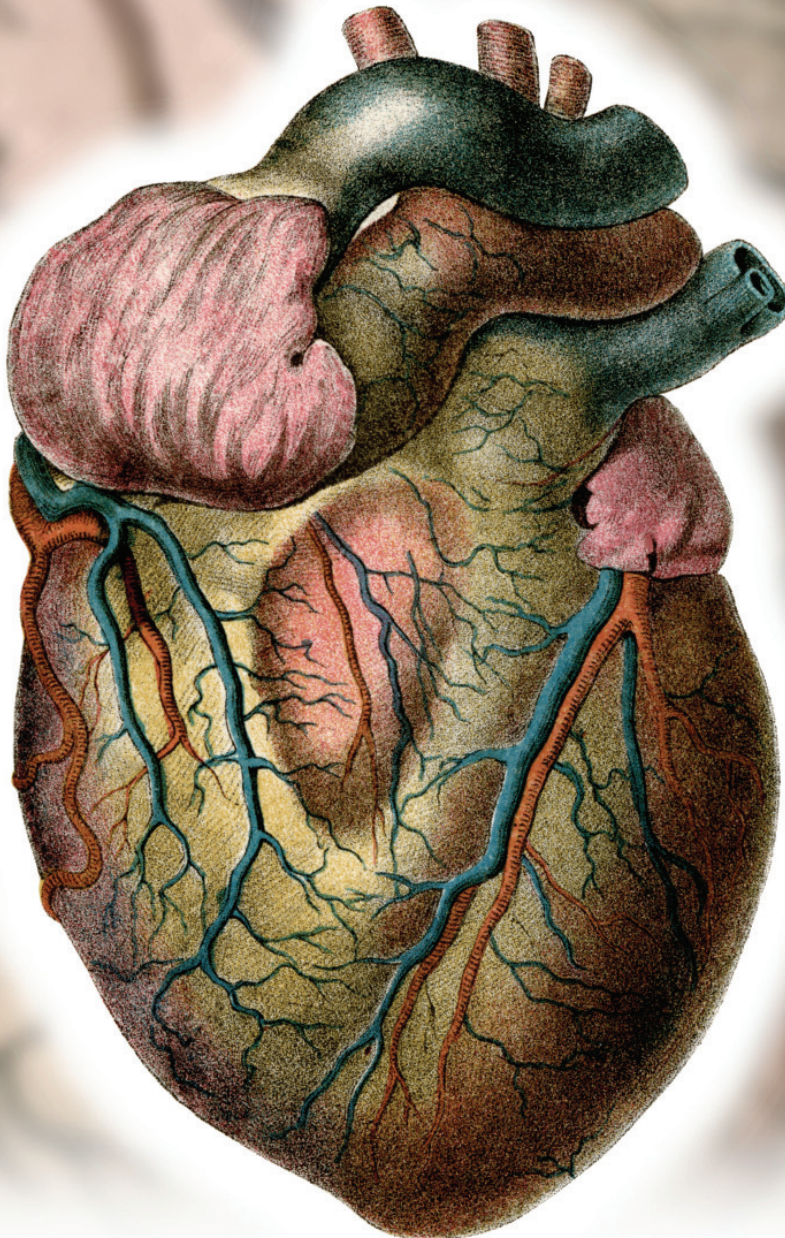


Okręgowy
Zjazd Lekarzy
5-7 kwietnia 2018 r.



Rozmowa
z prezes ZUS
prof. Gertrudą
Uścińską
o e-zwolnieniach
[str. 4]

O ochronie danych
pacjentów
– konferencja
OIL w Warszawie
[str. 6]

Zmiany
w Ministerstwie
Zdrowia.
I co dalej?
[str. 10]



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

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

Kasa: tel. 22-542-83-34

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków

tel. 22-542-83-71; 22-542-83-75; 22-542-83-76; 22-542-83-77; faks 22-542-83-65; e-mail: odz@oilwaw.org.pl

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

OFERTA WSPÓŁPRACY DLA LEKARZY

Rozwijamy się szybciej niż rynek, będąc najszybciej rozwijającą się siecią medyczną w Polsce. Zatrudniamy blisko **250 specjalistów** w **12 placówkach** obsługując **142 000 pacjentów**.

Działamy zarówno w ramach **Podstawowej Opieki Zdrowotnej, wizyt komercyjnych** jak i **prywatnego szpitala**. Posiadamy placówki w Warszawie, Łodzi, Lublinie, Radomsku, Bełchatowie, Elblągu, Lubawce i Kielcach. Tylko w tym roku otworzymy kolejne 8 placówek (Poznań, Wrocław, Kraków, Olsztyn, Toruń, Wrocław, Katowice, Białystok). **Zatrudniamy zarówno lekarzy w trakcie specjalizacji, jak i specjalistów, nierzadko z tytułem doktora nauk medycznych czy profesora**. Ze względu na tempo wzrostu stale poszukujemy lekarzy niemal każdej specjalności.

Oferujemy bardzo dobre, komfortowe i elastyczne warunki współpracy.

Zatrudnimy lekarzy z zakresu:

- Alergologii,
- Chirurgii naczyniowej,
- Chorób wewnętrznych,
- Dermatologii,
- Diabetologii,
- Endokrynologii,
- Gastrologii,
- Gastroenterologii,
- Geriatrii,
- Ginekologii,
- Hematologii,
- Immunologii,
- Kardiologii,
- Medycyny pracy,
- Medycyny rodzinnej,
- Medycyny sportowej,
- Neurochirurgii,
- Nefrologii,
- Neurologii,
- Okulistyki,
- Onkologii,
- Ortopedii,
- Otolaryngologii,
- Pediatrii,
- Psychiatrii,
- Pulmonologii,
- Reumatologii,
- Ultrasonografii,
- Urologii.

Oferujemy:

- Stałe i elastyczne zatrudnienie,
- Pracę w najszybciej rozwijającej się sieci placówek medycznych,
- Atrakcyjne wynagrodzenie (**100% od pacjenta** przez pierwsze trzy miesiące, po upływie trzech miesięcy 65%),
- Pracę na **nowoczesnych sprzętach** (m.in. pracownia USG, pracownia endoskopii),
- **Promocję usług** w sieci,
- Pracę w nowoczesnych gabinetach,
- Nowoczesny system rejestracji,
- Zatrudnienie w dowolnej formie (umowa o pracę, zlecenie, kontrakt).



Jeśli jesteś zainteresowany współpracą w naszej placówce w Warszawie, to skontaktuj się z nami:



Karolina Roszewska
500 735 727
karolina.roszewska@bluemedica.pl

www.grupabluedica.pl



Nr 4/2018 (276),
kwiecień 2018

Na okładce:
wykorzystano fragmenty ryciny z książki
„Człowiek”, pod redakcją prof. I. Ranke,
wydanej w St. Petersburgu w 1904 r.
(ze zbiorów prywatnych Krzysztofa Królikowskiego)

W numerze m.in.:

▶ ZUS gotowy na e-zwolnienia...	4
▶ O ochronie danych pacjentów	6
▶ O współpaceniu	9
▶ W marcu jak w garncu	10
▶ IV Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	12
▶ Odpowiedzialność cywilna...	14
▶ Niewiedza – pycha mądrości u nas w samorządzie	15
▶ Czyja wiedza?	18
▶ leczmy ból	19
▶ Antybiotykoterapia oczami rodziców i lekarzy	24
▶ Wyróżniony przez Francuzów	26
▶ Goniec Medyczny	28
▶ Zakażenie emocjonalne	28
▶ Nasi mistrzowie w anegdocie wędrowni po regionie	30
▶ z Mazowsza	32
▶ z Delegatury Radomskiej	34
▶ Doniesienia naukowe	35
▶ Doctor Quinn – reaktywacja	38
▶ Posłuchać, zobaczyć...	40
▶ sagi rodzinne	42
▶ lektury	44
▶ literatura i życie	46
▶ ciekawe miejsca	48
▶ Polska Biblioteka Medyczna w Kijowie	50
▶ wspomnienia	52
▶ nowe przepisy prawne	53
▶ felietony:	54
▶ Balicki	8
▶ Walewski	8
▶ Kowal	42
▶ Jankowska	43
▶ Ciepły	47
▶ Müldner-Nieckowski	47

Fot. archiwum



Scio me nihil scire

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Nie wiem, czy e-zwolnienia są najbardziej bolesnym dla lekarzy problemem. Ale wiem, że wprowadzenie tego systemu wywołuje emocje. Od 1 lipca br. tylko w takiej formie można będzie wystawiać pacjentom zwolnienia

W lutym 2018 r. Prezydium NRL zaapelowało do ministra zdrowia oraz ministra rodziny, pracy i polityki społecznej o niewprowadzanie obowiązku wystawiania zwolnień lekarskich (e-ZLA) jedynie w formie elektronicznej.

Samorząd lekarski zgłosił już wcześniej wiele zastrzeżeń, biorąc pod uwagę trudności w korzystaniu z tego systemu przez lekarzy w wieku emerytalnym, w wystawianiu e-zwolnień tam, gdzie nie ma dostępu do Internetu, czy też wystawiania e-zwolnień w czasie wizyt w domu pacjenta.

Ponadto problemy z wystawianiem e-ZLA mogą się pojawić w przypadku awarii sieci. Wprowadzone wskutek bardzo niewielkiego wykorzystania pierwotnej wersji systemu e-ZLA ułatwienia w jego używaniu w żaden sposób nie mogą uzasadniać likwidacji tradycyjnej formy wystawiania zwolnień po 1 lipca 2018 r.

Wkrótce potem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało, aby obie formy wystawiania zwolnień lekarskich funkcjonowały równolegle.

Wcześniej problemy towarzyszące wystawianiu e-zwolnień zgłaszał Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy oraz Naczelna Rada Lekarska. A teraz, w marcu br., prezes NRL zwrócił się do prezesa ZUS:

„W związku z docierającymi do samorządu lekarskiego informacjami, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych wprowadził limity wydawanych lekarzom druków zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby (druk ZUS ZLA) zwracam się do Pani Prezes z prośbą o pilne zniesienie tych limitów w podległych Pani jednostkach ZUS”.

„Puls” zwrócił się do prezesa ZUS pani Gertrudy Uścińskiej o wyjaśnienie wątpliwości. Zamieszczamy wywiad, który być może te wątpliwości rozwieje. M.in. czytamy: „ZUS udostępnił bezpłatny certyfikat do podpisywania e-ZLA. Zakład ma ograniczoną możliwość wpływania na komputeryzację gabinetów lekarskich. Mimo to intensywnie współpracujemy z Ministerstwem Zdrowia nad projektami, które mogłyby przyspieszyć elektroniczną srodowiska lekarskiego. Podkreślę, że możliwość wypisywania e-ZLA istnieje od początku 2016 r. Już ponad dwa lata trwa okres przejściowy, w którym można wystawiać i e-zwolnienia, i zwolnienia papierowe. Niestety, od stycznia 2016 do lutego 2018 r. wypisano jedynie 2,3 mln zwolnień elektronicznych. W tym samym okresie wystawiono 50,4 mln zwolnień papierowych. Jeszcze w listopadzie ubiegłego roku liczba e-ZLA stanowiła 4 proc. wszystkich zwolnień. Zbliżający się nieuchronnie termin 1 lipca oraz działania podejmowane przez ZUS w celu ułatwienia środowisku lekarskiemu przejścia na nowoczesne metody wystawiania ZLA spowodowały, że odsetek e-zwolnień zwiększył się do 13 proc. w lutym 2018 r”.

PS Niewiedza w praktycznym ujęciu jest to brak dostatecznej wiedzy oznaczającej nieznaną naukowych i życiowych prawd, potrzebnych do rozwiązywania konkretnych problemów. Niewiedza wcale nie oznacza głupoty. Ogrom niewiedzy jest cechą wszystkich ludzi. I tu przychodzi automatycznie na myśl wyznanie Sokratesa „Wiem, że nic nie wiem” w publicystyce często cytowane w tłumaczeniu łacińskim „scio me nihil scire”, pisze w kolejnym felietonie dla „Pulsu” prof. Tadeusz Tołłoczko. ■



Fot. M. Tepersek

Kontynuacja i innowacje

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

Z samorządem lekarskim jestem związany od jego reaktywacji w 1989 r. Pełniłem w nim różne funkcje. Wieloletnim doświadczeniem w działalności samorządowej chcę dzielić się nadal. Korzystając z ustawowego zapisu o możliwości pełnienia obowiązków prezesa okręgowej rady lekarskiej nieprzerwanie przez dwie kadencje, będę ubiegał się o tę funkcję w VIII kadencji naszego samorządu.

OIL w Warszawie ma ogromny potencjał. Budujemy go wspólnymi siłami samorządu i wykorzystujemy w celu nadania Izbie charakteru instytucji jak najszerzej otwartej na nowe wyzwania. Inicjujemy innowacyjne projekty realizowane z myślą o lekarzach.

Zamierzam zatem kontynuować realizację programów rozpoczętych w VII kadencji samorządu – m.in. ubezpieczenia w ramach składki na OIL, usługi „prawnik dla lekarza”, walki z wypaleniem zawodowym, wsparcia z tytułu urodzenia dziecka, czyli tzw. becikowego, innych programów pomocowych, sportowych i kulturalnych, a także rozpocząć nowe projekty.

W VIII kadencji chciałbym, myśląc o lekarzach seniorach, doprowadzić do utworzenia przychodni geriatrycznej, finansowanej przez naszą Izbę. Wsparcie dla młodszych członków samorządu widzę we wprowadzeniu dopłaty do zalecanych szczepień dzieci. Planuję również powołanie izbowego programu stypendialnego przeznaczonego dla lekarzy, którzy podjęli kształcenie podyplomowe.

Jestem pewien, że rozszerzając zakres pomocy udzielanej naszym członkom, powinniśmy nie tylko wprowadzać w życie własne koncepcje, ale w znacznej mierze uwzględniać pomysły zgłoszone nam przez lekarzy.

Dla planowania konkretnych działań istotne będą badania środowiskowe, które prowadzi Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL. Skorzystamy z tych danych, aby przygotować ofertę najlepiej odpowiadającą potrzebom naszego środowiska.

Nowe projekty wiążą się ze zmianą funkcjonowania naszej organizacji, polegającą na odejściu od modelu instytucjonalnego na rzecz koncepcji zadaniowej. Dostrzegam konieczność ograniczenia liczby izbowych komisji i skupienia się na programach adresowanych do naszych członków. W związku z tym również izbowy budżet musimy przekształcić z tzw. budżetu historycznego na zadaniowy. Celem zmiany jest takie planowanie wydatków, aby środki pochodzące ze składek członkowskich nie były przypisane w budżecie strukturalnie, np. komisjom, ale przeznaczone na programy tematyczne.

Wciąż podkreślam znaczenie integracji środowiska, a także pokonywania barier komunikacyjnych. Bardzo zależy

nam na skompletowaniu bazy adresów e-mailowych członków Izby, gdyż pocztą e-mailową chcielibyśmy przekazywać aktualne informacje. Stale pracujemy nad doskonaleniem i rozbudową uruchomionej w ubiegłym roku aplikacji mobilnej „Kalendarz Lekarski”. Będę również dążył, aby „Puls”, oprócz tradycyjnej, papierowej, miał również wersję elektroniczną, ale nie w formacie pdf wydania papierowego, jak dzisiaj, lecz w formie interaktywnej strony internetowej. Musimy nadal doskonalić inne środki komunikacji medialnej, szczególnie stronę internetową, a także podtrzymywać obecność na portalach społecznościowych – Facebooku i Twitterze.

Ważne są relacje z medyczną młodzieżą, nie tylko z młodymi lekarzami, ale również ze studentami wydziałów lekarskich. Takie kontakty zostały nawiązane w mijającej kadencji i z pewnością będą podtrzymywane. Szczególną rangę musimy nadać współpracy z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, by wspólnie realizować programy służące lekarzom. W VII kadencji nawiązaliśmy doskonałe kontakty z organizacjami medycznymi działającymi w województwie mazowieckim. Deklaruję chęć ich podtrzymania i rozwijania. Szczególne miejsce zajmuje tu Warszawski Uniwersytet Medyczny, ale również Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego i Uczelnia Łazarskiego w Warszawie. Warunkiem naszego sprawnego działania są dobre relacje z Ministerstwem Zdrowia w zakresie zadań przejętych od administracji państwowej, Marszałkiem Województwa Mazowieckiego w zakresie stażu podyplomowego oraz z Wydziałem Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, Rzecznikiem Praw Pacjenta, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych.

To oczywiście nie wszystkie zadania na nową kadencję, a zmian na szeroką skalę nie można przeprowadzić samodzielnie. Potrzebne jest współdziałanie osób, które współpracowały ze mną w strukturach ORL i jej Prezydium, a które będą również ubiegały się o kolejną kadencję. Musimy jednak powiększać grono osób pragnących wspólnie pracować dla lekarskiej społeczności, a naszą Izbę dostosowywać do wyzwań trudnej często rzeczywistości. ■

Z okazji Świąt Wielkiej Nocy życzę Państwu radosnych, pogodnych i rodzinnych chwil. Zdrowia i odpoczynku.



Fot. licencja Artmedia Partners

ZUS gotowy na e-zwolnienia, a lekarze?

Z prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych prof. Gertrudą Uścińską rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Pani prezes, jak oceniają państwo szansę na powodzenie wprowadzenia obowiązku wypisywania od 1 lipca 2018 r. jedynie e-zwolnień? Czy ZUS wnioskował do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o przesunięcie terminu? Środowiska lekarskie apelują bowiem o akceptowanie zarówno zwolnień elektronicznych, jak i papierowych.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest gotowy do wprowadzenia powszechnego obowiązku wystawiania elektronicznych zwolnień lekarskich od 1 lipca 2018 r. Podkreślę, że możliwość wypisywania e-ZLA istnieje od początku 2016 r. Już ponad dwa lata trwa okres przejściowy, w którym można wystawiać i e-zwolnienia, i zwolnienia papierowe. Niestety, od stycznia 2016 do lutego 2018 r. wypisano jedynie 2,3 mln zwolnień elektronicznych. W tym samym okresie wystawiono 50,4 mln zwolnień papierowych. Jeszcze w listopadzie ubiegłego roku liczba e-ZLA stanowiła 4 proc. wszystkich zwolnień. Zbliżający się nieuchronnie termin 1 lipca oraz działania podejmowane przez ZUS w celu ułatwienia środowisku lekarskiemu przejścia na nowoczesne metody wystawiania ZLA spowodowały, że odsetek e-zwolnień zwiększył się do 13 proc. w lutym 2018 r.

