

Ubezpieczenie OC  
w składce  
na samorząd

Chorych z otępieniem  
może być mniej  
– wywiad z **prof. Marią  
Barcikowską-Kotowicz**  
[str. 6]

Delegaci na Okręgowy  
Zjazd Lekarzy  
Okręgowej Izby Lekarskiej  
w Warszawie  
VIII kadencji  
2018–2022  
[str. 9]

Gdy RODO  
wejdzie w życie...  
[str. 20]

Ryzyko onkogenezy  
w stomatologii  
[str. 28]

Globalny ból głowy  
[str. 30]





# Noworocznie, w dużym gronie

Już po raz drugi Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zorganizowała spotkanie noworoczne. W uroczystym wieczorze uczestniczyli lekarze, prezesi i dyrektorzy stołecznych i mazowieckich placówek ochrony zdrowia, kierownicy klinik, wykładowcy akademicki oraz przedstawiciele samorządów zawodów zaufania publicznego.

Na spotkanie przybyli sekretarz stanu w KPRM Jarosław Pinkas i dyrektor MOW NFZ Filip Nowak. Wśród gości byli również dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego Jarosław Chmielewski, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego Janusz Sobolewski oraz p.o. dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy Paweł Chęciński. Spotkanie zaszczyliła obecnością prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych prof. Gertruda Uścińska.

Władze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego reprezentowali prorektorzy prof. Barbara Górnicka i prof. Wojciech Braksator oraz dziekani prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, prof. Marek Kuch i prof. Bolesław Samoliński. Obecni byli również były rektor uczelni prof. Tadeusz Tołłoczko, dyrektor CMKP prof. Ryszard Gellert, a także m.in.: profesorowie Hanna Szwed, Wojciech Noszczyk, Stanisław Radowski, Jerzy Szaflik, Mieczysław Szostek, Wojciech Zgliczyński oraz wielu innych znakomitych gości. Polskie Towarzystwo Lekarskie reprezentował prezes prof. Waldemar Kostowicz, Federację Polonijnych Organizacji Medycznych Janusz Kasina, a Polskie Towarzystwo Lekarskie w Baranowiczach na Białorusi Maria Syczewska. Na spotkaniu gościły również dyrektor Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy w Kijowie Raisa Pawlenko wraz z zastępcą Tetianą Ostapenko.

Gościom nie brakowało tematów do rozmów, a Boba Jazz Band odpowiadał za muzyczną oprawę wieczoru. Oczekiwany punktem programu była loteria obrazów, którą prowadził Włodzimierz Cerański. Gospodarz noworocznego spotkania prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni złożył uczestnikom życzenia pomyślności w 2018 r. ■ **ach**





Nr 2/2018 (274),  
luty 2018

Na okładce:

prof. dr hab. n. med.  
Maria Barcikowska-Kotowicz  
(fot. M. Beczek)

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ Nowy minister, stare problemy	4
▶ Chorych z otępieniem może być mniej	6
▶ IV Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne i nie tylko	8
▶ Biuletyn ORL w Warszawie	9
▶ Pakiet onkologiczny – zmiany od 1 lipca 2017 r.	17
▶ Problemy geriatry	18
▶ Moralne interpretacje prawa	19
▶ Gdy RODO wejdzie w życie...	20
▶ Epidemia naszych czasów	22
▶ leczmy ból	24
▶ u nas w samorządzie	26
▶ Ryzyko onkogenezy w stomatologii	28
▶ Niewydolność serca nadal groźna	29
▶ Globalny ból głowy	30
▶ Nasi mistrzowie w anegdocie	32
▶ Doniesienia naukowe	34
▶ Gorzka pigułka	37
▶ z Mazowsza	38
▶ wędrówki po regionie	42
▶ Goniec Medyczny	43
▶ lektury	46
▶ literatura i życie	47
▶ ciekawe miejsca	49
▶ sport	50
▶ muzy i my	51
▶ karty historii	53
▶ nowe przepisy prawne	55
▶ felietony:	
▶ Balicki	16
▶ Walewski	16
▶ Kowal	44
▶ Jankowska	45
▶ Müldner-Nieckowski	48
▶ Ciepły	48



Fot. archiwum

# Nowa dobra zmiana?

**Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk**  
redaktor naczelna

Oczekuję, że nowo powołany wiceminister skupi się na poprawie jakości e-usług w systemie ochrony zdrowia. Chciałbym, żeby publiczne usługi świadczone w ochronie zdrowia były na najwyższym poziomie, takim, jaki pacjenci znają z banków czy telekomów. Informatyzacja jest kluczem do poprawy efektywności i optymalizacji kosztów – powiedział nowy minister zdrowia Łukasz Szumowski, wręczając Januszowi Cieszyńskiemu nominację.

Wiceminister Cieszyński będzie odpowiedzialny za informatyzację sektora zdrowia, m.in. za nadzór nad CSIOZ. Był doradcą Mateusza Morawieckiego w Ministerstwie Rozwoju i Ministerstwie Finansów, kierował Departamentem Małych i Średnich Przedsiębiorstw w MR. Wcześniej prowadził firmę zajmującą się doradztwem biznesowym i prawnym dla przedsiębiorców z sektora MŚP. Pracował również w Orange Polska w działach finansów i marketingu.

Biorąc pod uwagę zamieszanie, zgłaszane problemy w szeroko pojętym e-zdrowiu, terminy wejścia systemu w życie, pochylenie się nad tym zagadnieniem jest wskazane. Natomiast skojarzenie banku i telekomów nie jest chyba najszcześniejszym hasłem w dziedzynie, w której najważniejszy jest chory człowiek i leczący go lekarz (z zespołem). Miejmy jednak nadzieję, że zdrowie przestanie być służbą i znów będzie ochroną zdrowia.

Na początku stycznia 2018 r. rezydenci zwrócili się do premiera RP z prośbą o spotkanie: „Jesteśmy ludźmi pasji do zawodu i pełni troski o pacjentów, dlatego może Pan liczyć na naszą pomoc. Deklarujemy gotowość do rozmów z Panem Premierem i przypominamy, że jesteśmy w stanie powrócić do ponadnormatywnej pracy, aby wspomóc państwo i rząd w realizacji polityki bezpieczeństwa zdrowotnego, ale tylko w sytuacji wizji zmian na lepsze. Światłem w tunelu będzie docenienie naszego poświęcenia poprzez poprawę warunków pracy i płacy, poprzez wizję szybkiego, radykalnego zmniejszenia biurokracji i kolejek oraz przyspieszenia wzrostu nakładów na ochronę zdrowia”.

Mam nadzieję, że nowy wiceminister weźmie te słowa pod uwagę i doprowadzi do zmniejszenia biurokracji oraz skrócenia czasu, który lekarze poświęcają na wypełnianie formularzy.

Do tej pory z rezydentami rozmawiają ministrowie zdrowia. A Krzysztof Bukiel komentuje: – Nie minister jest od kształtowania systemu publicznej ochrony zdrowia, ale rząd, a właściwie osoba nadająca rządowi określony kierunek. Minister jest tylko od tego, aby ten kierunek obudować różnymi technicznymi rozwiązaniami i w sposób pozornie merytoryczny i ekspercki wytłumaczyć społeczeństwu. Wszystkie [...] rozmowy będą jedynie stratą czasu, gdy nie będzie pieniędzy na leki, pensje dla pracowników, remonty szpitali i przychodni, sprzęt, bieżące wydatki i inne najbardziej podstawowe rzeczy. Dlatego jeszcze raz apelujemy do Pana Premiera o podjęcie przez Pana osobiście poważnych, nieporozowanych rozmów na temat szybkiego wzrostu finansowania publicznej ochrony zdrowia w Polsce powyżej poziomu „minimum minimorum”.

PS Jak doniosły media, ostatni przygotowany przez byłego już ministra zdrowia projekt ustawy przewiduje, że młodzi lekarze będą odpracowywać rezydentury! Jednym z nowych rozwiązań mają być „umowy lojalnościowe” dla lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne. W zamian za finansowe wsparcie byłiby zobowiązani do odpracowania w kraju czasu równego co najmniej okresowi otrzymywania tej pomocy. Co na to nowy minister zdrowia? ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl



**Nowy minister,  
stare problemy**  
str. 4



**Moralne interpretacje  
prawa**  
str. 19



**Nasi mistrzowie  
w anegdocie**  
str. 32

# Nowa nadzieja na dialog z ministrem



Fot. M. Teperek

**Andrzej Sawoni**  
prezes ORL w Warszawie

**R**esort zdrowia ma nowego szefa. Ministrowi Łukaszowi Szumowskiemu gratuluję objęcia stanowiska i życzę powodzenia w trudnej i odpowiedzialnej misji, której się podjął. Już na wstępie przed ministrem zdrowia pierwszy i fundamentalny sprawdzian – nawiązanie rzeczowego dialogu z lekarzami rezydentami i rozwiązywanie problemu niedoborów kadrowych w placówkach ochrony zdrowia. Rośnie skala wypowiedzeń umów opt-out przez lekarzy. Akcja się rozszerza, a jej skutki wkrótce będziemy odczuwać wszyscy – zarówno pracownicy służby zdrowia, jak i pacjenci. Szukanie przez zarządzających szpitalami doraźnych rozwiązań kłopotów z obsadą dyżurów nie jest działaniem pozwalającym na stabilną pracę placówek medycznych. To oczywiste, że lekarzy nie przybędzie z dnia na dzień. Na ich liczbę mają wpływ m.in. system kształcenia i szkolenia po dyplomie oraz oferowane warunki pracy. Lekarze rezydenci o tym doskonale wiedzą, a ich głos jest tak ważny, gdyż wskazują potrzeby całego systemu ochrony zdrowia, a nie tylko własnej grupy zawodowej. Ochrona zdrowia obywateli musi być dla władz priorytetem, a mimo składanych deklaracji, wciąż nie jest.

Niedobrze się stało, że poprzedni minister zdrowia Konstanty Radziwiłł odrzucił kompromisową propozycję zgłoszoną przez rezydentów na początku stycznia 2018 r., aby podnieść środki przeznaczone na zdrowie do 6 proc. PKB w 2023 r. Ich wcześniejszy postulat dotyczył zagwarantowania 6,8 proc. PKB w 2021 r. Ustępstwa rezydentów były znaczące i zbliżone do propozycji ministerialnych (6 proc. w 2025 r.), ale mimo to do porozumienia między stronami nie doszło.

Dzisiaj Łukasz Szumowski deklaruje dialog z lekarzami, z samorządem lekarskim i w tej kwestii trzymamy kciuki za niego i za nas. Ale czy uda się wypracować porozumienie między ministrem a rezydentami i czy ochrona zdrowia zacznie być traktowana priorytetowo? Najbliższy czas to pokaże. Nowy minister zdrowia zawsze otrzymuje od swojego środowiska kredyt zaufania. Tak jest i tym razem. Czekamy, Panie Ministrze, na działania.

Obecna VII kadencja samorządu lekarskiego dobiega końca. Przeprowadziliśmy już wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022. Wszystkim delegatom, Koleżankom i Kolegom, serdecznie gratuluję zaufania, jakim obdarzyli Państwa lekarze i lekarze dentyści, a także życzę satysfakcji z pracy w samorządzie lekarskim. ■

**XXXVIII Sprawozdawczo-  
-Wyborczy Okręgowy Zjazd  
Lekarzy OIL w Warszawie  
odbędzie się 5–7 kwietnia  
2018 r. w Warszawie.**



# Nowy minister, stare problemy

Małgorzata Solecka

**Ponad 3,5 tys. wypowiedzianych klauzul opt-out – taki był oficjalny bilans akcji ograniczania czasu pracy przez lekarzy na początku stycznia. Porozumienie Rezydentów podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia (3 stycznia) zaznaczało jednak, że akcja trwa i dołączają do niej kolejni lekarze. Czy dymisja ministra zdrowia wpłynie na środowisko lekarskie? Czy nowemu ministrowi lekarze „dadzą czas”, o co apelował w wywiadzie telewizyjnym premier Mateusz Morawiecki?**

**Po** Nowym Roku kryzys związany z wypowiedzianymi klauzulami opt-out wyraźnie się nasilił: 3 stycznia nadzwyczajne posiedzenie Komisji Zdrowia, 5 stycznia spotkanie „ostatniej szansy” rezydentów z ministrem zdrowia Konstantym Radziwiłłem, zakończone fiaskiem, 8 stycznia rekonstrukcja rządu Mateusza Morawieckiego. Konstanty Radziwiłł stracił stanowisko, ministrem zdrowia został – nieoczekiwanie – dotychczasowy wiceminister nauki, kardiolog prof. Łukasz Szumowski, zaangażowany w projekt stworzenia Instytutu Biotechnologii Medycznej, który ma zainwestować pół miliarda złotych w badania nad nowymi cząsteczkami leków prowadzone w Polsce. Nikt nie ma wątpliwości, że nowy minister stanie przed ogromnym wyzwaniem.

Na Mazowszu, zwłaszcza w Warszawie, sytuacja z klauzulami opt-out już w tej chwili jest bardzo poważna. Według danych urzędu wojewódzkiego tylko do końca grudnia klauzule wypowiedziało niemal 600 lekarzy, w tym ponad 400 w Warszawie.

W stolicy najtrudniejsza sytuacja jest w klinice dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy al. Żwirki i Wigury, tam gdzie w październiku trwała ogólnopolska głódówka lekarzy. Z nieoficjalnych informacji wynika, że klauzule wypowiedzieli niemal wszyscy rezydenci i duża część specjalistów. W Grodzisku Mazowieckim dyrektor szpitala musiała podnieść stawki niemal o połowę, by znaleźć chętnych do dyżurowania. Grafiki dyżurów na najbliższe dwa miesiące udało się opracować, ale szpitala na takie wynagrodzenia lekarzy (przy obecnej wysokości kontraktów) nie stać. Dyrektorzy wielu szpitali, również tych, w których rezydentów praktycznie nie ma, a lekarze pracują na kontraktach, podkreślali, że największym zagrożeniem jest obecnie wywierana na nich presja, by znacząco podnieśli stawki.

Tymczasem podczas specjalnego posiedzenia Komisji Zdrowia minister Konstanty Radziwiłł próbował lekceważyć ska-

łę protestu, podkreślając, że problemy zamkniętych oddziałów czy poradni, jeśli nawet punktowo wystąpiły, miały na początku stycznia charakter incydentalny. Minister chwalił dyrektorów za radzenie sobie z problemami wywołanymi przez akcję lekarzy. – *Sytuacja w ochronie zdrowia jest pod absolutną kontrolą, pacjenci są bezpieczni* – mówił Radziwiłł i dodawał, że to tylko media donoszą o chaosie w ochronie zdrowia.

Jeszcze wcześniej minister w wypowiedziach dla mediów oskarżył lekarzy, przede wszystkim tych, którzy organizują i wspierają protest, o polityczne intencje. O to, że protest *de facto* ma charakter antyrządowy.



Rys. P. Woźniak

WBC

I choć sytuacja – co Konstanty Radziwiłł wielokrotnie podkreślał – nie zagraża bezpieczeństwu pacjentów, postawie mogli usłyszeć, że rząd nie zamierza przyglądać się jej bezczynnie. Jeszcze przed świętami Bożego Narodzenia ministerstwo przekazało do publicznych konsultacji (trwały trzy dni) dwa projekty rozporządzeń dotyczących warunków udzielania świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Zmiany w przepisach mają ułatwić dyrektorom szpitali wprowadzenie tzw. elastycznych grafików, czyli wyznaczenie na dyżur jednocześnie na kilku oddziałach (lub w kilku poradniach) jednego lekarza. Przeciw temu rozwiązaniu natychmiast i bardzo gwałtownie zaprotestował samorząd lekarski. Prezes NRL mówił o „próbie gaszenia pożaru benzyną” i przypominał – ministrowi Radziwiłłowi oraz wszystkim kolegom – jaka odpowiedzialność ciąży na lekarzu pełniącym dyżur. – *Lekarz, który przejął opiekę nad pacjentem (czyli objął dyżur), nie może w razie problemów, gdy zagrożone zostanie zdrowie i życie pacjenta, zastąpić się okolicznościami zewnętrznymi, względami organizacyjnymi czy nawet presją wywieraną przez przełożonego. Lekarz ponosi pełną odpowiedzialność moralną i prawną za zdrowie i życie pacjentów* – podkreślał Maciej Hamankiewicz, apelując do ministra o wycofanie się z pomysłu, a do lekarzy – o ile rozporządzenia wejdą w życie – o niewyrażanie zgody na łączenie dyżurów.

Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie twierdzi jednak, że elastyczne grafiki są dla placówek medycznych, dla systemu i dla pacjentów nie zagrożeniem, ale szansą. Radziwiłł już podczas posiedzenia Komisji Zdrowia tłumaczył, że w wielu krajach zachodniej Europy obowiązują właśnie takie rozwiązania. Nie dodawał jednak, jaka przepaść dzieli Polskę od tych krajów pod względem liczby łóżek szpitalnych (również wielkości oddziałów), a przede wszystkim – liczebności personelu pielęgniarskiego. Problem poruszyła natychmiast przewodnicząca Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, zwracając uwagę, że zmniejszenie obsady lekarskiej na dyżurach musi oznaczać większe obciążenie pracą pielęgniarek, których

w szpitalach już w tej chwili brakuje dramatycznie i które skarżą się na przepracowanie. – *Elastyczne grafiki dla lekarzy mogą skończyć się pustymi grafikami dyżurów pielęgniarskich* – można usłyszeć od działaczek związkowych.

Nie wiadomo, czy nowy minister zdrowia w tym rozwiązaniu również będzie upatrywał szansy, czy raczej dostrzeże zagrożenie. Na dobę przed zmianami w rządzie, 8 stycznia, na stronach Rządowego Centrum Legislacji pojawił się projekt nowelizacji kolejnego rozporządzenia – dotyczącego ogólnych warunków umów, który również umożliwi wprowadzenie elastycznych grafików (co tylko świadczy, w jak wielu miejscach znajdują się regulacje dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych).

Ministerstwo Zdrowia, jak czytamy w projekcie tego ostatniego rozporządzenia (OSR), oczekuje, że efektem wprowadzanych zmian będzie poprawa jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów, a czas pracy lekarzy zostanie zoptymalizowany. „Dane sprawozdawcze przekazywane przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na różnicowanie realizacji świadczeń w poszczegól-

nych komórkach organizacyjnych podmiotów ze względu na liczbę procedur oraz ze względu na liczbę przyjęć pacjentów w poszczególnych dniach tygodnia. Sytuacja ta wskazuje na nieadekwatne dostosowywanie zasobów względem faktycznego zapotrzebowania oraz względem realizacji świadczeń” – twierdzi resort zdrowia, przywołując zagraniczne doświadczenia. „System elastycznej i dostosowanej do potrzeb pacjentów organizacji opieki 24/7 w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia gwarantowane w zakresie leczenia szpitalnego wprowadzono w Wielkiej Brytanii. Przeprowadzone w 2014 badanie wskazało, że elastyczna organizacja opieki wiąże się z obniżeniem standaryzowanego wskaźnika śmiertelności szpitalnej oraz obniżenia wskaźnika zakażeń MRSA (methycylin-resistant *Staphylococcus aureus*). Ponadto elastyczna organizacja opieki może wiązać się z obniżeniem kosztów funkcjonowania zakładu”. ■

*Prezes NRL: Lekarz, który przejął opiekę nad pacjentem (czyli objął dyżur), nie może w razie problemów, gdy zagrożone zostanie zdrowie i życie pacjenta, zastąpić się okolicznościami zewnętrznymi, względami organizacyjnymi czy nawet presją wywieraną przez przełożonego.*

## OGŁOSZENIE

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wraz ze swoją Fundacją „Pro Seniore” informują, że począwszy od lutego br. w Szpitalu Wolskim w Warszawie, przy ul. Kasprzaka 17, uruchomiona zostanie przychodnia geriatryczna dla lekarzy seniorów.

Przyjęcia w przychodni będą odbywać się raz w tygodniu.

Więcej informacji na stronach internetowych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: [www.wizba-lekarska.pl](http://www.wizba-lekarska.pl) i Fundacji „Pro Seniore”: [www.proseniore.pl](http://www.proseniore.pl) oraz w kolejnych numerach „Pulsu”.

**W przypadku chęci skorzystania z usług przychodni prosimy o kontakt z Fundacją „Pro Seniore” pod numerem tel. 22 54 28 302.**

Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Pro Seniore”

02-512 Warszawa

ul. Puławska 18

tel. 22 54 28 302

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



# Chorych może być mniej

Z prof. dr hab. n. med. Marią Barcikowską-Kotowicz, dyrektorem Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN, kierownikiem Zespołu Kliniczno-Badawczego Chorób Zwyczajnych CUN IMDiK PAN, rozmawia Anetta Chęcińska.

## Ile osób w Polsce cierpi na choroby otępienne?

około 500 tys. Ponieważ nie mamy danych z badań epidemiologicznych, opieramy się na prognozach organizacji Alzheimer Europe. Niedawno ukazała się praca, której autorzy stawiają tezę, że u przedstawicieli rasy kaukaskiej otępienia różnego rodzaju dotyczą 10 proc. populacji po 65. roku życia. Zatem cierpiących na choroby otępienne w Polsce byłoby aż 800 tys., ale mam nadzieję, że to liczba zawyżona. W tej grupie są seniorzy z chorobami nerek, wątroby, z przewlekłą cukrzycą, nadciśnieniem, innymi zmianami naczyniopochodnymi, przewlekli alkoholicy, a także pacjenci z chorobą Alzheimera. Przyjmujemy, że ostatni z wymienionych stanowią 60 proc. otępiącej populacji w przedziale wiekowym 65+. Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną otępienia wieku podeszłego.

## Czy ryzyko otępienia wzrasta po 65. roku?

Tak. 10 proc., o których mówiłam, dotyczy całej populacji w przedziale 65–100 lat. Po 65. roku życia około 2 proc. osób cierpi na choroby otępienne. Uważa się, że z wiekiem liczba osób z otępieniem wzrasta – podwaja się co 5 lat. Po 90. roku życia otępienia występują u 50 proc., a niektórzy badacze twierdzą, że nawet u 70 proc. seniorów.

## Jak starzejące się społeczeństwa mogą przygotować się na problem otępień?

To trochę ironia losu. Dzięki temu, że jemy coraz lepiej, żyjemy zdrowiej, a medycyna jest o wiele bardziej skuteczna, ludzie po zawałach serca, udarach, chorujący na nowotwo-

ry przeżywają, a tym samym szybko rośnie populacja ludzi starych. Ceną tego postępu są otępienia wieku podeszłego. Okazuje się jednak, że od 2014 r. najbogatsze państwa, m.in. USA, Niemcy, Wielka Brytania, kraje skandynawskie, notują około 2-proc. spadek liczby osób z otępieniem. Im bowiem państwo bogatsze, tym więcej funduszy może przeznaczyć na prewencję. Umiejętne kształtowanie polityki edukacyjnej i społecznej ma wpływ na styl życia obywateli. Ważne, aby prewencję otępień rozpocząć już około 40. roku życia, później nie osiągniemy sukcesu. A żeby przygotować świadome wyzwania i zagrożenia zdrowotnych społeczeństwo 40-latków, trzeba wydać dużo pieniędzy. Ale to również kwestia kultury i stylu życia, wykształcenia obywateli i ich społecznej aktywności. Neurolog John C. Morris, na którego pracę z 2014 r. się powołuję, wyjaśnia, że w krajach wysoko rozwiniętych, zamożnych obserwujemy spadek liczby pacjentów z otępieniami, ale kraje o średnim i niskim dochodzie narodowym będą musiały się mierzyć z szybko rosnącą liczbą takich chorych. Bowiem w tym drugim przypadku, mimo osiągnięć medycyny w kardiologii, onkologii, nie zostały zainicjowane odpowiednio wcześnie, właśnie w grupie 40-latków, programy prewencji zdrowotnej. Niestety, Polska znajduje się w drugiej grupie.

## Potrzebny jest długofalowy program?

Konieczny. Dla polityków i organizatorów służby zdrowia wydawanie pieniędzy na prewencję, w sytuacji, gdy pali się grunt pod nogami z powodu konieczności leczenia chorób już zdiagnozowanych, jest jednak irracjonalne. Tymczasem



# z otępieniem

trzeba planować nie na 4, lecz na około 25 lat do przodu. Rządy państw, które wymieniłam, i ich zamożne, stabilne społeczeństwa rozumieją tę potrzebę. Jeśli założyć, że tak jak w Wielkiej Brytanii co 8 lat będzie się zmieniała władza, rządzący powinni obliczyć sobie, że gdy do rządu wróca, być może trafią na moment, w którym program, który kiedyś rozpoczęli, przyniesie efekty. Gdyby obliczyli, że jeżeli dzisiaj nie zadbają o prewencję, będą po wielu latach zbierali owoce owego zaniedbania, niewykluczone, iż podejmowałiby inne decyzje. Z pewnością otępienia są wyzwaniem dla służby zdrowia, ale i dla służb, których celem jest opieka nad takimi chorymi. Trzeba przyjąć, że dzięki przeznaczaniu dzisiaj na badania pacjenta przykładowych 100 zł, za 30 lat nie będzie się szukało dla niego miejsca w domu opieki. To skrajność, ale państwo musi podejmować działania prewencyjne.

## Jaki powinien być kierunek tych działań?

Sporo się już dzieje. Dużo mówimy o aktywności fizycznej, zdrowej diecie, ograniczeniu palenia papierosów. Zmieniają się postawy zdrowotne w społeczeństwie, rośnie świadomość obywateli. Ale jesteśmy piątym krajem w Europie pod względem narastania zjawiska otyłości. Wciąż mamy problem ze spożyciem alkoholu i innymi używkami. Powinniśmy wykonywać badania przesiewowe w kierunku nadciśnienia i cukrzycy, żeby jak najszybciej diagnozować choroby i je leczyć, zanim doprowadzą do dużych zmian miażdżycowych. Prewencji w neurologii właściwie nie ma, gdyż rozpoczyna się dużo wcześniej u kardiologa, diabetologa, hipertensjologa. My, neurologi, w polskim systemie ochrony zdrowia jesteśmy ogniwem ostatnim i widzimy wszystkie niedostatki i błędy z poprzednich etapów leczenia. Stan zdrowia naszych pacjentów w dużej mierze zależy od lekarzy innych specjalności i działań prewencyjnych. I tu apel do władz państwa, do ministra zdrowia. 10 minut, które lekarz POZ ma dla pacjenta, to zdecydowanie za mało, aby mógł zająć się nim kompleksowo. A powinien mieć czas, aby zważyć i zmierzyć pacjenta, powiedzieć, że brzuch urósł i to ostatni dzwonek, aby się odchudzić. Pacjentowi po 45. roku życia powinien zlecić badania poziomu cholesterolu, zapytać, czy pije i pali, przestrzec, czym to skutkuje. Nawet jak chory przychodzi do gabinetu z przeziębieniem, zapytać o inne dolegliwości. Od tego zaczyna się prewencja otępień.

## Co jest wyzwaniem w leczeniu choroby Alzheimera?

Rozpoznanie choroby w stadium ukrytym. Około 20 lat choroba jest „niema” klinicznie. W tym czasie mózg, neurony, synapsy i ich połączenia są niszczone przez beta-amyloid i białko tau. Dopóki nie zostanie zniszczonych 50 proc. neuronów i ich połączeń, nie mamy świadomości, że ten zabójczy proces się toczy. Naukowcy z USA i Kolumbii od 2012 r. prowadzą badania prewencji wtórnej na bazie kilkusetosobowej kolumbijskiej rodziny. Mniej więcej połowa jej członków to nosiciele mutacji genetycznej powodującej objawy otępienne już przed 50. rokiem życia. Do badania dołączeni są również obywatele amerykańscy z taką mutacją. Od 2013 r. prowadzi się również badanie, którego uczestnicy, nosiciele jednogenu mutacji białka prekursorowego dla

beta-amyloidu oraz presynilin 1 i 2, zebrani z całego świata są leczeni przyczynowo w okresie przedobjawowym. Wyniki pierwszego badania zostaną opublikowane w roku 2032, a drugiego w 2033. Musimy zatem poczekać, aby zobaczyć, czy zastosowane leczenie jest skuteczne.

## Kiedy członkowie rodziny, w której wystąpił przypadek choroby Alzheimera, powinni wykonać badania w tym kierunku?

Choroba Alzheimera uwarunkowana dziedzicznie, o której mówiłam, stanowi 1,5 proc. wszystkich zachorowań i należy do tzw. grupy chorób rzadkich. U osób ze wspomnianą mutacją choroba zaczyna się wcześniej, między 40. a 50. rokiem życia, przebiega o wiele burzliwiej, trwa krócej, chory szybciej ginie. Żeby podejrzewać chorobę uwarunkowaną dziedzicznie, trzeba ustalić, że w rodzinie w dwóch pokoleniach są co najmniej trzy osoby, które zachorowały na chorobę Alzheimera przed 50. rokiem życia. W Polsce w wielu przypadkach trudno to sprawdzić, wiedza o naszych korzeniach bywa często fragmentaryczna, brakuje nam pokoleniowej ciągłości rodzinnych świadectw. Wiemy, że zdiagnozowaliśmy około 40 takich rodzin, ale na pewno jest ich więcej.

## Jakie możliwości leczenia mają pacjenci z diagnozą choroby Alzheimera w Polsce?

Leki stosowane na świecie są wykorzystywane również u nas. W przypadku leczenia otępień możemy się skarżyć na wszystko, tylko nie na cenę leków. Koszt miesięcznej kuracji lekiem najczęściej stosowanym w chorobie Alzheimera wynosi 11,50 zł. Dla pacjentów po 75. roku życia preparat jest bezpłatny. Natomiast tych 500 tys. osób z otępieniem nie zauważa się w systemie ochrony zdrowia. NFZ nie ma oddzielnej procedury dla choroby Alzheimera, nie ma w Polsce ośrodków referencyjnych zajmujących się nią. Rozpoznawanych i leczonych przyczynowo oraz objawowo jest tylko około 20 proc. przypadków pacjentów z otępieniem. 80 proc. chorych wraz z rodzinami pozostaje bez diagnozy i tym samym bez jakiegokolwiek wsparcia.

## Dlaczego tak się dzieje? Te osoby nie docierają do lekarza?

To jedna z przyczyn. W małych ośrodkach miejskich i na wsi rodziny uważają, że pewne objawy otępienia u starszej osoby są związane z wiekiem, to po prostu starość. Bywa, że lekarze lekceważą informację o zaburzeniach pamięci u starszego pacjenta, nie dają skierowania do specjalisty. Uważam, że powinno się przeprowadzać intensywne szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu w kierunku rozpoznawania lub podejrzewania otępienia, gdyż jako społeczeństwo starzejemy się jeszcze szybciej niż inne kraje w Europie.

## Co dzisiaj daje nadzieję w walce z otępieniami?

Moją największą radością po 30 latach zajmowania się problemem chorób otępiennych, w tym chorobą Alzheimera, jest naukowy dowód, że liczbę chorych można skutecznie zmniejszyć – na razie o 2 proc., ale w skali globalnej to kilka milionów osób. ■

# IV Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne i nie tylko

**W**krótce będziemy obchodzić jubileusz 30-lecia działania odrodzonego samorządu lekarskiego. Mija VII kadencja, niebawem wkroczyliśmy w VIII. Wybraliśmy 201 delegatów na OZL, w tym 34 lekarzy dentyistów z 19 rejonów wyborczych (na 48 stomatologicznych). W 16 rejonach wyborczych nie zgłoszono żadnego kandydata, a w 13, mimo zgłoszenia kandydat, nie dokonano wyboru z powodu braku kworum, choć wystarczyło tylko włożyć kartę do głosowania do koperty i wrzucić list do skrzynki pocztowej. Taki rozwój sytuacji skłania do smutnej refleksji, że większość z nas woli narzekać, niż poświęcić chwilę, aby dać szansę tym, którzy chcieliby robić coś dla naszego środowiska.

Na początku VII kadencji Komisja ds. Lekarzy Dentystów określiła priorytety, do których zaliczyliśmy m.in. integrację środowiska, organizację nieodpłatnych szkoleń, współpracę z towarzystwami naukowymi i WUM.



Jedną z form integracji, jaką oferujemy naszemu rozproszonemu środowisku, jest udział w mszy świętej z okazji dnia patronki lekarzy dentyistów św. Apolonii. W 2018 r. msza odbędzie się 11 lutego, o godz. 17.30, w warszawskim kościele pw. św. Zygmunta na pl. Konfederacji 55. Po nabożeństwie mazowiecki duszpasterz służby zdrowia (od tego roku) ks. Władysław Duda zaprasza do Sali im. Świętej Rodziny na tzw. koleżeńską herbatę.

Owoce naszej współpracy z WUM i warszawskim oddziałem PTS jest organizowanie m.in. obchodów Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, który obchodzimy 20 marca. W tym roku hasło przewodnie obchodów brzmi: „Say ahh – think mounth, think health”.

17 marca zapraszamy do Sali Paszkiewicza w Collegium Anatomicum WUM do udziału w sesji zatytułowanej „Postępowanie profilaktyczno-lecznicze w wybranych dziedzinach stomatologii”. Uczestnictwo w niej umożliwi uzyskanie 6 pkt. edukacyjnych.

Z kolei 20 kwietnia proponujemy wzięcie udziału w XI Konferencji „Zachód – Wschód” organizowanej z naszym udziałem przez WUM. Znakomici zagraniczni i polscy wykładowcy podzielą się ze słuchaczami swoją wiedzą o najnowszych osiągnięciach w stomatologii. O kolejnych szkoleniach będziemy informować w następnych numerach „Pulsu”.

Po raz czwarty zapraszamy Was, Szanowne Koleżanki i Koleżdy, do wzięcia udziału w Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych, które podobnie jak w latach ubiegłych (z wyjątkiem II edycji) zostaną zorganizowane w Serocku, w hotelu Narvil i potrwać od 15 do 17 czerwca.



