na poprawę sytuacji i pustych obietnicach kolejnych ekip, zmieniło się nasze nastawienie? Aby godziwie zarabiać, pracujemy w kilku miejscach, bierzemy dodatkowe dyżury, a życie ucieka...

Nadzieja podobno umiera ostatnia. Na twarzach protestujących rezydentów widać jednocześnie determinację i zmęczenie. Czy uda im się wygrać z systemem? Czy za kilka, kilkanaście lat pozostaną w zawodzie? A jeśli tak, czy nie będą wówczas leczyci pacjentów w Anglii, Niemczech czy Stanach Zjednoczonych?

Przed 12 laty sobie i innym lekarzom zadałem pytanie: Czy żałujemy naszych wyborów z młodości? Czy gdybyśmy ponownie otrzymali możliwość wyboru kierunku studiów i rodzaju wykonywanego zawodu, zdecydowałibyśmy się jeszcze raz na długie i trudne studia medyczne oraz zawód lekarza?

W naszej ankiecie wzięło udział prawie półtora tysiąca lekarzy (1478). Ku zaskoczeniu wielu zwyciężyła wtedy medycyna (choć nie zdobyła większości). Oto jak wyglądał rozkład poszczególnych odpowiedzi.

Gdybym ponownie otrzymał/-a możliwość wyboru kierunku studiów i rodzaju wykonywanego zawodu, wybrałbym/-łabym zawód:

1. lekarza – 677 odp. (46 proc.),
2. prawnika – 250 odp. (17 proc.),
3. inżyniera – 103 odp. (7 proc.),
4. księgowego – 70 odp. (5 proc.),
5. polityka – 61 odp. (4 proc.),
6. inny (prosimy podać jaki?) – 317 odp. (21 proc.).

Najciekawsze komentarze dopisane przez lekarzy pod ankietą:

✿ „Kilka dni temu, gdy kolejny raz wróciłam zmęczona z dyżuru, po raz pierwszy od dłuższego czasu przyjrzałam się sobie dłużej w lustrze. Zobaczyłam smutną, niewyspaną twarz, z podkrążonymi oczami i »szklanym« wzrokiem. Gdzie mój młodzięczy entuzjazm i radość z niesienia pomocy in-

nym? Tony papierkowej roboty, złośliwy szef, nieuprzejmi, roszczeniowi pacjenci, próbujący naciągnąć na (nie zawsze potrzebne) badania i leki. Brak czasu dla męża i dzieci, bo ciągły bieg z dyżuru na dyżur. A przecież to jest najważniejszy czas dla rodziny, którego potem, na emeryturze, nie nadrobię. Dzieci będą duże, na swoim i zawsze będą pamiętały, że mamy nie było w domu albo była zmęczona, albo uczyła się i nie miała dla nich czasu. No, dobrze, ale jaki mam wybór? Firma farmaceutyczna i wyścig szczurów z »młodymi« po studiach MBA? Własny gabinet, kiedy ludzie nie mają pieniędzy na prywatnego lekarza (choć na wódkę i papierosy zawsze wygrzebią ostatnie zaskórniaki)? I tak, kobieto, jedziesz do końca, a znajomi mówili wcześniej, że masz talent muzyczny i plastyczny. Tylko co z tego? Praca w szkole? Granie w orkiestrze lub »do kotleta«? Wystawy prac, których nikt nie kupi, bo jest moda na plakaty gwiazd filmowych po 30 zł z supermarketu? W filmie »Dzień świra« Marka Koterskiego jest taki tekst: »Co za ponury absurd... Żeby o życiu zdecydować za młodu, kiedy jest się kretynem!«. Nie żałuję jednak wyboru z młodości. Zawód lekarza jest piękny, może być źródłem wielu pozytywnych emocji, choć nie dla odpowiedzialnej kobiety w Polsce, pragnącej mieć prawdziwą rodzinę i kochający dom”.

✿ „Byłam szczęśliwa w tym zawodzie, miałam sympatię i wdzięczność pacjentów (nie w formie kopert!). Patrzyłam jak rosty »moje« dzieci, przypominałam sobie co dramatyczniejsze ich chorobowe przejścia, tylko... nie miałam zbyt wiele pieniędzy. Nie oponowałam, kiedy córka oznajmiła mi, że też będzie studiować medycynę. Myślałam, że przecież nadejdą zmiany w służbie zdrowia. Ale się nie poprawiało. I kiedy syn dorósł do wyboru zawodu, wiedziałam już, że on całe życie nie będzie czekał na szczęśliwą przyszłość. On już nie jest lekarzem. Teraz wiodę życie ubogiej emerytki i tylko dzięki emeryturze męża nie muszę być beneficjentką instytucji charytatywnych. Samą satysfakcją żyć się nie da”.

✿ „Urodziłem się na oddziale, w którym pracował mój ojciec. Dzieciństwo często kojarzę z obecnością w jego dyżurce. Żyłem wśród jego trosk o pacjentów, w domu zawsze było ich pełno, chodziłem na salę gimnastyczną do szpitala, brałem udział w walkach sportowych TKKF lekarzy, przesiąknętem tym zawodem od małego, a co najważniejsze – lubię leczyć i uczyć jak leczyć. Nie lubię polityków, którzy przeszkadzają lekarzom w wykonywaniu zawodu”.

✿ „W liceum chciałem wybrać zawód prawnika. Ale było to w latach 70. Mój o dwa lata starszy kolega studiował już wtedy prawo. Kiedy widziałem, czego uczyli się ówcześni stu-

denci prawa (marksistowska filozofia i socjologia czy też ekonomia polityczna socjalizmu), to mi się odechciało. Dzisiaj, po tylu latach pracy (najpierw klinika, teraz ordynatura), nie żałuję, mimo ogólnego bałaganu w ochronie zdrowia, nieakceptowanego profesora w klinice, niskich płac, kilkunastu dyżurów w miesiącu. I chociaż mój przyjaciel adwokat zarabia o wiele więcej ode mnie, gdybym miał drugi raz wybierać, z całą pewnością wybrałbym zawód lekarza. Coś w tym jest”.

✿ „Kwiaciarką – kontakt albo z zakochanymi i wniebowziętymi, albo z przynębnymi w żałobie...”

✿ „Jestem młodym lekarzem, który dopiero wchodzi w życie zawodowe, i z przykrością muszę stwierdzić, że gdybym mogła, z pewnością nie wybrałabym ponownie zawodu lekarza. Mimo że zawodowo realizuję się w 100 proc. i przynosi mi to bardzo dużo satysfakcji, za wynagrodzenie, które otrzymuję, nie da się po prostu żyć i utrzymać rodziny, nie mówiąc już o doksztalceniu, kursach specjalizacyjnych. I, mimo że mam prawie 30 lat, nadal utrzymują mnie rodzice”.

✿ „Lekarza, ale z tą świadomością, że od ponad trzech lat wykonuję ten zawód z satysfakcją (nie tylko finansową) poza Polską. Gdyby jednak dane mi było nadal pracować w III RP, wybrałbym informatykę, biotechnologię lub zarządzanie”.

✿ „Przyjechałem z Ukrainy. Zarabiam ponad 3 tys. zł. Tam zarabiałem w przeliczeniu 150 zł”.

✿ „Weterynarz – zwierzęta są o wiele miłsze od ludzi”.

✿ „Zdecydowanie wybrałabym zawód leśnika. Znam doskonale jego specyfikę i bardzo żałuję, że zdecydowałam się na studia pielęgniarские. Bo jak można porównywać smród w polskich szpitalach z przebywaniem na łonie natury. Fakt, oprócz pięknej przyrody ma się również do czynienia ze złodziejami, kłusownikami, tam również są nieprzespane noce i to czasem kilka z rzędu (nie ma dyżurów), ale ten zawód wybierają ludzie z pasją, z miłością do natury (nie do pieniądza), a iluż lekarzy czy też pielęgniarek może pochwalić się prawdziwą miłością do człowieka?”

✿ „Zawód jest piękny i w żadnym innym nie zobaczysz tyle radości i wdzięczności za powrót do zdrowia i rodziny. Trzeba tylko być człowiekiem i mieć troszkę szczęścia, aby starsi koledzy i koleżanki pomogli w zdobywaniu wiedzy i praktyki”.

✿ „Hodowałbym psy rasowe...”

✿ „Nie zmienię zawodu, nie jestem wypalony, tylko napałony dalej na leczenie ludzi, chociaż im dłużej pracuję, tym mniej umiem, niestety”.

✿ „Wybrałbym zawód lutnika, bo to bardzo spokojna praca”.

✿ „Wykształcenie medyczne jest bardzo dobre. Jestem lekarzem z wykształcenia i naukowcem konsultantem z zawodu. Medycyna to bardzo dobra opcja, generalnie lepsza od innych zawodów, bo bardziej elitarna. Nie ma tysięcy nowych absolwentów, jak choćby po prawie czy jakiejś ekonomii. Jeśli ktoś się nie realizuje w praktycznej medycynie, w szczególności finansowo, niech zmieni zawód, a nie skomli”.

✿ „A ja kocham tę robotę, kocham pacjentów, szpital jest moim drugim domem... Jak widzicie, to zawód dla narwańców i szajbusów, którzy poświęcą wszystko, co mają i co mogliby mieć, w imię ideałów. Nawet jeśli nie stać ich na luksusy, a są dobrymi lekarzami, to pacjenci nie pozwolą im z głodu umrzeć”.

✿ „Zostałabym szamanką – bycie lekarzem w dużej mierze to też czary”.

✿ „Studia medyczne dają prawie nieograniczone możliwości zawodowe. A że u nas kiepsko z kabzą? No cóż, pech tego pokolenia. Przejdzie!”

✿ „A ja myślałam, że jestem nieliczną z tych nienormalnych osób, które jeszcze chcą być lekarzami. Jestem mile zaskoczona. I właśnie to jest piękne, że nie jestem sama...”

Tak było jeszcze kilkanaście lat temu. A czy teraz żałujemy naszych wyborów z młodości? Czy gdybyśmy mogli cofnąć czas, wybralibyśmy jeszcze raz zawód lekarza? Czekam na Państwa listy pod adresem jkosiaty@esculap.pl ■





Smog nas truje

Piotr Dąbrowiecki

specjalista chorób wewnętrznych i alergologii WIM, przewodniczący Polskiej Federacji Chorych na Astmę, Alergię i POChP

Gdy oddychamy powietrzem, absorbujemy, oprócz tlenu i azotu, wiele innych cząstek w nim zawieszonych. Niektóre są dla ludzkiego organizmu bezpieczne, ale wiele stanowi zagrożenie dla zdrowia. W momencie przekroczenia dopuszczalnej liczby cząstek pyłu zawieszonego lub węglowodorów aromatycznych, głównie benzoal-fapirenu, tlenków azotu, siarki, tlenków węgla i ozonu, dochodzi do niekorzystnych zjawisk w obrębie układu oddechowego. Niektóre substancje, szczególnie pył zawieszony o średnicy 2,5 mikrometra i mniejszy, mają tendencję do wnikania przez pęcherzyki płucne do krwiobiegu i uszkadzają większość narządów człowieka.

Mamy już dowody wielu niekorzystnych zmian spowodowanych smogiem, poparte wynikami badań, i o nich przede wszystkim mówię.

Układ oddechowy to filtr organizmu, o powierzchni prawie 100 mkw. Może absorbować wiele związków i patogenów. Organizm reaguje na nie stanem zapalnym lub alergią albo pozostaje obojętny.

Początkowo sądzono, że najbardziej poszkodowanym przez zanieczyszczenia powietrza narządem są płuca. Okazuje się, że w błonach śluzowych górnych dróg oddechowych: nosa, gardła, zatok, krtani, i dolnych dróg oddechowych: tchawicy, dużych i małych oskrzeli, może wystąpić stan zapalny z powodu oddychania zanieczyszczonym powietrzem. Cząstki stałe i inne zanieczyszczenia uszkadzają fizycznie błonę śluzową. Pył zawieszony może uszkadzać komórki, zmieniać ich funkcjonowanie, a nawet przestrajać immunologicznie. Wtedy układ oddechowy ma mniejszy potencjał obrony przeciwko najczęściej wnikającym do niego patogenom wirusowym czy bakteryjnym, jest bardziej narażony na infekcje.

Drugi duży problem to kwestia odporności układu oddechowego. Badania dowodzą, że osoby oddychające powietrzem nadmiernie zanieczyszczonym częściej chorują. Dzieci w takich środowiskach chorują dwu-, trzykrotnie częściej. Płuca oddychające zanieczyszczonym powietrzem reagują intensywniej także na alergeny. Ma to istotne konsekwencje epidemiologiczne. Monitorowanie alergii i astmy w dużych aglomeracjach miejskich i na terenach wiejskich przyniosło zaskakujące wyniki. Alergie i astma występują dwukrotnie częściej w wielkich miastach niż na terenach wiejskich, gdzie alergenów jest więcej. Alergolodzy stwierdzają powiązanie między zanieczyszczeniem powietrza a indukcją alergii i astmy oskrzelowej.

Poszkodowany jest też układ sercowo-naczyniowy. Wiemy, że miażdżyca naczyń prowadzi do ich zwyrodnienia, szczególnie do zaburzeń mikrokrążenia w obrębie mięśnia serco-

wego, ośrodkowego układu nerwowego i innych narządów mięszkowych. To choroba zapalna. Powstawanie blaszek miażdżycowych w układzie krążenia skutkuje niewydolnością zasilanych krwią narządów.

Miażdżyca występuje intensywniej, częściej i szybciej w momencie, gdy oddychamy powietrzem z pyłem zawieszonym PM lub dużym stężeniem węglowodorów aromatycznych.

Przez wiele lat wydawało się, że układ krążenia jest bezpieczny, dopóki nie zaczęto wykonywać badań dużych populacji osób, które mają dolegliwości związane z układem krążenia, a są narażone na silne zanieczyszczenie. Okazało się, że podczas incydentów smogowych zdecydowanie więcej osób z zaburzeniami rytmu serca, migotania przedsionków, napadów częstoskurczu nadkomorowego zgłasza się do lekarzy lub na SOR. Notuje się 10–12 proc. więcej udarów i zawałów w populacji oddychającej powietrzem z przekrozoną dopuszczalną zawartością smogu. Im wyższy poziom zanieczyszczeń, tym większa liczba osób z nagłymi objawami. Pacjenci zdecydowanie częściej umierają z powodu nagłych zaburzeń rytmu serca i nagłego zgonu przedszpitalnego oraz udaru mózgu.