Należy przypomnieć, że ZUS włożył w ostatnim roku wiele wysiłku w upowszechnienie elektronicznych zwolnień.

W całym kraju prowadzimy bezpłatne warsztaty i szkolenia dla lekarzy, zakładamy im konta na Platformie Usług Elektronicznych ZUS, pomagamy uzyskać bezpłatny certyfikat, który udostępniłmy jako nową metodę autoryzacji zwolnień od 1 grudnia 2017 r. Przygotowujemy środowisko testowe dla twórców aplikacji gabinetowych, aby łatwiej im było dostosować oferowane lekarzom oprogramowanie do możliwości e-ZLA. Ze względu na spadek zapotrzebowania, wynikający z uchwalonego prawa, nie produkujemy już w tym roku druków ZLA, gdyż zmarnowałyby się. Wykorzystujemy jedynie zapasy.

Z naszej perspektywy dalsze utrzymywanie dwóch sposobów wystawiania zwolnień nie będzie korzystne dla procesu elektronicznej, bo ponownie zahamuje, a być może nawet odwróci, tendencję przechodzenia na e-ZLA.

Czy ZUS bierze pod uwagę, że co trzeci lekarz nie ma w swoim gabinecie komputera i dostępu do Internetu?

Prawo dotyczące elektronicznej zwolnień dotyka w ten sam sposób Zakład Ubezpieczeń Społecznych i lekarzy. My do tego prawa też musieliśmy się dostosować. Naszą rolą było przygotowanie systemu informatycznego, który pozwala na wystawianie e-ZLA. System został przygotowany i funkcjonuje – co jeszcze raz podkreślę – od 1 stycznia 2016 r.

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



Poza tym po uwagach lekarzy, dotyczących problemów z dotychczasowymi metodami autoryzacji zwolnień, w grudniu ubiegłego roku ZUS udostępnił im bezpłatny certyfikat do podpisywania e-ZLA. Zakład ma ograniczoną możliwość wpływania na komputeryzację gabinetów lekarskich. Mimo to intensywnie współpracujemy z Ministerstwem Zdrowia nad projektami, które mogłyby przyspieszyć elektroniczną środowiska lekarskiego.

Otrzymujemy sygnały, że ograniczane jest wydawanie bloczków formularzy ZUS ZLA, co nie wynika z żadnych obowiązujących przepisów. Odbierane więc jest jak forma nacisku na lekarzy...

Zakład nie drukuje nowych bloczków, jedynie wydaje te, które jeszcze ma. Decyzję o ograniczeniu ich wydawania podjęliśmy po dokładnej analizie liczby bloczków, którymi dysponują lekarze w całym kraju, i liczby wystawianych miesięcznie zwolnień. Wzięliśmy także pod uwagę fakt, że od 1 lipca 2018 r. nie będą już wykorzystywane. Powiązanie tych informacji dało nam pełny obraz rzeczywistego zapotrzebowania na papierowe zwolnienia do końca czerwca 2018 r. Z naszych statystyk wynika, że aż 43 proc. lekarzy nie wypisuje więcej niż pięciu zwolnień miesięcznie. Nie chcemy, by przed 1 lipca gromadzili druki na zapas. Konsekwencją jest wprowadzenie racjonalnych ograniczeń liczby wydawanych bloczków formularzy ZUS ZLA. Zapewniam jednak, że żadnemu lekarzowi nie zabraknie druków zwolnień. Każdy, kto zgłosi ich brak, otrzyma z ZUS nowe.

Czy biorą państwo pod uwagę, że wprowadzenie e-zwolnień ogromnie obciąży Platformę Usług Elektronicznych (PUE), a już teraz przerwy techniczne trwają kilka dni (np. od piątku do poniedziałku)?

Platforma Usług Elektronicznych efektywnie obsługuje obecne natężenie ruchu, ale dopracowujemy systemy, aby dostosować ich wydajność od 1 lipca do przyjęcia ponad 20 mln elektronicznych formularzy rocznie. Toczą się więc cały czas prace nad systemem informatycznym, które czasem – niestety – muszą się wiązać z chwilowym brakiem dostępu do PUE. Zawsze jednak staramy się, by ów brak był jak najmniej kłopotliwy, stąd pojawiające się weekendowe przerwy.

Słyszymy, że nowy system umożliwi kontrolę krótkotrwałych zwolnień, co przyniosłoby duże oszczędności finansowe. Ale przecież brakuje lekarzy orzeczników ZUS. Biorąc pod uwagę przepisy k.p.a. dotyczące wzywania na badania lekarskie oraz fakt, że obecnie ZUS jest w stanie skontrolować nie więcej niż 2–3 proc. zwolnień z tych 20 mln wystawianych w roku, to przecież oczekiwania niepoważne i nie do spełnienia.

Wypisane elektroniczne zaświadczenie lekarskie trafia do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz płatnika składek posiadającego profil na PUE ZUS. Oznacza to możliwość wcześniejszego podjęcia kontroli prawidłowości orzekania czasowej niezdolności do pracy, a także prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego. W przypadku pierwszego rodzaju kontroli oczywiście stosujemy przepisy k.p.a., zawierające wymóg skutecznego listownego poinformowania ubezpieczonego jako warunek przeprowadzenia kontroli. Jednak kontrolę prawidłowości wykorzystania zwolnienia zarówno ZUS, jak i pracodawca może przeprowadzić zaraz po otrzymaniu zwolnienia. Liczymy jednak, że już możliwość szybszego przeprowadzenia kontroli zadziała prewencyjnie i zmniejszy liczbę nieprawidłowości w wykorzystywaniu zwolnień lekarskich. ■

O ochronie danych pacjentów

„Tajemnica medyczna. Praktyczne dylematy ochrony danych pacjentów” to tytuł drugiej konferencji zorganizowanej przez Zespół ds. Studiów Strategicznych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie 5 marca 2018 r. Izbowy *think tank* podejmuje ważne, aktualne zagadnienia związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. W związku ze zbliżającym się terminem wejścia w życie RODO, czyli rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, placówki ochrony zdrowia stanęły przed prawdziwym wyzwaniem, którym jest dostosowanie baz danych i systemów informatycznych do nowych regulacji.

Konferencja była okazją do omówienia najważniejszych zagadnień związanych z ochroną danych pacjentów, do spojrzenia na problematykę zachowania tajemnicy medycznej z punktu widzenia przedstawicieli zawodów medycznych oraz pacjentów, a także określenia zadań informatycznych, jakie wiążą się z wprowadzeniem RODO.

Nowe regulacje, które zaczną obowiązywać 25 maja 2018 r., rodzą liczne obawy operatorów systemu ochrony zdrowia i pytania dotyczące codziennej praktyki związanej z pracą z pacjentem. Ale zdaniem ekspertów zajmujących się systemowo ochroną danych stwarzają też okazję do głębokiej analizy celowości dotychczas zbieranych i przetwarzanych informacji oraz wyboru opcji, które pozwolą na przygotowanie się do nowych zadań.

Wątpliwości związane z prawidłowym operowaniem danymi osobowymi pacjenta mają zarówno lekarze, pielęgniarki, położne, jak i menedżerowie ochrony zdrowia. Uczestnicy konferencji debatowali o aspektach ochrony danych i prawie do prywatności pacjenta w kontekście ogólnych założeń związanych z zachowaniem tajemnicy medycznej i na bazie konkretnych przykładów. **Adam Bodnar**, rzecznik praw obywatelskich, odniósł się do interwencji, które podejmował w sprawie monitoringu wizyjnego na szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz ujawnienia danych z systemów informatycznych placówek medycznych. Zwrócił też uwagę, podobnie jak sędzia TK **Marek Zubik**, na zagrożenia związane z cyberprzestępczością. **Edyta Bielak-Jomaa**, generalny inspektor ochrony danych osobowych, podkreśliła, że warto zastanowić się, jakie dane są potrzebne do zrealizowania celu, dla którego są zbierane. Wskazała również, że konieczne jest stosowanie zabezpieczeń technicznych i organizacyjnych, gdyż z praktyki GIODO wynika, że najczęściej za błąd w ochronie danych odpowiada człowiek. **Andrzej Sawoni**, prezes ORL w Warszawie, zwracał uwagę na problem związany z ochroną dokumentacji medycznej pacjentów zmarłego lekarza. Pytał, czy samorząd lekarski powinien przyjmować postawę aktywną i poszukiwać spadkobierców



A. Sawoni

D. Karkowska



M. Krasieńska



E. Bielak-Jomaa



zmarłego lekarza, który prowadził własną praktykę, w celu przejścia dokumentacji, czy czekać, aż rodzina przekaze dokumenty do izby. **Malina Wieczorek** z fundacji SM Walcz o Siebie mówiła, że lekarze często rozmawiają o diagnozie z pacjentem w obecności obcych osób, że informacje dotyczące spraw osobistych, związanych z leczeniem, przekazywane są bez zachowania wymaganej intymności. Na problem braku intymności pacjenta zwróciła uwagę również **Zofia Małas**, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. **Bartłomiej Chmielowiec**, rzecznik praw pacjenta, podał, że wśród skarg, które wpłynęły w 2016 r. do jego biura, 7 proc. związanych było z naruszeniem godności i intymności. Dotyczyły m.in. przyjmowania wielu pacjentów w jednym pomieszczeniu i monitoringu wizyjnego w miejscu świadczeń medycznych.

Dyskutujący wskazywali również zagrożenia ochrony danych i tajemnicy medycznej związane z wykorzystywaniem mediów elektronicznych. **Jarosław Pinkas**, sekretarz stanu w KPRM, podkreślał, że dawna relacja pacjenta z lekarzem uległa zachwianiu, gdyż często pacjenci sprawdzają diagnozy w Internecie, na portalach społecznościowych omawiają swoje dolegliwości i w ten sposób sami upubliczniają informacje o stanie swojego zdrowia.

Na praktyczny aspekt przygotowywania się do przyjęcia nowych regulacji zwróciła uwagę **Monika Krasieńska**, dyrektor Departamentu Orzecznictwa, Legislacji i Skarg w Biurze GIODO. Przekonywała, że zespół ds. RODO powinien dokonać oceny, jakie dane są przetwarzane, a procedury dotyczące ochrony danych należy sformułować tak, by były zrozumiałe dla pracowników.

Ekspert podkreślali znaczenie edukacji społeczeństwa w zakresie praw pacjenta i ochrony jego danych. Zrozumienie znaczenia tajemnicy medycznej i wiedza o regulacjach związanych z udzielaniem zgody na udostępnianie danych oraz celowości tego działania ułatwi ochronę informacji zgromadzonych w procesie leczenia. Uczestnicy konferencji pytali, jak postępować w przypadku przekazywania dokumentacji medycznej, udostępniania jej po śmierci pacjenta, a także w sytuacji, gdy pacjent odmawia podania danych.

O prywatności pacjenta jako dobru osobistemu mówiła **Dorota Karkowska**, profesor UŁ, przewodnicząca Zespołu ds. Studiów Strategicznych OIL w Warszawie. Ekspert zwracali również uwagę, że wiedza o regulacjach dotyczących ochrony danych pacjentów i ich udostępniania ważna jest nie tylko dla administratorów baz danych, ale również dla osób wykonujących zawody medyczne. W przypadkach sporów między pacjentem a pracownikiem medycznym może być bardzo przydatna. Prokurator **Ewa Kiec**, doradca prezesa ORL w Warszawie ds. biegłych, omawiała zagadnienie ochrony danych pacjenta w postępowaniu karnym, a Bartłomiej Chmielowiec wyjaśniał kwestię ich udostępniania w postępowaniu cywilnym.

Konferencja została objęta honorowym patronatem generalnego inspektora ochrony danych osobowych. Razem z OIL w Warszawie organizowali ją: Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu oraz Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. ■

ach



Fot. archiwum



Marek Balicki

W marcu odbył się w Łodzi Kongres Suicydologiczny. To pierwsze takie spotkanie poświęcone jednemu z największych problemów zdrowia publicznego w Polsce, którym są samobójstwa. Kongres był miejscem interesującej debaty ekspertów i władz w sprawie

pożądanych kierunków profilaktyki samobójstw i depresji w Polsce, a także prezentacji obecnego stanu wiedzy i podejmowanych działań.

Według statystyk krajowych rocznie dokonywanych jest w Polsce blisko 5,5 tys. samobójstw. Według danych WHO liczba prób samobójczych jest co najmniej 10-krotnie wyższa niż samobójstw dokonanych. Można więc szacować liczbę prób samobójczych w Polsce nawet na 60 tys. rocznie.

Samobójstwa są czułym wskaźnikiem integracji społecznej i miarą siły więzi społecznych. Do najczęstszych przyczyn zamachów samobójczych należą zaburzenia psychiczne. Dlatego odpowiedni dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej i możliwość podejmowania wczesnej interwencji sprzyja zapobieganiu samobójstwom. Systemową odpowiedzią na te wyzwania może być środowiskowy model opieki psychiatrycznej. Jego upowszechnienie jest jednym z głównych celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Tak się złożyło, że kilka tygodni przed kongresem Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji projekt rozporządzenia w sprawie pilotażu centrów zdrowia psychicznego. Jego realizacja, planowana jeszcze w tym roku, może stać się przełomowym momentem w reformowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

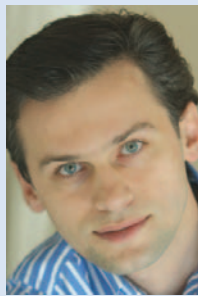
Termin psychiatria środowiskowa (ang. *community psychiatry*) oznacza silny związek z lokalną wspólnotą społeczną, która może być adresatem skutecznych oddziaływań również w zakresie prewencji samobójstw. Mamy już polskie przykłady udanych programów, np. program autorski dr Iwony Koszewskiej „Aby halny nikogo nie zabrał”, realizowany w powiecie tatrzańskim.

Środowiskowa opieka psychiatryczna odnosi się do trzech poziomów: centrów zdrowia psychicznego, systemów wsparcia społecznego i przywracania uczestnictwa społecznego (nauka, praca, relacje). Do jej podstawowych zasad należą m.in.: obowiązek opieki nad lokalną społecznością określoną terytorialnie (miasto, dzielnica, powiat), ograniczanie opieki szpitalnej na rzecz innych form pomocy, kompleksowość i ciągłość opieki, ukierunkowanie jej na potrzeby pacjentów oraz prewencja i wczesna interwencja.

W trzyletnim pilotażu weźmie udział 30–40 centrów zdrowia psychicznego, które będą zapewniać opiekę ambulatoryjną, dzienną, szpitalną i środowiskową (domową) oraz doraźną. Odpowiedzialność terytorialna za powiat, miasto lub dzielnicę oznaczać będzie zobowiązanie do objęcia pomocą każdego zgłaszającego się dorosłego mieszkańca obszaru działania, w stanach pilnych nie później niż w ciągu 72 godzin. Centra będą finansowane w formie ryczałtu uzależnionego od liczby mieszkańców, a nie – jak dotąd – od liczby świadczeń.

Jakie będą efekty pilotażu w naszych warunkach, przekonamy się za trzy lata. Doświadczenia europejskie są więcej niż zachęcające. ■

Fot. archiwum



Nieświęty Graal

Paweł Walewski

Pod chwytliwym hasłem personalizacji medycyny udało się już zjednoczyć niejedno towarzystwo naukowe, zarejestrować niejedno lek i zorganizować niejedną konferencję. Dziennikarze wypatrujący nowinek też odnaleźli w niej szansę na ciekawe teksty medyczne, bo pacjenci przecież marzą o leczeniu precyzyjnym, zgodnym ze swoimi potrzebami, a najlepiej z własnym profilem genetycznym. Problem polega na tym, że nadzieje podsycane na sympozjach, które przedostają się szybko do mediów, nie mają jeszcze wiele wspólnego z rzeczywistością, choć trzeba uczciwie przyznać, że odwrotu od tej nowej filozofii terapeutycznej nie ma. Personalizacja oznacza indywidualizację terapii, pozwala dobrać najlepsze leczenie w najlepszym czasie do potrzeb konkretnego pacjenta. Oby ta miła dla ucha perspektywa przyszłości nie zapędziła nas jednak w ślepy zaułek.

Bo czy u każdego uda się zindywidualizować kurację? Czy lekarze, koncentrując się na wąskich potrzebach, nie stracą z pola widzenia szerszych problemów? Medycynę wystarczająco rozczłonkowano już na wiele fragmentów i podspecjalności. Co z tymi pacjentami, u których nie uda się wykryć receptorów determinujących leczenie złotymi pociskami? Jakże podać im leki, skoro skupiać się będziemy na pojedynczych wskazaniach? Trudno sobie wyobrazić onkologię, choć dziś jest na najlepszej do tego drodze, by każda ofiara raka płuca lub chłoniaka miała dla siebie własne medykamenty, uwzględniające szczególne cechy osobistego nowotworu. Tak można leczyć w wąskich badaniach klinicznych, jeśli natomiast personalizacja miałaby objąć miliony chorych, biada im i biada systemom finansowania tak pojmanego leczenia.

Teoretycznie medycyna personalizowana może przyczynić się do ograniczenia wydatków, bo zanim lekarz poda wyselekcjonowany specyfik, musi zyskać pewność, jak zadziała i czy leczenie nie okaże się gorsze od choroby. Ale gdyby zastosować ją w każdej dziedzinie i w przypadku wszystkich chorych – kogo będzie na nią stać? Wąska grupa zbije na chodliwym haśle kokosy dzięki sponsorowanym przez przemysł badaniom naukowym, a rzesza pacjentów – niezakwalifikowanych do tych testów – wcale nie skorzysta.