Fot. OIL w Warszawie

Jak co roku, zgodnie z postulatami osób, które wypełniły ankiety dołączone do materiałów konferencyjnych, wprowadzamy pewne modyfikacje. Zachowujemy tradycję nieobciążania uczestników spotkań kosztami organizacji merytorycznej części i proponujemy skorzystanie z jednego z dwóch pakietów: kawowo-obiadowego – w cenie 350 zł, która obejmuje poczęstunek kawowy w przerwach i dwa obiady, oraz noclegowego – w cenie 999 zł, która obejmuje dwa noclegi w pokoju dwuosobowym, udział w bankiecie (w piątek) i kolacji grillowej (w sobotę), poczęstunek kawowy w przerwach, dwa obiady. Wprowadzamy możliwość wzięcia udziału w samym bankiecie po uiszczeniu dodatkowej opłaty 300 zł. Nowością będzie w niedzielę (głównie dla gości nocujących) możliwość wzięcia udziału w przedpołudniowej sesji wykładowej poprowadzonej przez znakomitych specjalistów.

Zasadnicza formuła wykładów nie ulega zmianie: trzy lub cztery sesje wykładowe będą prowadzone równolegle. Uczestnictwo w nich umożliwi lekarzom dentyistom zdobycie około 20 pkt. edukacyjnych i zaktualizowanie wiedzy w wielu dziedzinach stomatologii. Przypomnimy (także w formie warsztatów) zawsze potrzebne i wymagające ciągłego uaktualniania informacje o udzielaniu pierwszej pomocy w gabinecie stomatologicznym oraz kwestie współpracy interdyscyplinarnej między lekarzami różnych specjalności. Omówione zostaną również zagadnienia prawne, których znajomość jest nieodzowna do bezpiecznego wykonywania zawodu lekarza dentyisty i prowadzenia działalności gospodarczej (zasady pozyskiwania zgód pacjenta, jego prawa, np. prawo do intymności, zasady udostępniania dokumentacji medycznej w obliczu nowych przepisów dotyczących tajemnicy lekarskiej). W związku ze zbliżającym się nieuchronnie terminem obowiązkowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym wypisywania e-zwolnień, zagadnienia z tym związane zaprezentują uczestnikom znakomici wykładowcy uniwersyteccy: prof. M. Dominiak, prof. D. Olczak-Kowalczyk, prof. J. Pytko-Polończyk, prof. W. Zgliczyński, prof. J. Sokołowski, prof. J. Krupiński, prof. H. Skarżyński, dr hab. A. Mielczarek, dr hab. M. Zadurska, dr J. Kostrzewa-Janicka, dr K. Brus-Sawczuk i wielu innych. Szczegółowe informacje znajdziecie Państwo na naszej stronie internetowej, w zakładce Komisji ds. Lekarzy Dentystów dotyczącej szkoleń.

Zapraszam szacowne grono Koleżanek i Kolegów lekarzy dentyistów do skorzystania z przedstawionych propozycji. ■

Z koleżeńskim pozdrowieniem

przewodnicząca Komisji ds. Lekarzy Dentystów  
**Marta Klimkowska-Misiak**



**Uchwała Nr 11/2017/VII**  
**Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie**  
**z dnia 30 listopada 2017 roku**

**w sprawie potwierdzenia wyników głosowania**  
**w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy**  
**Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**  
**VIII kadencji 2018–2022**

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r., poz. 522 j.t. ze zm.), § 29 ust. 4 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą Nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.), zwanego dalej „Regulaminem wyborów”, uchwała się, co następuje:

§ 1

- Potwierdza się przeprowadzenie zgodnie z Regulaminem wyborów głosowania w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 w rejonach wyborczych powołanych uchwałą nr 14/R-VII/17 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z dnia 24 lutego 2017 r. w sprawie utworzenia rejonów wyborczych (zmienioną uchwałą nr 14/R-VII/17), wymienionych w ust. 2.
- W rejonach wyborczych, o których mowa w ust. 1, dokonano wyboru delegatów, jak następuje:

nazwisko i imię delegata	numer i nazwa rejonu wyborczego
<b>LEKARZE – REGION WARSZAWA</b>	
1) Kaczorowski Łukasz	K8/001 Szpital Czerniakowski
2) Kiljan Patryk	
3) Polański Jerzy	
1) Adamowicz Robert	K8/002 Szpital Ginekologiczny Św. Rodziny
2) Michałek-Baranowska Hanna	
1) Romanowski Krzysztof	K8/006 Śródmiejski Szpital Położniczy – Inflancka
1) Imiela Tomasz	K8/008 Szpital Grochowski
2) Sawicki Rafał	
1) Kowalczyk Jan	K8/009 Szpital Dziecięcy Niekańska
2) Kuszyński Robert	
3) Turlińska Agnieszka	
1) Borkowska-Paczuła Katarzyna	K8/016 Szpital SOLEC
2) Cybulska Maria	
1) Pyziak-Kowalska Karolina	K8/017 Wojewódzki Szpital Zakaźny
1) Ciupak Arkadiusz	K8/018 Szpital Wolski
2) Kraśniej-Dębkowska Agnieszka	
3) Płoński Andrzej	
1) Machowski Michał	K8/020 Szpital Bielański (A)
2) Makowska Grażyna	
3) Wernic Katarzyna	
1) Ertuganow Oleg	K8/022 Żoliborz Przychodnie
2) Zaława-Dąbrowska Małgorzata	
1) Stypułkowska-Misiurewicz Hanna	K8/023 SANEPID – PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Instytut Żywności i Żywności
1) Kuklewicz Jan	K8/024 ATTIS i Rehabilitacja Niepełnosprawnych
2) Pańnicka Danuta	

1) Sikorski Adam	K8/026 Szpital Psychiatryczny Pruszków-Tworki
1) Grabska Joanna	K8/028 MZ-ZUS-NFZ-MIN. SPRAWIEDLIWOŚCI
2) Winciunas Piotr	
1) Biliński Jarosław	K8/029 WUM Szpital Banacha (A)
2) Jankowski Piotr	
3) Nowak Maciej	
1) Madej Krzysztof	K8/031 WUM Szpital Banacha (C)
2) Ozierański Krzysztof	
3) Paluszkiewicz Rafał	
1) Dąbrowski Andrzej	K8/032 WUM Szpital Banacha (D)
2) Machowicz Rafał	
3) Niemczyk Longin	
1) Sawosz Maciej	K8/033 WUM Anatomikum
1) Jankowski Krzysztof	K8/034 WUM Szpital Lindleya (A)
2) Jankowski Łukasz	
3) Rostkowska Olga	
1) Dąbrowski Filip	K8/202 Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM
1) Drobnik Artur	K8/036 WUM Szpital Karowa
2) Gutkowska Karolina	
1) Bilińska Natalia	K8/037 Dziecięcy Szpital Kliniczny (A)
2) Pokładnik Joanna	
3) Wolski Marek	
1) Lange Joanna	K8/196 Dziecięcy Szpital Kliniczny (B)
2) Sanocki Marcin	
1) Dąbrowska Anna	K8/039 Szpital Okulistyczny WUM
1) Oppeln-Bronikowski Lech	K8/040 Grupa Luxmed
2) Tatar Arkadiusz	
1) Matuszewski Michał	K8/041 Szpital im. Orłowskiego (A)
2) Miłośki Piotr	
1) Magdziarz-Miller Magdalena	K8/042 Szpital Im. Orłowskiego (B)
2) Śtabik-Ledóchowska Aleksandra	
1) Patzer Barbara	K8/043 CMKP – Marymoncka – Instytut Med. Doświadczalnej i Klinicznej PAN
1) Pawłowski Paweł	K8/044 Centrum Onkologii-Wawelska – Polska Fundacja Europejskiej Szkoły Onkologii
2) Spałek Mateusz	
1) Kunkiel Michał	K8/045 Centrum Onkologii Ursynów (A)
2) Krajewski Romuald	
1) Ołdak Natalia	K8/047 Centrum Zdrowia Dziecka (A)
2) Pawliszak Piotr	
3) Skomska-Pawliszak Małgorzata	
1) Jankowska Magdalena	K8/048 Centrum Zdrowia Dziecka (B)
2) Szarla Anna	
3) Tobota Katarzyna	
1) Jędrzejewski Grzegorz	K8/049 Instytut Matki i Dziecka
2) Karwacki Marek	
3) Rychłowska-Pruszyńska Magdalena	
1) Konopka Anna	K8/052 Instytut Kardiologii
2) Łodyga Małgorzata	
3) Zieliński Tomasz	
1) Szalecki Krzysztof	K8/053 Instytut Psychiatrii i Neurologii (A)
2) Woronowicz Bohdan	
1) Lewandowicz Andrzej	K8/055 Instytut Reumatologii – Instytut Kardiologii
2) Przeor Aleksandra	
1) Anioł-Strzyżewska Krystyna	K8/056 COMS – AWF – Instytut Sportu – Lekarze sportowi
1) Głogowski Michał	K8/060 Lekarze Cywilni MON – Szaserów (B)
2) Gołoś Maciej	
1) Doczekalski Paweł	K8/061 Lekarze Cywilni MON – Koszykowa
2) Zakrzewski Jakub	
1) Kryształowicz Bożena	K8/062 MSW Szpital Wołoska (A)
2) Moniuszko Andrzej	
3) Patena Konrad	

1) Mirski Siemiomyst	K8/064 MSW Lecznictwo Otwarte Wołoska	1) Hałabuz Krzysztof	K8/133 Radom – Józefów (A)
2) Rusiecka-Kuczałek Elżbieta		2) Wróbel Julian	
1) Herman Krzysztof	K8/065 Szpital Ginekologiczny św. Zofii	1) Lipiec Monika	K8/134 Radom – Józefów (B)
1) Piątkiewicz Jacek Antoni	K8/066 Medycyna Pracy	2) Wiosna Maciej	
1) Dorosz Paweł	K8/067 Lekarze Bemowo – Włochy Jelonki	1) Czekaj Wojciech	K8/135 Podstawowa i Specjalistyczna Opieka Zdrowotna Radom (A)
2) Makuch Krzysztof		2) Pacholicki Wojciech	
1) Morliński Andrzej	K8/072 Rejon Złotego Wieku (K)	1) Bocheński Krzysztof	K8/136 Podstawowa i Specjalistyczna Opieka Zdrowotna Radom (B)
2) Włodarczyk Andrzej		2) Sobczak-Dusza Beata	
1) Borkowski Wojciech	K8/073 Rejon Złotego Wieku (A)	1) Korbecka Bogusława	K8/137 Radom – Rejon Złotego Wieku
2) Ostaszewska-Chrzanowska Barbara		2) Kozak Stanisław	
1) Cerański Włodzimierz	K8/075 Rejon Złotego Wieku (C)	1) Serzycki Adam	K8/138 Białobrzegi – Nowe Miasto – Warka
2) Prosińska-Kibler Maria		1) Matecka Joanna	K8/139 Grójec
3) Wilmowska-Pietruszyńska Anna		2) Radwański Paweł	
1) Kotlicki Aleksander	K8/077 Rejon Złotego Wieku (E)	1) Drotlef Bogusław	K8/140 Zwoleń – Pionki – Jastrzębia – Lipsko – Iłża
2) Pietrzykowska-Bodnar Bożena		2) Pieczyński Aleksander	
1) Smaga Elżbieta	K8/084 Warszawa – Praktyki Lekarskie (C)	1) Dabiński Karol	K8/141 Koźnice
1) Dziubiński Krzysztof	K8/144 Lekarze – OIL Puławska (B)	2) Skoczylas Dariusz	
2) Nekanda-Trepka Ładysław		1) Karpińska Katarzyna	K8/142 Szydłowiec – Przysucha – Krychnowice
<b>LEKARZE – REGION WARSZAWSKI</b>			
1) Gut Grzegorz	K8/092 Powiat Warszawski Zachodni – Dziekanów Leśny	2) Zajączkowski Bogdan	
1) Olędzka Magdalena	K8/097 Otwock (C)	<b>LEKARZE DENTYŚCI – REGION WARSZAWA</b>	
2) Paluch Łukasz		1) Korporowicz Emil	K8/150 WUM Stomatologia Miodowa
3) Ropielewski Aleksander		1) Mierzwińska-Nastalska Elżbieta	K8/151 WUM Stomatologia Lindleya – Chirurgia Stomatologiczna
1) Danielska-Klimek Maria	K8/098 Legionowo	2) Popowski Wojciech	
1) Grochowski Radosław	K8/099 Wołomin SZPZOZ (A)	3) Sobiech Piotr	
2) Laskowski Wojciech		1) Aluchna Marcin	K8/201 WUM Stomatologia Lindleya – Rezydenci
3) Stańczak Ryszard		2) Iwańczyk Bartłomiej	
1) Stańczak Jakub	K8/101 Nowy Dwór Mazowiecki	1) Herman Justyna	K8/152 Mazowieckie Centrum Stomatologii
1) Dobies-Krześniak Barbara	K8/103 STOCER – Konstancin Jeziorna	2) Lesak Danuta	
2) Serwan Agnieszka		3) Wąsowicz-Ciłekiewicz Hanna	
1) Płońska Joanna	K8/105 Pruszków (B)	1) Hoffman Bożena	K8/157 Ochota – Włochy – Ursus Stomatologdy
2) Schreyer Krzysztof		2) Paluszek Dariusz	
1) Skarżyński Henryk	K8/106 Instytut Patologii i Fizjologii Słuchu	1) Potocka Monika	K8/158 Śródmieście Stomatologdy
2) Skarżyński Piotr		2) Topolska-Kotulecka Mery	
1) Bornsztajn Mateusz	K8/107 Szpital Zachodni	1) Michalak Maciej	K8/164 Stomatologdy Cywilni MON (A)
2) Osiadacz Małgorzata		1) Małkiewicz Elżbieta	K8/169 Warszawa Stomatologdy – Praktyki Stomatologiczne (E)
3) Stopiński Marek		2) Małkiewicz Konrad	
1) Galewski Adam	K8/108 Grupa „Zachód” Grodzisk Maz.	<b>LEKARZE DENTYŚCI – REGION WARSZAWSKI</b>	
1) Dziarczykowska-Kopeć Aleksandra	K8/109 Lekarze POZ – „Grupa Milanówek”	1) Latoszek-Banasiak Elżbieta	K8/181 Otwock Stomatologdy
1) Gałęcka Marta	K8/111 Sochaczew	2) Siarkiewicz Andrzej	
2) Olkowicz Ewelina		1) Kwitkiewicz Grzegorz	K8/183 Grodzisk Mazowiecki Stomatologdy
<b>LEKARZE – REGION CIECHANOWSKI</b>			
1) Ferenc Antoni	K8/113 Ciechanów (A)	<b>LEKARZE DENTYŚCI – REGION CIECHANOWSKI</b>	
2) Obojska Dobrosława		1) Klimkowska-Misiak Marta	K8/186 Ciechanów – Mława – Płońsk – Pułtusk – Żuromin Stomatologdy
1) Jaroszevska-Balicka Wanda	K8/114 Ciechanów (B)	2) Woźniak Elżbieta	
1) Gontkiewicz Michał	K8/116 Płońsk	<b>LEKARZE DENTYŚCI – REGION OSTROŁĘCKI</b>	
2) Gryglas Piotr		1) Krajewski Krzysztof	K8/187 Ostrołęka – Maków Maz. – Przasnysz Stomatologdy
1) Gniedziejko Jan	K8/117 Pułtusk	1) Olszewski Roman	K8/188 Ostrów Maz. – Wyszków Stomatologdy
<b>LEKARZE – REGION OSTROŁĘCKI</b>			
1) Bieńkowski Zbigniew	K8/118 Ostrołęka (A)	<b>LEKARZE DENTYŚCI – REGION SIEDLECKI</b>	
2) Jarząbek Zbigniew		1) Kuchta Piotr	K8/180 Mińsk Mazowiecki Stomatologdy
1) Gałęcka Ewa	K8/121 Przasnysz	1) Flakowski Rafał	K8/190 Siedlce – Łosice Sokołów Podlaski – Węgrów Stomatologdy
1) Chełstowski Waldemar	K8/122 Wyszków	2) Kornacka Renata	
2) Darocha Anna		3) Majkowski Ryszard	
1) Sawoni Andrzej	K8/123 Ostrów Mazowiecka	1) Piwowarczyk Liliana	K8/191 Garwolin Stomatologdy
2) Sułkowski Wiktor		<b>LEKARZE DENTYŚCI – REGION RADOMSKI</b>	
<b>LEKARZE – REGION SIEDLECKI</b>			
1) Cieślak Krzysztof	K8/126 Siedlce – Łosice Powiat	1) Leśniak-Trzeźniewska Agnieszka	K8/192 Radom miasto Stomatologdy
2) Romańczuk Joanna		2) Miękus-Pączek Ewa	
1) Dmowska Renata	K8/127 Siedlce NZOZ	3) Syczewska Danuta	
1) Ciołkowski Tadeusz	K8/128 Sokołów Podlaski	1) Szczepanek Mariusz	K8/193 Radom okolice – Stomatologdy (A)
1) Dąbrowski Edward	K8/129 Garwolin	1) Bachanek Ewa	K8/194 Radom okolice – Stomatologdy (B)
2) Moczydłowska Marta		2) Popis-Witkowska Anna	
<b>LEKARZE – REGION RADOMSKI</b>			
1) Łuba Maciej	K8/131 Radom – Lekarska (A)		
2) Świągół Paweł			
1) Kalbarczyk Bartłomiej	K8/132 Radom – Lekarska (B)		
2) Szatanek Mieczysław			

## § 2

1. W rejonie wyborczym K8/030 WUM Szpital Banacha (B) stwierdza się przeprowadzenie głosowania niezgodnie z Regulaminem wyborów, mające wpływ na wynik wyborów w tym rejonie.
2. Upoważnia się przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie do złożenia protestu do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie przeciwko ważności wyborów w rejonie określonym w ust. 1.

## § 3

W niżej wymienionych rejonach wyborczych nie dokonano wyboru delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 z powodu niespełnienia warunku określonego w § 7 pkt 1) Regulaminu wyborów tj. braku kworum:

- K8/003 Mokotów
- K8/005 Stocer Szpital Chirurgii Urazowej – Barska
- K8/007 Ochota
- K8/010 Praga Południe (A)
- K8/011 Południe (B)
- K8/012 Szpital Bródnowski (A)
- K8/013 Szpital Bródnowski (B)
- K8/015 Szpital Praski
- K8/021 Szpital Bielański (B)
- K8/027 Pogotowie Ratunkowe
- K8/035 WUM Szpital Lindleya (B)
- K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B)
- K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy
- K8/051 Instytut Hematologii
- K8/054 Instytut Psychiatrii i Neurologii (B)
- K8/057 Międzyleski Szpital Specjalistyczny (A)
- K8/058 Międzyleski Szpital Specjalistyczny (B)
- K8/059 Lekarze Cywilni MON – Szaserów (A)
- K8/063 MSW Szpital Wołoska (B)
- K8/068 Lekarze Warszawa NZOZ (A)
- K8/069 Lekarze Warszawa NZOZ (B)
- K8/071 Lekarze Warszawa NZOZ (D)
- K8/080 Rejon Złotego Wieku (H)
- K8/086 Warszawa Praktyki Lekarskie (E)
- K8/089 Warszawa Praktyki Lekarskie (H)
- K8/090 Warszawa Praktyki Lekarskie (I)
- K8/102 Piaseczno
- K8/104 Pruszków (A)
- K8/110 Mińsk Mazowiecki
- K8/146 Lekarz – OIL Puławska (D)
- K8/154 Mokotów Stomatologdy (A)
- K8/159 Bemowo Stomatologdy
- K8/160 Wola Stomatologdy
- K8/161 Praga Południe – Wawer – Wesoła – Rembertów – Stomatologdy
- K8/162 Praga Północ – Białołęka – Targówek – Bródno – Stomatologdy
- K8/163 Żoliborz Stomatologdy
- K8/170 Warszawa Stomatologdy – Praktyki Stomatologiczne (F)
- K8/171 Warszawa Stomatologdy – Praktyki Stomatologiczne (G)
- K8/175 Powiat Warszawski Zachodni – Praktyki Stomatologiczne (A)

- K8/177 Powiat Warszawski Zachodni – Praktyki Stomatologiczne (C)
- K8/184 Pruszków Stomatologdy
- K8/185 Sochaczew – Żyrardów Stomatologdy
- K8/189 Rejon Złotego Wieku (J)
- K8/200 Lekarze Warszawa NZOZ (F)
- K8/204 Stomatologdy Cywilni MON (B)

## § 4

W niżej wymienionych rejonach wyborczych nie przeprowadzono wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 z powodu niezgłoszenia kandydatów:

- K8/004 Ursynów
- K8/014 Bródno – Targówek – Praga Północ
- K8/019 Wola-Śródmieście
- K8/025 Szpitale Psychiatryczne
- K8/038 Warszawski Szpital dla Dzieci
- K8/070 Lekarze Warszawa NZOZ (C)
- K8/074 Rejon Złotego Wieku (B)
- K8/076 Rejon Złotego Wieku (D)
- K8/078 Rejon Złotego Wieku (F)
- K8/079 Rejon Złotego Wieku (G)
- K8/081 Rejon Złotego Wieku (I)
- K8/082 Warszawa – Praktyki Lekarskie (A)
- K8/083 Warszawa – Praktyki Lekarskie (B)
- K8/085 Warszawa – Praktyki Lekarskie (D)
- K8/087 Warszawa – Praktyki Lekarskie (F)
- K8/088 Warszawa – Praktyki Lekarskie (G)
- K8/091 Powiat Warszawski Zachodni
- K8/093 Powiat Warszawski Zachodni – Praktyki Lekarskie (A)
- K8/094 Powiat Warszawski Zachodni – Praktyki Lekarskie (B)
- K8/095 Otwock (A)
- K8/096 Otwock (B)
- K8/100 Wołomin NZOZ (B)
- K8/112 Żyrardów
- K8/115 Mława – Żuromin
- K8/119 Ostrołęka (B)
- K8/120 Maków Mazowiecki
- K8/124 Mazowiecki Szpital Wojewódzki Siedlce (A)
- K8/125 Mazowiecki Szpital Wojewódzki Siedlce (B)
- K8/130 Węgrów
- K8/143 Lekarze – OIL Puławska (A)
- K8/145 Lekarze – OIL Puławska (C)
- K8/147 Lekarze – OIL Puławska (E)
- K8/148 Lekarze – OIL Puławska (F)
- K8/149 Lekarze – OIL Puławska (G)
- K8/153 Luxmed – Prima-Dent – Enel-Med – Microdent – Fund. Promocji Inicjatyw Stomatologicznych
- K8/155 Mokotów Stomatologdy (B)
- K8/156 Ursynów – Wilanów Stomatologdy
- K8/165 Warszawa Stomatologdy – Praktyki Stomatologiczne (A)
- K8/166 Warszawa Stomatologdy – Praktyki Stomatologiczne (B)
- K8/167 Warszawa Stomatologdy – Praktyki Stomatologiczne (C)

- K8/168 Warszawa Stomatolodzy  
– Praktyki Stomatologiczne (D)
- K8/172 Stomatolodzy niewykonujący zawodu (A)
- K8/173 Stomatolodzy niewykonujący zawodu (B)
- K8/174 Stomatolodzy niewykonujący zawodu (C)
- K8/176 Powiat Warszawski Zachodni  
– Praktyki Stomatologiczne (B)
- K8/178 Nowy Dwór Mazowiecki – Legionowo  
– Stomatolodzy
- K8/179 Wołomin Stomatolodzy
- K8/182 Piaseczno Stomatolodzy
- K8/195 Stomatolodzy OIL Puławska (A)
- K8/197 Stomatolodzy OIL Puławska (B)
- K8/198 MSW Szpital Wołoska (C)
- K8/199 Lekarze Warszawa NZOZ (E)
- K8/203 Lekarze – OIL Puławska (H)

#### § 5

W wyniku przeprowadzonych wyborów stwierdza się spełnienie wymogu określonego w § 20 ust. 3 Regulaminu wyborów tj. liczba wybranych delegatów na zjazd jest równa co najmniej połowie liczby mandatów, określonej w uchwale nr 38/R-VII/17 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z dnia 26 maja 2017 r. w sprawie ustalenia liczby mandatów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie kadencji 2018–2022.

#### § 6

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

---

### **Obwieszczenie Nr 5/2017/VII Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z dnia 8 grudnia 2017 roku**

#### **o wynikach wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022**

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r., poz. 522 j.t. ze zm.) i par. 45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą Nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.) oraz uchwały Nr 11/2017/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z dnia 30 listopada 2017 roku w sprawie potwierdzenia wyników głosowania w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 obwieszcza się, co następuje:

#### § 1

W wyniku przeprowadzonych wyborów w rejonach wyborczych utworzonych na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 zostali wybrani:

- 1) Adamowicz Robert – lekarz
- 2) Aluchna Marcin – lekarz dentysta
- 3) Anioł-Strzyżewska Krystyna – lekarz
- 4) Bachanek Ewa – lekarz dentysta
- 5) Bieńkowski Zbigniew – lekarz
- 6) Bilińska Natalia – lekarz
- 7) Biliński Jarosław – lekarz
- 8) Błaszkiwicz (z d. Olędzka) Magdalena – lekarz
- 9) Bocheński Krzysztof – lekarz
- 10) Borkowska-Paczuła Katarzyna – lekarz
- 11) Borkowski Wojciech – lekarz
- 12) Bornsztajn Mateusz – lekarz
- 13) Cerański Włodzimierz – lekarz
- 14) Chełstowski Waldemar – lekarz
- 15) Cieślak Krzysztof – lekarz
- 16) Ciołkowski Tadeusz – lekarz
- 17) Ciupak Arkadiusz – lekarz
- 18) Cybulska Maria – lekarz
- 19) Czekaj Wojciech – lekarz
- 20) Dabiński Karol – lekarz
- 21) Danielska-Klimek Maria – lekarz
- 22) Darocha Anna – lekarz
- 23) Dąbrowska Anna – lekarz
- 24) Dąbrowski Andrzej – lekarz
- 25) Dąbrowski Edward – lekarz
- 26) Dąbrowski Filip – lekarz
- 27) Dmowska Renata – lekarz
- 28) Dobies-Krześniak Barbara – lekarz
- 29) Doczekalski Paweł – lekarz
- 30) Dorosz Paweł – lekarz
- 31) Drobnik Artur – lekarz
- 32) Drotleń Bogusław – lekarz
- 33) Dziarczykowska-Kopeć Aleksandra – lekarz
- 34) Dziubiński Krzysztof – lekarz
- 35) Ertuganow Oleg – lekarz
- 36) Ferenc Antoni – lekarz
- 37) Flakowski Rafał – lekarz dentysta
- 38) Galewski Adam – lekarz
- 39) Gałęcka Ewa – lekarz
- 40) Gałęcka Marta – lekarz
- 41) Głogowski Michał – lekarz
- 42) Gniedziejko Jan – lekarz
- 43) Gołoś Maciej – lekarz
- 44) Gontkiewicz Michał – lekarz
- 45) Grabska Joanna – lekarz
- 46) Grochowski Radosław – lekarz
- 47) Gryglas Piotr – lekarz
- 48) Gut Grzegorz – lekarz
- 49) Gutkowska Karolina – lekarz
- 50) Hałabuz Krzysztof – lekarz
- 51) Herman Justyna – lekarz dentysta
- 52) Herman Krzysztof – lekarz
- 53) Hoffman Bożena – lekarz dentysta
- 54) Imiela Tomasz – lekarz
- 55) Iwańczyk Bartłomiej – lekarz dentysta
- 56) Jankowska Magdalena – lekarz
- 57) Jankowski Krzysztof – lekarz
- 58) Jankowski Łukasz – lekarz
- 59) Jankowski Piotr – lekarz
- 60) Jaroszevska-Balicka Wanda – lekarz
- 61) Jarząbek Zbigniew – lekarz
- 62) Jędrzejewski Grzegorz – lekarz
- 63) Kaczorowski Łukasz – lekarz
- 64) Kalbarczyk Bartłomiej – lekarz
- 65) Karpińska Katarzyna – lekarz
- 66) Karwacki Marek – lekarz
- 67) Kiljan Patryk – lekarz

- 68) Klimkowska-Misiak Marta – lekarz dentysta  
69) Konopka Anna – lekarz  
70) Korbecka Bogusława – lekarz  
71) Kornacka Renata – lekarz dentysta  
72) Korporowicz Emil – lekarz dentysta  
73) Kotlicki Aleksander – lekarz  
74) Kowalczyk Jan – lekarz  
75) Kozak Stanisław – lekarz  
76) Krajewski Krzysztof – lekarz dentysta  
77) Krajewski Romuald – lekarz  
78) Kraśniej-Dębowska Agnieszka – lekarz  
79) Kryszałowicz Bożena – lekarz  
80) Kuchta Piotr – lekarz dentysta  
81) Kuklewicz Jan – lekarz  
82) Kunkiel Michał – lekarz  
83) Kuszyński Robert – lekarz  
84) Kwitkiewicz Grzegorz – lekarz dentysta  
85) Lange Joanna – lekarz  
86) Laskowski Wojciech – lekarz  
87) Latoszek-Banaszak Elżbieta – lekarz dentysta  
88) Lesak Danuta – lekarz dentysta  
89) Leśniak-Trzeźniewska Agnieszka – lekarz dentysta  
90) Lewandowicz Andrzej – lekarz  
91) Lipiec Monika – lekarz  
92) Łodyga Małgorzata – lekarz  
93) Łuba Maciej – lekarz  
94) Machowicz Rafał – lekarz  
95) Machowski Michał – lekarz  
96) Madej Krzysztof – lekarz  
97) Magdziarz-Miller Magdalena – lekarz  
98) Majkowski Ryszard – lekarz dentysta  
99) Makowska Grażyna – lekarz  
100) Makuch Krzysztof – lekarz  
101) Małkiewicz Elżbieta – lekarz dentysta  
102) Małkiewicz Konrad – lekarz dentysta  
103) Matecka Joanna – lekarz  
104) Matuszewski Michał – lekarz  
105) Michalak Maciej – lekarz dentysta  
106) Michałek-Baranowska Hanna – lekarz  
107) Mierzwińska-Nastalska Elżbieta – lekarz dentysta  
108) Miękus-Pączek Ewa – lekarz dentysta  
109) Miłośki Piotr – lekarz  
110) Mirski Siemiomysł – lekarz  
111) Moczydłowska Marta – lekarz  
112) Moniuszko Andrzej – lekarz  
113) Morliński Andrzej – lekarz  
114) Nekanda-Trepka Ładysław – lekarz  
115) Niemczyk Longin – lekarz  
116) Nowak Maciej – lekarz  
117) Obojska Dobrosława – lekarz  
118) Olkowicz Ewelina – lekarz  
119) Olszewski Roman – lekarz dentysta  
120) Ołdak Natalia – lekarz  
121) Oppeln-Bronikowski Lech – lekarz  
122) Osiadacz Małgorzata – lekarz  
123) Ostaszewska-Chrzanowska Barbara – lekarz  
124) Ozierański Krzysztof – lekarz  
125) Pacholicki Wojciech – lekarz  
126) Paluch Łukasz – lekarz  
127) Paluszek Dariusz – lekarz dentysta  
128) Paluszkiewicz Rafał – lekarz  
129) Paśnicka Danuta – lekarz  
130) Patena Konrad – lekarz  
131) Patzer Barbara – lekarz  
132) Pawliszak Piotr – lekarz  
133) Pawłowski Paweł – lekarz  
134) Piątkiewicz Jacek Antoni – lekarz  
135) Pieczyński Aleksander – lekarz  
136) Pietrzykowska-Bodnar Bożena – lekarz  
137) Piwowarczyk Liliana – lekarz dentysta  
138) Płońska Joanna – lekarz  
139) Płoński Andrzej – lekarz  
140) Pokładnik Joanna – lekarz  
141) Polański Jerzy – lekarz  
142) Popis-Witkowska Anna – lekarz dentysta  
143) Popowski Wojciech – lekarz dentysta  
144) Potocka Monika – lekarz dentysta  
145) Prosińska-Kibler Maria – lekarz  
146) Przeor Aleksandra – lekarz  
147) Pyziak-Kowalska Karolina – lekarz  
148) Radwański Paweł – lekarz  
149) Romanowski Krzysztof – lekarz  
150) Romańczuk Joanna – lekarz  
151) Ropielewski Aleksander – lekarz  
152) Rostkowska Olga – lekarz  
153) Rusiecka-Kuczałek Elżbieta – lekarz  
154) Rychłowska-Pruszyńska Magdalena – lekarz  
155) Sanocki Marcin – lekarz  
156) Sawicki Rafał – lekarz  
157) Sawoni Andrzej – lekarz  
158) Sawosz Maciej – lekarz  
159) Schreyer Krzysztof – lekarz  
160) Serwan Agnieszka – lekarz  
161) Serzycki Adam – lekarz  
162) Siarkiewicz Andrzej – lekarz dentysta  
163) Sikorski Adam – lekarz  
164) Skarżyński Henryk – lekarz  
165) Skarżyński Piotr – lekarz  
166) Skoczylas Dariusz – lekarz  
167) Skomska-Pawliszak Małgorzata – lekarz  
168) Słabik-Ledóchowska Aleksandra – lekarz  
169) Smaga Elżbieta – lekarz  
170) Sobczak-Dusza Beata – lekarz  
171) Sobiech Piotr – lekarz dentysta  
172) Spałek Mateusz – lekarz  
173) Stańczak Jakub – lekarz  
174) Stańczak Ryszard – lekarz  
175) Stopiński Marek – lekarz  
176) Stypułkowska-Misiurewicz Hanna – lekarz  
177) Sułkowski Wiktor – lekarz  
178) Syczewska Danuta – lekarz dentysta  
179) Szalecki Krzysztof – lekarz  
180) Szarla Anna – lekarz  
181) Szatanek Mieczysław – lekarz  
182) Szczepanek Mariusz – lekarz dentysta  
183) Świgoń Paweł – lekarz  
184) Tatar Arkadiusz – lekarz  
185) Tobota Katarzyna – lekarz  
186) Topolska-Kotulecka Mery – lekarz dentysta  
187) Turlińska Agnieszka – lekarz  
188) Wąsowicz-Ciłekiewicz Hanna – lekarz dentysta  
189) Wernic Katarzyna – lekarz  
190) Wilmowska-Pietruszyńska Anna – lekarz  
191) Wincianas Piotr – lekarz  
192) Wiosna Maciej – lekarz  
193) Włodarczyk Andrzej – lekarz  
194) Wolski Marek – lekarz  
195) Woronowicz Bohdan – lekarz  
196) Woźniak Elżbieta – lekarz dentysta  
197) Wróbel Julian – lekarz  
198) Zajączkowski Bogdan – lekarz  
199) Zakrzewski Jakub – lekarz  
200) Zaława-Dąbrowska Małgorzata – lekarz  
201) Zieliński Tomasz – lekarz

**Uchwała nr 12/2017/VII  
Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie  
z 29 grudnia 2017 r.**

**w sprawie ogłoszenia ponownych wyborów  
w zakresie przeprowadzenia głosowania na delegatów  
na Okręgowy Zjazd Lekarzy  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
VIII kadencji 2018–2022  
w rejonie wyborczym K8/030 WUM Szpital Banacha (B)**

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, j.t. ze zm.), §21–23 w związku z §31 ust. 15 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r.), zwanego dalej „Regulaminem wyborów”, oraz na podstawie postanowienia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 14 grudnia 2017 r. stwierdzającego nieważność wyborów w rejonie wyborczym K8/030 WUM Szpital Banacha (B) oraz wygaśnięcie mandatów Katarzyny Hanus, Janusza Pachuckiego oraz Marty Starczewskiej, uchwała się, co następuje:

**§1**

Ogłasza się ponowne wybory w rejonie wyborczym K8/030 WUM Szpital Banacha (B) w zakresie przeprowadzenia głosowania na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022.