Zatem układ oddechowy jest miejscem wniknięcia zanieczyszczeń do organizmu człowieka, ale niepożądane substancje przedostają się głębiej.

Następnym dużym problemem jest narażenie płodu na negatywny wpływ zanieczyszczenia środowiska. Matki żyjące w zanieczyszczonej atmosferze przekazują swoim dzieciom, przez łożysko, dużą ilość szkodliwych cząstek stałych i węglowodorów aromatycznych. Z badań prof. Wiesława Jędrychowskiego prowadzonych w Krakowie wynika, że w tym do niedawna najbardziej zanieczyszczonym polskim mieście kobiety rodziły mniejsze dzieci, o mniejszej główce i mniejszej masie urodzeniowej. Co więcej, noworodki częściej chorowały, częściej rozwijała się u nich astma oskrzelowa, miały w testach niższy poziom IQ (mniej więcej o 4 punkty). Zatem zanieczyszczenia niekorzystnie działają również na ośrodkowy układ nerwowy dziecka z jego potencjałem percepcji i możliwościami rozwoju intelektualnego.

Badania prowadzone w USA i Kanadzie wskazują, że u osób mieszkających na terenach, gdzie pył zawieszony i węglowodory aromatyczne występują w nadmiarze, częściej rozwijają się choroby neurodegeneracyjne, szczególnie choroba Alzheimera i demencja starcza. Prawdopodobnie cząstki szkodliwe wnikają do naczyń mózgowych i zaburzają perfuzję. Nie są jeszcze znane mechanizmy tych procesów.

Zanieczyszczenia powietrza szkodzą wszystkim, lecz są cztery grupy pacjentów szczególnie narażonych. Są to osoby z przewlekłymi chorobami układu oddechowego i układu krążenia, ludzie w podeszłym wieku oraz dzieci z astmą oskrzelową. Określono poziom dopuszczalny i poziom alarmowy zanieczyszczeń, w przypadku których należący do poszczególnych grup muszą stosować się do konkretnych zaleceń prozdrowotnych. Są już twarde dowody naukowe, że w zależności od poziomu zanieczyszczeń wzrasta ilość objawów choroby u tych osób.

Indeksy powietrza powstają w wielu miejscach na świecie. Wojskowy Instytut Medyczny, Politechnika Warszawska, NFZ i władze Warszawy tworzą taki indeks dla stolicy. Wkrótce opublikowane zostaną konkretne zalecenia dla poszczególnych grup chorych. ■

Oprac. Małgorzata Skarbek

Kompleksowa opieka onkologiczna w Attisie

W Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjnym i Medycyny Pracy Attis Sp. z o.o. w Warszawie powstał pierwszy w Polsce publiczny Zakład Onkologii Kobiecej.

Jego wyjątkowy charakter to kompleksowość opieki. Proces diagnostyczno-leczniczy będzie ustalany przez zespół specjalistów indywidualnie dla każdej pacjentki, a pielęgniarka poprowadzi ją przez kolejne etapy leczenia. W pierwszym etapie jako osoba wspomagająca pracować będzie specjalista zdrowia publicznego. W zakładzie znajdują się trzy najważniejsze jednostki: onkologia kliniczna, chirurgia onkologiczna i ginekologia onkologiczna. Leczone tu będą nowotwory typowo kobiece: piersi, macicy, szyjki macicy i jajnika, oraz rak płuc, który jest najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych kobiet.

Zakład zapewnia także rehabilitację przed- i pooperacyjną oraz opiekę terminalną. Attis dysponuje bogatym zapleczem ambulatoryjnym, z diagnostyką obrazową i laboratoryjną, są pracownie cytologii i histopatologii. Część rehabilitacyjna została wyposażona we wszelki potrzebny sprzęt, łącznie z basenem.

– Nasz zakład jest projektem pilotażowym, opartym na doświadczeniach specjalistów z Japonii, gdzie działa szpital wyłącznie dla kobiet Sagara Hospital – Hospital Specializing in Women's Health Care – mówi Wiktor Masłowski, prezes



Fot. M. Jokubiak

Zarządu Centrum Attis. – *Tworzenie oddziałów przeznaczonych tylko dla kobiet to doskonałe rozwiązanie, pozwalające na szybsze zdrowienie oraz powrót do aktywności życiowej i zawodowej. W przypadku nowotworów kobiecych ważne jest, aby pacjentki miały miejsce, gdzie mogą porozmawiać o swoich lękach, strachu przed leczeniem, aby mogły się wspierać. Obecność mężczyzn nie sprzyja intymnej sferze choroby, odwrotnie – utrudnia porozumienie, nie pozwala skupić się na mobilizacji i zdrowieniu.*

Utworzenie tego zakładu to największa inwestycja opieki zdrowotnej na Mazowszu zrealizowana w tym roku ze środków Samorządu Województwa. Pokoje są nowoczesne, wyposażone w klimatyzację, własny węzeł sanitarny, wielofunkcyjne łóżka, sterowane elektrycznie, szafkę z lodówką. Dwie sale dostosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych. Dodatkowe pomieszczenia służą do konsultacji w godzinach przedpołudniowych, a w popołudniowych – do spotkań z rodziną i przyjaciółmi. Pokój „Sekrety kobiety” przeznaczono dla pacjentek, które chcą zająć się swoim wyglądem (kosmetyka, dobieranie peruki, ubrań czy protez piersi). Wszystkie udogodnienia są elementem programu terapeutycznego pomagającego w szybszym powrocie do zdrowia. ■ **mkr**

Zobacz lekarzu, czy nadal masz w garażu swój samochód?

Czy chcesz skutecznie

ZABEZPIECZYĆ SAMOCHÓD PRZED KRADZIEŻĄ?

Zadzwoń pod numer:

22 884 62 60

Już teraz zamów system **GanTotal!** Rabat **10%** na hasło: **Rabat dla Lekarza**
Gannet Guard Systems S.A. ul. Pileckiego 63; 02-781 Warszawa; e-mail: poczta@gannet.pl; www.gannet.pl

REKLAMA

„Zew samorządów” po raz kolejny

W tekście o Sympozjum Izb Lekarskich Europy Środkowej i Wschodniej („Puls” nr 2/2016), które odbyło się w Albanii, pozwoliłem sobie na grę słów, pisząc, że ZEVA, czyli owo sympozjum, to zew samorządów.

15–16 września 2017 r. odbyło się następne spotkanie ZEVA i muszę stwierdzić, że zastosowany poprzednio tytuł nadal odpowiada rzeczywistości. Zakończyło się bowiem rezolucją, którą, jak wszystkie dotychczasowe, można nazwać „zewem”.

W sympozjum uczestniczyli przedstawiciele izb lekarskich z kilkunastu krajów. Ja byłem tam w roli obserwatora i reprezentowałem OIL w Warszawie. Trzeba podkreślić, że podczas prac i dyskusji traktowany byłem po koleżeńsku i równorzędnie, choć bez prawa głosu.

Spotkanie odbyło się w Lublanie, stolicy Słowenii, małego (2 mln mieszkańców), zielonego kraju, w którym terenów leśnych jest więcej niż ziemi uprawnej. Opisanie Słowenii tym jednym zdaniem byłoby rzeczą niewybaczalną, więc chociaż nie opowiadam o atrakcjach turystycznych, muszę wspomnieć, że Lublana z ozdobioną mostami rzeką, płynącą przez środek miasta, architekturą, ale przede wszystkim z pięknymi ludźmi, zrobiła na mnie duże wrażenie. Uczestnicy sympozjum odnieśli się do czterech problemów: agresji w stosunku do lekarzy, specjalizacji w medycynie, kształcenia ustawicznego i licencjonowanego oraz standardów postępowania.



Fot. K. S. Schreyer

Wiodącym tematem była agresja w stosunku do lekarzy. Okazuje się, że to problem aktualny w każdym państwie europejskim i mam wrażenie, że jedną z większych różnic między krajami stanowi jedynie różny stopień nagłościenia problemu i sposób dokumentowania takich przypadków. We wszystkich reprezentowanych na konferencji państwach (14) agresji słownej doświadcza większość lekarzy, a czynnej około kilkunastu procent. Przedstawiano różne propozycje rozwiązań bardzo ogólnych, np. zwiększenie roli publikatorów w edukacji społeczeństwa, odpowiednie prawo karzące za napaść na lekarza tak, jak za napaść na policjanta czy innego funkcjonariusza publicznego (w czasie pełnienia przez niego obowiązków), wprowadzenie systemu dokumentacji takich wydarzeń. Proponowano też instalowanie kamer przy wejściach do szpitalnych izb przyjęć i innych jednostek nagłej pomocy lekarskiej albo instalację „czerwonego guzika”.

REZOLUCJA LUBLAŃSKA

Reprezentanci izb lekarskich krajów Europy Środkowej i Wschodniej zebrani w Lublanie przyjęli następującą rezolucję:

1. Tylko bezpieczne środowisko pracy w instytucjach opieki zdrowotnej gwarantuje bezpieczną, profesjonalną, wysokiej jakości opiekę zdrowotną nad pacjentami.
2. Każdy ma prawo do bezpiecznego miejsca pracy.
3. Agresja w stosunku do lekarzy powinna być poważnie traktowana przez administratorów wszystkich obiektów medycznych i efektywnie zwalczana przez policję, oskarżycieli i sędziów.
4. Plany zapobiegania agresji powinny być opracowane na szczeblu państwa i na poziomie instytucji opieki zdrowotnej.
5. Przypadki agresji powinny być metodycznie dokumentowane za pomocą systemu raportowania tworzonego przez rządy i instytucje opieki zdrowotnej.
6. Przejrzysta polityka „zero tolerancji” w przypadku agresji wymierzonej w pracowników opieki zdrowotnej powinna być wprowadzona na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej, a politykę tę powinny wspierać publiczne media.
7. Należy wzbogacić szkolenie lekarzy tak, aby potrafili lepiej dawać sobie radę z agresją i rozładowywać sytuacje zagrożenia.
8. Prawa państwowe i europejskie powinny zapewniać skuteczną ochronę lekarzom stykającym się z agresją podczas pełnienia obowiązków zawodowych i zwiększać wiedzę społeczeństwa na temat ograniczonej odporności lekarzy na stres (*vulnerability*), szczególnie tych, którzy pracują pod wzmożoną presją.

Mając na względzie znaczenie przedstawionych uwag dla bezpieczeństwa i dobrostanu lekarzy, dla przyszłości zawodu lekarza i dla jakości usług lekarskich, sygnatariusze tego dokumentu usilnie nakładają profesjonalistów służby zdrowia, prawodawców i administratorów, aby pracowali wspólnie nad tworzeniem, promowaniem i poszerzaniem sfery bezpieczeństwa lekarzy w ich miejscu pracy.

Tłumaczenie Krzysztof Schreyer

Z dużym zainteresowaniem spotkało się wystąpienie przedstawicielki NIL Grażyny Sławety, szczególnie jego fragment mówiący o wprowadzonej w Polsce instytucji rzecznika praw lekarza.

Omawiając standardy postępowania lekarskiego, warto wspomnieć, że w niektórych krajach rodzi się tendencja do ich wprowadzania na zasadzie obligatoryjności. To działanie nie do przyjęcia w Niemczech, Austrii, Polsce i podobnych państwach, gdzie szanowana jest wolność decyzji lekarskiej, oczywiście opartej na wiedzy oraz sugestjach towarzystw naukowych.

W podgrupie rozważano postulat zmiany przysięgi lekarskiej (tak zwanej przysięgi Hipokratesa), niezupełnie przystającej do dzisiejszej rzeczywistości. Temat poddał obecny na sympozjum dr Jaques Haller, Szwajcar, prezes Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, który przejął tę funkcję po Konstantym Radziwille. Zebrani zgadzali się, że przysięga nie powinna być zbyt szczegółowa, a największą dyskusję wywołało ewentualne wprowadzenie zapisu o dbałości lekarzy o swój dobrostan (*well being*). **Oznaczałby on wyciąganie konsekwencji w stosunku do lekarzy biorących np. kilkanaście dyżurów w miesiącu, ale byłby też batem na państwa i menedżerów ochrony zdrowia w istocie zmuszających do takiej pracy.**

Sympozjum zakończyło przyjęcie pieczętowanej analizowanej deklaracji, która zapewne zyska nazwę lublańskiej (patrz obok). Warto zwrócić uwagę, że uczestnictwo w obradach ZEVA to nie tylko możliwość nabycia dużej wiedzy o problemach lekarzy naszego rejonu, ale także okazja bliższego poznania czołowych przedstawicieli zagranicznych izb lekarskich. ■

Krzysztof Saturnin Schreyer

kierownik Ośrodka Współpracy z Zagranicą ORL w Warszawie

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

wypaleni Zawodowe@oilwaw.org.pl

Na Rossie – piękne przedsięwzięcie

Myślę, że nie trzeba wyjaśniać, jak ważne miejsce w sercach Polaków mieszkających na Litwie, ale też Polaków rozrzuconych po świecie ma cmentarz Na Rossie w Wilnie.

Kiedy z delegacją Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie stałem przy grobie zmarłego 100 lat temu lekarza Feliksa Rymkiewicza, nasuwało mi się natrętnie na myśl znane powiedzenie: „*Ojczyzna to ziemia i groby*”. Uczestnicy tej małej, ale ważnej ceremonii wysłuchali przemówień konsula RP na Litwie Marcina Ziniewicza, przedstawiciela Polskiego Towarzystwa Medycznego na Litwie dr. Dariusza Żybor-ta, dyrektora polskiej szkoły w Wilnie Walerego Jaglińskiego i prezesa ORL w Warszawie Andrzeja Sawoniego. To nasza Izba ufundowała renowację tego zniszczonego, pokrytego osuwającą się ziemią grobu. Nie mam wątpliwości, że słowa prezesa o wadze tradycji w zachowaniu tożsamości narodowej wszyscy przyjęli jako własne. Wśród zebranych była obecna strażniczka tej tradycji, wieloletnia prezes Społecznego Komitetu Opieki nad Starą Rossą, sędziwa Alicja Klimaszewska.

