

**PODSUMOWANIE
VII
KADENCJI**

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

puls

marzec 2018 nr **3**





Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

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

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

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków Marta Klimkowska-Misiak; tel. 22-542-83-40

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

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

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

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

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

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

**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 księgowość 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

Pełnomocnik prezesa ds. Polskiej Biblioteki Medycznej w Kijowie: tel. 22-542-83-69

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

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

**Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16): tel. 48-331-36-62; faks 48-331-17-30
pon. i czw. 7.45–15.00, wt.–śr. 7.45–17.00, pt. 8.05–15.00**

Klub Lekarza: tel. 22-542-83-82

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

www.izba-lekarska.pl



To była pracowita kadencja

Dobiega końca VII kadencja samorządu lekarskiego. Za nami cztery lata wyłożonej pracy na rzecz lekarskiej społeczności, dla dobra leczących i leczonych. Nie zapominajmy, że dbając o sprawy lekarzy i lekarzy dentyków dotyczące kształcenia, warunków pracy i płacy, odpowiedzialności zawodowej oraz ubezpieczeń, działamy też dla bezpieczeństwa pacjentów. Wykonując zawód zaufania publicznego, z którym wiąże się z jednej strony ogromna odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta, a z drugiej – społeczne oczekiwania, doceniajmy oparcie w samorządzie lekarskim, który, zawsze podkreślam, jest zdobyczą naszego środowiska i wielką siłą. W mijającej kadencji realizowaliśmy w OIL w Warszawie ustawowe zadania samorządu lekarskiego, wprowadziliśmy również nowe programy i kontynuowaliśmy z powodzeniem działania rozpoczęte wcześniej. Przypomnę najważniejsze.

Pod jednym dachem i z certyfikatem

W VII kadencji Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zakończyła spłatę zobowiązań z tytułu zakupu siedziby przy ul. Puławskiej 18. W budynku przeprowadzono remonty pomieszczeń, dostosowano biuro do potrzeb organizacyjnych i zadań Izby. Zmodernizowane zostały sale konferencyjne, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków uzyskał nowy lokal. Do siedziby Izby została również przeniesiona redakcja Miesięcznika „Puls”. Obecnie wszystkie działy, wykonujące zadania samorządu lekarskiego, funkcjonują w jednym miejscu. Pomieszczenia przy ul. Koziej, w których znajdowała się redakcja, zostały wykorzystane na pracownię dla malujących lekarzy, a obecnie odbywają się tam sesje psychologiczne w ramach programu walki z wypaleniem zawodowym.

W 2015 r. OIL w Warszawie otrzymała certyfikat ISO. Nasza decyzja o wprowadzeniu systemu zarządzania jakością poskutkowała uporządkowaniem procedur i wypracowaniem najlepszych rozwiązań w zakresie obsługi członków naszego samorządu. Po 12 miesiącach od pierwszej certyfikacji uzyskaliśmy ponownie potwierdzenie działania zgodnie z systemem zarządzania jakością.

Ubezpieczenie w składce i pomoc prawna

W 2015 r. uruchomiliśmy program ubezpieczeniowy dla lekarzy i lekarzy dentyków z naszej Izby, który oferuje przede wszystkim ubezpieczenie OC zawarte w składce na samorząd lekarski. Było to możliwe dzięki podniesieniu składki członkowskiej do 60 zł, a przewidywany efekt skali pozwolił na zapewnienie korzystnych stawek ubezpieczenia. Członkowie samorządu mogą korzystać nie tylko z ubezpieczenia podstawowego, obowiązkowego dla osób prowadzących praktykę lekarską, ale również z wielu innych ułatwień. Przedsięwzięcie spotkało się z bardzo pozytywnym odbiorem – przystąpiło do niego już około 18 tys. lekarzy.

Duże znaczenie ma również program „Prawnik dla lekarza”. Działa infolinia, a członkowie naszej Izby mogą korzystać z porady prawnej nieodpłatnie. Oba programy są pomocne lekarzom w wykonywaniu zawodu, a informacje o nich stale zamieszczamy na łamach „Pulsu”.

Szkolenia i konferencje

Zadania związane z kształceniem to ważny obszar działania Izby. Staramy się wspierać lekarzy w podnoszeniu zawodowych kwalifikacji. Nasz Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków rejestruje szkolenia oferowane przez różne podmioty. Izba organizuje również szkolenia własne.

Konfrontowaniu zawodowych doświadczeń i uaktualnianiu wiedzy służą też izbowe konferencje. W 2015 r. po raz pierwszy odbyły się Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne. Konferencja zyskała bardzo pozytywne opinie uczestników i stała się wydarzeniem cyklicznym. Biorą w niej udział lekarze dentyści z całej Polski. W tym roku MSS odbędą się po raz czwarty. W VII kadencji zorganizowaliśmy również międzynarodową konferencję na temat rekompensowania szkód wynikłych z niepożądanych zdarzeń medycznych. Spotkanie było efektem prac powołanego w Izbie zespołu, który przygotowywał propozycje zmian w sposobie rekompensowania szkód, a projekt został przekazany do MZ. Byliśmy także współorganizatorami konferencji poświęconych problematyce pracy biegłych sądowych, w których uczestniczyli lekarze i prawnicy. Odpowiadając na potrzeby obu środowisk, prowadzimy obecnie szkolenia dla biegłych. Powołaliśmy zespół zajmujący się tą problematyką i nawiązujemy współpracę z medycznymi towarzystwami naukowymi, które będą wskazywały specjalistów do sporządzania opinii, aby były obiektywne i na najwyższym poziomie merytorycznym. W 2017 r. powołaliśmy Zespół ds. Studiów Strategicznych. „Inwestycje społeczne. Zdrowie +” były pierwszą konferencją izbowego *think tanku*. Przygotowywana jest już następna, poświęcona tajemnicy medycznej i ochronie danych pacjentów. Odbyło się seminarium dotyczące współpłacenia przez pacjentów za leczenie.

Współpraca z zagranicą

Kontakty z lekarskimi organizacjami polonijnymi utrzymujemy od lat. Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych powierzyła naszej Izbie przygotowanie w 2016 r. IX Kongresu Polonii Medycznej, II Zjazdu Lekarzy Polskich w Warszawie. Spotkanie było nie tylko wydarzeniem towarzyskim, ale również konferencją naukową na najwyższym poziomie. Zaszczycili nas wykładami wybitni przedstawiciele medycyny, pracujący w wiodących ośrodkach naukowych i klinicznych na świecie. Prof. prof. Krzysztof Bankiewicz, George Król, Roman Jaeschke, Waldemar Priebe, Maria Siemionow, Zbigniew Wszotek dzielili się doświadczeniami zawodowymi, dając świadectwo wkładu Polaków w rozwój medycyny.





Nr 3/2018 (275),
marzec 2018

Na okładce:
członkowie Prezydium ORL, przewodniczący i wiceprzewodnicząca OSŁ, p.o. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (fot. M. Beczek)

W numerze m.in.:

▶ To była pracowita kadencja	1
▶ podsumowanie kadencji	4
▶ Trudny, ale akceptowalny kompromis	8
▶ Kto wypadnie z sieci?	12
▶ Goniec Medyczny	13, 47
▶ Ochrona lekarza...	14
▶ Moralne interpretacje prawa	15
▶ Rola koordynatora leczenia onkologicznego	16
▶ Rak piersi – umiarkowany postęp	17
▶ Hematologia trafiła także...	18
▶ Debatowali o hematologii	20
▶ Dzień Onkologii Dziecięcej	21
▶ leczmy ból	22
▶ Doniesienia naukowe	25
▶ Psychiatria dziecięca...	26
▶ Obrzęki kończyn...	28
▶ PTS to projekt wybitnie zespołowy	30
▶ Zakrzuszenie...	32
▶ Nasi mistrzowie w anegdocie	34
▶ u nas w samorządzie	36
▶ z Mazowsza	38
▶ Piramida zdrowia dla seniorów	39
▶ z Delegatury Radomskiej	40
▶ Posłuchać, zobaczyć...	41
▶ Lekarz z przetłomu wieków	44
▶ Z perspektywy pacjenta	46
▶ XI Charytatywna Gala Przyjaciół...	48
▶ literatura i życie	52
▶ nowe przepisy prawne	53
▶ felietony:	
▶ Balicki	10
▶ Walewski	10
▶ Kowal	42
▶ Jankowska	43
▶ Ciepły	49
▶ Müldner-Nieckowski	49

Nasz „Puls”

Zbliżające się wybory w naszej Izbie, kończąca się VII kadencja samorządu skłaniają do podsumowania czterech lat pracy.

W ochronie zdrowia problemów jest zawsze niemało. Zmagają się z nimi wszystkie kraje na świecie, bez względu na poziom zamożności. Materia jest bowiem złożona, a kolejne dni przynoszą wciąż nowe wyzwania. Medycyna stoi w obliczu zarówno pragnienia człowieka życia w zdrowiu, oczekiwań lekarzy dotyczących godziwych warunków wykonywania zawodu, jak też wobec prawideł ekonomicznych i możliwości finansowych państwa. Zmaga się ze zmieniającymi się warunkami funkcjonowania służby zdrowia w zależności od sytuacji politycznej, wydarzeń ogólnospołecznych, stanu wiedzy oraz ewoluujących koncepcji etycznych. Pogodzenie wszystkich aspiracji, znalezienie złotego środka pomiędzy powołaniem, ekonomią a potrzebami pacjentów nie jest łatwe.

Na łamach „Pulsu” jak zawsze poruszamy zagadnienia związane z aktualnymi problemami lekarzy i systemu ochrony zdrowia.

W bieżącym numerze piszemy m.in. o podsumowaniu VII kadencji naszej Izby, o decyzji lekarzy rezydentów podpisania porozumienia z ministrem zdrowia, poświęcamy uwagę hematologii i hematatoonkologii, a także psychiatrii dziecięcej. Nasi Czytelnicy znajdą również informacje z III Narodowego Kongresu Żywnościowego objętego przez „Puls” patronatem medialnym. Na chwilę głębszej refleksji zasługuje relacja z pobytu pacjenta i osoby mu towarzyszącej na szpitalnym oddziale ratunkowym.

„Puls” stara się przedstawiać różnorodne poglądy. Prezentujemy materiały, które odzwierciedlają misję zapisaną uchwałą samorządu, w tym te, które przysyłają nam sami Czytelnicy, oraz często stanowiące głos w dyskusji o aktualnych dylematach naszego środowiska. Staramy się urozmaicać tematykę, poszerzać ją o dziedziny spoza medycyny, by każdy mógł znaleźć coś dla siebie, by lektura niektórych artykułów była odskocznią po godzinach pracy od problematyki zawodowej.

Na przestrzeni lat nasz miesięcznik był laureatem wielu nagród i wyróżnień. Krzysztof Schreyer w jednym ze swoich felietonów pisał: „Puls” cieszy się opinią najlepiej redagowanego spośród kilkunastu izbowych biuletynów”. Robimy wszystko, by wciąż zasługiwać na to miano.

Mamy sygnały, że nasza praca przyczynia się do integracji środowiska lekarskiego. Ze strony Czytelników otrzymujemy wiele dowodów sympatii.

W wirtualnej przestrzeni jesteśmy także obecni, chcemy dostarczać Czytelnikom wyważonych opinii, aktualnych doniesień, zaspokajając ich potrzebę informacji. Strona internetowa Izby, gdzie „Puls” ma swoje miejsce, to znaczące medium. Wielką wagę przykładamy do tradycji, do języka, darzymy szacunkiem dokonania wielkich luminarzy polskiej medycyny, pokazujemy dorobek polskiej medycyny, ale i wyniki codziennej pracy naszych samorządowców. Nie hołdujemy jednej ideologii, gdyż jesteśmy świadomi różnorodności przekonań naszych Czytelników. Jesteśmy otwarci na Wasze problemy, jesteśmy po prostu dla Was. ■ **red**

UWAGA! Koleżanki i Koledzy, Delegaci na Okręgowy Zjazd!

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

Projekty uchwał, apeli oraz stanowisk zjazdu, wraz z podaniem celu i uzasadnieniem, zgodnie z regulaminem obrad można zgłaszać do 23 marca 2018 r. pod adresem: sekretarz@oilwaw.org.pl

Cd. ze str. 1

▶ To była pracowita kadencja

Nasza Izba jest mocno zaangażowana we współpracę z lekarzami ze wschodniej Europy, z Ukrainy, Litwy, Białorusi, Gruzji. W mijającej kadencji odbyły się spotkania i szkolenia samorządowe w Warszawie dla kolegów zza wschodniej granicy. Przedstawiciele ORL w Warszawie uczestniczyli w konferencjach organizowanych przez zagranicznych partnerów, m.in. w obchodach 150-lecia Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego w 2017 r. W trosce o historyczne dziedzictwo Izba wsparła finansowo renowację na wileńskiej Rossie grobu polskiego lekarza, pracującego w XIX w. w Wilnie, prof. Feliksa Rynkiewicza. Znaczącym wydarzeniem było nadanie w 2017 r. imienia prof. Zbigniewa Religi Polskiej Bibliotece Medycznej w Kijowie. Nasza Izba patronowała powstaniu placówki przy Narodowej Naukowej Bibliotece Medycznej Ukrainy i jest gorącym orędownikiem jej działalności, a także wspiera inicjatywy związane ze wzbogacaniem zbiorów bibliotecznych. Szeroki zakres zagadnień i różnorodność inicjatyw spowodowały powołanie w Izbie Ośrodka Współpracy z Zagranicą.

Pomoc socjalna, wypalenie zawodowe i czas wolny

W trudnych sytuacjach życiowych członkowie naszego samorządu mogą liczyć na pomoc w ramach świadczeń socjalnych. Wspieramy też rodziców, którym urodziło się dziecko. Nasze izbowe becikowe wynosi 1000 zł. Od 2015 r. systematycznie rośnie roczna kwota wypłat, ale cieszymy się, że w lekarskich rodzinach rodzą się dzieci. Nie zapominamy również o lekarzach seniorach. Na ich rzecz działa Fundacja „Pro Senioro”. Pomoc lekarzom zmagającym się z wyczerpaniem emocjonalnym i psychicznym niesie powołany w 2017 r. Zespół ds. Wypalenia Zawodowego. Aby dobrze pracować, lekarze muszą odpoczywać, dlatego oferujemy członkom naszej Izby karty umożliwiające korzystanie ze zniżką z oferty rekreacyjnej w różnych placówkach. Wspieramy także pasje artystyczne i sportowe lekarzy.

Kontakt i integracja

OIL w Warszawie jest najliczniejszą izbą lekarską w Polsce. Tym bardziej ważną jest dla nas integracja środowiska i docieranie z informacją o działaniach samorządu lekarskiego do wszystkich członków Izby. Wydajemy „Puls”, bieżące informacje zamieszczamy na stronie internetowej (www.izba-lekarska.pl), ale również obecni jesteśmy w mediach społecznościowych – na Facebooku i Twitterze. Uruchomiliśmy aplikację mobilną „Kalendarz lekarski”, a także przesyłamy izbowy *newsletter* drogą e-mailową. Integracji służą izbowe spotkania i konferencje. Są okazją nie tylko do wymiany doświadczeń zawodowych, ale także do kontaktów towarzyskich. Już dwukrotnie, w 2017 i 2018 r., zorganizowaliśmy noworoczne spotkanie, w którym uczestniczyło szerokie grono osób zawodowo związanych z ochroną zdrowia.

Uczestnictwo we wspólnej sprawie

Nie zamykamy się we własnym, lekarskim gronie. Utrzymujemy kontakty z organizacjami pacjentów, z samorządami zawodów zaufania publicznego, z instytucjami naukowymi i ubezpieczeniowymi, a także z ośrodkami akademickimi, w szczególności z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Staramy się być obecni wszędzie tam, gdzie dzieją się sprawy dotyczące dziedzin nam najbliższych, czyli medycyny i służby zdrowia. M.in. byliśmy na marszu rezydentów, służyliśmy pomocą młodym lekarzom podczas ich protestu. Przewodziliśmy również rozmowy z Ministerstwem Zdrowia, wyrażając nasze zdanie na temat projektów dotyczących systemu ochrony zdrowia. Zawsze pozostajemy otwarci na dialog.

Dziękuję członkom Prezydium i Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie za zaangażowanie w pracę samorządu, za pomysły, dyskusje, wspieranie działań i godną reprezentację lekarskiej społeczności. Przekazuję podziękowania za działalność w mijającej kadencji przedstawicielom organów samorządu lekarskiego i członkom komisji. Dziękuję dyrektorowi i pracownikom Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie za wspólną realizację zadań samorządu lekarskiego i budowanie pozytywnego wizerunku naszej organizacji. ■

Prezes ORL w Warszawie **Andrzej Sawoni**



Trudny, ale akceptowalny
kompromis
str. 8



Onkologia
str. 16



Lekarz z przełomu wieków
str. 44



Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres 1.01.2014–31.12.2017 r.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie jest organem warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej stojącym na straży przestrzegania etyki zawodowej oraz przepisów prawa związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry.

W okresie czteroletniej kadencji, tj. od 1 stycznia 2014 do 31 grudnia 2017 r., do Biura Okręgowego Rzecznika wpłynęło **1618** spraw, z poprzedniego okresu sprawozdawczego pozostało 166. Z łącznej liczby 1784 spraw rzecznik zakończył **1658**, z czego w **807** sprawach wydał postanowienia o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, w **501** – postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, a w **225** skierował do Okręgowego Sądu Lekarskiego wnioski o ukaranie łącznie **235** lekarzy, co stanowi około 15 proc. rozpatrywanych spraw.



Sprawozdanie przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego za okres 1.01.2014–31.12.2017 r.

Mija VII kadencja samorządu lekarskiego, nadszedł więc czas podsumowań, sprawozdań, ale również refleksji na temat czterech ostatnich lat działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego. Była to kadencja niezwykła. Na początek krótkie wprowadzenie o tym, jak działa nasz korporacyjny system sprawiedliwości.

Wszystkie skargi na lekarzy wpływają do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, który po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, jeśli uzna skargę za zasadną, kieruje wniosek o ukaranie do Sądu Lekarskiego. Sąd na rozprawach głównych, w składzie trzyosobowym, ocenia materiał dowodowy, przesłuchuje strony, przepytuje biegłych, czasem prosi o ustne uzupełnienie wcze-

śniejszych opinii i wydaje ostateczne orzeczenie o winie lekarza lub go uniewinnia. Wydanie ostatecznego orzeczenia często, ze względu na skomplikowany charakter sprawy, wymaga przeprowadzenia kilku rozpraw. W przypadku gdy rzecznik uzna skargę na lekarza za niezasadną, odmawia wszczęcia postępowania lub je umarza. Skarżący ma wtedy prawo odwołać się do Sądu Lekarskiego, który na posiedzeniach odwoławczych, w składzie trzyosobowym, ocenia czynności przeprowadzone przez rzecznika podczas postępowania wyjaśniającego i utrzymuje jego decyzję lub kieruje sprawę z powrotem do rzecznika w celu ponownego zbadania.

W mijającej kadencji było bardzo dużo pracy, ale ze względu na charakter rozpatrywanych spraw można ją uznać za ciekawą. W okresie ostatnich czterech lat do Okręgowego Sądu Lekarskiego wpłynęły łącznie **254** sprawy z wnioskiem o ukaranie, a sąd rozpatrzył (razem ze sprawami z po-

W większości wypadków sprawy kończyły się wydaniem postanowienia o odmowie wszczęcia bądź o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, najczęściej z powodu braku dostatecznych dowodów świadczących o popełnieniu przez lekarza przewinienia zawodowego.

Przeważały sprawy dotyczące zarzutu braku należytej staranności lekarza w postępowaniu diagnostyczno-leczniczym. Obejmowały m.in. następujące specjalności: choroby wewnętrzne – 346, chirurgia ogólna – 117, psychiatria – 116, ginekologia – 91, położnictwo – 52, traumatologia i ortopedia – 100, pediatria – 56, neurologia – 55, protetyka stomatologiczna – 128, stomatologia zachowawcza – 84. Ponadto wpływały skargi na nieetyczne zachowanie się lekarza, m.in. dotyczące konfliktu w relacji lekarz – pacjent, niestarannego prowadzenia dokumentacji medycznej, niezgodnego z obowiązującymi przepisami wydawania zaświadczeń lekarskich, niezachowania tajemnicy lekarskiej, udziału lekarzy w reklamie produktów leczniczych i innych środków medycznych.

Prowadząc postępowania wyjaśniające, rzecznik niejednokrotnie posiłkował się opiniami biegłych, który to dowód w okresie kadencji dopuszczał aż w około **300** przypadkach.

W trakcie prowadzonych postępowań rzecznik przesłuchał około **2500** osób.

Dodatkowo w minionym okresie sprawozdawczym wpłynęło około **430** interwencji, zapytań, na które każdorazowo rzecz-

nik udzielał odpowiedzi, informował, prowadził szeroką korespondencję z organami władzy publicznej i instytucjami publicznymi (prokuraturami, sądami, placówkami medycznymi, Rzecznikiem Praw Pacjenta, Rzecznikiem Praw Obywatelskich itp.).

Analiza prowadzonych spraw uprawnia do stwierdzenia, że wielu skarg można by uniknąć, gdyby lekarze udzielali pacjentom bądź ich rodzinom bardziej wyczerpujących i zrozumiałych informacji dotyczących istoty schorzenia, proponowanego sposobu leczenia i rokowania, tym bardziej że obowiązujący obecnie system organizacyjny w ochronie zdrowia nie ułatwia pracy lekarzom ani nie sprzyja pacjentom i niejednokrotnie generuje sytuacje konfliktowe, co przejawia się w napływających skargach. ■

p.o. OROZ **Janina Barbachowska**

W związku z dobiegającą końca VII kadencją Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie pragnę gorąco podziękować całemu Zespołowi Okręgowego Rzecznika, zarówno Zastępcom Rzecznika, jak i pracownikom Biura Okręgowego Rzecznika, za zaangażowanie i pełną poświęcenia pracę.

Dziękuję również za współpracę członkom Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie.

p.o. OROZ **Janina Barbachowska**

przedniej kadencji) **281** takich spraw. Dla porównania podczas I kadencji (1993–1997) wpłynęło 25 spraw, a w VI kadencji (2009–2013) – 195. Około 65 proc. spraw zakończyło się ukaraniem lekarza, w 20 proc. OSL uznał lekarza za niewinnego, a około 15 proc. spraw zakończyło się umorzeniem z innych powodów.

Dodatkowo w okresie czterech lat do sądu wpłynęło **406** odwołań od decyzji OROZ o odmowie lub umorzeniu postępowania. Łącznie ze sprawami z poprzedniej kadencji rozpatrzono **418** spraw. W około 65 proc. przypadków OSL utrzymał decyzję rzecznika, w 30 proc. dokonał zwrotu akt do OROZ w celu ponownego rozpatrzenia, a w 5 proc. postępowanie umorzył.

Nie sposób w kilku zdaniach opisać, czego dotyczyły najczęstsze błędy popełniane przez lekarzy. Chcąc jednak przedstawić rodzaj rozpatrywanych spraw, pokrótce opiszę niektóre. Wszczynane były postępowania dotyczące błędów w stomatologii protetycznej, które spowodowały nie tylko powikłania, ból, niezadowolenie z wykonanej przez lekarza pracy, ale również narażyły pacjenta na wysokie koszty i poskutkowały wniesieniem skargi na lekarza. Sprawy błędów medycznych dotyczyły głównie odsyłania pacjentów z SOR lub przychodni bez diagnostyki, co w wielu przypadkach oznaczało nierozpoznanie świeżego zawału serca, udaru mózgu czy złamania pourazowego. Znaczna część skarg pacjentów dotyczyła powikłań po różnych zabiegach, które oczywiście mogą wystąpić, ale nie zawsze były rozpoznane i prawidłowo leczone. Z niepokojem należy też podkreślić, że znacząco wzrasta liczba spraw dotyczących zachowania lekarzy naruszającego zasady etyki, w 2017 r. stanowiły prawie 30 proc. wszystkich spraw.

Sprawy o charakterze etycznym dotyczą np. wykonywania obowiązków lekarza w stanie po spożyciu alkoholu. Ich liczba znacząco się zmniejsza, ale lawinowo wzrasta

liczba spraw związanych z udziałem lekarzy w reklamach telewizyjnych, co narusza art. 63 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Coraz częściej zdarza się, że lekarze wykorzystując swój zawód i autorytet, wystawiają opinię lekarską bez zbadania pacjenta (a bywa, że i bez jego wiedzy) w celu przedłożenia w sądzie cywilnym w sprawach zawodowych lub majątkowych. Do Sądu Lekarskiego trafiają też sprawy na wniosek NFZ, dotyczące wystawiania recept na nazwiska osób nieżyjących lub zdrowych (bez ich wiedzy) w celu wyłudzenia znacznych kwot refundacji. Podobny charakter ma pobieranie opłaty za operacje w prywatnych klinikach i jednoczesne wnioskowanie do NFZ o zwrot ich kosztów w ramach umowy o wykonywanie takich zabiegów.

Niektóre sprawy na długo pozostaną w pamięci sędziów Sądu Lekarskiego, np. sprawa lekarza, który leczył pacjenta na zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, stosując ciążą, dwuletnią (codziennie przez 24 miesiące!) antybiotykoterapię. W mijającej kadencji (pierwszy raz od wielu lat) sąd lekarski orzekł najwyższy wymiar kary, jakim jest całkowite odebranie lekarzowi prawa wykonywania zawodu. Sprawa dotyczyła lekarza, który ze względu na permanentnie popełniane błędy medyczne kilkakrotnie stawał przed sądem lekarskim. Trzykrotnie zawieszano mu prawo wykonywania zawodu na czas określony, a mimo to lekarz dalej wykonywał zawód medyczny i popełniał te same błędy.

Dziękuję wszystkim sędziom, członkom OSL oraz pracownikom administracyjnym sądu za ogrom pracy, poświęconego czasu i zaangażowania w sprawną organizację działalności OSL, a na przyszłą kadencję życzę jak najmniejszej liczby nowych spraw. ■

Przewodniczący OSL OIL w Warszawie
Roman Jasiński



Sprawozdanie Delegatury Radomskiej z działalności kadencyjnej 2013–2017

Delegatura Radomska skupia lekarzy z terenu byłego województwa radomskiego. Jej pracą kieruje przewodniczący lek. Julian Wróbel.

Delegatura wykonuje zadania określone przez statut i władze OIL w Warszawie. Należą do nich:

- wpisywanie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zmiany wpisu i wykreślenia z rejestru praktyki prywatnej lekarzy bezpośrednio w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- przyznawanie prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry oraz wydawanie zaświadczeń do pracy zagranicą, dokumentów prawa wykonywania zawodu i skierowań na staż podyplomowy absolwentów uniwersytetów medycznych;
- pomoc materialna członkom Izby: przyznawanie pożyczek socjalnych lub zapomóg zaopiniowanych przez Radę Funduszu Samopomocy OIL w Warszawie. Od stycznia 2015 r. przyjmowane są również wnioski o przyznanie świadczenia pomocy bezwrotnej z tytułu urodzenia dziecka;
- przyjmowanie dokumentów potwierdzających udział lekarzy w szkoleniach i przekazywanie ich do Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów w celu zsumowania punktów edukacyjnych;
- przyjmowanie skarg oraz próśb o interwencję i przekazywanie ich do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie.

W Delegaturze Radomskiej działa Komisja ds. Lekarzy Emerytów. Na jej czele stoi dr Barbara Paczwa. Spotkania odbywają się raz w miesiącu. Organizowane są wycieczki, imprezy kulturalne i spotkania świąteczne.

Od 1 czerwca 2015 r. wszyscy lekarze i lekarze dentyści zrzeszeni w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie mogą składać wnioski o przystąpienie do programu dotyczącego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Delegatura Radomska uzyskała uprawnienia administratora z Centrum Systemów Informacji Ochrony Zdrowia i rozpoczęła uwierzytelnianie wniosków składanych w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, który został udostępniony lekarzom i lekarzom denty stom, a także absolwentom wydziałów lekarskich i lekarsko-dentystycznych od maja 2017 r.

Od lipca 2014 r. rozpoczęto adaptację pomieszczeń nowej siedziby Delegatury w centrum zabytkowej części Radomia, przy ul. Rwańskiej 16, a 19 grudnia 2014 r. otwarto nową siedzibę, w której w marcu 2015 odbyło się wyjazdowe posiedzenie Prezydium ORL w Warszawie, a w czerwcu posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej.

Z okazji Światowego Dnia Jamy Ustnej, obchodzonego 20 marca, dr Ewa Miękus-Pączek corocznie organizuje w Delegaturze wraz z Młodzieżowym Domem Kultury im. Heleny Stadnickiej w Radomiu konkurs plastyczny dla wychowanków MDK. Wyróżnieni otrzymują drobne upominki. Nagrodzone prace są zamieszczane w kalendarzu wydawanym przez Delegaturę Radomską.

W VII kadencji Delegatura ze Stowarzyszeniem „Biegiem Radom” organizowała Mistrzostwa Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie w ramach Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76, który odbywa się pod patronatem prezydenta Radomia. OIL w Warszawie jest patronem i współorganizatorem imprezy.

Pod patronatem Delegatury we wrześniu odbywa się Turniej Tenisa Ziemnego Medyków. Delegatura wspiera go finansowo.

W 2015 r. Delegatura współorganizowała i dofinansowała obchody 30-lecia Oddziału Rehabilitacji Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. W 2018 r. placówka obchodzi 50-lecie istnienia. Przewodniczący Delegatury lek. Julian Wróbel został zaproszony do Komitetu Honorowego obchodów rocznicy działania RSS.

Od maja 2017 r. rozpoczęło działalność Koło Lekarzy Denty stomów Delegatury Radomskiej. Kierują nim przewodnicząca lek. dent. Danuta Syczewska i zastępca lek. dent. Marta Maciąg-Zdziech, a sekretarzem jest lek. dent. Małgorzata Nędzi. Spotkania koła odbywają się raz na trzy miesiące. W 2015 r. zorganizowano dwa szkolenia dla lekarzy we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską, a dziewięć szkoleń w 2016 r. – we współpracy z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie. Kursy były akredytowane i uczestnicy otrzymali certyfikaty z punktami edukacyjnymi.

W VII kadencji Delegatura Radomska organizowała Świąteczne Spotkania Opatkowe dla lekarzy denty stom, delegatów, Komisji Lekarzy Emerytów oraz grupy młodych lekarzy.

W 2017 r. rozpoczęły się przygotowania do organizacji wyborów delegatów na VIII kadencję (2018–2022). W sierpniu podjęto prace nad ustalaniem składu imiennego komisji skrutacyjnych. Kolejnym etapem było wyznaczenie terminów oraz miejsc głosowania bezpośredniego.

Delegaci uczestniczyli w pracach konkursowych komisji na stanowiska kierownicze w naszym regionie.

Miesięczne rozliczenia kosztów działania Delegatury podpisane przez przewodniczącego Juliana Wróbla przekazywane były głównemu księgowemu OIL w Warszawie.

Delegaturę Radomską reprezentowało 25 delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy. ■

Przewodniczący Delegatury Radomskiej **Julian Wróbel**



Podsumowanie VII kadencji samorządu lekarskiego okiem młodego lekarza

Przełom roku 2017 i 2018 niewątpliwie upłynął w Polsce pod hasłem protestu rezydentów. W wielu lekarskich domach podczas wigilii zażarcie dyskutowano o trwającym przez cały październik proteście głodowym i rozpędzającej się akcji #stawiamynajakość, polegającej na wypowiadaniu umów opt-out zarówno przez młodych, jak i doświadczonych lekarzy. Rozmawiali o tym wszyscy, nikt nie zaprzeczał konieczności szybkiego dofinansowania systemu ochrony zdrowia, jego informatyzacji i modernizacji. W całym kraju niemal 5 tys. osób ograniczyło czas pracy, na wielu oddziałach wypełnienie grafików graniczyło z cudem. Wystarczyło, że niecałe 3 proc. lekarzy zdecydowało się pracować tyle, ile przedstawiciele niemedycznych zawodów, aby Ministerstwo Zdrowia podpisało porozumienie z PR OZZL. Uzgodniony kompromis na pewno byłby bliższy apelowi Krajowego Zjazdu Lekarzy, mówiącego o dwóch i trzech średnich krajowych wynagrodzenia, gdyby uczestników akcji było nie 3 proc., lecz 30 proc. Podpisane 8 lutego porozumienie to krok na drodze do dalszego dynamicznego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. O tym, jak bardzo jest to ważne, nikogo dziś już przekonywać nie trzeba. Za tym sukcesem kryje się ciężka praca rezydentów z naszej Izby. Wspomnieć należy o ogromie pracy Łukasza Jankowskiego (członka Komisji ds. Młodych Lekarzy i wiceprzewodniczącego PR OZZL), Krzysztofa Hałabuzy (wiceprzewodniczącego Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i przewodniczącego PR OZZL) i Jarosława Bilińskiego (wiceprzewodniczącego PR OZZL), ale nie można zapomnieć o poświęceniu i zaangażowaniu Katarzyny Pikulskiej, Joanny Mateckiej, Piotra Matyi, Marty Moczydłowskiej i setek rezydentów z regionu Mazowsza. Wypełnienie postanowień porozumienia na pewno będzie jednym z głównych celów młodych lekarzy w nadchodzącym roku, a kto wie, czy nie dużej części VIII kadencji samorządu.