**§2**

1. Ustala się termin przeprowadzenia głosowania, o którym mowa w §1, do 15 lutego 2018 r.

2. Głosowanie, o którym mowa w §1, przeprowadza się na kandydatów wpisanych na listę kandydatów w rejonie wyborczym K8/030 WUM Szpital Banacha (B), określoną uchwałą nr 7/2017/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 23 czerwca 2017 r. w sprawie sporządzenia i zamknięcia listy zgłoszonych kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2018–2022:

- 1) Katarzyna Hanus,
- 2) Janusza Pachucki,
- 3) Marta Starczewska.

**§3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 13/2017/VII  
Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie  
z dnia 9 stycznia 2018 roku**

**w sprawie ogłoszenia ponownych wyborów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 w rejonie wyborczym K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B)**

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r., poz. 522 j.t. ze zm.), § 20 ust. 5 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą Nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.), zwanego dalej „Regulaminem wyborów”, oraz uwzględniając spełniający wymogi formalne wniosek członka rejonu wyborczego K8/046 Centrum Onkologii Ursynów

**Uchwała nr 69/R-VII/17  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 24 listopada 2017 r.**

**w sprawie powołania  
Zespołu ds. wypalenia zawodowego**

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, j.t. ze zm.), w związku z potrzebą powołania w strukturze Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zespołu ds. wypalenia zawodowego – uchwała się, co następuje:

**§1**

1. Powołuje się zespół ds. wypalenia zawodowego.
2. Zespół, o którym mowa w ust. 1, będzie składał się z sześciu członków stałych, wybieranych przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie, i dwóch członków czasowych, wybieranych i odwoływanych zwykłą większością głosów członków stałych zespołu.

**§2**

1. Powołuje się kol. Monikę Potocką – członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, na stanowisko koordynatora zespołu ds. wypalenia zawodowego.
2. Ustala się następujący skład zespołu ds. wypalenia zawodowego:
  - 1) Monika Potocka,
  - 2) Iwona Hawrytkiewicz,

- 3) Ewa Kusto,
- 4) Elżbieta Latoszek-Banasiak,
- 5) Dorota Mazurek,
- 6) Małgorzata Zarachowicz.

**§3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**§4**

Traci moc uchwała nr 64/R-VII/17 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 27 października 2017 r. w sprawie powołania zespołu ds. wypalenia zawodowego.

**Uchwała nr 70/R-VII/17  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 24 listopada 2017 r.**

**w sprawie zmiany uchwały nr 2/R-VII/14  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 10 stycznia 2014 r.  
w sprawie upoważnienia  
Prezydium  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
do działania w imieniu  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, j.t. ze zm.) – uchwała się, co następuje:



(B) z dnia 5 stycznia 2018 r. o ponowne przeprowadzenie wyborów, uchwała się, co następuje:

#### § 1

Ogłasza się ponowne wybory na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018-2022 w rejonie wyborczym K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B).

#### § 2

1. Ustala się termin zgłaszania kandydatów na delegatów w rejonie wyborczym K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B), do dnia 26 stycznia 2018 r.

2. Ustala się termin przeprowadzenia głosowania, o którym mowa w § 1, do dnia 23 lutego 2018 r.

#### § 3

Wniosek lek. Eweliny Bobek-Pstruchy, członka rejonu wyborczego K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B), z dnia 5 stycznia 2018 r. o ponowne przeprowadzenie wyborów stanowi załącznik do uchwały.

#### § 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 14/2018/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z dnia 15 stycznia 2018 roku**

#### **w sprawie ogłoszenia ponownych wyborów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 w rejonie wyborczym K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy**

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r., poz. 522 j.t. ze zm.), § 20 ust. 5 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycz-

nia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą Nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.), zwanego dalej „Regulaminem wyborów”, oraz uwzględniając spełniający wymogi formalne wniosek członka rejonu wyborczego K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy z dnia 11 stycznia 2018 r. o ponowne przeprowadzenie wyborów, uchwała się, co następuje:

#### § 1

Ogłasza się ponowne wybory na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 w rejonie wyborczym K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy.

#### § 2

1. Ustala się termin zgłaszania kandydatów na delegatów w rejonie wyborczym K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy, do dnia 29 stycznia 2018 r.

2. Ustala się termin przeprowadzenia głosowania, o którym mowa w § 1, do dnia 23 lutego 2018 r.

#### § 3

Wniosek lek. Iwony Hawrykiewicz, członka rejonu wyborczego K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy, z dnia 11 stycznia 2018 r. o ponowne przeprowadzenie wyborów stanowi załącznik do uchwały.

#### § 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie  
**Ładysław Nekanda-Trepka**  
Sekretarz Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie  
**Piotr Kuchta**

#### §1

W §1 uchwały nr 2/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 10 stycznia 2014 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do działania w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, w pkt. 17 po wyrażeniu: „nadzoru nad zbieraniem składek członkowskich i prowadzeniem ich ewidencji” dopisuje się wyrażenie w brzmieniu: „w tym prowadzenie postępowań administracyjnych i egzekucyjnych związanych z egzekucją składek członkowskich”.

#### §2

Tekst jednolity stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

#### §3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes ORL w Warszawie **Andrzej Sawoni**  
Sekretarz ORL w Warszawie **Ewa Miękus-Pączek**

## Polskie Stowarzyszenie Medyczne na Litwie zaprasza

### na konferencję „Lekarz i jego hobby”,

która odbędzie się **11–12.05.2018 r.** w Druskiennikach na Litwie.

Będzie to nasze drugie spotkanie z tego cyklu. Ubiegłoroczna konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem. Zachęcamy do udziału.

Opłata konferencyjna dla uczestników, przy wpłacie do 15.03.2018 r., wynosi 30 euro, a dla wykładowców 25 euro. Po tej dacie opłata dla wszystkich wynosi 50 euro.

Zamiar uczestnictwa należy zgłosić pod adresem: [polmedlitwa@hotmail.com](mailto:polmedlitwa@hotmail.com)

Wszelkie informacje zamieszczone są na stronie Okręgowej Izby Lekarskiej: [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)

**Krzysztof Schreyer**, kierownik Ośrodka Współpracy z Zagranicą

Fot. archiwum



## Marek Balicki

Odwołanie z rządu Konstantego Radziwiłła nie było niespodzianką. Zdecydowały o tym wydarzenia ostatnich tygodni i brak pomysłu na wyjście z konfliktu z rezydentami. W styczniu notowania ministra zaczęły tak szybko spadać, że utrzymanie go na stanowisku

po tak dużej rekonstrukcji rządu mogłoby przekreślić jej polityczny efekt.

Paradoksalnie to, co miało być największym atutem byłego wieloletniego lidera samorządu, czyli dobre relacje ze środowiskiem medycznym, okazało się obciążeniem. Sposób działania szefa resortu zdrowia wobec narastającego od miesięcy protestu lekarzy musiał budzić coraz większy niepokój. Zarzucanie rezydentom przez ich niedawnego mentora, że nie chcą się dogadać, niezależnie od oceny realności zgłoszonych postulatów, było politycznym błędem. Zwłaszcza w sytuacji, kiedy kolejne szpitale nie mogą sobie poradzić z zapewnieniem obsady lekarskiej.

Zarzut braku wystarczających działań wobec narastającego niedoboru lekarzy jest kierowany, co rozumiałe, do obecnego rządu i odchodzącego ministra. Robi to również opozycja. A przecież zarzut zaniechania powinien się odnosić przede wszystkim do jej rządów. Z problemem niewystarczającej liczby lekarzy zetknęła się już na samym początku sprawowania władzy i nic z tym nie zrobiła.

Latem 2007 r., po fali lekarskich strajków, Sejm jednogłośnie uchwalił ograniczenie czasu pracy lekarzy do 48 godzin w tygodniu, z możliwością podpisania klauzuli opt-out. Nowe przepisy miały wejść w życie z początkiem 2008 r. Jednak po jesiennej zmianie rządu świeżo powołana minister chciała to opóźnić. Obawiała się problemów szpitali z obsadą dyżurów. Do tego ostatecznie nie doszło. A ponieważ szpitale jakoś sobie poradziły, rządzący uznali, że problem sam się rozwiązał, i dalej nic nie trzeba robić. Zmarnowano następnych osiem lat, a dzisiaj mamy rezultaty.

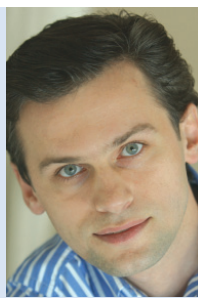
Warto przypomnieć, że w roku akademickim 2008/2009 limit przyjęć na dzienne studia lekarskie prowadzone w języku polskim wynosił 2774. W ostatnim roku rządów poprzedniej koalicji wyniósł 3589, czyli w latach 2008–2015 nabór na kierunek lekarski zwiększył się o 815 miejsc. Tymczasem tylko w ostatnich dwóch latach wzrost już o 860, ale efekty tych działań ministra Radziwiłła będą odczuwalne dopiero za kilka ładnych lat.

Nowy szef resortu zdrowia otrzymał w spadku wiele spraw, z którymi będzie się musiał zmierzyć w najbliższych miesiącach. Najpilniejszą jest z pewnością rozwiązanie konfliktu z rezydentami.

Na początek dobrym ruchem byłoby szybkie usunięcie z ostatniej nowelizacji rozporządzenia w sprawie wynagrodzeń rezydentów niesprawiedliwego zróżnicowania płac w zależności od czasu rozpoczęcia specjalizacji. W jego efekcie młodszy lekarze, którzy teraz rozpoczynają rezydenturę, mogą mieć wynagrodzenie wyższe nawet o 20 proc. od starszych kolegów.

Przedłużający się konflikt nikomu nie wyjdzie na dobre, ani władzy, ani lekarzom i pacjentom. Trzeba więc trzymać kciuki za ministra Szumowskiego. ■

Fot. archiwum



## Kruchy filar

Paweł Walewski

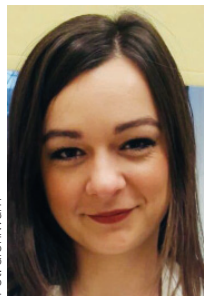
Największy ból głowy, jaki można sobie wyobrazić po rozpoczęciu nowego roku, odczuli tym razem nie amatorzy całonocnych libacji sylwestrowych, lecz dyrektorzy szpitali, starając się dopiąć od 1 stycznia grafik dyżurów w placówkach dotkniętych niedostatkami lekarzy. Wypowiadanie klauzuli opt-out nie wywraca systemu do góry nogami i jest akcją w skali kraju wciąż jeszcze symboliczną, niemniej jednak pokazuje, że ochrona zdrowia opiera się na bardzo kruchym fundamencie, skoro ma być nim praca personelu powyżej ustawowej normy. Wystarczy, że blisko 5 tys. specjalistów zrezygnowało z dodatkowych apanaży, uznając je za niewarte utraty zdrowia i czasu dla rodziny, a kłopoty z obsadą na oddziałach stały się w niektórych szpitalach sporą bolączką.

Ministerstwo Zdrowia na barki dyrektorów zrzuca teraz cały ciężar odpowiedzialności, jakby wcześniej nie było żadnych zaniedbań ze strony kreatorów polityki zdrowotnej. Głodówka rezydentów nie przyniosła im tego, czego oczekiwali. Ale skoro rządowi udało się protest spacyfikować, dosypać grosza niektórym (dzieląc przy okazji całe środowisko), naród uwierzył, że znów jest dobrze, a nawet będzie jeszcze lepiej. Otóż nie jest! Bo jeśli grafik dyżurów w szpitalach można ułożyć tylko dzięki lekarzom przyjętym z łapanki albo tym, którzy przyzwyczaili się do pracy ponad normę – nie jest to sytuacja normalna, która może trwać wiecznie.

Owszem, zbieramy żniwo wieloletnich zaniedbań, ale ta fastryga już długo nie wytrzyma. Jak więc zarzucać lekarzom, że wypowiadanie klauzuli opt-out to „igranie z bezpieczeństwem pacjentów”, jeśli to właśnie zgoda na przekraczanie limitu godzin pracy za cenę wyższej pensji wydaje się działaniem w pewnym sensie nieetycznym? Możliwość skorzystania z klauzuli, do czego tak ochoczo lekarze są dziś namawiani, to przecież zachęcanie do bylejakości, notoryczne naginanie prawa. W wielu punktach jest być może absurdalne, lecz wyznacza przecież pewne standardy. Ministerstwo powinno więc sprzyjać raczej tym, którzy chcą przepisów przestrzegać, niż wymachiwać sakiewką przed śnającymi się na nogach ze zmęczenia medykami i obiecywać, że jeśli pracować będą jeszcze więcej, to otrzymają nagrodę.

Wreszcie widać, na jakich filarach wspiera się nasz publiczny system ochrony zdrowia i za jaką cenę – lekceważenia kodeksu pracy – pacjenci mogą czuć się bezpieczni (skoro ten argument tak często pojawia się w wypowiedziach samego ministra, nie mam oporów przed użyciem go). Mamy w tej chwili wiele teoretycznych gwarancji poprawy sytuacji, ale wciąż nie wiadomo, na ile są realne. Teoretyczne państwo ma się świetnie. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Fot. archiwum

# Pakiet onkologiczny – zmiany od 1 lipca 2017 r.

**Karolina Osowiecka**

dr. n. o. zdrowiu, koordynator pakietu onkologicznego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie, Katedra Zdrowia Publicznego, Epidemiologii i Mikrobiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu UWM

Wiadomo, że nowotwory złośliwe stanowią poważny problem epidemiologiczny zarówno w Polsce, jak i na świecie. 5-letnie przeżycie względne chorych na nowotwory w Polsce jest o około 10 proc. niższe od średniej dla wszystkich krajów Unii Europejskiej. Jednym z powodów tego stanu rzeczy jest późne, często już w stadium zaawansowanym, wykrywanie nowotworów w naszym kraju, co zmniejsza szansę wyleczenia. Czas oczekiwania na leczenie onkologiczne ma wpływ na skuteczność terapii. W celu poprawy niepomyślnych wskaźników i prognoz zachorowalności oraz umieralności związanych z chorobami onkologicznymi w Polsce grupa ekspertów środowiska onkologicznego opracowała dokument „Strategia walki z rakiem w Polsce na lata 2015–2024”, opublikowany 5 lipca 2014 r. Wskazano w nim kluczowe kierunki zmian, m.in. dotyczące dostępności diagnostyki i leczenia onkologicznego.

23 października 2014 r. opublikowano **Rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**. W dokumencie określono zasady realizacji diagnostyki i leczenia onkologicznego przez świadczeniodawcę na podstawie wprowadzonej tym rozporządzeniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Na świadczeniodawców nałożono obowiązek przestrzegania terminów wyznaczonych na wykonanie diagnostyki onkologicznej: 9 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (obowiązujące od 1 stycznia 2015 do 31 grudnia 2015 r.), następnie skrócono ten czas do 8 tygodni.

Na mocy **Rozporządzenia ministra zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego** wprowadzono obowiązek ustalania planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny składający się ze specjalistów w dziedzinie: onkologii klinicznej, radioterapii lub radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej lub ogólnej (albo innej dziedziny zabiegowej, w zależności od umiejscowienia nowotworu), rentgenodiagnostyki albo radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej.

Według tego dokumentu podjęcie leczenia onkologicznego powinno odbyć się w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia nazwiska świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Ustawa ta uwzględnia również obowiązek wyznaczenia koordynatora, którego główną rolę powinno być udzielanie informacji pacjentowi o organizacji procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu.

W **Rozporządzeniu ministra zdrowia z 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego** został podany wzór karty DiLO, która jest skierowaniem pacjenta do lekarza specjalisty.

Wspomniane rozporządzenia weszły w życie 1 stycznia 2015 r. i miały na celu sprawne i szybkie przechodzenie pacjenta z podejrzeniem nowotworu przez wszystkie etapy diagnostyki, prowadzące do rozpoznania nowotworu, a następnie bez zbędnej zwłoki rozpoczynanie leczenia onkologicznego. Zniesienie limitów na świadczenia realizowane w ramach szybkiej terapii onkologicznej prowadzić miało do skrócenia kolejek pacjentów z podejrzeniem nowotworu i tym samym poprawić dostępność świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych.

1 lipca 2017 r. weszło w życie **Rozporządzenie ministra zdrowia z 20 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**. Korzystną zmianą jest możliwość założenia karty DiLO w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej, bez odsyłania pacjenta do lekarza rodzinnego lub zakładania „zielonej karty” dopiero po uzyskaniu rozpoznania histopatologicznego nowotworu złośliwego, dzięki czemu jest szansa skrócenia całkowitego czasu oczekiwania na badania i leczenie. Zmianom uległy terminy wykonania świadczeń. Obecnie maksymalny czas przeprowadzenia pełnej diagnostyki nie może przekraczać 7 tygodni od dnia wpisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Diagnostyka wstępna powinna odbyć się w terminie 28 dni. Należy ją rozpocząć nie później niż 14 dni od dnia wpisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia lub od porady specjalistycznej, w trakcie której powzięto podejrzenie nowotworu złośliwego i wystawiono kartę DiLO. Diagnostyka pogłębiona powinna być przeprowadzona w terminie 21 dni, a rozpocząć ją należy nie później niż 7 dni od dnia zakończenia diagnostyki wstępnej lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy u tego samego świadczeniodawcy lub wpisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez innego świadczeniodawcę.

Zmiany dokonano również w składzie zespołu konsylium. Według **Rozporządzenia ministra zdrowia z 19 czerwca 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego** skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego nie obejmuje już specjalisty z dziedziny radiologii. W przypadkach, w których potwierdzenie nowotworu złośliwego jest możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-lecniczego, określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez konsylium powinno odbyć się w terminie nie dłuższym niż 28 dni od dnia zabiegu.

Na mocy **Rozporządzenia ministra zdrowia z 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego** wprowadzono zmianę wzoru tej karty. Jest jednak raczej kosmetyczna, z punktu widzenia koordynatora pakietu onkologicznego nie uważam, aby była istotna. ■



**SZYBKA  
TERAPIA**  
ONKOLOGICZNA



# Problemy geriatryi

Filip Niemczyk, adwokat

**Geriatrya jest jedną z tych dziedzin medycyny, przed którymi stoją największe współczesne wyzwania. Opieka nad osobami starszymi przynosi zasadnicze problemy natury ekonomicznej, prawnej i etycznej, z którymi tylko częściowo jesteśmy w stanie sobie poradzić.**

Tendencje demograficzne wskazują, że nasila się zjawisko starzenia się populacji mieszkańców Polski. W konsekwencji liczba osób, których dotyczą dolegliwości związane ze starością, nieustannie rośnie. Z danych GUS wynika, że w Polsce od 2025 r. nastąpi skokowy wzrost odsetka osób w wieku powyżej 80 lat, które obecnie stanowią 3 proc. społeczeństwa, natomiast do 2035 ten wskaźnik sięgnie 7 proc. Środki przeznaczane na opiekę geriatryczną już teraz są niewystarczające, bo zarówno potrzeby, jak i koszty leczenia rosną wraz z liczbą przeżytych lat. Dane dowodzą, że średnia liczba łóżek opieki długoterminowej na 1 tys. osób w wieku powyżej 65 lat w 20 wybranych krajach OECD wynosi 49,1. W Polsce – 17,5 i nic nie wskazuje, aby w najbliższej przyszłości znacząco zwiększono wydatki na świadczenia związane z opieką medyczną nad osobami starszymi.

Opieka nad starszymi pacjentami spada w dużej mierze na rodziny, które nie zawsze mają odpowiednie warunki i wiedzę, aby się z zadania dobrze wywiązać. Osoba starsza, cierpiąca na otępienie lub taka, u której rozwija się choroba Alzheimera, nie tylko nie radzi sobie w codziennych sprawach i jest narażona na urazy, wypadki, zagubienie się, ale przede wszystkim jest podatna na wpływ osób trzecich, czyli stanowi łatwy cel oszustów i manipulatorów. Dla dobra takiej osoby powinno się zmierzać do częściowego chociażby jej ubezwłasnowolnienia, co wymaga złożenia stosownego wniosku do sądu. Opiekun ustanowiony dla ubezwłasnowolnionego ma możliwość sprawowania ochrony nad seniorem i jego majątkiem, o czym warto informować osoby, które faktycznie taką opiekę sprawują.

Hospitalizacja pacjentów geriatrycznych w zdecydowanej większości przypadków odbywa się na oddziałach chorób wewnętrznych. Osoby takie są powszechnie uznawane za pacjentów trudnych, a ich leczenie jest kosztowne. Oddziały wewnętrzne nie są przeznaczone do długoterminowej hospitalizacji, charakterystycznej dla geriatryi. Pacjent w zaawansowanym wieku trafia do szpitala zazwyczaj w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia, niejednokrotnie na-

głym. Gdy nastąpi poprawa, powinien być zatem ze szpitala wypisany. Bywa to jednak trudne, ponieważ starsi pacjenci często potrzebują nieustannej opieki, zbliżonej do zapewnianej w warunkach szpitalnych. Brak odpowiednich placówek o profilu geriatrycznym powoduje, że decyzja o wypisaniu pacjenta ze szpitala jest ryzykowna. Lekarz nie ma żadnej pewności, czy po opuszczeniu lecznicy pacjent otrzyma odpowiednią opiekę i czy nie wróci wkrótce na izbę przyjęć w gorszym stanie. Zdarza się również, że pacjent w zaawansowanym wieku przez wiele tygodni przebywa na różnych oddziałach szpitalnych, aż w końcu jest wypisywany do domu lub wraca na oddział wewnętrzny. Interna staje się często miejscem, gdzie tacy chorzy umierają, a personel wykonuje zadania z zakresu opieki terminalnej.

Konstytucja RP w art. 68 nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom

w podeszłym wieku. Najwyższa Izba Kontroli już w 2015 r. donosiła, że w Polsce nie ma systemu opieki medycznej nad starszymi pacjentami. Brakuje geriatrów, specjalistycznych poradni, oddziałów szpitalnych. W ocenie NIK głównym powodem jest metoda rozliczania świadczeń medycznych przez NFZ, która zakłada finansowanie tylko jednej choroby, choć ludzie starsi z reguły cierpią na kilka schorzeń jednocześnie. Zdaniem NIK pacjent w podeszłym wieku komple-

sowo prowadzony przez geriatrę funkcjonuje lepiej, a jego leczenie kosztuje mniej. Jako prawnik dodam jeszcze, że dobrze zorganizowany i odpowiednio finansowany system opieki nad osobami starszymi minimalizuje ryzyko błędów. Lekarz, który dysponuje nowoczesnym sprzętem i łatwo uzyska wyniki niezbędnych badań, działa skuteczniej. Tymczasem za niewydolność i złą organizację systemu lekarze często ponoszą odpowiedzialność osobistą, bo przecież zgodzili się pracować w określonych warunkach.

W geriatryi, niczym w soczewce, skupiają się zasadnicze problemy dzisiejszej służby zdrowia. Perspektywy są niestety złe, a konsekwencje procesów demograficznych – nieuniknione. Należy mieć nadzieję, że coraz częstsze głosy domagające się zasadniczych zmian w systemie opieki nad osobami starszymi zostaną chociażby w części wysłuchane. Kwestie te podnoszone są nie tylko przez środowisko lekarskie, ale również przez organizacje społeczne i rzecznika praw obywatelskich. Wszyscy przecież życzymy sobie dożywania starości i przeżycia jej godnie. ■



Fot. licencja Artmedia Partners



Fot. egw

# Moralne interpretacje prawa

Tadeusz Tołłoczko

Przez prawie 60 lat mojej lekarsko-chirurgicznej pracy pacjenci wielokrotnie pytali mnie o zawodowe kwalifikacje i umiejętności, a nawet na podstawie rozmowy oceniali moje kompetencje moralne. Natomiast nie zdarzyło się, aby ktokolwiek (nawet prawnicy) pytał mnie o znajomość prawa. Do oceny moich kompetencji chirurgicznych i moralnych taka informacja chorym nie była potrzebna. Nie ma bowiem żadnej zależności między znajomością prawa a wynikami postępowania diagnostycznego i skutecznością terapii prowadzonej zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i deontologii. Dobra opinia moralna stanowiła wystarczającą gwarancję bezpieczeństwa prowadzonej terapii.

Znajomość prawa, tak jak znajomość zasad etycznych, wcale nie oznacza i nie warunkuje bycia człowiekiem prawnym i postępującym etycznie, a nawet tylko przyzwoitym. Nasze codzienne życie zbyt dużo i zbyt często dostarcza nam tego przykładów. Osoba dobrze znająca prawo z łatwością potrafi przepisy omijać, manipulować nimi, fałszywie je interpretować, mataczyć, a także tzw. dziurawe prawo tworzyć. Umiejętność wykorzystywania takiego prawa cechuje „skutecznych” prawników.

Ponieważ z natury rzeczy twórcą prawa stanowionego jest władza, przeto związek prawa i polityki jest oczywisty. Niestety, zbyt często zarówno legislatorzy, jak i obywatele zapominają, że prawda i zasady moralne są niezależne od poglądów rządzących, a te z kolei bywają sprzeczne z prawdą, dobrem i lekarskim sumieniem. Stanowione prawo bywa narzędziem realizacji woli przywódców politycznych, nie odzwierciedla sumienia postów głoszących za jego przyjęciem i tych, których ono dotyczy. Bywa też z tym sumieniem sprzeczne.

Starożytni Rzymianie mawiali: „*Non veritas, sed auctoritas facit legem*” („Nie prawda, lecz władza stanowi prawo”). Jednak „*ius est quod iustum est*” („Prawem jest to, co jest prawe”), do czego nie zawsze stosują się legislatorzy. Prawa i dobro chorego to wartości wystarczająco uniwersalne, by uznawać je za dogmat niezależny od zmiennych norm prawa stanowionego, jakże często dostosowywane do ideologicznych i politycznych wytycznych oraz potrzeb. Jeśli etyka przyjmuje polityczny wymiar, pamiętajmy, że aktualna pozostaje dewiza „*Non omne licitum honestum*” („Nie wszystko, co dozwolone, jest godziwe”). Wszelkie próby podporządkowania etyki polityce zawsze potwierdzają tę zasadę.

Wiele niezgodności między prawem moralnym a stanowionym wynika z faktu, że łatwiej stanowić prawa niż dobrze rządzić. Prawo może być zarówno „prawe”, jak i „nieprawe”, ale i za „prawym prawem” przyczajona jest



Fot. licencja Artmedia Partners

tendencyjna i upolityczniona interpretacja.

Politycy i prawnicy osłonięci immunitetem, uzbrojeni w pieczętki i możliwość surowych represji, potrafiący prawo naginać, z łatwością uzyskać mogą formalną, choć nie moralną przewagę nad prostym lekarskim tokiem myślenia i głosem lekarskiego sumienia. I tu pojawia się niezwykle zagrożenie, które C.K. Norwid demaskował jako: „*Mądrość kłamstwa, kłamstwo wiedzy, formalizm prawdy, wewnętrzna bezistotność*”.

Zastanawiałem się, czy moje rozumowanie jest tendencyjnie odbiegające od rzeczywistości. Potwierdzenie słuszności moich tez odnalazłem w XVIII-wiecznym spostrzeżeniu Stanisława Staszica: „*Prawo zamienili w czczą formalność, która tylko wtenczas ważną była, kiedy prawo ich dumie, łakomstwu i złości służyło*”. Jednak „*lekarz działać ma w systemie poza politycznym, a więc być poza wszelkimi ideologicznymi przesłankami, teoriami prawnymi i systemem politycznym*”.

Czytając ten tekst zauważyłem, że na jego konstrukcję miała widoczny wpływ metodyka przygotowania wykładów z chirurgii, bo mówię o chorobach i niepożądanych zdarzeniach do ludzi zdrowych, wolnych od tych zagrożeń. Poza tym więcej jest ludzi zdrowych niż dotkniętych chorobami. Dlatego tutaj poruszyłem tylko negatywne aspekty problemu styku moralności i prawa. Pozytywne są powszechnie znane, bo często przedstawiane. Są też doceniane.

Wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z organizacją życia społecznego i hierarchią, musi istnieć prawo wszechstronnie regulujące proces rozwoju i warunki pracy, a więc określające prawa gwarantujące postęp. Nie może jednak narzucać rozwiązań zbyt szczegółowych. Istnieje bowiem zbyt wiele odmiennych parametrów, których charakter i natężenie zmienia się w codziennej rzeczywistości, mogących mieć wpływ na kształt ostatecznej formy przepisów, by można je było przewidzieć i ująć w postaci paragrafu. ■

# Gdy RODO wejdzie w życie...



Fot. archiwum

Z dr. Maciejem Kaweckim, dyrektorem Departamentu Zarządzania Danymi w Ministerstwie Cyfryzacji, rozmawia Ewa Szarkowska.

## Już za kilka miesięcy polski system ochrony danych osobowych czeka prawdziwa rewolucja. Dlaczego?

Nasza reforma ochrony danych osobowych znajduje źródło w prawie europejskim. Ustawodawca unijny podjął decyzję o unifikowaniu zasad ochrony danych osobowych, czyli o stworzeniu aktu, który obowiązuje w takim samym zakresie we wszystkich państwach członkowskich. Pewne obszary pozostawił w kompetencji państw

członkowskich. Od 25 maja 2018 r., kiedy unijne rozporządzenie znane jako RODO wejdzie w życie, polski system ochrony danych osobowych będzie się składał z trzech aktów – rozporządzenia unijnego, nowej ustawy o ochronie danych osobowych i zmienionych ponad 130 ustaw sektorowych. To ogromny pakiet legislacyjny. Czwartym będzie ustawa implementująca tzw. dyrektywę policyjną, ale ma ona mniejsze znaczenie dla sektora zdrowia.

### Na czym polegają główne zmiany?

Generalnego inspektora ochrony danych osobowych zastąpi prezes Urzędu Ochrony Danych. Nowy urząd będzie miał więcej uprawnień, m.in. możliwość nakładania surowych kar finansowych, co gwarantuje powszechniejsze poszanowanie praw do ochrony danych osobowych. Ale prezes urzędu będzie przede wszystkim organem wspomagającym i konsultującym, a dopiero w drugiej kolejności – karzącym. Będzie opracowywał wspólnie z poszczególnymi sektorami tzw. dobre praktyki, które ułatwią wykorzystywanie danych osobowych obywateli w sposób odpowiadający nowym przepisom, z uwzględnieniem potrzeb każdej branży.

### Nowe regulacje oznaczają dla systemu ochrony zdrowia sporo istotnych zmian, do których trzeba się przygotować.

Sektor zdrowia to obszar, w którym dane osobowe są przetwarzane w ogromnych zasobach. Nie ma innego podmiotu, który by przetwarzał większą liczbę danych dotyczących zdrowia niż NFZ. Poza tym prawie wszystkie gromadzone dane są danymi wrażliwymi, bo dotyczą naszego stanu zdrowia, a zatem szczególnie chronionymi. I dlatego w zasadzie w całości sektor medyczny będzie objęty obowiązkiem powołania inspektora ochrony danych. I nie ma tu znaczenia, czy jest to duży szpital, czy mała praktyka lekarska. Jeśli lekarz przyjmuje dziennie czterech pacjentów, tygodniowo ma ich 20, miesięcznie co najmniej 80, w ciągu roku ponad 1000, a w ciągu paru lat – kilka tysięcy. I jest zobowiązany do powołania inspektora danych osobowych. Obowiązek ten dotyczy również lekarza specjalisty, który w ramach indywidualnej działalności gospodarczej przyjmuje prywatnie tylko raz w miesiącu, a także lekarza, który prowadzi własną praktykę lekarską w pomieszczeniu wynajętym przez szpital. W przypadku kontraktorów, wynajętych jako podwykonawcy przez szpital, odpowiedzialność za zabezpieczenie danych osobowych ponosi ów szpital. Lekarze na kontraktach mają jednak obowiązek stosować się do wdrożonych przez placówkę procedur bezpieczeństwa.