Fot. K. S. Schreyer



Uczestnicy delegacji z Warszawy wyrażali nadzieję, że to dopiero początek pięknego przedsięwzięcia sponsorowania przez warszawską Izbę renowacji grobu polskiego lekarza na tym niezwykłym, zabytkowym cmentarzu. Warto zaznaczyć, że nie jesteśmy w tej akcji osamotnieni. ■

Krzysztof Saturnin Schreyer

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.

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.

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

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

Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików. KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać. W organizowanych przez nie imprezach mogą brać udział lekarze członkowie OIL.

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

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie www.izba-lekarska.pl; **ZAKŁADKA PRACA DLA LEKARZY**

Krajowe oferty pracy na 13.10.2017 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 32	endokrynologia 8	medycyna podróży 1	psychiatria dziecięca 3	stomatologia dziecięca 4
alergologia 5	endokryn./ginekologia 1	medycyna pracy 10	radiologia 8	stomatologia endod. 1
anestezjologia 13	epidemiologia 1	medycyna ratunkowa 5	radiologia (USG) 1	stomatologia ortod. 3
balneol. i med. fizyk. 1	farmakologia 1	medycyna rodzinna 37	rehabilitacja med. 4	stomatologia protetyka 1
chirurgia dziecięca 2	gastroenterologia 6	nefrologia 3	reumatologia 4	urologia 4
chirurgia naczyniowa 3	geriatria 2	neonatologia 5	stomatologia 39	USG 6
chirurgia ogólna 8	ginekologia i poł. 14	neurochirurgia 1	stomatologia chirurgia 1	
choroby płuc 5	hematologia 3	neurologia 12		
choroby płuc dzieci 1	kardiologia 13	neurologia dziecięca 7		
choroby wewnętrzne 54	kardiologia dziecięca 2	okulistyka 17		
choroby zakaźne 3	laryngologia 9	ortopedia 13		
dermatologia 7	laryngologia dziecięca 2	pediatria 31		
diabetologia 4	medycyna nuklearna 1	psychiatria 10		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!



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

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

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

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

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

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

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

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

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

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).

UWAGA!!!

Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie



Nowi konsultanci

Na początku września dwoje lekarzy otrzymało akty powołania do pełnienia funkcji wojewódzkich konsultantów medycznych.

W dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją konsultantem wojewódzkim została dr hab. n. med. Izabela Strużycka z Zakładu Stomatologii Zintegrowanej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a w dziedzinie chirurgii onkologicznej – dr hab. n. med. Andrzej Rutkowski z Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Do zadań konsultantów należy m.in. przeprowadzanie kontroli jakości świadczeń w podmiotach leczniczych oraz kształcenia i doskonalenia zawodowego ich pracowników. Rolą konsultantów jest też przygotowywanie informacji o zasobach i potrzebach kadrowych w ich specjalizacjach.

Doktorantka nagrodzona

8 września w Genewie lek. Kalina Jędrzejko z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej została nagrodzona przez International Society for Organ Donation and Procurement podczas 14. kongresu tego towarzystwa za pracę dotyczącą programu wymiany nerek w Polsce (Kidney Exchange Programme in Poland).

Nagroda jest wynikiem wieloletniej pracy i sukcesem interdyscyplinarnego zespołu zajmującego się przeszczepianiem nerki od żywego dawcy, prowadzonego przez dr. n. med. Rafała Kieszka i prof. dr. hab. n. med. Artura Kwiatkowskiego. Członkami zespołu są lekarze klinik i zakładów Instytutu Transplantologii im. T. Orłowskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Mistrzowie ratownictwa

Ratownicy z Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SPZOZ w Warszawie zajęli III miejsce w XVI Mistrzostwach Polski w Ratownictwie Medycznym w Krakowie.

W zawodach zorganizowanych przez Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, które odbyły się we wrześniu, wystartowało 46 zespołów polskich, a także reprezentacja Lwowa. Podczas rywalizacji zespoły musiały wykonać skomplikowane zadania, m.in. udzielić pomocy poszkodowanym w symulowanym porwaniu samolotu przez terrorystów, 3-osobowej rodzinie porażonej piorunem oraz dwojgu młodym ludziom po próbie samobójczej. I miejsce w zawodach wywalczyli ratownicy z Kielc, II – z Tarnowa, a III miejsce pracownicy „Meditransu”: Kamil Bieńkowski, Mariusz Nasiłowski i Ryszard Sporek. IV lokatę zajęli ich koledzy z firmy. Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym to jedno z największych dorocznych wydarzeń w świecie ratownictwa medycznego, które jest podsumowaniem odbywających się w ciągu całego roku eliminacji regionalnych.

Polak w zarządzie EPITA

Podczas 18. Kongresu Europejskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (European Society for Organ Transplantation) w Barcelonie, 25 września, prof. dr hab. n. med. Artur Kwiatkowski został mianowany członkiem zarządu Europejskiego Towarzystwa Przeszczepiania Trzustki i Wysp Trzustkowych (European Pancreas and Islet Transplant Association).

W skład zarządu powołano sześciu członków: z Wielkiej Brytanii, Niemiec, Holandii, Szwajcarii, Austrii i Polski. Ich kadencja trwać będzie cztery lata. Prof. dr hab. n. med. Artur Kwiatkowski jest dyrektorem Instytutu Transplantologii im. T. Orłowskiego, chirurgiem pracującym w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezesem Polskiego Towarzystwa na rzecz Donacji Narządów.

Konferencja w Siedlcach

W Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o. odbyła się we wrześniu piąta konferencja szkoleniowa „Człowiek w zdrowiu i chorobie – wyzwania promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”.

Szkolenie przeznaczone było dla członków zespołów terapeutycznych: lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, dietetyków, i kadry zarządzającej tymi zespołami. Istotą konferencji było przedstawienie propozycji działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szpitalu. Program obejmował następujące tematy: Wskaźniki realizacji standardów Health Promoting Hospitals w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o. – Zespół Promocji i Edukacji Zdrowotnej; Zalecenia z New Haven dotyczące działań na rzecz współpracy z pacjentami i ich rodzinami – po Konferencji HPH w Yale – dr hab. n. med. Bożena Walewska-Zielecka; Rola pielęgniarki w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych – dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska; Narzędzia wspierające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych – dr n. o zdr. Dorota Kilańska; Woda znaczy życie – mgr Iwona Wróblewska-Sadłowska; Program edukacyjny kpt. Stenta dla chorych po zawale serca – dr n. hum. Rafał Sztembis; Rola pielęgniarki rodzinnej w profilaktyce i monitorowaniu pacjentów z przewlekłymi chorobami układu krążenia jako przykład zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (APN) – dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz, dr n. o zdr. Grażyna Wójcik; Czy warto edukować pacjenta? – dr n. med. Krystin Mitura.

Konferencja zorganizowana została przez Zespół Promocji i Edukacji Zdrowotnej Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach i Samorząd Województwa Mazowieckiego oraz Collegium Mazovia Innowacyjną Szkołę Wyższą, odbyła się pod honorowym patronatem marszałka województwa mazowieckiego.

Lądowisko w Wołominie

We wrześniu uroczyste otwarto na terenie szpitala w Wołominie lądowisko dla śmigłowców ratownictwa medycznego.

Jednocześnie miało miejsce nadanie nowej nazwy szpitalowi – Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie, co przypieczętowało decyzję radnych powiatu podjętą w sierpniu. Szpital Powiatowy w Wołominie uzyskał pozwolenie na budowę lądowiska dla śmigłowców ratownictwa medycznego w 2014 r., następnie, w wyniku konkursu ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia na początku 2016 r., otrzymał dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej w wysokości 1,6 mln zł. Inwestycję wsparły władze powiatu w Wołominie kwotą 300 tys. zł, a placówka wyasygnowała 136 tys. zł. Posiadając Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz lądowisko dla śmigłowców ratownictwa medycznego, szpital spełnia wymogi stawiane systemowi ratownictwa medycznego, a tym samym podnosi poziom bezpieczeństwa i jakości opieki zdrowotnej w całym powiecie wołomińskim. ■ **pk**

Szpital w Mińsku Mazowieckim w nowym systemie

Musimy się nauczyć zupełnie innego zarządzania placówką – mówi o funkcjonowaniu w tzw. sieci szpitali Artur Więckowski, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim.

Dyrektor mińskiej placówki przyznaje, że nowy system finansowania szpitala na razie stanowi wielką niewiadomą: – *Podaję, że będę się go uczyć przynajmniej przez kwartał, balansując między kwotą utrzymanego ryczału a kosztami i obowiązkiem zapewnienia wszystkich świadczeń medycznych.*

Jedno wiadomo już teraz – szpital ominęły problemy dotyczące nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, którą od 1 października muszą zagwarantować lecznice zakwalifikowane do sieci szpitali i która ma działać obok szpitalnych oddziałów ratunkowych. To rozwiązanie wywołało sporo perturbacji w całej Polsce. – *W naszej placówce już od 2015 r. nocna i świąteczna opieka zdrowotna są wydzielone. Dzięki temu rozładowaliśmy kolejki na SOR, a przede wszystkim oszczędziliśmy pacjentom sporo nerwów – przekazuje Artur Więckowski.*

Pawilon za miliony

Dumą tutejszego SPZOZ jest nowy pawilon, którego uroczyste otwarcie nastąpiło na początku tego roku. Koszt inwestycji wyniósł blisko 17 mln zł. 5 mln pochodziło z państwowej rezerwy budżetowej. Pozyskanie tych pieniędzy w dużej mierze było zasługą lobbingu miejscowych parlamentarzystów i umożliwiło dokończenie prac rozpoczętych w 2013 r.

Najważniejszym elementem obiektu jest Oddział Intensywnej Opieki Medycznej oraz trzy nowoczesne sale operacyjne z niezbędnym zapleczem. Zlokalizowano tutaj również szpitalną aptekę, stację dezynfekcyjną łózek i sprzętu, centralną sterylizatornię oraz szatnie dla pracowników.

Nowy pawilon jest połączony z główną częścią lecznicy wybudowanym kilka lat temu łącznikiem.

To niejedyna ambitna inwestycja w mińskiej placówce. Prawdopodobnie jeszcze w roku bieżącym zakończy się remont budynku, w którym mieszczą się przychodnie specjalistyczne: dermatologiczna, diabetologiczna, endokrynologiczna, położniczo-ginekologiczna, gruźlicy i chorób płuc, kardiologiczna, otorynolaryngologiczna, medycyny pracy, neurologiczna, okulistyka, reumatologiczna, zdrowia psychicznego, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Nadzieja w rezydentach

Cały czas trwa także modernizacja głównego budynku szpitala. – *Przebudowujemy blok porodowy, urządzamy salę do cięć cesarskich, a pomieszczenia po poradni ginekologiczno-położniczej chcemy zaadaptować na pracownię endoskopową – wylicza Artur Więckowski.*

Placówka inwestuje też w sprzęt, w tym roku kupiono nowoczesny tomograf. Czynnione są starania o pozyskanie pieniędzy z funduszy europejskich, które umożliwiłyby m.in. sfinansowanie cyfrowego aparatu rentgenowskiego.

SPZOZ w Mińsku Mazowieckim, podobnie jak większość placówek polskiej służby zdrowia, boryka się jednak z problemami kadrowymi. Brakuje szczególnie internistów, ale

również pediatrów i neonatologów.

Dyrektor szpitala duże nadzieje wiąże z rezydentami. – *Obecnie szkolimy czterech młodych lekarzy. Oczywiście zawsze istnieje ryzyko, że wchłonie ich Warszawa, ale staramy się zapewnić im dobre warunki pracy, stosując także zachętę finansową – tłumaczy Artur Więckowski. ■*

Rafał Natorski



Fot. archiwum szpitala



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

XI CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

PRZYJACIÓŁ FUNDACJI PRO SENIORE

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE

10 lutego 2018, godz. 19.00

*Imprezę poprowadzi
Dorota Gardias*

*Wieczór uświetni występ
zespołu Boogie Band*

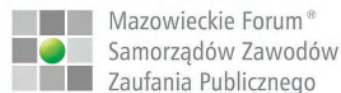
Zapraszamy

*Szczegółowe informacje można uzyskać,
dzwoniąc pod nr:*

22 542 83 02 lub 538 192 002

lub drogą e-mailową

proseniore@oilwaw.org.pl



Radomskie Centrum Onkologii szkoli lekarzy pierwszego kontaktu

„Wspólnie pokonamy raka” – to hasło programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi, w realizację którego włączyło się Radomskie Centrum Onkologii. W ramach akcji placówka przeszkoli m.in. około 150 lekarzy pierwszego kontaktu.

Celem projektu współfinansowanego ze środków unijnych (na jego realizację przeznaczono ponad 1,8 mln zł) jest zarówno edukacja lekarzy oraz pacjentów, jak i wykrywanie nowotworów głowy i szyi w najwcześniejszym stadium, kiedy jeszcze są niemal całkowicie wyleczalne. Obecnie wielu Polaków zgłasza się do placówek służby zdrowia bardzo późno, w zaawansowanej chorobie, gdy trudno o pozytywne rokowania.

– Ten program ma ułatwić chorym w jak najkrótszym czasie wykluczenie nowotworu i leczenie innego schorzenia, które było przyczyną dolegliwości, albo rozpoznanie nowotworu i jak najszybsze podjęcie leczenia onkologicznego – tłumaczy prof. Tadeusz Pieńkowski, dyrektor medyczny Radomskiego Centrum Onkologii, które realizuje projekt wspólnie z Mazowieckim Szpitalem Bródnowskim w Warszawie oraz Mazowieckim Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Na nowotwory głowy i szyi najbardziej narażone są osoby między 40. a 65. rokiem życia, które palą, spożywają alkohol oraz mają wiele kontaktów seksualnych. Powodem do niepokoju powinny być utrzymujące się przez co najmniej trzy tygodnie objawy: ból gardła, przewlekła chrypka, pieczenie języka, niegojące się owrzodzenia oraz czerwone lub białe naloty w jamie ustnej, a także guz na szyi, niedrożność czy krwawy wyciek z nosa.

Osoby zmagające się z tego typu dolegliwościami mogą zgłosić się do jednej z 30 przychodni z regionu radomskiego biorących udział w projekcie lub bezpośrednio do RCO, gdzie trzeba wypełnić ankietę i otrzymać skierowanie na wizytę u laryngologa.