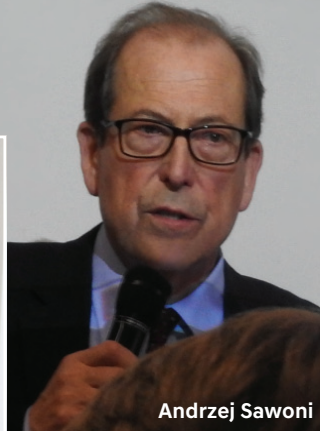
Być może warta popularyzacji jest więc indywidualizacja strategii postępowania, a nie pojedynczych leków, które uderzają w pojedynczy cel. To też może przyczynić się do poprawy komfortu terapii. Na razie mam wrażenie, że wielu lekarzy traktuje medycynę personalizowaną zbyt wycinkowo, uważając ją w istocie za taką samą, jakiej hołdowali do tej pory, tylko „trochę bardziej zorientowaną na pacjenta”. Tymczasem wyzwania są dużo szersze. Wymagają choćby nowych umiejętności w komunikowaniu się z chorymi. Czego w Polsce od dawna wszystkim brakuje. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

O współpłaceniu



Małgorzata Gałązka-Sobotka



Andrzej Sawoni



Barbara Więckowska i Piotr Warczyński

O tym, czy Polacy są gotowi na współpłacenie za świadczenia w systemie ochrony zdrowia, a także o korzyściach i zagrożeniach, jakie niesie takie rozwiązanie, rozmawiali uczestnicy eksperckiego seminarium zorganizowanego w lutym przez Zespół ds. Studiów Strategicznych OIL w Warszawie.

Ekspertsi podjęli istotny temat, w dyskusjach o źródłach finansowania ochrony zdrowia obywateli powracający w Polsce od lat bez oczekiwanego efektu, którym jest konkretne rozwiązanie systemowe.

Tymczasem, o czym przekonywała dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego **Małgorzata Gałązka-Sobotka**, z przeprowadzonych badań wynika, że za współpłaceniem opowiadają się zarówno lekarze, jak i organizacje pacjentów, a ograniczenia widzą jedynie politycy. Rosnące lawinowo potrzeby zdrowotne obywateli, związane m.in. ze starzeniem się społeczeństwa, wzrost liczbowy oferowanych usług medycznych, postęp w medycynie skutkujący dostępnością nowoczesnych, ale często kosztocłonnych terapii powodują, że równie szybko trzeba zwiększać pulę pieniędzy na finansowanie świadczeń w systemie ochrony zdrowia.

– Obywatele nie zgadzają się na podniesienie składki zdrowotnej, ale na zwiększenie finansowania z budżetu – tak. Nie wiążą tego jednak ze wzrostem podatków – mówił **Piotr Warczyński** z Uczelni Łazarskiego (były wiceminister zdrowia). – *Współpłacenie to wydatki z kieszeni obywatela. Wymagają określenia, za co będziemy płacili, jaka część populacji zostanie objęta tym rozwiązaniem, jakie to będą kwoty i w jakiej formie przekazywane, oraz wskazania mechanizmów ochronnych.* Podkreślał również, wskazując wiele przykładów, że po 2000 r. ze współpłaceniem mamy do czynienia we wszystkich państwach UE, również w Polsce, np. w opiece długoterminowej, w stomatologii.

– *Trzeba ludziom wyjaśniać, co otrzymają za współpłacenie* – podkreślał prezes ORL w Warszawie **Andrzej Sawoni** i twierdził, że w ochronie zdrowia potrzebny jest konsensus polityczny.

Na precyzyjne określenie znaczenia i celu współpłacenia wskazywał dyrektor Pionu Zdrowie i Branża Farmaceutyczna w EY (były wiceminister zdrowia), biorący udział w debacie za pośrednictwem telefonu, **Jakub Szulc**: – *Dzisiaj pacjenci nie wiedzą, co przyniosłoby współpłacenie. Co uzyskają? Poprawę jakości, dostępności leczenia?* Zwracał też uwagę, że należy odróżnić współpłacenie, które jest zawsze usankcjonowane, od wydatków prywatnych.

Barbara Więckowska z Katedry Ubezpieczenia Społecznego Szkoły Głównej Handlowej mówiła, że do efektów współfinansowania zaliczyć trzeba zwiększenie środków w systemie ochrony zdrowia, poprawę jego efektywności oraz racjonalne korzystanie przez obywateli ze świadczeń.

Uczestnicy zwrócili też uwagę na problem niedostatecznej wiedzy obywateli na temat zachowań prozdrowotnych, co ma również konsekwencje dla systemu ochrony zdrowia. – *Brakuje edukacji zdrowotnej na poziomie przedszkola, szkoły podstawowej, liceum* – przekonywał **Filip Dąbrowski** z ORL w Warszawie. Dowodził, że brakuje również wiedzy na temat kosztów opieki medycznej. – *Każdy pacjent powinien otrzymać „rachunek”, nie po to, aby za leczenie zapłacić, ale żeby wiedział, ile kosztowało.*

– *Potrzebna jest dyskusja ustrojowa o roli obywatela w procesie zabezpieczenia zdrowia, pacjent musi znać koszty usługi, z której korzystał. Powinniśmy sięgać po rozwiązania racjonalizujące zapotrzebowanie, ale równolegle dążyć do zapewnienia jakości i dostępności opieki zdrowotnej* – podsumowała Małgorzata Gałązka-Sobotka. ■

ach

W marcu jak w

Marzec przyniósł zmiany w kierownictwie resortu zdrowia. Ze stanowiskami pożegnali się wiceministrowie Piotr Gryza i Marek Tombarkiewicz, a pojawili się nowi współpracownicy i doradcy ministra zdrowia w gabinecie politycznym. W jakim stopniu roszady personalne spowodują realne zmiany w obszarze ochrony zdrowia?

Dymisja dwóch wiceministrów zbiegła się z akcją „odchudzenia” rządu. Po nagłośnieniu przez opozycję i media informacji o wielotyśniętych nagrodach dla ministrów i wiceministrów rekordowo rozbudowany rząd postanowił się samoograniczyć. Premier Mateusz Morawiecki zapowiedział zmiany w przepisach, by docelowo większość wiceministrów przeszła do służby cywilnej, a sekretarze stanu mogli pobierać równocześnie część poselskiej pensji. Liczebnie kierownictwa resortów mają się jednak zmniejszyć – nawet o jedną czwartą.

Zmiany w resorcie zdrowia trudno uznać za techniczne. Zarówno Piotr Gryza, jak i Marek Tombarkiewicz odpowiadali za budzące wiele kontrowersji projekty: pierwszy – za sieć szpitali, drugi – za upaństwowienie ratownictwa medycznego. I choć część ekspertów przyjęła ich odwołanie ze zdziwieniem (sieć szpitali ciągle jest na początku wdrażania, nowelizacja ustawy o PRM czeka zaś na rozpatrzenie przez Sejm, w tle jest protest ratowników w związku z niewypłaconymi dodatkami), zwłaszcza w przypadku Piotra Gryzy trudno mówić o zaskoczeniu.

O ile bowiem Marek Tombarkiewicz, przeprowadzając najbardziej kontrowersyjne projekty (przypomnijmy, że przez pewien czas odpowiadał nie tylko za ratownictwo medyczne, lecz także za dużą część polityki lekowej, „pilotował” również poselski projekt „apteka dla aptekarza”), nie przyjmował postawy konfrontacyjnej, prowadził z postami opozycji i ekspertami merytoryczne dyskusje, o tyle Piotr Gryza dał się zapamiętać jako polityczny *fighter*, niczym nieustępujący swojemu zwierzchnikowi Konstantemu Radziwiłłowi. Tak pamiętają go uczestnicy różnych dyskusji panelowych, podczas których prezentował założenia sieci szpitali, tak pamiętają go dyrektorzy szpitali, których obawy przed szczegółowymi zapisami dotyczącymi sieci próbował rozwiązać szantażem: jeśli nie będzie sieci, publiczne placówki wystartują w konkursach ofert i je przegrają.

Można się spodziewać, że owe dwie dymisje to nie koniec zmian w ministerstwie, które czeka w najbliższych dwóch latach wiele pracy. Zarówno w zakresie porządkowania zaniedbanych obszarów (np. przegląd koszyka świadczeń i ich wycen), jak i fundamentalnych kwestii – przede wszystkim związanych z finansowaniem ochrony zdrowia.

Ustawa 6 proc. PKB na zdrowie po podpisaniu 8 lutego porozumieniu musi zostać znowelizowana. Ministerstwo Zdrowia na nowo musi obliczyć koszty, jakimi obciążą ona



Małgorzata Solecka

Fot. archiwum „Pulsu”

system finansów publicznych. Już w tej chwili w rządzie pojawiają się obawy, czy ustawę, w której nie przewidziano źródeł finansowania (poza ogólnym zapisem, że dodatkowe pieniądze będą pochodzić z budżetu państwa), da się w tej formie zrealizować. A z nieoficjalnych informacji wynika, że pytanie jest zupełnie inne: kiedy stanie się jasne, że w tej formie ustawa jest niemożliwa do zrealizowania? W obecnym kształcie (wzrost finansowania do 6 proc. PKB, rozłożony do 2025 r.) krytyczny moment jest odsunięty aż do roku 2020. Czy wymuszone przez rezydentów skrócenie o rok dochodzenia do docelowych 6 proc. PKB ujawni podstawową słabość przyjętej ustawy i zmusi polityków do podjęcia dyskusji, np. o zwiększeniu składki lub przeznaczeniu na cele związane z ochroną zdrowia innych przychodów budżetu? Eksperti mówią np. o wyższym opodatkowaniu niezdrowej żywności, jako potencjalnym źródle dochodów NFZ.

Minister zdrowia Łukasz Szumowski deklaruje, że najważniejszym zadaniem na nadchodzące półtora roku (tyle dzieli nas od wyborów w 2019 r.), jakie przed sobą stawia, jest narodowa debata o kierunkach zmian w ochronie zdrowia. Ogłoszenie w połowie marca założeń tej dyskusji, wyznaczenie osób, które będą koordynować prace w zespołach programowych, to zaledwie początek. Dyskusje mają trwać przez cały rok, a co kilka tygodni w różnych miastach Polski będą organizowane większe, publiczne debaty.

Premier zapowiedział ograniczenia w gabinetach politycznych ministerstw. W tej chwili nowy gabinet ministra zdrowia tworzą: Przemysław Humięcki, Maciej Binkowski, Radosław Sierpiński i Jakub Berezowski.

Szefem gabinetu jest **Przemysław Humięcki**, rocznik 1992, absolwent prawa UW oraz finansów i rachunkowości SGH. Członek m.in. *think tanku* Klub Jagielloński. Pracował w Banku Zachodnim WBK, Ministerstwie Rozwoju, Ministerstwie Finansów i w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

Maciej Binkowski był w gabinecie Konstantego Radziwiłła. Absolwent prawa i administracji publicznej na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz na Uniwersytecie Warszawskim, radny dzielnicy Wola miasta stołecznego Warszawy (PiS).

Radosław Sierpiński ukończył studia medyczne na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Specjalizuje się w kardiologii (Instytut Kardiologii w Aninie). Pisze doktorat. Autor publikacji naukowych, popularnonaukowych i wystąpień na międzynarodowych kongresach medycznych w zakresie kardiologii, telemedycyny i organizacji ochrony zdrowia.

Jakub Berezowski, prawnik, nauczyciel akademicki, jest prorektorem do spraw organizacji i rozwoju w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Raciborzu. Związany z Opolem, był m.in. prezesem Stowarzyszenia „Promocja Przedsiębiorczości” w Opolu. W przeszłości związany ze Stronnictwem Konserwatywno-Ludowym, od niedawna – z partią Jarosława Gowina.

Że to już było? Okrągły stół (Marek Balicki), biały szczyt (Ewa Kopacz), cykl spotkań problemowych (Marian Zembala) – to tylko niektóre przykłady, bo w międzyczasie powstawały białe i zielone księgi problemów ochrony zdrowia. Żadne z tych przedsięwzięć nie przyniosło efektów, czyli wypracowania strategii zmian, nie mówiąc o projektach ustaw i rozporządzeń. Gdy minister Łukasz Szumowski mówi, że ochrona zdrowia potrzebuje strategii odpowiedzialnego rozwoju (SOR), trudno uciec od skojarzenia, że system w tej chwili jest w stanie, któremu przede wszystkim potrzebny byłby swojski, szpitalny, oddział ratunkowy. A może wręcz OIT.

Czego, oprócz debaty, można się spodziewać w nadchodzących miesiącach? Na pewno korekt w sieci szpitali. P.o. prezes NFZ Andrzej Jacyna publicznie powiedział podczas III Kongresu Wyzwań Zdrowotnych, że „coś trzeba zrobić z nocną pomocą lekarską”. Sieć szpitali nie zlikwidowała kolejek na SOR (zmniejszyły się o około 10 proc., co trudno uznać nawet za znaczącą redukcję), a pacjenci przesunęli się – zgodnie z przewidywaniami ekspertów – do innej poczekalni. Jednocześnie w szpitalach zaostrzyły się kryzysy kadrowe, bo pojawiła się konieczność obsady dodatkowych dyżurów. Niewykluczone, że NFZ będzie dopłacał lekarzom POZ, których pacjenci nie korzystają ze świadczeń poradni NPL i SOR! To miałyby być premia za dobrą i efektywną opiekę.

Po podsumowaniu pierwszych miesięcy funkcjonowania sieci szpitali ministerstwo chce też przygotować bardziej zasadnicze zmiany. Na razie widać problemy: co prawda tylko 34 placówkom grożą większe cięcia ryczałtów (nie wykonały nawet 90 proc. przyznanego na ostatni kwartał 2017 r. ryczałtu), ale czy to na pewno mało? Jeśli w marcu NFZ obetnie tym szpitalom ryczałt o prawie jedną trzecią, można się spodziewać fali informacji o możliwych zamknięciach placówek, a więc i fali protestów. Ale problemy mają również ci, którzy wykonali dużo więcej świadczeń, i nie zgadzają się na niewielkie korekty ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe, ale chcą walczyć – również w sądach – o zapłatę za nadwykonania. To efekt polityki „zjeść ciastko i mieć ciastko”. A raczej – dać szpitalom ryczałt, twierdząc, że nadwykonań nie ma, i jednocześnie żądać sprawozdawczości z wykonania świadczeń na dotychczasowych zasadach.

Można się też spodziewać mniej lub bardziej punktowych protestów związanych z wynagrodzeniami. Przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia nowelizacja ustawy o wynagrodzeniu minimalnym pracowników wykonujących zawody medyczne nie została przyjęta przez związki zawodowe ani z uznaniem, ani nawet ze zrozumieniem. Pod koniec marca, na kolejnym posiedzeniu Rady Dialogu Społecznego, może się okazać, że największe związki odmówią prac nad projektem, dopóki rząd nie zgodzi się choćby na odmrożenie kwoty bazowej (3,9 tys. zł brutto), na podstawie której obliczane są w tej chwili płace minimalne i związane z nimi podwyżki. ■



OKRĘGOWA RADA LEKARSKA W WARSZAWIE

zaprasza na

IV MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE

Hotel Narvil, Serock k. Warszawy

15–17 czerwca 2018 r.



Za udział w szkoleniu przysługuje 18 punktów edukacyjnych.

OPŁATA WPISOWA:

Pakiet I za 999 zł obejmuje:

- 2 noclegi ze śniadaniem (miejsce w pokoju dwuosobowym) ■ 2 przerwy kawowe ■ 2 obiady ■ bankiet (15.06.2018)
- kolację standardową w formie grilla ■ korzystanie z aquaparku, sauny, siłowni, sali fitnessu ■ parking.

Pakiet II za 350 zł obejmuje:

- 2 przerwy kawowe ■ 2 obiady ■ możliwość wykupienia udziału w bankiecie (300 zł) ■ parking.

Zapisy wyłącznie za pomocą formularza na stronie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: izba-lekarska.pl

Liczba miejsc jest ograniczona.

Gwarancją uczestnictwa jest rejestracja i wpłata na konto OIL w Warszawie: 27 1240 6247 1111 0000 4974 2369 – z dopiskiem IV MSS

Zapraszamy do wysłuchania znakomitych wykładowców:

prof. dr hab. n. med. M. Dominiak,
 prof. D. Olczak-Kowalczyk,
 prof. J. Pytko-Polończyk,
 prof. J. Sokołowski,
 prof. J. Krupińskiego,
 prof. H. Skarżyńskiego,
 prof. W. Zgliczyńskiego,
 dr hab. n. med. A. Mielczarek,
 dr hab. n. med. M. Kostrubca,
 dr. n. med. M. Aluchny,
 dr. n. med. K. Brus-Sawczuk,
 dr. n. med. A. Bożyka,
 dr. n. med. A. Doliwy-Augustowskiej,
 dr. n. med. M. Kuc-Michalskiej,
 dr. n. med. Z. Kucharskiego,
 dr. n. med. A. Kochanek-Leśniowskiej,
 dr. n. med. A. Kozuń,
 dr. n. med. K. Krasnego,
 dr. n. med. M. Michalaka,
 dr. n. med. M. Nowaka,
 dr. n. med. P. Okońskiego,
 dr. n. med. A. Porenczuk,
 dr. n. med. A. Wasiewicz,
 dr. M. Adamca,
 dr. A. Jakimiaka,
 dr. T. Kamińskiego,
 dr. H. Gołąbka,
 dr. A. Jankowskiej,
 dr. S. Shansa

i innych, którzy zaprezentują nowości z różnych dziedzin.

■ Stomatologia zachowawcza z endodoncją:

- Co nowego w stomatologii adhezyjnej?
- Nowe możliwości diagnostyczno-terapeutyczne w stomatologii
- Możliwości wykorzystania śliny jako medium diagnostycznego
- Nowoczesne materiały stomatologiczne wspomagające remineralizację próchnicy zębów
- Jak właściwie zacząć, by właściwie skończyć – słów parę na temat access box
- Endodoncja regeneracyjna – nowe wyzwania w leczeniu zębów stałych dojrzałych
- Harmonizacja rekonstrukcji estetycznych
- Praca w powiększeniu – nie tylko w endodoncji
- Dylematy lekarza praktyka – wybór właściwej metody odbudowy zęba po leczeniu kanałowym

■ Stomatologia dziecięca:

- Bezpieczeństwo stosowania fluoru
- Niefluorkowe metody zapobiegania chorobie próchnicowej u pacjentów w wieku rozwojowym
- Hipomineralizacja trzonowcowo-siekaczowa
- Zapalenie przyzębia u dzieci – jak rozpoznać i jak leczyć?