To jest pierwsza zmiana bardzo istotna, odczuwalna i kosztogonna dla sektora medycznego. Nikt nie pracuje za darmo i inspektorowi należy się wynagrodzenie, bo musi opracować i wdrożyć procedury zapewniające bezpieczeństwo zbiorów danych wrażliwych. W dużym szpitalu prawdopodobnie to będzie osoba zatrudniona na etacie. Jednoosobowe praktyki lekarskie zapewne będą korzystały z outsourcingu zewnętrznego podmiotu.

### Czy funkcję inspektora może pełnić sam lekarz?

Lekarz nie może pełnić takiej roli, ponieważ byłby to absolutny konflikt interesów.

### Czy inspektorem danych osobowych może zostać obecny administrator IT?

Tak, pod warunkiem, że ma wiedzę i doświadczenie w zakresie ochrony danych osobowych. Pracodawca/zleceniodawca musi żądać poświadczenia doświadczenia. Są różne

formuły weryfikacji – studia podyplomowe, rozmowa kwalifikacyjna, testy wstępne. Inspektorem może być osoba, która zajmowała się przez 20 lat systemami informatycznymi i ma doświadczenie albo zajmowała się kadrami i przetwarzania zasoby kadrowe. Powierzenie zadań inspektora ochrony danych osobie niedoświadczonej wiąże się z większym ryzykiem wizerunkowym i finansowym, czyli z karami.

### **Na co jeszcze muszą się przygotować wszystkie placówki medyczne?**

Zgodnie z nowymi regulacjami każdy będzie miał prawo żądania, by przekazano jego dane osobowe innemu podmiotowi. To będzie dotyczyło także sektora medycznego. Jeśli ktoś np. zmieni lekarza rodzinnego, będzie mógł zażądać od tego, u którego leczył się wcześniej, żeby jego dokumentację medyczną przesłał innemu lekarzowi. W takiej sytuacji lekarz A będzie zobowiązany przekazać informacje lekarzowi B, a jednocześnie pozostawić je w swoich zasobach. W ogromnych podmiotach, takich jak szpitale kliniczne, liczba żądań pewnie będzie wynosiła kilka dziennie, więc ten proces powinien być zautomatyzowany. W jednoosobowych praktykach lekarskich proces nie musi być zautomatyzowany, wymaga jednak wdrożenia pewnych procedur.

### **Nowe przepisy wprowadzają podejście do przetwarzania i ochrony danych osobowych oparte na ryzyku.**

To bardzo istotna zmiana. Dzisiaj jesteśmy przyzwyczajeni, że dostajemy konkretne wytyczne, jak zabezpieczać dane osobowe, i jeśli ktoś je wypełnia, nawet gdy coś się stanie, nie ponosi odpowiedzialności. Teraz to się zmienia. Każdy administrator danych, czyli każdy szpital, każdy lekarz, który prowadzi indywidualną praktykę lekarską, będzie miał obowiązek samodzielnie każdorazowo oceniać ryzyko i dostosowywać do niego swoje zabezpieczenia. Przykład – korzystanie z monitoringu wizyjnego. Jeśli jest zainstalowany na korytarzu w Ministerstwie Cyfryzacji, gdzie nikt nie ujawniania informacji dotyczących swojego stanu zdrowia, korzystanie z niego podlega normalnym zasadom określonym prawem. Ale zamontowanie monitoringu w poczekalni oznacza już gromadzenie danych wrażliwych. Bo bardzo często na drzwiach, obok imienia i nazwiska lekarza, jest także informacja o jego specjalizacji, bardzo często u pacjenta wi-

dać chorobę. W związku z tym zasady stosowania monitoringu są tam zupełnie inne, bo ryzyko jest wysokie. Zabezpieczanie taśm z monitoringu w takich miejscach powinno być zatem odpowiednio dokładne.

Inny przykład – korzystanie z usług firm sprzątających. Są pomieszczenia, takie jak mój gabinet, gdzie poza biurkiem nie ma nic, a dostęp do komputera uzyskuje się za pomocą indywidualnej karty, którą właściciel ma zawsze przy sobie. W związku z tym pomieszczenie może być sprzątane pod nieobecność kogokolwiek. Ale jeżeli mamy do czynienia z placówką medyczną przetwarzającą dane wrażliwe o zdrowiu, gdzie bardzo często karty pacjentów z widocznymi na kopertach numerami PESEL rozłożone są na biurku w gabinecie lekarskim, nie mówiąc już o rejestracjach, w których jest przechowywana pełna dokumentacja medyczna w wersji papierowej lub elektronicznej, to takie miejsca powinny być sprzątane tylko w obecności pracowników placówki.

### **Warto chyba o tym pamiętać, bo z nowymi regulacjami pacjenci zyskają prawo żądania odszkodowania za naruszenie prawa do ochrony danych osobowych, a na podmiot, który dokona naruszenia, będą nakładane horrendalnie wysokie kary.**

Za naruszenie poufności danych osobowych lub prywatności, GIODO nie ma uprawnienia do nakładania kar finansowych. Od 25 maja 2018 r. sytuacja ulegnie radykalnej zmianie. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych będzie uprawniony do nakładania kar: przypadku sektora prywatnego do 20 mln euro, w przypadku sektora publicznego – do 100 tys. zł. Jeżeli placówka ochrony zdrowia funkcjonuje w formie publicznego zakładu opieki zdrowotnej, złamanie przez nią przepisów będzie podlegało karze do 100 tys. zł. Wobec placówek medycznych działających w formie spółek cywilnych oraz jednoosobowych praktyk lekarskich będą orzekane kary do 20 mln euro. To kara absolutnie maksymalna, ale rzeczywiście robi wrażenie. W większym wymiarze będzie nakładana, jeśli zdarzy się, że z winy umyślnej lekarza lub innej osoby mającej dostęp do danych wrażliwych dojdzie do bezprawnego udostępnienia danych dotyczących stanu zdrowia wszystkich pacjentów. W praktyce o jej ostatecznej wysokości będzie decydować wiele kryteriów, tj. wina umyślna, nieumyślna, współpraca z organem nadzorującym, posiadanie certyfikatu bezpieczeństwa itp. ■

## Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie zaprasza do udziału w kursach z zakresu prawa medycznego, psychologii i ratownictwa medycznego

Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne. Szkolenia będą organizowane w soboty, w godzinach 9.00–16.00. Kursy są bezpłatne, w przerwie zapewniamy ciepły posiłek. Zapisy odbywają się wyłącznie drogą elektroniczną przez stronę <http://izba-lekarska.pl/lista-szkolen/>

- 24.02.2018 r.** Lekarz też człowiek, czyli jak radzić sobie ze stresem związanym z pracą i życiem osobistym (kurs z zakresu psychologii)
- 10.03.2018 r.** Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza za źle wystawione recepty, zwrot refundacji (kurs z zakresu prawa medycznego)
- 24.03.2018 r.** Zasady dobrej komunikacji w relacji lekarz – pacjent (kurs z zakresu psychologii)
- 14.04.2018 r.** Agresywny pacjent (kurs z zakresu prawa medycznego)
- 19.05.2018 r.** Stany zagrożenia w gabinecie dentystycznym (kurs z zakresu ratownictwa medycznego)
- 16.06.2018 r.** Stany zagrożenia w praktyce lekarza (kurs z zakresu ratownictwa medycznego)

Dodatkowe informacje: tel. 22-54-28-371, 784-986-561.

Krzysztof Dziubiński



# Epidemia naszych czasów

**dr hab. dr n. med. Wiesław Tomaszewski,**

prof. nadzw., specjalista ortopedii i traumatologii, specjalista medycyny sportowej

**Ch**oroba zwyrodnieniowa jest najczęstszą chorobą stawów. Liczba cierpiących z powodu bólu stawów i pogłębiającej się niesprawności rośnie, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia choroba zwyrodnieniowa stawów jest obecnie czwartą co do częstotliwości przyczyną niesprawności kobiet i ósmą mężczyzn. Jest także głównym źródłem bólu i powodem pogorszenia się jakości życia, szczególnie osób w wieku podeszłym. Znajduje się wśród 10 chorób generujących najwyższe koszty społeczne. Przewiduje się, że koszty te (biorąc pod uwagę zarówno problemy osób dotkniętych chorobą, jak i środki finansowe przeznaczone na ich leczenie) będą się systematycznie zwiększać ze względu na wydłużanie się życia, rozwój cywilizacji, a także coraz częstsze występowanie czynników ryzyka tego schorzenia, m.in. otyłości i siedzącego trybu życia.

Aging, Arthritis Foundation Orthopedic Research and Education Foundation. Określa ChZS jako grupę nakładających się zaburzeń, które mimo odmiennej etiologii prowadzą do podobnych zmian biologicznych, morfologicznych i klinicznych. To postępujący powoli, przez wiele lat, proces degeneracyjny powodujący stopniowe uszkodzenie chrząstki stawowej. W jego efekcie następuje znaczne upośledzenie budowy i funkcji zajętego stawu, czyli zmniejszenie się zakresu ruchomości, któremu towarzyszy ból, a wreszcie całkowite zniszczenie powierzchni stawowych prowadzące do inwalidztwa.

Czy jednak choroba zwyrodnieniowa stawów musi być nieuleczalną epidemią? Czy swoistą formą leczenia przyczynowego musi pozostać, jak dotychczas, jedynie endoprotezoplastyka, to znaczy całkowita wymiana stawu?



Fot. licencja Artmedia Partners

Spośród wielu definicji choroby zwyrodnieniowej stawów (określanej także *morbus degenerativus articularum*, *osteoarthritis*, *osteoarthritis*), pojawiających się w literaturze w ostatnich kilkudziesięciu latach w wyniku badań i rozwoju wiedzy o jej patomechanizmie, najbardziej trafna wydaje się definicja opracowana przez ekspertów American Academy of Orthopaedic Surgeons, National Institute of Arthritis, Musculoskeletal and Skin Diseases, National Institute on

Przecież pojęcie leczenia przyczynowego zawiera zgoła odmienne treści i oczekiwania. Kontynuując rozważania, czy najnowsze doniesienia oparte na wiarygodnych wynikach wielokierunkowych badań naukowych upoważniają do postawienia „odważnej” tezy, że jesteśmy już blisko opracowania metod i środków, które pozwolą na skuteczne leczenie przyczynowe choroby zwyrodnieniowej stawów? Co więc może (i powinien) zrobić lekarz/terapeuta jeszcze



przed aloplastyką lub jakie wdrożyć postępowanie lecznicze, aby do operacji nie doszło?

Naukowcy i doświadczeni klinicyści pracujący i realizujący badania nie tylko w Polsce, ale także w uznanych ośrodkach naukowo-badawczych na świecie, są przekonani, że wykorzystanie najnowocześniejszych metod i środków w kompleksowym leczeniu ChZS umożliwi powstrzymanie rozwoju choroby i zapobieżenie jej następstwom. Mają jednak świadomość, że przy obecnym poziomie wiedzy nie wszystkie cele uda się w pełni osiągnąć. Jednak trwające nieprzerwanie na całym świecie poszukiwania coraz to nowych generacji metod i środków o większej skuteczności terapeutycznej dają uzasadnioną nadzieję na osiągnięcie sukcesu w ciągu najbliższych lat.

Stałe dążenie do jak najpełniejszego poznania przyczyn powstania i rozwoju ChZS, będące głównie domeną naukowców i badaczy, nie powinno być obce lekarzom praktykom. Połączenie wiedzy teoretycznej z obserwacjami i doświadczeniem klinicznym z pewnością ułatwi poszukiwania i wzbogaci warsztat badawczy. W tym miejscu, przygotowany na pytanie czytelnika: czy rozległa wiedza teoretyczna, niewątpliwie interesująca dla badacza, może być przydatna lekarzowi praktykowi, odpowiadam: zdecydowanie TAK. Poznanie współczesnych poglądów na etiopatogenezę ChZS pozwoli na podjęcie próby nowoczesnego leczenia już na poziomie komórkowym. Przeprowadzone metaanalizy, oparte na kilkunastoletnich badaniach i obserwacjach ogromnej liczby pacjentów w różnym wieku, różnej płci, o różnicowanych parametrach antropometrycznych i różnych ras, umożliwiają już obecnie określenie kierunku epidemiologii choroby (tzw. wskaźnik chorobowości). Pozwala to określić czynniki ryzyka w odniesieniu do konkretnego pacjenta oraz przewidzieć dalszy przebieg rozwijającej się ChZS, dzięki dokonaniu oceny progresji i kolejności umiejscowienia zmian chorobowych. Do tej grupy nowatorskich zagadnień trzeba również zaliczyć problematykę genetyczno-epigenetycznych interakcji w etiopatogenezie choroby zwyrodnieniowej stawów, z ukazaniem możliwości nowoczesnej diagnostyki i terapii na poziomie genetycznym. Co więcej, najnowsze osiągnięcia w tej dziedzinie upoważniają do postawienia tezy, że nowoczesne i kompleksowe leczenie ChZS powinno być obecnie wzbogacone przez zastosowanie metod genetycznych, szczególnie w aspekcie diagnostyki i prognozowania dalszego przebiegu choroby. Wykorzystanie wyników najnowszych badań genetycznych, molekularnych, a także doświadczeń na zwierzętach w codziennej praktyce klinicznej i ambulatoryjnej stwarza możliwość rozszerzenia dotychczasowego wachlarza terapeutycznego, którym dysponuje lekarz, o nowe elementy. W wieloletnim zazwyczaj procesie leczenia bagatelizuje się często uwarunkowania żywieniowe i środowiskowe, istotne w rozwoju ChZS, a także wpływ aktywności fizycznej, rehabilitacji i jakże istotnego aspektu psychologicznego choroby, które powinny stanowić integralny składnik kompleksowego leczenia.

Patomechanizm powstawania zmian zwyrodnieniowych prowadzących do uszkodzenia powierzchni stawowych nie jest w pełni poznany. Rozwój technik diagnostycznych i laboratoryjnych, który nastąpił w ciągu ostatnich kilkunastu lat, zapewnił jednak poznanie roli, jaką spełniają poszczególne populacje komórkowe biorące udział w powstaniu i rozwoju choroby. Wydaje się więc, że zrozumienie etiopatogenezy ChZS, będące aktualnie tematem wielu badań naukowych prowadzonych na całym świecie, może stać się faktem w najbliższym okresie. ■

## 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

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



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



OGŁOSZENIE

## BEZPŁATNE SZKOLENIE DLA LEKARZY

# Choroba zwyrodnieniowa stawów

Celem projektu jest rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych - lekarzy odpowiadających na potrzeby epidemiologiczne kraju w zakresie kompleksowej profilaktyki, diagnostyki i leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów.

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązków doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, udokumentowanej liczby godzin uczestnictwa w kursie medyczny, lekarzowi przysługują 48 punktów edukacyjnych.

Biuro projektu:  
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18, 02-366 Warszawa  
pawr.wsiiz.pl



Fot. archiwum

# Farmakoterapia bólu w chorobie zwyrodnieniowej stawów

**Małgorzata Malec-Milewska**  
Klinika Anestezjologii i Intensywnej  
Terapii CMKP, Warszawa

**B**ól w chorobie zwyrodnieniowej stawów ma charakter bólu receptorowego z komponentem zapalnym (zwłaszcza w okresach zaostrzenia choroby), ale u ponad 30 proc. cierpiących na nią ma również komponent neuropatyczny. U większości chorych ból zapalny występuje w natężeniu co najmniej średnim, czyli oceniany jest na ponad 5 pkt. w 11-punktowej skali numerycznej NRS. W skali tej 0 oznacza brak bólu, natomiast 10 ból najsilniejszy, trudny do wyobrażenia. Jeżeli u takiego chorego zastosujemy jedynie lek z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych, oczywiście trochę poprawimy jakość jego życia (NRS nie będzie wynosiło 7–8, lecz obniży się do 4–5). Niestety, do ośrodkowego układu nerwowego (OUN) docierać będzie stała informacja o procesie chorobowym zachodzącym na obwodzie, co prowadzić może do chronifikacji (utrwalenia) bólu. Pamiętając jednak o znanym fakcie, że leki z pierwszego stopnia drabiny analgetycznej nie radzą sobie z bólem przekraczającym 5 pkt. w skali NRS, zawsze w okresie zaostrzenia bólu w chorobie zwyrodnieniowej stawów powinniśmy włączyć lek z grupy NLPZ.

Jeżeli jednak ból przekracza w NRS 5 pkt., należy dołączyć lek z grupy opioidów. W bólu o średnim natężeniu (NRS 5–7) trzeba zastosować opioid z drugiego stopnia drabiny analgetycznej (tramadol), a w bólu o dużym natężeniu (NRS 8–10) opioid z trzeciego stopnia drabiny analgetycznej (tapentadol, oksykodon lub buprenorfina). Bardzo korzystne jest dołączenie do NLPZ i opioidu leku z grupy przeciwdepresyjnych, działających w mechanizmie serotonergicznono-adrenergicznym (duloksetyna). Duloksetyna spowoduje aktywację zstępujących mechanizmów kontroli bólu. Lek jest o wiele bardziej bezpieczny dla układu krążenia u chorych w wieku podeszłym niż amitryptylina (nie jest zalecana dla chorych powyżej 65. roku życia). W odróżnieniu od amitryptyliny nie powoduje zwiększenia wagi pacjenta, a u chorych w wieku podeszłym nie wywołuje zaburzeń równowagi, zawrotów głowy i pogorszenia koncentracji. Leki z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny nie są skuteczne w terapii (wysoki współczynnik terapeutyczny NNT; współczynnik ten mówi, ilu chorym należy podać dany lek, aby u jednego uzyskać pozytywny efekt przeciwbólowy).

Dla poprawy efektu terapeutycznego u chorego z zaostrzeniem choroby zwyrodnieniowej stawów wskazane jest dołączenie siarczanu glukozaminy i chondroityny. Z badań naukowych (zwłaszcza dla choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego) wynika, że dodatek tych leków o prawie 50 proc. redukuje zapotrzebowanie na NLPZ. Zalecane jest jednak stosowanie leków, a nie suplementów diety zawierających glukozaminę i chondroitynę, ponieważ to preparaty na



Fot. licencja Artmedia Partners

bazie wapnia ze skorupiaków. U znacznego procenta pacjentów powodują reakcje alergiczne, świąd skóry, a nawet ostre zapalenia stawów. Pamiętać trzeba również, że chorującemu należą się w terapii leki, a nie suplementy diety, które lekami nie są.

Nie zaleca się w chorobie zwyrodnieniowej stawów doustnych preparatów kolagenu, ponieważ jest on trawiony w przewodzie pokarmowym, tym samym nie zostaje wchłonięty i nie dociera do stawu. Na pytanie, który NLPZ wybrać, należy odpowiedzieć, że prawie wszystkie NLPZ są dobre, pod warunkiem, że dopasujemy lek do konkretnego pacjenta, a nie pacjenta do leku. Wyjątek stanowią piroksydam, który ma okres półtrwania prawie 40 godzin (duże ryzyko uszkodzenia funkcji nerek), i indometacyna bardzo niekorzystnie wpływająca na chrząstkę stawową. Dla chorych w wieku podeszłym wybierać jednak powinniśmy leki o krótkim okresie pobytu w surowicy krwi (dlatego naproksen został wycofany z listy 75+; lek ma okres półtrwania w surowicy krwi do 15 godzin, a jego działanie przeciwplateletowe, korzystne dla młodych chorych z patologią układu krążenia, może być niebezpieczne dla chorych w wieku podeszłym, istnieje bowiem ryzyko krwotoku z dolnego odcinka przewodu pokarmowego). U chorych w wieku podeszłym w zaostrzeniu choroby zwyrodnieniowej stawów powinniśmy starać się podawać NLPZ maksymalnie krótko i w minimalnej skutecznej terapeutycznie dawce (nigdy dwa NLPZ!). Jedyne możliwe połączenie to NLPZ zastosowany systemowo z NLPZ zastosowanym powierzchniowo. Temat ten będzie szeroko omówiony w kolejnym artykule, który ukarze się w następnym miesiącu.

Paracetamol jest lekiem nieskutecznym w leczeniu bólu zapalnego, nawet w połączeniu z tramadolem, dlatego nie jest zalecany z zaostrzeniu choroby zwyrodnieniowej stawów. Paracetamol jest skuteczny tylko w przypadku bólu somatycznego o podłożu mechanicznym. Nie zalecamy również stosowania u chorych preparatu o nazwie Apap noc, ponieważ zawiera difenhydraminę, lek o silnym działaniu cholinolitycznym (podobnie jak hydroksyzyna). Działanie cholinolityczne leków powoduje tzw. efekt otwierania nadrdzenia, który polega na tym, że informacja bólowa dociera bez żadnego hamowania do OUN, prowadząc do chronifikacji bólu. ■

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

*Piśmiennictwo u autorki.*

# Co warto wiedzieć o wynajmie długoterminowym samochodu?

Większość z nas lata na wakacje, a przecież mało kto posiada swój własny samolot. Z samochodem też może być podobnie. Możesz na co dzień użytkować taki, o jakim marzysz, nie musząc go mieć na własność. Co warto wiedzieć o długoterminowym wynajmie auta?



**L**ubimy samochody nie mniej, niż słodycze. Są coraz lepsze, szybsze i zdecydowanie ładniejsze. Rywalizacja pomiędzy producentami zdaje się nie mieć końca, czego najlepszym przykładem są wchodzące co chwilę na scenę kolejne modele. Kuszą nas masującymi fotelami, podgrzewanymi kierownicami oraz licznymi systemami, które po części same nadzorują bezpieczne prowadzenie. Oczami wyobraźni widzimy wymarzony, jedyny w swoim rodzaju samochód pożądania.

Jednak stare powiedzenie mówi: każdy kij ma dwa końce. I samochód absolutnie nie stanowi tu wyjątku. Koszty utrzymania, bo o nich właśnie mowa, w skali roku potrafią być większe niż wakacje na Malediwach. A to dlatego, że obok ceny zakupu mamy do czynienia z utratą wartości, regularnymi przeglądami w serwisie, badaniami technicznymi, zakupem opon, kosztem ubezpieczenia. A tylko te ostatnie, po niedawnych podwyżkach, potrafią wyjątkowo mocno zabolować.

Sytuacja nabiera rozpędu w momencie, kiedy samochód zaczynają nękać nieprzewidziane w firmowym budżecie awarie. Ciężko wówczas oszacować granicę wydatków. To wszystko sprawia, że wynajem długoterminowy stanowi pomocną dłoń, do której coraz więcej firm i przedsiębiorców wyciąga swoją rękę. Zresztą statystyki nie kłamią: wzrost zainteresowania wynajmem długoterminowym od półtora roku systematycznie rośnie i tylko w ostatnim roku rynek ten urosł o 14,1 proc. W czym tkwi sekret tego trendu?

Przewaga zaczyna się już na samym starcie. Firmy zajmujące się wynajmem długoterminowym, na zakup samochodów otrzymują ceny, jakich osoba prowadząca działalność gospodarczą nigdy w salonie nie zobaczy. A zakup to dopiero czubek góry lodowej. Ciąg dalszy bowiem następuje przy kosztach ubezpieczenia, przeglądach oraz wszelkich, nieprzewidzianych wizytach w serwisie. Lista jest długa, kwoty duże, ale w przypadku wynajmu długoterminowego najemcę interesuje wyłącznie jedna, stała opłata uiszczana co miesiąc. Wbrew pozorom wcale nie przewyższająca raty klasycznego leasingu i do tego również mogąca stanowić koszty uzyskania przychodu. Pokus ze strony wynajmu długoterminowego jest jednak więcej. Zaliczyć do nich można brak wpłaty własnej oraz fakt, że wartość samochodów użytkowanych w tej formule nie jest zaliczana do składników majątkowych najemcy (co nie ma wpływu na jego zdolność kredytową).

Nie bez znaczenia pozostaje również wsparcie administracyjno-techniczne, którego udziela firma wynajmująca samochód. Korzystając zatem z formuły wynajmu długoterminowego zyskuje się komfort psychiczny oraz czas, który można poświęcić na służbowe obowiązki. Reszty dopilnuje firma wynajmująca, od sezonowej wymiany opon, po likwidację ewentualnej szkody komunikacyjnej.

Dużą rolę odgrywa również czas. Umowę na wynajem długoterminowy można podpisać zarówno na 24, 36 jak i 48 miesięcy lub dowolną liczbę mieszczącą się w ustalonym dla leasingu przedziale. To najemca decyduje, jak często chce sobie pozwalać na kaprys posiadania nowego samochodu. A kiedy rozsmakuje się już w tym co oferuje rynek i jeden z użytkowanych samochodów przypadnie mu do gustu, istnieje możliwość odkupu danego egzemplarza, kiedy tylko skończy się umowa.

Wreszcie można cieszyć się tym, co w motoryzacji najlepsze: kolekcjonować wrażenia z jazdy najnowszymi modelami samochodów bez konieczności ich zakupu. Cieszyć się swobodą przemieszczania bez poczucia obowiązku i zmartwień. Odpoczywać psychicznie, mając na uwadze całodobowe wsparcie.

Życie może być łatwiejsze.

Dlaczego zatem z tego nie skorzystasz? \_\_\_\_\_



Skontaktuj się z nami

Tel: +48 22 223 60 65

Email: kontakt@auto4doctors.pl

Www: auto4doctors.pl

Nasz fanpage:

[facebook.com/auto4doctors](https://facebook.com/auto4doctors)

# 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/](http://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



# 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  
(przerwa codziennie od 13.30 do 14.00)

## 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 dentystów.

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

### • Terminy posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w pierwszym półroczu 2018 r.:

✓ 26 stycznia ✓ 23 lutego ✓ 16 marca ✓ 27 kwietnia ✓ 18 maja ✓ 22 czerwca.

### • Terminy posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w pierwszym półroczu 2018 r.:

✓ 10 stycznia ✓ 24 stycznia ✓ 7 lutego ✓ 21 lutego ✓ 7 marca ✓ 21 marca  
✓ 4 kwietnia ✓ 18 kwietnia ✓ 9 maja ✓ 23 maja ✓ 6 czerwca ✓ 20 czerwca.

### 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-Kopec



## Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl); **ZAKŁADKA PRACA DLA LEKARZY**

Krajowe oferty pracy na 15.01.2018 r.  
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 25	endokrynologia 9	medycyna ratunkowa 7	perinatologia 1	stomatologia chirurgia 2
alergologia 2	endokrynologia/ginek. 1	medycyna rodzinna 27	psychiatria 8	stomatologia endod. 1
alergologia dziecięca 1	epidemiologia 2	medycyna sportowa 1	psychiatria dziecięca 2	stomatologia ortod. 5
anestezjologia 11	farmakologia 1	mikrobiologia 4	radiologia 10	stomatologia pedod. 1
balneologia 1	gastroenterologia 8	nefrologia 1	radiologia USG 1	stomatologia protetyka 2
chirurgia dziecięca 3	geriatria 1	neonatologia 6	rehabilitacja med. 7	urologia 2
chirurgia naczyniowa 2	ginekologia i poł. 13	neurochirurgia 2	reumatologia 5	USG 7
chirurgia ogólna 15	hematologia 1	neurologia 11	stomatologia 18	
choroby płuc 8	kardiologia 10	neurologia dziecięca 5		
choroby wewnętrzne 37	kardiologia dziecięca 3	okulistyka 17		
choroby zakaźne 5	laryngologia 9	onkologia 1		
dermatologia 6	laryngologia dziecięca 1	ortopedia 14		
dermatologia dziec. 1	medycyna paliatywna 1	ortopedia dziecięca 1		
diabetologia 4	medycyna pracy 6	pediatria 27		

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

**Andrzej Morliński**, przewodniczący  
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





Z lek. dent. **Martyną Osiak** z Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego rozmawia Małgorzata Skarbek.

Fot. archiwum

# Ryzyko onkogenezy w stomatologii

## Jak często występują nowotwory głowy i szyi?

**N**owotwory nabłonkowe (raki) głowy i szyi stanowią nieco ponad 5 proc. wszystkich zarejestrowanych w Polsce nowotworów złośliwych (około 7 proc. u mężczyzn i ponad 1 proc. u kobiet). W ostatnich latach notuje się blisko 6 tys. zachorowań rocznie i 3,8 tys. zgonów z powodu tych nowotworów. Trzeba wspomnieć, że wszystkie nowotwory złośliwe są drugą przyczyną zgonów w naszym kraju, a ponad 500 tys. osób żyje z chorobą nowotworową rozpoznaną w ciągu dziesięciu poprzedzających lat.

Spośród nowotworów głowy i szyi najczęściej spotykane są u mężczyzn – rak przełyku (1056 zachorowań i 1153 zgony w 2013 r.), migdałka (odpowiednio 393 i 225), dna jamy ustnej (273 i 251). Kobiety najczęściej cierpią na nowotwór złośliwy przełyku (292 zachorowania i 318 zgonów w 2013 r.). Wiele kobiet zapada na raka migdałka – 150 w 2013 r., ale znacznie mniej zmarło – 60. Wśród miejsc najczęściej atakowanych przez nowotwory nabłonkowe w przypadku kobiet są także ślinianka przyuszna, język oraz dno jamy ustnej.

Z danych epidemiologicznych wynika, że od 1999 r. notuje się stały, dynamiczny wzrost liczby zachorowań na nowotwory głowy i szyi. Brytyjskie Towarzystwo Onkologiczne szacuje go na około 40 proc. do 2020 r.

## Jakie są najważniejsze czynniki ryzyka tych nowotworów będące przyczyną zachorowania?

Należą do nich przede wszystkim dym tytoniowy, wysoko-procentowy alkohol, wirus brodawczaka ludzkiego HPV (wczesna inicjacja seksualna, duża liczba partnerów seksu-

alnych, seks oralny), wirus Epsteina-Barr (EBV), a także przewlekłe mechaniczne drażnienie, np. przez źle dopasowane ruchome uzupełnienia protetyczne.

Zmiana w przebiegu zakażenia HPV ujawnia się w postaci brodawczaka. Grudkowate, brodawkujące zmiany pojawiają się najczęściej na języku, migdałkach, podniebieniu twardym i miękkim, wędzidełkach warg, języka, dziąsłach lub błonie śluzowej policzków i warg. Zakażenie następuje najczęściej drogą płciową, wysokoonkogenne są typy HPV16 i HPV18.

Wirusem EBV można się zakazić przez bezpośredni kontakt z zakażoną śliną lub innymi płynami ustrojowymi. Skutkiem bywają: mononukleozą zakaźną, leukoplakia włochata, chłoniak Burkitta, rak jamy nosowo-gardłowej.

Spotyka się także nowotwory wywołane przez Merkel Cell Polyoma Virus MCPyV, związany z bardzo agresywnym rakiem neuroendokrynnym skóry. Objawem klinicznym jest niebolesny, szybko powiększający się czerwony guzek na skórze głowy i szyi oraz kończyn. Czynniki ryzyka w tym przypadku to: płeć męska, jasna karnacja skóry, podeszły wiek, narażenie na promieniowanie UV, immunosupresja i nowotwór złośliwy w wywiadzie.

## Czy pozostałe czynniki ryzyka są równie groźne?

Dym tytoniowy zawiera ponad 7 tys. związków chemicznych, z których co najmniej 250 jest szkodliwych, a 70 ma działanie rakotwórcze. Omawiane nowotwory występują sześć razy częściej u palaczy niż u niepalących. Ryzyko zachorowania na raka wzrasta, kiedy osoba paląca spożywa alko-

hol. Alkohol bowiem ułatwia i przyspiesza wnikanie substancji rakotwórczych z dymu w tkanki w obrębie jamy ustnej i gardła. Całkowite zerwanie z oboma nałogami ograniczyłoby liczbę przypadków raka jamy ustnej aż o 83 proc., a ograniczenie picia alkoholu mogłoby zapobiec 42 proc. przypadków raka jamy ustnej, gardła i przełyku, 34 proc. przypadków raka krtani i 21 proc. raka wątroby (według danych z 2001 r. zebranych w Danii).

#### **Dla lekarza denty (dla pacjenta też) ważne jest wczesne rozpoznanie zmian. Jak tego dokonać?**

Należy rozróżnić stany przednowotworowe i zmiany przednowotworowe. Pierwsze są wywoływane przez choroby ogólnoustrojowe, które niosą większe ryzyko pojawienia się nowotworu jamy ustnej: pemfigoid, liszaj płaski, zespół Plummera-Vinsona, przewlekłe zwłóknienie błony podśluzowej, kiła trzeciorzędowa, gruźlica toczniowa.

Natomiast zmiany przednowotworowe to zmieniona morfologicznie tkanka, na podłożu której nowotwór rozwija się częściej niż w tkankach niezmiennych. Przykładem leukoplakia, erytroplakia, leukoerytroplakia i owrzodzenia. Leukoplakia homogenna przybiera postać jednorodnej białej plamy lub tarczki, w badaniu histopatologicznym widać nadmierne rogowacenie, bez cech dysplazji. Natomiast leukoplakia niehomogenna jest grubą, popękaną białą plamą, brodawkowatą lub cętkowaną. W badaniu histopatologicznym widać nadmierne rogowacenie, z dysplazją. Leukoplakia ulega transmisji nowotworowej w 4–6 proc. przypadków. Dysplazja, postać nadżerkowa i brodawkująca typu niehomogennego, umiejscowienie na języku i w dnie jamy ustnej, zapalenie grzybicze współistniejące z leukoplakią, długi okres trwania i starszy wiek chorych oraz palenie tytoniu są czynnikami zwiększającymi ryzyko transformacji w nowotwór.