Ważną rolę w programie odgrywają lekarze pierwszego kontaktu, którzy w razie podejrzenia nowotworu kierują pacjenta na specjalistyczne badanie nasofiberoskopem (RCO dysponuje jedynym tej klasy urządzeniem w Radomiu i okolicach), biopsję lub USG szyi. Dlatego organizowane są dla nich specjalistyczne szkolenia z zakresu wiedzy o nowotworach głowy i szyi, prowadzone przez specjalistów z RCO pod kierunkiem prof. Tadeusza Pieńkowskiego.

– Dzięki temu lekarze i pielęgniarki posiadają nowe umiejętności, głównie w zakresie komunikacji z pacjentami, rozmów na trudne tematy, zbierania wywiadów w bardzo wrażliwych obszarach. Możemy zdiagnozować pacjenta, a w razie wątpliwości skierować go do specjalisty z pominięciem kolejek, które dzisiaj są zmurą leczenia specjalistycznego – wyjaśnia dr Wojciech Pacholicki, lekarz medycyny rodzinnej i szef Mazowieckiego Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. ■

Rafał Natorski

REKLAMA



Move on. Hyundai i30 Nowej Generacji.

Jak powstaje ideał samochodu? Ponadczasowy design to tylko punkt wyjścia. Doskonałe prowadzenie zapewni 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 końcowemu przez Autoryzowanego Dealera Hyundai na warunkach opisanych w katalożycie gwarancyjnym. Szczegóły oferty i program gwarancyjny, w tym wyłączeń gwarancji, dostępne są u Autoryzowanych Dealerów Hyundai. Średni poziom spalania paliwa w cyklu mieszanym dla reprezentowanego modelu Hyundai i30 wynosi od 3,6 do 5,6 l/100km, średnia emisja CO₂ wynosi od 95 do 130 g/km.

Z myślą o dzieciach i ich rodzicach

– nowa inwestycja WUM

Na terenie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego powstanie Dom Ronald McDonalda oraz przedszkole. Prof. Mirosław Wielgoś, rektor WUM, prof. Adam Jelonek, prezes Fundacji Ronald McDonalda, i Krzysztof Kłapa, członek zarządu fundacji, podpisali list intencyjny w sprawie budowy obiektu mieszczącego obie placówki. Dom Ronald McDonalda będzie spełniał funkcje hotelowe. Dzięki tej inwestycji rodzice i opiekunowie małych pacjentów, towarzyszący dzieciom w trakcie hospitalizacji w Szpitalu Pediatricznym WUM, wypoczną, przygotowują sobie posiłek i zrobią pranie w komfortowych warunkach. W przedszkolu opiekę znajdą dzieci pracowników, doktorantów i studentów uczelni. Otwarcie obiektu planowane jest za dwa lata. ■

Oprac. ach

Postęp dzięki innowacjom

O programach badawczo-rozwojowych, możliwościach wykorzystania wyników pracy naukowców w praktyce i nowych technologiach rozmawiali uczestnicy konferencji „Innowacje w ochronie zdrowia” na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Ekspertcy mówili o korzyściach wynikających z innowacji, ale też o trudnościach z ich wdrażaniem. Zwracali uwagę, że o sukcesie innowacyjnym w praktyce decyduje współpraca środowiska naukowo-badawczego z biznesem. To przedsiębiorca podejmuje ryzyko sfinansowania i wprowadzenia nowych rozwiązań. Obu stronom potrzebne jest do współdziałania przyjazne otoczenie prawne.

– 800 mln zł to środki, które zostały przeznaczone na innowacje w ochronie zdrowia w ostatnich latach – mówił prof. Bolesław Samoliński, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM. Pieniądze pochodzą z budżetu programu Strategmed, którego głównym celem jest uzyskanie zasadniczego postępu w zakresie zwalczania chorób cywilizacyjnych oraz rozwój medycyny regeneracyjnej. Prof. Aleksander M. Nawrat, zastępca dyrektora Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, podał, że od 2013 r. w ramach programu odbyły się trzy konkursy, w których wyłoniono łącznie 44 projekty badawczo-rozwojowe. Prof. Mirosław Wielgoś, rektor WUM, przypomniał, że uczelnia uczestniczy w 17 projektach, a w czterech jest liderem konsorcjum.

Nowoczesne urządzenia wspomagające diagnostykę i profilaktykę oraz terapie wprowadzane dzięki rozwojowi farmakologii i biotechnologii, możliwości drukowania trójwymiarowego ludzkich tkanek z wykorzystaniem komórek macierzystych, zaawansowane oprogramowanie służące zbieraniu danych medycznych – to przykłady innowacji w wielu obszarach ochrony zdrowia. O badaniach nad limfocytami T regulatorowymi i tworzeniu leków komórkowych testowanych w leczeniu immunosupresyjnym, a także cukrzycy typu 1 mówił prof. Piotr Trzonkowski z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Zagadnienia dotyczące medycyny regeneracyjnej i badania mające na celu uzyskanie leków

przyspieszających gojenie się ran zreferowała dr hab. Sylwia Rodziewicz-Motowidło z Uniwersytetu Gdańskiego. Zastosowanie kamizelki monitorującej pracę serca i pozwalającej na wykrycie migotania przedsionków w profilaktyce niedokrwienego udaru mózgu przedstawił prof. Zbigniew Kalarus ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Doświadczeniami informatycznymi w ochronie zdrowia podzielili się goście z Katalonii. Tino Martí i Jordi Martinez Roldán z Fundacji TicSalut mówili o rozwiązaniach w systemie e-zdrowie i integracji danych pacjentów we Wspólnej Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, która stanowi narzędzie ułatwiające pracę personelowi medycznemu placówek ochrony zdrowia w Katalonii.

Wśród trudności z wprowadzaniem innowacyjnych rozwiązań uczestnicy wymieniali m.in. brak systemowych uregulowań, wysokie koszty inwestycji, a także niechęć do zmian. – Zbyt długi czas mija od odkrycia do zastosowania nowości – mówiła prof. Jadwiga Turło, prorektor ds. nauki i transferu technologii WUM, wskazując na specyfikę badań klinicznych, które trwają długo i są kosztowne. Tomasz Nazaruk, dyrektor Ricoh Polska, podkreślał, że należy uczyć się lepszego wykorzystywania posiadanych zasobów, a także przygotowywać personel na nowe wzywania. – Nowoczesne technologie są potrzebne. Na brak systemowych rozwiązań dotyczących cyfryzacji w ochronie zdrowia zwracał uwagę prof. Kazimierz Roszkowski-Słiż, dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. Mówił, że postęp dokonuje się w leczeniu przewlekłych chorób występujących w bogatych społeczeństwach, które stać na innowacyjność. Prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, podkreślał, że obecnie naukowiec musi mieć wokół siebie ludzi, którzy potrafią wyniki prac badawczych upowszechnić, a także w szerokiej perspektywie pokazać, że mają zastosowanie w praktyce.

Podsumowując, prof. Samoliński wskazał, że brakuje rozwiązania systemowego, które integrowałoby proces innowacji od pomysłu przez badania naukowe i rozpoznanie zapotrzebowania po wdrożenie. ■ **ach**



Goniec Medyczny

Czy grożą nam epidemie?

Nieszczepienie dzieci to już nie tylko fanaberia niektórych opiekunów. W pierwszej połowie 2017 r. 25,3 tys. rodziców nie zgodziło się na szczepienie dzieci, o 10 proc. więcej niż w całym 2016 r. Liczba ta stale rośnie i już wiadomo, że w tym roku padnie rekord. Taki trend niesie poważne ryzyko wybuchu epidemii chorób zakaźnych – ostrzegają eksperci Państwowego Zakładu Higieny.

Kapsuła czasu na Spitsbergenie

Fragment meteorytu, skamieniałości, nasiona roślin, ludzkie DNA, niesporczaki, monety, zdjęcia Ziemi, kryształ krzemu – to skarby, które trafiły do kapsuły czasu zakopanej przez polskich naukowców na Spitsbergenie. Pojemnik ma się ukazać na powierzchni Ziemi za około 500 tys. lat.

Moda na grzybicę

Noszenie butów bez skarpetek – moda wylansowana przez hollywoodzkie gwiazdy, zwiększa ryzyko grzybiczy stóp – alarmuje brytyjskie Royal College of Podiatry.

SPROSTOWANIE

Pragnę serdecznie przeprosić Pana Prof. Piotra Müldnera-Nieckowskiego za mylne przypisanie w numerze 8/9 „Pulsu” Jego słów: „Wśród lekarzy jest coraz mniej humanistów. Zagraża nam totalna dehumanizacja tego zawodu” (pochodzących z artykułu „Medycy nie znają historii”, „Rz”, 9.08.2017) Panu Prof. Wojciechowi Noszczykowi, autorowi „Dziejów medycyny w Polsce”. Jak mawiają Amerykanie: „Błędów nie popełniają jedynie ci, którzy nic nie robią”. ■

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 pierwszym wizycie wymagane jest jedynie wybranie własnego loginu i hasła.

Lek. **Jarosław Kosiaty**, redaktor naczelny „Esculapa”



O trzech spójnikach skorelowanych

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Istnieją konstrukcje frazeologiczne, które mają charakter stały i nie powinny być zmieniane. Dotyczy to szczególnie budowy spójników złożonych, które są nazywane skorelowanymi. Używamy ich nader często, ponieważ pozwalają zgrabnie łączyć treści zdań składowych zdania złożonego. Na przykład „Albo mówię, albo piszę, albo myślę, czyli stale i niezmiennie używam języka”. Spójnik złożony skorelowany „albo..., albo...” jak widać może mieć postać nie tylko dwuczłonową, ale i dłuższą. Składnik „albo” się nie zmienia, jest wciąż ten sam, więc może być powtarzany dowolną liczbę razy.

Proszę jednak zauważyć, że zmiana któregoś z tych jednokłowych członów wprowadza takie zamieszanie, iż zdanie staje się wyraźnie inne. Przyjrzyjmy się tak odmienionemu zapisowi: „Albo mówię, lub piszę, bądź myślę, czyli stale i niezmiennie używam języka”.

I proszę, coś się popsło, zaczęło źle brzmieć, zgubił się klarowny sens (a nawet swoisty dowcip) pierwszej wersji tego zdania. Ale dlaczego, przecież *albo*, *lub* i *bądź* to synonimy, a skoro tak, to chyba mogą być wzajemnie podstawiane? Tak, ale synonimy nie zawsze (moim zdaniem prawie nigdy) nie są dokładnymi siebie odpowiednikami, i to nie tylko ze względu na różnicę w zapisie literowym czy w brzmieniu. Różnica dotyczy jakiegoś odcienia stylu, treści, ekspresji lub funkcji, a jeśli tak, to całość z nich składana także musi być odrobinę inna. Ta zaś niewielka inność na poziomie zapisu czasem powoduje, że na poziomie sen-

su mamy do czynienia z kompletnie inną wypowiedzią. I tak właśnie się stało w naszym przykładzie.

Wydaje się, że jest to skutek przede wszystkim naruszenia przyzwyczajenia do wyglądu niektórych form tekstowych. Wprowadzenie choćby minimalnej odmiany powoduje reakcję, która polega na uruchomieniu mechanizmu dodatkowej analizy tego, co się odbiera w zapisie lub wygłoszeniu. Przyzwyczajenie jako druga natura użytkownika języka polega na przywiązaniu do stylu danego elementu językowego (wyrazu, związku frazeologicznego, zdania), a z nim do klimatu myślenia i odczuwania, który te formy narzucają. Jeżeli dany klimat znika (bo coś zmieniliśmy w zapisie), a pojawia się inny, to zmienia się uczucie towarzyszące odbiorowi. A jeżeli to nastąpi, reakcja na tekst może nie odpowiadać temu, czego od odbiorcy oczekujemy.

Szczególnie mocno w ten sposób oddziałują zapisy zawierające błędy. Na przykład zdanie (gwiazdka oznacza zapis z błędem): *„Czym dłużej o tym myślę, tym bardziej się martwię” zawiera dość często spotykany błąd, polegający na użyciu spójnika skorelowanego „czym..., tym...” zamiast „im..., tym...”. Ktoś, kto zna użycie poprawne i sam je stosuje, alergicznie zareaguje na niepoprawne. Tak, jakby się w głowie zapaliła lampka ostrzegawcza albo bat smagnął plecy. Zauważmy, że na przykład w zdaniu „Czym ukroił, tym uciął” występuje inny spójnik złożony niż „im..., tym...”, i że akurat to wypowiedzenie jest najzupełniej poprawne. ■

SMS Z KRAKOWA



Lifting

Nie bardzo rozumiem, skąd się wzięły wygłaszane od lat na wszystkich, łącznie z najwyższym, szczeblach samorządu poglądy, jakoby zdrowie to był temat apolityczny, neutralny, ponadczasowy itp., itd. Mówią tak politycy różnych opcji, nie tylko w Polsce, ale też w Stanach

Zjednoczonych, w Europie czy Nowej Zelandii, choć mają niekiedy diametralnie odmienne zdanie w kwestii nakładów, ubezpieczeń, dostępności specjalistów dla pacjenta i w ogóle całokształtu.

U nas wystarczy obejrzeć jakikolwiek program informacyjny, by dostrzec ową apolityczność. Ale mit trwa.

W Krakowie, na dowód tej apolityczności, zawiązało się Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, które w związku ze strajkiem rezydentów wyraziło swoje oficjalne stanowisko, akcentując głębokie zaniepokojenie sytuacją w ochronie zdrowia. Jakie padły argumenty, można było przewidzieć: za małe nakłady, sytuujące nas pod

koniec statystyk państw OECD (4,6 proc. PKB), upokarzająco niskie zarobki niektórych grup zawodowych w obrębie medycyny, m.in. pielęgniarek, ratowników medycznych i właśnie młodych lekarzy, wysoki deficyt kadrowy lekarzy, wreszcie wieczne doraźne reformy, zapobiegające zapaści w jednej dziedzinie kosztem drugiej, tworzone bez jakiegokolwiek horyzontu czasowego.