Ważkość ostatnich wydarzeń sprawia, że trudno nam przypomnieć wcześniejsze sukcesy i zadania realizowane przez KML. Na pewno do najważniejszych należy zaliczyć wprowadzenie becikowego dla członków naszej Izby. Dotychczas kilkaset koleżanek i kolegów skorzystało z tej formy pomocy, a dzięki zaangażowaniu Rady Funduszu Samopomocy i skarbnika OIL kol. Romana Olszewskiego jej przyszłość nie jest zagrożona. Istotnym wydarzeniem było otwarcie komisji na najmłodszych członków Izby.

Dzięki współpracy z Samorządem Studentów WUM i JM Rektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Mirosławem Wielgosiem udało się nam zharmonizować nabór na staż podyplomowy z trybem kończenia studiów. Młodzi lekarze pracujący w Komisji ds. Stażu – Tomasz Imiela i Maciej Nowak – dopracowali regulamin kwalifikacji na staż podyplomowy, co znacznie uprościło proces. Dalsza informatyzacja naboru jest na końcowym etapie. W 2014 r. KML współpracowała także ze studentami zrzeszonymi w IFMSA-Poland, wspierając organizację europejskiego zjazdu tego stowarzyszenia w Warszawie. Braliśmy również udział w przygotowaniu Kongresu Polonii Medycznej (Michał Matuszewski, Filip Dąbrowski).

Wsparcie organizacji konferencji było ważnym elementem działalności komisji. Trzykrotnie zwracaliśmy się do Prezydium OIL z prośbą o patronat nad największym wydarzeniem w świecie młodych dentystów, gromadzącym ich co roku ponad 1,4 tys. – konferencjami Let's Dens 4, 5 i 6 odbywającymi się w latach 2015–2018. Bardzo cieszy, że lekarze dentyści włączyli się w działalność Izby. Kamil Kikowicz był naszym głównym koordynatorem pierwszej w Polsce aplikacji mobilnej dla lekarzy „Kalendarz lekarski”, którą wielu z nas ma w swoich telefonach.

W minionej kadencji KML aktywnie działała też na rzecz zmian ustawodawczych. Dzięki pomocy prezesa Andrzeja Sawoniego udało nam się uczestniczyć w debatach w Senacie RP, spotkaniach z marszałkiem Stanisławem Karczewskim i wiceministrem zdrowia Jackiem Sopińskim w gorącym okresie, kiedy decydowano o zakazie zmiany rezydentury. Niestety, tego procesu nie udało nam się zatrzymać. Nie poddawaliśmy się jednak. Dzięki inicjatywie wiceprezesa Juliana Wróbla rozpoczęliśmy organizację szkoleń młodych liderów samorządu lekarskiego, w których wzięło udział ponad 40 osób. Niewątpliwie nasze działania przyniosły pożądany skutek – młodzi lekarze aktywnie działali w wielu komisjach naszej Izby – Legislacyjnej (Łukasz Woźniacki, Filip Dąbrowski, Tomasz Imiela), ds. Zatrudnienia (Krzysztof Hałabuz – wiceprzewodniczący, Łukasz Jankowski), Stażu Podyplomowego (Tomasz Imiela, Łukasz Jankowski, Maciej Nowak), Kultury i Sportu (Adam Górski – przewodniczący), a także w zespołach Naczelnej Rady Lekarskiej opracowujących projekty zmian w ustawie o zawodach (Filip Dąbrowski, Tomasz Imiela) i Ministerialnym Zespole ds. Zmian w Kształceniu Podyplomowym Lekarzy (Filip Dąbrowski, Tomasz Imiela, Adam Górski, Jarosław Biliński). Przedstawiciel naszej komisji reprezentował także samorząd lekarski podczas posiedzeń Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich (Filip Dąbrowski).

Przez ostatnie cztery lata wykonaliśmy wiele zadań, ale nie jeden front działań nie został jeszcze zamknięty. Duża aktywność młodszych koleżanek i kolegów w wyborach na delegatów na zjazd okręgowy pozwala patrzeć z nadzieją na postępy pracy KML w przyszłej kadencji. Jestem przekonany, że dotychczasowi młodzi działacze nie spoczną na laurach i będą służyć następcom radą i motywować ich. ■

Przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy
 ORL w Warszawie **Filip Dąbrowski**



Trudny, ale akceptowalny kompromis

Trzy pytania do wiceprzewodniczącego Porozumienia Rezydentów OZZL, członka ORL w Warszawie, Łukasza Jankowskiego

Panie doktorze, Łukaszu, jesteś sygnatariuszem porozumienia podpisanego 8 lutego z ministrem zdrowia. Wzbudza ono emocje – pozytywne i, czasem, negatywne. Dlaczego po wielu miesiącach protestu podpisaliście to porozumienie?

Rzeczywiście, za nami wiele miesięcy stresu i ciężkiej pracy. Negocjacje były bardzo trudne, oczekiwania ogromne. Wielu naszych postulatów nie udało się wprowadzić do porozumienia, kilka dobrych zmian – tak. Mamy trudny kompromis, który traktujemy jak punkt wyjścia do dalszych działań, ale również jak obustronną deklarację woli dalszego dialogu. Kompromis, który jest zwieńczeniem naszej długiej pracy, a jednocześnie przystankiem w drodze do 6,8 proc. PKB na zdrowie. Sądzę, że odnieśliśmy podczas protestu sukces dużo większy niż zapisy porozumienia. Udało nam się bowiem przekonać opinię publiczną, ale również samych lekarzy, że nasza praca jest cenna i ważna. Moim zdaniem zmieniliśmy podejście do zawodu lekarza w Polsce.

W trakcie protestu analizowaliśmy wiele scenariuszy. Nasze szanse oceniliśmy realnie – w akcji wypowiedziania klauzuli

opt-out wzięło udział w całym kraju około 5 tys. lekarzy. Choć akcja miała charakter ogólnopolski, z biegiem czasu jej zasięg raczej się ograniczał niż rozszerzał. Dowodziła tego zgłaszana liczba wypowiedzeń klauzuli opt-out, która zaczynała się zmniejszać. Lekarze w regionach poddawani byli naciskom, mobbingowani. Spadało również zainteresowanie medialne akcją. Otrzymywaliśmy też sygnały z różnych stron kraju o możliwym narażeniu pacjentów na niebezpieczeństwo związane z przedłużającym się protestem. Nie chcieliśmy tego, nie taki był nasz cel. Czuliśmy odpowiedzialność za przebieg akcji, za uczestników i za pacjentów. Nie chcieliśmy przedłużać protestu za wszelką cenę.

W toku negocjacji pojawiły się konkretne propozycje porozumienia kończącego protest, odczuliśmy dobry klimat do działań w przyszłości. Poczuliśmy, że jest szansa na konstruktywny dialog.

Mogliśmy propozycję porozumienia odrzucić. Protest mógłby trwać. Analizowaliśmy takie rozwiązanie. Tylko jak wytłumaczylibyśmy wtedy środowisku, protestującym lekarzom i pacjentom, że odrzuciliśmy kumulatywny wzrost finansowania ochrony zdrowia o 16 mld zł, pakiet zmian systemowych,

a także istotne podwyżki dla rezydentów i specjalistów? Jak dalej mówić o woli dialogu z naszej strony? Zdecydowaliśmy, że biorąc pod uwagę rozwój sytuacji oraz możliwy do osiągnięcia – w wielu punktach korzystny dla środowiska – kompromis, łatwiej nam będzie wytłumaczyć, dlaczego porozumienie podpisaliśmy, niż dlaczego je odrzuciliśmy.

Po podpisaniu porozumienia spotkaliśmy się zarówno z jednoznacznie pozytywnymi, jak i z negatywnymi komentarzami. Negatywne – to z pewnością woda na młyn rządu, któremu udało się przekonać część naszego środowiska, że za brak natychmiastowej poprawy w ochronie zdrowia odpowiadają rezydenci (sic!). Komentarze w stylu: „nie załatwiliście”, „nie zrobiliście”, „zbyt niski wzrost nakładów, nie trzeba było podpisywać”, świadczą tylko o tym, że nasi adwersarze przeceniają siłę rezydentów. To nie my decydujemy o kształcie budżetu i o nakładach na ochronę zdrowia. My próbowaliśmy przekonać rządzących do konieczności inwestowania w zdrowie. Porozumienie świadczy o tym, że przynajmniej w małej części nam się to udało.

Podczas protestu wsparło was Porozumienie Zawodów Medycznych. Dlaczego zabrakło przedstawicieli tego gremium wśród sygnatariuszy porozumienia z 8 lutego? Słychać głosy, że inne zawody medyczne zostały na lodzie.

Porozumienie Zawodów Medycznych dołączyło do protestu głodowego w drugiej fazie, nie brało natomiast aktywnego udziału w dalszej części protestu, tj. w akcji: jeden lekarz – jeden etat, nie uczestniczyło również w akcji wypowiedziania klauzuli opt-out. Toczący się dalej protest był protestem środowiska lekarskiego (w negocjacjach oprócz Porozumienia Rezydentów brali udział – i zabierali głos – przedstawiciele OZZL oraz NRL). Dziwią nas pojawiające się wewnątrz samego PZM głosy, że inne zawody zostały na lodzie. Pamiętajmy, że po zakończeniu głodówki żaden związek zawodowy zrzeszający przedstawicieli innych zawodów medycznych nie wsparł czynnie dalszego protestu.

Nikt z nas nie miał pretensji do pielęgniarek, kiedy wywalczyły tzw. zembalowe, ani do ratowników, kiedy negocjowali podwyżki dla swojej grupy zawodowej. My wynegocjowaliśmy pakiet zmian w całej ochronie zdrowia, również wzrost finansowania dla wszystkich. Wiem, że oczekiwania dotyczące porozumienia były ogromne. Wszyscy chcieliśmy, żeby nasze żądania zostały uwzględnione w 100 proc., ale nie było to, jak widać, w tej chwili możliwe. Nie byliśmy w stanie teraz wynegocjować więcej, a mamy poczucie, że daliśmy z siebie wszystko. Udało się spełnić część postulatów, lecz sukcesem porozumienia jest w gruncie rzeczy to, że udało się otworzyć zamknięte dotychczas na cztery spusty drzwi do dalszych zmian, do dialogu z Ministerstwem Zdrowia. Nam udało się te drzwi uchylić, teraz nic nie stoi na przeszkodzie, żeby inne gremia, przedstawiciele innych zawodów medycznych, ale również organizacje lekarskie – jeśli wyrażają taką wolę, to we współpracy z nami – poszły za ciosem i wywalczyły więcej.

Myślę, że pretensje do nas biorą się również z braku znajomości treści porozumienia. Zamieszczono w nim przecież zapis, że minister zdrowia do końca roku rozpocznie dialog z reprezentantami innych zawodów medycznych odnośnie do ich warunków pracy (postanowienie w tym brzmieniu znajdowało się w propozycji porozumienia przedstawianej MZ już w czasie głodówki, było wtedy zgodne z wolą środowisk zrzeszonych w PZM). Zapisaliśmy również, że wprowadzone do szpitali sekretarki/asystenci medyczni będą mieli

za zadanie odciążony od pracy biurokratycznej nie tylko lekarzy, ale też pielęgniarki. Treść porozumienia dowodzi, że zależy nam na całym systemie ochrony zdrowia, również na dobrych warunkach pracy przedstawicieli innych zawodów medycznych.

Co mówicie lekarzom, którzy na wasz apel wypowiedzieli klauzulę opt-out, a nie rozumieją w pełni warunków podpisanego porozumienia? Czy teraz będziecie namawiać lekarzy do podpisywania „lojalek” – deklaracji niewyjechania zagranicę w zamian za wyższe wynagrodzenie?

Przede wszystkim muszę podziękować wszystkim lekarzom, którzy zaangażowali się w nasze dotychczasowe akcje, m.in. w akcję wypowiedziania klauzuli opt-out. To dzięki ich zaangażowaniu, trudnej walce w regionach, uporowi i wierze w sukces, negocjacje na szczeblu centralnym w ogóle były możliwe.

Nasze ideały i postulaty nie zmieniają się, dobrze wiemy, że porozumienie w magiczny sposób nie sprawi, że od 8.02.2018 r. ochrona zdrowia w Polsce zacznie działać lepiej. Klauzula opt-out nie powinna obowiązywać już od dawna, wszyscy musimy mieć wystarczającą ilość czasu na odpoczynek, dla rodziny, jak również na samokształcenie. Jednak, z powodu niedoborów kadrowych, których przecież jednym podpisem zniwelować się nie da, po podpisaniu porozumienia zaapelowaliśmy do lekarzy, aby pracowali – jeśli czują się na siłach – w większym wymiarze godzin. Dlaczego? Bo akcja #opt-out pokazała prawdziwy brak lekarzy w Polsce, którego wyrównanie zajmie wiele lat. Nasz apel o pracę w większym wymiarze godzin nie oznacza, że apelujemy o powtórne akceptowanie klauzuli opt-out. Już praca w wymiarze 48 godzin w tygodniu zakłada przecież godziny ponadetatowe, a nie wymaga podpisania klauzuli. Jej zaakceptowanie pozostaje suwerenną decyzją lekarza. My do powtórnej podpisywania namawiać nie będziemy, byłoby to niezgodne nie tylko z apelem NRL, ale także z naszymi ideałami. W negocjacjach prezentowaliśmy swoje stanowisko bardzo twardo, stąd takie, a nie inne brzmienie punktu porozumienia dotyczącego apelu o pracę w większym wymiarze godzin. Zwracam uwagę również na zapis, który mówi, że kres klauzuli opt-out ma nastąpić w 2028 r. Wyznaczenie takiej daty to w mojej ocenie krok w dobrym kierunku.

Zwracamy się natomiast do lekarzy o to, żeby zostawali w kraju, jednym z haseł Porozumienia Rezydentów jest: „Chcemy leczyć w Polsce”. W toku negocjacji bardzo mocno oponowaliśmy przeciwko jakimkolwiek rozwiązaniom nakładającym na lekarzy obowiązek odpracowywania w Polsce studiów czy wprowadzeniu tzw. lojalek. Dbaliśmy o to, aby rozwiązania zawarte w porozumieniu miały dla lekarzy charakter fakultatywny. Wprowadza ono podwyżki (w porównaniu z treścią rozporządzenia podpisanego przez ministra Radziwiłła) dla rezydentów, niezależnie od ich planów zawodowych po ukończeniu rezydentury. Jeszcze wyższe miesięczne wynagrodzenie otrzymają osoby, które zgodzą się pracować w Polsce. To zapis korzystny finansowo dla lekarzy (wyższa będzie płaca zasadnicza, więc dodatkowo wzrośnie wynagrodzenie za dyżury itd.), ale także dla państwa, które traktuje szkolenie lekarzy jak inwestycję. Zgadzam się z głosami o zagrożeniach związanych z podwyższeniem wynagrodzenia niektórych lekarzy w zamian za deklarację pozostania w Polsce. My również te zagrożenia widzieliśmy i widzimy. Wprowadzenie takiego rozwiązania do porozumienia było wymogiem strony rządowej, a wprowadzony ostatecznie zapis – trudnym, ale akceptowalnym kompromisem. ■

Pytała **Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk**

Fot. archiwum



Marek Balicki

Zawarcie porozumienia z rezydentami jest niewątpliwie sukcesem ministra Szumowskiego. W kilka tygodni doprowadził do zakończenia wielomiesięcznego sporu, coraz dotkliwiej odczuwanego przez część szpitali i pacjentów. W pierwszych dniach urzędowania wykazał wysokie kompetencje i spore umiejętności

polityczne, co ułatwiło rozwiązanie konfliktu. Choć nie bez znaczenia było tu także zielone światło, jakie otrzymał od premiera Morawieckiego.

Sukces odnieśli też rezydenci. Uzyskali nie tylko znaczącą podwyżkę uposażeń, ale również deklarację przyspieszenia o rok osiągnięcia poziomu 6 proc. PKB w wydatkach na zdrowie oraz zapowiedzi korzystnych rozwiązań w jeszcze kilku istotnych dla lekarzy sprawach.

Wynagrodzenia rezydentów będą uzależnione od czasu trwania rezydentury i tego, czy specjalność jest priorytetowa. Jeśli tak, od trzeciego roku szkolenia młody lekarz będzie zarabiał 5,3 tys. zł brutto miesięcznie (bez dyżurów), jeśli nie – jego pensja sięgnie 4,5 tys. zł.

Zniesione zostanie nieuzasadnione zróżnicowanie płac, w zależności od daty rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, wprowadzone ubiegłoroczną nowelizacją rozporządzenia w sprawie wynagrodzeń rezydentów. W jej efekcie lekarze rozpoczynający rezydenturę w tym roku mają uposażenie wyższe nawet o 20 proc. od starszych kolegów pracujących na tym samym oddziale.

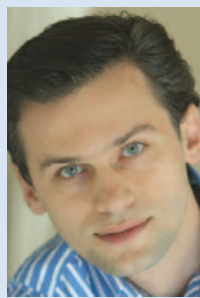
Ciekawostką porozumienia, zawartego wszak przez lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, jest ustalenie minimalnej pensji lekarzy specjalistów, bez udziału umowianych przedstawicieli tych ostatnich. Takiej sytuacji nie pamiętają nawet najstarsi lekarze. W każdym razie specjaliści już od 1 lipca 2018 mają otrzymywać pensję zasadniczą nie mniejszą niż 6750 zł. Warunkiem będzie jednak praca w jednym szpitalu. Ograniczenie miejsc pracy nie będzie dotyczyć opieki ambulatoryjnej i, co najważniejsze – pracy w sektorze prywatnym.

Specjaliści zyskają o ponad 1,3 tys. zł więcej, niż docelowo wynikałoby z ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w służbie zdrowia. Jak na jednorazowy wzrost finansowany z publicznej kasy to sporo, zwłaszcza jeśli uwzględnimy jeszcze pochodne w postaci dodatków oraz stawkę dyżurową.

W tej beczce miodu jest jednak solidna łyżka dziegciu. Od trzeciego roku szkolenia wynagrodzenie rezydenta w specjalności priorytetowej wyniesie bowiem nie 5,3 tys., lecz 6 tys. zł miesięcznie dzięki dodatkowi w wysokości 700 zł za przepracowanie w Polsce dwóch lat po zakończeniu specjalizacji. To spowoduje, że różnica między wynagrodzeniem lekarza pracującego w zawodzie (np. trzy lata) a specjalisty wyniesie kilkaset złotych.

Czy będzie to satysfakcjonujące dla doświadczonych lekarzy pracujących głównie w publicznej służbie zdrowia? Można wątpić. Pojawiły się już bowiem komentarze w rodzaju: koniec jednego protestu, czyli początek kilku nowych. Tymczasem szef OZZL zapowiedział optymistycznie, że porozumienie ma być nie końcem, ale początkiem procesu budowania stabilnego i racjonalnego systemu publicznej ochrony zdrowia. I tego się trzymajmy. ■

Fot. archiwum



Paweł Walewski

Celebryci od medycyny

Wiceminister zdrowia Zbigniew Król kilka dni po nominacji

prof. Łukasza Szumowskiego zabłysnął szczerością podczas panelu otwierającego ważną konferencję „Priorytety w ochronie zdrowia 2018”: – *Zostałem poproszony przez ministra o reprezentowanie, a nie o wyrażanie opinii.*

Szkoda, że tej cnoty nie ma wielu ludzi, którzy powinni powstrzymać się od wyrażania opinii i poprzestawać na reprezentowaniu.

Na przykład znana reżyserka Magdalena Piekorz, z którą rozmowy o boreliozie obieły ostatnio liczne media. Pani Piekorz to jedna z dziesiątek pacjentek boleśnie doświadczonych przez los (niekoniecznie przez chorobę, którą wmówili jej naturopaci i spece od fal elektromagnetycznych), ale stała się ekspertką od stawiania diagnoz i kuracji przygotowujących o zawrót głowy. Jakby tego było mało, otoczyli ją ludzie, którzy uwierzyli w czary-mary i zbierają pieniądze na jej dalsze leczenie. Będzie to m.in. zakup generatora plazmowego. Obdarowana tak zachwala urządzenie: – *Jego działanie polega na stosowaniu fal elektromagnetycznych, które niszczą bakterie. Dla niektórych to może zabrzmieć kosmicznie, ale leczenie polem elektromagnetycznym jest stosowane od lat np. w fizjoterapii. To tylko część zabiegów, które pomagają mi wrócić do zdrowia.*

Otrzymałem również e-mail od pani Ireny Koźmińskiej, inicjatorki kampanii „Cała Polska czyta dzieciom”, żony polskiego dyplomaty, który w latach 1994–2000 był ambasadorem Polski w USA. W otwartym liście, rozesłanym do wielu dziennikarzy, autorka zupełnie poważnie popiera ruchy antyszczepionkowe, pisząc: „*Narasta fala sprzeciwu przeciwko koncernom farmaceutycznym, które korumpują polityków i część środowiska medycznego. Wiedza [na temat szczepień], jaką ujawniają naukowcy, prawnicy, dziennikarze, działacze na rzecz zdrowia – poraża*”. Głównym takim naukowcem i działaczem miałyby być... Andrew Wakefield! Pamiętny gastroenterolog, który w 1998 r. opublikował w „Lancecie” artykuł mylnie sugerujący na podstawie badania 12 dzieci związek szczepionki MMR z autyzmem, po czym za to oszustwo pozbawiony prawa wykonywania zawodu. Redakcja wycofała jego pracę nawet z archiwum...

Różnego rodzaju wywody – na temat boreliozy, szczepień, ale też wielu innych prawideł medycznych – niczym łańcuszek świętego Antoniego wędrują dziś po Polsce, siejąc zamęt wśród zdezorientowanych pacjentów i podkopując zaufanie do lekarzy. Co musi się stać, aby narastająca fala naukowego analfabetyzmu wreszcie opadła? Niestety, wspierają ją również nieliczni medycy, którzy korzystając na niewiedzy celebrytów i pozostając w kontrze do oficjalnej wiedzy, leczą ich swoimi cudacznymi metodami. Potem chowają się za ich plecami, gdy ci – nieświadomi całego zła – robią im reklamę za grube pieniądze. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Badania socjologiczne środowiska lekarskiego

Prof. Romuald Krajewski,
wiceprezes NRL
i ORL w Warszawie

Środek Studiów, Analiz i Informacji NIL, którym kieruję, został powołany przez Naczelną Radę Lekarską w celu prowadzenia badań socjologicznych w środowisku lekarskim oraz przygotowania opracowań statystycznych, charakteryzujących lekarzy i lekarzy dentyistów.

Nasze postulaty dotyczące zmian w systemie ochrony zdrowia są poparte wynikami badań. Jesteśmy żywo zainteresowani kondycją środowiska lekarskiego, gdyż napięcia w ochronie zdrowia i niezadowolenie pacjentów przekładają się na ich relacje z lekarzami.

Z Centralnego Rejestru Lekarzy wynika, że na 135 tys. lekarzy wykonujących zawód 35 tys. to osoby, które ukończyły 60 lat. 25 proc. lekarzy stanowią więc lekarze w wieku emerytalnym, którzy wykonują około 20 proc. wszystkich świadczeń medycznych. 95 proc. lekarzy w wieku emerytalnym nadal pracuje, zarówno udzielając świadczeń finansowanych przez NFZ, jak i w sektorze prywatnym. Trudno sobie wyobrazić sytuację w ochronie zdrowia, gdyby ta grupa postanowiła nie pracować. Nie można by zrealizować około 20 proc. świadczeń.

Analizujemy propozycje Ministerstwa Zdrowia dotyczące zmian w systemie ochrony zdrowia. Na ogół nie są one zgodne z tym, co my postulujemy. Dla nas najważniejsze jest, czy wprowadzane zmiany ułatwiają pracę i porozumienie lekarza z pacjentem, bo to podstawa dobrej oceny systemu. Dopóki te warunki nie będą dobre, żadne rozwiązanie systemowe nie będzie uznane za zadowalające.

Ubiegłoroczne dyskusje w dużym stopniu były poświęcone tematowi kształcenia specjalizacyjnego. Dostęp do specjalistów jest trudny, pacjenci czekają w długich kolejkach. W naszym badaniu dotyczącym szkolenia specjalizacyjnego wzięło udział 2,7 tys. lekarzy. Młodzi lekarze mają bardzo

wiele postulatów, zadowoleni są jedynie z kierowników prowadzących kształcenie.

Następny problem to czas pracy lekarzy. Ostatnio temat ten też był niezwykle aktualny. Wiemy, że co najmniej kilkanaście procent lekarzy pracuje bardzo dużo – ponad 100 godzin tygodniowo. Taka sytuacja zagraża wszystkim. Nasza praca jest wymagająca, odpowiedzialna. Do wszystkich lekarzy w Polsce kierujemy więc apel o ograniczanie czasu pracy do 48 godzin tygodniowo i sprzeciwiamy się

propozycjom łączenia dyżurów w różnych komórkach organizacyjnych podmiotów. Zdajemy sobie sprawę, że tego nie da się wprowadzić jednorazowo, ale należy stale dążyć do realizacji tego postulatu. Młodzi lekarze są w krytycznej sytuacji, pracują średnio o 12 godzin dłużej tygodniowo niż inni lekarze. Nie dziwimy się, że głośno protestują.

Także do systemu wynagrodzenia lekarzy i innych zawodów medycznych powinny zostać wprowadzone nowe rozwiązania, bo w przeciwnym razie zawsze będziemy działać do różnie, od jednego kryzysu do drugiego. Podwyższanie płac tym grupom czy zawodom, których przedstawiciele akurat protestują, pogłębia tylko chaos.

Kolejnym problemem, który wymieniają nasi respondenci, jest obciążenie sprawami administracyjnymi. Dostajemy dziesiątki formularzy do wypełnienia, przybywa czynności biurowych. Ale poświęcenie połowy czasu wizyty – albo więcej – na wypełnianie „papierów” lub rubryk w komputerze bardzo przeszkadza w wykonywaniu zawodu. Ten czas powinniśmy poświęcać na badanie pacjenta i rozmowę z nim.

W 2018 r. nadal aktualna jest kwestia poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia. Problemy wynikające z chronicznego niedofinansowania powodują ograniczenia i utrudnienia w korzystaniu pacjentów ze świadczeń. Dotyczy to wszystkich dziedzin medycyny i wszystkich zawodów medycznych. W codziennej praktyce to lekarze są skazani na tłumaczenie pacjentom, dlaczego tak się dzieje. To lekarze są postrzegani jako twarz systemu.

Mimo wszystkich trudności, z których zdajemy sobie sprawę, nadal cieszymy się sporym zaufaniem pacjentów. I pracujemy, aby je podnieść. Liczymy, że w 2018 r. będziemy mogli prowadzić spokojną i rzeczową rozmowę na ten temat, że nie będzie potrzeby wytyczania najcięższych dział i organizowania protestów. Wiele osób w naszym środowisku i reprezentujących inne zawody medyczne jest niezadowolonych i to musimy brać pod uwagę. Najgłośniejsze o problemach w ochronie zdrowia mówią teraz młodzi lekarze, bo mają najwięcej do zrobienia, najwięcej pracują, uczą się. Przed nimi całe życie zawodowe, wybrali niełatwą karierę. Ale ich postulaty i problemy dotyczą całego środowiska, także specjalistów i starszych lekarzy. ■ Oprac. *mkr*

E-zwolnienia – szkolenia ZUS

Od 1 lipca 2018 r. lekarze i lekarze dentyści będą mogli wystawiać tylko zwolnienia elektroniczne.

Na stronie internetowej ZUS, w zakładce „lekarze” (<http://www.zus.pl/ezla>), znajdują się wszystkie informacje o e-ZLA. Bezpłatne szkolenia na temat e-zwolnień, organizowane dla lekarzy i placówek medycznych przez mazowieckie oddziały ZUS, będą prowadzone także w siedzibie OIL w Warszawie. Prosimy osoby zainteresowane o rejestrację: izba-lekarska.pl/lista-szkolen



Kto wypadnie z sieci?

Małgorzata Solecka

Szpitalom powiatowym grozi zapaść – stwierdził w połowie stycznia przedstawiciel Związku Powiatów Polskich. Rzeczywiście, akcja wypowiedzenia klauzuli opt-out rykoszetem uderzyła najmocniej w te placówki. A wszystko wskazuje, że to dopiero początek problemów, z jakimi będą się musiały zmierzyć samorządy.

W szpitalach powiatowych rezydentów jest jak na lekarstwo, samorządowcy zresztą chcieliby to zmienić. Dlaczego więc w pierwszych tygodniach stycznia media informowały przede wszystkim o zawieszaniu lub zamykaniu oddziałów w szpitalach powiatowych, choć opt-outy wypowiedzieli przede wszystkim lekarze w szpitalach specjalistycznych i klinicznych? Szpitale specjalistyczne i kliniczne, dotknięte akcją wypowiedzenia klauzuli, robiły wszystko, by uzupełnić grafiki, czy to oferując lekarzom (normalnie „dorabiającym” na dyżurach w szpitalach powiatowych) lepsze stawki, czy wręcz szukając chętnych do pracy w mniejszych szpitalach. Dlatego w styczniu i na początku lutego pojawiły się informacje o samorządach, przede wszystkim w powiatach i miastach, prześcigających się w „wielkim kuszeniu lekarzy”. Oferowano im nie tylko atrakcyjne wynagrodzenie, ale też mieszkania i bonusy – byle zdecydo-

wali się na podjęcie pracy. Lekarzom takie zabieganie o ich względy może się podobać (i nie jest niczym niezwykłym, również w innych krajach), samorządowcy nie są zadowoleni i chcieliby takich regulacji, które nie będą zagrażać bytowi ich placówek.

Tymczasem wiele wskazuje, że mogą się spodziewać wyłącznie nowych problemów. Porozumienie zawarte 8 lutego między ministrem zdrowia a Porozumieniem Rezydentów przewiduje m.in., że od 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie części specjalistów wzrośnie do 6750 zł brutto, pod dwoma warunkami: lekarz musi być zatrudniony na etacie i zrzec się dyżurowania w innych niż macierzysta placówkach. Dla samorządów, przede wszystkim powiatów i miast (choć również województwa prowadzą mniejsze szpitale), to podwójny cios. Po pierwsze, już kilka dni po podpisaniu porozumienia część samorządowców sygnalizowała, że lekarze zaczynają usztywniać swoje stanowisko w sprawie żądań płacowych, twierdząc, że skoro podwyżki należą się im od lipca, szpitale równie dobrze

Niewykonanie ryczałtu oznacza, że w jednym z kolejnych okresów rozliczeniowych szpital dostanie mniej pieniędzy. Czy to tylko problemy typowe dla pierwszych miesięcy po zmianie?

mogą je wprowadzić np. od 1 kwietnia. Po drugie, z punktu widzenia małych szpitali, bazujących w znacznym stopniu na pracy lekarzy, którzy dojeżdżają na dyżury, zdecydowanie groźniejsze jest odcięcie od części specjalistów (jak dużej – nie wiadomo, nie wie tego również minister zdrowia). Rośnie, jednym słowem, prawdopodobieństwo, że za kilka miesięcy w małych szpitalach nie będzie miał kto dyżurować.

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
zaprasza na studia podyplomowe!

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

**WARSZAWSKI
UNIWERSYTET
MEDYCZNY**

Dziedkanat
Centrum Kształcenia Podyplomowego
ul. Żwirki i Wigury 61, Budynek Rektoratu, pok. 509
02-091 Warszawa
tel: 22 57 20 519
tel./fax: 22 57 20 511

Prowadzimy studia podyplomowe:

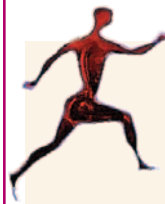
- ✓ prawo medyczne w ochronie zdrowia
- ✓ medycyna estetyczna
- ✓ metodologia badań klinicznych
- ✓ żywienie kliniczne
- ✓ dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- ✓ medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- ✓ seksuologia kliniczna
- ✓ seksuologia sądowa
- ✓ medycyna prewencyjna, regeneracyjna i przeciwstarzeniowa
- ✓ psychodietetyka
- ✓ rehabilitacja ortopedyczna urazów sportowych
- ✓ bezpieczeństwo i zarządzanie ryzykiem działalności leczniczej
- ✓ zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia
- ✓ menedżer medycznego laboratorium diagnostycznego w obliczu zmian rynkowych
- ✓ **MBA SGH-WUM** w ochronie zdrowia

Niektórzy eksperci postrzegają wprowadzenie tego punktu do porozumienia jako... nieporozumienie. Nie przesądzając, jakie były intencje negocjatorów z Porozumienia Rezydentów, trzeba podkreślić, że ze strony resortu zdrowia nie ma raczej mowy o nieporozumieniu, przeoczeniu lub o braku świadomości konsekwencji. W wywiadzie, opublikowanym w „Dzienniku Gazecie Prawnej” kilka dni po podpisaniu porozumienia, Łukasz Szumowski przedstawił m.in. swoją koncepcję podziału dyżurów (czy też może raczej szpitali) na „ostre” i „tępe”. *„Przecież nie wszystkie szpitale muszą być w pełni gotowe na przyjęcie każdego rodzaju pacjenta i pracować pełną parą. A teraz tak jest. Mogą się podzielić. Wtedy ten szpital, który pełni dyżur ostry, otrzymywałby więcej pieniędzy. A ten z tępym nie musiałby mieć tylu specjalistów w pracy, część mogłaby być na dyżurze pod telefonem. (...) Najpierw oczywiście musimy przeanalizować rozłożenie geograficzne szpitali, a także świadczenia, których udzielają. Bo na pewno nie chcemy zwiększyć kolejek na oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć. Również pacjenci musieliby otrzymać rzetelną informację, gdzie i jaki szpital ma dyżur. To jednak odciążyłoby szczególnie powiatowe szpitale, które mają największe problemy kadrowe”* – stwierdził minister.