■ Ortodoncja:

- Jak skutecznie i krótko leczyć młodsze dzieci – profilaktyka i leczenie ortodontyczne w okresie uzębienia mlecznego
- Zakotwienie kostne w ortodoncji – minipłytki i miniimplanty
- Fakty i mity na temat leczenia językowymi aparatami ortodontycznymi
- Retencja w ortodoncji – aparaty zdejmowane i stałe
- Ortodontyczno-chirurgiczne leczenie pacjentów z hipodoncją w odcinku przednim

■ Chirurgia stomatologiczna:

- Wizualizacyjne techniki diagnostyczne w onkologii jamy ustnej
- Standardy i różnice w postępowaniu z młodymi i starszymi pacjentami z terapią przeciwrzepliwą w leczeniu stomatologicznym
- Aspekty diagnostyki anatomicznej CBCT w planowaniu implantologicznym
- Aktualne możliwości regeneracji wyrostków zębodołowych
- Algorytm postępowania stomatologicznego u pacjentów leczonych radiochemioterapią z powodu raka narządów głowy i szyi

■ Protetyka:

- Protezy szkieletowe kompromis czy sztuka wyboru?

Dokładne informacje oraz program zostaną zamieszczone na stronie OIL: izba-lekarska.pl

PARTNER ORGANIZACYJNY



CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

BRĄZOWY SPONSOR





- Materiały i metody podścielania ruchomych uzupełnień protetycznych
- Rehabilitacja narządu żucia:
- Wybrane zagadnienia implantoprotetyki
- Estetyczne kryteria oceny rekonstrukcji protetycznych w odcinku przednim, czyli jak osiągnąć atrakcyjny uśmiech
- **Periodontologia:**
- Co każdy stomatolog powinien wiedzieć na temat chorób przyzębia
- **Interna:**
- Diagnostyka akromegalii w praktyce lekarza stomatologa
- Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych – co nam szkodzi na serce
- Opieka stomatologiczna nad ciężarną pacjentką z perspektywy lekarza ginekologa
- Zastosowanie komórek macierzystych w chorobach kości, w tym w leczeniu stomatologicznym
- Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym
- Współpraca lekarza dentysty z lekarzami innych specjalności
- Zioła i ich zastosowanie
- **Prawo medyczne:**
- Dziecko w gabinecie stomatologicznym – kiedy potrzebna jest zgoda na leczenie
- Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej – korzyści i zagrożenia
- Roszczenia pacjentów a ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
- Ochrona danych osobowych w kontekście dyrektywy unijnej RODO
- Odpowiedzialność cywilna w praktyce lekarza stomatologa, wybrane zagadnienia
- Empatyczny lekarz, czyli jaki?
- Warsztaty z implantologii, laseroterapii, endodoncji

Marta Klimkowska-Misiak,
wiceprezes ORL
ds. lekarzy dentystów



*Człowiek uwikłany w kryzysy, obciążony problemami,
zagoniony w codzienności potrzebuje nadziei.
Człowiek tracący sens, żyjący półprawdami
potrzebuje mocnego światła.*

*Zmartwychwstały Chrystus przychodzi z przeszłości,
udziela nam radosnej nadziei i przemieniającego światła.*

Wyrażam wdzięczność

*lekarzom i wszystkim pracownikom instytucji medycznych
za pełne profesjonalizmu i służby towarzyszenie chorym.*

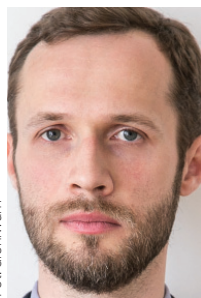
*Niech Święta Wielkiej Nocy
będą czasem pogłębienia relacji rodzinnych,
twórczego odpoczynku i pogody ducha.*

Radosnego Alleluja

*ks. Arkadiusz Zawistowski,
krajowy duszpasterz służby zdrowia*



Fot. licencja Artmedia Partners



Odpowiedzialność cywilna za wadliwy sprzęt medyczny

Filip Niemczyk, adwokat

Prawidłowe leczenie pacjentów zależy nie tylko od kwalifikacji zawodowych i doświadczenia lekarza, ale również od warunków, w jakich pracuje. Znaczenie mają różne czynniki, począwszy od wewnętrznej organizacji w placówce przez odpowiedni wymiar czasu pracy po sprawność sprzętu wykorzystywanego w procesie leczenia. Aczkolwiek przypadki szkód na zdrowiu pacjenta spowodowane używaniem wadliwego sprzętu nie należą do częstych, postępująca technicyzacja medycyny sprawia, że od tego, w co wyposażony jest lekarz, zależy coraz więcej. Technika nie tylko wkroczyła tam, gdzie mamy do czynienia ze skomplikowanym leczeniem w warunkach szpitalnych, ale stała się wszechobecna w masowo świadczonych usługach medycznych z dziedziny stomatologii, dermatologii, medycyny estetycznej.

Szpital, ale też każdy lekarz prowadzący prywatny gabinet, musi pilnować, żeby sprzęt diagnostyczny czy narzędzia chirurgiczne nie były wadliwe. Dbałość owa traktowana jest w orzecznictwie sądów i doktrynie prawniczej jako zobowiązanie do zachowania należytej staranności, a zatem nie ma charakteru absolutnego, lecz oparta jest na zasadzie winy. Nie oznacza to jednak, że standard nie jest tu wysoki. Przyjmuje się bowiem, że pacjent może oczekiwać nie tylko tego, że sprzęt będzie serwisowany zgodnie z zaleceniami producenta, ale także, że będzie spełniał ogólnie przyjęte wymogi bezpieczeństwa. Na szpitalu ciąży zatem zobowiązanie, aby nie dopuścić do użytku urządzeń niebezpiecznych, o ile niebezpieczeństwu można zapobiec przez staranne sprawdzanie stanu technicznego aparatury.

Kwestią odpowiedzialności za szkody powstałe w związku z użyciem wadliwego sprzętu wiele lat temu zajmował się polski Sąd Najwyższy (wyrok z 11 maja 1983 r., IV CR 118/83) w oparciu o następujący stan faktyczny: pacjent został poddany operacji płuc, podczas której doznał oparzeń narzędziem chirurgicznym (nożem elektrycznym). Oparzone zostały kończyna górna prawa w obrębie grzbietu dłoni przedramienia po stronie grzbietowo-wewnętrznej oraz udo prawe po stronie zewnętrznej, poniżej krętarza wielkiego. Były to oparzenia od I do III stopnia. Ich leczenie trwało

pięć miesięcy. W miejscach oparzeń pozostały widoczne blizny. Trwałe inwalidztwo spowodowane oparzeniem określono na 15 proc. Szkada na zdrowiu pacjenta wnikła z faktu „przebiecia” prądu. Sąd Najwyższy przyjął, że zdarzeniu można było zapobiec przy starannym sprawdzeniu stanu technicznego sprzętu elektrycznego używanego w czasie operacji.

Warto zwrócić uwagę, że w daleko mniejszym stopniu aniżeli szpital do dbałości o sprzęt medyczny zobowiązany jest personel medyczny. Przyjmuje się bowiem, że lekarz odpowiada za szkody wyrządzone pacjentowi wadliwym sprzętem jedynie wówczas, gdy były widoczne *prima facie*, czyli na pierwszy rzut oka. Lekarz nie jest technikiem ani serwisantem i można oczekiwać od niego dostrzeżenia tylko takich niebezpiecznych usterek, które widoczne są dla każdego, kto na co dzień danym urządzeniem się posługuje. W innej sytuacji prawnej jest jednak lekarz, który wykorzystuje wadliwe urządzenie w prywatnym gabinecie. Jest zobowiązany do odpowiedniej dbałości o należący do niego sprzęt, podobnie jak szpital.

W Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych odpowiedzialność szpitala za szkody związane z wykorzystaniem wadliwego sprzętu medycznego idzie nieco dalej. Przyjmuje się tam bowiem, że zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za wszelkie szkody związane z użyciem niebezpiecznych urządzeń, ponieważ jest zobowiązany do zapewnienia pacjentowi bezpiecznego pobytu. W sytuacji sporu sądowego, to na szpitalu spoczywa zatem ciężar wykazania, że szkoda powstała z przyczyn niezależnych, w szczególności na skutek wadliwości sprzętu obciążającej producenta. Jednocześnie Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (wyrok z 21 grudnia 2011 r., C-495/10) wskazał, że usługodawcy medyczni, w związku z tak ukształtowaną odpowiedzialnością, powinni mieć zapewnione przez krajowe systemy prawne państw członkowskich instrumenty związane z gwarancją, które pozwalałyby pociągnąć do odpowiedzialności producenta lub importera sprzętu medycznego. W ramach polskiego systemu prawnego będzie to ogólny reżim odpowiedzialności z tytułu rękojmi i gwarancji za wady fizyczne.

Szkody związane z wykorzystaniem wadliwego sprzętu mogą być dla pacjentów bardzo dotkliwe. Obok wspomnianego poparzenia w literaturze opisane są przypadki bolesnych urazów, złamań (niesprawne łóżko szpitalne), porażen nerwów (wadliwy sprzęt dentystyczny), a nawet zgonów (uszkodzona aparatura anestezyjologiczna). Brak dbałości w szpitalu lub gabinecie może prowadzić do odpowiedzialności cywilnej tego, kto daną placówką kieruje, także lekarza prowadzącego indywidualną praktykę za pomocą własnego sprzętu. Odpowiedzialność cywilna może dotyczyć także lekarza wykonującego zawód jako pracownik szpitala, jest jednak ograniczona do sytuacji ewidentnych. ■



Fot. egw

Niewiedza – pycha mądrości

Tadeusz Tołłoczko

Świat nauki pełen jest paradoksów. W jednym z artykułów w „Pulsie” napomknąłem, iż twierdzenie, że skoro wiem, na jakich podstawach naukowej oparta została rutynowo wykonywana praca, to nie muszę już dogłębnie analizować wartości zastosowanej metodyki, jest paradoksalne. W większości przypadków takie założenie się sprawdza. W pracy doświadczalnej jednak w ten sposób zwalniamy się od myślenia nad dalszą możliwością usprawnienia dokonanego odkrycia. Rezultat wysiłku myślowego często bywa opłaczalny, lepiej więc nie rezygnować z prób udoskonalenia pomysłu lub chociażby wynalezienia odmiennych, bardziej skutecznych i wydajnych metod pracy.

W historii nauki znajdziemy wiele przykładów, że dopiero pojawienie się genialnego umysłu pozwoliło wykazać błędną ocenę naukowego twierdzenia uznawanego za prawdziwe przez długie lata. Istotną cechą umysłu i charakteru takiego odkrywcy była odwaga myślenia, często zmagająca się z tzw. zdrowym rozsądkiem wielu pokoleń pracowników nauki i tym, co było dla nich oczywiste. Tylko w świadomości ludzi myślących ujawnia się ciekawy pozorny paradoks, że zdobywanie wiedzy nieuchronnie wiąże się z uświadomionym zwiększaniem zakresu naszej niewiedzy. Każde istotne odkrycie naukowe ujawnia bowiem wiele nowych, wymagających naukowego wyjaśnienia pytań, tajemnic i problemów. Zakres naszej świadomej niewiedzy rośnie więc szybciej od zakresu zdobywanej wiedzy. I tak podążamy w stronę nieskończoności nauki. Dzięki ludziom myślącym postęp staje się procesem ciągłym i nieustannie przyspieszonym. Dlatego postęp potrzebuje coraz mniej czasu i coraz więcej pieniędzy.

Z powodu szybkości przyrostu wiedzy jej zakres prowadzi do granicy percepcji naszego umysłu. To większa jeszcze bardziej świadomość naszej niewiedzy i ograniczenia. Problem ten dobrze obrazuje przykład odkrycia nowej galaktyki. Nasza wiedza wzbogaciła się o ten jeden fakt, ale otworzyła się nowa przestrzeń złożona z nieograniczonej liczby pytań prowadzących do naukowego poznania. Dlatego najnowsze osiągnięcia naukowe przyjmowane są z podziwem i uznaniem, lecz możemy mieć tylko nadzieję, nie pewność, że przyniosą ludzkości dobro. Skomplikowane reguły badań sprawiają, że nawet w naukach przyrodniczo-technicznych musimy wierzyć w ich słuszny kierunek.

Pierwszym objawem narastającej niewiedzy jest mieszanie pojęć i ich niejednoznaczność. Wtedy trudno oczekiwać logicznej zwartości definicji i koncepcji. Próby utrzymania pozorowanej stabilności poglądów prowadzą do dogmatyzmu. To z kolei objawia się niechęcią do zdobywania i pogłębiania wiedzy. A przecież tylko wiedza, w przeciwieństwie do niewiedzy, stwarza nadzieję na postęp.

Niewiedza w praktycznym ujęciu jest to nieznanomość naukowych i życiowych prawd potrzebnych do rozwiązywania konkretnych problemów. Niewiedza wcale nie oznacza głupoty. Ogrom niewiedzy jest cechą wszystkich ludzi. I tu przychodzi automatycznie na myśl słynne wyznanie Sokratesa: „*wiem, że nic nie wiem*”, w publicystyce często cytowane w tłumaczeniu łańskim: „*scio me nihil scire*”. Wiele jest interpretacji tego zwrotu. Wszystkie jednak sprowadzają się do tego, że jeśli wiem, że czegoś nie wiem, to znaczy, że mam świadomość własnej niewiedzy. Najczęściej jesteśmy nieświadomi zakresu naszej niewiedzy, a nawet nie odróżniamy tego, co wiemy, od tego, czego nie wiemy i od tego, co nam się wydaje, że wiemy. Ponadto najczęściej nie potrafimy stwierdzić, czy mamy dość wiedzy o życiu i świecie, by rozumieć aktualną rzeczywistość. Zwykle nasza niewiedza jest większa, niż sądzimy, choć niekiedy z łatwością wydajemy radykalne opinie.

Autorytet Sokratesa jest szczególny i polega m.in. na tym, że ujawniał swoją niewiedzę. Zdaje się to aktem zupełnie normalnym, który w czasach jemu współczesnych nie wymagał specjalnej odwagi. Deklaracja własnych ograniczeń, zgodnie z maksymą Sokratesa, to oczywisty imperatyw człowieka myślącego. Czy obecnie ten aksjomat jest popularny? ■



Fot. licencja Artmedia Partners



OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA

Ładysław Nekanda-Trepka, przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej

Uchwała nr 15/2018/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 23 lutego 2018 r.

**w sprawie potwierdzenia wyników głosowania
w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
VIII kadencji 2018–2022
w rejonach wyborczych:
K8/030 WUM Szpital Banacha (B),
K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B),
K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy**

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.), §29 ust. 4 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r.), zwanego dalej „Regulaminem wyborów”, oraz w związku z uchwałą nr 12/2017/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 29 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia ponownych wyborów w zakresie przeprowadzenia głosowania na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 w rejonie wyborczym K8/030 WUM Szpital Banacha (B), uchwałą nr 13/2017/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 9 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia ponownych wyborów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 w rejonie wyborczym K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B), uchwałą nr 14/2018/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 15 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia ponownych wyborów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 w rejonie wyborczym K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy, uchwała się, co następuje:

§1

1. Potwierdza się przeprowadzenie wyborów i głosowania zgodnie z Regulaminem wyborów, w wyborach delegatów

na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022, w następujących rejonach wyborczych, powołanych uchwałą nr 14/R-VII/17 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 lutego 2017 r. w sprawie utworzenia rejonów wyborczych (zmienioną uchwałą nr 18/R-VII/17):

- 1) K8/030 WUM Szpital Banacha (B),
- 2) K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B),
- 3) K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy.

2. W rejonach wyborczych, o których mowa w ust. 1, dokonano wyboru delegatów, jak następuje:

Nazwisko i imię delegata	Numer i nazwa rejonu wyborczego
LEKARZE – REGION WARSZAWA	
1) Hanus Katarzyna	K8/030 WUM Szpital Banacha (B)
2) Pachucki Janusz	
3) Starczewska Marta	
1) Bobek-Pstrucha Ewelina	K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B)
1) Hawrylkiewicz Elżbieta	K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy
2) Grabczan Wojciech	

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Obwieszczenie nr 6/2018/VII przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 5 marca 2018 r.

**w sprawie korekty tytułu zawodowego
w obwieszczeniu nr 5/2017/VII
przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej
w Warszawie z 8 grudnia 2017 r.**

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) i §45 ust. 1

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.

Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r.), obwieszcza się, co następuje:

§1

W obwieszczeniu nr 5/2017/VII przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 8 grudnia 2017 r. o wynikach wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 w §1 pkt 70) otrzymuje brzmienie:

„70) Korbecka Bogusława – lekarz dentysta”.

Obwieszczenie nr 7/2018/VII przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 5 marca 2018 r.

*o wynikach wyborów delegatów
na Okręgowy Zjazd Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
VIII kadencji 2018–2022
w rejonach wyborczych:
K8/030 WUM Szpital Banacha (B),
K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B),
K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy*

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) i §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r.

w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r.), oraz uchwały nr 15/2018/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 23 lutego 2018 r. w sprawie potwierdzenia wyników głosowania w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 w rejonach wyborczych: K8/030 WUM Szpital Banacha (B), K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B), K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy, obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku ponownie przeprowadzonych wyborów w rejonach wyborczych utworzonych na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, tj. rejonów: K8/030 WUM Szpital Banacha (B), K8/046 Centrum Onkologii Ursynów (B), K8/050 Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy, delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 zostali wybrani:

- 1) Bobek-Pstrucha Ewelina – lekarz,
- 2) Grabczan Wojciech – lekarz,
- 3) Hanus Katarzyna – lekarz,
- 4) Hawrytkiewicz Elżbieta – lekarz,
- 5) Pachucki Janusz – lekarz,
- 6) Starczewska Marta – lekarz.