Stanowisko podpisało 14 prezesów samorządów zawodów zaufania publicznego. Uczynili to nie tylko dlatego, że każdy zna się na zdrowiu i wie, do jakiego absurdu dochodzi, choćby przy określaniu terminów badań. Podpisali także dlatego, że nic tu już nie da się ukryć. Po wiecznym zapowiadaniu wprowadzenia korzystnych zmian doszliśmy do swego rodzaju ściany. I żaden lifting nie ostoni rzeczywistości.

Z innej beczki. W Krakowie uczczono jubileusz 50-lecia Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Uroczystość, która odbyła się w Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej Manggha, była bezspornie doniosłym wydarzeniem.

Czym jest Unia Pisarzy Lekarzy, nie będę tutaj tłumaczył ani wspominał doktorów z Krakowa – Tadeusza Boya-Żeleńskiego czy Stanisława Lema. ■

Stefan Cieplý



Fot. archiwum

Bez rozsądku przywódców nie ma mądrości mniejszości

Paweł Kowal

Katalonia się cofnęła. Cała Europa czekała na secesję, a skończy się chyba rozmowami z Madrytem, chociaż hiszpańskie władze w publicznych wystąpieniach są zbyt koncyliacyjnie nastawione. Z kryzysu katalońskiego wynika jednak kilka istotnych wniosków.

Po pierwsze, unijna polityka popierania mniejszości i regionalizmów ma swoje bardzo niebezpieczne konsekwencje. Przez dekady panował w Brukseli pogląd, że dla spójności Unii lepiej postawić na silne regiony. Panowało też przekonanie, że państwa narodowe są hamulcowym integracji, a regiony, szczególnie te, które mają tradycję odrębności etnicznej, integracji europejskiej pomagają. Przykład Katalonii pokazuje, że jednak właśnie separatyzmy regionalne w czasie kryzysu politycznego w Unii mogą być rozgrywane przez zewnętrznych aktorów po to, by osłabić unijny organizm. W tle kryje się nadzieja przeciwników Unii Europejskiej i w konsekwencji wrogów całego porządku zachodniego (Europy i Ameryki Północnej), że za Katalonią pójdzie Korsyka, za Korsyką Kraj Basków i tak się popruje cały Zachód, jaki znamy.

Po drugie, widać jak nadmierne uprzywilejowanie mniejszości kosztem większości w jednej dziedzinie, czasem zresztą tylko na poziomie propagandy, budzi oczekiwanie innych.

Skoro wśród głównych rozgrywających w UE tak wysoką pozycję mają mniejszości, Katalończycy mają prawo zapytać: „A co z mniejszościami narodowymi?”. Przesada w promniejszościowej retoryce dodaje skrzydeł separatystom, którzy pieką swoją pieczeń kompletnie inną niż interesy Wspólnoty.

Po trzecie, nietrudno dostrzec, że w czasach mediów społecznościowych, telewizji informacyjnych itp. łatwo rozbujać nastroje społeczne i dokonać geopolitycznej zmiany. Nie trzeba wyobraźni Stanisława Lema, by wymyślić scenariusz, w którym katalońskie referendum stanie się zawleczką granatu podłożonego pod Zachód, a więc cały układ geopolityczny, w którym żyjemy i który dla Polski jest korzystny bardziej niż kiedykolwiek na przestrzeni 300 lat. Okazuje się, że grupa aktywnych i ambitnych polityków, gdy zmobilizuje do pewnej aktywności 10 proc. populacji, łatwo wywiera wpływ na kolejnych wyborców, którzy są gotowi poważnie w skutkach decyzje podejmować pochopnie.

I rzecz ostatnia: wcale nie jest tak, że dla mniej licznego narodu najlepszą formą przetrwania jest małe państwo narodowe. Czasem narodowi służy bycie w większym organizmie, czego przykładem jest historia Węgier w monarchii habsburskiej. Ale to już temat na inną opowieść. ■



Biedermeier

Wystawa w Muzeum Narodowym w Warszawie to pierwsza w Polsce prezentacja stylu biedermeier w sztuce i rzemiośle, na której można obejrzeć ponad 400 eksponatów: obrazów, mebli, szkieł, porcelany, tkanin i strojów, biżuterii i bibelotów. Przedmioty pochodzą ze zbiorów muzeów narodowych w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Szczecinie i Gdańsku, a także z muzeów regionalnych i muzealnych rezydencji. Wystawę można oglądać do 7 stycznia.

www.mnw.art.pl

Tymem do przodu

Retrospektywa twórczości Stanisława Tyma w warszawskim Muzeum Karykatury to pokaz prac aktora, reżysera, scenarzysty i rysownika prasowego. Prezentowane są m.in. rysun-

kowe prace satyryczne dotyczące tematów społecznych i politycznych, a także fragmenty tekstów kabaretowych, skeczy i form teatralnych. Ekspozycja będzie prezentowana do 26 listopada.

www.muzeumkarykatury.pl

Królewski Ogród Światła

Zimowy Ogród Króla to nowa instalacja rozświetlająca ogród przy wilanowskim pałacu. Nawiązuje do piękna architektury i odwołuje się do źródeł ikonograficznych, herbu Jana III Sobieskiego oraz pałacowej symboliki. Uzupełnieniem świetlnych dekoracji w ogrodach są trójwymiarowe projekcje łączące obraz, światło i muzykę, odbywające się w soboty i niedziele. Wystawa plenerowa potrwa do 25 lutego.

www.wilanow-palac.pl

Modernizm na Węgrzech 1900–1930

Wystawa na Zamku Królewskim w Warszawie ukazuje dynamiczny obraz węgierskiej sztuki pierwszego trzydziestolecia XX w. – różnorodność dzieł i artystycznych osobowości. Wśród ponad setki prezentowanych prac można obejrzeć m.in. portrety pędzla członków Grupy Ośmiu – pierwszego węgierskiego ugrupowania awangardowego, fowistyczne pejzaże i akty, projekty witraży i kubizujące widoki miast. Ekspozycję można zwiedzać do 7 stycznia. ■ **ach**

www.zamek-krolewski.pl



Fot. archiwum

Wielka szansa

Janina Jankowska

„Gdyby przyszło mi decydować, czy powinniśmy mieć rząd bez gazet, czy gazety bez rządu, bez wahania wybrałbym to drugie” – pisał w 1787 r. Thomas Jefferson, trzeci prezydent USA, jeden z autorów Deklaracji Niepodległości Stanów Zjednoczonych. Przekonanie, że swoboda wzmacnia demokrację, było w owym czasie tak silne, że znalazło wyraz w Pierwszej poprawce do Konstytucji Stanów Zjednoczonych. Poprawka weszła w życie już w 1791 r. Warto może przypomnieć, że dotyczyła wolności wyznania, prasy, słowa, petycji i zgromadzeń.

Zadumawszy się nad słowami Jeffersona dziś, w 15. dniu głodówki rezydentów, pomyślałam, że gdybym miała decydować, czy powinniśmy mieć rząd bez lekarzy, czy lekarzy bez rządu, też wybrałabym to drugie.

Wydarzenia pchają mnie znowu w tematy medyczne. Jako pacjentka mogę mieć wiele krytycznych uwag pod adresem służby zdrowia. Nie chodzi tylko o dalekie terminy wizyt u specjalistów, operacji, rehabilitacji itp., ale o stosunek do pacjenta, zwłaszcza przebywającego w szpitalu. Często czuje się on przedmiotem. Jednak dziś zadaję sobie pytanie, na ile oschłość, urzędnicze traktowanie, brak empatii są efektem przepracowania, zwykłego ludzkiego zmęczenia?

Niedawno oglądałam film „Z podniesionym czołem”, który pokazywał postępowanie instytucji francuskich w stosunku do nastolatka z patologicznej rodziny, który wkroczył już na drogę przestępczą. Nie umieszczono go automatycznie w po-

prawczaku. Właśnie państwo, za pośrednictwem swoich instytucji, otoczyło go staranną opieką. Widziałam niesłychaną cierpliwość kuratora, który poświęcał chłopcu wiele czasu, czującą problem sędzię, świetnie zorganizowane obozy resocjalizacyjne. Wszyscy pracujący w otoczeniu tego jednego zagubionego chłopca są dobrze wynagradzani. Ci ludzie nie pracują na kilku etatach. Nie spieszą się do następnej roboty.

A u nas? Ci, którzy dbają o zdrowie i wychowanie człowieka, zarabiają najmniej. Tak było zawsze, ale stało się szczególnie dotkliwie w czasach wolnorynkowych. Kolejne rządy pod wpływem protestów rzucały jakieś ochłapy, ale w planowaniu budżetu państwa służba zdrowia i edukacja były na ostatnim miejscu. Nauczyciele, lekarze i pielęgniarki nie palą opon. Białe miasteczka wytargowały kilkaset złotych. Podobnie bunt lekarzy zielonogórskich. Tu chodzi jednak o politykę państwa. Niezależnie od rządzącej opcji, decydenci od 1989 r. nie traktują zdrowia społeczeństwa priorytetowo. Mimo dosypywania przez kolejne rządy pieniędzy na służbę zdrowia, podział tortu, czyli budżetu państwa, jest ciągle tragicznie niesprawiedliwy. 4,4 proc. PKB przeznacza się na zdrowie.

I oto nadeszło nowe pokolenie medyków, ludzi urodzonych w wolnym kraju. Jaka jest ich przyszłość w Polsce? Wyniki ekonomiczne mamy doskonałe, a rezydenci muszą brać dwa etaty, żeby utrzymać rodzinę? UE otworzyła nam granice. Od tej pory absolwenci po stażach, a także doświadczeni lekarze, systematycznie z kraju wyjeżdżają. W efekcie mamy najmniej w UE lekarzy na 1000 mieszkańców – 2,2.

Rezydenci głodują 15. dzień, protest ogarnia całą Polskę i sprawa staje się poważna. To pierwszy protest reagujący nie na ruchy polityczne rządzących, ale na swoją sytuację.

Dziś jeszcze nie wiemy, jak zakończy się ten protest. Fiaszkiem czy mądrą refleksją rządu. Ma on szansę dokonania prawdziwej zmiany, tej miary, co powstanie po 27 latach ustawy reprivatyzacyjnej. Rządzący daliby dowód, że liczą się z reakcją społeczeństwa, że mimo wielu błędów zaniechania w prowadzeniu konsultacji społecznych, chcą zmienić Polskę na lepsze. Czy z tej szansy skorzystają? ■



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

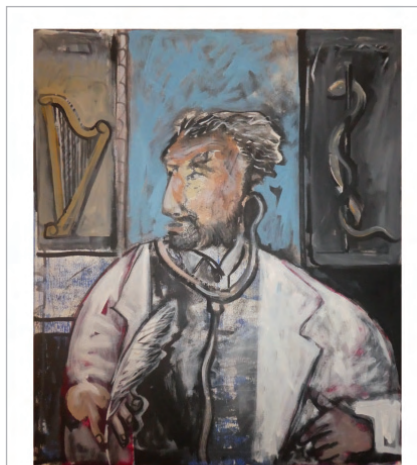
oraz studia MBA:

- SGH-WUM-MBA w ochronie zdrowia

Poczytaj i pomyśl...

Z poezją jest trochę tak, jak z fizyką jądrową. Nie wystarczy kilka słów dziwnie zestawionych, kilka metafor i rymy, podobnie jak nie otrzymamy ciężkiej wody, wkładając hantle do pełnego wiadra. A czasem mam wrażenie, że takie myślenie przyświeca wielu domorosłym poetom. Warsztat to talent – nie każdemu jest pisany. Pojęcie amatorsztwa jest w tej dziedzinie wprawdzie trudne do zdefiniowania, grafomaństwo przy pewnym doświadczeniu dostrzec łatwiej. Wielu pisze wiersze, niewielu takie, które da się czytać bez bólu zębów, nieliczni – osiadające w naszej pamięci, jeszcze rzadziej zostawiające ślad w historii literatury.

Dlatego zwykle, gdy zabieram się za czytanie wierszy pisanych przez osobę parającą się na co dzień zgoła odmienną profesją, podchodzę do takiej lektury sceptycznie. Wówczas nic nie sprawia większej radości niż pozytyw-



Krzysztof Saturnin Schreyer
Wino życia
wiersze

ne zaskoczenie. Kilka pierwszych wersów, po których już wiemy, że przeczytamy wszystko do końca, że wrażliwość autora porusza nie tylko nasz intelekt, ale także naszą duszę. Tak właśnie się dzieje podczas czytania

poezji dr. Krzysztofa Saturnina Schreyera. Jej siłą jest czytelna narracja, szczerść i naturalność w przekazywaniu autentycznych przeżyć, dylematów egzystencjalnych, nastrojów, w których odnajdujemy własne niepokoje, rozterki i fascynacje. Wiersze spowijają aurą romantyczności, nieortodoksyjny rytm dodaje im lekkości. Zebrane w wydanym przez naszą Izbę dopiero co tomiku „Wino życia” są lekturą refleksyjną, często poruszającą. Dźwięczą w nich echa poezji Leśmiana, Whitmana, Poego, z pewnością fascynacji autora. W warstwie filozoficznej przewijają się motywy nieuchronności ludzkiego losu i kruchości życia, który był kanwą twórczości wielu poetów, choćby perskiego lekarza Chajjama, żyjącego na przełomie XI i XII w., znanego przede wszystkim z czterowerszy (rubajatów), ujawniających nieznaną istotę sensu naszego życia. Krzysztof Schreyer otwiera się przed nami w sposób, który budzi podziw, a jego swoistą spowiedź przyjmujemy z pokorą. Jeśli lubicie czytać poezję, te wiersze poprowadzą Was do zadumy, dadzą wiele artystycznych wrażeń i intelektualną przyjemność. ■ kb



Symfonia odchudzania

Większość ekspertów zajmujących się leczeniem otyłości nie powierzyłaby odchudzania dietetykom. Jak więc zareagują na książkę amerykańskiej psycholog Traci Mann, która na Uniwersytecie w Minnesocie pro-

wadzi badania nad zwyczajami żywieniowymi i wizerunkiem ciała?

Autorka kreuje się w niej na kontrowersyjnego i szalonego naukowca („wielu wydawców nie było w stanie znaleźć recenzentów moich artykułów”), humanistkę z obsesją na punkcie metod badawczych i danych. Na drzwiach jej laboratorium nie ma żadnego napisu, aby goście czuli się swobodnie i nie wiedzieli, że gdy wyciągną rękę po ciastko lub kanapkę (na przykład w przerwie wykładu na zupełnie inny temat), prof. Mann uważnie analizuje ich nawyki żywieniowe.