Koncepcja godna pochwały, problem polega jednak na tym, że dla dużej części szpitali (przede wszystkim powiatowych, ale również mniejszych wojewódzkich) oznacza po prostu pocałunek śmierci. Nie od dziś wiadomo, że w Polsce jest o wiele za dużo łóżek szpitalnych, a tempo ich likwidacji dalekie od zadowalającego. Eksperci szacują, że w tej chwili, przy racjonalizacji finansowania świadczeń ambulatoryjnych, bez żadnej szkody dla dostępności leczenia szpitalnego z dnia na dzień moglibyśmy zlikwidować 25–30 proc. łóżek szpitalnych. Co oznacza konieczność likwidacji całych placówek, nie redukcję oddziałów. Mniejsza liczba szpitali oznacza również możliwość lepszej wyceny świadczeń szpitalnych. Ale z drugiej strony – ogromne problemy (społeczne, polityczne) tam, gdzie do likwidacji szpitala miałoby dojść.

Czy jednak nie jest to nieuchronne? W połowie lutego pojawiły się pierwsze, bardzo wstępne szacunki dotyczące wykonania ryczałtów w pierwszym kwartale funkcjonowania sieci szpitali (październik – grudzień 2017 r.). Wynika z nich, że ryczałtu nie wykonała nawet jedna trzecia szpitali. Mazowsze zaś jest jednym z regionów z najstabszym wskaźnikiem. Niewykonanie ryczałtu oznacza, że w jednym z kolejnych okresów rozliczeniowych szpital dostanie mniej pieniędzy. Czy to tylko problemy typowe dla pierwszych miesięcy po zmianie? Czy szpitalom zabrakło biegłości w klasyfikowaniu świadczeń (największe lecznice już w listopadzie i grudniu informowały, że dla poprawy rozliczeń z NFZ musiały powołać nowych specjalistów, rozbudować komórki odpowiedzialne za monitorowanie wykonania ryczałtu)? To pokażą dane za I kwartał 2018 r., ale tutaj znów czynnikiem „zakłócającym” mogą być problemy kadrowe.

Wprowadzając sieć szpitali, Ministerstwo Zdrowia przekonywało o wspólnototwórczej roli szpitali, której sieć miałyby bronić, przede wszystkim przed zakusami tych, którzy chcą „prywatyzować zyski, upaństwowiając straty” w publicznej służbie zdrowia. Wiele wskazuje, że w tej chwili resort zdrowia jest gotowy do podjęcia mniej ideologicznej, odnoszącej się w większym stopniu do realiów, dyskusji o problemach ochrony zdrowia i metodach ich rozwiązywania. Taka dyskusja ma jednak swoją polityczną cenę. Czy będą chętni do jej zapłacenia? ■



Goniec Medyczny

Po raz pierwszy sklonowano małpę

W chińskim laboratorium po raz pierwszy sklonowano małpę – makaki krabożerne (*Macaca fascicularis*) – informuje czasopismo naukowe „Cell”.

Poród po czterdziestce

U ciężarnych, które mają 40 lat lub więcej, ryzyko przedwczesnego porodu jest większe, niezależnie od wszelkich innych czynników zakłócających – czytamy na łamach „PLOS ONE”.

Proteza tchawicy z celulozy bakteryjnej

Naukowcy z Instytutu Biochemii Technicznej Politechniki Łódzkiej pracują nad wytworzeniem protezy tchawicy z celulozy bakteryjnej. Specyfika tego biomateriału może sprawić, że protezy zostaną dobrze przyjęte przez organizm człowieka i przejmą naturalne funkcje tchawicy.

Małżowina uszna z własnych komórek

Chińscy specjaliści twierdzą, że po raz pierwszy na świecie odtworzyli małżowinę uszną u pięciorga dzieci, którą wyhodowali z ich własnych komórek.

Koncerny farmaceutyczne w Indiach

Co roku sprzedawane są miliony opakowań antybiotyków. Jednocześnie koncerny farmaceutyczne nadal wytwarzają w Indiach dziesiątki niedozwolonych w innych krajach preparatów, mimo pogłębiającego się na świecie zjawiska lekooporności bakterii.

Astma norweskich sportowców

Norweski Komitet Olimpijski wysłał na zimowe igrzyska do Pjongczang (w Korei Południowej) blisko 6 tys. dawek leków na astmę dla swoich reprezentantów.

Baza wiedzy do walki z rakiem

Strona internetowa ECIS, uruchomiona przez Wspólne Centrum Badawcze KE (JRC) z okazji Światowego Dnia Walki z Rakiem, zawiera dane z ponad 150 europejskich rejestrów onkologicznych z 25 krajów członkowskich oraz siedmiu państw spoza UE.

Fentanyl może powodować amnezję?

Lekarze z Massachusetts (USA) zaczęli zauważać falę znacznej utraty pamięci u młodych pacjentów. W toku badań okazało się, że fentanyl, jedna z silniejszych substancji przeciwbólowych, powoduje objawy utraty pamięci. Wyniki badań opublikowało czasopismo „Annals of Internal Medicine”.

Zanieczyszczone powietrze

Cykl menstruacyjny jest wrażliwy na wahania hormonalne, a obecność pyłu zawieszzonego w powietrzu może mieć wpływ na ich poziom. Potwierdziły to wyniki badań przeprowadzonych przez naukowców z Uniwersytetu w Bostonie.

Będą nowe standardy okołoporodowe

Depresja ciężarnych i karmienie piersią zdominowały prace specjalistów nad nowymi standardami okołoporodowymi.



Ochrona lekarza jako funkcjonariusza publicznego

Filip Niemczyk, adwokat

Lekarz wykonuje zawód zaufania publicznego. Zaufanie publiczne wiąże się z jednej strony z wagą pełnionej funkcji, z drugiej – z etosem pracy i powołaniem lekarskim. Konstytucja RP w art. 17 przyznaje ochronę takim zawodom, w szczególności przez powołanie samorządów zawodowych. Nie każdy jednak, kto wykonuje zawód zaufania publicznego, cieszy się specjalną ochroną, jaką prawo przyznaje funkcjonariuszom publicznym. Artykuł niniejszy poświęcę kwestii, w jaki sposób przepisy prawa przez instytucję funkcjonariusza publicznego chronią lekarza, przede wszystkim w sytuacjach, w których naruszona zostaje część tych praw, m.in. nietykalność cielesna.

W art. 115 §13 kodeksu karnego zamieszczono listę osób, którym przysługuje status funkcjonariusza publicznego. Znajdziemy tam zarówno prezydenta RP, jak i pośta, sędziego, notariusza, kuratora sądowego, policjanta, pracownika administracji publicznej, żołnierza w służbie czynnej. Prawo karne chroni funkcjonariuszy publicznych m.in. w ten sposób, że ich znieważenie lub naruszenie ich nietykalności cielesnej stanowi przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego, zagrożone karą pozbawienia wolności. Na liście funkcjonariuszy publicznych w kodeksie karnym nie znalazł się lekarz, aczkolwiek w art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry czytamy, że lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w każdym przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu. Poza sytuacjami opisanymi w przywołanym przepisie w przypadku zniewagi lub naruszenia nietykalności cielesnej lekarz może dochodzić swych praw jedynie prywatnie, na drodze cywilnej lub karnej, ale bez wsparcia ze strony oskarżyciela publicznego.

Przepisy w przedstawionym kształcie wzbudziły wątpliwości w orzecznictwie sądów. Pretekstem do ważnej w tej materii wypowiedzi Sądu Najwyższego było zdarzenie związane z pełnieniem przez lekarza dyżuru jako członka zespołu karetki pogotowia, jednakże nie w sytuacji bezpośredniego udzielania pomocy, ale w czasie, gdy przebywał w gotowości w szpitalu. Członek rodziny pacjenta tej placówki miał od wspomnianego lekarza domagać się wystawienia karty zgonu, a po odmowie miał publicznie zarzucić lekarzowi brak

umiejętności i spowodowanie śmierci pacjenta. Lekarz złożył zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa polegającego na znieważeniu jego osoby jako funkcjonariusza publicznego. Sąd Najwyższy wskazał (postanowienie z 28 kwietnia 2016 r., I KZP 24/15), że w tej sytuacji lekarzowi nie przysługiwała szczególna ochrona, albowiem w obecnym stanie prawnym lekarza można traktować jak funkcjonariusza publicznego jedynie wówczas, gdy zachodzą warunki opisane w ustawie o zawodzie lekarza, przy czym obejmuje ona czas udzielania doraźnej pomocy lub niezwłocznie koniecznej, ale także działania zmierzające bezpośrednio do jej udzielenia. Oczekiwanie w pogotowiu na wezwanie nie mieści się w tak ujętej definicji, a lekarz staje się funkcjonariuszem publicznym dopiero od chwili odebrania wezwania dotyczącego konkretnego pacjenta albo od chwili podjęcia z własnej inicjatywy działań zmierzających do udzielenia pomocy.

W obowiązującym stanie prawnym istnieje zatem zasadnicza różnica między stopniem ochrony lekarza i innych osób ujętych w katalogu funkcjonariuszy publicznych. O ile można zgodzić się, że nie każda osoba wykonująca zawód zaufania publicznego powinna być traktowana jak funkcjonariusz publiczny (jako adwokat nie korzystam z takiego przywileju), o tyle można dyskutować, dlaczego zakres ochrony lekarza jest węższy niż pracownika administracji publicznej czy kuratora sądowego, w szczególności tego, który pracuje w publicznej służbie zdrowia. Dyskusja o zakresie ochrony lekarza jest przy tym o tyle istotna, że przypadki agresji ze strony pacjentów lub ich rodzin zdarzają się. Często mówi się nawet o narastającym problemie, który jest skutkiem rosnącego napięcia na linii lekarz – pacjent. Zwiększona ochrona lekarza przyczyniłaby się do podniesienia jego bezpieczeństwa w pracy, a w konsekwencji miałyby wpływ również na jakość udzielanych świadczeń. Zwiększenie stopnia ochrony wydaje się specjalnie ważne tam, gdzie warunki pracy są najtrudniejsze, a zatem nie tylko w ratownictwie medycznym, ale chociażby na SOR, aby lekarz był chroniony nie tylko wówczas, gdy pracuje w sytuacji nagłego zagrożenia życia pacjenta.

Prawo karne nakłada na lekarza szczególne obowiązki w zakresie niesienia pomocy, związane z surową odpowiedzialnością w przypadku popełnienia błędu. W zamian jednak nie oferuje takiej ochrony, która zapewniałaby pełne bezpieczeństwo lekarzowi, pozostawiając dochodzenie roszczeń w przypadku naruszenia jego dóbr przede wszystkim prywatnej inicjatywie. Pacjent ma prawo dochodzić swych praw, a lekarz powinien je szanować. Środki ochrony praw pacjenta są liczne, a kierunek zmian w prawie jest taki, aby rozszerzać zakres jego ochrony. Prawo powinno jednak przeciwdziałać sytuacjom, kiedy spór między lekarzem i pacjentem jest rozwiązywany przez naruszanie czci czy nietykalności cielesnej. ■



Fot. egw

Moralne interpretacje prawa

Tadeusz Tołłoczko



Fot. licencja Artmedia Partners

Czy lekarz prawy musi znać prawo?

W wczesnych latach 60. ubiegłego wieku, pracując w klinice torako-kardiochirurgicznej w Anglii, zostałem formalnie oskarżony przez współpracującego ze mną na oddziale lekarza z Dalekiego Wschodu o błąd lekarski ze skutkiem śmiertelnym. Ironicznie zauważę, że zapewne nie miało to żadnego związku z faktem, że obaj zamierzaliśmy stanąć do konkursu na stanowisko *registrar*. *Coroner* zarządził oficjalne śledztwo. Byłem zrozpaczony. Moja znajomość prawa angielskiego ograniczała się tylko do wiedzy, że w Anglii nie ma pisanej konstytucji. Na adwokata nie było mnie stać.

Bardzo bałem się *coronera*, a jeszcze bardziej lokalnej gazety i jej dziennikarzy, wobec których czułem się bez szans na obronę. Pytania *coronera* były precyzyjnie „wścibskie”, ale merytorycznie uzasadnione i świadczyły o jego wielkim doświadczeniu i kompetencji. Z narastającym zdziwieniem dostrzegłem, że nie zależy mu na wykorzystaniu okazji do odniesienia sukcesu przez zrobienia ze mnie winowajcy. Pomagał mi w precyzowaniu zeznań poprawnie po angielsku i w obraniu metody obrony. Jednakże w najmniejszym stopniu nie stosował taryfy ulgowej, choć jego podejście do mnie nie było bezdusznie obojętne. Pełna współczucia atmosfera przesłuchania była tylko metodą dochodzenia do prawdy. Zniknął mój strach, stawałem się coraz bardziej otwarty, a napięcie do granic możliwości psychiczne hamulce poluzowane.

Metodyka prowadzonych przesłuchań sprawiła, że poczułem się bezpiecznie. Przez zachowanie pełnego obiektywizmu *coroner* stawał się w pewnym sensie moim

obroncą. Nie minął jednak ogromny strach przed prasą. Obawiałem się, że już na tym etapie żądny sensacji dziennikarz może zamieścić artykuł zatytułowany np. „Lekarz z Polski uśmierca chorego”. Osobą, która nie dopatrywała się błędu w moim lekarskim postępowaniu, był mój szef. Podzieliłem się więc z nim obawami. Był nimi zaskoczony. Powiedział: – *Co ty wygadujesz?! Przecież nie jesteś w dzikim kraju. Nie ma jeszcze wyroku, a nawet śledztwo nie zostało zakończone. Zupełnie nie rozumiem twego lęku.*

W opiniach z uniwersytetów Birmingham i Manchester nie dopatrzono się błędu w moim postępowaniu.

Moja nieznanność angielskiego prawa (również medycznego) oraz angielskich zwrotów prawnych w niczym nie zaburzyła toku wydania sprawiedliwej decyzji. Wprawdzie była to sprawa „prosta”, ale i tak dowodziła właściwego zrozumienia misji aparatu wymiaru sprawiedliwości.

Dodam, że opinia inicjatora tego wydarzenia przekazana została także do lokalnej gazety, ale żadna informacja na ten temat się nie ukazała.

Podczas pełnienia służby wojskowej również znalazłem się w roli oskarżonego. Zostałem uniewinniony. Później przez wiele lat byłem powoływany w charakterze biegłego. Po uzyskaniu habilitacji wielokrotnie proszono mnie (robili to również obwinieni) o obronę w procesach przed Komisją Kontroli Zawodowej i w sprawach rozpatrywanych przez uczelnianą komisję dyscyplinarną. Zawsze moim wzorem był angielski *coroner*, którego bezstronność pamiętam do dziś. ■

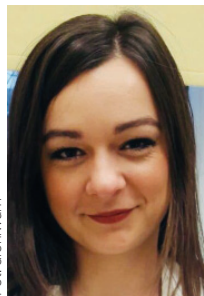
Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie zaprasza do udziału w kursach z zakresu prawa medycznego, psychologii i ratownictwa medycznego

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/>

- 10.03.2018 r.** Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza za źle wystawione recepty, zwrot refundacji (kurs z zakresu prawa medycznego)
- 22.03.2018 r.** Wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA)
- 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



Fot. archiwum

Rola koordynatora leczenia onkologicznego

Karolina Osowiecka

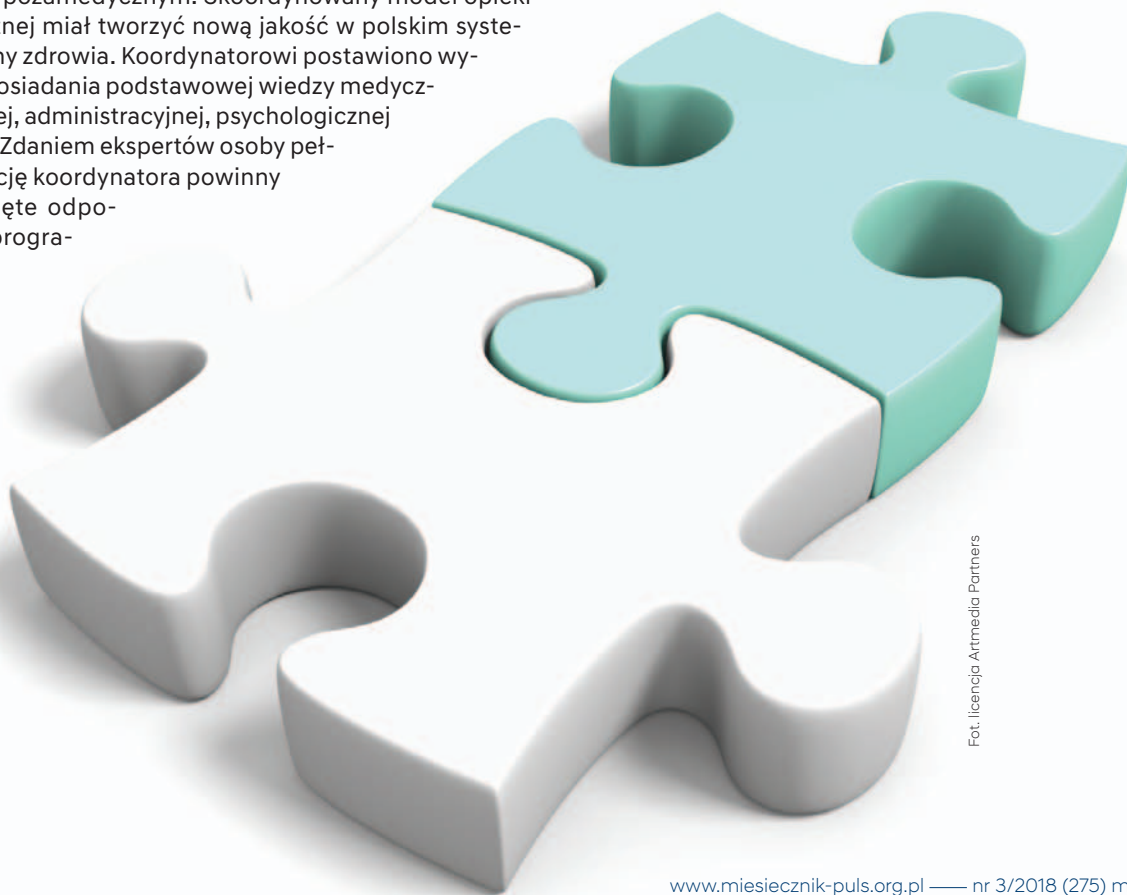
dr n. o zdrowiu, koordynator pakietu onkologicznego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie, Katedra Zdrowia Publicznego, Epidemiologii i Mikrobiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu UWM

Zintegrowana praca wielu wybitnych specjalistów ze środowiska onkologicznego zaowocowała powstaniem 10 czerwca 2014 r. dokumentu „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024”. Określono w nim m.in. potrzebę utworzenia w systemie opieki onkologicznej nowej funkcji, tzw. koordynatora leczenia onkologicznego, który miał pacjentowi zapewnić indywidualną pomoc w sprawnym przejściu kolejnych etapów diagnostyki i leczenia.

Powszechnie wiadomo, że osoba, u której podejrzewana jest lub już została stwierdzona choroba nowotworowa, boryka się z różnymi problemami, nie tylko natury medycznej, ale też organizacyjnej, socjalnej, prawnej, psychologicznej i duchowej. Pacjent wymaga więc zarówno diagnostyki i leczenia, jak również opieki i wsparcia w zakresie pozamedycznym. Skoordynowany model opieki onkologicznej miał tworzyć nową jakość w polskim systemie ochrony zdrowia. Koordynatorowi postawiono wymagania posiadania podstawowej wiedzy medycznej, prawnej, administracyjnej, psychologicznej i socjalnej. Zdaniem ekspertów osoby pełniące funkcję koordynatora powinny zostać objęte odpowiadającym progra-

mem szkoleniowym opracowanym przez zespół składający się z przedstawicieli różnych dyscyplin: medycznych, socjalnych, prawnych i psychoonkologicznych. Takie szkolenie miało się odbywać na kierunkach zdrowie publiczne na wydziałach medycznych wyższych uczelni.

Na mocy **Rozporządzenia ministra zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego** wprowadzono obowiązek wyznaczania koordynatora, ale jego funkcja została w praktyce sprowadzona do wykonywania prac informacyjno-administracyjnych. Rozporządzenie nie określa zadań przypisanych koordynatorowi, a jego rolę zdefiniował płatnik świadczeń zdrowotnych. Według Narodowego Funduszu Zdrowia koordynator nadzoruje proces leczenia pacjenta od momentu skierowania go na konsylium do zakończenia terapii, wspiera chorego informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie, pomaga mu komunikować się z lekarzami. Po zakończeniu leczenia onkologicznego i zamknięciu karty DiLO pacjent przechodzi pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.



Fot. licencja Artmedia Partners

Według NFZ do zadań koordynatora należy:

- ▶ obecność na posiedzeniach konsylium,
- ▶ koordynowanie planu leczenia pacjenta ustalonego przez konsylium,
- ▶ dbanie o to, aby dokumentacja związana z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta była kompletna,
- ▶ udzielanie pacjentowi informacji związanych z leczeniem onkologicznym,
- ▶ współpraca z personelem medycznym oraz pozostałymi komórkami organizacyjnymi w wyznaczonym zakresie,
- ▶ wprowadzanie instytucji konsylium do systemu szpitalnego,
- ▶ uzupełnianie decyzji konsylium o dalszym leczeniu w systemie DiLO,
- ▶ odsyłanie zamkniętych kart DiLO do lekarzy POZ.

Świadczeniodawca ma obowiązek dostosowywania się do warunków, które narzuca NFZ, i wypełnia tylko te zalecenia, do których jest zobligowany. Wszelkie czynności, które z punktu widzenia pacjenta byłyby korzystne, ale nie są wymagane przez płatnika, nie muszą i nie są realizowane przez świadczeniodawców głównie ze względu na dodatkowe koszty.

Wprowadzono więc do systemu opieki zdrowotnej osoby, którym nadano nazwę „koordynator” i zlecono im „koordynowanie”, nie precyzując zadań i obowiązków, nie dając narzędzi do wypełniania powierzonych funkcji, a przede wszystkim nie zapewniając szkoleń. Funkcję zazwyczaj przydziela się przypadkowym osobom i rzuca je na głęboką wodę. Koordynatorami zostają najczęściej sekretarki medyczne, czasami pielęgniarki, a nawet lekarze. Pracę muszą zorganizować sobie sami, czasami są to zadania dodane do już wypełnianych obowiązków. Brak ścisłych wytycznych i osób, od których można by się uczyć, skutkuje popełnianiem błędów. Koordynatorzy zdobywają wiedzę, pytając kolegów i koleżanki z innych ośrodków, którzy też często nie są w pełni kompetentni.

Nawet, gdy rola koordynatora sprowadza się do działań organizacyjno-administracyjnych, trudno wypełniać ją dobrze, gdyż system diagnostyki i leczenia onkologicznego jest źródłem wielu problematycznych sytuacji (np. niezakończone etapy, rozpoczęte w innych ośrodkach, czasami nie wiadomo nawet w których, skutecznie blokują system DiLO i uniemożliwiają dalsze prowadzenie tzw. zielonej karty). Koordynator musi rozwiązywać te problemy, aby pacjent był odpowiednio obsłużony, a jego diagnostyka i leczenie właściwie rozliczone z NFZ. Ale przecież chyba nie o to chodziło twórcom pakietu onkologicznego. Z założenia miał służyć chorym, a koordynator miał wspierać pacjenta, a nie instytucje. Chory otrzymuje wsparcie administracyjne, najczęściej polegające na umówieniu badania czy wizyty, ale pozostałe jego potrzeby – psychologiczne, prawne, socjalne – pozostają niezauważone i niezaspokojone. Czy nadal są uznawane przez system ochrony zdrowia za nieważne? Czy nie wszechstronna i skoordynowana pomoc skierowana bezpośrednio do chorego na nowotwór miała być celem działania koordynatora? W zadaniach koordynatora leczenia onkologicznego NFZ w ogóle tych potrzeb nie uwzględnia. Wydaje się, że omawiana funkcja mija się obecnie z pierwotną ideą osoby wspierającej chorego w sprawnym przejściu przez kolejne etapy diagnostyki oraz leczenia i troszczeniu się o jego pozamedyczne potrzeby. Rola koordynatora niestety sprowadzona została do rozwikływania problemów administracyjnych i rozliczeniowych, bo to dla świadczeniodawców i płatnika wydaje się pierwszorzędową sprawą. Powraca więc pytanie o podmiotowość pacjenta i jego miejsce w systemie opieki onkologicznej. ■

Rak piersi – umiarkowany postęp

Przez ostatnich kilkanaście lat znacząco zmieniło się postrzeganie raka piersi. Kampanie edukacyjne i badania profilaktyczne wpłynęły na świadomość kobiet i wcześniejsze wykrywanie nowotworu.



Fot. licencja Artmedia Partners

Zrobiliśmy także ogromny krok w leczeniu, a zwłaszcza diagnozowaniu – mówi prof. Maciej Krzakowski. – Obecnie wiemy, że nie jest to jeden rodzaj choroby, ale kilka podtypów, i potrafimy dobrać odpowiedni rodzaj terapii. Dzięki temu znacznie poprawiają się rokowania pacjentek. Polska onkologia uczestniczy w tym procesie.

Nie wszystko jednak jest już idealne. Nadal zdarzają się zgłoszenia kobiet z bardzo zaawansowanym nowotworem piersi. Tutaj sukcesy terapeutyczne nie są tak oczywiste. Dlatego notujemy około 6 tys. zgonów rocznie z powodu raka piersi. Jedną z przyczyn jest brak dostępu do innowacyjnego leczenia w tych stanach i słaba organizacja systemu lecznictwa. Rocznie na leczenie raka piersi z budżetu państwa wydaje się blisko 500 mln zł, lecz jedynie niewielką część tych nakładów przeznaczają na leczenie zaawansowanego raka piersi. Nie są refundowane terapie nowoczesne, celowane, zwłaszcza przypadki z HER2 ujemnym typem, które stanowią 70 proc. wszystkich zachorowań.

Poprawy wymaga także organizacja rehabilitacji, która powinna być kompleksowa i rozpoczynana niemal tuż po operacji. Wielu osobom potrzebna jest również rehabilitacja psychiczna, dlatego powinna być zorganizowana w każdym ośrodku onkologicznym, a w lecznictwie ambulatoryjnym stanowić odrębną ścieżkę. Nadal nie prowadzimy rejestru onkologicznego.

Sprawdzonym na świecie rozwiązaniem kompleksowej opieki onkologicznej dla kobiet są Breast Cancer Unit – ośrodki, w których pacjentki mogą korzystać z całego procesu leczenia, od wczesnej diagnostyki przez wszystkie etapy i rodzaje leczenia po rehabilitację i opiekę rodzinną. W Polsce pierwszy BCU powstał w Gdańsku. W Warszawie taki ośrodek otwarto ostatnio w Centrum Medycznym ATTIS. ■ **mkr**

Hematologia trafiła także pod strzechy

Z prof. Wiesławem W. Jędrzejczakiem*, konsultantem krajowym w dziedzinie hematologii, rozmawia Marta Kobańska.

Czy trudne było – i jest – przekonywanie władzy do nowych metod terapeutycznych? W latach 80. udało się to panu w odniesieniu do przeszczepiania szpiku, wówczas nowatorskiego rozwiązania w hematologii.

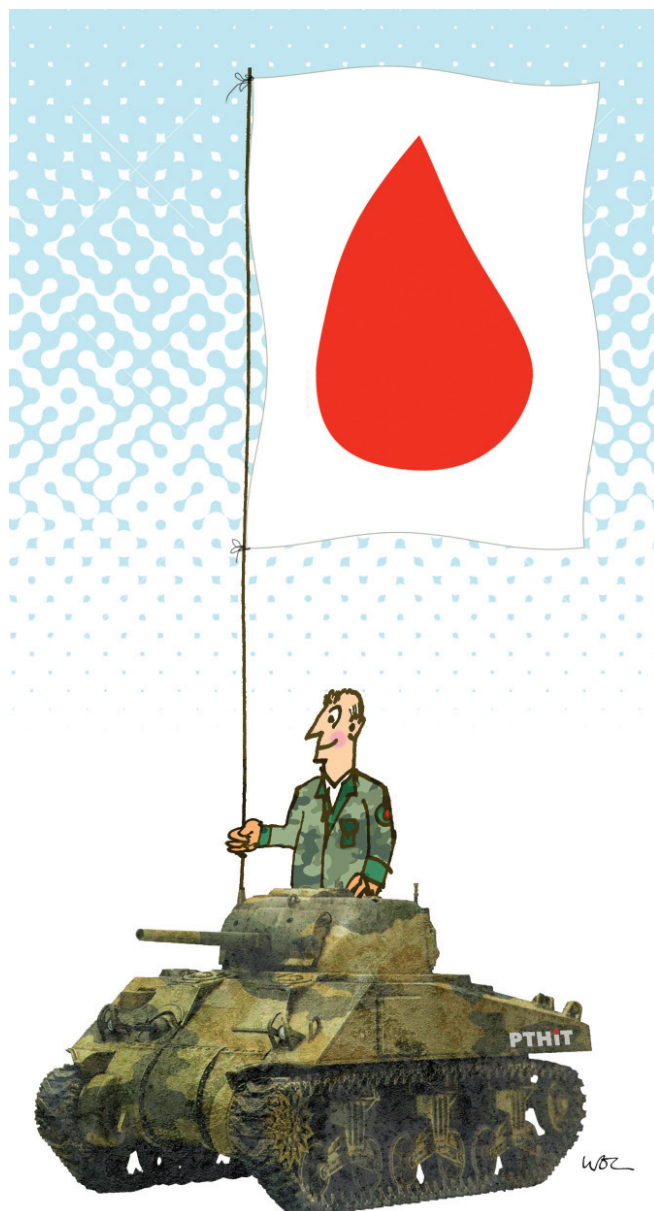
Eventualne nieporozumienia między lekarzami a decydentami w zakresie nowych metod terapeutycznych nie dotyczą ideologii czy obowiązującego systemu politycznego. Można powiedzieć, że ochrona zdrowia jest wolna od ideologii, bo wszyscy są równi wobec choroby. Bez względu na to, czy ktoś jest komunistą, kapitalistą czy faszystą, białaczka przebiega u niego podobnie jak u innych. Myślę, że w tych nieporozumieniach odgrywa rolę zrozumienie bądź niezrozumienie działalności nowatorskiej i innowacyjnej. A to znowu nie zależy od systemu politycznego ani poglądów, ale od horyzontów myślowych osób, które aktualnie rządzą.

Horyzonty władzy są inne niż horyzonty lekarzy?

Tego nie powiem, ale problemy dotyczące nowatorskich posunięć są dokładnie takie same teraz i kiedyś. Poprzedni system w jakiejś mierze gloryfikował naukę. Jednak gloryfikowanie to jedno, a finansowanie to drugie, tym bardziej że za czasów tzw. komunizmu Polska była biednym krajem, w którym sądzono, że niektórych rzeczy po prostu nie można wykonać ze względu na zapóźnienie rozwojowe. Wybieganie do przodu było wtedy trudne do zaakceptowania.

Teraz jest łatwiej?