§2

W wyniku ponownie przeprowadzonych wyborów liczba delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2018–2022 wynosi 207 osób, w tym 172 lekarzy i 35 lekarzy dentystów.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



POWER POZ

Współczesne wyzwania w diagnostyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych w praktyce lekarza

Zapraszamy do udziału w kursach pt. „Współczesne wyzwania w diagnostyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych w praktyce lekarza” doskonalących wiedzę i umiejętności kadry lekarskiej ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy wykonujących czynności zawodowe w placówkach leczniczych świadczących podstawową opiekę zdrowotną.

Przygotowaliśmy 7 modułów tematycznych dotyczących najbardziej aktualnych, praktycznych aspektów problemów zawodowych.

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński
Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Szczegółowy program na stronie: powerpoz.wum.edu.pl

Harmonogram kursów:

1. Edycja: kwiecień 2018 r.!!!
2. Edycja: maj 2018 r.
3. Edycja: październik 2018 r.
4. Edycja: listopad/grudzień 2018 r.

Program obejmuje 7 modułów kształcenia, realizowanych przez:
**Kliniki i Zakłady
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Zapraszamy do udziału!!!



Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Żwirki i Wigury 61
tel/fax: 22 57 20 511

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



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

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

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

Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

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

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

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



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

Krajowe oferty pracy na 14.03.2018 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 27	endokryn./ginekologia 1	med. rodzinna 26	radiologia 8	stomatol. ortodontcja 5
alergologia 2	endokrynologia dziec. 1	med. sportowa 1	rehabilitacja med. 8	stomatol. pedodontcja 4
alergologia dziecięca 1	epidemiologia 2	mikrobiologia 1	reumatologia 3	stomatologia 4
anestezjologia 3	farmakologia 1	nefrologia 3	stomatologia 21	periodontologia 2
chirurgia dziecięca 1	flebologia 1	neonatologia 2	stomatol. chirurgia 4	stomatologia protetyka 4
chirurgia naczyniowa 1	gastroenterologia 7	neurochirurgia 1	stomatol. endodontcja 2	urologia 4
chirurgia ogólna 4	geriatria 1	neurologia 11	stomatologia 1	urologia dziecięca 1
chirurgia plastyczna 1	ginekologia i poł. 15	neurologia dziecięca 6	implantologia 1	USG 8
choroby płuc 4	hematologia 1	okulistyka 16		
choroby wewnętrzne 33	kardiologia 7	okulistyka dziecięca 4		
choroby zakaźne 4	kardiologia dziecięca 2	ortopedia 15		
dermatologia 12	laryngologia 11	pediatria 27		
dermatologia dziec. 1	laryngologia dziec. 1	psychiatria 5		
diabetologia 1	med. pracy 7	psychiatria dziecięca 2		
endokrynologia 10	med. ratunkowa 3	pulmonologia 2		

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

Andrzej Morliński, przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



Czyja wiedza?



7 marca 2018 r. z inicjatywy Komisji ds. Doskonalenia Zawodowego ORL w Warszawie podczas posiedzenia Prezydium ORL odbyło się losowanie nagród dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy w okresie od 6.11.2008 do 31.12.2017 r. przynajmniej w jednym czteroletnim okresie rozliczeniowym dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego. W losowaniu udział wzięło 2624 lekarzy i lekarzy dentyistów, wśród których rozlosowano 15 nagród o wartości 3 tys. zł brutto każda.

Inicjatywa naszego samorządu ma na celu z jednej strony zmobilizowanie lekarzy do zwiększenia aktywności szkoleniowej oraz do systematycznego dokumentowania odbytych szkoleń w rejestrze Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyistów, a z drugiej dowartościowanie tych kolegów, którzy rzetelnie wypełniają obowiązek doskonalenia zawodowego wpisanego w wykonywanie zawodu lekarza.

Oto osoby, które otrzymają nagrody:

Anna Boguszewska-Bączkowska, Joanna Boryczko, Andrzej Burski, Monika Dworakowska, Katarzyna Furmańska-Borowiak, Renata Golińska-Paczuska, Teresa Klonowska-Stajniak, Anna Kochanek-Leśniewska, Joanna Pawłowska, Ewa Reklińska-Miller, Grażyna Snopek, Marzena Śmietanowska, Arkadiusz Walicki, Izabela Winnicka, Sylwia Wojciechowska.

Wielu kolegów bierze udział w wybranych przez siebie szkoleniach, ale nie informuje o tym OIL. Stąd inicjatywa wprowadzenia zachęt materialnych.

Nie jest to inicjatywa jednorazowa, planujemy kontynuować ją w latach następnych, aby motywować do utrzymania stałej aktywności szkoleniowej, rejestrowanej w OIL. Następne losowania będą przeprowadzane w I kwartale każdego roku, począwszy od 2019. Udział w nich wezmą lekarze, którzy w poprzednim roku kalendarzowym dostarczyli do Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyistów OIL w Warszawie potwierdzenia uzyskania obowiązkowych punktów edukacyjnych (wcześniej nieweryfikowane) i dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego, uzyskując więcej niż 200 punktów przynajmniej w jednym zakończonym okresie rozliczeniowym. ■

kd



Wszystkie zwierzęta są nasze

Z okazji 90-lecia Miejskiego Ogrodu Zoologicznego w Warszawie Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, redaktor naczelna „Pulsu”, została uhonorowana Laurem im. dr. Jana L. Landowskiego, *Amicus Fidelis Animalibus*. Wyróżnienie jest przyznawane za niesienie pomocy zwierzętom będącym w potrzebie. Jan L. Landowski był dyrektorem ogrodu w latach 1951–1972. ■

kb

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



CENTRUM KARIERY

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

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

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

Zamierzamy być animatorem rozwoju talentów w sektorze ochrony zdrowia.

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

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

Zapraszamy do odwiedzin naszego stoiska na Medycznych Targach Pracy i Praktyk WUM Centrum Dydaktyczne WUM, ul. Trojdena 2A 25 kwietnia 2018 roku, godz. 10-16

Znajdź nas na **LinkedIn**

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

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:

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

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 przysyłać 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. **7/25/PT/MAZ**

Lekarz Specjalista Protetyki Stomatologicznej

Specjalistyczna przychodnia stomatologiczna o uznanej renomie w Otwocku.

Wymagania:

- ❖ Kwalifikowany specjalista
- ❖ Aktualne PWZ
- ❖ Ubezpieczenie zawodowe OC
- Doświadczenie w implantoprotetyce będzie dużym atutem

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie w formie kontraktu
- ❖ Atrakcyjne warunki finansowe
- ❖ Możliwość rozwoju w renomowanej firmie

Nr ref. **6/23/PG/LUB**

Lekarz Specjalista Położnictwa i Ginekologii

Nowoczesny, niepubliczny szpital zlokalizowany 70 km od Wrocławia.

Wymagania:

- ❖ Specjalista, Rezydent ostatniego roku Położnictwa i Ginekologii
- ❖ Aktualne PWZ

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie w formie do uzgodnienia
- ❖ Atrakcyjne warunki finansowe
- ❖ Pracę w zgranym i profesjonalnym zespole

Znajdź nas na **LinkedIn**

www.centrumkariery.org.pl

Leki biologiczne, biopodobne, bionastępcze, biolepsze...

– definicje i uporządkowanie nazewnictwa

Leki biologiczne stanowią jedną z najważniejszych innowacji we współczesnej medycynie. Choć znane są już od początków XX w., przełomem były lata 80., kiedy do obrotu wprowadzono pierwszy rekombinowany hormon wzrostu, rekombinowaną ludzką insulinę, erytropoetynę, czynniki wzrostu dla granulocytów i płytek krwi oraz aktywatorów plazminogenu.

W ostatnich latach obserwujemy dynamiczny rozwój rynku leków biologicznych. Trwający od kilku lat proces wygaszania praw wyłącznych produktów biologicznych referencyjnych skutkuje wprowadzaniem na rynek leków biopodobnych.

Leczenie biologiczne stosuje się najczęściej w przypadku chorób mających podłoże immunologiczne. Zalicza się do nich m.in. łuszczycę oraz reumatoidalne zapalenie stawów. Leki biologiczne stosowane są w leczeniu cukrzycy typu I, choroby Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, a także w niektórych chorobach nowotworowych (m.in. raku piersi, żołądka, jelita grubego, jajnika, czerniaku skóry) oraz w onkohaematologii. Z uwagi na ograniczenia budżetowe w Polsce odsetek chorych, u których stosuje się terapie biologiczne, wynosi zaledwie około 1–2 proc.

Obserwowane w ostatnim czasie zwiększone zainteresowanie problematyką leków biologicznych wymaga uporządkowania terminologicznego.

Leki biologiczne (*biologicals*, *biological medicinal products*) – w załączniku nr 1 do dyrektywy 2001/83/WE wskazano, że biologiczny produkt leczniczy to produkt, którego substancją czynną jest substancja biologiczna. Substancję biologiczną zdefiniowano zaś jako substancję produkowaną lub ekstrahowaną ze źródła biologicznego. Polskie prawo farmaceutyczne, z uwagi na brak samodzielnej definicji, odsyła do definicji zawartej w załączniku.

Leki biopodobne (*biosimilars*) – ani prawo unijne, ani polskie nie zawierają definicji oficjalnej. Według wytycznych Europejskiej Agencji Leków lek biologiczny biopodobny jest lekiem wykazującym znaczne podobieństwo do innego leku biologicznego, już wprowadzonego do obrotu w UE (tzw. leku referencyjnego).

Leki bionastępcze (*follow-on biologics*) – pojęcie stosowane w Stanach Zjednoczonych dla określenia leków, których substancje czynne są nieznacznie chemicznie zmodyfikowanymi cząsteczkami macierzystych leków innowacyjnych.

Leki biolepsze (*biobetters*) – w klinicznie istotnym zastosowaniu wyróżniają się w porównaniu z lekiem biologicznym referencyjnym (lepszy profil bezpieczeństwa, bardziej skuteczny, mniejsza immunogenność, dłuższe działanie, możliwość zmniejszenia dawki).

Z uwagi na specyfikę leków biologicznych (*vide*: substancja czynna) nie jest możliwe posługiwanie się pojęciem kopii referencyjnych produktów biologicznych. Leki biopodobne nie powinny być zatem zrównywane z lekami generycznymi (chemicznymi), które są identyczne z produktami referencyjnymi. W przypadku leków biologicznych różnice występują nawet w obrębie różnych serii tego samego leku oryginalnego.

Szczególny charakter leków biologicznych uwzględniony został w procesie dopuszczania tego typu produktów do obrotu oraz nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii.

Biologiczne produkty lecznicze (referencyjne i podobne) wskazane w załączniku nr 1 do dyrektywy 2001/83/WE obligatoryjnie podlegają centralnej procedurze rejestracyjnej. W przypadku leków biopodobnych od 2003 r. prawo unijne przewiduje szczególną ścieżkę rejestracji. Wnioskodawca może przedstawić dokumentację pełną lub porównawczą (wykazującą biopodobieństwo do leku referencyjnego). Dokumentacja porównawcza musi zawierać wyniki badań na poziomie: biologiczno-farmakologicznym, chemiczno-farmaceutycznym oraz klinicznym. W przypadku udowodnienia biopodobieństwa produktu wnioskodawca zwolniony jest z przeprowadzania badań klinicznych fazy drugiej.

Leki biologiczne z uwagi na swą specyfikę podlegają wzmocnionym zasadom monitorowania bezpieczeństwa. Odmienność w stosunku do monitorowania leków generycznych przejawia się w trzech aspektach: 1) w ChPL oraz na ulotce leku biologicznego umieszcza się czarny trójkąt równoboczny, a przy nim napis: „*Ten produkt podlega dodatkowemu monitorowaniu*”; 2) zgłaszając niepożądane działanie leków biologicznych, należy przekazać numer serii produktu; 3) obowiązek składania okresowych raportów bezpieczeństwa dotyczy w równym stopniu leków referencyjnych, jak i leków biopodobnych.

Dalszy rozwój terapii biologicznych jest nieunikniony. Ważne, aby w dyskusji o ich przyszłości nie brakowało wiedzy opartej na faktach.



Autorzy:

pracownicy Katedry Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego, WPiA UKSW:

dr hab. **Marek Świerczyński**,
prof. UKSW, *of counsel*
w Kieszowska Rutkowska Kolasiński
Kancelaria Prawna sp. j.



mgr **Zbigniew Więckowski**

Comiesięczny artykuł edukacyjny sponsorowany przez Izbę Gospodarczą „Farmacja Polska”, z cyklu: leki biologiczne i biopodobne.



Fot. archiwum

Metoksyfluran (Pentrox) - nowatorskie rozwiązanie dla medycyny ratunkowej

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

Ból pourazowy to rodzaj bólu ostrego i, zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP – International Association of the Study of Pain), jest subiektywnym doznaniem czuciowym i emocjonalnym. Wiąże się z działaniem bodźca uszkadzającego tkanki (każdy rodzaj urazu) oraz ze spostrzeżeniem na podstawie psychicznej interpretacji zachodzących zjawisk, które modyfikują wcześniejsze doświadczenia i psychosomatyczne uwarunkowania.

Uszkodzenia ciała, do których dochodzi w następstwie urazu, stanowią dla współczesnej medycyny jedno z ważniejszych wyzwań. Urazy są trzecią najczęstszą przyczyną zgonów (po chorobach układu krążenia i nowotworach) i drugą przyczyną niezdolności do pracy. Większość obrażeń dotyczy skóry, tkanki podskórnej, stawów i kości, czyli obszarów ciała dobrze unerwionych. Dlatego u ponad 80 proc. poszkodowanych występuje ostry i silny ból, o różnej długości trwania.

Ból pourazowy należy do kategorii bólu klinicznego, dlatego w zależności od lokalizacji urazu jest bólem somatycznym (powłoki naszego ciała) lub trzewnym (narządy wewnętrzne). W następstwie uszkodzenia, które dotyczy obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego, może pojawić się ból o charakterze neuropatycznym (piekący/palący). Taki rodzaj bólu występuje zwykle po pewnym czasie od urazu (od kilku dni do kilku tygodni).

Podstawowym celem leczenia bezpośrednio po urazie jest utrzymanie homeostazy ustroju. W tym czasie ból spełnia swoją podstawową rolę infor-

macyjno-ostrzegawczą i równocześnie jest istotnym elementem w procesie diagnozowania. Dlatego postępowanie przeciwbólowe tuż po urazie i w okresie nieprzekraczającym 72 godzin musi z jednej strony uwzględniać wymogi procesu diagnostycznego, ale z drugiej – zapewnić skuteczne uśmierzanie bólu, adekwatne do jego natężenia i rodzaju.

Zgodnie z propozycją IASP wyróżniamy trzy okresy pourazowe: bezpośrednio po urazie, zdrowienia i rehabilitacji.

W bólu pourazowym mamy do czynienia z dwoma jego składowymi:

- bólem podstawowym (obecny zarówno w spoczynku, jak i podczas wykonywania prostych czynności),
- bólem proceduralnym – związanym z określonymi procedurami diagnostycznymi, leczniczymi lub pielęgnacyjnymi (zakładaniem opatrunków, unieruchamianiem złamań, opracowaniem chirurgicznym ran, zmianą pozycji chorego).

Postępowanie przeciwbólowe w zależności od miejsca świadczenia pomocy medycznej oraz od poszczególnych

okresów po urazie dzielimy na: postępowanie na miejscu wypadku i w czasie transportu, w szpitalu i w opiece ambulatoryjnej oraz w domu pacjenta w okresie zdrowienia i rekonwalescencji.

W szczególnych sytuacjach klinicznych, np. po urazie komunikacyjnym, w przypadku, kiedy występują techniczne trudności z ewakuowaniem chorego z miejsca wypadku, można zastosować metoksyfluran (Pentrox), drogą wziewną ze specjalnego aplikatora.

Metoksyfluran jest przezroczystą, niemal bezbarwną, lotną cieczą o charakterystycznym owocowym zapachu. Pod względem budowy chemicznej należy do ciekłych związków organicznych z grupy eterów halogenowych, do której zaliczane też są: izofluran, sewofluran, desfluran i enfluran. Metoksyfluran stosowany był od początku lat 60., podobnie jak halotan, jako anestetyk wziewny do znieczulenia ogólnego, znany pod nazwą Pentrane. Na początku lat 70. pojawiły się jednak pierwsze doniesienia o nefro- i hepatotoksyczności metoksyfluranu stosowanego w wysokich stężeniach w anestezji wziewnej, dlatego decyzją FDA w 2005 r. został wycofany ze stosowania w anestezjologii. Równolegle jednak, ze względu na właściwości przeciwbólowe, jakimi charakteryzuje się, prowadzono badania nad wykorzystaniem go w małych dawkach jako leku przeciwbólowego. Szczególnymi obszarami zainteresowania naukowców były: analgezyja przedszpitalna w ramach medycyny ratunkowej (przytomni pacjenci po urazach), położnictwo (łagodzenie bólu porodowego) oraz drobne procedury chirurgiczne

i analgezja przy bolesnych zmianach opatrunków. Kłopotem w stosowaniu metoksyfluranu był jednak mało wydajny parownik. W 1978 r. wprowadzono udoskonalony system do podawania małych dawek (3–6 ml metoksyfluranu) – produkt o nazwie Pentrox, zapewniający skuteczną kontrolę bólu, który jest powszechnie używany od ponad 30 lat w Australii i Nowej Zelandii. W 2015 r. firma Galen zarejestrowała lek w Wielkiej Brytanii i Irlandii, a Mundipharma – we Francji i Belgii. W latach 2017–2018 lek uzyskał rejestrację w pozostałych krajach Europy. **Preparat będzie dostępny w Polsce w 2018 r.** Profil bezpieczeństwa leku oceniono na podstawie 30-letnich doświadczeń klinicznych jako korzystny, a działania niepożądane mają charakter łagodny i przemijający.

O bezpieczeństwie stosowania metoksyfluranu świadczy fakt, że jest powszechnie stosowany w Australii i Nowej Zelandii do łagodzenia bólu pourazowego. Wykorzystuje się go na wszystkich etapach ratownictwa przedszpitalnego i na początkowym etapie pomocy szpitalnej, w takich służbach i strukturach jak:

- ratownictwo medyczne (lądowe, lotnicze i morskie),
- siły zbrojne,
- różnorodne struktury pierwszej pomocy (np. Community Emergency Response Teams, Metropolitan Fire Service itp.),
- ekipy poszukiwawcze,
- grupy ratownictwa przemysłowego (np. w kopalniach),
- szpitalne oddziały ratunkowe.