Jeżeli chodzi o owrzodzenia w jamie ustnej, należy pamiętać, że niegojące się w ciągu 14 dni mogą być początkiem nowotworu. Dlatego należy bezwzględnie pobrać wycinek do badania histopatologicznego.

#### **A jak rozpoznaje się rozwinięte postaci kliniczne nowotworów?**

W postaci egzofitycznej zmiana nowotworowa rozrasta się nad powierzchnię błony śluzowej, przyjmuje kształt kalafiorowaty, groniasty, grzybiasty. Powierzchnia zmiany najczęściej jest owrzodzona, z wałowato uniesionym brzegiem. W postaci endofitycznej naciek wrasta w głąb tkanki. Najczęściej obserwuje się płaskie owrzodzenie o twardych, wzniesionych nad powierzchnię wałowatych brzegach lub gładkie stwardnienia deformujące tkankę. Bywają też postaci mieszane.

#### **Jakimi narzędziami dysponuje stomatolog pragnący zachować czujność onkologiczną?**

Jeśli podejrzewa jakiegokolwiek zmiany przednowotworowe lub już zaawansowane postaci nowotworu, powinien zacząć od szczegółowego badania podmiotowego i przedmiotowego, któremu należy poddać każdego pacjenta. Prócz tego ma do dyspozycji diagnostykę obrazową: tomografię komputerową wiązki stożkowej (CBCT), rezonans magnetyczny i USG, nowoczesne metody badań przesiewowych – VELscope i wreszcie badanie histopatologiczne biopsji wycinkowej pobranej z ogniska pierwotnego, na podstawie którego może postawić ostateczne rozpoznanie. ■



Rys. K. Rosiecki

**Na VII Szczycie Narodowych Sekcji Niewydolności Serca Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który odbył się pod koniec 2017 r. w Krakowie, przedstawiciele polskiego środowiska medycznego podpisali deklarację, w której postulują opracowanie, przyjęcie i realizowanie Narodowego Programu Prewencji i Leczenia Niewydolności Serca.**

*Przedmiotem debaty w Krakowie było zapobieganie niewydolności serca, skuteczne jej leczenie i właściwa opieka nad chorymi na nią pacjentami. Te zagadnienia są poważnym wyzwaniem dla europejskich społeczeństw i systemów opieki zdrowotnej – powiedział prof. Piotr Ponikowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. – Tylko zaangażowanie i współpraca wielu środowisk oraz instytucji państwowych pozwolą zbudować świadomość zagrożenia niewydolnością serca w Polsce i skutecznie walczyć z jej epidemią.*

Wydłużenie ludzkiego życia na początku XXI w. jest wynikiem przede wszystkim skuteczniejszego leczenia chorób układu krążenia. Wciąż jednak właśnie schorzenia układu sercowo-naczyniowego stanowią główną przyczynę zgonów w Polsce. To efekt rozpowszechnienia się niewydolności serca, która nie jest leczona z równym powodzeniem jak inne choroby tego układu.

– Do 2030 r. liczba cierpiących na niewydolność serca wzrośnie o połowę. 70 proc. chorych stanowić będą osoby po 65. roku życia – stwierdził prof. Tomasz Kostka, krajowy konsultant w dziedzinie geriatry. – Schorzenie to stanie się ogromnym wyzwaniem społecznym i systemowym.

Prof. Ponikowski był inicjatorem podpisania deklaracji, która zawiera postulat: rozpowszechniania wiedzy o czynnikach ryzyka niewydolności serca, wdrożenia systemowych rozwiązań w zakresie zapobiegania tej chorobie, m.in. optymalizacji leczenia najważniejszych schorzeń prowadzących do niewydolności serca (choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy), wprowadzenia zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej nad chorymi i ich otoczeniem, czyli programu Kompleksowa Opieka nad Chorymi na Niewydolność Serca (KONS). Za dwa główne cele uznano: zmniejszenie zachorowalności na niewydolność serca w Polsce w najbliższej dekadzie oraz zmniejszenie jej niekorzystnych skutków zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych.

Deklarację, obok prof. Ponikowskiego i prof. Kostki, podpisali: prezes Towarzystwa Internistów Polskich i konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. Jacek Imiela, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii prof. Jarosław Kaźmierczak oraz prezes Kolegium Lekarzy Rodziny dr hab. n. med. Tomasz Tomasiak. ■ **mkr**



# Globalny ból głowy

Krystyna Knypl

**Typowe przyczyny bólu głowy, takie jak nadciśnienie tętnicze czy migrena, ustępują miejsca nowej przyczynie. Są nią mnożące się z niebywałą szybkością i obfitością pomysły polityków na temat medycyny i ochrony zdrowia. Zjawisko uszczęśliwiania wyborców lub poddanych (to zależy od epoki i tradycji poszczególnych krajów) dotyczy nie tylko naszej krajowej sceny, co więcej – ma długą historię. Cesarz Wilhelm I w roku 1881 wprowadził powszechne ubezpieczenia społeczne, które zdaniem jego doradców miały być lekarstwem na niezadowolenie społeczne i rosnącą liczbę wypadków przy pracy w krwiożerczym kapitalizmie. Tradycję dogadzania społeczeństwu za pomocą wprowadzania nowych pomysłów w ochronie zdrowia podtrzymują następcy cesarza nie tylko faktyczni, ale i symboliczni. Deklarują, że chcą dobrze. A jak wychodzi?**

## Gdy brakuje rąk do pracy

Gdy nieoczekiwanie okazuje się, że Europa się starzeje i brakuje rąk do pracy, politycy wpadają na pomysł sprowadzenia młodych ludzi z innych krajów. Choć migracja ludności jest stara jak świat, współczesny jej rozmiar ma skalę niespotykaną w dziejach. Czy akceptacja masowej migracji jest możliwa?

Mieszkańcy Europy w dużym odsetku odnoszą się do migrantów z dystansem, niechęcią. Jak rozwiązać problem braku akceptacji? – zastanawiają się promotorzy ruchów migracyjnych. Z pomocą stara się im przyjść prof. Rene Hurlemann, neurolog z Bonn, który w połowie sierpnia 2017 r. ze swoim zespołem opublikował na łamach „Proceedings of the National Academy of Sciences” artykuł „Oxytocin-enforced norm compliance reduces xenophobic outgroup rejection” (<http://www.pnas.org/content/114/35/9314.full>).

W komunikacie prasowym profesor stwierdził: „Given the right circumstances, oxytocin may help to promote the acceptance and integration of migrants into Western cultures” (<https://www.uni-bonn.de/news/188-2017>).

Napisałam do prof. Hurlemanna e-mail i zaproponowałam mu lekarską, merytoryczną dyskusję na Sermo – portalu

skupiającym międzynarodową społeczność liczącą 800 tys. lekarzy ze 150 krajów świata. Niestety, profesor nie zdecydował się na uczestniczenie w lekarskiej dyskusji, choć byłoby o czym porozmawiać, tym bardziej że oksytocyna jest lekiem, który ma ściśle określone medyczne wskazania dotyczące podawania. W charakterystyce produktu leczniczego (ChPL), czyli oficjalnym dokumencie rejestracyjnym dla oksytocyny obowiązującym w naszym kraju, znajdują się wskazania wynikające z przebiegu porodu (zapoczątkowania lub wzmocnienia skurczów macicy w celu przyspieszenia porodu) lub poporodowe (opanowanie krwawienia poporodowego i atonii macicy, leczenie wspomagające niepełnego lub dokonanego poronienia). Ani w polskiej ChPL, ani w rejestracjach innych krajów nie ma „akceptacji dla uchodźców” jako wskazania do podawania leku.

## Problemów jest więcej

Brak powszechnej akceptacji migrantów nie jest jedyną trudnością, z jaką przychodzi się zmierzyć współczesnym organizatorom życia społecznego. Problemem jest inna kultura, język, obyczaje, a także stan zdrowia przybywających do Europy ludzi. The Consumers, Health, Agriculture and Food Agency (Chafea) zorganizowała 21 września 2017 r. w Brukseli konferencję „Migration and Health. Paths to integration”, w której uczestniczyłam jako akredytowany dziennikarz medyczny.

Trwające wiele godzin obrady wypełnione były wystąpieniami przedstawicieli Komisji Europejskiej, poszczególnych krajów członkowskich rozwiązujących problemy migrantów, a także osób, które osobiście przeszły szlak migracyjny. Głos zabrał również komisarz ds. zdrowia i bezpieczeństwa żywności dr Vytenis Andriukaitis ([https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2014-2019/andriukaitis/announcements/refugees-health-projects-financed-under-health-programme-21-september-2017-brussels\\_en](https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2014-2019/andriukaitis/announcements/refugees-health-projects-financed-under-health-programme-21-september-2017-brussels_en)).

Moją uwagę zwracał fakt, że wśród wystąpień prelegentów przeważały deklaracje o charakterze politycznym. Choć obrady toczyły się w języku angielskim, trzeba by ten język nazwać językiem zaawansowanej poprawności politycznej i wzmoczonego optymizmu nieopartego na faktach. Miałam







najniższy odsetek (<1 proc.) – w Bułgarii, Rumunii i Polsce. (<http://www.igichp.edu.pl/subpag/dzien17.html>)

### Czego oczekują politycy?

Marzeniem polityków jest, aby migranci zintegrowali się z miejscową ludnością. Tymczasem dr Angel Kunchev, przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia Bułgarii, mówił o tym, że żaden z migrantów nie chce się integrować z jego krajem. Bułgarzy mają też inny problem. Otóż u nich migranci to głównie Afgańcycy, a język pasztuński oraz język dari, które są obowiązujące w Afganistanie, zna zaledwie kilka osób w całej Bułgarii.

Życzenia polityków nie leczą chorób. A gdyby nawet miały taką moc, to jest poważny kłopot – Europa nie ma należytego rozeznania ani w danych osobowych napływającej ludności, ani w stanie jej zdrowia, przebytych i trwających chorobach, szczepieniach.

wrażenie, że obserwuję powstawanie nowego działu medycyny – „migrantologii”. Zamiast medycyny opartej na faktach rodzi się medycyna oparta na wyobrażeniach polityków. Lekarzowi w jego pracy już niekoniecznie ma towarzyszyć pielęgniarka, lecz zupełnie inne osoby – mediator medyczny, interpretator kulturalny i paru innych specjalistów określanych w języku amerykańskich lekarzy mianem „noctor”, czyli „non a doctor”.

### Patogeny nie chcą być politycznie poprawne

Bakterie i wirusy nic sobie z wysiłków polityków i zaangażowanych agitatorów nie robią! Wędrują w organizmach migrantów, zmieniając statystyki zachorowań przede wszystkim na choroby zakaźne. W Europie i Ameryce Północnej wzrasta liczba przypadków gruźlicy, a nowym wskaźnikiem, czy prątek Kocha jest lokalny, czy przybyły z innego kraju, jest miejsce urodzenia pacjenta.

Z danych Instytutu Gruźlicy opublikowanych w 2017 r. dowiadujemy się: „W wielu krajach europejskich wśród chorych na gruźlicę dominują imigranci. W Europie (na obszarze UE/EOG) 29,8 proc. osób chorych na gruźlicę (tj. 17 913 osób) urodziło się poza krajem zgłaszającym ich zachorowanie lub nie miało obywatelstwa tego kraju. Blisko połowę chorych z tej grupy zgłosiły Wielka Brytania i Niemcy. Cudzoziemcy stanowili największy odsetek wśród chorych na gruźlicę w Szwecji – 89,5 proc., Norwegii – 88 proc. i Islandii – 85,7 proc.;

#### SPROSTOWANIE

W „Pulsie” 12/2017 – 1/2018 w artykule „Lekarz na pokładzie samolotu” został zmieniony śródtytuł, który w oryginale brzmiał „Duszność”, na „Duszności”. Czytelników i Autorkę przepraszamy.

red.



# Nasi mistrzowie w anegdocie



Jarosław Kosiaty

Otrzymałem niedawno list od jednego z kolegów lekarzy komentującego aktualne wydarzenia w ochronie zdrowia:

„Najważniejsze w życiu to być dobrym człowiekiem. Dwa i pół tysiąca lat temu Konfucjusz powiedział: *»Wybierz pracę, którą kochasz, a nie będziesz musiał pracować nawet przez jeden dzień«*. Jeśli nie czujemy satysfakcji z wykonywanych obowiązków, nigdy nie będziemy dobrymi lekarzami, inżynierami, nauczycielami, prawnikami, aptekarzami. Ktoś, kto widzi swoją pracę jedynie jako źródło środków do życia, jest nieszczęśliwy i to się udziela ludziom, z którymi kontaktuje się w swoim otoczeniu. Dlatego część młodych lekarzy, wychowanych na serialach telewizyjnych typu *»Dr House«*, *»Ostry dyżur«*, *»Doktor Quinn«* czy rodzimy *»Na dobre i na złe«*, doznaje nagłego szoku po studiach, gdy głównym zajęciem jest wypełnianie dokumentacji i zmaganie się z agresywnymi, roszczeniowymi pacjentami (często pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych). Jednocześnie skupia się na nich cała frustracja chorych (i ich bliskich), oczekujących w długich kolejkach na wizyty i badania. – *To nie tak miało być* – mówią w rozpacz, ale na zmianę zawodu jest już za późno (długie, ciężkie lata nauki na studiach, specjalizacja itd.). I... zostają w zawodzie, sfrustrowani, goniący z dyżuru na dyżur, z poharatowanym życiem rodzinnym (bo która *»połówka«* wytrzyma taki styl życia, stresy, napięcia i ciągłą nieobecność bliskiej osoby). Szybko obojętnieją na cierpienie chorych, naciskani przez szefów i urzędników, bo w pracy liczą się tylko zestawienia i bilanse dochodów i strat. Nasz zawód upada (nie tylko w rankingach zaufania społecznego), sami na to pozwalamy. My, niewolnicy XXI w.?”

Po przeczytaniu tych smutnych refleksji postanowiłem zapytać znajomych lekarzy o autorytety. Czy we współczesnej medycynie zachowały się relacje mistrz-uczeń? Czy w dobie powszechnego dostępu do anonimowych, interaktywnych szkoleń i kursów w Internecie nie tracimy czegoś tak ważnego? Francuski pisarz i dramaturg Albert Camus (1913–1960) napisał: *„Mając 40 lat, stwierdza, że trzeba mu kogoś, kto wskaże drogę, pochwali go albo zgani: ojca. Autorytetu, nie władzy”*.

Od wielu lat zbieram anegdoty i wspomnienia dotyczące naszych nauczycieli i mistrzów. Nie chodzi przy tym o stawianie kolejnych pomników, ale o ukazanie ich niezwyklej postawy, zaangażowania oraz... poczucia humoru (które bywa często najlepszym lekarstwem na stres i zmęczenie).

4 grudnia ubiegłego roku w Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii przy pl. Starynkiewicza w Warszawie odbyła się konferencja naukowa poświęcona dwóm niezwyklej postaciom polskiej ginekologii i położnictwa: prof. Tadeuszowi Bulskiemu oraz prof. Małgorzacie Serini-Bulskiej. O swoich mistrzach i nauczycielach opowiadali m.in. kolejni kierownicy kliniki: prof. Longin Marianowski (1992–2004), prof. Leszek Bablok (2004–2010) i rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś (od 2010).

Prof. Małgorzata Serini-Bulska (1909–1973) ukończyła Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w 1932 r. Z Kliniką Ginekologii i Położnictwa związana była przez całe życie, z niewielką przerwą na pełnienie funkcji ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Instytucie Gruźlicy oraz w Szpitalu Bielańskim.

✦ W tej ostatniej placówce została kiedyś otoczona przez grupę młodych pacjentek. Prosiły o podanie skutecznego sposobu na posiadanie sterczących piersi. Pani profesor chwilę się zastanowiła i powiedziała: – *Jeżeli chcecie mieć sterczące piersi, musicie nago chodzić na czworakach, innego skutecznego sposobu medycyna nie zna.*

W młodości prof. Serini-Bulska uprawiała wyczynowo sport. Była zawodniczką reprezentacji Polski. W 1934 r. zdobyła indywidualne wicemistrzostwo Polski we florecie oraz – wielokrotnie – zespołowe mistrzostwo Polski. W 1939 r. brała udział w zawodach szermierczych w Budapeszcie i w Aka-



demickich Mistrzostwach Świata w Monte Carlo. Sportem zajmowała się do końca życia, uprawiała narciarstwo, tyżwiarstwo, jazdę konna, pływanie, tenis oraz taternictwo (m.in. w 1946 r. była partnerką Tadeusza Orłowskiego podczas pierwszego przejścia skrajnie trudnego uskoku Zadniego Mnicha).

Równie imponujące były jej osiągnięcia naukowe. Ogłosiła około 90 prac naukowych w językach: polskim, niemieckim, francuskim i angielskim. Jako pierwsza w Polsce wykonała w 1949 r. cięcie cesarskie w przypadku położenia poprzecznego zaniebanego, a w 1966 r. była jednym z pierwszych w naszym kraju lekarzy, którzy podwiązali tętnice biodrowe wewnętrzne w atonii macicy. Asystenci bali się jednak jeździć z nią samochodem, gdyż... często przekraczała dozwoloną prędkość.

Barwną postacią polskiej medycyny był także mąż prof. Serini-Bulskiej – prof. Tadeusz Bulski (1903–1966), kierownik I Kliniki Położnictwa i Chorób Kobietych Akademii Medycznej w Warszawie. W latach 50. ubiegłego stulecia zainicjował pionierskie metody kardiokotografii płodu. Z jego inicjatywy rozwinięto oraz wprowadzono do praktyki klinicznej pojęcie porodu kierowanego i znieczulanego.

✿ Podczas jednego z posiedzeń w klinice młoda asystentka opowiadała o środkach antykoncepcyjnych i wspominała o właściwościach antykoncepcyjnych chrzanzu. Na to prof. Bulski z poważną miną zapytał: – *Koleżanko, a ten chrzan to w korzonku?*

✿ Równie dowcipni okazali się inni lekarze ze wspomnianej placówki. Dwóch asystentów, po wejściu do sklepu

jajczarskiego w stolicy, poprosiło o... prześwietlenie. Zaskoczona ekspedientka odpowiedziała: – *Proszę panów, ale tutaj nie jest rentgen tylko sklep.* Medycy wskazali wtedy na widoczny napis: „*Na życzenie klienta prześwietlamy jaja*”.

✿ Pozostaniemy jeszcze wśród ginekologów. Pochodzący ze Lwowa prof. Adam Czyżewicz (1877–1962) pytał kiedyś studenta o objawy ciąży:

– *Brak miesiączki, powiększenie brzucha...* – zaczął nieśmiało student.

– *To ja jestem w ciąży!* – wykrzyknął profesor. – *Mam brzuch, nie mam miesiączki, a jak pana słucham to mam nudności.*

✿ Jeden z organizatorów Uniwersytetu Warszawskiego, profesor anatomii prawidłowej Edward Loth (1884–1944), bardzo dbał o ścisłe umiejscowienie topograficzne poszczególnych elementów ludzkiego ciała.

– *To jest tu* – zaczął swoją odpowiedź jeden ze studentów.

– *Tu, tam, to w poezji kolego, w anatomii określa się dokładnie* – odpowiedział błyskawicznie profesor.

✿ Na wykładzie dermatologa prof. Mariana Grzybowskiego (1895–1949) jedna ze studentek zapytała:

– *Panie profesorze, czy w klozecie można zarazić się kiłą?*

– *Można, można koleżanko, ale to jest bardzo niewygodne* – odpowiedział z lekkim uśmiechem profesor.

✿ Opuszczamy Warszawę i przenosimy się do Krakowa. W Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, w czasie egzaminu z patomorfologii, jeden z profesorów pyta studenta o „chorobę tramwajarzy” (chodziło o wodniaka jądra).

Młody człowiek, bez zająknięcia, zaczyna szczegółowo mówić o... kile. Po długim, nieprzerwanym wywodzie, profesor stwierdza:

– *Przecież prosiłem, aby opowiedział mi pan o „chorobie tramwajarzy”.*

– *Panie profesorze, a wie pan, co się teraz w zajezdniach dzieje?!*

✿ W czasie zajęć z fizjologii w Collegium Medicum asystent dr O. przygląda się wykresowi narysowanemu przez studentkę:

– *Czy wie pani, co pani właśnie narysowała?*

– *Wykres ciśnienia tętniczego od czasu...*

– *Nie proszę pani, narysowała pani członka Ku-Klux-Klanu!*

✿ Na zajęciach z embriologii dr W. nie wytrzymuje i mówi do studentki rozmawiającej z koleżanką:

– *Czy może pani zamknąć ten otwór, w którym się ektoderma z endodermą łączy?!*

✿ Egzamin z anatomii. Znany chirurg prof. M. zadaje pytanie studentce:

– *Jakiej wielkości są jądra?*

– *Wiśni...*

– *A gdzie pani takie jądra widziała?*

– *Na zajęciach... asystent nam pokazał.*

Profesor wezwał asystenta prowadzącego zajęcia i mówi:

– *Jak pan nie ma się czym chwalić, to niech pan tego nie pokazuje studentkom.*

Dziękuję serdecznie za wszystkie listy, zwłaszcza kol. Jackowi Kobosko ze Szwecji. Będę wdzięczny za kolejne Państwa wspomnienia i anegdoty, przesyłane pod adresem: [jkosiaty@esculap.pl](mailto:jkosiaty@esculap.pl) ■



# doniesienia naukowe



## Koniec hemofilii?

Brytyjscy specjaliści twierdzą, że uzyskali zdumiewające efekty w leczeniu hemofilii terapią genową. Od ponad roku 13 pacjentów z hemofilią typu A, u których zastosowano terapię genową, nie musi zażywać leków. U 11 z nich brakujący czynnik VIII krzepnięcia krwi wytwarzany jest niemal w takim stopniu jak u ludzi zdrowych.

Prof. John Pasi z Queen Mary University of London, który kieruje badaniami, twierdzi, że wszyscy poddani tym próbom chorzy mogą prowadzić normalne życie. Jednym z nich jest 29-letni Jake Omer z Billericay w Essex, który cztery miesiące po zabiegu podczas ćwiczeń z ciężarkami uszkodził łokieć. Był przerażony, ponieważ wcześniej zdarzały mu się krwawienia do stawów nawet podczas krótkiego spaceru. Tym razem żadnych powikłań nie było.

Omer przeszedł genoterapię w lutym 2016 r. Polegała na jednorazowym wstrzyknięciu wirusów zawierających gen kodujący czynnik VIII. Wcześniej musiał trzy razy w tygodniu aplikować sobie lek. Teraz mówi, że czuje się jak dobrze naoliwiony robot. Nie wiadomo, jak długo będzie działała terapia i kiedy trzeba będzie ją powtórzyć. Należy jeszcze poddać próbę większą grupę pacjentów, by sprawdzić, u których leczenie może być skuteczne.

(DOI: 10.1056/NEJMoa1708483, „New England Journal of Medicine”)

## Operacja stawu biodrowego jak najszybciej

Nie należy zwlekać z operacją stawu biodrowego. Im szybciej zostanie przeprowadzona, tym mniejsze jest ryzyko powikłań i zgonu pacjenta (nie mówiąc o skróceniu jego cierpienia). Najlepiej, żeby operacja po złamaniu szyjki kości udowej została wykonana w ciągu 24 godzin.

Wskazują na to obserwacje kanadyjskich specjalistów przeprowadzone w 72 szpitalach w Ontario w latach 2009–2014. Objęto nimi 42 230 osób w wieku średnio 80 lat i ogólnie w dobrym stanie zdrowia (71 proc. stanowiły kobiety). W Kanadzie takie operacje trzeba wykonać w ciągu 48 godzin. Z badań wynika, że w ogóle nie należy z nimi zwlekać, ponieważ większe jest ryzyko powikłań, takich jak zawał serca, zator płuc, zakrzepica żył głębokich oraz zapalenie płuc.

Dr Daniel Pincus z University of Toronto ze swym zespołem obliczył, że zoperowanie szyjki kości udowej w ciągu 24 godzin skutkowało 5,8 proc. zgonów pacjentów, podczas gdy wśród osób operowanych później zarejestrowano 6,5 proc. przypadków śmiertelnych. Ogółem w okresie 30 dni po operacji zmarło 7 proc. pacjentów. „Jeśli zatem jest taka możliwość, pacjent powinien być operowany jak najszybciej” – twierdzi.

(bit.ly/2Aehgvp oraz bit.ly/2AeeJRI, „JAMA”)

## 10 minut dla pacjenta

W Polsce średni czas trwania wizyty u lekarza nieznacznie przekracza 10 minut, jest więc krótszy niż zakładany w wielu krajach najbardziej rozwiniętych, ale w UE nie wypadamy wcale najgorzej.

Z badań specjalistów brytyjskich wynika, że w Szwecji średni czas wizyty lekarskiej jest najdłuższy i sięga 22,5 minuty. W USA przekracza 20 minut, na trzecim miejscu jest Bułgaria (również 20 minut). Polska wśród 67 krajów uplasowała się na 24. miejscu. Przed nami są: Chorwacja, Łotwa i Nowa Zelandia, a za nami Holandia, Japonia i Dania.

W 18 analizowanych krajach czas trwania wizyty lekarskiej nie przekracza 5 minut. Tak jest np. w Chinach i Kuwejcie. W tej grupie najgorzej wypada Bangladesz, w którym przeciętna konsultacja nie przekracza 48 sekund. W kolejnych 25 państwach wizyta lekarska trwa około 10 minut i do tej grupy należy Polska, ale również Wielka Brytania, Niemcy, Estonia i Rumunia.

Dr Greg Irving z University of Cambridge zwraca uwagę, jak istotne jest to, że wizyta trwa nie kilka, lecz 15 lub 20 minut. Satysfakcja pacjenta z wizyty dłuższej niż 15–20-minutowa nie musi zależeć od tego, jak dużo uwagi poświęcił mu lekarz. Po 30–40 minutach chory może opuścić gabinet lekarski niezadowolony. Zdaniem specjalisty jakość konsultacji medycznych będzie miała coraz większe znaczenie wraz ze starzeniem się społeczeństw.

(bit.ly/2Ad59yA, „BMJ Open”)

## O śmierci z pacjentem należy rozmawiać

Zdecydowana większość osób terminalnie chorych cierpiących na przewlekłe schorzenia układu oddechowego chce rozmawiać o śmierci i umieraniu – wynika z badań hollenderskich specjalistów medycyny paliatywnej. Rzadko jednak ten trudny temat podejmowany jest przez lekarzy.

Dr Lea Jabbarian z Uniwersytetu Erasmusa w Rotterdamie ze swym zespołem przeanalizowała 21 badań, którymi objęto prawie 2 tys. pacjentów. W jednym z nich aż 99 proc. terminalnie chorych było gotowych rozmawiać o śmierci, w innym – 68 proc. Jednak jedynie 12–32 proc. miało taką sposobność. Dane pokrywają się z wynikami sondażu przeprowadzonego wśród lekarzy: zaledwie 20–33 proc. rozmawiało z pacjentami o umieraniu.

Lekarze zwykle tłumaczą się, że nie mają czasu na takie rozmowy, ale często nie chcą odbierać terminalnie chorym nadziei. Dr Jabbarian twierdzi, że to błędne mniemanie, ponieważ rozmowa pomaga zmagać się z nieuchronnością. Prof. Cari Levy z University of Colorado w Aurora uważa wręcz, że rozmowa o śmierci nie osłabia pacjenta, lecz go wzmacnia.

„Nie oszukujmy się, że unikanie rozmowy o umieraniu jest w najlepszym interesie terminalnie chorego” – podkreśla prof. Levy. Przyznaje jednak, że w szpitalach na ogół nie ma warunków do podejmowania takich rozmów. Dr Jabbarian zaleca, żeby rozmowę rozpoczynać tak szybko, jak tylko jest to możliwe. Pacjenci często sami do tego zachęcają.

Dobrą okazją jest sytuacja, kiedy chorzy wspominają, że z powodu choroby czują się zmęczeni albo nie są już pewni, czy jeszcze będą mogli poczuć się lepiej. Trzeba wtedy przede wszystkim wysłuchać tego, co pragną powiedzieć. Najlepiej, by taka rozmowa odbyła się poza szpitalem, podczas prywatnego spotkania, w gronie rodzinnym lub znajomych. Również bliscy chorego nie powinni unikać tej rozmowy.

(bit.ly/2AaHjUf, „Thorax”) ■

**Zbigniew Wojtasiński**

# CENTRUM KARIERY

**Centrum Kariery** to projekt CERMED Centrum Rozwoju Medycyny Sp. z o.o. powołanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie do realizacji kluczowych projektów w obszarze HR dla lekarzy członków OIL.

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

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

Zamierzamy być animatorem rozwoju talentów w sektorze ochrony zdrowia.

Środowisko lekarskie oraz podmioty lecznicze, publiczne i niepubliczne, krajowe i zagraniczne znajdą w Centrum Kariery wiarygodnego i kompetentnego HR Partnera, który wesprze Ich działania w następujących obszarach:

- ❖ Bezpłatne pośrednictwo pracy
- ❖ Outsourcing procesu rekrutacji na stanowiska lekarskie
- ❖ Doradztwo personalne
- ❖ Szkolenia z zakresu kompetencji psychospołecznych (miękkich)
- ❖ Ekspertskie centrum informacji dla młodych lekarzy oraz lekarzy cudzoziemców planujących pracę w Polsce, wraz z wyszukiwarką miejsc specjalizacyjnych

**Centrum Kariery** dla swoich Klientów poszukuje lekarzy Specjalistów i w trakcie szkolenia specjalizacyjnego na następujące stanowiska pracy:

**CER  
MED**  
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

Nr ref. **2/2/INT-MR/MAZ**

**Lekarz POZ (specjalizacja z Medycyny Rodzinnej lub Chorób Wewnętrznych)**

Placówka o ugruntowanej pozycji mieści się 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, przechodnia świadczy usługi odpłatne. Dysponuje również własną apteką realizującą recepty refundowane.

**Wymagania:**

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

**Oferujemy:**

- ❖ Stabilne zatrudnienie na umowę o pracę lub kontrakt w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin
- ❖ B. atrakcyjne wynagrodzenie oraz pakiet korzyści w tym opłacone umebłowane mieszkanie służbowe oraz ryczałt na samochód

Nr ref. **4/26/RM/WAW**

**Specjalista Fizjoterapii**

Znany ośrodek rehabilitacji dziennej wraz ze specjalistyczną poradnią w Warszawie z placówkami w Ursusie i na Białoleścu.

**Wymagania:**

- ❖ Tytuł magistra - specjaliści Fizjoterapii
- ❖ Aktualne PWZ
- ❖ Prawo jazdy kat. B

**Oferujemy:**

- ❖ Stabilne zatrudnienie na umowę o pracę lub kontrakt w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin dopasowanym do możliwości kandydata
- ❖ Atrakcyjne wynagrodzenie
- ❖ Dla kandydatów zamiejscowych pracodawca widzi możliwość zwrotu kosztów dojazdów

Nr ref. **9/36/PS/WAW**

**Lekarz Specjalista lub Rezydent w trakcie specjalizacji (Psychiatria, Psychiatria dzieci i młodzieży)**

Znana klinika zdrowia psychicznego zlokalizowana w Warszawie.

**Wymagania:**

- ❖ Lekarz Specjalista
- ❖ Rezydent w/w specjalności
- ❖ Aktualne PWZ
- ❖ Doświadczenie lub zainteresowanie psychoterapią będzie atutem

**Oferujemy:**

- ❖ Stabilne zatrudnienie w formie do uzgodnienia
- ❖ Pracę w niepełnym wymiarze godzin dopasowanym do możliwości lekarza
- ❖ Niezbędne narzędzia do pracy oraz szkolenia

Nr ref. **8/35/MS/WAW**

**Lekarz Specjalista (Kardiologia, Choroby Wewnętrzne, Medycyna Sportowa, Medycyna Rodzinna)**

Prestżowy instytut badawczy zlokalizowany w Warszawie.

**Wymagania:**

- ❖ Tytuł Specjalisty w/w specjalności
- ❖ Aktualne PWZ

**Oferujemy:**

- ❖ Stabilne zatrudnienie w formie umowy o pracę lub kontraktu
- ❖ Pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin
- ❖ Możliwość rozwoju zawodowego i naukowego w renomowanej instytucji

**CV wraz z podaniem**  
w tytule nr ref. oferty  
prosimy przesyłać na adres email:  
jacek.kopacz@oilwaw.org.pl

**Osoba do kontaktu:**

Jacek Kopacz  
tel. 22 542 83 63  
kom/whatsapp: 784 986 594

**Prosimy dodać do CV następującą klauzulę:**

Zgodnie z Art. 6 ust.1 lit. a Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. U.E.L.119 - 04/05/2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnych i przyszłych rekrutacji.

CERMED Centrum Rozwoju Medycyny Sp. z o.o. jest wpisane do Rejestru Podmiotów Prowadzących Agencję Zatrudnienia pod nr 15976

Znajdź nas na **LinkedIn**

**www.centrumkariery.org.pl**



Fot. archiwum

# Gorzka pigułka

**Hanna Odziemska**

lek. chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

Przeczytałam opublikowany w „Rzeczpospolitej” z 3.11.2017 r. wywiad Eweliny Pietrygi z prof. dr. hab. Włodzimierzem Piątkowskim z UMCS w Lublinie o lekarzach i problemach służby zdrowia widzianych z perspektywy socjologa medycyny (<http://www.rp.pl/Plus-Minus/311029932-Socjolog-medycyny-Lekarzom-niezalezy-by-sluzba-zdrowia-dzialala-lepiej.html>). Widziałam też najnowszy film Patryka Vegi „Botoks”, byłam nawet na premierze, gdyż mój znajomy grał w nim epizodyczną rolę.

Zarówno artykuł, film, jak i odbiór społeczny problematyki związanej z ochroną zdrowia i środowiskiem lekarskim, to zaledwie przedsmak „gorzkiej pigułki”, którą jako praktykujący lekarz codziennie dostaję do przełknięcia w konfrontacji z rzeczywistością.