Wyzwania pozostają te same, choć oczywiście należy uwzględnić pewien postęp, którego znaczna część odbywa się jednak poza granicami naszego kraju. Trudno mi ocenić, czy obecnie wprowadzanie nowych terapii jest łatwiejsze. Powiem jednak, że za poprzedniego systemu polska nauka miała się dobrze, poza jej niedofinansowaniem, które wynikało bardziej z niewymienialności złotówki niż z decyzji politycznych. Najważniejsze rzeczy trzeba było kupować za dewizy, a tych brakowało. Zamówienia były realizowane nawet przez dwa, trzy lata, co oznaczało ogromne marnotrawstwo, ponieważ zamówione produkty docierały nierzadko wtedy, kiedy dana osoba pracowała już w zupełnie



Rys. P. Woźniak

innym miejscu, a ci, którzy pozostali, nie wiedzieli, dlaczego zamówienie zostało złożone. Teraz takich sytuacji jest mniej, ale uderza mnie fakt, że mimo ogromnego otwarcia na świat, młodzi ludzie nie garną się do wyjazdów na stypendia zagraniczne, nie chłoną wiedzy. Tymczasem w Polsce nie można do końca wykształcić naukowca. Na przykład w USA można doświadczyć prawdziwej konfrontacji z osiągnięciami światowymi. Pobyt tam to jedyna możliwość zmiany sposobu myślenia, przyjrzenia się temu, jak wygląda efektywny system finansowania nauki. Tymczasem młodzi ludzie nie chcą wyjeżdżać, a mają być elitą. Oczywiście lekarze wyjeżdżają, ale zazwyczaj nie po to, aby zajmować kluczowe stanowiska, ale aby pracować jako wyrobownicy. Poza tym nie chodzi tylko o wyjazd, lecz także o powrót i o wdrożenie w Polsce tego, czego się nauczono. I to jest problem, bo jako naród powinniśmy aspirować do czegoś więcej. Takie było od początku przesłanie dotyczące przeszczepiania szpiku – że musimy opracować trudną technologię we własnym zakresie. I to się udało. Dziś problem sprowadza się do tego, że nowe leki nie powstają w Polsce. W poprzednim systemie wytworzono cztery oryginalne leki, obecnie żaden nie jest wytwarzany, a nasz przemysł nie ma takiego potencjału, nawet gdyby udało się opracować odpowiednią cząsteczkę. Odpowiadając na pytanie: w każdej władzy są ludzie otwarci i zamknięci. Kwestią przypadku jest to, czy na najważniejszych stanowiskach znajdują się ludzie innowacyjni, czy bardziej zachowawczy.

Porównał pan kiedyś walkę z rakiem do wojny z Hitlerem i Stalinem. Jest pan również pułkownikiem Wojska Polskiego. Czy można porównać pana działania jako lekarza do strzelania na strzelnicy, gdzie celem jest rak?

Trochę tak i trochę nie. Strzelanie na strzelnicy to tylko ćwiczenie, więc leczenie nowotworów porównywałbym raczej do strzelania na polu walki. Drugą różnicą jest to, co wydaje się istotne w dzisiejszej medycynie, która już potrafi z nowotworu uczynić chorobę przewlekłą. Ciągłe nie udaje nam się zastrzelić wroga jednym strzałem. Obecnie postęp medycyny oznacza ciągłe strzelanie do wroga, którym jest rak, nowymi nabojami.

Jednak hematologia w ostatnim czasie notuje duże sukcesy i bardzo odsuwa się moment śmierci.

Rzeczywiście, sukcesów było dużo. Ukazała się statystyka pokazująca, że mimo gorszego finansowania niż w wielu innych krajach, wyniki leczenia białaczek w Polsce – jako jedyne rodzaju nowotworów – nie odbiegają od rezultatów osiągniętych w państwach o wiele bogatszych. Tę analizę przygotował Narodowy Instytut Zdrowia, została zamieszczona w Internecie. Wcześniej moje wyniki mogły być rozpatrywane w kategoriach sukcesu indywidualnego, ale obecnie moja działalność skupia się na przenoszeniu pojedynczych osiągnięć naukowych i terapeutycznych na sukcesy w skali kraju, oczywiście z udziałem całego środowiska. Postęp został osiągnięty w każdym rodzaju białaczki, zaczynając od metody indukcyjnej remisji ostrej białaczki szpikowej w programie trójlekowym autorstwa prof. Hołowieckiego, który aspiruje już do standardów amerykańskich, przez przeszczepianie szpiku już w 20 ośrodkach w naszym kraju. Wykonujemy 1700 zabiegów przeszczepienia rocznie, czyli metoda stała się powszechnie dostępną. I choć to nie jest osiągnięcie tak spektakularne jak wejście jednej osoby na Mount Everest, jest sukcesem, bo można je porównać do wejścia wielu ludzi na Risy. Inaczej mówiąc, to, co było kiedyś osiągnięciem w postaci uratowania jednego życia, przemieniło się w Polsce w całe miasto ludzi żyjących po przeszczepieniu szpiku. To wielka zmiana, która dotyczy także innych chorób krwi.

Zakończona powodzeniem walka o nowe leki przynosi efekty. Oczywiście jesteśmy krajem na dorobku i nie możemy udostępnić wszystkich nowych leków, które są bardzo drogie. Możemy jednak identyfikować podgrupy chorych najbardziej poszkodowane przez los i zapewnić im pomoc. To z jednej strony jest bardziej realne, biorąc pod uwagę możliwości budżetowe, a z drugiej zaspokaja największe potrzeby ludzi będących w największym nieszczęściu. A przecież jako społeczeństwo mamy największe zobowiązania wobec tych, którzy są najbardziej poszkodowani przez los.

Zwiększa się liczba osób żyjących, a lekarze nie mają możliwości zapewnienia wszystkim jednakowego standardu opieki.

Liczba hematologów w czasie mojej działalności jako konsultanta krajowego wzrosła więcej niż dwukrotnie. Ale oczywiście postęp medycyny jest większy niż postęp w zakresie kształcenia kadr i zwiększania możliwości ośrodków, choć nie jest tak, że te ośrodki nie powstają. Jednym z moich osiągnięć było doprowadzenie do tego, że w każdym województwie mieści się ośrodek kształcący hematologów. Mamy więc w miarę równomierne rozmieszczenie w kraju specjalistów i możliwości udzielenia pomocy hematologicznej. Oczywiście są regionalne zapóźnienia, jednak dążymy do ich niwelowania. Już na początku 2018 r. akredytowany zostanie nowy ośrodek przeszczepiania szpiku w województwie zachodniopomorskim. W najbliższym czasie powinien rozpocząć działalność ośrodek w Brzozowie, w województwie podkarpackim. Jest więc coraz mniej tzw. białych plam. Regiony najbardziej potrzebujące stają na nogi.

Wspomniał pan, że kieruje się filozofią pomocy najbardziej potrzebującym. Czy taką konieczność zobaczył pan właśnie w hematologii?

Kiedy się zdecydowałem na tę specjalność, nie miałem takiej perspektywy jak obecnie. Wiedza ogólna dotycząca chorób krwi nie była na takim poziomie jak teraz. Zresztą młody człowiek, który wybiera specjalizację, nie ma perspektywy problemu w skali całego kraju, bo on tak nie myśli. On myśli, jak zrobić doktorat i specjalizację. Nawet jeśli zamierza w jakimś czasie zostać profesorem, nie myśli, jak rozwiązywać problemy w skali całego kraju. Ta odpowiedzialność za hematologię spadła na mnie w dwojaki sposób. Najpierw zostałem prezesem Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, a potem konsultantem krajowym w dziedzinie hematologii. Zaczynając karierę, nie stawiałem sobie takich celów. Zresztą nawet nie wiedziałem, że takie stanowiska istnieją. Młody człowiek dopiero się uczy, jak wspinając się po szczeblach kariery i osiągając pewne stanowiska, można zdziałać coś dobrego.

A co zadecydowało o hematologii?

Moja droga wojskowa prowadziła przez oddział izotopowy, który miał się zajmować chorobą popromienną, a w tych czasach groźba konfliktu nuklearnego wydawała się bardzo realna i należało Polskę do tego przygotować. Choroba popromienna to przede wszystkim hematologia, bo uszkodzenia popromienne są śmiertelne i można próbować uratować jedynie tych, którzy mają problemy hematologiczne. To siłą rzeczy prowadziło do przeszczepiania szpiku, do którego doszedłem najpierw, aby potem stać się hematologiem, nie odwrotnie. ■

Wydrukowano w „Menedżerze Zdrowia” 10/2017.

* Prof. Wiesław W. Jędrzejczak został Osobowością Roku w konkursie „Menedżera Zdrowia” i „Termedii” Sukces Roku 2017 oraz zajął I miejsce w rankingu „Pulsu Medycyny” – Lista Stulecia najbardziej wpływowych osób polskiej medycyny w 2017 r.



W ZASIĘGU...



od 1993

ECHOSON

☎ 81 886 36 13

✉ info@echoson.pl

🖱 www.echoson.pl

Debatowali o hematoonkologii

Uczestnicy debaty „Szybsi od raka. Zanim choroba uzyska przewagę. Hematoonkologia”, zorganizowanej w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie z okazji Światowego Dnia Walki z Rakiem, rozmawiali o problemach polskiej hematoonkologii.

Prof. Jan Walewski, dyrektor Centrum Onkologii, zwracał uwagę, że w przypadku chorób hematoonkologicznych, ze względu na ich specyfikę, profilaktyki nie ma i tym bardziej potrzebna jest skuteczna diagnostyka, umożliwiająca prawidłowe rozpoznanie i szybkie rozpoczęcie leczenia pacjenta. Wskazywał również na niedobór hematopatologów oraz potrzebę rzetelnej wyceny badań patomorfologicznych.

Prof. Wiesław W. Jędrzejczak, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii, podkreślał, że od 2014 r. w każdym województwie działa specjalistyczny ośrodek hematologiczny. Również pod względem kadry lekarskiej polska hematologia jest w dobrej kondycji. – *Rośnie liczba zarejestrowanych, potencjalnych, niespokrewnionych dawców szpiku. Jest ich 1,3 mln, jesteśmy mocarstwem* – chwalił i wyjaśniał, że 63 proc. zabiegów przeszczepienia szpiku w Polsce jest wykonywanych z udziałem dawców krajowych. Wśród wyzwań w hematologii prof. Jędrzejczak wymienił starzejące się społeczeństwo, wysokie koszty nowych terapii i zwiększenie skuteczności leczenia. – *Dzięki stosowaniu nowych leków, choroba zmienia się z ostrej w przewlekłą. Pacjent dłużej żyje, jednakże wymaga dalszej opieki specjalistycznej* – tłumaczył.

Na sukces terapeutyczny w hematoonkologii wpływają innowacyjne leki. – *Przed 2000 r. średni czas przeżycia pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową wynosił 3–4 lata* – mówił dr hab. n. med. Krzysztof Jamrozak z Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. – *Obecnie ich życie wydłuża się o mniej więcej 23 lata. Biorąc pod uwagę, że rozpoznanie choroby następuje około 60. roku życia, pacjenci dożywają 83 lat, czyli tyle, ile wynosi średnia w populacji.*

– *Pacjenci mają znakomitą wiedzę o nowych, dostępnych lekach, gdyż śledzą postępy w medycynie* – podkreślała dr Małgorzata Gałzka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Mówiąc o oczekiwaniach pacjentów hematoonkologicznych dotyczących leczenia, wskazywała dostępność poradni hematologicznych, opieki specjalisty, diagnostyki laboratoryjnej i refundowanej farmakoterapii.

Rolę lekarza rodzinnego w opiece nad pacjentem hematoonkologicznym, na wszystkich etapach leczenia, omówiła dr n. med. Agnieszka Druzd-Sitek z Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego COI. Akcentowała znaczenie zachowania czujności onkologicznej w poradni rodzinnej ze względu na gamę objawów, które mogą wskazywać na chorobę nowotworową. Uświadamiała wagę współpracy lekarzy rodzinnych z onkologami także podczas terapii i możliwość wykonania niektórych procedur medycznych w miejscu zamieszkania chorego, by nie musiał dojeżdżać do specjalistycznej placówki.

Minister zdrowia Łukasz Szumowski podkreślił znaczenie profilaktyki onkologicznej. Jako jedno z możliwych działań, które należałoby rozważyć, podał wprowadzenie obowiązku wykonywania niektórych badań profilaktycznych. Szef MZ przypomniał, że onkologia i kardiologia to dziedziny priorytetowe w jego kadencji. Podkreślił również, że wyniki przeżyć pięcioletnich w chorobach nowotworowych w Polsce powinny się poprawić. – *Potrzebna jest koordynacja wszystkich działań, powołanie narodowego instytutu onkologii, a także regulacje prawne i stabilność finansowania* – mówił minister Szumowski. ■

ach



Dzień Onkologii Dziecięcej

Prof. Jan Styczyński

konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej

Światowe organizacje medyczne wyznaczyły 15 lutego Międzynarodowym Dniem Onkologii Dziecięcej (International Childhood Cancer Day). Onkologia dziecięca bardzo różni się od onkologii dorosłych. Dzieci stanowią zaledwie 1 proc. chorych na nowotwory, ale mają nieporównywalnie większe szanse na wyleczenie i przeżycie 60–70 lat.

Rocznie na świecie u dzieci (czyli pacjentów do 19. roku życia) rozpoznawanych jest 250–290 tys. przypadków nowotworu. Ocenia się, że zachorowalność na nowotwory wynosi u nich około 140 na milion, czyli w ciągu roku jedno z 7 tys. dzieci zapadnie na chorobę nowotworową. Inaczej: w ciągu pierwszych 18 lat życia na nowotwór zachoruje jedno na 600 dzieci.

Nowotwory u dzieci uznawane są w Europie za choroby rzadkie, ponieważ dotyczą mniej niż jednej na 2 tys. osób w populacji. Obecnie znanych jest prawie 7 tys. rzadkich chorób i wciąż są rozpoznawane nowe. Wyróżniamy około 15 rodzajów nowotworów u dzieci, których częstość występowania wynosi >1 proc. wszystkich nowotworów dziecięcych. Każdy z tych nowotworów ma liczne podtypy. Do tego dochodzi jeszcze długa lista tzw. nowotworów rzadkich.

Niektóre nowotwory są uznawane za typowo dziecięce, np. nerwiak płodowy (neuroblastoma) i nerczak płodowy (neuroblastoma). Inne występują częściej u dzieci niż u dorosłych, m.in. ostra białaczka limfoblastyczna. Niektóre zaś, takie jak szpiczak mnogi lub przewlekła białaczka limfatyczna, nie występują u dzieci.

Z reguły nowotwory u dzieci, podobnie jak ich gospodarze, rosną szybko i są wysoce złośliwe. Guzy łagodne u dzieci występują rzadko. Nowotwory u małych pacjentów łatwo poddają się leczeniu, a dzieci o wiele lepiej niż dorośli znoszą intensywną chemioterapię. A jest ona aktualnie podstawową metodą leczenia w większości nowotworów. Oczywiście guz lity musi być usunięty chirurgicznie, ale w większości przypadków przed zabiegiem operacyjnym i po nim należy stosować chemioterapię.

Najnowsze dane dowodzą, że w krajach wysoko rozwiniętych w ponad 80 proc. przypadków ma miejsce długoletnie przeżycie dzieci po leczeniu choroby nowotworowej! Są nowotwory należące do łatwo poddających się leczeniu, takie jak ostra białaczka limfoblastyczna, chłoniak Hodgki- na lub nerczak płodowy, ale są też takie, w przypadku któ-

rych wyniki ciągle są niedobre, np. neuroblastoma, guzy pnia mózgu. Zazwyczaj z trudem poddają się leczeniu również guzy rzadkie. Zdarzają się też nowotwory typowe dla wieku dorosłego (np. raki, czyli nowotwory pochodzenia nabłonkowego), których wyniki leczenia u dzieci są złe. I *vice versa*, jeśli nowotwór typowy dla wieku dziecięcego (np. nerczak płodowy, ostra białaczka limfoblastyczna) wystąpi u dorosłych, wcale nie poddaje się skutecznemu leczeniu.

Postęp w onkologii dziecięcej jest ogromny, o wiele większy niż w onkologii dorosłych. Dzisiaj wyzwaniem jest precyzyjna diagnostyka genetyczna i molekularna nowotworów, ich monitorowanie na poziomie minimalnej choroby resztkowej oraz mniej toksyczne leczenie.

A jak jest w Polsce? Rocznie na choroby nowotworowe zapada 1,2–1,3 tys. dzieci. Najczęstsze nowotwory u dzieci to białaczki, guzy mózgu i chłoniaki. Prawie wszystkie nowotwory leczymy według międzynarodowych programów terapeutycznych, w ramach międzynarodowych zespołów terapeutycznych, dziecko w Polsce jest więc leczone tak samo jak w krajach Europy Zachodniej. Mamy też prawie takie same wyniki. Dlaczego „prawie”? Bo gdy nowotwór wykazuje dużą oporność albo nawrotowość, możliwość skorzystania z nowoczesnych, drogich terapii w Polsce jest znikoma. W ostatnich latach pojawiły się metody, których koszt zastosowania przekracza 1 mln zł na pacjenta (np. niektóre przeciwciała monoklonalne lub modyfikowane leukocyty).

W naszym kraju problemem jest trudność włączenia się w nowe międzynarodowe programy terapeutyczne. Obecnie mają one charakter niekomercyjnych badań klinicznych, ale w praktyce są unwocześnie- niem poprzednich programów i nie mają żadnego związku z lekowymi badaniami klinicznymi organizowanymi i sponsorowanymi przez firmy farmaceutyczne. Niekomercyjnych badań klinicznych, inaczej zwanych „akademickimi”, nikt nie jest w stanie sponsorować, a NFZ nie odróżnia badań niekomercyjnych (akademickich programów terapeutycznych) od komercyjnych (sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne, mających na celu rejestrację nowego leku). Niestety, polskie prawo traktuje wszystkie te badania jednakowo. Od kilku lat walczymy w Ministerstwie Zdrowia o zmiany przepisów, bo tracą na tym przede wszystkim chorzy.

Dzisiaj jedna na 600 osób w wieku 20–40 lat jest pacjentem wyleczonym z nowotworu dziecięcego. Międzynarodowe Towarzystwo Onkologii Dziecięcej ogłosiło hasło: „Żadne dziecko nie powinno umrzeć z powodu choroby nowotworowej”. Nie wiem, czy to się uda kiedykolwiek, bo w medycynie nie ma nic na 100 proc., ale jest o co walczyć! ■





Fot. archiwum

NLPZ

(niesteroidowe leki przeciwzapalne)

stosowane miejscowo

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

Współczesne leczenie bólu przewlekłego to postępowanie wielokierunkowe, w którym podstawową rolę odgrywa farmakoterapia. Warunkiem skuteczności terapii jest jednak właściwy wybór leku, w zależności od natężenia i rodzaju bólu, wieku chorego i dodatkowych obciążeń, oraz podanie go w odpowiedniej dawce i najlepiej dobraną drogą. Do dyspozycji mamy aż dziesięć dróg podawania leków przeciwbólowych: doustną, podjęzykową, przezskórną, doodbytniczą, podskórną, domięśniową, dożylną, doszpikową, wziewną i dokanałową.

Leki, które możemy stosować u pacjentów powierzchniowo lub przezskórnie, działają w różnych mechanizmach. Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) zastosowane przezskórnie w niewielkim procencie wchłaniane są do krążenia systemowego, a główny mechanizm ich działania polega na uzyskaniu wysokiego stężenia w strukturach stawu i zapewnieniu miejscowego efektu przeciwzapalnego.

Wszystkie struktury stawowe, poza chrząstką, są bardzo bogato unerwione, dlatego ból w narządzie ruchu zwykle jest silny. Główną rolę w procesie powstawania obwodowego bólu zapalnego odgrywają prostaglandyny, dlatego NLPZ, których podstawowy mechanizm działania polega na blokowaniu ich syntezy, stanowią ważny składnik w leczeniu tego rodzaju bólu. Stężenie NLPZ w surowicy krwi wyznacza jego działanie przeciwbólowe, a stężenie w stawie – jego działanie przeciwzapalne. NLPZ podawane systemowo, uzyskując wysokie stężenie w surowicy krwi, rodzą ryzyko poważnych powikłań w układzie krążenia, przewodzie pokarmowym, nerkach i wątrobie.

Warto zwrócić uwagę na miejscowe podawanie NLPZ, jako formę leczenia wspomagającą efekt przeciwbólowy i przeciwzapalny. NLPZ podawane miejscowo stosowane są zazwyczaj przez kilka tygodni. Wykorzystuje się ich efekt w ostrych bólach mięśniowo-szkieletowych, głównie pourazowych. Liczne badania kliniczne dowiodły, że po podaniu NLPZ miejscowo na skórę stężenie

leku w surowicy osiąga zaledwie 5–15 proc. wartości stężenia, które uzyskujemy po podaniu systemowym, natomiast pewna ilość leku penetruje do mazi stawowej i błony maziowej. Penetrację leków można znacząco poprawić za pomocą ultradźwięków i jontoforezy. Koncentracja NLPZ po podaniu przezskórnym jest w chrząstce stawowej i łątkotkach od czterech do siedmiu razy większa, a w pochewkach ścięgniętych i w kaletkach maziowych nawet kilkadziesiąt razy większa niż po podaniu NLPZ drogą doustną. Współczynnik terapeutyczny NNT (oznacza liczbę chorych, u których należy zastosować dany lek, aby u jednego uzyskać pozytywny efekt terapeutyczny) dla NLPZ stosowanych powierzchniowo wynosi 3,9 dla zespołów bólu ostrego i 3,1 dla bólu przewlekłego. W terapii bólu korzystne są leki o NNT sięgającym 3.

Spośród NLPZ lepszą penetracją przez skórę cechują się żele i mikroemulsje niż kremy i maści. Np. NNT ketoprofenu wynosi 2,2, diklofenaku – 3,8, a indometacyny – 10 (czyli lek wykazuje bardzo złą penetrację przez skórę). Preparaty ketoprofenu powinny być przepisywane na receptę, ponieważ są fototoksyczne (posmarowanych miejsc należy eksponować na działanie światła słonecznego), o czym trzeba poinformować pacjenta. Dobrą penetrację przez skórę wykazuje również etorenamat (traumon). Poza tym, jako jedyny może być stosowany pod opatrunek okluzyjny.

Wszystkie NLPZ podawane miejscowo powinny być aplikowane kilkakrotnie w ciągu dnia. W bólu przewlekłym z towarzyszącym procesem zapalnym celowe wydaje się połączenie terapii miejscowej z NLPZ podanym drogą doustną. Połączenie obu dróg podania zapewni właściwą penetrację leku do wszystkich struktur stawowych i zwiększy gwarancję zahamowania procesu zapalnego, a uzyskana dzięki takiemu połączeniu możliwość redukcji dawki NLPZ stosowanego systemowo wpłynie na poprawę bezpieczeństwa terapii lekami tej grupy.

Istnieje coraz więcej dowodów naukowych, opartych na dobrze przeprowadzonych badaniach klinicznych, że leki stosowane miejscowo mogą być co najmniej tak samo skuteczne jak podawane doustnie. Podstawową zaletą tej drogi podawania leków jest dużo bardziej korzystny profil działań niepożądanych. ■

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

Piśmiennictwo u autorki.

CENTRUM KARIERY

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

Centrum Kariery ma ambicję być wiodącym dostawcą kompleksowych, profesjonalnych rozwiązań HR dla rynku ochrony zdrowia w Polsce i zagranicą.

Jednym z głównych celów Centrum Kariery jest pomoc i wsparcie w planowaniu i rozwoju kariery zawodowej lekarzom. Szczególną uwagę poświęcamy młodym lekarzom i lekarzom dentystom, 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

Znajdź nas na **LinkedIn**
www.centrumkariery.org.pl

CER
MED

CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

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

**CENTRUM
KARIERY**

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 wżwyz
- ❖ 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 umeblowane 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 Białołęce.

Wymagania:

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

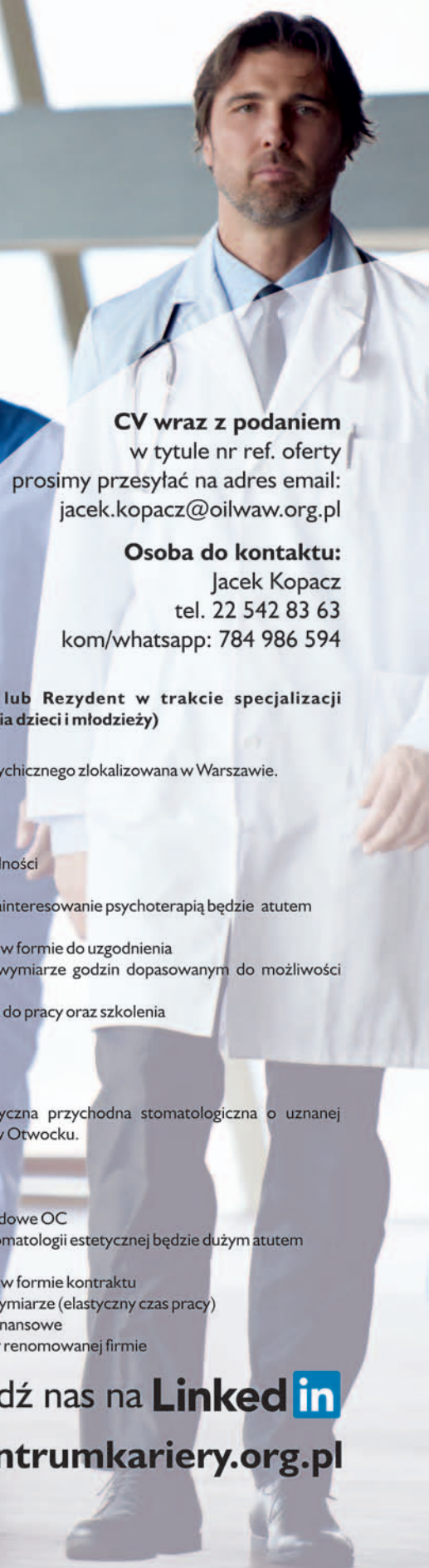
Oferujemy:

- ❖ 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

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



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

Osoba do kontaktu:

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

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. 10/37/ST/MAZ

Lekarz Dentysta

Nowoczesna, specjalistyczna przychodnia stomatologiczna o uznanej renomie zlokalizowana w Otwocku.

Wymagania:

- ❖ Aktualne PWZ
- ❖ Ubezpieczenie zawodowe OC
- ❖ Doświadczenie w Stomatologii estetycznej będzie dużym atutem

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie w formie kontraktu
- ❖ Praca w niepełnym wymiarze (elastyczny czas pracy)
- ❖ Atrakcyjne warunki finansowe
- ❖ Możliwość rozwoju w renomowanej firmie

Znajdź nas na **LinkedIn**
www.centrumkariery.org.pl

doniesienia naukowe



Kobiety po zawale części umierają

Opieka kardiologiczna nad kobietami wciąż pozostawia wiele do życzenia. Z najnowszych badań wynika, że kobiety, które przeszły zawał serca, trzykrotnie częściej umierały w ciągu roku aniżeli mężczyźni. Wskazują na to obserwacje ponad 180 tys. pacjentów, którzy mieli atak serca w Szwecji w latach 2003–2013.

Nie można tego wytłumaczyć jedynie faktem, że u kobiet zawał serca inaczej się objawia i trudniej go zdiagnozować. To prawda, zamiast typowych bólów w klatce piersiowej wywołuje np. zaburzenia oddychania czy bóle karku. Później bywa wykrywany, co pogarsza rokowania pacjentek.

Najnowsze badania wykazały jednak, że kobiety z chorobą sercowo-naczyniową są gorzej diagnozowane oraz leczone i głównie z tego powodu ryzyko zgonu po zawale jest w ich przypadku większe. Przykładowo ujawniono, że u pacjentek z zawałem lub zaawansowaną chorobą wieńcową o 34 proc. rzadziej stosowano zarówno by-passy, jak i kardiologię interwencyjną.

Kobiety z kłopotami kardiologicznymi są również gorzej leczone farmakologicznie. Po zabiegu lub operacji o 24 proc. rzadziej otrzymywały statyny i o 16 proc. rzadziej podawano im kwas acetylosalicylowy.

Jeden z autorów badania, prof. Chris Gale z University of Leeds, uważa, że różnice w skuteczności leczenia kobiet i mężczyzn są znacznie mniejsze, kiedy nie ma różnic w metodach leczenia. Można zatem podejrzewać, że gdyby panie były lepiej diagnozowane, rokowania u obu płci byłyby podobne.

(„BBC News”, styczeń 2018)

Papierosy i alkohol

Te używki zmniejszają szanse na wyzdrowienie w przypadku płaskonabłonkowego raka głowy i szyi. Choroba wolno się rozwija i przez wiele lat może być kontrolowana odpowiednim leczeniem, ale dla palaczy i osób nadużywających alkoholu prognozy są znacznie gorsze.

Dr Nosayaba Osazuwa-Peters of Saint Louis University School of Medicine (USA) twierdzi, że palacze w chwili diagnozy są dwukrotnie bardziej zagrożeni zgonem. Z kolei nadużywanie alkoholu o 68 proc. zwiększa ryzyko śmierci. Różnice w przeżywalności pacjentów są dość spore: połowa palaczy przeżyła 7 lat ze wspomnianym rakiem, z niepalących co drugi przeżył co najmniej 17 lat.

Rodzi się pytanie, czy jedynie nałogi tłumaczą tak duże różnice w umieralności pacjentów. Badacze zwracają uwagę na jeszcze jeden czynnik – brak partnera. Chorzy na płaskonabłonkowego raka głowy i szyi, którzy są uzależnieni od tytoniu i często zaglądną do kieliszka, są też przeważnie samotni. Tymczasem brak wsparcia ze strony najbliższych mocno utrudnia radzenie sobie z chorobą.

Na pozbycie się nałogów nigdy nie jest za późno. Przekonuje o tym dr Karl Kelsey z Brown University w Providence (USA), podkreślając, że byli palacze i osoby, które przestały

nadużywać alkoholu, lepiej reagują na leczenie i dłużej żyją. Szczególnie niekorzystna jest sytuacja, gdy pacjent jest uzależniony zarówno od tytoniu, jak i od alkoholu.

(bit.ly/2i98x3e, „JAMA Otolaryngology”, listopad 2017)

Powikłania pooperacyjne

Chirurdzy nie powinni kierować się jedynie wiekiem pacjenta. Z metaanalizy 44 badań wynika, że powikłania pooperacyjne bardziej zależą od stanu zdrowia niż od wieku. Średnio zdarzają się u co czwartego operowanego seniora, ale częściej u tych, którzy są w gorszym stanie fizycznym i umysłowym.

W największym stopniu ryzyko powikłań pooperacyjnych zwiększają słabowitość oraz zaburzenia poznawcze. U ludzi starszych najczęściej dochodzi do infekcji, szczególnie do zapalenia płuc, a także do zakrzepów krwi grożących udarem mózgu lub zatorem płuc.

Dr Carolyn Dacey Seib z University of California w San Francisco (USA) podkreśla, że decyzje o zabiegu muszą być podejmowane indywidualnie. Operowani mogą być również seniorzy w gorszym stanie zdrowia, z demencją i słabowitością, trzeba jednak dobrać odpowiednią metodę.

W przypadku chorób kardiologicznych zamiast operacji na otwartym sercu można zaoferować pacjentom mniej ryzykowne zabiegi małoinwazyjne. Jednak nawet operacje na otwartym sercu są dziś mniej ryzykowne niż kiedyś, można je przeprowadzić np. na bijącym sercu.

(„BMC Medicine”, styczeń 2018, doi.org/10.1186/s12916-017-0986-2)

Trombektomia nawet po 16 godzinach

Okno terapeutyczne w przypadku niedokrwiennego udaru mózgu trwa nie dłużej niż 4,5 godziny, jeśli chodzi o trombolizę dożylną. Zabieg trombektomii mechanicznej przeprowadza się zwykle przed upływem 6 godzin. Najnowsze badania sugerują jednak, że u niektórych pacjentów okres ten można jeszcze przesunąć o kilka, a nawet kilkanaście godzin.

Wskazują na to badania DEFUSE 3, których głównym autorem jest dr Gregory z Albers Stanford Stroke Center w Palo Alto (USA). Wynika z nich, że trombektomia mechaniczna przeprowadzona przed upływem 16 godzin zmniejsza zarówno śmiertelność po udarze niedokrwiennym, jak i niepełnosprawność.

To kolejne takie doniesienie. Badania o nazwie DAWN, opublikowane w listopadzie 2017 r., sugerują, że trombektomia mechaniczna ma sens nawet po 24 godzinach. Dr Albers twierdzi, że bywa po tak długim czasie skuteczna, bo udar nie u wszystkich chorych ma aż tak gwałtowny przebieg, że w ciągu kilku godzin dochodzi do znacznego uszkodzenia mózgu. Nadal jednak najważniejsze jest jak najszybsze przywiezienie chorego na oddział udarowy. Szanse na skuteczne leczenie są wtedy zdecydowanie większe.

W Polsce coraz częściej przeprowadza się zabiegi trombektomii mechanicznej, która ma być wykonywana podobnie jak kardiologia interwencyjna w ostrym zawale serca. Na razie takich zabiegów jest jeszcze niewiele, w 2016 r. ich liczba sięgnęła 260.

(bit.ly/2oXfJpu, „The New England Journal of Medicine”, styczeń 2018) ■

Zbigniew Wojtasiński

Psychiatria dziecięca na Mazowszu wymaga pilnych zmian

Sieć placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na Mazowszu od lat charakteryzuje nierównomierne rozmieszczenie, niedobór sprawnie działających form opieki środowiskowej, w tym ośrodków terapii dziennej.