Metoksyfluran używany jest też przez lekarzy „pierwszego kontaktu” (zwykle są to prywatne praktyki lekarskie).

Pentrox jest wskazany do stosowania w doraźnym łagodzeniu bólu o nasileniu od umiarkowanego do silnego, u przytomnych pacjentów dorosłych z urazem. Składa się z jednego inhalatora oraz fiolki zawierającej 3 ml metoksyfluranu w postaci cieczy. Przyrząd ma kształt rurkowaty, na jednym końcu jest zamontowany ustnik oraz otwieracz do zakrętki fiolki, na przeciwnym końcu znajduje się miejsce do wiania metoksyfluranu. Pojedyncza dawka 3 ml metoksyfluranu podawana (wlewana) jest przez ten otwór, a następnie absorbowana przez polipropylenowy wkład znajdujący się wewnątrz inhalatora. Tam lek powoli paruje, umożliwiając okresową inhalację. Jednokierunkowy zawór u podstawy

inhalatora ułatwia podanie leku, a podczas wydechu zawór zamyka się, co zapobiega uwalnianiu się gazu z pojemnika do atmosfery. Pacjent, zamykając i otwierając palcem sąsiadujący z ustnikiem otwór urządzenia (służący do rozcieńczenia leku), może kontrolować ilość wdychanego metoksyfluranu i uzyskać złagodzenie bólu.

Zalety Pentroksu:

- metoksyfluran nie jest opioidem (nie ma ryzyka rozwoju depresji oddechowej),
- lek szybko zaczyna działać: po 3–5 minutach i po 6–10 wdechach,
- zastosowanie metoksyfluranu skutecznie łagodzi ból i przyczynia się do szybkiego transportu do szpitala,
- inhalator to urządzenie przenośne, lekkie i wygodne do przechowywania (osobno inhalator, osobno ampułka),
- inhalator przeznaczony jest do jednorazowego użytku przez jednego pacjenta (nie ma ryzyka zakażenia i konieczności sterylizacji),
- możliwość zastosowania u chorego uwięzionego (np. we wraku pojazdu),
- bezigłowa, bezpieczna opcja terapeutyczna dla personelu medycznego,
- działanie metoksyfluranu ulega natychmiastowemu odwróceniu po zaprzestaniu inhalacji (możliwość szybkiego odwrócenia efektu przeciwbólowego i dokonania wiarygodnej oceny pacjenta przez specjalistę),
- dawka leku jest wdychana przez pacjenta i przez niego regulowana, w zależności od częstości i głębokości oddechów,
- efekt przeciwbólowy utrzymuje się przez 25–30 minut ciągłego stosowania i może być wydłużony przez przerywane stosowanie leku.

Metoksyfluran nie powoduje istotnego klinicznie pogorszenia parametrów życiowych. Ostrożność należy zachować jednak w przypadku chorych w wieku podeszłym z niedociśnieniem i bradykardią. Metoksyfluran jest lekiem, który powinien być stosowany pod nadzorem medycznym. Maksymalna dawka dobową nie powinna przekroczyć 6 ml, a tygodniowa 15 ml.

W związku z tym, że preparat ma być wkrótce dostępny w Polsce, warto mieć podstawową wiedzę o nim. ■

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

Piśmiennictwo u autorki.

www.ultrasonografy.pl

REKLAMA



W ZASIĘGU...



od 1993

ECHOSON

81 886 36 13

info@echoson.pl

www.echoson.pl



Antybiotykoterapia oczami rodziców i lekarzy

Ewa Szarkowska

Głównym źródłem informacji na temat antybiotyków, choć niejedynym, jest lekarz, który według zdecydowanej większości badanych zrozumiałe i wyczerpująco wyjaśnia kwestię leczenia nimi. Istnieje jednak grupa rodziców, dla których informacje od lekarza są niepełne, a nawet z powodu fachowego języka zupełnie niezrozumiałe. 7 proc. zgłasza, że lekarz w ogóle nie prowadzi takiej rozmowy – wynika z ogólnopolskiego badania na temat wiedzy rodziców o antybiotykach i ich stosowaniu u dzieci w wieku 0–15 lat, jakie przeprowadził NIZP-PZH we współpracy z WHO w grudniu 2017 r.

W ankiecie badawczej znalazło się 19 pytań dotyczących: wiedzy o antybiotykach i antybiooporności, źródeł informacji, przekonań o skuteczności antybiotyków oraz zachowań rodziców, jakie przyjmują wobec lekarza w zakresie stosowania antybiotykoterapii.

– Aż 90 proc. rodziców deklaruje, że zgadza się z decyzją lekarza i nigdy nie próbuje wymuszać przepisania antybiotyku, a 8 proc. robi to w wyjątkowych sytuacjach. Jednak 4,5 proc. ankietowanych przyznało, że jeśli nie otrzyma antybiotyku, zabiera dziecko do innego lekarza – mówi dr n. med. Katarzyna Zacharczuk z Pracowni Diagnostyki Bakteriologicznej Zakładu Bakteriologii NIZP-PZH, współautorka badania.

Znacząca większość rodziców uznaje, że lekarz przepisuje antybiotyk wtedy, gdy jest to uzasadnione, i stosuje się do zaleceń. O wyznaczenie alternatywnego leczenia, bez antybiotyków, prosi lekarza tylko co dziesiąty rodzic. Niewątpliwie antybiotyk do leczenia jedynie znikomy odsetek rodziców traktuje jak lekceważenie choroby dziecka.

– Wyniki dowodzą, że lekarze w większości skutecznie komunikują się z rodzicami w sprawach antybiotykoterapii i cieszą się zaufaniem rodziców. Rodzice zaś nie oczekują każdorazowo leczenia dziecka antybiotykiem. Te fakty pokazują, że lekarze mogą liczyć na zrozumienie, gdy poinformują rodziców, iż nie widzą potrzeby leczenia dziecka antybiotykiem. Konkluzja ta może mieć duże znaczenie, gdyż badanie opinii lekarzy przeprowadzone przez NIZP-PZH w 2016 r. świadczyło o ich przekonaniu, że pacjenci często oczekują podania antybiotyku, o czym informowała

ponad połowa badanych lekarzy – komentuje Rafał Gierczyński, zastępca dyrektora NIZP-PZH ds. bezpieczeństwa epidemiologicznego i środowiskowego.

W przeprowadzonych rok wcześniej badaniach udział wzięło 100 lekarzy, zarówno z przychodni publicznych, jak i indywidualnych praktyk lekarskich. Zdecydowaną większość stanowiła grupa osób w wieku powyżej 50 lat. Dominowali lekarze rodzinni oraz interniści, ale wśród ankietowanych byli też lekarze ogólni i pediatrzy.

– Z badań wynika, że lekarze, przepisując antybiotyki, mają świadomość, iż jest to lek, którego

zastosowanie powinno wynikać ze ściśle określonych wskazań medycznych. W grupie osób, które starają się przepisywać antybiotyk jak najrzadziej, dominują pediatrzy (stanowią niemal 60 proc.) oraz najmłodszy lekarze, między 30. a 49. rokiem życia (36 proc.) – twierdzi dr Iwona Paradowska-Stankiewicz, konsultant krajowy ds. epidemiologii.

Ponad połowa lekarzy, niezależnie od specjalizacji, utrzymuje, że pacjenci bardzo często próbują wymusić przepisanie antybiotyków, z czego co najmniej trzech na dziesięciu pacjentów robi to bardzo często. Najczęściej rodzice zwracali się w tej sprawie do pediatrów.

– Z rosnącym optymizmem patrzymy na lekarzy, którzy zapewniają, że nigdy nie ulegają naciskom. Taką postawę deklaruje od 20 do 27 proc. lekarzy, w zależności od badanej specjalności. Wyjątek stanowią pediatrzy – 67 proc. przyznaje, że robi to sporadycznie, a 33 proc. – niezwykle rzadko. Niestety, bardzo niski odsetek lekarzy wie, że brak higieny sprzyja lekooporności, gdyż ułatwia szerzenie się szczepów opornych. Wśród lekarzy świadomych tego faktu najwięcej jest osób po 60. roku życia (17 proc.). Brak wiedzy młodych lekarzy w tym zakresie jest niepokojący – podkreśla dr Paradowska-Stankiewicz i dodaje: – Zaledwie od 13 do 22 proc. lekarzy uważa antybiooporność za istotny problem w swojej praktyce lekarskiej. To bardzo niski odsetek, biorąc pod uwagę niezwykle wysoką konsumpcję antybiotyków w kraju i narastanie problemu lekooporności. Budzi obawę fakt, że aż 40 proc. lekarzy ogólnych traktuje ten problem jako znikomy, a 42 proc. lekarzy między 30. a 49. rokiem życia w ogóle go nie dostrzega.

Praktycznie wszyscy lekarze informują pacjentów, że nie wolno na własną rękę przerywać kuracji antybiotykiem. Jednak już nieco mniejsza grupa (pozytywny wyjątek stanowią pediatrzy) informuje, jak należy przyjmować antybiotyki, a 5 proc. internistów nie robi tego nigdy.

– A przecież to, czy przyjmujemy antybiotyk przed posiłkiem, w czasie posiłku, czy po jego zakończeniu, ma ogromne znaczenie. W przypadku kilku grup antybiotyków jest ważne nawet to, czy posiłek zawiera białko, ponieważ ten składnik pożywienia może osłabiać działanie leku – podkreśla dr Iwona Paradowska-Stankiewicz. ■



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





Prof. Paweł Nyckowski i prof. Henri Bismuth

Fot. archiwum

Wyróżniony przez Francuzów

Z prof. dr. hab. n. med. Pawłem Nyckowskim, zastępcą kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zagranicznym członkiem stowarzyszonym francuskiej Académie Nationale de Chirurgie, rozmawia Anetta Chęcińska.

Jak trafia się w szeregi członków francuskiej organizacji Académie Nationale de Chirurgie, której początki sięgają pierwszej połowy XVIII w.?

Francuska Akademia Chirurgii jest prawdopodobnie najstarszym stowarzyszeniem medycznym nie tylko we Francji, ale także na świecie. Nie ma starszej instytucji zrzeszającej lekarzy specjalności zabiegowych, jej członkami są chirurdzy, ortopedzi, urolodzy. Należą do niej lekarze czynni zawodowo i emerytowani. Moja droga do Académie Nationale de Chirurgie zaczęła się około 30 lat temu. Na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego wieku zdobywałem doświadczenie w podparyskim Villejuif, w klinice prof. **Henri Bismutha**, który stworzył w Europie prężny ośrodek transplantacyjny. Wykonywano w nim 100–200 przeszczepień wątroby rocznie. Przeszedłem gruntowne szkolenie w zakresie



Goniec Medyczny

Jak zatrzymać tę lawinę?

Porozumienie między ministrem zdrowia a rezydentami niewiele zmieniło w sytuacji szpitali. Z ponad 4 tys. protestujących lekarzy do pracy w dłuższym wymiarze czasu wróciło zaledwie 151. – *Klauzule opt-out wypowiedziało u nas 45 ze 162 rezydentów. Dotąd żaden nie przyszedł z propozycją ponownego jej podpisania* – informuje Julia Ścigała ze Szpitala im. Kopernika w Łodzi.

Pierwszy taki przeszczep w Europie

Lekarze z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu przeszczepili nerw kulszowy od zmarłego dawcy policjantowi rannemu w ubiegłym roku w strzelaninie w Wiszni Małej. Taki zabieg rekonstrukcji uszkodzonego nerwu kulszowego został przeprowadzony w Europie po raz pierwszy.

Eksperci alarmują

W ostatnich latach znacznie wzrosła liczba rodziców i opiekunów, którzy odmówili obowiązkowego zaszczepienia dzieci (wg NIZP-PZH w 2017 r. było 30 tys. takich odmów). Zdaniem ekspertów unikanie szczepień może skutkować powrotem wielu groźnych chorób zakaźnych, takich jak odra i krztusiec.

Szkodliwe interakcje

Niektóre składniki dymu tytoniowego wchodzi w interakcję z wieloma lekami. Prof. Andrzej Stańczak z Zakładu Farmacji Szpitalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ostrzega, że u palaczy lub osób zrywających z nałogiem może to powodować zmianę stężenia leków w organizmie.

USA: chcą odbierać dzieci matkom, które brały narkotyki w czasie ciąży

Kongresmeni ze stanu Kentucky (USA) chcą odbierać prawa rodzicielskie matkom, które urodzą dzieci z objawami uzależnienia od narkotyków. Dzięki zmianom w prawie rozszerzy się definicja znęcania się nad dzieckiem.

transplantologii, a także chirurgii wątroby i dróg żółciowych. W ślad za mną na szkolenie do Villejuif wyjechało kilku chirurgów, anesteziologów i patologów z zespołu prof. Marka Krawczyka. Francuscy mentorzy obserwowali, jak w praktyce wykorzystywaliśmy zdobytą wiedzę, rozwijając program przeszczepiania wątroby na naszej uczelni. Z biegiem lat nasza klinika stała się jednym z czołowych europejskich ośrodków transplantacji. Zostałem zaproszony do wygłoszenia wykładu na posiedzeniu Académie Nationale de Chirurgie. Tematem była „Ewolucja wyników 1500 przeszczepień wątroby na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym”. To wystąpienie w kwietniu 2017 r., z rekomendacjami prof. Daniela Jaecka, w którego klinice w Strasburgu szkoliłem się w połowie lat 90., oraz prof. Bismutha, rozpoczęło procedurę przyjęcia mnie w poczet członków akademii. Po grudniowym głosowaniu, 10 stycznia 2018 r., otrzymałem dyplom członkowski.

Z czym wiąże się przynależność do Académie Nationale de Chirurgie?

Przyjęte jest, że członkowie przygotowują raz na dwa, trzy lata wystąpienie na temat zdobywanych doświadczeń, przedstawiają nowe osiągnięcia zawodowe. Społeczność akademii zapewnia nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów naukowych, zawodowych, edukacyjnych. Możliwości współpracy są ogromne. Rekomendacja członka Académie Nationale de Chirurgie otwiera drogę młodszym lekarzom do ubiegania się o pobyt szkoleniowy i stypendium w ośrodku francuskim. Obecnie w szeregach akademii Polskę reprezentuje trzech lekarzy – prof. Marek Krawczyk, prof. Tadeusz Wróblewski i ja. Bardzo chętnie wesprzemy na forum akademii młodszych kolegów.

Kto z Polaków był członkiem akademii w przeszłości?

Są różne kategorie członkostwa w Académie Nationale de Chirurgie i wiążą się z różnymi prawami i obowiązkami. Można być członkiem honorowym, zwyczajnym, stowarzyszonym, korespondentem. Wystąpiłem z wnioskiem do akademii o sprawdzenie, kto z Polaków i w jakim charakterze należał do tego grona. To ciekawy wątek historii polskiej medycyny. Na pewno w szeregach Francuskiej Akademii Chirurgii byli chirurg prof. Jan Nielubowicz, urolog prof. Jan

Wesołowski i chirurg hematolog prof. Witold Rudowski. Warto podkreślić, że gremium francuskie przyjmuje członków po bardzo wnikliwej analizie i zasięgnięciu gruntownej opinii własnych członków, i opierając się na obiektywnych przesłankach. Trudno się tam znaleźć, nie będąc znanym w środowisku chirurgów francuskich. Trzeba też posługiwać się językiem francuskim. Wykład na forum akademii należy wygłosić po francusku i wziąć udział w dyskusji. To kwestia kultury i tradycji, zresztą praca w ośrodku francuskim dla osoby nieznającej tego języka jest wyzwaniem.

Obecnie nie dokonuje pan transplantacji?

Przyjęcie do akademii było podsumowaniem etapu mojej zawodowej aktywności, właśnie tej transplantacyjnej. To duży honor i wyróżnienie, ale nie zamyka działalności zawodowej. Po przejściu na emeryturę prof. Krawczyka, z którym współpracowałem 30 lat, odszedłem z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby. Zawsze dużą część mojej działalności stanowiła chirurgia nowotworów wątroby i dróg żółciowych. Godzenie jej z transplantacjami było wyzwaniem. Wybrałem leczenie chorych na nowotwory, tym bardziej że na uczelni była potrzeba tworzenia pełnoprofelowego ośrodka chirurgii nowotworów układu pokarmowego. W Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej pracuję od jesieni 2016 r.

Co jest nowością w chirurgii nowotworów wątroby?

Przed wszystkim chirurgia wątroby i dróg żółciowych, która uchodziła zawsze za tzw. chirurgię trudną, staje się coraz bardziej bezpieczna, to bez wątpienia *novum*. Liczba powikłań, zwłaszcza najcięższych, maleje, zmniejsza się śmiertelność okołoperacyjna, jest wręcz trudno zauważalna. Wzrasta bezpieczeństwo pacjenta. Mamy możliwości wykonywania rozległych wycięć wątroby i „powiększania” jej części zdrowej za pomocą technik radiologii interwencyjnej. Dzięki temu zwiększamy liczbę chorych, którzy mogą być kwalifikowani do leczenia operacyjnego. Moje wizyty w ośrodkach francuskich w równym stopniu były ukierunkowane na transplantologię i na chirurgię wątroby oraz dróg żółciowych. Na etapie zdobywania doświadczeń i nabierania praktyki jedno bez drugiego nie istnieje. ■

Ibuprofen

Szkliwy efekt zażywania leków zawierających ibuprofen może wystąpić już po kilku dniach ich stosowania – ostrzega brytyjski serwis Independent. Popularny środek przeciwbólowy przyjmowany w pierwszym trymestrze ciąży wywiera negatywny wpływ na żeński płód.

Starzejemy się

W Polsce przybywa osób powyżej sześćdziesiątki. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2016 r. już ponad 8,9 mln rodaków miało więcej niż 60 lat. W 2014 r. było ich 8,5 mln.

4 minuty spóźnienia

Opinia publiczna w Wielkiej Brytanii jest wstrząśnięta raportem Generalnej Rady Lekarskiej na temat zdarzenia, do którego doszło trzy lata temu. Pięcioletnia dziewczynka została odesłana przez lekarzkę, ponieważ matka dziewczynki spóźniła się na umówioną wizytę... 4 minuty. Koroner, który badał tę sprawę, potwierdził, że tym samym szansa na uratowanie dziecka została bezpowrotnie stracona.