Zacznę od filmu. Pominę walory artystyczne, bo widziałam lepsze dzieła tego reżysera. Twórca filmu zniekształca obraz polskiego środowiska lekarskiego w przeciwnym kierunku, niż zrobił to Łukasz Palkowski w filmie „Bogowie”, w którym idealizowano lekarzy. Vega pokazuje ich natomiast jako pozbawionych skrupułów przestępców, których należy unikać, jeśli chce się żyć i zachować zdrowie. Ratownicy medyczni w tym filmie to alkoholicy i złodzieje, farmaceuci – oszuści. Nawet pacjentów nie oszczędzono – większość z nich to według twórców filmu „Botoks” seksualni dewianci i maniacy poprawiania własnej urody. Przedstawiony tam świat pozbawiony jest wszelkich wartości, nie ma w nim nic pozytywnego, żadnej nadziei. Wątpię, czy takiego przesłania potrzebuje polski pacjent, nie mówiąc już o tym, że najcenniejsza jest zwykła prawda. A obiektywny obraz rzeczywistości jest taki, że obok pojawiających się oczywiście czasem błędów i wynaturzeń istnieją także takie postawy jak ofiara z życia, ofiara z własnego czasu, z osobistych ambicji i komfortu. Ofiara, którą codziennie ponoszą dla pacjenta lekarze, pielęgniarki, ratownicy. „Czy lekarze mają realny interes w likwidowaniu kolejek, a tym samym przysparzaniu sobie konkurencji?” – pyta prof. Piątkowski. Ja zadałabym to pytanie inaczej: czy to możliwe, że za utrzymaniem kolejek do specjalistów kryje się czyjś interes? Od momentu transformacji ustrojowej obserwuję nieudolność kolejnych ekip rządzących w rozwiązywaniu problemów ochrony zdrowia w Polsce. Przez te wszystkie lata nikt nie miał efektywnego pomysłu, jak to sprawnie zorganizować. Powoływano i rozwiązywano kolejne instytucje, decentralizowano i na powrót centralizowano zarządzanie opieką zdrowotną. Nie konsultowano projektów zmian z praktykami, nie kalkulowano rzeczywistych kosztów. Decyzyjność była oddawana w ręce osób, które nie były w stanie zanalizować problemu interdyscyplinarnie. Nie wystarczało im wiedzy medycznej albo ekonomicznej, albo umiejętności menedżerskich. Gdybym była pasjonatką teorii spiskowych, pokusiłabym się o stwierdzenie, że komuś zależy na systemowo podtrzymywanym chaosie w służbie zdrowia. Ale nie jestem. Zgadzam się za to z Arthurem Schopenhauerem,

który głosił: „Każda prawda przechodzi przez trzy etapy: najpierw jest wyśmiewana, potem zaprzeczana, a na końcu uważana za oczywistą”. Dlatego ponawiam pytanie: gdzie leży źródło czyjegoś interesu w utrzymywaniu niewydolnej ochrony zdrowia? Nie stawiam tez co do tożsamości interesariuszy, choć moim zdaniem nie są to raczej lekarze. Oni bowiem są w znakomitej większości ofiarami systemowej niewydolności. Głównie dlatego, że są zakładnikami własnej odpowiedzialności. A gra toczy się o najwyższą stawkę – czyjeś życie.

Żując „gorzką pigułkę”, muszę przyznać pewną rację prof. Piątkowskiemu. Rzeczywiście, środowisko lekarskie to hermetyczna, zhierarchizowana korporacja, w której kolejne pokolenia bezkrytycznie przejmują pałeczkę w sztafecie pogardy dla niżej postawionych w hierarchii kolegów, wyniosłości wobec średniego personelu i przepaści komunikacyjnej w stosunku do pacjenta. Będąc znakomitymi pod względem merytorycznym ekspertami, fachowcami i autorytetami w danej dziedzinie, często nie potrafimy zwyczajnie spojrzeć w oczy drugiemu człowiekowi, pochylić się nad jego cierpieniem i ofiarować mu trochę ciepła. A to ma często znacznie silniejsze działanie terapeutyczne niż niejeden preparat farmakologiczny, a zwłaszcza słynny „cukier puder” z filmu „Botoks”. Brakuje nam miękkich kompetencji, bo nikt w procesie kształcenia lekarza nie próbuje ich kształtować. Nieliczni posiadacze wrodzonych cech altruistycznych nie mają szans uzewnętrznienia ich w praktyce, bo system wymusza powierzchowność relacji z pacjentem, spowodowaną przez biurokrację i brak czasu. Dlatego postrzegam ostatni bunt młodych lekarzy jako pewną nadzieję na złamanie powielanych dotąd bezkrytycznie złych schematów. Oni walczą nie tylko o godność własnej egzystencji, lecz także o prawo pacjenta do dobrej opieki, do poczucia bezpieczeństwa i o przywrócenie etosu zawodu lekarza. Pacjent, który doświadcza cierpienia, potrzebuje nie tylko pomocy w postaci zabiegu lub leku, ale także zaufania do osób, które mogą mu pomóc.

W ostatecznym rozrachunku każdy zostanie kiedyś naszym pacjentem.

Medycyna holistyczna? Tak, jak najbardziej. W czasie mojej wieloletniej praktyki lekarskiej przekonałam się, że podstawą w uprawianiu medycyny jest zrozumienie dwóch spraw. Po pierwsze, że pacjent to człowiek, który myśli, czuje, boi się i cierpi. Z powodu dolegliwości szuka drugiego człowieka, który go zrozumie oraz ma wiedzę i umiejętności, żeby mu pomóc. Po drugie, że pacjent przychodzący do lekarza nie zawsze ma świadomość własnych oczekiwań. Nie zawsze wie, czego oczekuje. I to jest zadanie lekarza – rozwikłać tę zagadkę. Aby to było możliwe, system ochrony zdrowia powinien wspierać obie strony i tworzyć środowisko, w którym nawiązanie wzajemnej relacji jest możliwe. Tymczasem do tej pory system stanowi w tej materii barierę. ■

## Nowa przychodnia na Bemowie

W grudniu 2017 r. otwarto przychodnię podstawowej opieki zdrowotnej przy ul. gen. M.C. Coopera na warszawskim Bemowie.



Fotografie: OLL w Warszawie

Obiekt lecznictwa otwartego w tych okolicach jest niezwykle potrzebny, ponieważ już powstały nowe osiedla, a w najbliższych latach przybędzie jeszcze około 40 tys. mieszkańców w rejonie Chruszowa. Placówka należy do SZPZO Warszawa Bemowo-Włochy.

W przychodni znajdują się, oprócz gabinetów POZ dla dorosłych i dzieci, liczne poradnie specjalistyczne, apteka, sala fizykoterapii oraz sala terapii grupowej. Na budowę i wyposażenie obiektu wydano 21,4 mln zł, środki zapewniło miasto stołeczne Warszawa.

W uroczystości otwarcia przychodni wzięli udział prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni. **mkr**

## Nominacja do Scientific Advice Working Party

Ewa Bałkowiec-Iskra, kierująca Pracownią Farmakologii Bólu Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, jako pierwszy przedstawiciel Polski otrzymała nominację do Scientific Advice Working Party, czyli stałej Grupy Roboczej ds. Naukowych przy CHMP (Komitecie ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi).

Do głównych zadań SAWP należy przygotowywanie opinii i porad naukowych dotyczących badań, których celem jest uzyskanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych. W skład Europejskiej Agencji Leków SAWP wchodzi: przewodniczący, 28 członków, w tym trzech członkowie Komitetu ds. Sierocych Produktów Leczniczych (COMP), jeden członek Komitetu Pediatricznego (PDCO) i jeden członek Komitetu ds. Terapii Zaawansowanych (CAT). **pk**

## „3majmy się razem”

Wbrew stereotypowi choroby reumatyczne w dużej mierze dotyczą młodych, którzy się uczą bądź rozpoczynają aktywność zawodową. Często osoby chore to dobrze wykształceni, ambitni i rzutcy dwudziesto- i trzydziestolatkowie, którym reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie kręgosłupa lub toczeń rumieniowaty układowy niweczą życiowe plany. Dla nich konieczność przejścia na rentę lub utrata pracy jest wielkim ciosem. Pojawia się kryzys ekonomiczny, a wraz z nim kryzys psychiczny utrudniający proces leczenia. Należy dodać, że utrata zdolności do pracy może spotkać wszystkich chorych, niezależnie od wieku.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” podejmuje próbę przeciwdziałania tej sytuacji. Rozpoczęło od przygotowania raportu na temat społeczno-zawodowych uwarunkowań funkcjonowania osób z chorobami reumatycznymi. Na tej podstawie opracowana zostanie propozycja zmian systemowych.

W chorobach reumatycznych ważna jest szybka i właściwa diagnostyka. Dostęp do lekarzy specjalistów oraz nowoczesnych terapii (m.in. biologicznej) umożliwiła zatrzymanie choroby we wczesnym stadium, a w efekcie zapobiega niepełnosprawności i pozwala na wykonywanie pracy. Zatem konieczna jest koordynacja opieki nad chorymi. To pierwszy wniosek wynikający z raportu. Następnie przygotuje grupa robocza, do której zaproszono przedstawicieli zainteresowanych instytucji i organizacji społecznych. **mkr**



Fot. archiwum

## DELEGATURA RADOMSKA

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



**Przewodniczący**  
**Julian Wróbel**  
e-mail: [julian@wp.eu](mailto:julian@wp.eu)  
dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00



## Jubileusz wybitnego biografa lekarzy

**Dr Jan Bohdan Gliński 19 grudnia 2017 r. skończył 102 lata. Uroczystość z tej okazji odbyła się w Domu Lekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, organizatorem była sekcja historyczna tegoż towarzystwa, której jubilat był założycielem w 1986 r., długoletnim prezesem i organizatorem spotkań naukowych.**

Obok prowadzenia wielu innych działań zawodowych i społecznych dr Gliński zajmuje się dokumentowaniem i katalogowaniem biogramów lekarzy, farmaceutów oraz studentów medycyny, którzy zginęli lub zostali zamordowani w czasie II wojny światowej. Powstało z nich sześć tomów „Słownika biograficznego lekarzy i farmaceutów – ofiar II wojny światowej”, zawierających około 6 tys. biogramów.

Pamięć o działalności społecznej dr. Glińskiego pozostała we wszystkich miejscowościach, w których przebywał, m.in. w Rydzynie (w Wielkopolsce), gdzie uczęszczał do szkoły średniej, i w Rudce (koło Warszawy) – pracował tam po wojnie. Przedstawiciele tych ośrodków przybyli z gratulacjami na spotkanie jubileuszowe. **mkr**

Sylwetkę dr. Glińskiego przedstawiliśmy w „Pulsie” nr 2/2016, str. 35, w artykule „Sto lat doktora Glińskiego”.



Fot. archiwum rodzinne

## Nagroda im. Bohdana i Zygmunta Janczewskich

**Fundacja Kościuszkowska raz na dwa lata przyznaje nagrodę za najwybitniejszą oryginalną pracę z zakresu medycyny klinicznej opublikowaną w naukowym czasopiśmie medycznym rangi światowej. W grudniu 2017 r. otrzymał ją Aleksander Prejbisz z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Instytutu Kardiologii w Warszawie za artykuł „Smaller caliber renal arteries are a novel feature of uromodulin-associated kidney disease” opublikowany w „Kidney International” (July 2015, volume 88, issue 1).**

Badanie, o którym mowa w pracy, pozwoliło na wyodrębnienie nowej patologii tętnic nerkowych o etiologii nie miażdżycowej, charakteryzującej się obustronnym występowaniem tętnic nerkowych o istotnie zmniejszonej szerokości i istotnie wąskich na całej długości naczynia. Przedstawiono pierwszy w literaturze światowej opis tej patologii. Przy-

puszcza się, że istnieje związek między nowo wykrytą patologią tętnic nerkowych a rozwojem hiperurykemii, nadciśnienia tętniczego oraz niewydolności nerek.

Nagroda Bohdana i Zygmunta Janczewskich została ustanowiona przez doc. Zygmunta Janczewskiego, pioniera andrologii w Polsce, związanego zawodowo z I Katedrą i Kliniką Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. **pk**

## „Zasłużony dla Mazowsza”

**NIZP-PZH to najstarsza instytucja zdrowia publicznego w kraju.**

Obchodzony w 2018 r. jubileusz 100-lecia Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny stał się okazją do nadania tej placówce przez Sejmik Województwa Mazowieckiego Odznaki Honorowej „Zasłużony dla Mazowsza”. **pk**



Zapraszamy na  
VII Konferencję Służby Zdrowia  
21 kwietnia 2018 r

UKSW  
ul. Dewajtis 5, Warszawa

[www.bic-uksw.pl](http://www.bic-uksw.pl)



Fot. IFiPS

## 20. rocznica pierwszego w Polsce wszczęcia implantu słuchowego do pnia mózgu

**W tym roku obchodzimy 20. rocznicę pierwszej w Polsce operacji wszczęcia implantu słuchowego do pnia mózgu, którą 9 stycznia 1998 r. przeprowadził prof. Henryk Skarżyński we współpracy z naukowcami z Austrii i Niemiec.**

Polska stała się czwartym krajem na świecie, w którym przeprowadzono tego typu skomplikowany zabieg. Trwająca 12 godzin operacja zakończyła się sukcesem, a pacjentka prof. Skarżyńskiego uzyskała wyniki nienotowane do tej pory na świecie: po operacji zaczęła bez żadnych ograniczeń rozumieć mowę. Takich pacjentów nadal jest tylko kilkunastu.

– *Kiedy okazało się, że możemy z powodzeniem stymulować jądra słuchowe w pniu mózgu, czyli bardzo czułe miejsca centralnego układu nerwowego, stało się to naszym kolejnym wyzwaniem* – wspomina prof. Henryk Skarżyński.

Obecnie pod opieką zespołu Światowego Centrum Słuchu znajduje się kilkunastu pacjentów. Z badań prowadzonych przez prof. Boba Shannona, jednego z pionierów wdrażania programu wszczęcia implantów pniowych w House Research Institute w Los Angeles, to najlepiej w świecie zrehabilitowana grupa. Na zlecenie amerykańskiej Food and Drug Administration naukowiec ocenił efektywność tej metody leczenia. Docierał do osób operowanych w różnych ośrodkach na świecie. Pacjenci Instytutu Fiziologii i Patologii Słuchu uzyskali najwyższą ocenę.

– *Oznacza to* – podkreśla prof. Skarżyński – *że organizując zespół składający się z niezwykle doświadczonych chirurgów i inżynierów klinicznych, stworzyliśmy w Kajetanach warunki, w których pacjentom cierpiącym na ten rzadki no-*

*wotwór możemy zaoferować skuteczne leczenie oraz wyjątkowo dobrą opiekę.*

Wybrana przez prof. Skarżyńskiego i współpracowników strategia okazała się bezpieczna i efektywna. 10 lat później, w 2008 r. – także w ramach współpracy z międzynarodowym zespołem – został zoperowany w Kajetanach pierwszy w świecie pacjent, któremu wszczęto obustronnie implanty do pnia mózgu. **rk**

## Mazowieccy innowatorzy nagrodzeni

**Nowoczesne metody leczenia nowotworów, badania nad technologiami opartymi na odnawialnych źródłach energii, monitoring upraw rolnych dzięki specjalnej aplikacji internetowej – to tylko część projektów, które zwróciły uwagę kapituły ubiegłorocznego konkursu „Innowator Mazowsza”, ogłoszonego przez Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego.**

W kategorii „Innowacyjny młody naukowiec” I miejsce i nagrodę w wysokości 15 tys. zł otrzymała Iga Wasiak za pracę „Nanocząstki polisacharydowe jako nośniki leków – otrzymywanie, separacja, właściwości fizykochemiczne i biologiczne”. II miejsce i 12,5 tys. zł przyznano Magdalenie Mazurek-Budzyńskiej za pracę „Poli(estro-węglany) i poliuretany otrzymywane z surowców odnawialnych – pochodnych kwasu węglowego”. Zdobywcą III miejsca i 10 tys. zł został Rafał Adam Pietruszka za pracę „Otrzymywanie i charakteryzacja ogniw fotowoltaicznych zawierających cienkie warstwy oraz nanosłupki tlenku cynku”. Poza tym wyróżniono cztery osoby: Małgorzatę Bobrowicz („Wpływ inhibitorów deacetylaz histonów na regulację cząsteczki CD20 w komórkach nowotworowych”), Pawła Dębskiego („The optimisation of quantitation assays; Optymalizacja ilościowych oznaczeń diagnostycznych”), Roberta Markiewicza („Znakowanie wodne sygnałów fonicznych w dziedzinie częstotliwości”) oraz Małgorzatę Moczowską. **pk**

## Sukces Roku 2017

11 stycznia 2018 r. na Zamku Królewskim w Warszawie odbyło się uroczyste podsumowanie konkursu Sukces Roku 2017 w Ochronie Zdrowia – Liderzy medycyny, organizowanego przez czasopismo „Menedżer Zdrowia” i wydawnictwo Termedia.

Osobowością Roku wybrano prof. dr. hab. med. Wiesława W. Jędrzejczaka, konsultanta krajowego w dziedzinie hematologii, kierownika Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego WUM.

– *Wielkim osiągnięciem jest upowszechnienie najnowocześniejszych metod leczenia nowotworów krwi. Można mówić o tym, że w ostatnich latach zbudowaliśmy całe miasto ocalałych po przeszczepieniu szpiku – na taką liczbę ludzkich istnień przekłada się to upowszechnienie – mówi o swoim największym sukcesie A.D. 2017 prof. Wiesław Jędrzejczak, Osobowość Roku.*



Fot. M. Kukowska

Wśród wielu wyróżnionych znalazły się też osoby i placówki z województwa mazowieckiego. W kategorii „Menedżer Roku – placówki publiczne” wyróżnienie otrzymała red. red. Ewa Trzepla, prezes zarządu Centrum Medycznego WUM, a w kategorii „Innowacyjny szpital” – Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy ATTIS, Sp. z o.o. w Warszawie.

W kategorii „Media PR” wyróżniono m.in. red. red. Annę Kaczmarek i Małgorzatę Solecką. „Puls” gratuluje Koleżankom.

**mkr**



### OREDZIE PAPIEŻA FRANCISZKA NA XXVI ŚWIATOWY DZIEŃ CHOREGO 2018 R.

*Mater Ecclesiae: „Oto syn Twój (...) Oto Matka twoja”.  
I od tej godziny uczeń wziął Ją do siebie” (J 19, 26-27)*

[fragmenty]

*Drodzy Bracia i Siostry!*

*[...] W tym roku tematem Dnia Chorego są słowa, które Jezus, wywyższony na krzyżu, kieruje do swojej Matki Maryi i do Jana: „Oto syn Twój (...) Oto Matka twoja. I od tej godziny uczeń wziął Ją do siebie” (J 19, 26-27). [...]*

*Przede wszystkim słowa Jezusa zapoczątkowują powołanie Maryi jako Matki całej ludzkości. Będzie Ona w szczególności Matką uczniów swojego Syna i będzie się nimi opiekowała i czuwała nad ich drogą. A wiemy, że matczyzna troska o syna czy córkę obejmuje zarówno materialne, jak i duchowe aspekty ich wychowania.*

*[...] W krajach, gdzie istnieją wystarczające systemy publicznej opieki zdrowotnej, działalność zgromadzeń katolickich, diecezji i ich szpitali oprócz zapewniania opieki medycznej na wysokim poziomie ma na celu stawianie człowieka w centrum procesu leczenia i prowadzenie badań naukowych z poszanowaniem życia i chrześcijańskich wartości moralnych.*

*[...] Pamięć o długiej historii postugi niesionej chorym jest powodem do radości dla wspólnoty chrześcijańskiej, a przede wszystkim dla tych, którzy w dzisiejszych czasach pełnią tę postugę. Trzeba jednak patrzeć na przeszłość, zwłaszcza po to, aby się nią ubogacać. Od niej powinniśmy się uczyć: wielkoduszności, aż po całkowite poświęcenie się wielu założycieli instytucji postugującym chorym; kreatywności, inspirowanej przez miłość, wielu inicjatyw realizowanych na przestrzeni wieków; zaangażowania w badania naukowe, aby oferować chorym nowatorskie i niezawodne leczenie. To dziedzictwo przeszłości pomaga dobrze planować przyszłość. Na przykład, aby ustrzec szpitale katolickie przed niebezpieczeństwem stosowania logiki przedsiębiorstwa, która na całym świecie usiłuje włączyć opiekę zdrowotną w działalność rynkową, czego skutkiem jest odrzucanie ubogich.*

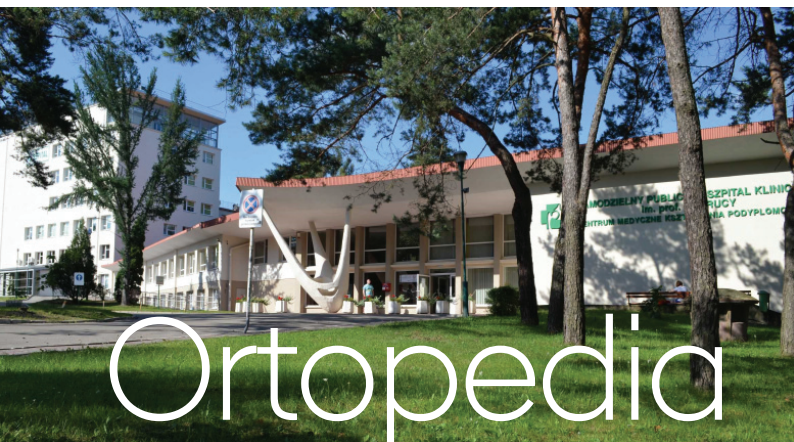
*[...] Maryi, Matce czułości, pragniemy powierzyć wszystkich chorych na ciele i duchu, aby umacniała ich nadzieję. Prośmy Ją także, aby nam pomagała być otwartymi na chorych braci. [...] Wszystkim – chorym, pracownikom służby zdrowia i wolontariuszom – udzielam z serca Błogosławieństwa Apostolskiego.*

Watykan, 26 listopada 2017 r.  
Uroczystość Jezusa Chrystusa Króla Wszechświata

**Franciszek**

© Copyright - Libreria Editrice Vaticana

skr. egw



# Ortopedia na najwyższym poziomie

W tej placówce pacjenci nie muszą czekać latami na wizytę u specjalisty czy operację, choć ściągają do niej chorzy z całej Polski. Przeprowadza się tu także wiele nowatorskich zabiegów. Nic dziwnego, że Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy w Otwocku wciąż wygrywa branżowe rankingi.

Niedawno szpital w Otwocku wzbudził zainteresowanie mediów dzięki wpisowi na Facebooku jednego z pacjentów. Był nim Jurek Owsiak, który dziękował lekarzom i personelowi placówki za przeprowadzoną operację kolana. Twórca Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy przypomniał przy okazji, że w lecznicy pracuje dużo sprzętu zakupionego z pieniędzy pochodzących ze styczniowych zbiórek. „Kiedy wręczaliśmy sprzęt, nawet przez moment nie pomyślałem, że ja także będę z niego korzystał. Leżałem na łóżku, które kupiliśmy 10 lat temu, a podobne łóżka cały czas kupujemy dla polskich szpitali” – napisał.

SPSK im. prof. Adama Grucy w Otwocku od dawna uchodzi nie tylko za największą, ale także najlepszą placówkę ortopedyczną w Polsce. Zwyciężył w ubiegłorocznym rankingu tygodnika „Wprost”, w którym brano pod uwagę m.in. zakres diagnostyki, liczbę wykonywanych procedur leczniczych, współczynnik zakażeń pooperacyjnych, liczbę łóżek i sal operacyjnych na oddziałach.

## Niezależne kliniki

W przyszłym roku szpital będzie świętował 45-lecie istnienia, choć tradycja leczenia ortopedycznego jest tutaj znacznie dłuższa. Już w 1941 r. zorganizowano w Otwocku dom zdrowia dla dzieci chorych na gruźlicę kości i stawów, ze skromnym traktem operacyjnym. Po wojnie utworzono zaś sanatorium gruźlicy kostno-stawowej, które dzięki zaangażowaniu kadry tak poszerzało swoją działalność, że we wrześniu 1973 r. zostało przekształcone w Wojewódzki Zespół Traumatologii, Ortopedii i Rehabilitacji. Placówka jeszcze kilkakrotnie zmieniała strukturę. Dziś jest imponującym kompleksem podzielonym na cztery samodzielne i niezależne kliniki.

Klinika Ortopedii, Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej zajmuje się przede wszystkim leczeniem wad wrodzonych narządu ruchu. Jako jedyna w Polsce przeprowadza m.in. rekonstrukcje kończyn za pomocą stabilizatorów z komputerowym wspomaganiami.

Największa w otwockim szpitalu Klinika Ortopedii specjalizuje się w leczeniu patologii stawu biodrowego i kolanowego, powikłań infekcyjnych z zakresu ortopedii oraz traumatologii narządu ruchu, obrażeń miednicy (rocznie wykonuje się tutaj ponad 200 operacji tej struktury kostnej, co jest



Fotografie: R. Natorek



ewenementem na skalę europejską), a także zmian nowo-  
tworowych, przerzutowych do kręgosłupa.

Do Kliniki Chirurgii Urazowej Narządu Ruchu i Ortopedii z całej Polski trafiają pacjenci po urazach, również z powikłaniami po zabiegach operacyjnych i terapii zachowawczej. Tutejsi lekarze specjalizują się w chirurgii stawu skokowo-goleniowego oraz pięty. Wykonują endoprotezoplastykę głowy kości promieniowej – wszczepiana endoproteza, wspólne dzieło otwockich specjalistów i naukowców z Politechniki Warszawskiej, ma patent oraz certyfikat europejski, jest stosowana także zagranicą.

Z wieloma uczelniami współpracuje również Klinika Ortopedii i Reumoortopedii zajmująca się głównie endoprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego, ale także testująca i wprowadzająca nowe preparaty kości zastępcze.

### Dobra organizacja to podstawa

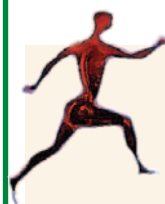
Szpital w Otwocku słynie z nowatorskich zabiegów. W listopadzie 2018 przeprowadzono operację, podczas której 9-letniej dziewczynce ze skoliozą założono wzdłuż kręgosłupa teleskopowy pręt z mechanizmem magnetycznym, dzięki czemu można go wydłużyć bez kolejnych ingerencji chirurgicznych, co do tej pory było normą w przypadku rosnącego dziecka.

Placówka świetnie radzi sobie także z rutynową działalnością leczniczą. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty nie przekracza dwóch tygodni, bardzo krótkie, w porównaniu z oferowanymi przez większość polskich szpitali, są terminy operacji związanych z protezoplastyką. Rocznie w Otwocku wykonuje się blisko 2 tys. tego typu zabiegów, a mogłoby ich być nawet więcej, gdyby rozmachu nie ograniczał kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Sprawne funkcjonowanie to zasługa m.in. odpowiedniego przygotowania pacjenta do operacji. Chory otrzymuje wcześniej zalecenia dotyczące wykonywania specjalnych ćwiczeń wzmacniających mięśnie, ale także musi poddać się szczególnym badaniom, dzięki czemu zostaje ograniczone ryzyko ewentualnych powikłań, nie tylko podwyższających koszty leczenia, ale też angażujących lekarzy.

W otwockiej placówce kładzie się nacisk na modernizację obiektów szpitalnych. W 2015 r. został otwarty 120-lóżkowy Oddział Rehabilitacji wyposażony w najnowocześniejszy sprzęt, m.in. komory ciśnieniowe i pomieszczenia do krio-terapii. ■

Rafał Naturski



## Goniec Medyczny

### Straszenie lekarzy

Oskarżenia o niełojalność, straszenie niepodpisaniem umów o pracę lub ich zerwaniem, a teraz także groźenie uznaniem wypowiedzania klauzuli opt-out za narażanie życia i zdrowia pacjenta. Tak dyrektorzy szpitali starają się zniechęcić lekarzy do pracy zgodnie z kodeksem pracy (czyli 37,5 godz. w tygodniu). „Każdy ma prawo wypowiedzieć z wyprzedzeniem umowę o pracę i powoływanie się na spowodowanie zagrożenia życia pacjentów nic tu nie zmienia” – twierdzi na łamach „Rzeczpospolitej” radca prawny Wojciech Kozłowski.

### Zwrot pieniędzy za prywatne leczenie?

Prezes NFZ Andrzej Jacyna proponuje, by długość kolejki do lekarza została określona w ustawie. Gdyby pacjent czekał dłużej, mógłby skorzystać z leczenia prywatnego, a następnie żądać zwrotu pieniędzy.

### „Puste” wizyty

Długie kolejki do operacji czy wizyt w przychodniach to nie tylko efekt niewydolnego systemu ochrony zdrowia. Problem osób, które nie zgłaszają się na wyznaczone wiele miesięcy wcześniej zabiegi, występuje w wielu szpitalach. Według statystyk Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim takich pacjentów jest aż 20 proc.

### Pionierski zabieg

Pierwszy na świecie zabieg wewnątrznaczyniowego podania leku do złośliwego guza mózgu pod kontrolą rezonansu magnetycznego przeprowadzili specjaliści Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. Guz u pacjentki wyraźnie się zmniejszył.

### Obowiązkowe szczepienia we Francji

We Francji od 1 stycznia 2018 r. wszystkie dzieci mają być poddawane 11 obowiązkowym szczepieniom. Do tej pory nad Sekwaną obowiązkowo szczepiono przeciw dyfterytowi, tężcowi i polio. Teraz dodano 8 dodatkowych szczepień (m.in. przeciw krztuścowi, odrze, śwince, różyczce oraz zapaleniu wątroby typu B).

### Uzależnienie od gier

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w planowanej na 2018 r. aktualizacji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób najprawdopodobniej uwzględni uzależnienie od gier. Będzie opisane jako rodzaj problemu z dziedziny zdrowia psychicznego – poinformował serwis CBS News.

### Energetyki nie dla dzieci

Brytyjska sieć supermarketów Waitrose od marca tego roku nie będzie sprzedawała wysokokofeinowych napojów energetyzujących osobom poniżej 16. roku życia. Wprowadzenie zakazu jest reakcją na obawy dotyczące negatywnych skutków konsumpcji energetyków przez dzieci.

### Google nauczyło sztuczną inteligencję

Sztuczna inteligencja, której pierwotnym zadaniem była analiza obrazów w celu ich rozpoznawania, nauczyła się analizować struktury DNA pod kątem występujących w nich mutacji. W tym tygodniu ukazała się najnowsza wersja algorytmu – DeepVariant.



# Nasza wspólna niepodległość

Paweł Kowal

Zaczynamy rok obchodów stulecia niepodległości. Odzyskania jej, a nie otrzymania lub uzyskania – to ważna różnica. Nie ma sensu opowiadać o Polsce tak, jakby powstała w 1918 r. Nie ma sensu też stawiać znaku równości między Piłsudskim a niepodległością. Wiązanie tej ważnej rocznicy z jedną osobą, czyli naczelnikiem państwa, jest błędem. Czyn marszałka był wielki, szczególnie jeśli chodzi o politykę zagraniczną, ale po zamachu majowym w 1926 r. tylko on miał możliwość i czas na zbudowanie własnej legendy. Inni ojcowie niepodległości musieli się raczej martwić, jak poradzić sobie za granicą, czy – jak Witos – jak przetrwać sanacyjne uwięzienie. Natomiast na straży budowania opowieści o marszałku stały instytucje i regulacje prawne. Dmowski, Paderewski, Daszyński, Korfanty, jako krytycy niedemokratycznych rządów pomajowych i późniejszych, znaleźli się na straconej pozycji jeszcze za życia. W gruncie rzeczy nie chodzi nawet o to, że niepodległość nie była dziełem jednej osoby, że bez ludzi, szerokich grup społecznych nie była osiągalna nawet przez

wybitną jednostkę. Jej wywalczenie nie byłoby też możliwe w 1918 r. bez sprzyjającej sytuacji międzynarodowej. Lubimy opowieść o historii, w której ciągle słyszymy „my najlepsi”, „my sobie wszystko zawdzięczamy”. Prawda jest jednak taka, że gdyby nie Wielka Wojna i rozpad imperiów, nie udałoby się wywalczyć wolnej Polski.

Chodzi o to, że coraz częściej opowieść o niepodległości sprowadza się do powtarzania legendy Józefa Piłsudskiego, coraz mniej miejsca pozostaje na kwestię „odzyskania”, czyli sprawę w polskim życiu publicznym zasadniczą: braku poczucia ciągłości, braku kontynuacji. Nie da się zatem obchodzić rocznicy niepodległości sprzed wieku, nie mówiąc o I Rzeczypospolitej, która dała Polakom poczucie, że zasługują na państwo, dała im poczucie wspólnoty, więź z tradycją, gospodarzom umocowania itd. Nie ma sensu mówić o stuleciu niepodległości, nie podkreślając związków Polski, która powstała po I wojnie światowej, z III Rzeczpospolitą i rządem polskim na obczyźnie, ale też roli Polaków, którzy na czas komunizmu pozostali w kraju i krok po kroku budowali zręby suwerenności – ludzi Kościoła – Stefana Wyszyńskiego, Karola Wojtyły, czy liderów antykomunistycznej opozycji – m.in. Jacka Kuronia, Jana Józefa Lipskiego. Miarą dojrzałości współczesnych Polaków jest zrozumienie, że wydarzenia sprzed 100 lat to nie wielki początek, ale kwestia kontynuacji polskiej państwowości, a dzieło odzyskania wolności to sprawa wielu osób i środowisk społecznych, a nie geniusz jednej osoby. ■



## Goniec Medyczny

### Polska Platforma Medyczna

Prezentacji dorobku polskiej nauki w dziedzinie medycyny, by ją popularyzować i np. wykorzystywać w praktyce, będzie służyć informatyczna Polska Platforma Medyczna, którą tworzy siedem uczelni medycznych i Instytut Medycyny Pracy.