W całym Mazowieckiem są cztery oddziały szpitalne dla dzieci i młodzieży: oddział psychiatrii dla dzieci i oddział psychiatrii dla młodzieży w Józefowie, należące do Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Oddział Kliniczny Psychiatrii Wieku Rozwojowego w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym WUM. Są miesiące w roku (od października aż do maja), kiedy liczba pacjentów znacznie przekracza liczbę miejsc na oddziale. Przykładowo na 28-łóżkowym oddziale przebywa 40–42 pacjentów. W grupie hospitalizowanej młodzieży znajdują się osoby po próbach samobójczych, pacjenci z powikłaniami związanymi z używaniem środków psychoaktywnych. Wyraźnie wzrasta liczba osób ze spektrum autyzmu, u których bardzo często współwystępują inne zaburzenia psychiczne. Jest też spora grupa pacjentów z zaburzeniami jedzenia, takimi jak bulimia i anoreksja, oraz młodzież z ciężkimi zaburzeniami psychotycznymi.



Fot. archiwum

– *Trudna sytuacja szpitalnych oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży jest spowodowana tym, że pacjenci nie otrzymują pomocy na wcześniejszych etapach problemów ze zdrowiem. Brakuje odpowiedniej organizacji opieki nad zdrowiem psychicznym i możliwości diagnostycznych. Dochodzi więc do ekstremalnych zaburzeń, które wymagają leczenia szpitalnego* – tłumaczy **dr n. med. Lidia Popek**, konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w województwie mazowieckim.

Czas oczekiwania na planowe przyjęcie do szpitala wynosi zatem nawet kilka miesięcy. Przyjęcia pilne wymagają natychmiastowej realizacji, co powoduje obłożenie oddziałów na poziomie nawet 150 proc. Ze względu na trudną sytuację organizacyjną psychiatrii dzieci i młodzieży w całej Polsce oraz wysoki poziom merytoryczny mazowieckich szpitali zgłaszają się do nich pacjenci z innych regionów Polski.

– *To bardzo poważny problem. Są regiony, na przykład Białostoczczyzna, w których nie istnieją oddziały psychiatrii dla dzieci i młodzieży. Rzeczywiście nasze ośrodki mają bardzo dobrze przygotowaną kadrę specjalistów, w związku z tym do nas trafiają trudni pacjenci praktycznie z całego kraju* – twierdzi dr Popek.

Poważnych zmian wymaga również opieka ambulatoryjna. W Warszawie działa obecnie 15 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, które mają kontrakt z NFZ. Ale poza stolicą takich placówek w województwie mazowieckim jest zaledwie dziewięć. Średni czas oczekiwania, w zależności od pory roku, rodzaju problemu zdrowotnego oraz tego, czy dany przypadek jest pilny, czy stabilny, wynosi od kilku dni do kilku miesięcy. Z danych NFZ wynika, że są placówki, w których na planową konsultację psychiatry dziecięcego trzeba czekać dłużej niż rok.

Za mało specjalistów

Ogromnym problemem Mazowsza jest zbyt mała liczba lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, specjalistów psychologii klinicznej oraz certyfikowanych psychoterapeutów. Na dodatek większość z nich pracuje w placówkach warszawskich i podwarszawskich. Na pozostałych terenach województwa występuje niedobór wszystkich wymienionych specjalistów. Ze względu na niskie wynagrodzenie oraz nie najlepsze warunki pracy coraz częściej specjaliści decydują się na zatrudnienie w formie kontraktu lub tylko na część etatu.

– *W Polsce jest około 300 psychiatrów dzieci i młodzieży, a w województwie mazowieckim 92. Tylko około 40 pracuje w poradniach i szpitalach, które mają kontrakt z NFZ. Są więc przeciążeni pracą i odpowiedzialnością. Bardzo poważnym problemem jest odchodzenie zarówno lekarzy, jak i terapeutów z placówek, działających w oparciu o kontrakt z NFZ, z powodu trudnych warunków pracy* – podkreśla dr Popek.

Nie zanosi się, by sytuacja szybko się poprawiła. Choć pod koniec 2016 r. w trakcie szkolenia specjalizacyjnego było 57 lekarzy, już w ostatnim naborze jesiennym na dziewięć wolnych miejsc rezydentkich na Mazowszu nie zgłosiła się ani jedna osoba.

– *Niestety, specjalność z psychiatrii dzieci i młodzieży nie cieszy się popularnością wśród młodych lekarzy. Po pierwsze psychiatrii dziecięcej nie ma w programie kształcenia większości uczelni medycznych. Osoby, które kończą studia, często nie mają wiedzy z tej dziedziny medycyny. I może dlatego młodzi lekarze nie decydują się na wybór tej rzadkiej, trudnej, ale bardzo ciekawej specjalizacji, umożliwiającej roz-*

wój zawodowy przez całe życie. Nie bez znaczenia jest zapewne i to, że w wielu innych specjalnościach warunki pracy są dużo lepsze, a i dochody wyższe – uważa dr Popek.

Niewydolny cały system

Zdaniem dr Lidii Popek przyczyną kłopotów psychiatrii dzieci i młodzieży na Mazowszu można upatrywać w braku dobrego ogólnopolskiego systemu opieki nad młodymi pacjentami w zakresie zdrowia psychicznego.

– W Polsce nie ma opieki psychiatrycznej o charakterze działań profilaktycznych i wczesnej diagnostyki, począwszy od ciąży i porodu przez okres niemowlęcy do wieku wczesnodziecięcego, która mogłaby zapobiegać poważnym zaburzeniom. Dzięki kampaniom edukacyjnym wiele osób wie, co to jest autyzm czy ADHD. Niestety, za większą świadomością społeczną nie idzie dostępność szybkiej diagnozy, nie idzie profilaktyka, czyli badania przesiewowe dzieci już w okresie niemowlęcym – mówi dr Popek.

Kolejnym bardzo istotnym problemem jest brak ogólnych procedur, które umożliwiłyby płynne przekazywanie informacji między lekarzami i poradniami pedagogiczno-psychologicznymi oraz integrację działań profilaktycznych dotyczących zdrowia psychicznego uczniów.

– Taka współpraca istnieje na poziomie międzyludzkim, na poziomie organizacyjnym jej nie ma. Potrzebny jest również inny sposób kształcenia nauczycieli, szczególnie nauczycieli przedszkoli, aby mogli zapoznać się z różnego rodzaju zaburzeniami rozwojowymi u dzieci. Dużo także trzeba zmienić w kształceniu psychologów w zakresie psychologii rozwojowej – wylicza Lidia Popek.

Zmiany nieuniknione

Zapotrzebowanie na konsultacje psychiatrów oraz inne świadczenia z dziedziny psychiatrii dzieci i młodzieży stale rośnie, ponieważ rośnie rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz obniża się wiek zachorowania. Około 20 proc. populacji dziecięcej ma zaburzenia emocjonalne lub zaburzenia zachowania, które spełniają kryteria diagnozy psychiatrycznej, a co najmniej 6 proc. wymaga systematycznej opieki specjalistycznej. Dlatego fatalną sytuacją w psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej bardzo mocno zaniepokojony jest rzecznik praw dziecka, który zaapelował do ministra zdrowia o pilne podjęcie działań mogących zwiększyć możliwość udzielenia pomocy psychiatrycznej.

W grudniu 2017 r. w Warszawie odbyły się dwa spotkania – w urzędzie marszałkowskim i urzędzie wojewódzkim, podczas których lekarze, przedstawiciele szpitali i urzędnicy debatowali, co zrobić, aby w perspektywie krótkoterminowej i długoterminowej sytuacja psychiatrii na Mazowszu się poprawiła.

– Są różne propozycje, nie przyniosą jednak natychmiastowej zmiany. Dobrze, że władze wojewódzkie zauważają problem. Miejmy nadzieję, że dzięki temu będziemy mogli lepiej zorganizować tę opiekę. Ale wydaje się, że to powinno odnosić się do całego kraju, a nie tylko do naszego województwa – podsumowuje dr Popek. ■

Ewa Szarkowska

Nie jest dobrze

Z dr hab. n. med. Barbarą Remberk, konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, rozmawia Ewa Szarkowska.

Jaka jest sytuacja psychiatrii dziecięcej w Polsce?



Fot. archiwum

Niedobra, a wynika z tego, że nie ma wystarczającej liczby poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, w istniejących zaś nie ma wystarczającej liczby lekarzy, psychologów i innych specjalistów. Praktycznie nie funkcjonuje w Polsce opieka środowiskowa dla dzieci i młodzieży ani efektywne systemy wsparcia na poziomie lokalnym, które powinny być podstawową formą pomocy. Brak sprawnie działającej sieci poradni jest bezpośrednim skutkiem niedostatecznego finansowania. Oddziały szpitalne, na których chory powinien otrzymać pomoc, kiedy inne formy leczenia się nie

sprawdzają, są przeciążone, ponieważ zastępują inne, niewydolne elementy systemu. W ostatnim okresie obłożenie niektórych oddziałów sięgało 160 proc. To znaczy, że na oddziale przebywało ponad półtora raza więcej pacjentów, niż jest miejsc. Oddziałów szpitalnych brakuje, co jest rezultatem obecnej wyceny usług oddziałów całodobowych, uniemożliwiającej uzyskanie dodatniego wyniku finansowego.

Jak długo w skrajnych przypadkach dzieci są zmuszone czekać na wizytę u psychiatry?

Znam poradnie, w których czas oczekiwania wynosi dwa lata, ale nie wiem, czy to krajowy rekord.

W których województwach dostęp do psychiatrów dziecięcych jest najtrudniejszy?

Są województwa, gdzie specjalistów psychiatrii dziecięcej na cały region pracuje kilku. Na przykład w województwach podlaskim i podkarpackim. W Podlaskiem ponadto nie ma w ogóle oddziału całodobowego. Wyobraźmy sobie, co oznacza dla dziecka (a mówimy przecież o dziecku z trudnościami psychicznymi) konieczność leczenia się z dala od rodziców, 100 czy 200 km od domu.

Jakie są szanse na szybkie zmiany w systemie? Czy to prawda, że w Ministerstwie Zdrowia pracuje specjalny zespół do spraw psychiatrii dziecięcej?

Przy Ministerstwie Zdrowia od ponad pół roku spotyka się zespół, którego zadaniem jest gruntowna zmiana systemu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży i który w najbliższym czasie ma uzyskać oficjalny status. Szansa na zmiany pojawiła się, ale przebudowa systemu nie nastąpi szybko. Dlatego środowisko profesjonalistów nalega, by nie tylko wprowadzać długofalowe reformy, ale też podjąć szybkie działania związane z obecną kryzysową sytuacją. Czy to nastąpi, nie wiem. ■

Obrzęki kończyn – rosnące wyzwanie dla medycyny



Prof. Waldemar L. Olszewski

Wystarczy przejść się ulicą w każdym kraju, aby zauważyć, że co trzeci, czwarty przechodzień porusza się ociężale. Wielu kroczy powoli, ruch ich nóg często jest nieskoordynowany, zamiast unosić stopy pociągają je po ziemi, grzbiet ciała mają przesunięty do przodu. Szwankują kolana i biodra, trudności potęguje nadwaga. Obserwujemy te problemy szczególnie u osób w wieku powyżej 60 lat, częściej u kobiet. Skarżą się lekarzowi na „ciężkie i bolesne nogi”. To obecnie powszechne zjawisko, ale Światowa Organizacja Zdrowia nie kwalifikuje go jeszcze jako choroby, ponieważ obraz morfologiczno-funkcjonalny nie został w pełni zdefiniowany. WHO ocenia, że na zaburzenia funkcjonalne kończyn dolnych o różnych etiologiach cierpi około 300 mln ludzi. To liczba pacjentów, którzy muszą już zasięgać porady lekarza. Osób z początkowymi objawami niewydolności kończyn jest znacznie więcej.

Problem narasta lawinowo. Przyczyn należałoby upatrywać przede wszystkim w zwiększającej się szybko długości życia. *Homo sapiens* nie jest ewolucyjnie dostosowany do biegania na dwóch kończynach przez 100 lat. Do tego dochodzi dłuższy dystans, jaki pokonujemy w ciągu życia. Trzeba dojść do sklepu, przystanku, samochodu, w wielu sytuacjach podbiec. Jeździmy więcej pojazdami, więc wydaje się, że chodzimy mniej. To nieprawda. Do samochodu dochodzimy kilkakrotnie w ciągu dnia, do tego niosąc jakiś ciężar. Zwiększa się przeciętna masa człowieka (procent masy ciała, BMI >24) na skutek większego dostarczania kalorii, a także gromadzenia wody pozanaczyniowej, pozakomórkowej z powodu nadmiernego spożycia sodu w pokarmach. Wyższy jest zatem nie tylko wydatek energetyczny związany z przenoszeniem większej masy ciała, ale także „zużycie” mięśni, materiału powierzchni stawów itp. Skutkiem są: postępujący z wiekiem mniejszy rzut minutowy serca, mniejszy powrót żylny z dolnej połowy ciała, liczniejsze mikrourazy kończyn z następowymi zakażeniami głębszych tkanek własną florą bakteryjną skóry, reumatoidalne zmiany stawów, neuropatie kończyn w cukrzycy, stany poudarowe. Po okresie hormonalnie regulowanego wzrostu człowieka procesy regeneracji i restrukturyzacji dotyczą jedynie niewielu typów komórek. Można więc mówić o „zużyciu” zdefiniowanym na poziomie molekularnym, ale nie klinicznym – w sensie choroby. Popularnie określamy ten stan mianem starości.

Do najczęściej zgłaszanych w tej „starości” dolegliwości należą obrzęki kończyn. Trzeba podkreślić, że obrzęk, niezależnie od przyczyny, jest jedynie objawem, a nie oddzielną jednostką chorobową. Stosowanie w kartach szpitalnych określeń „obrzęk kończyn” lub „obrzęk płuc” jest niewłaściwe. Wskazuje się bowiem w ten sposób jedynie objaw i miejsce występowania zmian, a nie przyczynę i mechanizm ich rozwoju.

Jakie typy obrzęków rozróżniamy współcześnie według klasyfikacji przyczynowej? Powodowane przez czynniki działające na samą kończynę lub będące wynikiem zaburzeń ogólnoustrojowych. Te ostatnie to centralne zaburzenia hemodynamiki, zaburzenia wodno-elektrolitowe, wywołane niewydolnością nerek, rzadziej hipoproteinemią w niedożywieniu, oraz reakcje alergiczne. Wszystkie tego rodzaju obrzęki udaje się kontrolować farmakologicznie.

Głównym problemem pozostają więc obrzęki będące skutkiem działania różnych czynników bezpośrednio na kończyny. Są to (według częstości występowania) obrzęki:

- pozapalne – w i po zapaleniach tkanek miękkich podudzi u osób z nadwagą i nadmiarem tkanki tłuszczowej w dolnej połowie ciała (zakażenia stafylokokowe) oraz po zakażeniach streptokokowych – róża (erysipelas),
- pourazowe – w urazach tkanek miękkich oraz złamaniach,
- w niewydolności żył powierzchownych (czyli żyłakach) oraz w zespołach pozakrzepowych (przebyłym zakrzepie żył głębokich),
- limfatyczne – po przebytych niegdyś zapaleniach tkanek miękkich stóp i podudzi (80 proc.), po operacjach onkologicznych (takich jak limfadenektomia w rakach i czerniakach) połączonych wielokrotnie z radioterapią, występujące bez znanej przyczyny, zwykle u młodych kobiet, wykazujące w swym dalszym przebiegu obecność zmian zapalnych, prawdopodobnie pochodzenia bakteryjnego. (Obrzęki pasożytnicze należą w Europie do historii.)



Co to jest obrzęk w kontekście jego przyczyny? W każdym z wymienionych stanów patologicznych rozwinęła się częściowa lub całkowita niewydolność układu naczyń limfatycznych i tkanki limfoidalnej. Dzieje się tak, ponieważ drogą przez naczynia limfatyczne usuwane są penetrujące skórę i tkanki głębokie drobnoustroje, *debris* komórkowe (w urazach), a także produkty miejscowego zapalenia (białka zapalne, leukocyty, limfocyty, makrofagi, fragmenty macierzy, enzymy) eliminowane następnie w węzłach limfatycznych. W opisanych procesach, trwających przewlekłe, naczynia limfatyczne ulegają uszkodzeniu, przepływ limfy się zmniejsza, a tkanka limfoidalna zanika. Komponenta obrzęku limfatycznego dołącza się do obrzęku zapalnego wywołanego zakażeniem lub urazem.

W rezultacie każdy obrzęk kończyn (z wyjątkiem powstałych z przyczyn systemowych) ma charakter obrzęku limfatycznego. I tu zaczyna się błędne koło. Utrudniony odpływ limfy stwarza biologicznie dogodne środowisko do proliferacji mikroorganizmów. Chorzy zgłaszają się z nawrotami ostrych zapaleń miejscowych z objawami septycznymi. Powszechnie rozpoznaje się ten stan jako tzw. różę. Nie jest to jednak choroba zakaźna, lecz zapalenie wywołane przez własne stafylokokki, które zasiedliły tkanki pozbawione odpływu limfy, tzw. *dermato-lymphangio-adenitis* (DLA). Postępuje włóknienie skóry i tkanki podskórnej. Objętość kończyny stopniowo zwiększa się. Możliwość rozwoju *lymphangiosarcoma* jest 70 razy większa niż w normalnych tkankach. To początki inwalidztwa.

Osobnym zagadnieniem są obrzęki po leczeniu antynowotworowym, tj. po mastektomiach i histerektomiach połączonych z limfadenektomią i radioterapią. Oceniamy, że stanowią około 5 proc. wszystkich obrzęków kończyn, ale są to postacie szczególne. Powodujemy zastój limfy już w czasie operacji, częściowy lub całkowity, ale jeszcze o tym nie wiemy, ponieważ wypytywa ona do tkanek, gdzie jest częściowo wchłaniana. Aby się o tym przekonać, trzeba wykonywać punkcje. Ale tylko do czasu. Po operacji dochodzi w ranie do rozrostu kapilarów limfatycznych, jednak blizna stopniowo je zamyka. I zastój zwiększa się. 10 lat po mastektomii w 50 proc. przypadków występują tego typu obrzęki, 5 lat po histerektomii – w 25 proc. Nieunikniona blizna zamyka odpływ limfy. Kończyna staje się ciężka, niesprawna. Co więcej, jest źródłem nagłych stanów septycznych (DLA).

Szacuje się, że w Polsce żyje 100 tys. osób dotkniętych patologicznym obrzękiem kończyn. Około 20 proc. z nich wymaga wieloletniej opieki lekarskiej i rehabilitacji. Niestety, świadomość, że kończyna z obrzękiem u pacjenta w wieku 40 lat będzie skutkowała inwalidztwem w 60. czy 70. roku życia, jest u nas znikoma. Nie należy jednak za to winić lekarzy czy rehabilitantów. Podstawowa przyczyna jest prosta. Układ limfatyczny kończyn i narządów człowieka pozostaje nieznaną dla klinicysty. Jest niewidoczny. Metody wizualizacji jego struktury i funkcji stosowane na Zachodzie (np. przepływ limfy) są u nas praktycznie niedostępne, dlatego nie doceniamy roli układu w homeostazie człowieka.

Leczenie przyczyn i następstw obrzęków kończyn stało się na świecie możliwe. Oczywiście, często nie udaje się przywrócić kształtu kończyny do stanu pierwotnego, bowiem nie można zmniejszyć masy rozrostłych i przerostłych

komórek tkanki łącznej i tłuszczowej, substancji podstawowej albo skóry, której powierzchnia zwiększyła się dwu-, a nawet trzykrotnie. Niemniej jednak jesteśmy w stanie bardzo skutecznie usunąć nadmiar płynu pozanaczyniowego i zapobiec zwiększaniu się jego objętości. Efektywnie kontrolujemy objętość kończyny metodami kompresyjnymi (służą do tego lecznicze bandaże, pończochy, pompy pneumatyczne). Zatrzymujemy prawie całkowicie bakteryjne procesy zapalne dzięki podawaniu długo działającej penicyliny. Tworzymy chirurgiczne drogi odpływu płynu obrzękowego (zastoinowej limfy) przez chirurgiczne zespolenia pozostałych drożnych naczyń limfatycznych z żyłami (pierwsze na świecie operacje zostały wykonane w Warszawie), implantacje „silikonowych naczyń limfatycznych”, usuwamy nadmiar tkanki z obrzękiem metodą liposukcji lub resekcji. Niestety, nie mamy możliwości zastosowania tej terapii u wszystkich potrzebujących, których są tysiące.

Przyjmuję powyżej 5 tys. pacjentów w ciągu roku. Sam wykonuję pomiary oraz wizualizację, dozoruję profilaktykę antybiotykową i rehabilitację. Ale jest to w moim wydaniu praca akademicka. A my potrzebujemy w Polsce kilkuset lekarzy praktyków, którzy rozumieją, że specjalizacją w chorobach kończyn to jedna z rozwijających się dziedzin na świecie i szansa na karierę. Mamy pojedyncze ośrodki w Warszawie (w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSW i Instytucie Onkologii), we Wrocławiu, Poznaniu, Chorzowie, Krakowie. Potrzeba mecenatu politycznego do ich rozwoju. Wyśitek lekarzy wystarcza tylko dla 1 tys., może 2 tys. chorych. A problem dotyczy dziesiątków tysięcy. Konieczna jest edukacja młodych lekarzy. Trzeba ich tą dziedziną medycyny zainteresować. Choroby kończyn to dziedzina z przyszłością, może dać w praktyce lekarskiej wiele satysfakcji, a także zapewniać dostatni byt. Zwiększenie efektywności naszego działania zależy już tylko od reżyserów polityki zdrowotnej.

Zaproponowałem na forum międzynarodowym nową specjalność: „choroby kończyn”. Wywoławczym objawem byłby „obrzęk kończyn”. Specjalność po specjalizacji podstawowej w chirurgii, która łączyłaby elementy chirurgii naczyniowej i plastycznej, ortopedii, dermatologii, angiologii, neurologii oraz podiatrii. Pozarządowa organizacja Europejska Akademia Medycyny prowadzi kursy w tym zakresie, a w Wielkiej Brytanii opracowuje się już schemat specjalizacji. Czy nie należałoby pomyśleć o tym również w Polsce? ■

PTS to projekt wybitnie zespołowy

Fot. A. Wofek



Rozmowa z prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. dr hab. n. med. Marzeną Dominiak.

Praca na uczelni, własna praktyka, przewodnictwo naukowe wielu kongresów, docenienie przez światowe (w tym FDI) i europejskie gremia naukowe, doskonała rozpoznawalność w kraju. Po co właściwie Polskie Towarzystwo Stomatologiczne prof. Marzenie Dominiak?

Objęcie funkcji prezydenta PTS traktuję jak wyzwanie i kolejny etap rozwoju, ale może wypadałoby odwrócić tezę i zapytać, co Marzena Dominiak może dać Polskiemu Towarzystwu Stomatologicznemu? Myślę, że wiedza i doświadczenia ostatnich lat dają mi legitymację do zarządzania naj-

starszym krajowym stomatologicznym towarzystwem naukowym, natomiast w żadnym wypadku nie można mówić o tej pracy jak o „one man show”. PTS to projekt wybitnie zespołowy. Nie podjęłabym się kierowania towarzystwem, gdybym nie wiedziała, że otrzymam wsparcie ludzi, którym zależy na tej organizacji, przede wszystkim na jej rozwoju. Byłam mocno zbudowana tuż po wyborach, kiedy otrzymałam setki wiadomości, telefonów z całego świata ze słowami otuchy, życzliwości, ale i deklaracjami współpracy, często od osób, które z PTS nigdy nie miały nic wspólnego. To umocniło mnie w przekonaniu, że mamy szansę zrealizować nasze założenia.

Czy to jednak nie największe i nie najtrudniejsze z wyzwań w ostatnim czasie? Organizacja – delikatnie mówiąc – straciła w oczach lekarzy dentyistów. Słychać głosy, że brakowało wizji, aktywności, co świetnie wykorzystały towarzystwa tematyczne, wygrywając walkę o członków. Bierze pani pod uwagę, że PTS może być rysą na zawodowym wizerunku?

Tego może bać się wyłącznie osoba, która nie planuje nic robić. I ja, i wszyscy członkowie Zarządu Głównego oraz Prezydium zdajemy sobie sprawę, że potrzeba wiele wysiłku, aby zbudować zaufanie nie tylko lekarzy, ale całej branży. Nie zrobimy tego w miesiąc, nie zrobimy tego, siedząc za biurkiem. PTS ma ogromny potencjał, który należy obudzić. W pierwszych tygodniach po objęciu stanowiska odbyłam dziesiątki spotkań, przyjmując rolę uważnego słuchacza. Oczywiście, nie brakowało krytyki – na to nie miałam wpływu, ale wszystkie opinie pozwalają zrozumieć, czego branża oczekuje od takiej organizacji jak PTS. Z rozmów płynęła jednak przede wszystkim nadzieja. Dostaliśmy szansę, oczekujemy, że dostaniemy czas na realizację celów, dopiero potem poddamy się ocenie.

PTS w ciągu najbliższych lat będzie silnym towarzystwem, ponieważ...?

Ponieważ będzie spełniało oczekiwania członków, głównie w zakresie dostarczania wiedzy na najwyższym poziomie. Banałem jest mówienie, że stomatolodzy muszą się rozwijać, niezależnie od specjalizacji, ale tak po prostu jest. Natomiast ważne, aby rozwijać się zgodnie ze światowymi kanonami nauki i praktyki. PTS może, a nawet powinno, pełnić rolę przewodnika w procesie edukacji na każdym etapie. Z pewnością będziemy do tego dążyć również na poziomie lokalnym przez oddziały PTS. Akademia Wiedzy i Praktyki, szkolenia podyplomowe typu „master”, Kongres Unii Stomatologii Polskiej, kursy certyfikujące, nowoczesne czasopisma, dostępne również online, granty – to narzędzia, które nam do tego posłużą.

PTS z powodzeniem może pełnić rolę ośrodka referencyjnego w zakresie wiedzy i profilaktyki, szeroko rozumianej promocji zdrowia jamy ustnej. Mamy ekspertów, którzy mogą przekazywać wiedzę na każdym poziomie, również tę podstawową z punktu widzenia pacjentów. Mogą także kształtować politykę zdrowotną państwa, nie tylko na zasadzie „nic o nas bez nas”, ale także dlatego, że dożyliśmy czasów, w których dyskusja ze stomatologiem o problemach kardiologicznych czy onkologicznych jest jak najbardziej na miejscu.

Nie wyobrażam sobie prowadzenia edukacji bez współpracy z przemysłem stomatologicznym. Znak akceptacji PTS ma być silnym dowodem skuteczności konkretnego produktu, nie symboliczną naklejką.

Chcemy, aby stomatolodzy byli dumni ze swojego członkostwa i czuli, że im się to opłaca. Mam na myśli również młodych stomatologów, którzy znaleźli się w strukturach PTS i – mam nadzieję – będą napędzać jego rozwój, równocześnie udowadniając, że nie zamykamy się na współpracę z nikim.

Ambitne cele szkoleniowe otwierają pole do rywalizacji z tematycznymi towarzystwami naukowymi oraz innymi podmiotami edukacyjnymi. Nie ma obawy, że bitwa o uczestnika na i tak bardzo mocno konkurencyjnym rynku zakończy się fiaskiem?

Obserwuję sposób, w jaki rozwija się idea integracji naukowej towarzysząca Kongresowi Unii Stomatologii Polskiej, który odbywa się przy CEDE, i nie mam takich obaw. Nikt nie posiada monopolu na wiedzę, a stomatologia staje się coraz bardziej interdyscyplinarna. Każdy musi realizować własne cele statutowe czy biznesowe, natomiast poza tym współpraca jest możliwa. Na końcu zawsze decyduje poziom i opinie uczestników. To one określają stopień sukcesu każdego przedsięwzięcia edukacyjnego. Nie wyobrażam sobie realizowania szkoleń podyplomowych, takich jak „master implantologii” czy „master ortodencji”, bez ekspertów, którzy na co dzień aktywnie działają w towarzystwach lub organizacjach tematycznych. Ba, wielu z nich znalazło się w strukturach PTS. Nie zapominajmy jednak, że zdecydowaną większość praktyków stanowią lekarze bez specjalizacji. To głównie dla nich szukujemy ofertę edukacyjną.

Wspominała pani, że postrzega PTS również jako towarzystwo, które powinno docierać z wiedzą do pacjentów. Czy to oznacza, że stomatologów będziemy widywać częściej w tzw. śniadaniówkach i pasmach informacyjnych popularnych telewizji?

Mamy wiedzę, mamy ludzi, dlaczego tego nie wykorzystać? Nie wątpię, że wykłady ekspertów PTS mogą być alternatywą dla nieuporządkowanych i nie zawsze wiarygodnych informacji, które dostarcza Internet. PTS może edukować, ale będzie także inspirował, dlatego wraz z Naczelną Izbą Lekarską, Be Active Dentist i ewiDENTniepr realizujemy – po raz pierwszy w kraju w takim zakresie – kampanię „Polska mówi aaa” (www.polskamowiaaaa.pl), wspierającą obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej (World Oral Health Day). 20 marca to znakomita okazja, aby komunikację w zakresie zdrowia jamy ustnej uwypuklić w ogólnopolskiej przestrzeni medialnej. Dentyści, pedagodzy w przedszkolach i szkołach, samorządowcy – te wszystkie grupy powinny być gotowe do upowszechniania podstawowej wiedzy o profilaktyce. To jest w interesie wszystkich. W ramach kampanii udostępnimy mapę małych i dużych inicjatyw oraz materiały edukacyjne. Będziemy inspirować do realizowania projektów niezależnie od zasięgu. Inicjatywą mogą być bezpłatne przeglądy, spotkania z dziećmi w szkole, wydanie broszury, audycja w lokalnym radiu, prelekcja na Uniwersytecie Trzeciego Wieku i spontaniczny *flash mob*. Każdy pomysł zwracający uwagę na konieczność zrozumienia, że od zdrowych zębów zaczyna się zdrowie ogólne, jest dobry. Promocję zdrowia jamy ustnej będziemy w najbliższych latach realizować także przez akcje społeczne i charytatywne, a jednym z projektów będzie Bał Stomatologa, który mam nadzieję dodatkowo przyczyni się do integracji środowiska. ■

Źródło: Polskie Towarzystwo Stomatologiczne



Fot. archiwum

Zakrztuszenie – przyczyny i pierwsza pomoc

Krystyna Knypl

Niedrożność dróg oddechowych spowodowana ciałem obcym jest stanem zagrożenia życia.

W Stanach Zjednoczonych każdego roku około 4 tys. osób umiera z powodu zadławienia się, a około 100 tys. zgłasza się z tej przyczyny do szpitalnych izb przyjęć. Powodem zakrztuszenia się jest spożywany pokarm lub ciało obce, takie jak bateria, moneta, cukierek, guma do żucia, balonik do nadmuchiwanie, część zabawki itp.

Ofiarami zakrztuszenia są najczęściej dzieci do trzeciego roku życia. American Academy of Pediatrics wydała w 2010 r. dokument zatytułowany „Policy Statement – Prevention of Choking Among Children”, w którym omówiono zapobieganie zakrztuszeniu się u dzieci. Podkreślono, że są one bardziej narażone na zakrztuszenie niż dorośli nie tylko z powodu niedojrzałości odruchów fizjologicznych i zachowań, ale także ze względu na małe wymiary dróg oddechowych. Według danych z 2001 r. na 17 537 dzieci hospitalizowanych w trybie nagłym u 59,5 proc. przyczyną zakrztuszenia był pokarm (winogrona, kawałki parówek, cukierki, guma do żucia).

Także osoby w starszym wieku, szczególnie cierpiące na schorzenia neurologiczne, takie jak udar mózgu czy choroba Parkinsona, oraz inne schorzenia powodujące zaburzenia połykania, są narażone na zakrztuszenie.

Celebryta dr Heimlich v. fakty naukowe

Dr Henry J. Heimlich, amerykański torakochirurg pracujący w Cincinnati, w 1974 r. opublikował na łamach „JAMA” artykuł „A Life-Saving Maneuver to Prevent Food-Choking”, w którym opisał metodę udzielania pierwszej pomocy

w przypadku zakrztuszenia. Metoda jest znana jako manewr Heimlicha, do 2006 r. rekomendowany przez Amerykański Czerwony Krzyż i American Heart Association. Dużą w tym była zasługa samego dr. Heimlicha, znanego ze skutecznego promowania swojego pomysłu.

Jednakże medycyna to nauka oparta na faktach, a tych brakowało, jeśli chodzi o realną skuteczność manewru Heimlicha. W zasobach PubMed są natomiast opisy powikłań po nieumiejętnym jego zastosowaniu, takich jak złamanie żeber, pęknięcie żołądka lub przełyku, uraz krezki, *pneumomediastinum*, *pneumopericardium*, a nawet nasilenie zakrzepicy w tętniaku aorty brzusznej czy pęknięcie śledziony. Dr Heimlich odrzucał te informacje, co więcej, energicznie krytykował zasadę pięciu uderzeń w plecy, jako pierwszego kroku w udzielaniu pomocy osobie z zakrztuszeniem, sugerując, że uderzenia takie mogą zagrażać życiu.