Mogą podzielić się szpikiem kostnym

W Polsce zarejestrowano już ponad 1,3 mln potencjalnych dawców szpiku kostnego. Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii prof. Wiesław Jędrzejczak poinformował, że pod tym względem zajmujemy drugie miejsce w Europie, zaraz za Niemcami.

Elektroniczny stetoskop

Elektroniczny stetoskop zintegrowany z termometrem i aplikacją mobilną pozwoli pacjentom samodzielnie przeprowadzać badania osłuchowe płuc i serca. Nad powstaniem urządzenia pracowali naukowcy z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

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

Lek. Jarosław Kosiaty,
redaktor naczelny „Esculapa”



Fot. archiwum

Zakażenie emocjonalne

Krystyna Knypl

Tradycyjnie szerzej rozprzestrzeniające się zimą infekcje dróg oddechowych w tym roku zostały wyparte przez szybko namnażające się patogeny zakażenia emocjonalnego. To specyficzne schorzenie zaatakowało szerokie rzesze obywateli w Polsce i wielu innych krajach połączonych wspólną przeszłością wojenną. Cechą powodującą wybuch zakaźnych emocji jest odmienne podejście interpretacyjne do tych samych faktów.

O dawna wiadomo, że emocje są zaraźliwe. Pierwszy zwrócił na to uwagę Carl Gustav Jung w 1935 r., podczas jednego ze swoich wykładów. Rozważania o zakażeniu społecznym były modne w XIX w., gdy debatowano o zbiorowych histeriach i psychozach. Wszyscy spotkaliśmy się z zaraźliwym śmiechem. To skądinąd sympatyczne zjawisko jest współcześnie wypierane przez zaraźliwą nienawiść, szerzącą się głównie przez media internetowe.

Wszystkie takie zjawiska są określane mianem zakażenia społecznego. Obejmuje ono przenoszenie procesów behawioralnych, poznawczych i afektywnych. Koncentrując się na zagadnieniach związanych z afektem, trzeba odróżnić nastrój od emocji. Uważa się, że nastrój jest zjawiskiem rozciągniętym w czasie, o niewielkim natężeniu, powstającym stopniowo. Trudno określić początek nastroju, jego największe nasilenie oraz zakończenie. Emocje zaś są krótkotrwałe, intensywne, mają wyraźny początek i zakończenie. Odróżnia się więc zakażenie nastrojem i zakażenie emocjonalne. Oba stany zaliczane są do zakażenia afektywnego.

Stany zakażenia emocjonalnego mogą służyć komunikacji między ludźmi. Do niedawna badania nad zakażeniem emocjonalnym były prowadzone na niewielkich grupach i dlatego nie zawsze można było wnioski z nich rozciągać na większe populacje.

Klinicyści nie zajmują się szczęściem

Klasycznie wykształceni klinicyści nie zajmują się szczęściem, jest ono poniżej ich naukowej uwagi. A powinni! Na łamach „British Medical Journal” w 2008 r. ukazało się doniesienie „Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study” (http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2338.abstract?ijkey=130f0b51ace2ebfa392108016931fb9f20cb6640&keytype=tf_ipsecsha). Zbadana w zakresie czynników ryzyka schorzeń układu krążenia

populacja miasteczka Framingham, niedaleko Bostonu, została poddana jeszcze jednej analizie przez Jamesa H. Fowlera z Department Political Science, University of California oraz Nicholasa A. Christakisa z Department of Health Care Policy, Harvard Medical School i Department of Sociology, Harvard University. Ciekawe, że populacją Framingham zainteresowali się przedstawiciele nauk społecznych, a nie strictly medycznych, jak to miało miejsce do tej pory.

Celem było sprawdzenie, czy uczucie bycia szczęśliwym może rozprzestrzeniać się z osoby na osobę w sieci społecznej i czy istnieją nisze szczęścia w obrębie tej sieci. Badaniem objęto 4739 osób w okresie od 1983 do 2003 r. Szczęście mierzono (tak!) w skali czterostopniowej oraz przez analizę zachowań. Okazało się, że gdy ktoś jest szczęśliwy, jego przyjaciółom zamieszkającym w odległości nie większej niż 1 mila (1,6 km) udziela się to uczucie. O 25 proc. czują się bardziej szczęśliwi. Podobnie, jak z najbliższymi sąsiadami, ma się sprawa ze współmałżonkami i rodzeństwem – im też udziela się stan szczęśliwości. Nieszczęścia i frustracji nie badano, ale można sądzić, że udzielają się na podobnych zasadach.

Epidemia otyłości

Wszyscy znamy to określenie, ale nie bierzemy pod uwagę jego zakaźnego charakteru. A może powinniśmy? Wskazuje na to inne badanie przeprowadzone na społeczności Framingham. Wyniki opublikowano na łamach „The New England Journal of Medicine” (N Engl J Med. 2007 Jul 26;357(4):370-9. Epub 2007 Jul 25). Doniesienie ma tytuł „The spread of obesity in a large social network over 32 years”, a autorami są N.A. Christakis i J.H. Fowler. W okresie 1971-2003 na grupie 12 067 osób oceniano, czy BMI danej osoby ma jakiś związek z BMI jej rodziny, krewnych oraz przyjaciół. Okazało się, że ryzyko stania się otyłym zwiększa się o 57 proc., gdy mamy grubasa w rodzinie lub wśród przyjaciół. Gdy nasz brat lub siostra cierpią na otyłość, nasze ryzyko zostania osobą otyłą rośnie o 40 proc., a gdy wysokie BMI ma jeden małżonek, ryzyko wzrostu BMI u drugiego zwiększa się o 37 proc.

Epidemia nastrojów udzielonych

Przedstawione tu badania dotyczyły zdarzeń z życia codziennego. Ktoś miał realny powód, aby być szczęśliwym, i podzielił się wiadomością o swoim szczęściu z sąsiadem. Ktoś lubiący grillować zaprosił na wspólną degustację swojego sąsiada raz, drugi... i obaj popadli w nadwagę lub otyłość.

W dobie mediów masowych i Internetu duża część naszego życia dzieje się w środowisku elektronicznym. I okazuje się, że tu również jest miejsce na zakaźne nastroje. Przekonano się o tym w sposób naukowy, testując użytkowników Face-

booka, a wyniki badań – a raczej manipulacji – opublikowano w „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America” w 2014 r., w artykule Adama D.I. Kramera i wsp. zatytułowanym „Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks” (<http://www.pnas.org/content/111/24/8788.full>).

W 2012 r., w okresie od 11 do 18 stycznia, poddano testom ponad 155 tys. użytkowników Facebooka. W pierwszej badanej grupie umieszczano wiadomości o pozytywnym wydźwięku, w drugiej – o wydźwięku negatywnym. Analizując komentarze użytkowników portalu, stwierdzono szerzenie się emocji przez posty pisane przez internautów, przy czym większą siłą oddziaływania i większy zakres szerzenia się miały posty z wiadomościami negatywnymi. Stwierdzono też, że lektura informacji umieszczanych na Facebooku w sposób znamienny wpływała na nastrój użytkowników. Mimo że negatywne wiadomości nie pochodziły z realnego świata, realnie oddziaływały na ludzi.

Jako Polacy doświadczamy okresowo manipulacji społeczną opinią międzynarodową na temat naszego kraju. Czytamy w Internecie, jak to wszyscy na świecie zamartwiają się stanem demokracji w naszym kraju, jakością prawa lub interpretacją przeszłości. Mam bardzo zdystansowany stosunek do tych opisów zamartwiania się międzynarodowej społeczności sprawami Polski od czasu pewnej rozmowy z kelnerem w Dallas.

– *Hej, John! Pomóż mi obsłużyć ten automat do nalewania kawy – zagałam do kelnera w sali śniadaniowej.*

– *Nie umiesz obsłużyć tego automatu?* – zdziwił się kelner.
– *A skąd jesteś?*

– *Jestem z Warszawy* – odpowiedziałam. Na twarzy kelnera malowała się perfekcyjna pustka.

– *Z Warszawy, z Polski* – dodałam z uprzejmym uśmiechem.

– *A gdzie leży Polska?* – zainteresował się kelner. – *To gdzieś na północy?*



Fot. licencja Artmedia Partners

Czy tylko Facebook posługuje się taką manipulacją? Nie! – odpowie każdy uczestnik życia społecznego w każdym kraju. Wszystkie rządy manipulują opinią społeczną, mając na względzie swój polityczny interes. Jako środowisko lekarskie codziennie doświadczamy manipulacji opinią społeczną na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Choć współcześnie dostęp do usług medycznych jest szerszy niż kilkadziesiąt lat temu, poziom niezadowolenia pacjentów jest o wiele wyższy.

– *W Europie* – odpowiedziałam resztkami sił i, nie czekając na następne pytanie młodego Amerykanina, który najwyraźniej nie uważał na lekcjach geografii, oddaliłam się defiladowym krokiem do swojego stolika.

Jak wniosek płynie z tej opowieści? Miliony ludzi na całym świecie żyją swoimi, lokalnymi sprawami, a sprawy dotyczące osób z odległych krajów, o których często nic nie wiedzą, nie zajmują nawet na chwilę ich uwagi. ■



Fot. archiwum

Nasi mistrzowie w anegdocie



Jarosław Kosiaty

Czy zdobywanie wiedzy może być ciekawym zajęciem, a prowadzenie badań naukowych pasjonującą przygodą? Wiele zależy od naszych nauczycieli i mistrzów, którzy trudny temat potrafią przedstawić interesująco. Niekiedy wystarczy już zmiana nazwy. Kiedy fizycy i astronomowie mówili o kollapsarze, dyskutowali wyłącznie we własnym, bardzo wąskim gronie. Od kiedy jednak to niezwykle zjawisko zaczęli nazywać czarną dziurą, interesują się nim miliony ludzi na całym świecie.

Jak prosto wytłumaczyć niektóre tajemnice medycyny? Neurologia, wykład poświęcony diagnostyce i leczeniu choroby Alzheimera. Profesor zaczyna od pytania: – *Kto z państwa zapomniał kiedyś, gdzie położył kluczyki od samochodu?* Prawie wszyscy słuchacze podnoszą ręce do góry. – *To nie jest jeszcze powód do niepokoju* – twierdzi prelegentka i dodaje: – *Poważny problem będzie wtedy, gdy znajdziemy je w... lodówce.*

W pamięci wielu pokoleń absolwentów Akademii Medycznej w Warszawie zapisały się wykłady z anatomii patologicznej prowadzone przez lekarza humanistę – prof. **Stefana Krusią** (1926–2015). Absolwent Uniwersytetu Warszawskiego (1949) od początku kariery zawodowej aż do emerytury związany był ze stołeczną uczelnią medyczną. Przez krótki okres (1956–1957) pracował w Szpitalu Polskim w Korei Północnej, a w latach 1959–1960 był stypendystą Fundacji Rockefellera w Mount Sinai Hospital w Nowym Jorku. Od 1970 r. kierował Zakładem Anatomii Patologicznej warszawskiej AM.

W czasie wykładów prof. Krusia duża aula przy ul. Tytusa Chałubińskiego zawsze była szczerze wypełniona studentami. Elegancko ubrany (ze słynną muchą pod szyją) profesor umiejętnie łączył wiedzę naukową z licznymi anegdotami ze świata poezji, literatury, muzyki i sztuki. Nawiązywał do wydarzeń historycznych oraz własnych doświadczeń z życia prywatnego. Niekłóre, omawiane z wielką swadą wątki, można było później znaleźć w felietonach profesora drukowanych w „Polskim Tygodniku Lekarskim” i „Nowym Medyku” (pod żartobliwym tytułem „Obywatelu Redaktorze – K.I. Gałczyński, koniec cytatu”). Potomnym pozostawił m.in. zbiory „Dwadzieścia październikowych spotkań z anatomią patologiczną” (1994, 1996) oraz dwa tomy „Felietonów przekornych” (1992, 1995). We wstępie do autobiograficznej książki „Wiecznym piórem – na przekór” (2010) prof. Kruś napisał: „Podłożem zdarzeń są: czas, zawsze niezmienny i czasy, zawsze zmienne. (...) Przyjemność zapewnia wędrówkę na bosaka po bruku z kocich łbów. Zmiana przyjemności na przyjemność jest trudna. A chodzi tylko o to, aby nie walić kamieniem w łeb koci lub ludzki, ale delikatnie popukać się we własny!”.

W jednym z felietonów prof. Krusia znalazłem ciekawe wspomnienie: „Dobrych czasów nie było nigdy, możliwe, że nadejdą. Uciekamy od bezwzględności i głupoty świata otaczającego do wspomnień z dzieciństwa, kiedy był on ładny

i dobry. We wspomnieniach naszych ojców rysował się jeszcze ładniej i lepiej. Powiedział pan Intrater w Nowym Jorku: »Panie, tu jest powietrze? Tu nie ma powietrze, w Drohobyczu było powietrze«. »Panie, tu są ludzie? Tu nie ma ludzi, w Drohobyczu byli ludzie«. Za jego młodości.

Łapałem się nieraz na tym, że oglądając ryciny sprzed 100 lub 200 lat, zazdrościłem ludziom tam przedstawionym. Ich świat był otwarty, bez granic. Ani takich, co dzielą, ani takich, co łączą”.

W innym miejscu autor „Felietonów przekornych” napisał: „Przeżywam do dziś radość mojej żony, kiedy spod dziesiątej lady udało się jej kupić dla mnie album »Polaków portret własny«. Ujrzałem nas wszystkich. I tych, co z umiłowania wolności, fałszywego, jak się okazało, sprzedali w końcu i wolność, i Polskę, i tych, co z umiłowania wolności, umiłowania prawdziwego, podpalali się na bartogach Cytadeli Warszawskiej (...).

Ilu nas było w sumie przez tysiąc lat? Pewnie paręset milionów żyjących na miejscu lub w rozproszeniu, obdarzonych cechami powielanymi w pokoleniach (...).

Kultura polska jest atrakcyjna, przyciąga cudzoziemców, czyni z nich Polaków, patriotów polskich. Autorem znakomitych prac o języku polskim jest Jan Ignacy Baudouin de Courtenay (potomek rodziny francuskiej), Szwed Bogumił Linde nauczył się naszego języka lepiej niż każdy z nas i zarejestrował go w słowniku, pół-Czech Jan Matejko krzawił jak nikt inny ducha polskiego narodu, pół-Francuz Fryderyk Chopin zaprezentował Polskę całemu światu. Najlepszym konferansjerem był Węgier Fryderyk Jaroszy...”.

Z wykładów prof. Stefana Krusią na II roku studiów zapamiętałem m.in. taką anegdotę. Do restauracji weszła młoda, piękna kobieta i usiadła samotnie przy stoliku. Wielu obecnych w lokalu mężczyzn bezskutecznie próbowało zwrócić na siebie uwagę niewiasty i zdobyć jej względy. Ona pozostawała obojętna na zalotników aż do chwili, gdy do sali wkroczył nieśmiały, bardzo chudy mężczyzna. Ku zdumieniu wszystkich dziewczyna zaprosiła go do swojego stolika i z uśmiechem rozmawiała. Na koniec powiedziała: – *Czy może mnie pan odprowadzić do domu?* Mężczyzna zgodził się bez wahania. Po przyjeździe do mieszkania, kobieta rzekła: – *Niech pan wejdzie dalej do pokoju, zdejmie ubranie i pocze-ka na mnie.* Mężczyzna spełnił tę prośbę. Po chwili w drzwiach stanęła dziewczyna trzymająca na rękach małego chłopczyka. Palcem wskazała mężczyźnie i rzekła do dziecka: – *Zobacz, Adasiu, a tak będziesz wyglądał, jak nie będziesz jadł kaszki!*



Niestety, upływ czasu zatarł już w mojej pamięci, jaki to ważny problem medyczny czy naukowy miała ilustrować opisana scena.

W czasie innego wykładu prof. Kruś przytoczył rozmowę dwóch brytyjskich psychiatrów:

– *Moi pacjenci dziwnie odpowiadają na najprostsze pytania, np.: co jest w łóżku miłe, ciepłe i gładkie?*

Drugi lekarz: – *Oczywiście grzałka.*

– *No widzi pan, a żeby pan wiedział, co ludzie plotą!*

Pozostańmy jeszcze w Wielkiej Brytanii. Pediatria, prof. Malcolm Levene z University of Leeds, miał wygłosić odczyt na temat prowadzenia badań naukowych. Swoje wystąpienia zaczął od stwierdzenia, które wzbudziło szczególne zainteresowanie słuchaczy:

„The research is like sex:

- Most people enjoy doing it,
- Most people are not too happy, if they do not do it,
- It produces worthwhile outcome,
- Institution (Society) would die out, if people stopped doing it but...
- Most people think, they are good at it,
- It is not always true,
- People do not like to be told they are not good at it,
- Some folks have funny ways of going about it,
- It is always more expensive than you think”.*

A następnie rozwinął i dokładnie omówił każdy z wymienionych punktów. I kto powiedział, że wykłady naukowych autorytetów muszą być nudne?

* Badanie jest jak seks:

- Większość ludzi cieszy się, że to robi,
- Większość ludzi nie jest zbyt szczęśliwa, jeśli tego nie robi,
- Daje rezultat na całe życie,
- Ludzkość wymarłaby, gdyby ludzie przestali to robić, ale.....
- Większość ludzi myśli, że są w tym dobrzy,
- To nie zawsze prawda,
- Ludzie nie lubią być informowani, że nie są w tym dobrzy,
- Niektórzy ludzie mają zabawne sposoby na to,
- Jest zawsze droższe niż myślisz.

Pamiętam również pobyt na stypendium w austriackim Salzburgu i wystąpienie jednego z amerykańskich profesorów z Cornell University. Zanim rozpoczął prezentację z zakresu chirurgii, starszy, dystyngowany pan zaczął nagle... tańczyć walca angielskiego. Następnie powiedział, że operacja powinna być jak taniec i pięknie rozwinął ten wątek.