Wystarczyło 20 lat doświadczeń, by autorka doszła do wniosku, że diety nie działają, jak obiecują ich twórcy, a odchudzanie nie musi być korzystne dla zdrowia. Tak powstała książka „Bzd(i)ety”. Brawa dla polskiego wydawcy, który pomysłowym tytułem zastąpił angielski oryginał („Secrets from the eating lab”). Dla osób polujących na kolejny samouczek dietetyczny, książka może być cenną odtrutką.

Traci Mann rzeczywiście mówi więcej: o mechanizmach, na których opierają się współczesne metody odchudzania oraz modne diety, i o tym, jak trudno wygrać z własnym mózgiem. Mogą to być cenne podpowiedzi dla lekarzy, jak

trwale zmienić styl życia na lepszy i zdrowszy, którzy na co dzień obcuja z otyłymi chorymi, choć sami nie zajmują się leczeniem otyłości. A trzeba zdać sobie sprawę, że takich pacjentów będzie przybywać, gdyż nadwaga i otyłość to nie tylko temat do rozmów w gabinecie endokrynologa, diabetologa lub chirurga, ale wielu innych specjalności.

Pęd do obżarstwa ma głębokie uzasadnienie w emocjach i ośrodkowym układzie nerwowym. Bez poprawy nastroju z otyłością walczy się trudniej. Wszak rozciągnięcie żołądka i przyjemne uczucie sytości uruchamiają kaskadę przemian biochemicznych, włączając w to układ nagrody w mózgu. Z tego punktu widzenia może rzeczywiście praktyczniej nie znać się na zliczaniu kalorii (co potrafią robić dietetycy), lecz bardziej popracować nad psychiką pacjenta. Może lepiej nie walczyć nerwowo z tuszą lub robić to umiejętnie (o czym traktuje jeden z rozdziałów). Albo osiągnąć zdrową wagę bez siły woli (jak to zrobić, podpowiada rozdział kolejny). Czy wreszcie: przestać histeryzować i zaakceptować swoje ciało, skoro wszystkie wypróbowane sposoby okazały się wpędzającą w depresję porażką. ■

Paweł Walewski

Izba docenia aktywność sportową

Dr n. med. Katarzyna Luterek została uhonorowana Medalem im. Jerzego Moskwy za aktywność sportową w środowisku lekarskim i osiągnięcia w narciarstwie alpejskim. Wręczenia medalu dokonał podczas posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie prezes Andrzej Sawoni.

O sukcesach Katarzyny Luterek na stoku w sezonie 2016/2017 pisaliśmy na naszych łamach („Puls” nr 7/2017). ■

ach



Fot. ach

XVI Lekarski Rodzinny Sptyw Kajakowy Wkra 2017

W sierpniu odbył się XVI Rodzinny Sptyw Kajakowy Lekarskiego Klubu Turystycznego Pro-Mile z Koźnienic przy OIL w Warszawie. Tym razem postanowiliśmy zmierzyć się z urokliwą Wkrą, rzeką w północno-wschodniej Polsce, prawym dopływem Narwi. Zwodowaliśmy kajaki w miejscowości Bołęciny. W godzinach popołudniowo-wieczornych dopłynęliśmy do wsi Popielżyn Górny, gdzie zaplanowaliśmy nocleg z biesiadą przy ognisku oraz śpiewaniem piosenek turystycznych. Sptyw zakończyliśmy w Śniadówku, przy słynnej Chacie nad Wkrą.

Trasa sptywu liczyła ponad 32 km. Towarzystwo nam malownicze krajobrazy północnego Mazowsza, a ostatni weekend wakacji mile zaskoczył doskonałą pogodą. Aura zmuszała uczestników do częstych kąpiei w rzeźkiej wodzie meandrującej rzeki.

W sptywie uczestniczyło 40 sympatyków tej pięknej formy turystyki – lekarzy i lekarzy dentyków z rodzinami, członków OIL w Warszawie. ■

Dariusz Bobola



Fot. D. Bobola

Exodus asystentów



Rys. K. Rosiecki

„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

W latach 70. jeszcze nieliczni uciekali z kraju, a pewna część wybierała legalną pracę zagranicą, w ramach Polservice'u, gdyż przez lata jedynym sposobem polepszenia bytu była praca poza granicami kraju. Dopiero w latach 80., na fali ożywienia gospodarczego, powstały w Polsce prywatne lecznice medyczne i odtąd lekarze mogą dorabiać lub podejmować w nich zatrudnienie pełnowymiarowe. Pomijając niektóre zakłady lecznicze, otwierane przez różnych kombinatorów i spryciarzy, zatrudniające lekarzy mizernych i marnych, działające bez fachowego nadzoru, szczególnie w zakresie zachowawczego leczenia np. bólów kręgosłupa czy barku, w których po prostu odbierało się chorym i zdrowie, i ostatnie pieniądze, obecnie coraz więcej jest lecznic na przyzwoitym poziomie i terapia przynosi pożytki.

Wielu dobrych lekarzy widzących bezsens pracy za dzia-dowskie pensje oraz ci, którzy nie chcieli się zeszmacić i wyciągać od ludzi pieniędzy, porzuciło nawet kliniki akademickie! Zapowiedzią tego, co nadejdzie, było według mnie otwarcie prywatnych klinik. Z pracy na państwowej posadzie zrezygnowało wtedy wielu lekarzy. Kiedy ostatnia grupa lekarzy najmłodszych i... najlepszych, z którymi wiązałem wielkie nadzieje, podjęła decyzję o założeniu własnej lecznicy, postanowiłem z nimi rozmawiać.

– *Dlaczego uciekacie?* – pytałem tych, których udało mi się pewnego dnia zgromadzić w moim gabinecie, na porannej kawie.

– *Mamy być szczerzy?* – odpowiedzieli.

– *Macie mówić prawdę i tylko prawdę, jak w amerykańskim sądzie.*

– *Przyczyn jest kilka. Po pierwsze, tam zarobimy po południu tyle, ile pan nam płaci za miesiąc pracy w klinice. Po drugie, tam możemy robić te skomplikowane i trudne operacje, których nas pan uczył, oraz spożytkować wiedzę, jaką zdobyliśmy zagranicą w najlepszych klinikach świata dzięki pana listom polecającym, których nam pan nie żałował. Dlaczego dopiero tam? W klinice wielkiej ortopedii często robić nie możemy z tej prostej przyczyny, że znacznej części pacjentów wcale nie zależy na polepszeniu stanu zdrowia, tylko na uzyskiwaniu niekończących się zwolnień lekarskich, zaświadczeń oraz upragnionej renty. Tam pacjenci przychodzą, żeby wyzdrowieć. Ważne jest i to, że tu, w klinice, trzeba nie mieć oleju w głowie, by podejmować się wielkich operacji, bo*

większość pacjentów nosi przeróżne fatalne zakażenia, o których nie powiedzą albo nawet nie wiedzą. Poza tym, co z tego, że to klinika uniwersytecka, kiedy w czasie ostrego dyżuru musimy przyjmować różnych pacjentów, tzw. nurków, mieszkańców studzienek ściekowych i dworcowych pijaczków, których układa się w pobliżu pacjentów, często dzieci i młodzieży, czekających na wielkie, wieloetapowe operacje. Przyjmujemy więc bomby bakteryjno-wirusowe zakażające wszystko i wszystkich w klinice. Nic tu nie pomogą oddzielne pokoje, sale opatrunkowe, wydzielone sale operacyjne itp. Stąd biorą się zakażenia szpitalne, o które nas się obwinia, a które w pewnych przypadkach oznaczają prawdziwe tragedie dla pacjentów i ich lekarzy. Jest i trzeci powód naszych ucieczek!

– *Jest trzeci? A jaki, na miły Bóg?* – wybąkałem.

– *Ponieważ uczył nas pan solidnie i nie żałował nam zagranic, a i w środku coś nam mówi, że jesteśmy dobrymi specjalistami, choćbyśmy może i mogli pracować za darmo nadal, nie pozwolimy bić się po twarzy pijanym, zwożonym przez pogotowie i witającym nas słowami: „K...a twoja mać, doktoru”. Nie zamierzamy znosić poniżającego traktowania ze strony urzędników szpitala i NFZ, czyli ludzi, którzy na dobrą sprawę nadają się najwyżej do tego, by u nas sprzątać.*

Przedstawiona sytuacja wcale mnie nie zdziwiła, gdyż od dawna zdawałem sobie sprawę z mizerni i prawdziwej plaj-ty tzw. służby zdrowia w naszym kraju! ■



Rys. P. Woźniak



Fot. archiwum

Tak było pół wieku temu

Jerzy Borowicz

Dzięki życzliwości redakcji „Pulsu” w 2006 r. ukazała się moja książka pod tytułem „... dziś, tylko cokolwiek dalej”, w której znalazły się moje wybrane lekarskie wspomnienia.

Jednym z bohaterów był Zygmunt Ajewski. Pracowaliśmy w szpitalu „na Oczki”, on w I Klinice Chorób Wewnętrznych u prof. Orłowskiego, ja w Zakładzie Radiologii u prof. Leszka Zgliczyńskiego. Prawie codziennie mijaliśmy się na szpitalnym korytarzu, a często chodziliśmy na klatkę schodową, na papieroska. Byłem wtedy namiętym palaczem. Między jednym dymkiem a drugim gadaliśmy o tym i owym. Zygmunt był znakomitym nefrologiem i gawędziarzem, często z jego wiedzy korzystałem.

W klinice Zygmunta pracowała lekarka, która powodowała zwrot mojej głowy zawsze w jej kierunku. – *Wiesz, Jurek – powiedział Zygmunt – w klinice nazywamy ją „Bajadera”*. Niestety, nie udało mi się „Bajadery” poderwać, mimo usilnych starań, ale żalność trwała krótko.

Starszym kolegą z kliniki był Wacek Drożdż, znakomity pulmonolog i niestrudzony bojownik antynikotynowy. Z Wackiem, jego żoną i synem oraz moją żoną spędzaliśmy wakacje nad Wigrami w Gawrych Rudzie. Choć nie byli zbyt zabawowi, w przeciwieństwie do mnie, miło wspominam te chwile.

Ryszard Aleksandrowicz był kierownikiem Zakładu Anatomii Prawidłowej. Znałem go od kilkadziesiąt lat. Początkowo pracował jako chirurg w Szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze. Jego pierwsza żona, internistka, przychodziła go odwiedzać z wałówką śniadaniową. Jedli razem, patrząc sobie w oczy (wówczas się jeszcze kochali). Miłość skończyła się jednak szybko, śniadania również. Ryszard rozwiódł się z żoną i ożenił się ponownie z koleżanką z mojego roku. Ryszard był znakomitym chirurgiem, Basia foniatrą.

Do Zakładu Radiologii przy ul. Chałubińskiego przyjeżdżałem do pracy motorowerem marki Komar.

Parkowałem pojazd na wewnętrznym podwórku. Z tyłu miałem zamontowany wiklinowy koszyk na drobne zakupy. Obok parkował swoim samochodem rektor Zgliczyński. Parkowali również nieco bogatsi ode mnie lekarze. Po skończonej pracy siadałem na swojego „smoka”. Podnosiłem klapę koszyka i znajdowałem w nim drobne pieniądze. Nie wiedziałem, kto jest tym filantropem. Okazał się nim rektor. Koledzy samochodziarze (głównie chirurdzy) nie chcieli być gorsi od rektora i też wrzucali mi do koszyka drobniaki. Czasami uzbierało się na paczkę papierosów (ekstra mocnych bez filtra).

Przyjaźniłem się z wieloma chirurgami, uczniami prof. Jana Nielubowicza, którzy na drzwiach jego gabinetu umieścili hasło „*Szanuj szefa swego, możesz mieć gorszego*”. Pracowaliśmy w jednym budynku. Tutaj chciałbym im wszystkim podziękować za przyjaźń, wiedzę, dobroć i koleżeństwo. Tradycją było, że po porannym obchodzie zbieraliśmy się na kawie w pokoju lekarskim. Najczęściej „parzycielem” był Bogdan Michałowicz, a odbiorcami Jurek Szczerbań, Renek Pomaski, Wojciech Rowiński, Janusz Wałaszewski, Mietek Szostek i Zbyszek Przetakiewicz oraz inni, którzy przychodzili do pokoju lekarskiego przypadkowo.

Przeważająca część moich przyjaciół, wspaniałych chirurgów, radiologów i innych specjalistów, już nie żyje. Ja żyję głównie wspomnieniami, martwię się trochę o przyszłość. Niestety, babcia Rozalia, która podtrzymywałaby mnie na duchu, nie żyje też. ■

DLA SMAKOSZY

Babeczki ze śliwkami

Kruche babeczki możemy zrobić sami (przepis poniżej) lub kupić w sklepie. Ale zaręczam, że własnoręcznie upieczone są o niebo lepsze. Poza tym, jeśli zrobimy je według podanego przepisu, wyjdzie nam ich dużo więcej niż potrzebujemy na raz. Wystarczy wtedy włożyć je w metalowe pudełko i będą jak znalazł na następną wizytę gości.

Składniki na około 20 babeczek: ♦ 350 g mąki ♦ 200 g masła ♦ 100 g cukru pudru ♦ 2 żółtka ♦ sól do smaku

Wykonanie: mąkę przesiać, dodać szczyptę soli i pokrojone na kawałki masło. Posiekać nożem. Wsypać cukier, wbić żółtka, posiekać. Szybko zagnieść ciasto i włożyć na 30 minut do lodówki. Schłodzone rozwałkować na grubość 3–4 mm, przenieść na wałku i nałożyć na ustawione obok siebie, posmarowane cienko masłem foremki. Przycisnąć wałek i odciąć nadmiar ciasta. Docisnąć ciasto dłońmi do dna i brzegów foremek. Skrawki ponownie zagnieść, rozwałkować i nakryć następne foremki. Ciasto na dnie foremek

nakuć widelcem, wyłożyć folią aluminiową i napełnić suchym grochem lub fasolą. Piec 8–12 minut w temperaturze 200°C. Nam potrzeba będzie 10 babeczek.