Jednakże fakty spowodowały, że w 2006 r. zmieniono wytyczne Amerykańskiego Czerwonego Krzyża dotyczące udzielania pierwszej pomocy ofiarom zakrztuszenia i obecnie zaleca się rozpoczynanie pomocy od pięciu uderzeń w plecy, a następnie wykonanie pięciu skierowanych ku górze ucisków w okolicy nadbrzusza. Pojawiły się też nowe sposoby.

Na scenę wkracza LifeVac

Niedawno dopuszczono do użytku ssawkę reanimacyjną o nazwie LifeVac. Ma rejestrację amerykańskiej agencji FDA, czyli Food and Drug Administration (U.S. FDA Registration No.: 3011053282), przeszła testy laboratoryjne skuteczności ewakuacji z dróg oddechowych ciał obcych o różnych kształtach i rozmiarach. Pomiar przeprowadzone w Retlif Testing Laboratories wykazały siłę ssania do 300 mmHg.

Podczas kongresu American College of Emergency Physicians (w listopadzie 2017) dr Lih-Brody i wsp. w doniesieniu

Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej

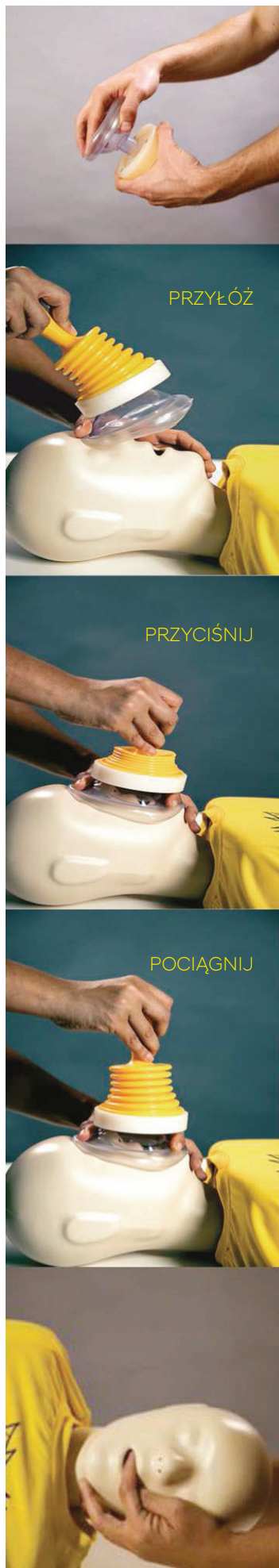
Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

organizuje spotkania środowiska medycznego gromadzące lekarzy i wszystkich posługujących chorym.

Zapraszamy na spotkanie 27.03.2018 r. z okazji Dnia Świętości Życia.

18.00 – msza święta w kościele św. Zygmunta w Warszawie, pl. Konfederacji 55.

19.00 – wykład prof. Andrzeja Kochańskiego, specjalisty genetyki klinicznej, na temat leczenia wrodzonych wad genetycznych. Po wykładzie dyskusja.



„Lifevac: A Novel Device for the Resuscitation of the Adolescent Choking Victim” przedstawili podsumowanie wyników testów i symulacji na modelu człowieka poddanego zadławieniu kawałkiem parówki. W pierwszych testach ssawki LifeVac udało się usunąć kawałek parówki blokujący drogi oddechowe w 472 z 500 przypadków, a w drugiej serii testów blokadę dróg oddechowych usunięto we wszystkich przypadkach. Konstruktorzy podają, że dzięki zastosowaniu ssawki reanimacyjnej LifeVac uratowano już dziewięć osób.

Podczas kongresu World Congress of Gastroenterology w Orlando (w październiku 2017) prezentacja o LifeVac otrzymała wyróżnienie ([http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(17\)31252-0/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(17)31252-0/fulltext)).

Przeprowadzono szczegółowe testy symulacyjne oceniające skuteczność siły ssącej LifeVac w wypadku ciała obcych o różnej konsystencji, kształcie i położeniu w drogach oddechowych. Testy z użyciem kawałka parówki wykazały 100-proc. skuteczność ssania, gdy ciało obce było ułożone wzdłużnie w drogach oddechowych. Gdy kawałek parówki przylegał do ściany modelu, skuteczność wynosiła 80 proc. Pojedyncze winogrono skutecznie usunięto z dróg oddechowych w 79 proc. prób, tj. w 15 na 19.

Od czego zależy skuteczność zabiegów odblokowania dróg oddechowych?

Czynników, od których zależy skuteczność przywrócenia drożności, jest kilka – wielkość i kształt ciała obcego, jego konsystencja, położenie w drogach oddechowych, umiejętności ratownika, a także siła ssąca lub tłocząca zastosowanej metody udrażniania.

Doniesienie „Airway pressure with chest compressions versus Heimlich manoeuvre in recently dead adults with complete airway obstruction” autorstwa A. Langhelle i wsp. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10767497>) zawiera szczegółowe dane dotyczące siły ssącej przy zastosowaniu różnych metod udrażniania dróg oddechowych. Porównano manewr Heimlicha, standardowe uciśnięcia klatki piersiowej wykonywane podczas symulacji reanimacji oraz LifeVac. Oto wyniki:

- **średnie ciśnienie uzyskiwane przy zastosowaniu manewru Heimlicha wynosiło 26,4 ± 19,8 cm H₂O,**
- **średnie ciśnienie przy zastosowaniu ucisku na klatkę piersiową wynosiło 40,8 ± 16,4 cm H₂O,**
- **średnia siła ssania przy zastosowaniu LifeVac wynosiła 233,2 cm H₂O (testowano 12 ssawek, wykonując po pięć testów każdej).**

Wyniki świadczą, że największą skuteczność wykazuje ssawka reanimacyjna.

Zasada stosowania LifeVac

Instrukcja postępowania się LifeVac sprowadza się do trzech P: po angielsku **PLACE – PUSH – PULL**, po polsku **PRZYŁÓŻ – PRZYCIŚNIJ – POCIĄGNIJ**. Czyli **przyłóż** maskę do twarzy osoby ratowanej, tak aby szczelnie obejmowała usta i nos, **przyciśnij** ssawkę (kulkowy zawór zwrótny zapobiegnie wpompowaniu powietrza do dróg oddechowych), po czym przytrzymując maskę przylegającą do twarzy, **pociągnij** uchwyt ssawki ku górze.

Długofalowym celem konstruktorów ssawki reanimacyjnej LifeVac jest wprowadzenie tego bardzo przydatnego akcesorium do protokołów podstawowych zabiegów reanimacyjnych, czyli BLS (ang. Basic Life Support).

Zapobieganie zakrztuszeniu

W zapobieganiu zakrztuszeniu powinni być zaangażowani nie tylko pracownicy ochrony zdrowia, ale także rodzice małych dzieci i opiekunowie przewlekle chorych.

Ważną rolę do odegrania ma też przemysł spożywczy, który powinien produkować bezpieczną żywność (chodzi o kształt i konsystencję produktów, zamieszczanie na etykietach czytelnej informacji o zagrożeniu zakrztuszeniem) i pracownicy gastronomii, którzy powinni być szkoleni w zakresie udzielania pierwszej pomocy osobom, które uległy zakrztuszeniu.

Słynna z filmów „Lepiej późno niż później” oraz „Za jakie grzechy, dobry Boże?” paryska restauracja Le Grand Colbert po tragicznym w skutkach zakrztuszeniu jednego z gości podjęła decyzję o przeszkoleniu wszystkich kelnerów w zakresie udzielania pomocy.

Pierwszej pomocy przy zakrztuszeniu powinien udzielić każdy człowiek. ■



Nasi mistrzowie w anegdocie



Jarosław Kosiaty

S książki, które towarzyszą nam przez długie lata praktyki lekarskiej (i nie chodzi tutaj o lekospisy, wydawane wielokrotnie w ciągu każdego roku). Jednym z takich podręczników jest dla mnie „Diagnostyka różnicowa objawów chorobowych”. Jej autor – prof. Franciszek Kokot – trwale zapisał się w pamięci wielu pokoleń lekarzy. Ten wybitny polski internista, nefrolog, endokrynolog i patofizjolog opublikował prawie tysiąc prac naukowych (z wyników badań nad immersją wodną korzystała m.in. Amerykańska Agencja Kosmiczna – NASA). Mimo licznych osiągnięć zawodowych pozostał człowiekiem niezwykle skromnym. Swoim asystentom często powtarzał: – *Nauczcie się godnie znosić sukcesy swoich konkurentów. Godnie, to znaczy bez zazdrości.*

O swoim dzieciństwie mówi otwarcie: „*Mieszkaliśmy w miasteczku Rosenberg, dzisiejszym Oleśnie koło Lublińca. Nasze gospodarstwo miało hektar. W domu była wielka bieda. Latem do szkoły chodziłem boso, a do kościoła z butami w rękach. Zakładałem je dopiero przy wejściu. Buty przechodziły od najstarszego brata do najmłodszego. Byłem trzeci w kolejce.*”

Czytając te wspomnienia przypomniały mi się słowa znanego polskiego taternika, alpinisty i przewodnika tatrzańskiego Michała Jagiełły (1941–2016): „*Dziadkowie i ojciec zawsze mi mówili, że najgorszy grzech to ten, kiedy człowiek ze wsi wstydzi się ziemi i świń. Zagroda piszę wielką literą. Bo jakże pisać inaczej? Przecież to dom, rodzice, dziadkowie...*”.

Prof. Kokot dobrze rozumiał postulaty młodych lekarzy dotyczące pracy w odpowiednich warunkach oraz prawa do godziwego wynagrodzenia. „*Mój brat Alojz za żonę pojechał do zachodnich Niemiec i był tam maszynistą lokomotywy. Śmiał się, że zarabia kilka razy więcej niż ja, profesor. Najmłodszy, Paulek, spawał lufy do czołgów w hucie Zawadzki w Ozimku i też zarabiał dwa razy tyle co ja. Coś z tego zostało. Dlatego rozumiem młodych*”.*

Przez całe życie zawodowe był odporny na polityczne naciski. Często podkreślał, że do każdego chorego należy odnosić się z szacunkiem.

Pewnego razu do prof. Kokota zadzwonił jakiś dygnitarz partyjny z Komitetu Wojewódzkiego PZPR. Głos w słuchawce zabrzmiał stanowczo: – *Towarzyszu profesorze, proszę o włączenie do programu dializ towarzysza X.* Prof. Kokot odpowiedział spokojnie: – *Jutro przesyłam panu listę 20 dializowanych. Proszę wskazać, kogo mam wyrzucić.* „*Nie odważyli się* – wspomina po latach i dodaje: – *Nie byłem żadnym towarzyszem. Nie należałem nigdy do partii*”.

Inne wydarzenie miało miejsce w czasie stanu wojennego. Dzięki staraniom prof. Kokota do Polski trafiło 10 sztucznych nerek, przekazanych w darze z Francji. Kiedy urządzenia były już w kraju, profesora wezwał do siebie rektor Akademii Medycznej w Katowicach. W jego gabinecie siedział kapitan SB, który „opiekował się” uczelnią. Rektor, nie witając się nawet z prof. Kokotem, zapytał: – *Za jakie usługi szpiegowskie dostałeś te nerki?* Profesor odpowiedział: – *Panie rektorze, jak będę chciał szpiegować, to nie będę brał zapłaty w sztucznych nerkach, ale w sztabach złota. I zdeponuję je w Szwajcarii, a nie w Katowicach, w klinice nefrologii.*

W czasie pracy w szpitalu nie faworyzował żadnych pacjentów. O miejscu w długiej kolejce oczekujących na dializy decydował wyłącznie czas zgłoszenia się chorego do placówki. Była to żelazna zasada, dlatego wśród dializowanych zdarzali się także... więźniowie z długimi wyrokami. W tym samym czasie inne ośrodki miały specjalne komisje, które pierwszeństwo w dializach przyznawały sędziom, księżom, lekarzom.

Istotnym problemem współczesnej medycyny jest polipragmazja. Prof. Kokot opowiedział kiedyś historię pewnej pacjentki, która przyjmowała 30 leków. Zapytana, jak sobie z tym radzi, wytłumaczyła: – *To jest bardzo proste. Mam młynek do kawy i zażywam cztery razy dziennie po dwie łyżeczki.*

Profesor zawsze był przeciwny eutanazji i udziałowi lekarzy w tym procederze. Wskazywał na nazistowską akcję T4, realizowaną w latach 1939–1944 w krajach okupowanych przez III Rzeszę. Polegała na fizycznej „eliminacji życia niewartego życia” (niem. „*Vernichtung von lebensunwertem Leben*”). W ramach akcji mordowano chorych na schizofrenię, niektóre postaci padaczki, otępienie, płasawicę Huntingtona, stany po zapaleniu mózgowia, osoby niepoczytalne, ludzi z niektórymi wrodzonymi zaburzeniami rozwojowymi. Prof. Kokot zwraca uwagę, że gdy w 1941 r. w Europie szalał hitlerowski terror, w Holandii ponad 6 tys. lekarzy protestowało przeciwko eutanazji, narażając się na surowe represje niemieckiego okupanta. – *To paradoks, bo teraz holenderska ustawa mówi o uśmiercaniu z litości, gdy chory błaga o śmierć. To może doprowadzić do nadużyć, do pozbawiania ludzi życia z powodu np. biedy* – podsumowuje ze smutkiem.

We wspomnieniach prof. Kokot często wraca myślami do swoich nauczycieli i mistrzów, m.in. gastroenterologa prof. Kornela Gibińskiego (1915–2012), który przeżył obóz koncentracyjny w Gross-Rosen, ale nigdy nie czuł nienawiści do Niemców: „*Kiedyś mamy obchód, stajemy przy chorym,*



Fot. licencja Artmedia Partners

a prof. Gibiński krzyczy wzruszony: – Gerhard, was machst du hier? To był Niemiec, świadek Jehowy, który był w Gross-Rosen, bo odmówił służby w wojsku. Po wojnie wrócił do Bytomia. Mimo że był więźniem obozu koncentracyjnego, władza ludowa tępiła go, bo był Niemcem. Leżał u nas z ciężką astmą. Gibiński załatwił mu rentę inwalidzką”.*

Prof. Kornel Gibiński był ekspertem Światowej Organizacji Zdrowia, członkiem Królewskiego Towarzystwa Medycznego w Londynie oraz nowojorskiej Akademii Nauki. Napisał pierwszy polski podręcznik gastroenterologii klinicznej (1958), stworzył pierwszą na Śląsku pracownię endoskopową, uruchomił drugą w Polsce sztuczną nerkę i pierwszą pracownię angiograficzną. Tuż po wojnie pracował we Wrocławiu, a zainteresował się endoskopią, gdy znalazł trzy polniemieckie endoskopy.

Kilka lat temu na pytanie jednego z dziennikarzy, czy czuje się wielkim lekarzem, prof. Gibiński odpowiedział z uśmiechem: – A kim według pana jest wielki lekarz? Czy to ktoś, kto ma wielką wiedzę, wnosi wkład w rozwój medycyny? A może bardziej liczy się stopień oddania drugiemu człowiekowi, serce okazywane pacjentom?**.

Prof. Gibiński porównywał aktualne relacje w ochronie zdrowia ze swoją pracą lekarza w obozie koncentracyjnym Gross-Rosen: „Gabinet specjalisty we współczesnej klinice – stopy badań, nowoczesna diagnostyka, zimne kafelki na ścianach, przerażony pacjent i zdawkowe informacje od lekarza. Lazaret w obozie Gross-Rosen – ciepła rozmowa, dotyk, dokładne obejrzenie pacjenta, kontakt z nim. Czego chcą chorzy?” – pyta profesor i nie pozostawia wątpliwo-

ści, że „serce jest bardziej cenione przez chorych niż wszystkie inne walory lekarza”**. **

Pisarz i rysownik Sławomir Mrożek napisał w jednym z felietonów opublikowanych w zbiorze „Małe listy” (1981): „Nic lepszego człowiek nie może zrobić człowiekowi, niż uwolnić go od bólu, i nic gorszego, niż mu ból zadać”.

Prof. Gibiński mówił: – Cały wysiłek medycyny skupia się dzisiaj na ratowaniu od śmierci. Zapomnieliśmy o cierpieniu. Ulżyć człowiekowi cierpiącemu – na tym powinniśmy się skupić. Ludzie nie chcą cierpieć, pragną tylko te swoje 60, 80 czy 90 lat przeżyć zdrowo. Nigdy nie przyszedł do mnie żaden pacjent z prośbą, żeby mu zapewnić 100 lat życia. Ciągle słyszałem za to, że temu dokuczają bezsenność, ten cierpi na biegunki, tamten ma gorączkę, bóle itd. Nasi pacjenci to ludzie cierpiący, którzy tylko proszą o poradę.

Na koniec wróćmy do prof. Franciszka Kokota, który 24 listopada ubiegłego roku skończył 88 lat:

– Znam biedę – to nieszczęście. Ale jeszcze większym nieszczęściem jest bogactwo. Człowiek staje się niewolnikiem pieniędzy. Traci niezależność i staje się bierny. Jak mam domek i samochód, to czego mi więcej potrzeba? A bieda stymuluje człowieka do rozwoju. ■

jkosiaty@esculap.pl

* „Polska. Tu mam dla kogo żyć”, Franciszek Kokot, „GW”, 10.11.2017.

** „Budda w białym fartuchu”, Dariusz Kortko, „GW”, 13.03.2017.

**XII KONGRES
TOP
MEDICAL
TRENDS**

25 LAT TERMEDII

**POZNAŃ, 16–18 MARCA 2018 r.
MIĘDZYNARODOWE TARGI POZNAŃSKIE**

MIEJSCE:
Centrum Kongresowe
Międzynarodowych Targów
Poznańskich, pawilon 15

ORGANIZATOR:
Wydawnictwo Termedia, wydawca
czasopism *Lekarz POZ* i *Top Medical Trends* – Przewodnik Lekarza

PATRONAT NAUKOWY:
Polskie Towarzystwo
Medycyny Rodzinnej

Katedra i Zakład
Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

WIĘCEJ NA: WWW.TOPMEDICALTRENDS.PL

UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!



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

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

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

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

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

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

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

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

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

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

UPŁYWA TERMIN FUNKCJONOWANIA DOTYCHCZASOWYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH.

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

UWAGA!!!

Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie



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 dentyków.

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.:

✓ 16 marca ✓ 27 kwietnia ✓ 18 maja ✓ 22 czerwca.

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

✓ 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-Kopeć



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

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

Krajowe oferty pracy na 9.02.2018 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 25	endokrynologia 2	medycyna pracy 5	patomorfologia 1	stomatologia 11
alergologia 1	epidemiologia 2	medycyna ratunkowa 3	pediatria 18	stomatologia chirurgia 2
alergologia dziecięca 1	farmakologia 1	medycyna rodzinna 20	psychiatria 4	stomatologia endod. 1
anestezjologia 8	gastroenterologia 4	mikrobiologia 1	psychiatria dziecięca 2	stomatologia ortodon. 4
chirurgia dziecięca 2	geriatria 2	nefrologia 3	radiologia 8	stomatologia protetyka 1
chirurgia naczyniowa 1	ginekologia i poł. 12	neonatologia 7	rehabilitacja med. 2	urologia 4
chirurgia ogólna 9	hematologia 2	neurochirurgia 2	reumatologia 2	USG 6
choroby płuc 5	kardiologia 3	neurologia 5		
choroby wewnętrzne 30	kardiologia dziecięca 3	neurologia dziecięca 3		
choroby zakaźne 3	laryngologia 6	okulistyka 11		
dermatologia 6	laryngologia dziecięca 1	okulistyka dziecięca 2		
dermatologia dziec. 1	medycyna fizykalna 1	onkologia 2		
diabetologia 1	medycyna paliatywna 1	ortopedia 9		

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

Andrzej Morliński, przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



Przychodnia w Mińsku Mazowieckim otwarta

4 stycznia odbyło się uroczyste otwarcie wyremontowanej przychodni przy ul. Kościuszki.

Inwestycja o wartości ponad 4,3 mln zł obejmowała gruntowną modernizację budynku przychodni oraz jego odnowienie. Ponadto placówka otrzymała nowe wyposażenie, m.in. system usprawniający obsługę pacjentów. Środki finansowe niezbędne do przeprowadzenia remontu pochodziły w większości z powiatu. Podczas uroczystości wręczone zostały odznaczenia „Za zasługi dla ochrony zdrowia” przyznane przez ministra zdrowia dyrektorowi SPZOZ Arturowi Więckowskiemu, wicedyrektorowi SPZOZ ds. leczenia Mieczysławowi Romejko, wicedyrektorowi SPZOZ ds. administracyjno-eksploatacyjnych Czesławowi Mazkowi, przełożonej pielęgniarek przychodni SPZOZ Stanisławie Dzieciół i kierownicze specjalistycznej przychodni lekarskiej Janinie Wierzbickiej-Buczek.

Jubileusz WIML

15 stycznia odbyły się uroczyste obchody jubileuszu 90-lecia Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej.

WIML został powołany 7 stycznia 1928 r. z rozkazu Józefa Piłsudskiego jako Centrum Badań Lekarskich Lotnictwa. Obecna nazwę otrzymał w 1958 r. Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej jest jednym z nielicznych w Europie ośrodków naukowo-badawczo-szkoleniowych i kliniczno-diagnostycznych, specjalizujących się w problematyce medycyny lotniczej. W sferze klinicznej zajmuje się medycyną lotniczą, zwłaszcza w zakresie kardiologii, neurofizjologii, laryngologii i okulistyki. Dysponuje wyjątkową w skali europejskiej infrastrukturą badawczą, do której należą m.in. komory niskich ciśnień, symulator GIRO-IPT, komora dekompresyjna, katapulta oraz jedna z najnowocześniejszych na świecie wirówek przeciążeńiowych. Placówka dysponuje też systemami: oceny predyspozycji do zawodu pilota, zaawansowanej diagnostyki sprawności układu równowagi i koordynacji wzrokowo-ruchowej pilotów, badań zaburzeń orientacji przestrzennej, monitorowania stanu psychofizycznego kierujących pojazdami. WIML, jako jedyny ośrodek w Europie Środkowo-Wschodniej, otrzymał certyfikat zgodności treningu lotniczo-lekarskiego ze standardami Sił Powietrznych USA. Na forum międzynarodowym instytut współpracuje z NATO i NASA, prowadzi też badania finansowane z różnych źródeł zewnętrznych, m.in. ze środków Unii Europejskiej.

Wyróżnienie dla Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej

Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk zdobył prawo posługiwania się europejskim znakiem Human Resources Excellence in Research.

Wyróżnienie odzwierciedla zobowiązanie instytutu do ciągłego doskonalenia polityki w zakresie zasobów ludzkich, zgodnie z Europejską Kartą Naukowca i Kodeksem Postępowania, zapewniając przejrzysty i sprawiedliwy proces rekrutacji pracowników naukowych, stabilność zatrudnienia

i możliwość rozwoju kariery zawodowej. Logo otrzymują europejskie instytucje.

Strategiczne dofinansowanie

Warszawskie placówki – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA oraz Szpital Anny Mazowieckiej przy ul. Karowej – otrzymają dofinansowanie projektów wzmacniających strategiczną infrastrukturę ochrony zdrowia w ramach Programu Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020.

W ostatnich dniach 2017 r. w Ministerstwie Zdrowia podpisano 21 umów o dofinansowanie z funduszy europejskich projektów realizowanych ze środków Programu Infrastruktura i Środowisko. Całkowita wartość projektów wynosi ponad 250 mln zł, z dofinansowaniem wysokości 208 mln zł, które zostaną przeznaczone na wzmacnianie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia. Centralny Szpital Kliniczny MSWiA otrzyma prawie 20 mln zł, m.in. na przebudowę pomieszczeń Kliniki Ortopedii i Traumatologii oraz Kliniki Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej i zakup ich wyposażenia: stołu operacyjnego ortopedycznego z kompletem przystawek, wieży artroskopowej, cyfrowego aparatu rentgenowskiego, narzędzi chirurgicznych, kardiomonitatorów, laparoskopu, aparatów USG, histeroskopu, inkubatorów hybrydowych, respiratorów z opcją HFO. Szpital Anny Mazowieckiej otrzyma ponad 19 mln, m.in. na wyremontowanie Bloku Porodowego, Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka, Oddziału Położniczego i Ginekologicznego oraz zakup aparatu rentgenowskiego, trzech aparatów ultrasonograficznych, kompleksowego systemu nadzoru okołoporodowego, kardiomonitatorów z centralą do intensywnego nadzoru pooperacyjnego, nowych łóżek porodowych, inkubatorów dla najmłodszych pacjentów i respiratorów. **pk**

Ulica prof. Jana Nielubowicza

Na wniosek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Jan Nielubowicz, chirurg i transplantolog, rektor uczelni w latach 1981–1986, został patronem ulicy na warszawskiej Ochocie.

Ulica usytuowana jest między budynkami WUM i szpitalami klinicznymi w kampusie uniwersyteckim. Łączy ul. ks. Trojdena z pętlą tramwajową przy ul. Banacha.

W styczniu minęła 52. rocznica pierwszej udanej transplantacji nerki w Polsce, którą wykonał prof. Nielubowicz. **■ mkr**



Mecenasowi Pawłowi Jannaszowi,
wieloletniemu współpracownikowi
OIL w Warszawie,
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Córki

składają
prezes i Okręgowa Rada Lekarska
w Warszawie

Piramida zdrowia dla seniorów

Znaczne zwiększenie się średniej długości życia, także w polskim społeczeństwie, jest faktem. W związku z tym zjawiskiem coraz wyraźniej rysuje się problem jakości życia starszych osób.

Jednym z najważniejszych i najtańszych działań prewencyjnych jest powszechna edukacja dotycząca stylu życia (także w zakresie żywienia) osób w starszym wieku – powiedział prof. Mirosław Jarosz, dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia na III Narodowym Kongresie Żywnościowym. – Niektórzy bowiem wycofują się z życia, nie potrafią przełamać bariery psychologicznej i niechętnie pokonują trudności, chociaż w obiektywnej ocenie jeszcze wiele mogliby zdziałać. Poddają się, mimo że przy pewnym wysiłku i dobrej woli mogliby funkcjonować bardziej aktywnie i twórczo.

Kongres w całości poświęcono żywieniu i aktywności fizycznej osób starszych w zdrowiu i chorobie. Zaprezentowano na nim, po raz pierwszy, piramidę zdrowego żywienia zmodyfikowaną pod kątem potrzeb przedstawicieli tej grupy wiekowej.

Konsekwencją wydłużenia się życia jest starzenie się społeczeństw, przede wszystkim wysoko rozwiniętych, do których zaliczają się Polacy. W kraju żyje już 6 mln osób, czyli 20 proc. populacji, które ukończyły 65 lat. Odsetek ten podniesie się za 20 lat do 35 proc. Szybki wzrost liczby ludzi starszych zwiększy zapotrzebowanie na długoterminową opiekę medyczną, społeczną oraz znacznie obciąży system socjalny.

Z wiekiem wzrasta bowiem ryzyko pojawiania się chorób, m.in. żywieniowozależnych (chorób układu naczyniowo-sercowego, cukrzycy typu 2, nowotworów, osteoporozy). Wprawdzie mitem jest przekonanie, że starzenie zawsze oznacza choroby i utratę pamięci, ale aby tak się nie stało, trzeba odpowiednio wcześniej zadbać o styl życia, żywienia. Stan naszego organizmu tylko w 25 proc. zależy od genów, w 75 proc. od trybu życia. Do czynników decydujących o jakości życia należą m.in.: czystość powietrza, występowanie nadciśnienia, otyłość, aktywność fizyczna, nałogi, integracja socjologiczna.

Do nazwy „piramida zdrowego żywienia dla osób w wieku starszym” dodano zwrot: „i aktywności fizycznej”. Na pierwszym poziomie, czyli w podstawie piramidy, znalazły się rysunki osób w ruchu, w grupach, uprawiających sport.

– Osoby starsze powinny przeznaczać na aktywność fizyczną przynajmniej 150 minut tygodniowo – twierdzi prof. Jarosz. – Nawet osoby o upośledzonej mobilności powinny być aktywne na tyle, na ile pozwala im stan zdrowia i warunki. Ważne jest również życie społeczne, rodzinne, towarzyskie.

Samotność i izolacja sprzyja stresowi.

Drugie piętro podkreśla konieczność zwrócenia uwagi na regularne picie odpowiedniej ilości płynów, w tym wody,



a trzecie – przypomina o konieczności spożywania warzyw i owoców, które częściowo można zastąpić sokami, przecierami, musami. Na kolejnym piętrze znalazły się produkty zbożowe i mleczne. Osoby starsze powinny spożywać więcej produktów mlecznych, szczególnie polecane są fermentowane napoje (jogurty, kefir) oraz białe sery. Następne piętro, znacznie ograniczone objętościowo, zajmują ryby, jaja, chude mięso, nasiona roślin strączkowych. Wszystkie te produkty są cennym źródłem białka. W dołączonych do piramidy zaleceniach znalazły się wskazania dotyczące suplementacji. Zaleca się ograniczenie przyjmowania wszelkiego rodzaju suplementów diety, ze względu na możliwość interakcji z lekami zażywanyymi przez osoby w starszym wieku. Wyjątkiem są preparaty z witaminy D, które należy przyjmować przez cały rok. Organizm z wiekiem produkuje jej mniej i często występują niedobory.

Osoby z chorobami przewlekłymi (otyłością, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwienną serca, osteoporozą) powinny zalecenia konsultować z lekarzem i dietetykiem.

W ostatnim czasie zanotowano w naszym kraju spadek długości życia mężczyzn i zahamowanie wzrostu jego długości u kobiet. Prof. Jarosz wiąże to zjawisko ze znaczną otyłością części społeczeństwa (70 proc. mężczyzn i ponad 50 proc. kobiet), brakiem ruchu oraz wzrostem ilości spożywanego czerwonego mięsa. Edukacja zdrowotna, w tym promocja piramidy zdrowia, jest więc konieczna.

Starzenie się w dobrej kondycji zdrowotnej i psychicznej jest ze wszech miar korzystne nie tylko dla zainteresowanych, ale i dla całego społeczeństwa. ■

Małgorzata Skarbek

Pół wieku Radomskiego Szpitala Specjalistycznego

28 tys. hospitalizacji i blisko ćwierć miliona pacjentów przyjętych w poradniach – ubiegłoroczne statystyki Radomskiego Szpitala Specjalistycznego robią wrażenie.

Placówka przy ul. Tochtermana świętuje właśnie 50. rocznicę powstania.

Najnowocześniejszy kompleks szpitalny w ówczesnym województwie kieleckim otwarto 15 stycznia 1968 r. Dokładnie 50 lat później personel Radomskiego Szpitala Specjalistycznego spotkał się na uroczystych nabożeństwach, które z okazji rocznicy odprawiono w kościele farnym oraz cerkwi prawosławnej.

Jubileuszowa gala odbyła się natomiast 9 lutego w Sali Koncertowej Radomskiej Orkiestry Kameralnej. ORL w Warszawie reprezentował wiceprezes Julian Wróbel. Na widowni zasiadło kilka pokoleń lekarzy, pielęgniarek, położnych i innych pracowników związanych przez ostatnie pół wieku z lecznicą przy ul. Tochtermana. – *Jestem zaszczycony, że są tutaj osoby, które od dziesiątek lat służą każdego dnia mieszkańcom Radomia i regionu. Przyjmują, udzielają porad specjalistycznych,*

przeprowadzają setki zabiegów i operacji ratujących zdrowie oraz życie – podkreślał Marek Pacyna, dyrektor RSS.

Obecnie w strukturze szpitala znajduje się: 18 oddziałów, 4 zakłady, 38 poradni specjalistycznych dla dzieci i dorosłych oraz centralne laboratorium diagnostyczne. Placówka dysponuje 550 łózkami na oddziałach szpitalnych i 30 łózkami opieki długoterminowej, a także 25 stanowiskami dializacyjnymi.

Medale za zasługi

Radomski Szpital Specjalistyczny, jako jedyny w mieście i regionie, prowadzi oddziały: chirurgii naczyniowej, chirurgii szczękowo-twarzowej, dermatologiczny, dializ i nefrologii, urologiczny oraz obserwacyjno-zakaźny. – *W ciągu ostatnich 50 lat zmieniły się metody diagnostyczne i sposoby leczenia. Inwestujemy w aparaturę i szkolenie pracowników, by zaoferować pacjentom jak najwyższy poziom diagnostyki i leczenia. Dysponujemy też coraz nowocześniejszym sprzętem – zaznacza Marek Pacyna.*

Niektóre oddziały i poradnie szpitalne przeszły gruntowną modernizację. – *Na przykład poradnia dermatologiczna ma już standard europejski, na miarę XXI w. – cieszy się*



Fot. R. Natarski



Fot. archiwum

DELEGATURA RADOMSKA

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



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

Radosław Witkowski, prezydent Radomia, który podczas jubileuszowej uroczystości uhonorował obecnego dyrektora, a także jego poprzedników Medalami Prezydenta Miasta Radomia, a czterem zasłużonym pracownikom lecznicy wręczył medale Bene Merenti Civitas Radomiensis.