### Ile w Polsce jest szpitali?

Na koniec 2016 r. w Polsce działało 957 stacjonarnych szpitali ogólnych (ze 186,6 tys. łóżek) oraz 194 szpitale dzienne (z 1,2 tys. miejsc opieki dziennej). Takie dane przynosi GUS w raporcie „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.”.

### By wspomóc leczenie raka

Premier Mateusz Morawiecki zapowiedział w exposé budowę Narodowego Centrum Onkologii.

### Podobne opakowania leków

Farmaceuci ostrzegają, że podobieństwo opakowań różnych leków to ryzyko tragicznej pomyłki! Leki wydawane na receptę powinny mieć znaki graficzne wyraźnie je odróżniające, dzięki czemu zmniejszy się ryzyko pomyłki przy wydawaniu – argumentują. Apelują o zmianę przepisów w sprawie opakowań.

### Może pogarszać płodność mężczyzn

Czasopismo „Proceedings of the National Academy of Sciences” opublikowało pracę, z której wynika, że regularne i długotrwałe stosowanie ibuprofenu zakłóca czynność jąder, co może skutkować pogorszeniem płodności.

### Pies bezbłędnie wykrywa raka

Nazywa się Liu i ma nadzwyczajne zdolności: węchem wykrywa nowotwory jeszcze przed badaniami medycznymi. To suka rasy owczarek niemieckich, służąca we włoskim wojsku. W ramach eksperymentu od 5 lat pomaga lekarzom w szpitalu w miejscowości Castellanza na północy kraju.

### Najmłodszy wcześniak, który przeżył

Koreańscy lekarze utrzymali przy życiu dziewczynkę, która urodziła się cztery miesiące za wcześnie. Po 5 latach poinformował o tym „Journal of Korean Medical Science”.

### Elektroniczne zwolnienia lekarskie

Przez ostatnie 2 lata – od 1 stycznia 2016 r., lekarze wystawili 1,76 mln zwolnień w formie elektronicznej i 19–20 mln zwolnień papierowych. Od 1 grudnia 2017 r. medycy mogą łatwiej podpisywać e-zwolnienia przez kanał autoryzacji ZUS.

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

Lek. Jarosław Kosiaty, redaktor naczelny „Esculapa”



# Pluralizm mediów

Janina Jankowska

**Czy** sympatie polityczne dziennikarzy mają wpływ na rzetelne informowanie opinii publicznej? Od lat szukam odpowiedzi na to pytanie, bo sprawa nie jest taka prosta. Zwykło się mówić, że dziennikarz ma prawo do własnych poglądów. Tak, ale jego głównym zadaniem jest przedstawiać poglądy i działania innych. Być dociekliwym w interesie opinii publicznej, a więc ludzi o różnorodnych poglądach. Zatem jak dalece dziennikarz o bardzo wyrazistych poglądach może je narzucać swojemu czytelnikowi, słuchaczowi, widzowi?

Wiadomo, że zarówno w prasie, jak i w mediach światowych, a także polskich każdy tytuł, redakcja czy stacja mają swoją linię programową. Lewicową, prawicową, liberalną, kościelną czy szerzej związaną z określonymi wartościami głoszonymi przez daną religię.

U nas w czasach słusznie minionych, czyli w PRL, istniała również prasa katolicka: „Słowo Powszechne”, „Kierunki”, „Katolik”, „Dziś i Jutro”, „Nowy Nurt” i inne regionalne pisma, wydawane przez Stowarzyszenie PAX, organizację świeckich katolików założoną przez Bolesława Piaseckiego z przedwojennej „Falangi”, ale żyjącego w idealnej symbiozie z ówczesnymi władzami, nawet w okresie stalinizmu.

Odmienne były losy „Tygodnika Powszechnego”, który przetrwał do dziś. Wychodził od 1945 r. pod redakcją Jerzego Turowicza, z wybitnym składem redakcyjnym: Stefan Kisielewski, Maria Czapka, Stanisław Stomma, Antoni Gołubiew i inni. W 1953 r. pismo zamknięto z powodu odmowy opublikowania w numerze z 8 marca nekrologu Stalina. Przekazano je Stowarzyszeniu PAX. Jednak po 1956 r. wróciło do starego zespołu pod kierownictwem Jerzego Turowicza, a publikowali tam m.in.: Karol Wojtyła, Władysław Bartoszewski, Leszek Kołakowski, Leopold Tyrmand i inni. To była wyspa wolności, aczkolwiek także poddana cenzurze państwowej. Jednak, gdy następowała ingerencja w tekst, redakcja zamieszczała w tym miejscu formułkę: „Dekret z dnia...” itd. Wszyscy wiedzieli, że to ingerencja cenzury. Czytelnicy „Tygodnika Powszechnego” czekali na informacje, opinie, poglądy, jakie to pismo publikowało. Dla wszystkich, wierzących i niewierzących, było wiarygodne.

Jak jest dzisiaj?

Też mamy tytuły, stacje radiowe i telewizyjne o zróżnicowanej linii programowej. Ale jak! W mediach katolickich na jednym skrzydle „Nasz Dziennik”, Radio Maryja i TV Trwam, na drugim „Tygodnik Powszechny” szukający środka, a więc dla niektórych skażony liberalizmem. Jednak główny podział przebiega na linii rząd – opozycja, a ściślej PiS i anti-PiS. Dziennikarze broniący tzw. wartości stoją po dwóch stronach barykady. Każda strona ma swoje, jedynie słuszne oceny, analizy, interpretacje. Kłopot w tym, że posługują się tym samym słowem: „wartości”. Zamiast dążyć do wspólnego ustalenia, co się za nim kryje, co to znaczy dla kraju, co jest ważne dla przyszłości, okładają się kijami słów. Jedni są nazywani „zdrajcami”, drudzy „prawicowymi politrukami”. Autor drugiego określenia – Tomasz Lis – dodawał jeszcze za pierwszych rządów PiS: „żadnego kompromisu z pisowskimi janczarami, ze wstrętnymi plwaczami spod znaku TPPR – Towarzystwa Pisowskich Prorządowych Redaktorów”. Młodemu pokoleniu przypomnę, że TPPR to był skrót nazwy: Towarzystwo Przyjaźni Polsko-Radzieckiej. Teraz te wzajemne inwektywy idą głębiej. Z jednej strony pojawiają się skojarzenia z faszyzmem, nazizmem, propagandą peerelowską i hitlerowską, z drugiej – oskarżenia o zdradę spraw polskich, zaprzecanie się Zachodowi, donoszenie do instytucji unijnych. To plan działań polityków, którym dziennikarze zaangażowani po obydwu stronach dzielnie sekundują.

Obraz polskich mediów jest dosyć skomplikowany. Oglądając media tzw. mainstreamowe, choć sympatyzujące z parlamentarną mniejszością, mamy wizję zbliżającej się ruiny Polski i jej pozycji w świecie. Media publiczne, a szczególnie TVP, przedstawiają same sukcesy obecnej władzy, a jeśli coś się nie udaje, to winna jest donosząca na Polskę opozycja. Obraz czarno-biały. „Uczciwy dziennikarz krytykuje rząd w całości” – pisali Mariusz Janicki i Wiesław Władysław z „Polityki” przed dojściem do władzy PO i PSL. Ta zasada stała się na osiem lat nieaktualna, by odrodzić się po wyborach wygranych przez PiS.

Oczywiście za tymi grupami stoją określone wartości. Stacje TV, TVN, Polsat, Superstacja, Tok FM bronią demokracji liberalnej. „W sieci”, „Do rzeczy” oraz koncert o. Rydzyska pochylają się nad tożsamością narodową. Niestety, media publiczne, głównie TVP, znalazły się w tym samym ostatnim kręgu. Polskie Radio broni się. Nie ukrywajmy, wiadomości telewizyjnej publicznej i komercyjnych to dwa różne światy. Decydenci TVP i ich zaplecze wychodzą z założenia, że jeśli komercja pokazuje głównie potknięcia „dobrej zmiany”, to oni muszą pokazywać głównie jej sukcesy. Wtedy – ich zdaniem – jest pluralizm. A moim zdaniem brak płaszczyzny do prawdziwej obywatelskiej i narodowej debaty, jaką powinny stwarzać media publiczne.

Jako dziennikarz całe życie związany z Polskim Radiem, kończę ze smutkiem. ■



## Podziękowanie

Żadne słowa nie są w stanie wyrazić mojej ogromnej wdzięczności **prof. dr. hab. n. med. Jerzemu Polańskiemu** oraz **dr n. med. Małgorzacie Polańskiej-Płachcie** za podjęcie się i wykonanie trudnego zabiegu chirurgicznego ratującego moje życie i zdrowie oraz **dr Monice Tomaszewskiej-Kieć**, **dr n. med. Jackowi Waligórze**, a także Kolegom i Koleżankom z Zespołu Oddziału Neonatologii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego za pomoc i wsparcie podczas mojej choroby.

Grażyna Ściwiarska-Zapiór, pediatra neonatolog

# Seksuologia



Każda publikacja na rynku wydawniczym, która poszerza wiedzę na temat seksualności człowieka, warta jest odnotowania. Zwłaszcza gdy pomaga zrozumieć jej uwarunkowania i wpisuje się w holistyczne podejście do problemów zdrowotnych pacjentów.

Taką książką jest długo wyczekiwana „Seksuologia” pod redakcją naukową profesorów Zbigniewa Lwa-Starowicza i Michała Lwa-Starowicza oraz Violetty Skrzypulec-Plinty. W gronie autorów jest wiele innych nazwisk, stosownie do poruszanej tematyki: biologicznych i psychologicznych podstaw seksualności w różnych fazach życia, od dojrzewania po wiek późny, tożsamości seksualnej, dysfunkcji seksualnych, podstaw seksuologii sądowej, psychoterapii.

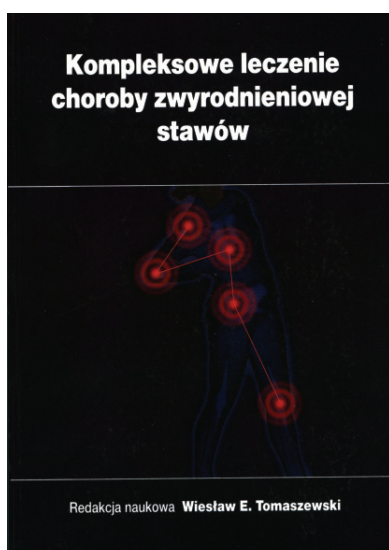
Niech jednak nikogo nie zmyli ten wybór zagadnień kojarzących się jednoznacznie z seksuologią kliniczną. Kilka ciekawych rozdziałów dotyczy bowiem problemów seksualnych w onkologii, kardiologii, endokrynologii, seksualności kobiet w okresie ciąży i połogu, za sprawą których to nowoczesne kompendium może z powodzeniem uzupełniać wiedzę lekarzy specjalizujących się w najróżniejszych dyscyplinach medycznych.

W przedmowie zaznaczono: „*Życie seksualne należy do tych obszarów funkcjonowania człowieka, które w najsilniejszy sposób kształtują poczucie jakości jego życia. Trudno sobie wyobrazić holistyczne podejście do problemów zdrowotnych pacjenta, jeżeli nie uwzględni się przy tym jego sfery seksualnej*”.

Ilu lekarzy zdaje sobie na co dzień z tego sprawę? Wie, o co pytać chorego podczas wywiadu i jak pytać? Seksuologia już dawno została uznana na świecie za pełnoprawną i wszechstronną dziedzinę nauki. Nie można wycinać z życia pacjentów istotnego kawałka, jakim jest zdrowie seksualne, gdyż wiąże się ono z ogólną wydolnością organizmu i dobrym samopoczuciem. Tymczasem w Polsce przyszłym lekarzom podczas sześcioletnich studiów w ogóle się o tym nie mówi, a NFZ od lat opiera się przed finansowaniem działalności poradni seksuologicznych.

W latach 70. za sprawą prof. Kazimierza Imielińskiego Polska należała do elitarnego grona krajów, w których seksuologię uważano za równoprawną dziedzinę medyczną. W ostatnim czasie nastąpił jednak dramatyczny regres w podejściu do tej problematyki, co fatalnie odbija się na zdrowiu (nie tylko seksualnym) wielu pacjentów. Bo dlaczego chory z cukrzycą, który zgodnie z międzynarodowymi rekomendacjami co roku powinien być konsultowany przez seksuologa, musi w publicznej przychodni za to płacić jak za wizytę prywatną? Dlaczego mężczyzna po usunięciu prostaty, który wymaga pomocy seksuologicznej – właściwie z powodu podjętego leczenia, podczas którego doszło do uszkodzenia nerwów – nie może w ramach tego samego ubezpieczenia likwidować niepożądanych skutków operacji? Żadnemu ministrowi zdrowia nawet do głowy nie przyszło, by seksuologię zacząć traktować jak inne specjalności medyczne. Z powodu pruderii czy niewiedzy, którą można już dzięki tej książce na szczęście zniwelować. ■

Paweł Walewski



## Węzeł zapalny

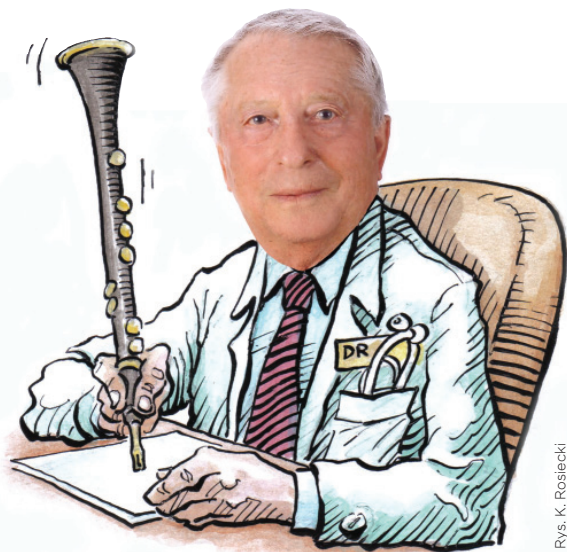
Czy choroba zwyrodnieniowa stawów musi być nieuleczalną epidemią naszych czasów? Na to pytanie próbują znaleźć odpowiedź autorzy podręcznika pod redakcją naukową prof. Wiesława E. Tomaszewskiego. W tytule znalazło się modne dziś określenie „leczenie kompleksowe”, ale nie zostało tu użyte na wyrost, ponieważ czytelnicy znajdą w publikacji całościowe ujęcie problemów dotyczących zwyrodnień stawów.

Dużą zaletą książki jest praktyczne podejście do tych zagadnień, co będzie przydatne w codziennej pracy lekarzy wielu specjalności. Ostatnich 20 lat to – jak piszą autorzy – okres burzliwego rozwoju metod leczenia uszkodzeń chrząstki stawowej oraz rozmaitych technik mających na celu jej regenerację. Ale wiadomo przecież, że to jeszcze nie wszystko, by przywrócić choremu komfort ruchu i dawną jakość życia. Dlatego znaczną część publikacji wypełniają wskazówki żywieniowe, psychologiczne, fizjoterapeutyczne, będące integralnym składnikiem kompleksowego leczenia, nie zawsze w Polsce docenianym.

W podręczniku znalazło się też miejsce na przedstawienie patomechanizmu powstawania zmian zwyrodnieniowych, co być może niektórzy uznają za domenę naukowców i badaczy, ale we współczesnej medycynie droga od laboratorium do łóżka chorego, czyli od teorii do praktyki, jest przecież bardzo krótka. A multidyscyplinarne badania kliniczne, na które często powołują się autorzy książki, jeszcze bardziej ten dystans skracają. ■

pw





## „Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

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

# Terminator

Artur Dziak

W ciągu kilkudziesięciu lat pracy w Areszcie Śledczym przy ul. Rakowieckiej w Warszawie wielokrotnie otrzymywałem dowody pamięci od leżących tam skazanych. Cokolwiek by o osadzonych mówić (pomijając naturalnie psychopatów i zbrojców), normalni złodzieje, a nawet ci, którzy kogoś pozbawili życia, lubią i szanują swoich doktorów, a nawet przechowują we wdzięcznej pamięci.



Jest wtorek, dzień mych cotygodniowych konsultacji w ambulatorium szpitala. Wśród pacjentów jest śniady, niewysoki i szczupły, ale wyjątkowo usportowiony mężczyzna, z lekka zaciągający, jak to czynią ludzie pochodzący ze Wschodu. Przypomina mi, że przed kilkoma laty operowałem go przy Rakowieckiej i dzięki temu jest zupełnie zdrowy i szczęśliwy. Wizytę swą tłumaczy tym, że w czasie pobytu zagranicą lekarze postraszyli go możliwością nawrotu groźnej dysfunkcji kręgosłupa.

Badam go i upewniam się, że mogę z powodzeniem użyć mego ulubionego powiedzenia: „Znam gorsze choroby”. Zapewniam więc, że nic mu nie grozi i na wszelki wypadek dodaję, by wystrzeżał się doktorów, którzy zamiast leczyć dostają pacjentów! Kiedy po skończonych konsultacjach wracam do kliniki, przy windzie czeka badany pacjent i oświadcza, że ma do mnie słówko. – *Panie profesorze – mówi – jestem panu niezmiernie wdzięczny za to, co pan dla mnie uczynił, i czuję zobowiązany, tym bardziej że życie tak pokierowało, że przez wiele lat z panem profesorem spotkać się nie mogłem. Znam pana zasady, więc boję się ubrania mej wdzięczności w jakieś materialne dowody. W każdym razie pragnę zostawić panu mój bilet wizytowy (sic!) i oświadczam, że w każdej chwili, gdyby pana spotkała jakakolwiek nieprzyjemność ze strony jakichś niedobrych ludzi, zajmę się sprawą. Gdybym był akurat zajęty, z racji tego, że jestem, jakby to powiedzieć – terminatorem, zajmę się nią moi najbliżsi współpracownicy.*

Spieszę się, więc dziękuję za dobre chęci i wsiadam do windy, na koniec jednak pytam:

– *A u kogo pan terminuje?*

– *Panie profesorze, pan mnie źle zrozumiał – pada odpowiedź.*

Natychmiast orientuję się, kim jest i czym zajmuje się mój Terminator!

Pragnę jak najszybciej zakończyć rozmowę, mówię zatem, że jakkolwiek każdy dowód pamięci ze strony pacjenta cieszy leczącego lekarza, ja jednak (choć nie jestem bojaźliwy) z oferowanej mi pomocy nie chcę korzystać.

– *Po prostu boję się, by pana „asystenci”, działając w szałnej sprawie, nie skarcili nadmiernie mojego adwersarza i nie zanieczyścili mi zbytnio rodowodu!*

\*\*\*

Kiedy przechodzę koło spacerniaka, słyszę wesołą śpiewkę:

„*Nie posłuchali ojca synowie, każdy ma celę na Mokotowie.*

*Nie posłuchały matki córeczki, każda ma celę na Rakowieckiej”.*

Pogodny nastrój mija, kiedy zbliżam się do położonego nieopodal bloku, skąd zza mocno zabudowanego okna słychać:

„*Przyleciał do mnie na kraty mały przyjaciel skrzydlaty,*

*Ujrzał więzienne me szaty i z bólem odleciał w dal”.*

Tutaj, w zakładzie, przetrwały jeszcze resztki folkloru starej Warszawy! ■



Fot. archiwum

## Dlaczego nie „dlatego, bo”

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Pisałem o tym pięć lat temu, ale obiecywałem, że do sprawy będę wracał, i tak się składa, że wrócić muszę. Mimo że językoznawcy zajmujący się poprawnością trąbią ze wszystkich swoich trąb; mimo że uczymy nauczycieli języka polskiego i studentów polonistyki, że w naszej mowie nieuzasadnione powtórzenia (redundancje) są niedopuszczalne – nic się nie zmienia, a nawet pewne sygnały wskazują, że zanosi się na epidemię tej choroby. Wkrótce może dojść do sytuacji podobnej do epidemii stosowania wyrazu *mi* zamiast *mnie* na początku zdania. Jakże często słyszymy i czytamy: „robię to dlatego, bo...” albo jeszcze gorzej: „...dlatego, ponieważ...” lub „...dlatego, gdyż...”. W konstrukcjach takich mamy do czynienia właśnie z nieznośną redundancją.

Typowym nieuzasadnionym powtórzeniem jest pleonazm (potocznie *masło maślane*), który polega na zdublowaniu części znaczenia jednego wyrazu w drugim. Pleonazmy są odczuwane jako błąd w każdej odmianie języka polskiego, zarówno w użyciu starannym, literackim, jak i potocznym czy nawet zupełnie pospolitym i wulgarnym. Po prostu język nasz tego nie znosi w żadnej sytuacji, chyba że jakieś powtórzenie zostało wyraźnie zaplanowane i celowo w danym zdaniu zastosowane.

Redundancji stosowanych nieświadomie i nawykowo są setki. Oto kilka typowych przykładów: *cofać się do tyłu* (poprawnie: *cofać się*), *cofać się wstecz* (*cofać się*), *wracać z powrotem* (*wracać*), *wspinać się do góry* (*wspinać się*), *na-dal kontynuować* (*kontynuować*), *akwen wodny* (*akwen*), *aktywna praca* (*praca*), *okres czasu* (*okres albo czas*), *chwila czasu* (*chwila*), *godzina czasu* (*godzina, miesiąc, rok itd.*), *dobra zaleta* (*zaleta*), *zła [niekorzystna] wada* (*wada*), *obligatoryjny obowiązek* (*obowiązek*), *zdawać sprawozdanie* (*zdawać sprawę albo składać sprawozdanie*), *samodzielny lider* (*lider*).

Są też zaskakująco często używane pleonazmy medyczne, na przykład: *defekacja stolca* (*defekacja*), *szpik kostny* (*szpik*), *osocze krwi* (*osocze*), *czerniak złośliwy* (*czerniak*), *masowa epidemia* (*epidemia*), *leukocytoza powyżej normy* itp. (*leukocytoza*), *leczenie chemioterapią* (*leczenie chemiczne albo chemioterapia*; chodzi tu o niedopuszczalne kojarzenie wyrazu *leczenie* z wyrazem *terapia*), *natóg alkoholizmu* (*alkoholizm*), *przypadek kazuistyczny* (*przypadek albo kazuś, łac. casus*), *sztuczna proteza* (*proteza*), *jad toksyczny* (*jad albo toksyna, trucizna*), *zabieg operacyjny* (*zabieg chirurgiczny albo operacja*).

Można też znaleźć pleonazmy wśród wyrażen funkcyjnych, które są związkami frazeologicznymi. Dotyczy to szczególnie spójnika złożonego *dlatego że*. Dość często spotykamy, zwłaszcza w języku mówionym, wymienione na wstępie formy dewiacyjne tego wyrażenia, które powstają dlatego, że mówiący nigdy nie zastanowili się nad znaczeniami jego składników.

Zauważmy więc, że wyrażenia: *\*dlatego, bo* – *\*dlatego, ponieważ* – *\*dlatego, gdyż* są niepoprawne, bo są pleonazmami, gdyż wyrazy *bo*, *ponieważ* i *gdyż* znaczą niemal dokładnie to samo co *dlatego*. ■



Fot. kb

## Rozmaitości

*Wolności ten doczeka dnia, kto własną wolą wyzwolony*

– była połowa lat 70., gdy pierwszy raz usłyszałem tę frazę z „Wyzwolenia” Stanisława Wyspiańskiego, wygłoszoną ze stosownym nagłośnieniem przez Jerzego Trelę na

Wawelu, przy okazji wianków, do paru tysięcy słuchaczy. I zapadła mi w pamięć na całe życie. Wystawa „Wyspiański” w Muzeum Narodowym w Krakowie jest bezspornie najważniejszym wydarzeniem kulturalnym miasta. Natomiast ile w twórczości „czwartego wieszczka” było podobieństwa do współczesnej codzienności, niech Szanowny Czytelnik tego felietonu sam sobie odpowie.

Niejeden inscenizator czerpał z Wyspiańskiego natchnienie. I pomyśleć, że ów artysta miał zaledwie 37 lat, gdy odszedł na nieuleczalną wówczas chorobę. Kapitalnych szczegółów na temat życia prywatnego tego niesfornego twórcy (m.in. „Klątwy”) dostarcza wydana właśnie książka Moniki Śliwińskiej „Wyspiański. Dopóki starczy życia”. Gdyby pójść tropem jego wyobraźni, nie w Warszawie (zniewolonej wtedy przez zaborcę), ale na Wawelu mielibyśmy Sejm, Senat, Muzeum Narodowe, Akademię Umiejętności, Teatr Grecki i posąg Nike – pod wspólnym tytułem Akropolis. Makietą projektu, przygotowanego wspólnie z architektem Władysławem Ekielskim, z zachowanym na wzgórzu przez obu twórców Zamkiem Królewskim, jest częścią wystawy. Portrety współczesnych, w tym dzieci, secesyjne motywy zdobnicze, pejzaże, projekty witraży – wszystko to (około 500 eksponatów) pozwala docenić warsztat mistrza i jego niebywałą wszechstronność.

Zaczynam od Wyspiańskiego także dlatego, że zapowiedana zima stulecia omija jak dotąd Podhale i Bieszczady, a doświadczyła Stany Zjednoczone. Niemniej jednak zakopiańskie sukcesy w wyprowadzaniu przemarzniętych turystów z hipotermii też warte są dostrzeżenia. To osiągnięcie doktora Sylwiusza Kosińskiego, anesteziologa ze Szpitala im. Sokołowskiego w Zakopanem, naczelnego lekarza Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego. Nie ma bowiem roku, żeby kilka osób niewłaściwie ubranych, nie popadło zimą w naszych górach, w grożące śmiercią wyczerpanie organizmu. Dlatego dr Kosiński z przyjacielem dr. Tomaszem Darochą oraz prof. Rafałem Drwiłą doprowadzili w 2013 r. do powstania przy Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie pierwszego w Polsce Centrum Leczenia Hipotermii Głębokiej. A przedtem, przypomnijmy, z ich współpracy z prof. Januszem Skalskim zrodził się światowy sukces przywrócenia życiu 2-letniego Adasia, przywiezionego do Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego z temperaturą 12,7 st. C.

Trudno nie wspomnieć o kończącej się VII kadencji samorządu. W Krakowie zjazd sprawozdawczo-wyborczy odbędzie się 2 marca 2018 r. Przedtem w Teatrze STU zostanie zorganizowana gala z okazji 125. rocznicy powstania Galicyjsko-Zachodniej Izby Lekarskiej – pierwszego samorządu w naszym kraju. Nie darmo Tadeusz Boy-Żeleński pisał: „*My, w Krakowie, kochamy się w jubileuszach...*” ■

Stefan Cieplý



# Amsterdam, podwodne miasto



Jacek Walczak

Miasto nierozłącznie związane jest z wodą, a jego nazwa oznacza: „tama na rzece Amstel”. Powstało w efekcie odwiecznej walki człowieka z morzem. Pierwszą tamę, Zeedijk, zbudowali w 1222 r. rybacy. Kolejne powiększały tereny pod zabudowę. Dla umożliwienia ruchu rybackich łodzi zbudowano śluzę. Znajduje się w okolicach placu Dam. W tym miejscu Amstel uchodziła do rzeki IJ. Amsterdam leży w depresji. Wiele dzielnic położonych jest 2 m poniżej poziomu morza, a płyta lotniska Schiphol – nawet 4,5 m. Woda ciągle jest największym zagrożeniem dla miasta, ale również jego bogactwem. Początkowo budowano domy wyłącznie z drewna, lekkiego materiału przydatnego na grząskich gruntach między groblami. Dopiero pod koniec XVI w. ukończono budowę Grachtengordel – czterech koncentrycznych kanałów wokół centrum. Od tego czasu buduje się domy z cegieł, ale i tak wspartych na drewnianych palach wbijanych w ziemię. Dzięki takiemu rozwiązaniu możliwa była budowa miasta na polderach – bagiennych terenach wyrwanych morzu. Poziom wód od początku musiał być regulowany za pomocą pomp. Rozwój technologii zmienia rozwiązania, ale ciągle są to pompy. Kiedyś napędzane niezliczonymi wiatrakami, które stały się nieodzownym elementem holenderskiego krajobrazu, z biegiem lat były zastępowane przez silniki parowe, a później spalinowe i elektryczne.

Dzisiejszy Amsterdam rozciąga się na 14 polderach rozdzielonych przez 160 kanałów o łącznej długości blisko 80 km. Poziom wód regulowany jest przez 84 stacje pomp. Woda w kanałach wymieniana jest 2–4 razy w tygodniu. Kilka specjalnych statków stale czyści wody kanałów. Stoją wzdłuż nich niezwykle wąskie kamienice. Zawdzięczają wygląd



podatkowi od nieruchomości liczonemu od szerokości fasady nad kanałem. Schody wewnątrz są bardzo strome, nie sposób wejść po nich z bagażem. Dlatego niemal każdy dom wyposażony jest od frontu w wysięgnik ułatwiający przetransportowanie do środka ciężkich lub dużych przedmiotów.

Mimo nadzwyczaj trudnych warunków terenowych Amsterdam w XVII w. przeżył swój złoty okres, stał się największą potęgą morską i ekonomiczną w Europie. Przyczyniły się do tego powstałe kompanie – Wschodnioindyjska (1602 r.) i Zachodnioindyjska (1621 r.), ogromne, niesłychanie ekspansywne i bezwzględne w dążeniu do zysku korporacje. Wielki rozwój handlu regulowała giełda, założona w 1607 r., i pierwszy bank, który rozpoczął działalność dwa lata później. Stanowiły załóżki rodzącego się kapitalizmu, zanim wybuchła rewolucja przemysłowa w Anglii.

Świetność miasta trwała niemal dwa wieki. Miasto stało się kolonialnym imperium, lecz coraz silniejsza konkurencja gospodarcza i przegrana wojna z Anglią w XVIII w. przyczyniły się do schyłku ówczesnej światowej potęgi. Miary dopełniło zajęcie w 1795 r. Niderlandów przez rewolucyjne wojska francuskie. Później Napoleon Bonaparte stworzył Królestwo Holandii ze stolicą w Amsterdamie. Po upadku cesarza prowincje holenderskie połączyły się pod wodzą księcia Wilhelma IV Orańskiego i tak powstało Zjednoczone Królestwo Niderlandów, które istnieje do dziś.

Złoty wiek Amsterdamu to nie tylko potęga ekonomiczna. Van der Weyden, Memling, van Eyck, Erazm z Rotterdamu, Bosch, Bruegel, Avercamp, Rembrandt, Vermeer, Van Gogh, to tylko niektórzy z niezwykle długiej listy niderlandzkich geniuszy malarstwa. Nieprzypadkowo zatem w tym niewielkim kraju znajduje się ponad tysiąc muzeów. ■



Fotografie: J. Walczak



Fot. T. Mikulski

## Monte Rosa na biegowo

**Po**udziale w bardzo skomercjalizowanej i masowej imprezie biegowej wokół masywu Mont Blanc na wakacje w 2017 r. szukałem imprezy mniej popularnej. Wybór padł na Ultra Tour Monte Rosa, liczącą 170 km pętlę okrążającą masyw alpejskiego czterotysięcznika. To wyścig mało znany, dzięki temu z nieco odmiennym klimatem i relacjami między uczestnikami. Oficjalne zawody na pełnej pętli odbywały się w 2017 r. po raz pierwszy. Organizatorom i uczestnikom towarzyszyły obawy związane głównie z pogodą, ponieważ duży fragment trasy biegnie lodowcem, na wysokości znacznie przekraczającej 3 tys. m n.p.m. W razie niesprzyjającej aury i opadów śniegu bezpieczne pokonanie go jest niemożliwe i zawody trzeba by odwołać.

Wystartowaliśmy ze szwajcarskiego Grächen 7 września 2017 r. przed świtem. Krótko po starcie trasa biegowa przetrwała się we wspinaczkę percią ubezpieczoną linami. Nocna mgła dodawała imprezie uroku i dramaturgii, zwłaszcza o świcie, kiedy dotarliśmy do nowo wybudowanego, najdłuższego w Europie wiszącego mostu pieszego (blisko 500 m). Wystające z mgły poniżej mostu czubki drzew robiły wrażenie. Podobnie sam most kończący się w chmurach, zwłaszcza że pokonanie go zajęło dobrych kilka minut, bo bieganie po nim jest zabronione. Na kolejnym odcinku znajdowało się kilka tuneli, wprawdzie niezbyt długich, ale osoby z lękiem wysokości mogły nieco odetchnąć.

Ranek rozpoczęliśmy długim biegiem w dół, do Zermatt. Ucztą dla oczu był widok wyłaniającego się z chmur Matterhornu, u podnóża którego znajduje się wspomniana przełęcz na 3300 m n.p.m. Podejście dłużyło się, ale trwający około godziny odcinek na lodowcu to niewątpliwie jedna z głównych atrakcji trasy. W końcówce odczuwa się już, że w powietrzu jest mniej tlenu. Po kontemplacji północnej i wschodniej ściany Matterhornu przyszła pora na południową, włoską część biegu – przez malownicze i mniej uczęszczane doliny i przełęcze.

Nadeszła noc, okolice półmetka w Gressoney to miejsce, gdzie zaplanowałem krótki odpoczynek. Miałem ogromne

szczęście, ponieważ w tym czasie nad górami przeszła burza zamieniająca się wyżej w śnieżycę. Wyścig został wstrzymany na dwie godziny. Ja spędziłem ten czas w budynku w dolinie, jednak większość zawodników załamanie pogody w środku nocy zastało wysoko w górach. Mieli poważne kłopoty, wielu zrezygnowało z dalszej rywalizacji.