Masa: ♦ 250 g sera mascarpone (zimnego) ♦ 10 słodko-kwaśnych śliwek ♦ płaska łyżka cukru pudru ♦ płaska łyżeczka cukru waniliowego ♦ 1/3 łyżeczki mielonego kardamonu ♦ sok i skórka starta z 1/2 limonki ♦ 1/2 łyżeczki cynamonu

Wykonanie: składniki wymieszać, na końcu dodać pokrojone na półówki, a następnie w cienkie plasterki, śliwki. Wymieszać. Babeczki oprószyć cynamonem (dla dorosłych można skropić rumem lub brandy). Nałożyć masę, posypać cynamonem i udekorować paseczkami śliwek. Pyszne z czarną kawą! ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz



Z żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci

**Kol.
Teresy Lisieckiej**

Wyrazy współczucia
dla najbliższych

Komisja ds. Lekarzy
Emerytów i Rencistów ORL
w Warszawie



Panu Profesorowi
Hubertowi Wanyurze
najserdeczniejsze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Żony

składają

Prezes, Okręgowa Rada Lekarska,
Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL
w Warszawie

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
Edycja VII

W konkursie może wziąć udział
każda osoba mająca tytuł
lekarza lub lekarza dentystry.

Prace konkursowe będą
przyjmowane w kategoriach:
✂ Poezja ✂ Proza ✂ Felieton

Regulamin: www.mp.pl/wena

Informacji udziela:

Anna Wierzchowska-Woźniak
tel.: 12-293-42-68, wena@mp.pl



ORGANIZATORZY



medycyna praktyczna

Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

organizuje spotkania środowiska medycznego
przy Parafii Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny w Warszawie, ul. Przy Agorze 9,
gromadzące w każdą czwartą środę miesiąca lekarzy i wszystkich posługujących chorym.

W roku 2017 zapraszamy na cykl spotkań śródowych: „Nie tylko jako lekarze ciała, ale i całego człowieka”

Serdecznie zapraszamy na spotkanie 22.11.2017 r.

18.00 – msza święta, 19.00 – prelekcja w Domu Parafii Niepokalanego Poczęcia NMP – *Immaculata*.

Prof. Bogdan Chazan, prezes OM KSLP, zaprezentuje wykład „Profesjonalizm i etyka w życiu
profesora Michała Troszyńskiego (ginekologa położnika, 3.09.1921 – 13.07.2017)”. Dyskusja przy stole, pytania, refleksje.

Serdecznie zapraszamy
na posiedzenia Sekcji Historycznej PTL i Koła TLW, które odbędą się w Klubie Lekarza
Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie.

PROGRAM W IV KWARTALE 2017 R.

24 listopada 2017 r., godz. 11.30: dr n. med. Michał Skoczylas,
Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej SPSK nr 1 w Szczecinie:

– „Życie i działalność dr. Władysława Biegańskiego (1857–1917)”,

– „O metodologii nauk medycznych w roku Władysława Biegańskiego”.

15 grudnia 2017 r., godz. 11.30: Spotkanie świąteczne – jubileusz dr. Jana Bohdana Glińskiego

Tomasz Jaroszewski

(1943–2017)



Fot. archiwum rodzinne

2 października 2017 r. pożegnaliśmy Tomasza Jaroszewskiego, w dzień pogodny, słoneczny, tak jak i On w życiu. Odszedł od nas Kolega pełen arystotelesowskiego zachwytu i zadziwienia nad człowiekiem. Swoją mądrością przez całe życie zawodowe i społeczne służył innym.

Był znakomitym lekarzem psychiatrą, stale pogłębiającym swoją wiedzę, otwartym, taktownym, skromnym, cenionym i lubianym przez pacjentów.

Mój Doktor – rzecz o doktorze Tomaszu Jaroszewskim

*Lato z zimą się tasuje
My w tym pokoju wiele lat
Wśród uspionych książek i czasopism
Spoglądam na jego twarz
Stawe włosy, światło w oczach
Szybujące wolno słowa –
Jak leniwy oddech morza
Jego uśmiech porządkuje wszechświat
Kiedy ciężki, lepki mrok
Spowijał kontury świata
Doktor kładł mi na ramiona dłoń
Słowem dobrym skronie oplatał
Na rozstajach wszystkich dróg
Lęk kosmaty się przyczaił
On oczyszczał z rdzy swój nóż
W mym imieniu stawiał w szranki
Noc bezsenne kruszy serce
Uykam pustymi, złymi ulicami
I kiedy niebo krzyczy: sam jesteś!
Mój Doktor stoi przy mnie na barykadzie
Tysiące opowieści snutem mu
O krainach, gdzie na tronie zasiada iluzja
On poprawiał na skroniach włosy
I zawsze uważnie słuchał
Doktor mój czas dla mnie zatrzymał
Rozpalał ogień, gdy gościł
Kiedy słońce spopieliało twarz
Cieniste doliny wskazywał
Zrywał ze mnie grząską ziemię
Czarny kurz umęczonego dnia
Opatrywał stopy zranione kamieniem
Zatrwożone myśli kładł spać
Mój Doktor potrafił wszystko
Jego głos aramejskimi zaklęciami brzmiał
Wierny prawdzie, odwadze i pięknu
Wypalił w moim sercu
Znak wiecznej przyjaźni.*

Paweł Pszczołkowski

Tomasz Jaroszewski rozpoczął pracę zawodową w 1970 r. w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Drewnicy. Następnie przez 10 lat pracował w II Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, którą kierował prof. Stanisław Pużyński. W tym czasie zrobił specjalizację I i II stopnia z psychiatrii. „**Pragnąłem być raczej lekarzem praktykiem niż naukowcem**” – napisał o sobie. Kolejne 20 lat pracował jako lekarz konsultant psychiatra w Szpitalu Praskim, na Oddziale Ostrego Zatrucia, którym kierował dr Janusz Szajewski. „**W ten sposób zrealizowałem swoje marzenie, aby mieć większy kontakt z medycyną ogólną**” – twierdził.

Tomasz wychował się w rodzinie o wielopokoleniowej tradycji służby człowiekowi. Jego ojciec, dr Zdzisław Jaroszewski, był lekarzem psychiatrą. Zapisał się w historii psychiatrii jako niekonformistyczny dyrektor szpitali psychiatrycznych, wieloletni prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, człowiek odważny, o wielkiej wrażliwości społecznej. Syn kontynuował rodzinne tradycje pracy społecznej. Po zakończeniu stanu wojennego jako jeden z pierwszych włączył się w reaktywowanie izb lekarskich, był delegatem na pierwsze zjazdy okręgowe i krajowe. „**Nastał czas wolności mówienia, pisania i jeszcze większej wolności pozostawiania na boku**” – mówił. Był pierwszym redaktorem „Gazety Lekarskiej”. W latach 1992–2007 redagował i wydawał „Nowinki Psychiatryczne” (wzorem przedwojennych „Nowin Psychiatrycznych”): „**Staramy się informować praktyków o sprawach przydatnych i praktycznych, nowych lub zmieniających się przepisach, odbytych zebraniach naukowych, opłatku, zjazdach czy dyskusjach**”. Od pierwszego do ostatniego numeru delikatnie, charakterystycznym pięknym językiem zachęcał do współpracy, do dzielenia się wiadomościami. „Nowinki” stały się nieocenioną kroniką środowiska psychiatrycznego, także przemian w Polsce lat 1992–2007. „**Liczę, że nasze środowisko nie zasnęło, a społeczne tworzenie i redagowanie »Nowinek« ma sens**”. Z myślą o lekarzach praktykach do 2011 r. wydawał oddzielnie „Lekospis Psychiatrii”, niezwykle pomocny w tym czasie dla naszej codziennej praktyki.

W środowisku psychiatrycznym był ważnym i cenionym kolegą. Piastował funkcję sekretarza Oddziału Warszawskiego i członka Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W roku 2015 został członkiem honorowym towarzystwa. Swoją czas i umiejętności poświęcał także działalności w Warszawskim Towarzystwie Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Psychicznie i Nerwowo Chorymi, pełniąc funkcję sekretarza.

Tomasz miał wiele pasji i zainteresowań. Pierwsze miejsce zajmowała turystyka, chodził po górach, organizował rajdy i spływy. Pamiętam Jego radość z udanego zimowego wejścia na Zawrat w rok po przebytych zawale.

Miał wielu oddanych ludzi wokół, ale największą Jego przyjaciółką była żona Urszula Żok-Jaroszevska, także psychiatra. Łączyła ich nie tylko pasja zawodowa, ale podobna wrażliwość, stosunek do świata nastawiony na dawanie siebie innym. „Ula” w ustach Tomka brzmiała zawsze z zachwytem, „Tomek” zawsze z miłością i troską w głosie Uli. Wytwarzali wokół siebie przestrzeń, w której inni czuli się ważni.

Znałam Tomka ponad 30 lat. Lubiłam Go i szanowałam za skromność, za stosunek do pacjentów, do wszystkich ludzi, za to, że można było na Niego zawsze liczyć, za otwartość, przekonania, których nikomu nie narzucał, za Jego wybory, rzetelność, kulturę, zasady, za Jego głos niekrzykliwy, cichy, ale jakże istotny w polskiej psychiatrii lat ostatnich.

Iwona Koszevska



Fotografie: J. Walczak

Za Wielkim Murem

Jacek Walczak

Wanli Changcheng – Mur Długi na Dziesięć Tysięcy Li (li – chińska miara długości równa około 0,5 km).

Ta ogromna budowla, znana w świecie jako Wielki Mur Chiński, jest jednym z niewielu wykonanych ręką ludzką obiektów widzianych z kosmosu. Nie sposób określić dzisiaj jego długość, bowiem znaczne odcinki już nie istnieją, a wiele jest w ruinie. Jeśli przyjąć, że zaczyna się od Shanghaiguan na wschodnim wybrzeżu i ciągnie do Jiayuguan na pustyni Gobi, to jego długość wynosi przynajmniej 6200 km.

W ciągu 5 tysięcy lat w historii Chin były okresy świetności i ciągłej, jednolitej władzy cesarzy, ale też czasy destrukcji i wojen. Wielki Mur jest poniekąd odzwierciedleniem wyjątkowo burzliwych dziejów Chin. Tworzą go niejednolite odcinki, które powstawały w różnych okresach. Pierwsze fragmenty zbudowano już w V w. p.n.e. Ponad 20 wieków wcześniej dynastie Xia, Shang i Zhou próbowały bezskutecznie podporządkować sobie większość terytorium, jakie zajmują współczesne Chiny. Udało się to dopiero w III w. n.e. Cesarstwo Qin po raz pierwszy w historii zjednoczyło Chińczyków w granicach jednego państwa. Pierwszy cesarz dynastii – Qin Shi Huengdi, kolejno wcielał podbijane terytoria do swojego imperium i przyjął tytuł *Huangdi* (cesarza). Nie rządził zbyt długo (221–207 r. p.n.e.), wstąpił się za to niesłychanym okrucieństwem i tyranią. Ale nie można odmówić mu zasług: scentralizował władzę, podzielił terytorium kraju na prowincje zarządzane przez cesarskich urzędników, ujedynolicił miary i pismo. Uznany został za twórcę Wielkiego Muru, chociaż w rzeczywistości połączył jedynie istniejące dużo wcześniej fragmenty w jednolitą konstrukcję, systematycznie rozbudowywaną.

Najlepiej zachowane fragmenty Wielkiego Muru pochodzą z czasów panowania dynastii Ming (1368–1644), która go znacznie rozbudowała. Trzon muru stanowią wydobyte z kamieniołomów duże skały przykryte ubitą warstwą ziemi i gruzu. Ściany wzniesiono z wypalanych cegieł potączonych zaprawą z wapna i ryżu. Z płaskich kamieni i cegieł na koronie muru ułożono chodniki i osłonięto je po zewnętrznej stronie kamiennymi blankami. W miejscach większych stromizn zbudowano schody. Wzdłuż całego muru rozmieszczono

baszty. Odległość między nimi wynosi tyle, ile dwukrotny zasięg strzału z łuku. Dzięki temu żaden fragment nie pozostawał bez ochrony. Baszty służyły też jako punkty sygnalizacyjne, kwatery mieszkalne żołnierzy i magazyny żywności. Za panowania dynastii Ming prace budowlane trwały ponad 100 lat. Pracowały setki tysięcy robotników, głównie więźniów i jeńców. Katorżnicza praca w niezwykle trudnych warunkach doprowadziła do śmierci wielu z nich. Zwłoki grzebano w konstrukcji muru. Podobno na każdy jego metr przypada grób jednego z budowniczych.

Ten niewyobrażalny wysiłek poszedł praktycznie na marne, bowiem w decydującym momencie mur nie spełnił swej obronnej roli. Miał ochronić przed hordami Mongołów, którzy zamieszkiwali ogromne tereny pustynne i stepy ciągnące się od Mandżurii po Nizinę Węgierską. W 1206 r. Dżyngis-chan zjednoczył koczownicze plemiona i skierował zainteresowanie na Chiny. Podobno powiedział wtedy: „*Sita muru leży w odwadze jego obrońców*”. W roku 1211 r. przekroczył Wielki Mur bez walki, ponoć udało mu się przekupić jednego z dowódców ważnego odcinka. Zdołał nawet na krótko zawładnąć Pekinem. Natomiast jego wnuk Kubilaj-chan w 1279 r. podbił już większość terytorium Chin i stał się pierwszym cesarzem mongolskiej dynastii Yuan (1279–1368). Stworzył największe imperium, jakie kiedykolwiek istniało na ziemi. Rozciągało się od Morza Południowochińskiego przez całą Azję do granic Polski i Węgier.

Ostatnia dynastia, mandżurska Qing (1644–1911), również zaczęła swoją ekspansję od pokonania Wielkiego Muru, podobno również dzięki przekupieniu chińskich obrońców. Cesarze z dynastii Qing zaniechali dalszej rozbudowy muru. Zaczął się czas jego destrukcji. Dopiero w ostatnich dekadach podjęto rekonstrukcję sporych fragmentów. Kilka odcinków w Badaling, niedaleko Pekinu, poddano specyficznej renowacji. Odbudowane fragmenty nie mają wiele wspólnego z historycznymi pozostałościami sprzed wieków. Ponadto zostały „upiękzone” pstrokaczną typową dla chińskiej komercji. Aby zobaczyć oryginalne odcinki muru, aczkolwiek w bardzo kiepskim stanie, trzeba zadać sobie więcej trudu, na przykład udać się do Huanghuacheng. ■



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

31 sierpnia 2017 r. weszła w życie ustawa z 8 czerwca 2017 r. o zmianie ustawy o działaniach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 1386.