Nie brakowało też innych wyróżnień. Odznakę „Za zasługi dla ochrony zdrowia” otrzymało 36 osób związanych z RSS, samą placówkę zaś marszałek Sejmiku Województwa Mazowieckiego nagroził medalem „Pro Masovia”. Podziękowania pracownikom lecznicy złożył również wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński. – *Normalnie na urodziny życzy się 100 lat, ale mam nadzieję, że szpital będzie funkcjonował dużo dłużej* – stwierdził.

Trudne początki

Prezydent Radomia podkreśla, że rozwój placówki w ostatnich latach był możliwy także dzięki politykom i samorządowcom. – *Jak sięgam pamięcią, pomoc dla szpitala zawsze była przyznawana ponad podziałami, w radzie miejskiej pojawiał się najwyżej spór, czy dać dużo, czy jeszcze więcej* – wspomina Radosław Witkowski.

Lecznicza niemal od początku istnienia potrzebowała wsparcia. Już kilka lat po otwarciu prasa donosiła o licznych usterkach i wadach budowlano-instalacyjnych. „*Część z nich wystąpiła niemal nazajutrz po zagospodarowaniu obiektu, inne ujawniły się po dłuższym okresie jako poważne w skutkach naprawy*” – pisała jedna z radomskich gazet.

Z wieloma trudnościami borykali się lekarze. – *Brakowało szczepionek, ogromnym zagrożeniem były choroby zakaźne. Nieraz stałam nad łóżeczkiem i marzyłam, aby pacjent przeżył do rana* – wspomina Krystyna Zapała, od ponad 40 lat związana z radomskim szpitalem, w którym pełniła m.in. funkcję ordynatora oddziału dziecięcego.

Fot. archiwum szpitala



W pierwszych latach działalności lecznica zatrudniała blisko 900 osób. W 1973 r. utworzony został Zespół Opieki Zdrowotnej, który skupiał oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, poradnie rejonowe, ośrodki zdrowia, pomoc doraźną i pomoc społeczną. Dwa lata później, w związku z utworzeniem województwa radomskiego, w miejsce ZOZ powstał Wojewódzki Szpital Zespolony. Jego struktura była bardzo rozbudowana (znajdowały się w niej nawet żłobki), a liczba pracowników sięgała 3,5 tys.

W 1999 r., w związku z reformą administracyjną i likwidacją województwa radomskiego, placówkę przekształcono w Radomski Szpital Specjalistyczny, który stał się jednostką miejską.

Rafał Naturski

Posłuchać, zobaczyć...

Dar Paderewskiego

Wystawa w Muzeum Narodowym w Warszawie przypomina, w stulecie odzyskania przez Polskę niepodległości, działalność polityczną i artystyczną Ignacego Jana Paderewskiego, pianisty i męża stanu, premiera rządu odrodzonej Rzeczypospolitej. Na ekspozycję składają się przekazane przez artystę w darze muzeum obrazy, rysunki, zdjęcia, dzieła sztuki i rodzinne pamiątki. W kolekcji m.in. portret Paderewskiego pędzla Lawrence'a Almy-Tademy, teka grafik Leona Wyczółkowskiego z dedykacją, tryptyk „Muzyka” Jacka Malczewskiego, a także zdjęcie królowej Wiktorii z autografem. Wystawa otwarta do 20 maja.

www.mnw.art.pl

Ludowe Maryjki

W ludowym kalendarzu maryjnym jest wiele świąt związanych z postacią Maryi – Matki Boskiej Gromnicznej, Siewnej, Jagodnej. Na wystawie „Magnificat. Ludowy kalendarz maryjny w Polsce” w Muzeum Etnograficznym w Warszawie prezentowane są wybrane figurki Maryjek z liczącego ponad 500 eksponatów zbioru Elżbiety Zajdel. Prace ludowych artystów ukazują siłę kultu maryjnego i różnorodność przedstawienia postaci Matki Boskiej w polskiej tradycji. Ekspozycję oglądać można do 1 kwietnia.

www.ethnomuseum.pl

Dom wieczności wezrya

W Muzeum Archeologicznym w Warszawie wystawiono naturalnej wielkości makietę kaplicy grobowej Merefnebefa. Odkrycia grobowca egipskiego wezrya z XXIII w. p.n.e. dokonała polska misja archeologiczna w Egipcie w 1997 r. Makiecie towarzyszy ekspozycja opowiadająca o znaczeniu znaleziska i egipskich zwyczajach pogrzebowych, a także o pracy polskich archeologów. Wystawę uzupełniają zabytki ze zbiorów Muzeum Narodowego w Warszawie. Makietę i wystawę mamy okazję zobaczyć do 31 marca.

www.pma.pl

O butach w Radomiu

Wystawa „Každy krok zostawia ślad. Obuwie historyczne ze zbiorów Muzeum Archeologicznego w Gdańsku” prezentuje unikatową w skali Europy i największą w Polsce kolekcję butów. Składają się na nią zabytki związane z historią obuwia, odzwierciedla zmiany, jakie następowały w rzemiośle szewskim i europejskiej modzie przez blisko 600 lat. Na wystawie w Muzeum im. Jacka Malczewskiego w Radomiu można obejrzeć dawne obuwie, rekonstrukcję XV-wiecznego warsztatu szewskiego i podpatrzeć tajniki pracy konserwatora butów. Ekspozycja otwarta do 3 kwietnia.

www.muzeum.edu.pl

ach



Granica

Paweł Kowal

Byliśmy tam. Dzięki telewizji (<https://sport.tvn24.pl/inne,132/akcja-na-nanga-parbat-bielecki-i-urubko-dotarli-do-elisabeth-revol,813751.html>) byliśmy na Nanga Parbat, widzieliśmy wszystko z daleka, ale obserwowaliśmy prawie każdy szczegół. Elisabeth Revol i Adam Bielecki zobaczyli dramat z bliska. Kiedyś, gdy wspinali się Kukuczka i Rutkiewicz, nie mieliśmy możliwości technicznych, aby być z nimi w stałym kontakcie, obserwować na bieżąco ich zmagania. Telewizje informacyjne przybliżały nas do wielkiej polityki, rewolucji róż w Gruzji i pomarańczowej na Ukrainie, do arab-



skiej wiosny. Teraz potrafią już poprowadzić nas w Himalaje i niemal z godziny na godzinę wiemy, co dzieje się na wyprawie – dane z systemów GPS podają media społecznościowe, dokładne informacje o tym, ile metrów przeszli, przekazują sami bohaterowie. Opowieści spod azjatyckiego szczytu oderwały nas od polityki, przepychanek w Sejmie. Dzięki nim zaczęliśmy myśleć o wartości życia, o tym, czemu warto je poświęcić. Tomasz Mackiewicz nie wrócił, Elisabeth Revol, która była najbliższą tajemnicą jego śmierci, pozostanie jedynym świadkiem tych chwil. Ludzie, siedząc na kanapach w swych domach, kiwali głowami, ale pytali: dlaczego? Na Twitterze padały pytania, czy rząd powinien angażować się w akcję ratunkową? Również sami sobie zadawaliśmy pytanie, czy człowiek ma prawo przekraczać kolejne granice? Czy wielka pasja do gór jest wystarczającym wytłumaczeniem podejmowanego ryzyka?

Dziennikarka dużej stacji zapytała mnie niespodziewanie w czasie wywiadu, co ja na to, że ludzie decydują się na takie poświęcenie. Człowiek płacze się w trywialnych wyjaśnieniach: no, rozumem, że ktoś idzie w góry, jak ja w Bieszczady, a kolega na Babią Górę. To tak jak z każdą pasją człowieka – jest namiętnością, tajemnicą, a na zewnątrz może wyglądać na dziwactwo, na jakąś szaloną grę z losem. To tak jak sport – ktoś doda. W sporcie przecież zawsze jest ryzyko. Wszystkie te tłumaczenia jakoś nie pasują.

Inaczej te same historie, które Polska poznawała dzięki telewizji, rozumieją żony, mężowie i dzieci himalaistów. Co kilka lub kilkanaście miesięcy zostają w domu, licząc, że tym razem nic się nie stanie i ich najbliżsi wrócą do domu. Ci, którzy idą w wysokie góry, przez cały rok pracują na uczelni, w korporacji, zbierają pieniądze na ten miesiąc, dwa, kiedy staną się kimś innym, niezależnym od swoich szefów i hierarchii tu, na nizinie. Trenują, gromadzą ekwipunek, zostawiają bliskich i jadą. Historia z Nanga Parbat w istocie jest historią o tym, jak człowiek targuje się z Panem Bogiem o to, by mógł poznać więcej, by mógł przekroczyć jeszcze jedną granicę. Czasem się udaje, a czasami los mówi jednak: nie. Wtedy my dzięki mediom, które opowiedziały niemal o każdym z ostatnich kroków Mackiewicza, zostajemy z tajemnicą i z tymi głupimi odpowiedziami, że każdy ma jakąś pasję. ■

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

Udostępnię lekarzowi **gabinet stomatologiczny** z własną bazą pacjentów. Warszawa-Ochota. Tel.: 608-50-51-49.

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



Jako obywatelka...

Janina Jankowska

Chyba nikt w Polsce nie ma dziś wątpliwości, że kryzys w naszych stosunkach z Izraelem, powstały w wyniku nowelizacji ustawy o IPN, to bolesny wstrząs, który działa, niestety, na zasadzie kuli śniegowej, przeciwko Polsce.

W takich sytuacjach nie należy wpadać w panikę, tłumaczyć się szlachetnymi intencjami obrony dobrego imienia naszego kraju, znów wchodzić w rolę ofiary atakowanej przez cały świat, tropić wzrost nastrojów antysemickich w Internecie, tylko zastanowić się spokojnie, dlaczego Izrael, Departament Stanu USA i minister spraw zagranicznych Francji zobaczyli w tej nowelizacji zagrożenie wolności słowa?

Najgorszą postawą byłoby uznanie, że oni nas nie rozumieją, a my przecież mamy rację. To skąd niepokój o zagrożenie wolności słowa? A może przyczyniliśmy się do nieporozumienia niezręczną dyplomacją, brakiem wyobraźni, bezmyślnością? Dla dobra polskiej polityki warto przeanalizować, gdzie, kiedy i przez kogo zostały popełnione błędy.

1. Treść nowelizacji nie byłaby żadnym problemem, gdyby nowelizacja art. 55 ograniczyła się do penalizacji użycia terminu „polskie obozy śmierci”. Z tym wszyscy obecni oponenti Polski zgadzają się.

Interesuje mnie, kto poszerzył art. 55 o punkty, w których mowa o karaniu za głoszenie poglądów, hipotez, opinii? Jak przebiegała dyskusja w komisji sejmowej? Dlaczego opozycja głosowała za nowelizacją? Myślę, że jako obywatele mamy prawo to wiedzieć.

2. Kto zdecydował o wyjęciu nowelizacji z zamrażarki sejmowej (po 1,5 roku) i wprowadzeniu na siłę na listę głosowań w przeddzień rocznicy wyzwolenia obozu Auschwitz-Birkenau? To bardzo ważna informacja. Premier Morawiecki uznał, że data była nieszczęśliwie wybrana, a więc konkretna osoba powinna za to odpowiedzieć.

3. Pierwsze reakcje polskich władz po ostrym wystąpieniu pani ambasador Izraela w Auschwitz, jeszcze przed przegłosowaniem poprawek w Senacie, były bardzo rozsądne. Premier Morawiecki zadzwonił do premiera Izraela, ustalono powołanie wspólnej komisji do przeanalizowania zapi-

sów. Marszałek Karczewski zaprosił panią ambasador, by przeanalizować wątpliwości, bo był jeszcze na to czas, ustawa nie była procedowana. Następnego dnia – zwrot w polityce. Ktoś podjął decyzję przyspieszenia. Żadnych rozmów przed głosowaniem w Senacie dotyczącym przyjęcia nowelizacji ustawy o IPN. – *Nie ma potrzeby zgłaszania poprawek* – mówi marszałek Karczewski.

– *Rozmawiać możemy później.* Nowelizacja została przegłosowana o drugiej w nocy. Jako obywatelka chciałabym wiedzieć, kto podjął tę decyzję i dlaczego?

Nasza klasa polityczna nie zdała egzaminu. Jednak nigdy nie jest za późno. Trzeba się uczyć państwa, bo mało go mieliśmy. Z drugiej strony nasza historia jest dramatyczna, nie zdążyliśmy jej przepracować, zobaczyć i przeanalizować własne błędy, od utraty niepodległości po II wojnę światową i straszne doświadczenie XX w. – Holokaust. Zapomina się dziś, że rządziła przemoc. Ona często paraliżowała tę część społeczeństwa, którą z dzisiejszej perspektywy oskarża się jako obojętną. Byli tacy, którzy pod groźbą śmierci przechowywali Żydów, i tacy, którzy na Holokaucie postanowili się wzbogacić, szmalcownicy, denuncjatorzy, mordercy. Po wojnie, za władzy ludowej, zniknęli szmalcownicy. Nie pamiętam ich głośnych procesów, sporo z nich wstąpiło, jak później czytałam, do UB za cenę zapomnienia wojennych przestępstw. Nie uczyłam się o tym w szkole, termin „szmalcownik” znam z rodzinnych rozmów. Uczyliśmy się o bohaterskiej Armii Ludowej, która przy boku Armii Radzieckiej dotarła do Berlina i wyzwoliła nasz kraj. W przekazie rodzinnym była bohaterska Armia Krajowa, której członkowie po 1956 r. (Polski Październik) wyszli z więzień. AK stała się mitem założycielskim „Solidarności” i wolnej Polski, bo szuka się szlachetnych i pięknych wzorów postaw. Nie było więc już czasu na przepracowanie naszych grzechów z II wojny światowej, czasów okupacji hitlerowskiej i dokonywanego na polskich ziemiach Holokaustu. Uciekaliśmy przed tym, wstyd było przyznać, że zajmuje się mienie żydowskie. Była wojna, zawierucha, wysiedleni ze Wschodu Polacy byli zmuszeni do osiedlania się na ziemiach zachodnich. Taka kolej rzeczy. Wygodnie było uznać, że ofiara hitleryzmu nie może być jednocześnie katem. Tymczasem hitleryzm zbudował odczuwaczony mechanizm, w którym ofiary czasem stawały się katami. Na niewinnych odbijały własne krzywdy. Czasem były to elementy kryminogenne, takie same, które dziś ograbią chorego lub bezdomnego. Zatem, gdy obraz szmalcowników, morderców przenosi się na całe polskie społeczeństwo, budzą się w nim protesty, które zaowocowały niechlujną i źle wprowadzoną ustawą. Wielka szkoda.

Na koniec nurtuje mnie pytanie: czy mogła ujść z życiem z okupowanej Polski osoba pochodzenia żydowskiego bez pomocy Polaków? ■

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



Lekarz z przełomu wieków

W Muzeum Historii Medycyny WUM odbyła się sesja naukowa poświęcona Józefowi Polikarpowi Brudzińskiemu, pt. „*Salus aegroti suprema lex esto*”, w setną rocznicę jego śmierci.

Prof. Brudziński, lekarz pediatra, położył wielkie zasługi dla reaktywowania w 1915 r. Uniwersytetu Warszawskiego, był jego pierwszym rektorem, a ponadto prowadził badania medyczne, m.in. nad objawami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Józef Brudziński urodził się w 1874 r. w rodzinie ziemiańskiej. Po ukończeniu IV Liceum w Warszawie studiował medycynę w Dorpacie (obecnie Tartu w Estonii) i Moskwie. Studia ukończył w 1897 r., powrócił do Warszawy, gdzie krótko pracował w szpitalu starozakonnych na oddziale Wiktora Grossterna. Zainteresował się pediatrią, od 1898 r. specjalizował się w Krakowie, u prof. Macieja Jakubowskiego, a następnie kontynuował pogłębianie wiedzy z pediatrii w Grazu i Paryżu, wszędzie u znakomitych lekarzy. Odbywał też praktykę w szpitalach w Wiedniu, Zurichu, Bazylei, Kolonii i Londynie. Zdobył wiedzę na temat ich organizacji, która przydała mu się po powrocie na ziemie polskie. W 1904 r. został poproszony o utworzenie Szpitala im. Anny Marii w Łodzi (obecnie im. J. Korczaka), a w 1910 r. – Szpitala im. Karola i Marii w Warszawie. Obie placówki powstały ze środków prywatnych. W obu był pierwszym lekarzem naczelnym.

Dr Józef Brudziński zajmował się również badaniami naukowymi. Jego domeną była pediatria i neurologia, ale interesował się także psychiatrią dziecięcą. Napisał 55 prac naukowych. Długie badania symptomów zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci oraz eksperymenty na zwierzętach zaowocowały kilkoma pracami, w których opisywał mechanizm choroby. Zjawiska te znane są obecnie pod nazwami: objaw karkowy Brudzińskiego (ang. Brudzinski sign) oraz objaw policzkowy (Brudzińskiego) i objaw łonowy (Brudzińskiego). W 1909 r. otrzymał stopień doktora wszechnauk lekarskich na Uniwersytecie Jagiellońskim. Był współzałożycielem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.



Fot. archiwum

Gdy tylko w 1915 r. warunki polityczne zaczęły sprzyjać aktywności obywatelskiej i patriotycznej w zajętej przez Niemców Warszawie, Józef Brudziński zaangażował się w tworzenie polskich instytucji i samoorganizację mieszkańców. W Komitecie Obywatelskim Warszawy działał w wydziale oświecenia, sekcji szkół wyższych, komisji uniwersyteckiej i lekarskiej, uczestniczył także w tworzeniu Tymczasowej Rady Stanu. Jego zasługi były tak duże, że przez dwie kadencje powierzano mu funkcję rektora odradzającego się Uniwersytetu Warszawskiego. Niestety, nie dożył dnia niepodległości. Zmarł 18 grudnia 1917 r. na zapalenie nerek. Powiedzano o nim, że „budował w dniach zamętu i zwątpienia”.

Jego imię nosi Szpital Miejski w Gdyni i jedna z sal pałacu Kazimierzowskiego. ■

mkr

Rekolekcje Wielkopostne dla służby zdrowia

odbędą się 15–17 marca w kościele Sióstr Wizytek przy Krakowskim Przedmieściu 34.

Każdego dnia będą się rozpoczynać mszą św. o godz. 18.00.

Rekolekcje będzie głosił ks. dr Jacek Prusak SJ – prorektor Wyższej Uczelni „Ignacjanum” w Krakowie.

Ks. Władysław Duda

Posiadanie samochodu, czyli bieg z przeszkodami

Bez niego trudno sobie wyobrazić życie. Może zabraknąć wody w kranie, ale samochodu nigdy. Cztery koła to namiastka wolności i swobody. To Ty decydujesz, kiedy ruszyć i gdzie. Ale posiadanie samochodu obok zalet ma też wady. A przynajmniej do niedawna właśnie tak było. Bo teraz samochód może cieszyć. Tylko.



Bezpowrotnie minęły czasy, kiedy samochód służył jedynie jako środek transportu. Dziś to dla wielu styl życia, a także wizytówka, równie istotna co garnitur czy też krawat. „Jak cię widzą, tak cię piszą” brzmi polskie przysłowie, a samochód nie pozostaje tu bez znaczenia. Wybór konkretnej marki oraz modelu to nierzadko decyzja lepiej przemyślana niż zmiana miejsca zamieszkania. Samochód ma wyrażać osobowość i naturę. Mało kto jednak zdaje sobie sprawę, że w dniu zakupu ruszamy do biegu z licznymi przeszkodami. Samochód bowiem potrafi cieszyć, ale dostarcza też wielu zmartwień.

Brutalne zderzenie z rzeczywistością następuje dość szybko: już w momencie wykupienia ubezpieczenia. Za sprawą drastycznych podwyżek cen polisa to dziś prawdziwy luksus. Jej koszt potrafi zatem skutecznie wydrenować nawet najgłębszą kieszeń. Podobno faceci nie płaczą, ale w tej sytuacji mięknią nawet najtwardsi. Święty Boże nie pomoże bo, jak wiadomo, ubezpieczenie jest obowiązkowe i basta. Po nabyciu wybiegamy na krótką prostą, aby za chwilę przymierzyć się do pokonania kolejnej przeszkody, jaką jest nabycie opon. O ile do zakupu dużej felgi nie trzeba nikogo namawiać, to później do zakupu dodatkowych opon już tak. Niestety bywa, że ich ceny przewyższają koszt weekendowego pobytu w niejednym spa, a to skutecznie odstrasza. Na horyzoncie szybko pojawiają się też koszty przeglądów, a w razie awarii – samochodów zastępczych. Jednym słowem bardzo droga jest ta wolność i swoboda. Na szczęście na rynku zaszły spore zmiany i wszystkich przykrych obowiązków można się definitywnie pozbyć.

Długoterminowy wynajem samochodu, bo o nim właśnie mowa, jest obecnie najciekawszym sposobem na posiadanie i użytkowanie własnego auta. W ramach jednej, stałej opłaty uiszczanej co miesiąc można się cieszyć tym, co daje samochód, bez ponoszenia wszystkich przykrych konsekwencji. Sprawia to fakt, że comiesięczna opłata uwzględnia wszelkie koszty związane z ubezpieczeniem, serwisem, wymianą opon.

W razie wypadku pokryte zostają również koszty assistance, a firma wynajmująca samochód przejmuje koordynację prac związanych z naprawą, gwarantując jednocześnie auto zastępcze, podczas gdy tradycyjny leasing zmusza nas do samodzielnej walki z wszystkimi formalnościami. O zaletach takiego rozwiązania nie trzeba zatem nikogo przekonywać. To nie tylko oszczędność nerwów, ale przede wszystkim czasu, który możesz przeznaczyć na znacznie bardziej istotne sprawy. Czas trwania umowy? To Twoja decyzja. Jest tu spore pole do manewru, od 12 aż do 36 miesięcy. W obydwu przypadkach, po upływie ustalonego terminu, możesz samochód wykupić lub po prostu go zwrócić i wybrać kolejny, dowolnie skonfigurowany przez siebie model. Masz możliwość rozsmakowania się w motoryzacji, przeżywania kolejnych przygód związanych z posiadaniem nowego modelu bez żadnych konsekwencji. Nie musisz mierzyć się ze żmudnym procesem sprzedaży, okazywaniem auta niezliczonym potencjalnym kupcom. Zaczynasz kolejny rok z kolejnym samochodem, a jedyne, co Cię interesuje, to wysokość miesięcznej raty.

Tak, życie może być proste.

Przekonaj się. _____



Skontaktuj się z nami

Tel.: +48 22 223 60 65

E-mail: kontakt@auto4doctors.pl

WWW: auto4doctors.pl

Nasz fanpage:

facebook.com/auto4doctors



Fot. archiwum

Z perspektywy pacjenta

Hanna Odziemska

lek. chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

Sobota wieczór. Po tygodniu morderczej pracy w trzech przychodniach zasłużona impreza w doborowym gronie u mnie w domu. Goście umówieni na dwudziestą, około dziewiętnastej dzwoni telefon. Mój były. Niestety, z zasady układam sobie poprawne relacje z byłymi, co bywa kłopotliwe.

Słuchaj, mam taką sprawę. Uderzyłem się w głowę o kant szafki kuchennej i strasznie krwawię.

– To dlaczego dzwonisz do mnie, zamiast wezwać pogotowie?

– Dzwoniłem, ale powiedzieli, że bym sobie łód przyłożył i po dwóch godzinach krwawienie powinno ustąpić.

– I co?

– Nie przestało po dwóch godzinach, więc dzwonię do ciebie.

Klnąc szpetnie w myślach, ubieram się i jadę, w końcu jestem lekarzem, a były w końcu jest moim zadeklarowanym pacjentem. Wchodzę do mieszkania. Na środku kuchni przy stole stoi były. Po jednej stronie ma stertę zakrwawionych szmat, po drugiej stertę czystych. Płynnym ruchem zmienia zakrwawione na czyste, tempo jest spore. Oglądam ranę – zdecy-

dowanie do szcicia. Robię prowizoryczny opatrunek, bo nie przygotowałam się na taką wersję. Znam byłego, zawsze umierał przy temperaturze 36,7, ale tym razem nie przesadza. Klnąc w myślach jeszcze bardziej szpetnie, wrzucam pacjenta na tylne siedzenie z uprzejmą prośbą o zwrócenie uwagi na tapicerkę, i wiozę na SOR. Do szpitala, który mi polecił kolega.

Dziewiętnasta, czyli zmiana. Pani rejestratorka stoi tyłem do kontuaru i konsumuje kanapkę. Przez chwilę czekamy. Nie przeszkadzam, przecież sama wiem dobrze, jak ciężko się pracuje z pustym żołądkiem. Jednak opatrunek przesiąka.

– Przepraszam, czy może ktoś do nas podejść? Mąż jest po urazie głowy.

– Numerek państwo pobrali? – pada ostre pytanie.

Pobieram numerek, na szczęście jesteśmy pierwsi w kolejce. Pani rejestratorka, przetykając kanapkę, wprowadza dane. Pięć stron A4, na każdej podpis albo dwa podpisy.

– Rękę poproszę – pani rejestratorka wyciąga zielony pasek. Mój były podaje rękę z zakrwawioną szmatą, więc pani natychmiast zmienia kierunek:

– To może niech pani mężowi zapnie na nadgarstku.

Wchodzimy na SOR niemal od razu. Ratowniczką zabiera byłego do pokoju badań. Ślady krwi są wszędzie. Wywiad, pomiar ciśnienia. Ratowniczką zdejmuję rękawiczki, podaje byłemu długopis i trzy strony A4 do podpisu. Ja mam już w rękach pełno szmat, nadludzkim wysiłkiem unikam kontaktu z krwią.

– Czy można to gdzieś wyrzucić? – pytam.



Rys. P. Woźniak

Pani ratowniczka gwałtownie cofa ręce i pokazuje palcem:

- *Tam jest czerwony worek.*
- *A możemy dostać trochę gazy?*
- nie odpuszczam.

Dostajemy stertę ligniny. Drogę już znam: czysta lignina, zakrwawiona lignina, czerwony worek. Czerwony szlak coraz bardziej wyrazisty.

Wizyta u pani doktor. Jestem już lekko spięta, bo dwudziesta coraz bliżej. Nie chcę być roszczeniowym pacjentem, przecież wiem, jak to wygląda z drugiej strony, ale zależy mi na czasie, więc przejmuję dowodzenie.

- *Może będzie szybciej, jak ja powiem: jestem lekarzem, mąż doznał urazu głowy itd.*

Pani doktor słucha, stukając w klawiaturę.

- *Chirurg zaraz przyjdzie zeszyć panu ranę – mówi w końcu. – Czy zgadza się pan na tomografię głowy? Może pan się nie zgodzić, bo jak pan się zgodzi, to spędzi pan tu co najmniej sześć godzin, a jak nie, to tylko chirurg pana zeszyje i pójdzie pan do domu.*

No, nie wierzę. Powiedziała to jedynym tchem. Czysta lignina, zakrwawiona lignina, czerwony worek.

- *Zgadzasz się na tomografię – mówię ostro. Były i pani doktor milcząco akceptują.*

Znowu korytarz. Lignina, czerwony worek i czerwony szlak. Czekamy na chirurga. Ja już chcę do domu. Dwudziesta dawno minęła, domownicy i goście czekają, gorąca linia aż iskrzy. Nie chcę już być pacjentem ani rodziną pacjenta.

Ktoś wywołuje nazwisko byłego. Pani salowa. – *Na tomografię pan idzie.*

- *Ale jak ja pójdę na tomografię – mówię były – z takim zakrwawionym czółem?*
- *No, jak pan pójdzie na tomografię z takim czółem? – powtarza salowa i za chwilę drze się na całą SOR:*
- *Pani doktóóóóóó!*

Po kilku minutach są wydane dyspozycje, zjawia się pielęgniarka, robi profesjonalny opatrunek. Czerwony szlak i czerwony worek oddalają się od nas. Po tomografii zostawiam byłego sam na sam z chirurgiem, upewniając się przedtem, że ma pieniądze na taksówkę. Odjeżdżam spod szpitala z nową wizją reformy ochrony zdrowia: panią salową trzeba zrobić koordynatorem – i niech rozdziela zadania. Albo trzeba będzie napisać nad wejściem: „*Lasciate ogni speranza voi ch'entrate*”.



Goniec Medyczny

ZUS zabiera lekarzom papierowe bloczki zwolnień

Od marca każdy lekarz może otrzymać tylko trzy bloczki z drukami ZUS/ZLA, w kwietniu dwa, a od maja zaledwie jeden. Wprowadzane ograniczenia wiążą się z tym, że od lipca lekarze będą mogli wystawiać zwolnienia tylko drogą elektroniczną.

W końcu ktoś to obliczył!

Raport „E-zdrowie oczami Polaków” dowodzi, że szukanie historii choroby zajmuje lekarzowi 3,86 minuty, wypisywanie recept 4,01 minuty, wypisywanie zwolnień 4,09 minuty, a uzupełnianie danych osobowych ponad 4 minuty. Efekt? Z 20-minutowej wizyty aż 16 minut pochłaniają czynności organizacyjne, a tylko niecałe 4 minuty pozostają na zbadanie pacjenta i rozmowę z nim.

Przymusowe leczenie chorych na gruźlicę?

Specjaliści powinni mieć możliwość przymusowego leczenia pacjentów, którzy stanowią zagrożenie dla innych. Izolację i przymusowe leczenie – w przypadku silnego prątkowania – mogłaby zarządzić specjalna komisja – informuje „Dziennik Gazeta Prawna”.

Paskudne bakterie z Warszawy...

W szpitalach województwa pomorskiego obowiązuje kwarantanna dla pacjentów, którzy wcześniej leczyli się w niektórych placówkach, m.in. w Mazowieckiem lub Podlaskiem. Chodzi o ograniczenie rozprzestrzeniania się bakterii, na które nie działają żadne antybiotyki.

Borelioza po 20 miesiącach

Mężczyzna z podejrzeniem boreliozy zgłosił się do Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Płocku. Usłyszał, że przyjmą go w poradni hepatologicznej we wrześniu 2019 r. (sic!). Andrzej Troszyński, rzecznik prasowy Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, potwierdza, że w Płocku nie ma poradni chorób zakaźnych z kontraktem NFZ.

Upaństwowienie ratownictwa medycznego

Sejmowa Komisja Zdrowia poparła projekt przewidujący upaństwowienie systemu ratownictwa medycznego. Prywatne podmioty takie świadczenia będą mogły realizować tylko do końca 2018 r.

Wysoki urzędnik NFZ aresztowany

Funkcjonariusze wrocławskiej delegatury Centralnego Biura Antykorupcyjnego zatrzymali byłego dyrektora mazowieckiego NFZ pod zarzutem przekroczenia uprawnień dla uzyskania korzyści majątkowej.

Producenci suplementów

Inspekcja Handlowa sprawdzała, czy suplementy diety są prawidłowo oznakowane, czy producenci nie wprowadzają konsumentów w błąd i czy zgłosili suplementy do GIS. Najwięcej zastrzeżeń inspektorzy mieli do informacji na opakowaniach. Producenci m.in. zawyżali zawartość witamin i minerałów, a zaniżali ilość soli.

Mobbing po polsku

Setki tysięcy osób codziennie pada w pracy ofiarą złośliwych uwag, prostackich żartów, seksistowskich zaczepek, wyzwisk, gróźb, pokrzykiwań, poniżania, narzucania niewykonalnych obowiązków. Stres, który jest spleciony z mobbingiem i dyskryminacją, prowadzi do bardzo negatywnych konsekwencji. Zajmuje on pierwsze miejsce wśród schorzeń w pracy i według danych PIP stanowi przyczynę ponad połowy absencji chorobowych.

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

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

XI Charytatywna Gala Karnawałowa Przyjaciół Fundacji „Pro Seniore”



przekazanej przez małżonkę prezydenta RP Agatę Kornhauser-Dudę, ręcznie malowanej porcelany od prezesa Rady Ministrów Mateusza Morawieckiego, filiżanki z emblematem Senatu RP i albumu z dedykacją marszałka Senatu RP oraz akwareli przekazanej przez marszałka województwa mazowieckiego Adama Struzika. Podczas loterii fantowej goście mieli szansę wygrać atrakcyjne nagrody, m.in.: zestawy kosmetyków, vouchery na weekendowe pobyty w atrakcyjnych hotelach, udostępnienie luksusowego samochodu na weekend oraz zestawy upominkowe przekazane przez Polski Komitet Olimpijski.