Po ustaniu nawałnicy ruszyłem. Było ciemno, bardzo mokro i ślisko, a wyżej leżał śnieg. Miałem kłopoty ze znalezieniem drogi, praktycznie całą noc spędziłem w samotności. Trudności i wzmożona uwaga pochłaniają siły, za to rozwiązują problem z zasypianiem. Ranek wstał pogodny, świat wokół był jak zawsze przepiękny, upał doskwierał, a jeszcze dwie 3-tys. przełęcze dzieliły mnie od mety. Górska huśtawka pogodowa nadal dawała się we znaki i na ostatniej przełęczy znów trzeba było sięgnąć do plecaka po kurtkę i rękawiczki. Tym razem szczyt zdobywaliśmy w kilka osób, znacznie łatwiej było odszukać szlak we mgle. Wróciliśmy do Szwajcarii, do mety pozostało niecałe 30 km, lecz nie udało mi się zdążyć przed nocą. Trasa biegła bardzo stromym zboczem rozległego grzbieta, na wysokości niewiele ponad 2 tys. m n.p.m. Do mety w Grächen dotarłem 9 września tuż po północy.

Pętla wokół masywu Monte Rosa jest technicznie dużo bardziej wymagająca niż wokół Mont Blanc, a dzięki temu ciekawsza i mniej oblegana. Pokonanie jej zajmuje więcej czasu, ale wynagradza to większa różnorodność trasy. To piękna, godna polecenia wycieczka, podczas której odwiedzamy też urokliwe miejscowości górskie Szwajcarii i Włoch, a widoki na Matterhorn są symbolem Alp.

Bieg wokół Monte Rosa jest również rozgrywany w formie etapowej. Zamiast 170 km naraz są cztery całonocne etapy po około 40 km, z zapewnionymi noclegami (w 2018 r. w terminie 5–8 września). Godny uwagi jest też wariant czysto turystyczny, realizowany samodzielnie, z noclegami w pensjonatach, w dolinach i schroniskach wyżej. Moim zdaniem ciekawa propozycja: spędzić tygodniowy urlop w pięknych wysokich górach, nie takich odległych, a poza rejonem Matterhornu niezatłoczonych. ■

**Tomasz Mikulski**



## Pierwszy fotoreporter II RP

Marjan Fuks dokumentował na zdjęciach najważniejsze wydarzenia w odradzającej się Polsce oraz najgłośniejsze skandale tamtych lat. Fotografował m.in. demonstrację patriotyczną w Warszawie w 1916 r., wojnę z bolszewikami w 1920, przewrót majowy w 1926, a także relacjonował proces Rity Gorgonowej. Marjan Fuks był założycielem pierwszej w Polsce agencji fotograficznej. Jego prace można oglądać na wystawie w Domu Spotkań z Historią do 25 lutego.

[www.dsh.waw.pl](http://www.dsh.waw.pl)

## Skarby Peru

Polscy archeolodzy z udziałem peruwiańskich badaczy odkryli w 2013 r. w Castillo de Huarmey pierwszy nienaruszony królewski grobowiec preinkaskiej cywilizacji Wari. Wyniki ich prac, dotąd prezentowane w Peru, można oglądać po raz pierwszy w Europie – w Państwowym Muzeum Etnograficznym w Warszawie. Na wystawie zgromadzono około 150 eksponatów z Narodowego Muzeum Archeologii, Antropo-

logii i Historii Peru w Limie, w tym skarby odkryte w Castillo de Huarmey, m.in. biżuterię, tkaniny, ceramikę. Ekspozycja otwarta do 27 maja.

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

## Polskie wzornictwo

Nowa wystawa stała – Galeria Wzornictwa Polskiego w Muzeum Narodowym w Warszawie pozwala spojrzeć na historię polskiego dizajnu. Prezentuje przykłady prac polskich twórców od początku XX w. po czasy współczesne. Wśród eksponatów znalazły się przedmioty codziennego użytku i dekoracyjne, meble, zabawki, urządzenia gospodarstwa domowego i przemysłowe, tkaniny, biżuteria. Wiele przedstawionych obiektów wciąż znajduje się w polskich domach.

[www.mnw.art.pl](http://www.mnw.art.pl)

## Maria Hiszpańska-Neumann

Na monograficznej wystawie prac Marii Hiszpańskiej-Neumann, zatytułowanej „W cieniu Krzyża – w blasku Zmartwychwstania”, w Muzeum Archidiecezji Warszawskiej prezentowane są rysunki, dzieła malarskie i mozaiki pochodzące z kolekcji rodzinnej oraz zbiorów MAW. W twórczości artystki zapisane są jej osobiste przeżycia związane z pobytom w obozie koncentracyjnym w Ravensbrück i późniejsza duchowa ewolucja wyrażająca się w projektach Drogi Krzyżowej i barwnych obrazach oddających radość Bożego Narodzenia i Zmartwychwstania. Wystawa czynna do 4 marca.

[www.maw.art.pl](http://www.maw.art.pl)

ach

## DLA SMAKOSZY

# Dzisiaj rządzą śledzie

O tej porze roku śledź niemal sama pcha się na talerz. Proponuję go zatem dziś, ale ciut inaczej – po norwesku. Wszak Norwegia to kraina śledzi. O przymiotach tej ryby pisać zbyt wiele nie będę, bo są ogólnie znane. 100 g śledzi dostarcza 160–220 kcal, ale mimo wysokiej zawartości tłuszczu, nie są aż tak kaloryczne, jak mogłoby się wydawać. Mamy w śledziach witaminy A, D, E, a także z grupy B, przede wszystkim B12. Z ich składników mineralnych najważniejsze jest żelazo, ale i jod oraz cynk. Spożywanie śledzi wpływa na zwiększenie produkcji serotoniny. No, a przede wszystkim zawierają tak cenione obecnie kwasy omega-3.

Bazą przedstawionych przepisów są śledzie à la matias. To nie gatunek śledzia, tylko śledź dziewiczy, przed tarciem, bez ikry i mleczka. Używałem śledzi à la matias w oleju, które najłatwiej kupić. Na dwa dni (po osuszeniu z oleju) włożyłem pokrojone na paski szerokości 2 cm śledzie do litrowych słoików i zalałem zagotowanym (z kilkoma ziarenkami ziela angielskiego, 2–3 ziarenkami jałowca i listkiem bobkowym) octem spirytusowym i winnym białym, po pół szklanki. Po tym czasie zalewę trzeba praktycznie w całości usunąć. Tak przygotowane śledzie są delikatniejsze.

**Śledzie w sosie curry:** ♦ 2 jabłka twarde, winne (obrane i pokrojone w kostkę) ♦ 2 duże ogórki konserwowe (pokrojone w kostkę) ♦ pół dużej czerwonej cebuli (pokrojonej w kostkę)

♦ 2 łyżki kaparów ♦ łyżeczka przyprawy curry ♦ 2 łyżeczki musztardy dijon ♦ 2 łyżki kwaśnej śmietany ♦ 4–5 łyżek majonezu ♦ 2 łyżeczki posiekanego imbiru ♦ 5–6 goździków ♦ pół łyżeczki świeżo zmielonego czarnego pieprzu

Wszystkie składniki wymieszać, na końcu dodać śledzie. Przełożyć do słoika i zostawić do przegryzienia na trzy doby w lodówce.

**Śledzie w sosie musztardowym:** ♦ 2 czubate łyżki musztardy francuskiej ziarnistej ♦ 2 czubate łyżeczki musztardy dijon ♦ 2 łyżki drobnego cukru ♦ 4 łyżki octu winnego gronowego ♦ 3 łyżki gęstej śmietanki kremówki ♦ 2 łyżki kwaśnej śmietany ♦ mała cebula, drobno posiekana, a przed dodaniem przelana gorącą wodą na sicie ♦ pół łyżeczki świeżo zmielonego czarnego pieprzu ♦ 6–8 łyżek (100 ml) oleju (ja preferuję oliwę z oliwek) ♦ 3–4 łyżki posiekanego koperku ♦ łyżka posiekanego szczypiorku ♦ łyżka ziaren białej gorczycy

Wszystkie składniki wymieszać, na końcu dodać olej i śledzie. Przełożyć do słoika i zostawić do przegryzienia na trzy doby w lodówce. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz



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](http://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](http://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](mailto:lekarz.medbroker@pl.april.com)





Fot. archiwum



Fot. K. Królikowski

<http://www.muzeum-niepodleglosci.pl/pawiak/>

## Historia medycyny na stałej wystawie w Muzeum Więzienia Pawiak

**28 listopada 2017 r. odbył się wernisaż wystawy „Pawiacki dzień 1939–1944”. Gości powitała dyrektor Muzeum Więzienia Pawiak Joanna Gierczyńska.**

Z ramienia Okręgowej Izby Lekarskiej w spotkaniu uczestniczyli: Maria Ciesielska – przewodnicząca Sekcji Historycznej OIL, i Krzysztof Królikowski – pełnomocnik prezesa ORL ds. Polskiej Biblioteki Medycznej w Kijowie im. prof. Zbigniewa Religi.

Zaprezentowano film dokumentalny „Pawiak”, a następnie goście obejrzeli wystawę przygotowaną według nowej koncepcji przez pracowników muzeum.

Dziś Muzeum Więzienia Pawiak posiada, jako pierwsze w Warszawie, stałą wystawę ukazującą gabinet lekarski z pełnym wyposażeniem, zachowane przedmioty ze szpitala na Pawiaku oraz pamiątki po więzionych w tych murach Polakach.

Zachęcam do odwiedzania Muzeum Więzienia Pawiak przy ul. Dzielnej 24/26.

**Krzysztof Królikowski**

### ORZECZENIE

W wykonaniu zarządzenia przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego z 8 grudnia 2017 r., wydanego w związku z orzeczeniem Naczelnego Sądu Lekarskiego z 29 września 2017 r. (sygn. akt NSL Rep. 76/OWU/17) utrzymującym w mocy orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 5 października 2016 r. (sygn. akt OSL.630.73/2015) oraz zarządzającym dodatkowo publikację sentencji cytowanego orzeczenia Sądu I Instancji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie publikuje się, jak niżej:

Nr sprawy OSL.630.73/2015

Orzeczenie z 5 października 2016 r.

Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie

Przewodniczący: lek. Agnieszka Skoczylas

Członkowie: lek. Bożena Kryształowicz, lek. Roman Jasiński

Przy udziale Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lek. Janiny Barbachowskiej

oraz protokolanta Stoigniewa Dudkiewicza

po rozpoznaniu sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lek. Jacka Borowicza

nr prawa wyk. zawodu 1745361

obwinionego o to, że:

w okresie od 8.08.2011 r. do 6.09.2013 r., lecząc pacjenta M.W. (chorującego od wieku dziecięcego na spondyloartropatię i zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych II st.) w ga-

biniecie prywatnym w Warszawie, podjął się, a następnie przeprowadził, bez istnienia wskazań medycznych oraz nie będąc specjalistą w dziedzinie reumatologii, 24-miesięczną antybiotykoterapię, czym naraził pacjenta na długotrwałą, nieskuteczną i nieobojętą dla zdrowia terapię

– tj. popełnienie przewinienia zawodowego z art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i art. 10 KEL w zbiegu z art. 37 ww. ustawy

#### ORZEKA:

1) Uznać lek. Jacka Borowicza winnym przewinienia zawodowego zarzucanego mu we wniosku o ukaranie i za to orzec karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres dwóch lat, w ten sposób, że zakazuje obwinionemu pracy w lecznictwie otwartym (ambulatoryjnym). Lekarz może wykonywać zawód pod nadzorem w lecznictwie zamkniętym (w szpitalu).

2) Kosztami postępowania obciążyć obwinionego lekarza.

Od powyższego orzeczenia przysługuje stronom odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego za pośrednictwem tutejszego sądu w terminie 14 dni od daty otrzymania odpisu orzeczenia wraz z uzasadnieniem.

Lek. Agnieszka Skoczylas (-)

Lek. Bożena Kryształowicz (-)

Lek. Roman Jasiński (-)

Klub Lekarza w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej, 54 zaprasza

19.02.2018 r., godz. 14.00 – spotkanie Koła Lekarzy Emerytów Okręgowej Izby Lekarskiej.

W programie: „Jestem Julią. W hołdzie Halinie Poświatowskiej” – spektakl poetycko-muzyczny przygotowany przez Beatę Zuzannę Mączewską (scenariusz, reżyseria) i Romana Ziemiańskiego (oprawa muzyczna).

## Wybitni pediatrzy zasłużeni dla polskiej pneumonologii

W ramach działalności Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc 2 grudnia 2017 r. odbyła się konferencja poświęcona pediatrom zasłużonym dla polskiej pulmonologii.

Wspominano: prof. Henryka Brokmana, prof. Franciszka Groëra, prof. Marię Halinę Zapaśnik-Kobierską, Irenę i Jana Rudników, prof. Magdalenę Hanicką. Sesja została przygotowana przez dr. hab. n. med. Piotra Gutkowskiego i Grupę ds. Historii, Sekcję Gruźlicy PTChP pod kierownictwem prof. Zofii Zwolskiej, a także Mazowiecki Oddział PTChP oraz Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc.

Konferencję współsponsorowała Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, którą reprezentowali: dr n. med. Maria Ciesielska – przewodnicząca Sekcji Historycznej, i lek. Krzysztof Królikowski – pełnomocnik prezesa ORL ds. Polskiej Biblioteki Medycznej w Kijowie im. prof. Zbigniewa Religi.

**Krzysztof Królikowski**



*Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności,  
która obezwładnia i zabiera w nieznanne.*

*A kiedy pojawia się  
kradnąc ukochaną osobę,  
przeszywa serce nieuleczalnym bólem  
i odznacza w nim swoje piętno.*

Prezesowi Dolnośląskiej Rady Lekarskiej  
dr. n. med. Pawłowi Wróblewskiemu,  
lek. Annie Wróblewskiej  
oraz Rodzinie i Bliskim  
w związku z tragiczną śmiercią

**Syna Piotra**

z niewypowiedzianym żalem

składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Dolnośląska Rada Lekarska,  
Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej DIL  
i zastępcy OROZ DIL,  
przewodniczący  
Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL  
i członkowie OSŁ DIL  
oraz dyrektor i pracownicy Biura DIL



10 grudnia 2017 r.  
zmarła nagle,  
w wieku 55 lat,

**dr n. med.  
Beata Śladowska,**

lekarz internista, endokrynolog,  
o czym zawiadamia pogrążona w bólu  
córka Anna z rodziną



Panu profesorowi  
Kazimierzowi Szopińskiemu  
wyrazy głębokiego żalu i współczucia  
z powodu śmierci

**Syna**

składa

Zespół Radiologii Stomatologicznej  
i Szczękowo-Twarzowej



„Nie żyjemy, aby umierać,  
ale umieramy, aby żyć wiecznie”

Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w wieku 80 lat  
zmarła  
18 grudnia 2017 r.

śp.  
**Barbara Klincewicz**

Lekarz, chirurg dziecięcy  
O czym zawiadamiają  
mąż i synowie



Z głębokim żalem i smutkiem  
przyjęliśmy wiadomość o śmierci

Pana prof. dr. hab. n. med.  
**Ryszarda Matusiewicza,**

wieloletniego ordynatora  
I Oddziału Chorób Wewnętrznych  
Szpitala Grochowskiego w Warszawie,  
wspaniałego człowieka i lekarza,  
wychowawcy wielu pokoleń lekarzy.

Wyrazy serdecznego współczucia

składają Rodzinie współpracownicy  
z dawnego I Oddziału Chorób  
Wewnętrznych Szpitala Grochowskiego





# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

2 listopada 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 30 października 2017 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2028.

7 listopada 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2051.

14 listopada 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie opłat za czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach urzędowych kontroli żywności, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2012.

20 listopada 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2131, obwieszczenie ministra sprawiedliwości z 6 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra sprawiedliwości w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.

23 listopada 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 7 listopada 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2154.

24 listopada 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2168, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 8 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

24 listopada 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1975.

Rozporządzenie dotyczy odpadów medycznych:

**1) zakaźnych**, o kodach:

18 01 02\* – części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03),  
 18 01 03\* – inne odpady, które zawierają drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady, z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82),  
 18 01 80\* – zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie, o właściwościach zakaźnych,  
 18 01 82\* – pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych,

**2) niebezpiecznych, innych niż zakaźne**, o kodach:

18 01 06\* – chemikalia, w tym odczynniki chemiczne zawierające substancje niebezpieczne,  
 18 01 08\* – leki cytotoksyczne i cytostatyczne,  
 18 01 10\* – odpady amalgamatu dentystycznego,

**3) innych niż niebezpieczne**, o kodach:

18 01 01 – narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03),  
 18 01 04 – inne odpady niż wymienione w 18 01 03,  
 18 01 07 – chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06,  
 18 01 09 – leki inne niż wymienione w 18 01 06,  
 18 01 81 – zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie, inne niż wymienione w 18 01 80.

Odpady medyczne gromadzi się w pojemnikach lub workach w miejscu powstawania oraz wstępnie magazynuje, uwzględniając ich właściwości, sposób unieszkodliwiania lub odzysku.

Odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania są przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych:

- zbierane do pojemników lub worków jednorazowego użycia,
- przekazywane niezwłocznie do pomieszczenia lub urządzenia chłodniczego, o których mowa w rozporządzeniu, z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności.



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



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



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

Pracownik biura Daniel Jarosz, tel.: 22-542-83-33, [d.jarosz@oilwaw.org.pl](mailto:d.jarosz@oilwaw.org.pl)

Odpady medyczne, o których mowa w **pkt. 1**, z wyjątkiem odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w miejscu powstawania do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, **koloru czerwonego**, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

Odpady medyczne, o których mowa w **pkt. 2**, z wyjątkiem odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w miejscu powstawania do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, **koloru żółtego**, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

Odpady medyczne, o których mowa w **pkt. 3**, z wyjątkiem odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w miejscu powstawania do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej albo do pojemników wielokrotnego użycia, **w kolorze innym niż czerwony albo żółty**, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych.

Worki jednorazowego użycia umieszcza się na stelażach lub w sztywnych pojemnikach jednorazowego lub wielokrotnego użycia w sposób pozwalający na uniknięcie zakażenia osób mających kontakt z workiem lub pojemnikiem.

Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbiera się w miejscu powstawania do pojemników jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie lub przecięcie. Zasady oznaczania kolorami poszczególnych rodzajów odpadów medycznych stosuje się odpowiednio, w sposób pozwalający na jednoznaczne zidentyfikowanie przeznaczenia pojemnika.

Pojemniki lub worki zapełnia się najwyżej do 2/3 objętości w sposób umożliwiający bezpieczne zamknięcie. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia.

Pojemniki lub worki wymienia się tak często, jak pozwalają na to warunki przechowywania oraz właściwości odpadów medycznych w nich gromadzonych, nie rzadziej niż co 72 godziny, z zastrzeżeniem dotyczącym wysoce zakaźnych odpadów medycznych. W przypadku uszkodzenia pojemnika lub worka umieszcza się go w całości w innym większym, nieuszkodzonym pojemniku lub worku spełniającym te same wymagania.

Odpady medyczne, o których mowa w **pkt. 1**, w których zidentyfikowano lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że zawierają biologiczne czynniki chorobotwórcze podlegające zakwalifikowaniu do kategorii wysoce zakaźnych, zbiera się w miejscu powstawania do:

– opakowania wewnętrznego złożonego z:

a) worka jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru czerwonego, wytrzymałego, odpornego na działanie wilgoci

i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia, który po wypełnieniu i zamknięciu jest umieszczany w drugim worku spełniającym te same wymagania, lub

b) sztywnego, odpornego na działanie wilgoci, mechanicznie odpornego na przekłucie lub przecięcie pojemnika koloru czerwonego – w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach,

– opakowania zewnętrznego, które stanowi pojemnik koloru czerwonego, wytrzymały, odporny na działanie wilgoci i środków chemicznych, wykonany w sposób umożliwiający dezynfekcję, z możliwością szczelnego zamknięcia.

Wysoce zakaźne odpady medyczne mogą być przechowywane w miejscu powstawania nie dłużej niż 24 godziny.

Pojemnik lub worek z odpadami medycznymi w miejscu ich powstawania posiada widoczne oznakowanie identyfikujące, które zawiera:

- kod odpadów medycznych w nim przechowywanych,
- nazwę i numer REGON wytwórcy odpadów medycznych oraz numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z podaniem organu rejestrowego,
- datę i godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),
- datę i godzinę zamknięcia.

W przypadku wysoce zakaźnych odpadów medycznych oznakowanie umieszcza się na pojemniku stanowiącym opakowanie zewnętrzne. Pojemnik oznacza się dodatkowo znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym oraz umieszczonym napisem „Materiał zakaźny dla ludzi”.

**Odpady medyczne są wstępnie magazynowane w sposób selektywny, z zachowaniem podziału określonego wyżej, w odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu albo stacjonarnym lub przenośnym urządzeniu chłodniczym, przeznaczonym wyłącznie do magazynowania odpadów medycznych.** Przenośne urządzenie chłodnicze może być wykorzystywane do wstępnego magazynowania odpadów medycznych w przypadku wytwarzania ich niewielkiej ilości, jeżeli pozwala na zachowanie warunków określonych w rozporządzeniu.

**Pomieszczenie do magazynowania odpadów:**

- ma niezależne wejście,
- jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych,
- ma ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję,
- jest zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt,
- ma drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość gwarantuje swobodny dostęp,



**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**

- ma miejsca lub boksy wydzielone i oznakowane, w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych, a w przypadku magazynowania odpadów medycznych w oznakowanych, szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach dopuszcza się brak wydzielonych boksów,
- jest wyposażone w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz pomieszczenia,
- posiada wentylację zapewniającą podciśnienie i filtrację odprowadzanego powietrza, dopuszcza się zastosowanie wentylacji grawitacyjnej pod warunkiem magazynowania odpadów medycznych w szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach i oznakowanych w zależności od ich rodzaju,
- ma zabezpieczenia techniczne przed rozprzestrzenianiem się magazynowanych odpadów medycznych, obejmujące również gromadzenie ewentualnych odcieków z tych odpadów.

#### **Stacjonarne urządzenie chłodnicze:**

- jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych,
- ma ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję,
- jest zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt,
- ma drzwi wejściowe bez progów, których szerokość i wysokość gwarantuje swobodny dostęp,
- jest wyposażone w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia,
- ma zamknięcie drzwi wejściowych umożliwiające ich otwarcie od wewnątrz,
- ma przedsionek przed wejściem do urządzenia.

#### **Przenośne urządzenie chłodnicze:**

- ma wnętrze wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję,
- jest zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt,
- jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych,
- jest wyposażone w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia.

Przy pomieszczeniu do magazynowania odpadów oraz przy stacjonarnym urządzeniu chłodniczym zapewnia się dostęp do:

- umywalki z bieżącą zimną i ciepłą wodą, zainstalowanej w sposób umożliwiający co najmniej umycie rąk bezpośrednio po wyjściu z pomieszczenia lub urządzenia, wyposażonej w dozownik z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku,
- wody bieżącej ciepłej i zimnej do celów porządkowych,
- wydzielonych miejsc do przechowywania czystych oraz zbierania brudnych środków ochrony indywidualnej dla osób przebywających w miejscach przeznaczonych do wstępnego magazynowania odpadów medycznych.

W sąsiedztwie przenośnego urządzenia chłodniczego zapewnia się dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, podajnik na czyste ręczniki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte ręczniki jednorazowe.

Dopuszcza się wstępne magazynowanie odpadów medycznych, o których mowa w pkt. 3, w sposób selektywny, z zachowaniem podziału określonego na wstępie, w oznakowanych w zależności od rodzaju odpadów medycznych, szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach, w innym miejscu wstępnego magazynowania niż wymienione wyżej, które:

- jest przeznaczone i przystosowane do wstępnego magazynowania odpadów,
- ma uszczelnione podłoże i zorganizowane dojazdy lub dojścia,
- jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych,

- jest zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt,
- jest zabezpieczone przed wpływem czynników atmosferycznych, w tym zadaszone,
- jest utrzymywane na bieżąco w czystości.

Wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02\* odbywa się tylko w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin.

Wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodach 18 01 03\*, 18 01 06\*, 18 01 08\*, 18 01 10\* i 18 01 82\* odbywa się tylko w temperaturze do 18°C, z tym że w temperaturze 10–18°C może odbywać się tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10°C – nie dłużej niż 30 dni.

Odpady medyczne, o których mowa w pkt. 3, mogą być wstępnie magazynowane tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 30 dni.

Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca wstępnego magazynowania odbywa się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu.

W obiektach, gdzie są udzielane świadczenia zdrowotne lub są prowadzone badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny, wyznacza się miejsce przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemników wielokrotnego użycia, służących do transportu wewnętrznego odpadów medycznych.

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych lub prowadzące badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny stosują, opracowaną przez siebie, szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi w zakresie selektywnego ich zbierania, transportu i wstępnego magazynowania z instrukcją selektywnego zbierania odpadów medycznych w miejscu ich powstawania.

Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania stosują, opracowaną przez siebie, szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania, która zawiera oznaczenie miejsca wstępnego magazynowania odpadów medycznych przez te osoby.

W terminie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia:

- pomieszczenia do wstępnego magazynowania odpadów medycznych, niespełniające wymagań dotyczących wentylacji i zabezpieczenia przed ich rozprzestrzenianiem,
  - pomieszczenia i miejsca do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych, niespełniające wymagań dotyczących wentylacji
- dostosowuje się do tych wymagań.

**28 listopada 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2195, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 8 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.**

**28 listopada 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2183, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 30 października 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym.**

**29 listopada 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 listopada 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyści, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2194.**

Lekarz, lekarz dentyista odbywający staż podyplomowy otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości 2369 zł.

Do 31 grudnia 2018 r. lekarz, lekarz dentyista odbywający staż otrzymuje odpowiednio zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości:

- 1) 2100 zł od 1 lipca 2017 r.
- 2) 2249 zł od 1 stycznia 2018 r.

Środki na wydatki wynikające z podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego do wysokości, o której mowa w pkt. 1, lekarzy, którzy ukończyli staż podyplomowy po 30 czerwca 2017 r., a przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, marszałek województwa przekazuje jednostce zatrudniającej tych lekarzy na podstawie porozumienia do umowy, na podstawie której był finansowany staż. Przepis obowiązuje od 1 lipca 2017 r.

**30 listopada 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2211, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 30 października 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo farmaceutyczne.**

**30 listopada 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2206, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 30 października 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o cudzoziemcach.**

**30 listopada 2017 r. weszła w życie ustawa z 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 2110.**

Ustawa określa, że program pilotażowy to zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych.

Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego opracowują projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz dostępnych danych epidemiologicznych.

Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu wydania opinii przez jej prezesa,

Prezes AOTMiT przekazuje raport Radzie Przejrzystości, która na podstawie dokumentu przedstawia opinię w sprawie projektu programu. Przed sporządzeniem raportu prezes agencji może zasięgnąć opinii konsultantów w ochronie zdrowia lub innych ekspertów z poszczególnych dziedzin medycyny, w szczególności odpowiednich dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

Po zakończeniu realizacji programu minister oraz jednostka samorządu terytorialnego sporządzają raport końcowy z jego realizacji.

Agencja, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy ministra zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej i na tej podstawie przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów oraz warunków ich realizacji, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

Minister zdrowia może zlecić prezesowi AOTMiT opracowanie i wydanie rekomendacji dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

Minister zdrowia ustala, w drodze rozporządzenia, program pilotażowy, mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa świadczeń opieki zdrowotnej.

Programy zdrowotne, których realizację i finansowanie rozpoczęto przed 12 sierpnia 2009 r., mogą być realizowane i finansowane na dotychczasowych zasadach nie dłużej niż do 31 grudnia 2019 r.

Nowelizacja ustawy określa ponadto, że skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie jest wymagane do świadczeń w zakresie leczenia uzależnień:

- dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,
- dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia – spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią mieszkających i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną.

**Przepisy ustawy o działalności leczniczej stanowią, że podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 lipca 2011 r., niespełniający wymagań dotyczących pomieszczeń i urządzeń, określonych w przepisach wykonawczych do ustawy, dostosowuje się do tych wymagań do 31 grudnia 2017 r.**

Zgodnie z wprowadzoną zmianą ustawy, podmiot leczniczy, który co najmniej częściowo nie zrealizuje programu dostosowania do tych wymagań, może wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Opinia jest wydawana w formie postanowienia.

Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazuje postanowienie właściwemu organowi prowadzącemu rejestr.

**1 grudnia 2017 r. weszła w życie ustawa z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 2217.**

Ustawa określa cele i organizację podstawowej opieki zdrowotnej oraz zasady zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ.

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub udzielane są mu ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Koordinacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń.

Lekarz POZ to lekarz, który:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- 2) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
- 3) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo
- 4) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, z którym NFZ zawarł umowę

o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez świadczeniobiorcę.

Lekarzem POZ jest także lekarz:

1) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub

2) posiadający specjalizację I albo II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych

– udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31 grudnia 2024 r., pod warunkiem ukończenia kursu, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU, poz. 1172).

Lekarz, o którym mowa w pkt. 4, może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą wyłącznie do ukończenia przez tego świadczeniobiorcę 18. roku życia.

Kurs organizuje instytut badawczy lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, na podstawie ramowego programu. Koszty kursu pokrywa lekarz lub świadczeniodawca, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Przepisy dotyczące obowiązku ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej wchodzi w życie 1 stycznia 2025 r.

**Od 1 października 2020 r.** w ramach koordynacji świadczeniodawca zapewnia:

– profilaktyczną opiekę zdrowotną dostosowaną do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych jego problemów zdrowotnych i populacji objętej opieką,

– badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki.

Świadczeniodawca wyznacza osobę, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przekazywanie informacji o tym procesie, oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych.

Osoby udzielające świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej mogą realizować programy edukacyjne i badawczo-rozwojowe.

Ustawa wprowadziła zmianę w **ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie z nowelizacją osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w ustawie – Kodeks karny dla funkcjonariuszy publicznych.**

4 grudnia 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2237, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 9 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zdrowiu publicznym.

7 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2262.

12 grudnia 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2295, obwieszczenie ministra zdrowia z 10 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

13 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 grudnia 2017 r. w sprawie sposobu, trybu i terminów występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz udostępniania przez NFZ świadczeniobiorcy informacji o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o udzielonych mu świadczeniach, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2297.

NFZ udostępnia świadczeniobiorcy informacje w formie pisemnej na podstawie wniosku, który należy przesłać za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, przesyłką listową lub złożyć w siedzibie oddziału wojewódzkiego funduszu.

Fundusz udostępnia informacje po sprawdzeniu poprawności danych zawartych we wniosku przez ich porównanie z danymi zgromadzonymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych.

Udostępnienie informacji następuje bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.

Informacja o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa jest udostępniana niezwłocznie w dniu złożenia wniosku, jeżeli został złożony osobiście.

Fundusz udostępnia informacje przez system teleinformatyczny.

W celu uzyskania dostępu do systemu teleinformatycznego świadczeniobiorca składa w oddziale wojewódzkim NFZ wniosek o wydanie nazwy użytkownika i hasła.

Zachowują ważność dane dostępowe świadczeniobiorców, którzy uzyskali prawo do korzystania z systemu teleinformatycznego zapewniającego dostęp do informacji przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

15 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 listopada 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wzoru karty zgonu, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2220.

## 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](mailto: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](mailto:sekretarz@oilwaw.org.pl).

Rozporządzenie ministra zdrowia z 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (DzU z 2015 r., poz. 231) traci moc 1 stycznia 2023 r.

15 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 7 grudnia 2017 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2305.

Wzór karty urodzenia określa załącznik nr 1, a wzór karty martwego urodzenia załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Rozporządzenie traci moc 1 stycznia 2023 r.

19 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 14 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2360.

Rozporządzenie obowiązuje od 1 lipca 2017 r.

20 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2364.

23 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z 28 listopada 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2281.

1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z 6 marca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie opłat za korzystanie ze środowiska, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 723.

Załącznik do rozporządzenia określa jednostkowe stawki opłaty za umieszczenie odpadów na składowisku.

1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 31 lipca 2017 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2018 r., opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1516.

1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2017 r. w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe, równoważnych z Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym, oraz wykazu dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2005.



**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 Paluszkiewicz, Julian Wróbel

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Ciepty, 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 Natorski, Małgorzata Solecka, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

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

**ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:** tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl

**REKLAMA I MARKETING:** Renata Klimkowska, tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl

**OPRACOWANIE GRAFICZNE:** Artmedia Partners, tel. 601-20-14-12 **KOREKTA:** Lidia Sadowska-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](mailto: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**

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: p.o. Janina Barbachowska  
tel. 22-542-83-22; tel. 22-542-83-24; tel. 22-542-83-27**

**Okręgowy Sąd Lekarski: przewodniczący Roman Jasiński, tel. 22-542-83-20, 21**

**Okręgowa Komisja Rewizyjna: przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć, tel. 22-542-83-81**

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

**Główna księgową 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**

**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. 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](mailto: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](mailto:marketing@oilwaw.org.pl)**

**Dział Informacji Medialnej: tel. 22-542-83-83; e-mail: [monitorlekarski@oilwaw.org.pl](mailto: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](http://www.izba-lekarska.pl)**

# XI CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

PRZYJACIÓŁ FUNDACJI PRO SENIORE

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE

10 lutego 2018, godz. 19.00



*Imprezę poprowadzi*

*Jolanta Mrotek*

*Wieczór uświetni występ  
zespołu Boogie Band*

*Zapraszamy*

*Zaproszenia w cenie 400 zł/os.*

*34 2030 0045 1170 0000 0330 4290*

*Szczegółowe informacje można uzyskać,*

*dzwoniąc pod nr:*

*22 542 83 02 lub 538 192 002*

*lub drogą e-mailową*

*proseniore@oilwaw.org.pl*