Ustawa wprowadziła zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Ponadto przysługuje im uprawnienie do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, udzielanych bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

31 sierpnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2017 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1636.

31 sierpnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 sierpnia 2017 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2018 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1638.

9 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 września 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru niespokrewnionych potencjalnych dawców szpiku i krwi pępowinowej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1720.

Rejestr prowadzi się w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym. Rejestr zawiera dane dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, dane krwi pępowinowej, dokumentację procedur doboru dawcy i jednostek krwi pępowinowej z zasobów rejestru. Wydruki dokumentacji procedur doboru dawcy i jednostek krwi pępowinowej z zasobów reje-

stru przechowuje się w postaci papierowej. Przekazywanie danych do rejestru następuje drogą elektroniczną.

10 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 września 2017 r. w sprawie określenia kwalifikacji oraz stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1724.

15 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1742.

15 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1741.

Rozporządzenie określa:

- kryteria dopuszczenia dawców krwi do oddawania krwi i jej składników,
- kryteria dyskwalifikacji stosowane wobec kandydatów na dawców krwi i dawców krwi,
- sposób informowania kandydata na dawcę krwi i dawcy krwi o dyskwalifikacji i jej przyczynie,
- wykaz badań kwalifikacyjnych i badań diagnostycznych, którym poddaje się kandydata na dawcę krwi i dawcę krwi,
- przeciwwskazania do pobrania krwi i jej składników,
- dopuszczalną ilość oddawanej krwi i jej składników oraz częstotliwość ich oddawania,
- szczegółowe warunki dopuszczenia do zabiegu uodpornienia lub innych zabiegów wykonywanych w celu uzyskania osocza lub surowic diagnostycznych,
- zakres informacji, które powinny być przekazane kandydatowi na dawcę krwi i dawcy krwi przed jej oddaniem,



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



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



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

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

w szczególności dotyczących roli krwi w organizmie i jej znaczenia dla pacjenta, procedury pobrania krwi lub jej składników, konieczności przeprowadzenia badań kwalifikacyjnych i wywiadu medycznego, przebiegu pobrania krwi lub jej składników, możliwych następstw dla stanu zdrowia dawcy krwi, możliwości rezygnacji przez dawcę krwi z oddania krwi lub jej składników, możliwego sposobu wykorzystania krwi i jej składników, w tym możliwości ich przetworzenia, umożliwiających wyrażenie zgody na oddanie krwi lub jej składników.

16 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 sierpnia 2017 r. w sprawie legitymacji i odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1677.

22 września 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1773, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 15 września 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

26 września 2017 r. weszła w życie ustawa z 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 1774.

Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej nastąpi przez zwiększenie w 2017 r. środków finansowych przeznaczonych na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, z uwzględnieniem:

- świadczeniodawców będących udostępniającymi uczelnia medycznej jednostki organizacyjne do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia,
- świadczeniodawców, którzy realizują leczenie onkologiczne na podstawie karty Dilo i osiągnęli na dzień 31 grudnia 2016 r. najwyższą wartość wykonania, w danym województwie, świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego leczenia oraz posiadają w strukturze organizacyjnej oddziały o profilach: onkologia kliniczna lub chemioterapia, chirurgia onkologiczna oraz radioterapia,

- świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego w profilu lub rodzaju komórek organizacyjnych neonatologia – trzeci poziom referencyjny, z wyłączeniem instytutów badawczych i podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest minister zdrowia albo uczelnia medyczna,
- wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej usytuowanych w szkołach,
- zakupu pojazdów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego (dentobusów).

W 2017 r. wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, o których mowa wyżej, jest finansowane z budżetu państwa w wysokości nie wyższej niż 281,8 mln zł. Minister zdrowia z wymienionych środków przyznaje świadczeniodawcom dotacje celowe na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. Wojewoda z tych środków przekazuje jednostkom samorządu terytorialnego dotację na zadanie własne polegające na prowadzeniu szkoły z przeznaczeniem na wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej w sprzęt niezbędny do realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

Dotacja może obejmować do 100 proc. kosztów poniesionych na wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej, jednak do kwoty nie wyższej niż 6700 zł na jeden gabinet. Jednostki samorządu terytorialnego w terminie 5 dni od dnia wejścia w życie ustawy przekazują wojewodzie wnioski dotyczące dotacji. Do wniosku dołącza się uzasadnienie wnioskowanej kwoty dofinansowania zawierające wykaz oraz cenę planowanego do zakupu sprzętu.

Zakupu dentobusów ze środków budżetu państwa dokonuje minister zdrowia. Minister przekazuje dentobus wojewodzie. Wojewoda udostępnia nieodpłatnie dentobus świadczeniodawcy wybranemu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego wykonywanego w tym dentobusie, w postępowaniu określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Świadczeniodawca ponosi wszelkie koszty związane z utrzymaniem dentobusu i korzystaniem z niego, w tym koszty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkody powstałe w związku z ruchem tego pojazdu. Po zakończeniu obowiązywania umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zwraca wojewodzie dentobus w stanie niepogorszonym, z tym że nie ponosi odpowiedzialności za jego zużycie będące następstwem prawidłowego korzystania.



**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

27 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1783.

1 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 sierpnia 2017 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, opublikowane w DzU z 2017 r. poz. 1728.

Student odbywa praktyczne dwusemestralne nauczanie w dziedzinach klinicznych, zgodnie z programem opracowanym przez radę programową wydziału i zatwierdzonym przez dziekana. Przed rozpoczęciem każdego modułu praktycznego nauczania jego opiekun zaznajamia studenta z programem zajęć, zakresem zadań i czynności praktycznych oraz sposobem ich wykonywania. Przebieg praktycznego nauczania dokumentuje dziennik praktyk, w którym student odnotowuje wykonywane czynności praktyczne oraz nabywane umiejętności. Wykonanie czynności i nabycie umiejętności potwierdza opiekun. Rozporządzenie stosuje się do studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego począwszy od roku akademickiego 2017/2018.

1 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1300.

Załącznik do rozporządzenia zawiera wykaz świadczeń gwarantowanych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji, w tym udzielanych w warunkach ambulatoryjnych a także udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych obejmują:

- poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie,
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji, świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą udzieloną przez lekarza.

Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych są realizowane w zakresie podstawowym lub uzupełnionym:

- **zakres podstawowy świadczenia** dotyczy sytuacji, gdy świadczeniodawca realizujący świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zapewnia jednocześnie świadczenia w trybie hospitalizacji i realizacja świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych może być łączona z realizacją świadczeń w trybie hospitalizacji udzielanych w innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, z uwzględnieniem intensywności pracy poszczególnych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia nocnej i świątecznej opieki

zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczenia w trybie hospitalizacji,

- **zakres uzupełniony świadczenia** dotyczy sytuacji, gdy świadczeniodawca realizujący świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych nie zapewnia jednocześnie świadczeń w trybie hospitalizacji lub zapewnia jednocześnie świadczenia w trybie hospitalizacji, ale realizacja świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych nie może być łączona z realizacją świadczeń w trybie hospitalizacji.

Świadczenia opieki zdrowotnej są realizowane przez lekarzy lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku stanu nagłego odpowiednio lekarz lub pielęgniarka zapewniają opiekę świadczeniobiorcy do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego lub przekazania świadczeniobiorcy pod opiekę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć. Organizacja i realizacja świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych w zakresie podstawowym lub w zakresie uzupełnionym nie może skutkować ograniczeniem dostępności do świadczeń. W celu zapewnienia dostępności do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych w zakresie podstawowym lub w zakresie uzupełnionym, świadczeniodawca dostosowuje liczbę personelu do bieżącego zapotrzebowania. Świadczeniodawca zapewnia co najmniej jeden zespół lekarsko-pielęgniarski do realizacji świadczeń.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: aparat EKG, podstawowy zestaw reanimacyjny, telefon komórkowy lub inne urządzenie pozwalające na kontakt ze świadczeniobiorcą – 2 sztuki (po jednym dla lekarza i pielęgniarki), rejestrator rozmów telefonicznych lub system rejestrujący, z zapewnieniem archiwizacji nagrań, zestaw przeciwwstrząsowy, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych, stetoskop, glukometr i testy do oznaczania poziomu cukru we krwi, otoskop, zestaw do wykonywania iniekcji, zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, pakiety odkażające i dezynfekcyjne, środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice), termometry, maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego.

Warunki lokalowe: gabinet lekarski, gabinet zabiegowy, pomieszczenie do przechowywania dokumentacji medycznej oraz leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, pomieszczenia sanitarne, poczekalnia dla świadczeniobiorców. Wyposażenie uzupełniające lokal: telefon stacjonarny, stolik zabiegowy, szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, lodówka przeznaczona do przechowywania leków, kozetka lekarska.

Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy obejmują:

- poradę lekarską udzielaną w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy,
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, w tym świadczenia zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji,
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z udzieloną poradą lekarską.

1 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 9 sierpnia 2017 r. w sprawie studiów doktoranckich i stypendiów doktoranckich, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1696.

Kierownik studiów doktoranckich, na wniosek doktoranta, może przedłużyć okres odbywania studiów doktoranckich, zwalniając jednocześnie doktoranta z obowiązku uczestniczenia w zajęciach, w przypadku konieczności prowadzenia długotrwałych badań naukowych realizowanych w ramach tych studiów, łącznie nie dłużej niż o 2 lata. Kierownik studiów doktoranckich, na wniosek doktoranta, może ponadto przedłużyć okres odbywania studiów doktoranckich, zwalniając jednocześnie doktoranta z obowiązku uczestniczenia w zajęciach, w przypadku:

- czasowej niezdolności do odbywania tych studiów spowodowanej chorobą,
- konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny,
- konieczności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem do 4. roku życia lub dzieckiem posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności,
- posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- łącznie nie dłużej niż o rok.

Kierownik studiów doktoranckich, na wniosek doktoranta, może dodatkowo przedłużyć okres odbywania studiów doktoranckich o okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego, określonych

w Kodeksie pracy, zwalniając jednocześnie doktoranta z obowiązku uczestniczenia w zajęciach.

Stypendium doktoranckie przyznaje rektor uczelni albo dyrektor jednostki naukowej, po zaopiniowaniu wniosków o przyznanie stypendium przez doktorancką komisję stypendialną jednostki organizacyjnej uczelni albo jednostki naukowej. Stypendium doktoranckie na pierwszym roku studiów doktoranckich może być przyznane doktorantowi, który osiągnął bardzo dobre wyniki w postępowaniu rekrutacyjnym. Stypendium doktoranckie na drugim roku i kolejnych latach studiów doktoranckich może być przyznane doktorantowi, który:

- terminowo realizuje program studiów doktoranckich,
- wykazuje się zaangażowaniem w prowadzeniu zajęć dydaktycznych w ramach praktyk zawodowych lub realizacji badań naukowych prowadzonych przez jednostkę organizacyjną uczelni albo jednostkę naukową,
- w roku akademickim poprzedzającym złożenie wniosku o przyznanie stypendium doktoranckiego wykazał się postępami w pracy naukowej i w przygotowywaniu rozprawy doktorskiej.

Doktorant składa wniosek o przyznanie stypendium doktoranckiego do kierownika studiów doktoranckich. Stypendium doktoranckie jest przyznawane na okres dwunastu miesięcy i wypłacane co miesiąc. W przypadku przedłużenia okresu odbywania studiów doktoranckich rektor uczelni albo dyrektor jednostki naukowej może przyznać doktorantowi stypendium doktoranckie w tym okresie. Doktorant otrzymuje elektroniczną legitymację. Ważność legitymacji doktoranta potwierdza się co rok przez aktualizację danych w układzie elektronicznym oraz umieszczenie w kolejno oznaczonych polach na legitymacji hologramu. ■



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 adiuścacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

**godziny pracy: 8.00–16.00; NIP 522-00-02-357; recepcja: 22-542-83-48
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; e-mail: biuro@oilwaw.org.pl**

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

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków 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

Sekretariat: tel. 22-542-83-40; 22-542-83-42; faks 22-542-83-41

Sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek; tel. 22-542-83-31

Zastępca sekretarza ORL Ładysław Nekanda-Trepka; tel. 22-542-83-31; 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

Skarbnik Roman Olszewski; tel. 22-542-83-40

Dyrektor biura Zbigniew Gałązka; tel. 22-542-83-40, 42

Główna księgowia Helena Jemioł; tel. 22-542-83-36

Księgowość: tel. 22-542-83-35; 22-542-83-79; tel. 22-542-83-54

Kasa: tel. 22-542-83-34

Składki: tel. 22-542-83-28; 22-542-83-39; 22-542-83-78

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: tel. 22-542-83-22; tel. 22-542-83-24; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski: tel. 22-542-83-20, 21

Okręgowa Komisja Rewizyjna: tel. 22-542-83-81

Okręgowa Komisja Wyborcza: tel. 22-542-83-90, 22-542-83-91

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu: tel. 22-542-83-16; tel. 22-542-83-14

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich: tel. 22-542-83-18, 19

Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia: tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Stażu Podyplomowego: tel. 22-542-83-32

Komisja Bioetyczna: tel. 22-542-83-12

Komisja ds. Lekarzy Dentyków: tel. 22-542-83-55

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy i Lekarzy Dentyków: tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy: tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej: tel. 22-542-83-55

Komisja Legislacyjna: tel. 22-542-83-31

Ośrodek Współpracy z Zagranicą: tel. 22-542-83-81

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy: tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Młodych Lekarzy: tel. 22-542-83-91

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki: tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Emerytów i Rencistów: tel. 22-542-83-30

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków

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: tel. 22-542-83-69

Marketing i reklama: tel. 22-542-83-53; 668-37-31-00; e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Dział Informacji Medialnej: tel. 22-542-83-83; e-mail: monitorlekarski@oilwaw.org.pl

**Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16): 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: tel. 22-542-83-82

Fundacja „Pro Seniore”: tel. 22-542-83-02

www.izba-lekarska.pl



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