Podobnie jak w poprzednich latach cały dochód z imprezy zostanie przekazany na działalność

Więcej na stronie: www.proseniore.pl

W lutym 2018 r. w hotelu Marriott w Warszawie odbyła się XI Charytatywna Gala Przyjaciół Fundacji „Pro Seniore”. Impreza została objęta patronatem honorowym marszałka Senatu RP Stanisława Karczewskiego. Uroczystość otworzyli: prezes zarządu Fundacji „Pro Seniore” Andrzej Surowiecki, który po powitaniu zgromadzonych gości przedstawił najbliższe plany rozwoju działalności fundacji, oraz prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Andrzej Sawoni.

Organizatorzy zapewnili doskonałą zabawę i wieczór pełen atrakcji. O moc artystycznych wrażeń zadbałi gospodyni wieczoru Jolanta Mrotek – aktorka i wokalistka znana z Teatru Sabat, oraz zespół Boogie Band, którego repertuar pozwolił uczestnikom balu odbyć nostalgiczną podróż w czasie.

Podczas zabawy została przeprowadzona aukcja charytatywna. Po raz kolejny goście hojnie wsparli fundację. Odbyła się licytacja przedmiotów ofiarowanych fundacji, m.in.: broszki



Fotografie: T. Biełski

statutową fundacji. Wszystkim darczyńcom serdecznie dziękujemy! Jednocześnie zapraszamy do udziału w kolejnej Charytatywnej Gali Przyjaciół Fundacji „Pro Seniore”. ■

Źródło: „Pro Seniore”

Spotkanie absolwentów Akademii Medycznej w Warszawie rocznik 1952–1958 (kurs A i B)

Z okazji 60-lecia otrzymania dyplomu zapraszamy na spotkanie,

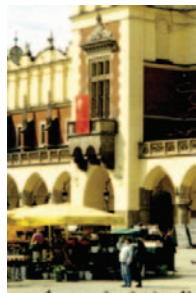
które odbędzie się **15.06.2018 r.**, o godz. 13.00,

w Muzeum Historii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Żwirki i Wigury 63.

Warunkiem udziału w spotkaniu jest dokonanie wpłaty 140 zł (z dopiskiem: spotkanie koleżeńskie) przed 30.04.2018 r. na konto nr 42 1020 1055 0000 9702 0015 8238 Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji.

Komitet organizacyjny:

Krystyna Stankiewicz – tel.: 606-38-16-26, Zbigniew Miller – tel.: 601-35-45-81, e-mail: mszostek@icloud.com



Fot. kb

Pożegnania

Ochodzą ostatnie gwiazdy Piwnicy pod Baranami. Dopiero

co odbył się pogrzeb Marka Pacuły, w chwilę później Anny Szałapak, a już przychodzi znów wędrować na Rakowice ostatnim traktem Mieczysława Świącickiego.

Ileż to serc niewieścich biło przyspieszonym rytmem, gdy zawsze wytworny, w słomkowym kapeluszu, z szalikiem wokół szyi, Książę Nastroju pojawiał się na scenie, by wskrziesić jakiś romans cygański lub rosyjski.

Teraz będzie epizod osobisty. W tak zwanym stanie wojennym aresztowano na bodaj dwa dni Piotra Skrzyneckiego, o czym napisałem w „Gazecie Krakowskiej” felieton z tezą, że aresztując kpiarzy, władza sama staje się komiczna. I jakimś niedopatrzaniem cenzura to puściła. A potem Mietek, zawsze pełen pomysłów, namawiał, by sięść i napisać o tym stosowne dezyderata. Przypomnijmy we fragmencie słowa poematu z lat 20. minionego stulecia: „Przechodź spokojnie przez hałas i pośpiech, i pamiętaj, jaki spokój można znaleźć w ciszy. O ile to możliwe, bez wyrzekania się siebie bądź na dobrej stopie ze wszystkimi. Wypowiadaj swoją prawdę jasno i spokojnie, wysłuchaj innych, nawet tępych i nieświadomych, oni też mają swoją opowieść”.

Zaczynam od Piwnicy, ale przecież mam na myśli także samorządowe pożegnania, w jakimś stopniu niesprawiedliwe, bo kadencyjne. Czy rytmem czterech lub pięciu lat można ocenić zdolność człowieka do dalszego działania albo moment wypalenia się jego aktywności? Ja wiem, kadencja to poniekąd gwarancja demokracji. Ale także podkreślenie jej słabości. W krakowskiej Izbie liczba nowych delegatów na zjazd okręgowy przekracza 40 proc. Odmłodzenie będzie zatem znaczne. Ale chciałbym raczej chwilę refleksji poświęcić tym, którzy teraz będą w swoim *curriculum vitae* przed wspomnianą funkcją pisać literkę „b” z kropką. Czy uznają czas poświęcony samorządowi za dobrze wykorzystany?

Krakowska Okręgowa Rada zamknęła VII kadencję jubileuszem 125-lecia samorządu. Był bowiem rok 1893, kiedy we Lwowie i Krakowie na mocy cesarskiego dekretu zawiązała się Wschodnio i Zachodnio Galicyjska Izba Lekarska. Siedziba tej drugiej znajdowała się w mieszkaniu pierwszego prezesa, pediatry, inicjatora dziecięcej wioski w Rabce, późniejszego rektora UJ Macieja Leona Jakubowskiego.

Teraz dostojni goście i weterani samorządu lekarskiego spotkali się w Teatrze STU. Lista obecności i multimedialne historyczne prezentacje poprzedziły premierę teatralną „Wiedźm” na motywach twórczości Szekspira, przygotowaną przez Krzysztofa Jasińskiego, i bankiet. Gdyby jeszcze ten wskaźnik 4,6 proc. PKB nie uwierał, byłoby naprawdę doskonale. ■

Stefan Ciepły



Fot. archiwum

Razem czy osobno cz. 1

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Pisownia łączna lub rozdzielna (bo tak to bywa nazywane fachowo) to jeden z trudniejszych problemów polszczyzny, ponieważ nie wystarcza opanowanie reguł zapisu. Trzeba trochę znać historię języka, gramatykę i semantykę. Na skutek różnych nakładających się na siebie zjawisk występujących w uzusie (użyciu języka) liczne pary i grupy wyrazów łączą się w jedno słowo (na przykład dwa wyrazy: *okamgnienie*, *bogobojny*, *Białystok*; trzy wyrazy: *widzimisię*, *przedsiębierny*). Decydują o tym: utrwalenie w języku, dokładne wydzielenie znaczenia, jego ujednoczenie i stabilizacja.

W innych wypadkach też się prosi o zrost, ale do niego nie dochodzi, ponieważ znaczenia składników są autonomiczne i wciąż odczuwa się ich funkcję jako właściwą osobnym wyrazom. Chodzi tu o takie związki wyrazów, w których paradoksalnie łącznikiem jest spacja, czyli odstęp międzywyrazowy. Seriami spotykamy wyrażenia, które są wielowyrazowymi rzeczownikami, czasownikami lub przymiotnikami. Pełno ich w terminologii. Na ogół są to konstrukcje typu *wyraz określany + wyraz określający* (zawsze w tej kolejności; rozdzielenie spacją). Poprawnym terminem jest na przykład *cięcie cesarskie* (potocznie: *cesarskie cięcie*). Wyraz nadrzędny (główny) jest skojarzony z podrzędnym, który go dookreśla, identyfikuje i indywidualizuje.

Podobnie jest z nazwami osób. Najpierw ważniejsza nazwa osoby, czyli *imię*, potem spacja, wreszcie dookreślenie imienia, więc *nazwisko*. Zatem *Jan Kowalski*, a nie **Kowalski Jan* (chyba że w jakimś urzędowym wykazie, sortowanym wedle nazwisk). Wielu traktuje nazwiska jako ważniejsze człony nazw osób, co zresztą ze względów praktycznych jest przydatne. Wszak nie bardzo wiemy, co napisał *Henryk*, ale wiemy na pewno, co *Sienkiewicz*. Ale mija się to z rzeczywistością. Imię jest nazwą główną, podobnie jak w wyrażeniach, co do których szyku wyrazów nikt nie ma wątpliwości. Są wzorcami całych klas połączeń typu *lekarz chirurg*, *człowiek guma*, *drewno opałowe*, *płatki owsiane*.

Inaczej jest z zestawieniami wyrazów semantycznie równorzędnych, w których składniki są ściśle zespolone, ale jednocześnie docelowo wciąż rozpoznawalne, niemieszające się, dające się wyraźnie oddzielić, jak w wyrażeniach typu *biało-czerwony*, *północno-wschodni*, *przednio-tylny*, *laska-parasol*. To bardzo ważne, dywiz (łącznik) nie tyle rozdziela, ile właśnie łączy, ale nie do końca (zapobiega zrostowi). Bo już w zrostach typu *żółtozielony* (żółty z odcieniem zielonym), *północnodolnoniemiecki* (dolny obszar północnego kraju Niemiec; na północy Niemiec, ale w dolnej części tego obszaru), *rymskokatolicki* (katolicki, ale z Rzymu; rzymski, ale z Kościoła katolickiego) czy *popularnonaukowy* (popularyzujący naukę; naukowy, ale napisany popularnie) składników skutecznie wydzielić się nie da, można się ich znaczeń najwyżej domyślać. I rzecz jeszcze dziwniejsza: znaczenia te stanowią wzajemne dookreślenie.

Ciąg dalszy niebawem. Jak widać, zapowiada się ciekawie. ■

Rywalizacja pingpongistów



Fot. P. Kajfasz

W listopadzie 2017 r. w Ursynowskim Centrum Sportu i Rekreacji, w Hali Centrum Tenisa Stołowego „Hawajska”, odbył się IV Mazowiecki Turniej Tenisa Stołowego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zorganizowany przez Komisję Kultury, Sportu i Turystyki. Gościliśmy lekarzy – tenisistów stołowych z całej Polski.

Zawodnicy startowali w trzech kategoriach wiekowych: do 40 lat, 40–55 lat i powyżej 55 lat. Ponadto odbył się turniej de-

blowy i zawody open. Rywalizacja była bardzo zacięta, ale *fair play*. Turniej zakończyło oficjalne ogłoszenie wyników i uroczyste wręczenie medali. Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie reprezentowali: Artur Barlik, Andrzej Bernatowicz, Paweł Daszkiewicz, Tomasz Filipiński, Piotr Kajfasz, Piotr Kalinowski, Krystyna Kałużyńska, Zbigniew Kosior, Bartosz Kowalski, Krzysztof Makuch, Łukasz Mysiorski i Krzysztof Schreyer. ■

Piotr Kajfasz

DLA SMAKOSZY

Wspomnienie dzieciństwa

Jeszcze zima, do wiosny daleko, choć dni coraz dłuższe. Co robić? Najlepiej poprawić sobie humor. A jak? Wspominając dzieciństwo i to na słodko. Tym razem proponuję jako współsprawcę radości kakao.

Już Majowie i Aztekowie cenili ziarna kakaowca. Przynajmniej z nich napój nazywali nektarem bogów. Kakao jest źródłem witamin i mikroelementów oraz tak cenionych przeciwutleniaczy (ma ich 30 razy więcej niż zielona herbata!). Ziarna kakaowca zawierają węglowodany, nasycone kwasy tłuszczowe, wapń, witaminy B, B2 i B3, błonnik, magnez, fosfor, potas, cynk, sód, białka, dzięki czemu mają działanie modulatora homeostazy naczyń, hamują agregację płytek krwi w tętnicach. Stymulują produkcję tlenu azotu we wnętrzu ścian tętnic i poszerzenie tętnic. Spożywanie ich powoduje zwiększanie poziomu HDL oraz zapobiega przedwczesnemu starzeniu się i objawom menopauzy. Ziarno kakaowca zawiera także składniki, które uspokajają, poprawiają humor. Skorzystajmy więc z tego i zrobmy blok kakaowy.

Składniki: ♦ 500 g mleka w proszku ♦ 150 g ciemnego kakao ♦ 300 g masła ♦ 2/3 szklanki wody ♦ 1/2 szklanki cukru trzcinowego ♦ 1 torebka cukru waniliowego ♦ 80 ml rumu (ciemnego) ♦ 150 g mieszanki różnych orzechów lub rodzynek, ale suchych ♦ 1 opakowanie pokruszonych herbatników

Wykonanie: roztopić w garnku masło, cukier trzcinowy i waniliowy z wodą. Studzić (cały czas mieszając) roztopione masło i pozostałe składniki, a następnie lekko ciepłe wlać do miski z wymieszanim mlekiem w proszku i kakao. Całość szybko wymieszać, dodając stopniowo alkohol, orzeszki i herbatniki. Masę wyłożyć do formy i wstawić ją do lodówki, by stężała. Po kilku godzinach wyjąć blok (polewając formę ciepłą wodą), pokroić na cienkie kromeczki i delectować się smakiem dzieciństwa. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz



Podziękowanie

Składamy serdeczne podziękowania **Pani Ordynator i całemu zespołowi Oddziału Okulistycznego w Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie** za opiekę. Przebywałem w tym szpitalu od 22 do 29 stycznia br.

Naszą głęboką wdzięczność budzi nie tylko profesjonalizm, ale też ciepłe i pełne empatii podejście do pacjentów.

Grażyna i Tomasz Wajcoviczowie



Szwedagon

– Złota Pagoda

Jacek Walczak

W micie znanym ze starych źródeł syngaleskich i lankijskich pojawiają się bracia Tapus i Palika. Pewnego razu bracia dotarli do lasu Kiripalu, gdzie Budda Goutama oddawał się medytacji. Przywieźli 500 wozów rozmaitych darów. Wręczając je Buddzie, poprosili w zamian o relikwie. Budda wyrwał z głowy osiem włosów i dał je im. Tapus i Palika przekazali relikwie do skromnej stupy w wiosce Dagon (dzisiaj świątynia Szwedagon w dawnej stolicy Birmy Rangunie).

Republikę Związku Mjanmy (wcześniej kraj zwany Birmą) tworzą oficjalnie 129 narody. Najliczniejsi, bo stanowią blisko 70 proc. z niemal 60 mln obywateli, są Birmańczycy. Nieliczny (2 proc. ludności kraju) lud Mon jako pierwszy przyniósł na tę ziemię cywilizację, kulturę, a przede wszystkim buddyzm. Monowie właśnie zawiadywali wzgórzem Dagon, gdzie umieszczono pierwsze relikwie Buddy. Założyli miasta Thaton, Martabam, Pegu i nie mniej ważne Lopburi, Nakhom Phatom, U Thong w Syjamie (dzisiejszej Tajlandii). Ich język *pali* rozprzestrzenił się w południowo-wschodniej Azji, zapisano w nim najstarszą wersję *tripitaki*, tzw. kodeksu palijskiego, a także wszystkie zasady klasycznej odmiany buddyzmu *therawada*. Władca pierwszego birmańskiego imperium, król Anawrahta, wykorzystał w XI w. *therawadę* jako spoiwo nowej dynastii. W XVII w. założyciele ostatniej dynastii birmańskiej Konbuaug doprowadzili do definitywnego kresu królestwa Monów. Wkrótce przybyli Anglicy i zaprowadzili nowe porządki.

Opierając się na mitycznej historii, Birmańczycy oceniają wiek świątyni w Szwedagon na 2600 lat. To dość swobodny szacunek, badania archeologiczne pozwalają stwierdzić, że pierwszą stupę zbudowano między VI a X w. Liczne z czasem świątynie (*zedi*) były wielokrotnie niszczone przez trzęsienia ziemi, rzadziej odbudowywane. Największa stupa zyskała niespotykane bogaty wystrój w połowie XV w., kiedy królowa Shin Sawbu przeznaczyła na zdobienia złoto, którego ciężar był równy wadze jej ciała. Następni władcy także byli hojni. Dziś trudno określić ilość użytego kruszcu (można by ją mierzyć w tonach). Co kilka lat większość powierzchni jest pokrywana nową warstwą złota. Cały kompleks zajmuje 46 ha, a blisko stumetrowej wysokości centralna budowla jest widoczna w dzień i w nocy praktycznie z każdego miejsca Ranguny. Jej kopułę wieńczy *hti*, rodzaj parasola inkrustowanego 5448 diamentami i 2317 rubinami, a szczyt iglicy zdobi 76-karatowe diamentowe oko. Dookoła stoją 64 mniejsze stupy i liczne posągi słoni, lwów, węży i istot mitycznych.

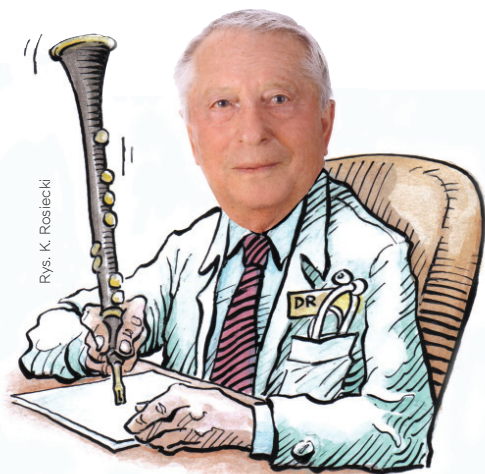
Po pierwszej wojnie angielsko-birmańskiej w 1824 r. angielscy żołnierze przez dwa lata stacjonowali w Szwedagon, po



Fotografie: J. Walczak

drugiej wojnie, w 1852 r. – 77 lat. Po odzyskaniu przez Birme niepodległości wojskowa dyktatura przez kilka dekad odciśnięła swoje piętno na wielu dziedzinach życia, ale święte miejsca zachowały specjalny status. Po trzęsieniach ziemi były pieczołowicie odbudowywane. W ostatnich latach świątynia Szwedagon stała się także miejscem aktywności politycznej. Do historii przeszło przemówienie noblistki Aung San Suu Kyi wygłoszone tam w 1988 r. do wielomilionowego tłumu. A w 2007 r. wojskowa junta krwawo rozprawiła się z protestem buddyjskich mnichów.

W Birmie wszędzie zaskakują niezliczone złoczone stupy. W całym kraju bogactwo otacza bezgraniczną biedę. Złota ziemia ciągle rodzi ży. ■



Żałosny koniec fortepianu

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

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

Artur Dziak

Do fortepianu ciągnęła mnie jakaś niewidzialna siła właściwie od małego dziecka. Kiedy sprawdziliśmy się do Międzyzlesia, tuż przed wojną, nie miałem jeszcze pięciu lat, a już zapamiętałem dokonywałem eksperymentów „muzycznych” w opuszczonej willi, na sąsiedniej posesji. Zawzięte próby grania miały dwojaki skutek: po pierwsze dostałem lanie za włamanie się do obcego domu (co w moim mniemaniu było niesprawiedliwe, bo dom nie był zamknięty), po drugie – chociaż to, co grałem, zdaniem wuja Leopolda przypominało połączenie „Jeziora Łabędziego” z „Pierwszą brygadą” – zdecydowano, że mam grać. Wuj Leopold, którego związki z muzyką polegały na tym, że przed wojną szczerze subsydiował „artystki”, co doprowadziło do wyprzedaży i w końcu do ruiny zupełnie grzecznego majątku, niekiedy lekko dawał do zrozumienia, że „ten drugi Arturek, z Łodzi, też tak młodo zaczynał”. Zawyrokował, że instrument musi w domu być i... kupił mi fortepian. Aby się dziecku nie przewróciło w głowie, zalecił na wstępie grę tylko na białych klawiszach.

Wszystko zmierzało w dobrą stronę i wysiłek wuja na marne by nie poszedł, gdyby nie to, że w roku 1944 wojna stanęła na parę miesięcy na granicy naszego ogrodu i „bolszewiki fortepian ukradły”, jak zwykła opowiadać babcia Rozalia, gdy padały pytania „czy Arturek gra?”. Sporadyczne, niestety, prywatne lekcje gry na fortepianie nie mogły przynieść oczekiwanego skutku, gdyż fascynacja sportem, nauka języków obcych oraz możliwość korzystania z pianina jedynie w fabryce ojca na dobrą sprawę nie pozostawiały czasu na poważne praktykowanie mych muzycznych zainteresowań. W domu, w Aninie, był drugi fortepian, ale fatalnie doświadczony przez wojnę i tzw. szabrowników, którzy ukradli części, więc na dobrą sprawę grać się na nim nie dało. Kilkakrotnie myślano o jego naprawie, lecz fachowcy okazali się niesolidni, a potem nie było ani czasu, ani cierpliwości do szukania rzetelnego specjalisty. Potem doszła finansowa studnia, kiedy UB „przeleciało się” po ojcu i w domu zapanowała bieda. Po ożenku i wyprowadzce

z domu o fortepianie przestałem myśleć i dopiero przypadkowe odwiedziny u ojca w Aninie przypomniły mi o instrumencie, ale niestety w okolicznościach dlań tragicznych. Była późna jesień, potrzebowałem czegoś z garażu ojca, więc pojechałem do Anina. Kiedy zamykałem wrota garażu, ku swemu nieopisanemu zdumieniu odkryłem oparty o ścianę starego domu fortepian, po którym jak tży losu sływały krople jesiennej szarugi. Stałem jak wryty. Z powodu odkręconych nóg i utraty kłapy zamykającej klawisze instrument przypominał jakieś okaleczone, porzucone przy drodze przedpotopowe stworzenie. Kiedy pierwsza złość już mi minęła, prawie spokojnie zapytałem

ojca, co to ma znaczyć. Usłyszałem wówczas, że damie, z którą obecnie ojciec się na krótko zaprzyjaźnił, brakowało miejsca na mebelki, więc zażądała usunięcia grata. Co się tyczy braku stylowych, artystycznie toczonych nóg, okazało się, że ojciec gdzieś wyczytał, jakoby dawniej, gdy na

kraj sływały wojny, ludzie w nogach stołów i fortepianów chowali świnki, czyli złote carskie ruble. O więcej już nie pytałem. Do dzisiaj odczuwam żal, że nie zapewniłem mu należytej opieki i przyczyniłem się do śmierci tego pięknego instrumentu, na którym być może grał „ten drugi Arturek”.

Historia lubi się powtarzać. Przed wybuchem wojny w roku 1939 ojciec postanowił zabezpieczyć dom przed rabusiami. Złote monety ukrył w wywierconych nogach starego fotela, a w jego sprężynach – biżuterię. Całe to dobro przepadło, kiedy okupujący nasz dom żołnierze wywlekli fotel do ogrodu, skąd wkrótce zniknął bez wieści. Przez lata cała matka wypominała ojcu owo głupie schowanie rodowych kosztowności, w czym jej zawsze dzielnie sekundowałem.

Los jest jednak mściwy i szyderstwa bokiem mi wyszły, kiedy w obawie przed złodziejami w Starej Miłośnie schowałem potajemnie prawie cały dorobek życia w starej palce porzuconej w garażu, gdyż nauki wyniesione z domu nie zacierają się nigdy! Podczas któregoś z mych wyjazdów wakacyjnych na jezioro Danusia, którą zawsze w lecie nachodziło szaleństwo porządków, nieszczęsną pralkę oddała handlarzom złomu. ■





Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

30 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2485.

Załącznik nr 1 do rozporządzenia zawiera **wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, udzielanych w dentobusie, oraz warunki ich realizacji**. Natomiast załącznik nr 2 określa **wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia, udzielanych w dentobusie, oraz warunki ich realizacji**.

30 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2484.

Zmiana dotyczy przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o realizację świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży udzielanych w dentobusie.

30 grudnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2476.

1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rozwoju i finansów z 22 grudnia 2017 r. w sprawie wykazu chorób i schorzeń pozostających w związku z zatrudnieniem w Służbie Celno-Skarbowej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2473.

1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2397.

Zmiany dotyczą badania lekarskiego stomatologicznego i kontrolnego po urazie zęba, leczenia endodontycznego zęba z nieufornym korzeniem oraz rentgenodiagnostyki.

1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2394.

1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2423.

Zmiany zostały wprowadzone w załączniku nr 1 do rozporządzenia zawierającego wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji w przypadku porad specjalistycznych. Dodano następujące świadczenia gwarantowane:

- 1) **porada specjalistyczna – choroby wewnętrzne,**
- 2) **porada specjalistyczna – pediatria,**
- 3) **porada specjalistyczna – anestezjologia.**

W zakresie świadczeń gwarantowanych wymienionych w pkt. 1 i 2 wprowadzona została kontrola, w tym diagnostyka, po hospitalizacji na oddziale o profilu choroby wewnętrzne/pediatria, będącym komórką organizacyjną podmiotu realizującego poradę. Natomiast w zakresie świadczenia wymienionego w pkt. 3 wskazano wykonywanie konsultacji w zakresie kwalifikacji do przeprowadzenia znieczulenia do zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego.

Zmianie uległ również załącznik nr 4 do rozporządzenia zawierający wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku chemioterapii oraz warunki ich realizacji.

1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2404.

Zmiana dotyczy świadczenia gwarantowanego udzielanego z wykorzystaniem immunoglobuliny anti-RhD dystrybuowanej przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa.



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



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



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

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

1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rozwoju i finansów z 20 grudnia 2017 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy użyciu kas rejestrujących, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2454.

1 stycznia 2018 r. weszła w życie ustawa z 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 2439.

1 stycznia 2018 r. weszła w życie ustawa z 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 2434.

Na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6 proc. produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem, że ich wysokość w latach 2018–2024 nie może być niższa niż: 4,67 proc. produktu krajowego brutto w 2018 r., 4,86 proc. w 2019, 5,03 proc. w 2020, 5,22 proc. w 2021, 5,41 proc. w 2022, 5,60 proc. w 2023, 5,80 proc. w 2024 r.

Środki finansowe obejmują:

- wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister zdrowia,
- wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa oraz wydatki budżetowe w innych działach budżetu państwa przeznaczone na finansowanie składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- koszty NFZ ujęte w jego planie finansowym, z wyłączeniem środków z budżetu państwa,
- koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarzek i położnych.

Minister zdrowia określa corocznie, w drodze rozporządzenia, rodzaje świadczeń gwarantowanych, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz konieczność zapewnienia dostępności tych świadczeń, biorąc pod uwagę listy oczekujących na udzielenie świadczenia, a także rodzaj tych świadczeń, z uwzględnieniem obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz mapy.

11 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2435.

1 stycznia 2018 r. weszła w życie ustawa z 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 2203.

Ustawa wprowadziła zmiany w ustawie – Karta Nauczyciela w zakresie zasad udzielania urlopu dla poratowania zdrowia.

6 stycznia 2018 r. weszła w życie ustawa z 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 2422.

Nowelizacja ustawy o odpadach rozszerzyła obowiązek rejestracji podmiotów wytwarzających odpady o lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzących indywidualne praktyki lekarskie.

Marszałek województwa dokonuje wpisu do rejestru na wniosek wytwórców odpadów obowiązanych do prowadzenia ewidencji odpadów, z wyłączeniem posiadaczy odpadów, którzy uzyskali pozwolenie zintegrowane lub pozwolenie na wytworzenie odpadów, którzy podlegają wpisowi do rejestru z urzędu.

Podmioty objęte obowiązkiem złożenia wniosku o wpis do rejestru są obowiązane do złożenia tego wniosku w terminie 6 miesięcy od dnia utworzenia rejestru.

Zgodnie z komunikatem ministra środowiska z 24 stycznia 2018 r. opublikowanym w MP z 2018 r., poz. 118, datą utworzenia rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami, prowadzonego przez marszałka województwa jest 24 stycznia 2018 r.

Rejestr tworzy się łącznie z bazą danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO).

Wniosek o wpis do rejestru składa się przez wypełnienie formularza rejestrowego zamieszczonego na stronie internetowej rejestru umożliwiającej dostęp do indywidualnego konta w bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami oraz w formie pisemnej.

Formę pisemną wniosku o wpis do rejestru stanowi wydruk wypełnionego formularza opatrzony podpisem wnioskodawcy albo wypełniony formularz w postaci elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP.



„Bogatym nie jest ten, kto posiada, lecz ten, kto daje”

KRS nr: 0000250527

Przeznacz 1% swojego podatku na szczytny cel

nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

Do wniosku o wpis do rejestru, składanego w formie pisemnej, dołącza się oświadczenie o spełnieniu wymagań niezbędnych do wpisu do rejestru lub oświadczenie o braku okoliczności skutkujących wykreśleniem z rejestru oraz oświadczenie potwierdzające, że dane zawarte w tych wnioskach są zgodne ze stanem faktycznym.

W przypadku podmiotów wpisywanych do rejestru na ich wniosek, rejestr zawiera następujące informacje:

- imię i nazwisko lub nazwę podmiotu oraz adres zamieszkania albo siedziby,
- numer identyfikacji podatkowej (NIP),
- numer REGON, o ile został nadany,

oraz w odniesieniu do wytwórcy odpadów – informację o wytwarzaniu odpadów.

Marszałek województwa, dokonując wpisu do rejestru, nadaje podmiotowi indywidualny numer rejestrowy oraz tworzy indywidualne konto w bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami, w której gromadzi się m.in. informacje o rodzajach i ilości wytwarzanych odpadów oraz ich wytwórcach.

Posiadacz (wytwórca) odpadów jest obowiązany do prowadzenia na bieżąco ich ilościowej i jakościowej ewidencji, zgodnie z katalogiem odpadów.

Ewidencję odpadów prowadzi się z zastosowaniem karty przekazania odpadów i karty ewidencji odpadów.

Uproszczoną ewidencję odpadów z zastosowaniem jedynie karty przekazania odpadów prowadzą podmioty, które:

- **wytwarzają odpady niebezpieczne w ilości do 100 kg rocznie,**
- **wytwarzają odpady inne niż niebezpieczne, niebędące odpadami komunalnymi, w ilości do 5 t rocznie.**

Dokumenty ewidencji odpadów zawierają następujące informacje: imię i nazwisko lub nazwę posiadacza odpadów oraz adres zamieszkania lub siedziby, masę, kod i nazwę rodzajów odpadów, a także miejsce przeznaczenia odpadów w przypadku wytwórcy odpadów oraz masę, kod i nazwę rodzajów odpadów.

Od 1 stycznia 2020 r.

Karta przekazania odpadów zawiera dodatkowo następujące informacje:

- **datę i godzinę rozpoczęcia transportu odpadów do następnego ich posiadacza,**
- **datę i godzinę przejęcia odpadów przez następnego ich posiadacza.**

Kartę przekazania odpadów sporządza posiadacz, który przekazuje je do następnego posiadacza albo do prowadzonych

przez siebie miejsc zbierania odpadów lub miejsc przetwarzania odpadów, przed rozpoczęciem ich transportu.

Wytwórca obowiązany do prowadzenia ewidencji odpadów sporządza roczne sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu nimi.

Roczne sprawozdanie zawiera w szczególności:

– dane identyfikujące podmiot:

- a) numer rejestrowy,
 - b) imię i nazwisko lub nazwę podmiotu oraz adres zamieszkania lub siedziby,
 - c) numer identyfikacji podatkowej (NIP), o ile został nadany,
 - d) numer REGON, o ile został nadany,
- informacje o masie i rodzajach odpadów.

Podmioty zobowiązane do sporządzenia sprawozdań o wytwarzanych odpadach składają dokumenty w terminie do 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania odpadów.

Sprawozdania za rok 2017 i 2018 wprowadza się do bazy danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami przez wypełnienie elektronicznego formularza zamieszczonego na stronie internetowej za pośrednictwem indywidualnego konta wytwórcy odpadów.

15 stycznia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 122, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 24 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o produktach biobójczych.

18 stycznia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 151, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 8 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

19 stycznia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 168, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 24 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o izbach lekarskich.

19 stycznia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 164, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 24 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

POSZUKIWANI LEKARZE SĄDOWI

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

POSZUKIWANI BIEGLI SĄDOWI

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

19 stycznia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 160, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 8 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej.

23 stycznia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 188, obwieszczenie ministra zdrowia z 29 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

24 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 stycznia 2018 r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 190.

24 stycznia 2018 r. został opublikowany w Monitorze Polskim z 2018 r., poz. 118, komunikat ministra środowiska z 24 stycznia 2018 r. w sprawie daty utworzenia rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami.

Data utworzenia rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami prowadzonego przez marszałka województwa jest **24 stycznia 2018 r.**

27 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 23 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 213.

Rodzaj, zakres i częstotliwość badań okresowych policjantów służby kryminalnej, śledczej, spraw wewnętrznych, prewencyjnej oraz policji sądowej jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

27 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 23 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie trybu i warunków ustalania zdolności fizycznej i psychicznej policjantów do służby na określonych stanowiskach lub w określonych komórkach organizacyjnych jednostek Policji, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 219.

2 lutego 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 4 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych na terenie obiektów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 148.



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.

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

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

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

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

OC W SKŁADCE NA SAMORZĄD LEKARSKI

Program grupowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów, członków OIL w Warszawie

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

Szczegółowe informacje i formularz na stronie:
www.izba-lekarska.pl,

a także u operatora programu
w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18;
Punkt Obsługi Lekarza April Polska Medbroker,
tel. (+48) 508-504-318, 508-725-727,
e-mail: lekarz.medbroker@pl.april.com



OSIEDLE AWANGARDA

LUDZIE MIEJSCE DESIGN

Tu jest
mój dom!

*Agnieszka
Radwańska*



PROFBUD

Biuro Sprzedaży
ul. Dywizjonu 303 nr 139
01-470 Warszawa

tel: 605 606 606
www.profbud.info
awangarda@profbud.info