Wróćmy do Polski. Postacią, która wywarła w czasie studiów szczególny wpływ na moje życie zawodowe, był prof. Wiesław Tysarowski (1924–2004) – twórca i pierwszy kierownik Zakładu Dydaktyki i Informatyki Akademii Medycznej w Warszawie (obecnie Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny WUM).

Prof. Tysarowski, który wcześniej był m.in. kierownikiem Katedry Chemii Fizjologicznej Akademii Medycznej w Białymstoku, pełnił funkcję dyrektora Departamentu Szkolnictwa Wyższego i Nauki w Ministerstwie Zdrowia, a także przez siedem lat pracował w Biurze Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze, nie wstydził się braku wiedzy w dziedzinie rozwijającej się wówczas intensywnie informatyki. Wspólnie z nami – studentami pierwszych lat medycyny – z nieukrywaną radością poznawał tajniki obsługi pierwszych komputerów osobistych i możliwości ich wykorzystywania w nauczaniu medycyny. Miało to miejsce w Zakładzie Dydaktyki, który na początku mieścił się w niewielkim, parterowym, drewnianym baraku przy ul. Księcia Trojdena, na tyłach Szpitala przy ul. Banacha.

Znający biegle kilka języków obcych, zawsze elegancko ubrany, wysoki, z siwą brodą i szerokim, miłym uśmiechem, prof. Tysarowski przypominał raczej Świętego Mikołaja niż surowego kierownika zakładu. Chętnie wspierał studentów oraz młodych lekarzy. Nie bał się wysłać nas na szkolenie do Francji, na Uniwersytet w Nancy. Był pionierem e-nauczania medycyny w Polsce. Dzięki osobistemu zaangażowaniu profesora i ścisłej współpracy m.in. z Zakładem Histologii (prof. Stanisław Moskalewski) i Kliniką Dermatologii (prof. Wiesław Gliński), a także uczelniami z Niemiec (Düsseldorf) i Francji (Nancy), w Zakładzie Dydaktyki powstawały ciekawe multimedialne programy edukacyjne.

Pamięć o długich godzinach spędzanych w nocy nad komputerowymi klawiaturami przypominała mi dzisiaj anegdotę znaną niedawno w Internecie.

Wielkie sympozjum na temat „Czy mężczyzna powinien mieć żonę czy kochankę?”. Lekarz stwierdza, że przede wszystkim żonę, bo to zdrowie seksualne itd. Psycholog, że kochankę, bo wtedy jest przyjemny, elegancki i w ogóle się stara. Naukowiec dowodzi, że i żonę, i kochankę, bo żona myśli, że jest u kochanki, kochanka, że u żony, a on tup, tup, tup i... do biblioteki.

Czy wyniesiona ze studiów wiedza przydaje się także w zwykłych relacjach międzyludzkich i życiu codziennym? Jeden z profesorów powiedział kiedyś, zwracając się do studentek: – *I pamiętajcie, żeby nigdy nie mówić do waszego partnera: „ty pasożycie”. Pasożyt może być tylko innego gatunku.* ■

jkosiaty@esculap.pl



Fot. licencja Artmedia Partners

Szpital w Nowym Mieście nad Pilicą ma nowe pracownie



Fot. archiwum szpitala

O trzy nowe pracownie wzbogacił się Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą. Inwestycja kosztowała ponad 1,9 mln zł. Pieniądze pochodziły przede wszystkim z budżetu państwa i grójcekiego starostwa powiatowego.

Działalność pracowni USG, endoskopowej i RTG została zainaugurowana z dużą pompą, do szpitala zawitali z tej okazji m.in. wicepremier Beata Szydło i marszałek Senatu Stanisław Karczewski, który przez wiele lat pracował jako lekarz, a także dyrektor tej lecznicy. – *Dziś uświadomiłem sobie, jak szybko płynie czas. Jeszcze całkiem niedawno cieszyłem się z uruchomienia w Nowym Mieście nad Pilicą pracowni radiologicznej, a teraz okazuje się, że minęło już 10 lat i sprzęt wymaga wymiany. Jestem bardzo zadowolony z pozyskania przez*

szpital nowoczesnych urządzeń. Nie bez znaczenia dla procesu diagnostycznego będzie też ich wysoka jakość – mówił marszałek.

Komfort i bezpieczeństwo

Placówka pozyskała: cyfrowy aparat RTG z adaptacją pomieszczeń, aparat USG, wyposażenie pracowni endoskopowej, aparat do znieczulenia ogólnego, agregat prądotwórczy oraz pompę głębinową. – *Nowoczesny sprzęt to przede wszystkim bezpieczeństwo pacjentów i komfort pracy naszego personelu – tłumaczyła Joanna Czerwińska, dyrektor lecznicy.*

Z wydanych na zakupy środków 1,4 mln zł pochodzi z rezerwy ogólnej budżetu państwa, blisko 400 tys. od Starostwa Powiatowego w Grójcu, a 100 tys. to wkład własny szpitala.

A dług rośnie...

Szpitaly borykają się jednak z ogromnymi problemami, czego lecznica w Nowym Mieście nad Pilicą, każdego roku odnotowująca blisko 5 tys. hospitalizacji, jest najlepszym przykładem. Od lat rośnie bowiem jej zadłużenie. Największą bolączką są tzw. zobowiązania wymagalne w stosunku do dostawców i kontrahentów, którzy zniecierpliwieni kierują sprawy do sądów, a te naliczają wysokie odsetki.

Szansą na jakiegokolwiek inwestycje są pieniądze z zewnątrz. Dzięki funduszom europejskim w szpitalu udało się np. rozbudować izbę przyjęć. Nie starczyło ich jednak na zagospodarowanie piętra operacyjnego i sterylizatornia. Dyrekcja wciąż stara się zdobyć środki na ten cel. ■

raf

Z MAZOWSZA

Nowa siedziba dla ratownictwa medycznego

W Ostrowi Mazowieckiej powstanie nowa stacja wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego.

Umowę w sprawie przedsięwzięcia podpisał dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Meditrans Ostrołęka” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce Mirosław Dąbkowski. Nowa siedziba będzie się mieścić w budynku o powierzchni 365,4 mkw. Na parterze znajdują się dwa miejsca garażowe dla ambulansów, pokoje dla zespołów wyjazdowych „P” i „S” oraz lekarza, a także pomieszczenia pomocnicze i techniczne. Na piętrze powstaną pokoje dla administracji oraz pomieszczenie techniczne. Do tej pory SPRiTS w Ostrowi Mazowieckiej nie miała stałej siedziby, wynajmowała budynki od osób prywatnych. Nowa stacja zdecydowanie polepszy warunki pracy zespołów pogotowia ratujących życie. Całkowity koszt inwestycji przekroczy 1,8 mln zł, a dofinansowanie przez Samorząd Województwa Mazowieckiego wyniesie 1,7 mln zł.

Kompleksowa opieka kardiologiczna w Siedlcach

Dzięki wsparciu unijnemu w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach poprawi się jakość usług opieki kardiologicznej.

Decyzją zarządu województwa mazowieckiego placówka otrzyma ponad 5,4 mln zł dofinansowania na ten cel w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014–2020. Choroby układu krążenia są od wielu lat główną przyczyną umieralności mieszkańców zarówno w Polsce, jak w innych krajach europejskich. Najczęstszym powodem zgonów osób poniżej 75. roku życia są choroby niedokrwienne serca, w tym ostry zawał. Ważne więc, by pacjent z zawałem jak najszybciej trafił na oddział kardiologii inwazyjnej. Zakup nowoczesnego wyposażenia dla Ośrodka Kardiologii Inwazyjnej Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach wymaga dużych środków finansowych, ale przyczyni się do zmniejszenia śmiertelności pacjentów.

„Wtorki hematologiczne” w radomskim szpitalu

Cykl spotkań poświęconych problematyce schorzeń krwi oraz układu krwiotwórczego zainaugurowano w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym. „Wtorki hematologiczne”, przeznaczone przede wszystkim dla lekarzy internistów, cieszą się dużym zainteresowaniem.

Pomysłodawcą szkoleń jest prof. dr hab. n. med. **Kazimierz Sułek**, hematolog i wieloletni kierownik Kliniki Hematologii i Chorób Wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycznego. W dużej mierze dzięki jego zaangażowaniu i staraniom w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym udało się uruchomić 21-łóżkowy Oddział Hematologii, który został otwarty we wrześniu 2016 r. i do dziś jest jedyną taką jednostką w południowej części województwa mazowieckiego. Sprawił, że pacjenci z Radomia i regionu nie muszą już podróżować do Warszawy czy Łodzi.

Oddział zapewnia diagnostykę i leczenie m.in. niedokrwistości, nadkrwistości, małopłytkowości, nadpłytkowości, leukocytozy, leukopenii, zaburzeń krzepnięcia krwi, przewlekłych mieloproliferacji, czerwienicy prawdziwej, samoistnego zwłóknienia szpiku oraz chorób limfoproliferacyjnych.

W MSS prof. Sułek pełni rolę konsultanta naukowego, a także regularnie przyjmuje pacjentów. Swoim bogatym doświadczeniem postanowił podzielić się także podczas cyklu spotkań poświęconych szeroko pojętej hematologii.

Bezpłatne szkolenia są nastawione głównie na praktykę. Podczas pierwszego spotkania prof. Sułek wygłosił wykład inauguracyjny „Krew – niezwykle płyn”, wprowadzając słuchaczy w obszerną tematykę chorób hematologicznych, metod ich diagnozowania oraz leczenia. Następnie dr Jolanta Wójcik,

kierownik Oddziału Hematologii MSS, przedstawiła prezentację dotyczącą małopłytkowości.

Drugie spotkanie z cyklu „Wtorki hematologiczne” również wzbudziło duże zainteresowanie. Prof. Sułek wygłosił dwa wykłady: „Chory z leukopenią” i „Pacjent z wybroczynami i siniakami”, z kolei dr Iwona Sokołowska-Gizezgała, specjalistka chorób wewnętrznych i hematologii w MSS, poruszyła temat osób chorujących na niedokrwistość. W planach są już kolejne „Wtorki hematologiczne”. ■

raf



Prof. Kazimierz Sułek

Fot. archiwum szpitala

Nowa „Drewnica” w połowie roku przyjmie pierwszych pacjentów

W Ząbkach pod Warszawą dobiega końca budowa jednego z najnowocześniejszych szpitali psychiatrycznych w Europie.

W tym roku mają się tam pojawić pierwsi pacjenci. To także jedna z największych inwestycji zdrowotnych dofinansowanych z mazowieckiego RPO 2014–2020. Biuro Prasowe Samorządu Województwa Mazowieckiego podaje, że na realizację projektu zostanie przeznaczone ponad 95,8 mln zł, a całkowita jego wartość sięgnie 137,1 mln zł. Nowy Mazowiecki Szpital Wojewódzki „Drewnica” będzie bardzo nowoczesny, proekologiczny i przyjazny pacjentom. Zdaniem Samorządu Województwa Mazowieckiego to bardzo ważna inwestycja. Szpitale psychiatryczne od lat borykają się z niedofinansowaniem, również ich stan techniczny nie zawsze odpowiada standardom XXI w. Nowa placówka powstała

w sąsiedztwie istniejącej. Obiekt został tak zaprojektowany, aby pacjenci czuli się w nim komfortowo. Główny pawilon składa się z siedmiu segmentów połączonych tzw. strefą wielofunkcyjną, przypominającą ogród zimowy i prowadzącą do miejsc wypoczynku i terapii. W szpitalu jest m.in. centrum rehabilitacyjne oraz oddziały stacjonarne, w których znajduje się 300 łóżek. Stworzona została także przestrzeń rekreacyjno-sportowa – powstały alejki spacerowe, miejsce do gry w tenisa stołowego i stanowisko do gry w szachy.

W budynkach szpitala trwają obecnie ostatnie prace wykończeniowe. Wokół placówki zasadzono 137 drzew i mnóstwo innych roślin, przeprowadzono także pielęgnację dębów przy pawilonie ogrodowym. Znaczna część energii cieplnej dla lecznicy będzie pozyskiwana z odnawialnych źródeł energii. Obok szpitala powstaną kolektory słoneczne, wybudowany zostanie również system pomp ciepła, co pozwoli wykorzystywać w okresie grzewczym energię słoneczną, pobraną i zmagazynowaną w lecie. Zimą z kolei nowoczesny system pozwoli przechowywać zimne powietrze, aby służyło latem do klimatyzowania pomieszczeń. ■

pk



Rak jelita grubego

Dysponujemy coraz skuteczniejszymi lekami, pacjentów operują doskonali chirurdzy, a mimo to nowotwory nadal stanowią jedno z największych zagrożeń dla naszego zdrowia i życia.

Do najniebezpieczniejszych należy rak jelita grubego, drugi po raku płuca co do częstości występowania i stanowiący drugą przyczynę zgonów z powodów onkologicznych. Dane z badania Concord-2 mówią, że w Polsce w ostatniej dekadzie nastąpił ogromny postęp w leczeniu raka jelita grubego, wskaźnik przeżycia wzrósł o 10 proc. Mimo to na tle innych krajów europejskich jesteśmy państwem o relatywnie niskich wskaźnikach przeżycia. Niepokojący jest fakt, że dynamika zapadalności na tę chorobę w Polsce należy do najwyższych w Europie. W 2014 r. zachorowało w naszym kraju 17,4 tys. osób, a zmarło z tego powodu 11,4 tys.

Ekspertci twierdzą, że przyczyny takiego stanu są wielorakie: organizacyjne, finansowe, świadomościowe. Do czynników organizacyjnych należą: brak koordynacji w opiece medycznej, leczenie pacjentów w ośrodkach z małym doświadczeniem, zwłaszcza chirurgicznym, brak oceny jakości leczenia. Konieczne jest stworzenie sieci ośrodków mających możliwości leczenia wielodyscyplinarnego, dysponujących oddziałami szpitalnymi i ambulatoriami, dzięki którym pacjent nie błąkałby się z placówki do placówki.

– Powinniśmy doskonalić chirurgię narządową, nie onkologiczną – twierdzi prof. Adam Dziki, założyciel i kierownik Centrum Leczenia Chorób Jelita Grubego w Brzezinach. – Specjalizacja z chirurgii onkologicznej to nasz spadek po socjalizmie. Wyspecjalizowane ośrodki powinny być poddawane audytowi, m.in. pod względem liczby wykonywanych operacji i jakości leczenia. Zmienić też należy wyceny operacji jelita grubego.

Od połowy 2017 r. dostępne są w ramach chemioterapii nowe leki I i II linii na zaawansowanego raka jelita grubego, od 1 stycznia 2018 r. na liście refundacyjnej pojawił się kolejny preparat. Lekarze postulują umożliwienie leczenia biologicznego chorych z zaawansowanym rakiem.

Niedofinansowanie tej dziedziny dotyczy przede wszystkim zabiegów chirurgicznych, ale – zdaniem prof. Macieja Reguły – także profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Ekonomisci wskazują jeszcze inny aspekt: nowotwór jelita grubego to nie tylko rosnące koszty leczenia (w 2012 r. ze świadczeń NFZ skorzystało 98 tys. chorych na raka jelita grubego, w 2016 r. – 115 tys.). Roczne straty gospodarki związane z utratą produktywności z powodu tej choroby szacowane są na 2,2 mln zł.

Na rozwój raka jelita grubego, podobnie jak innych nowotworów, wpływ mają czynniki genetyczne (5–10 proc.) oraz środowisko i styl życia (90 proc.). Zmiana nawyków żywieniowych, unikanie alkoholu mogą zapobiec rozwojowi choroby. Również przesiewowe badania kolonoskopowe pozwalają wykryć wczesne stadia nowotworów. W 2015 r. wykonano 62 tys. badań.

Znaczna część społeczeństwa nie chce jednak poddawać się badaniom, przede wszystkim ze względu na ich specyfikę. Powodem jest też niska świadomość zagrożenia. Część osób po prostu boi się poznać stan swojego zdrowia. W tych przypadkach zwykła informacja nie wystarczy, konieczna jest szczegółowa edukacja. ■ **mkr**

Mały organ – wielkie kłopoty



Gruczoł tarczycy waży zaledwie 30 g, a często staje się powodem ogromnych kłopotów zdrowotnych. Choroby tarczycy są jednymi z najbardziej rozpowszechnionych na świecie.

W Polsce około 22 proc. mieszkańców cierpi na choroby gruczołu tarczowego bądź miało je w przeszłości. Kobiety statystycznie chorują dziewięciokrotnie częściej niż mężczyźni. Do czynników ryzyka wpływających na występowanie tych schorzeń zalicza się m.in. promieniowanie jonizujące i otyłość.

– Wykryte wcześniej choroby tarczycy umożliwiają rozpoczęcie leczenia, a także ograniczenie groźnych dla zdrowia powikłań – mówi prof. Ireneusz Nawrot, sekretarz Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej. – Szybkie chudnięcie, przybieranie na wadze, ospałość, nadpobudliwość, osłabienie czy trudności z koncentracją to niektóre symptomy niedoczynności tarczycy. Uczucie gorąca, zwiększona potliwość, duszność, kołatanie serca, drżenie rąk występują przy nadczynności.

Objawów jest więc wiele i to różnorodnych, chorzy często nie potrafią ich skojarzyć z rodzajem choroby albo bagatelizują je i nie zgłaszają się do lekarza. A przecież odpowiednio wcześniej wykryte, dzięki stosunkowo nieinwazyjnej diagnostyce (badanie hormonalne stężenia TSH – hormonu tyreotropowego, fT4 – wolnej tyroksyny w surowicy krwi oraz USG tarczycy) umożliwiają skuteczne leczenie.

Zmiany guzkowe (nowotworowe) oraz duży rozrost wola tarczycowego (guzowate, zamostkowe, uciskające drogi oddechowe) wymagają interwencji chirurgicznej. Pacjenci często nie decydują się na operację, obawiając się utraty głosu.

– W dzisiejszych czasach zabieg ten jest bezpieczny, o ile przeprowadza go chirurg z dużym doświadczeniem – przekonuje prof. Marcin Barczyński, prezes Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej. – Poza tym wiele ośrodków chirurgicznych (około stu) dysponuje już aparaturą do śródoperacyjnego neuromonitoringu nerwów krtaniowych.

W Polsce wykonuje się blisko 25 tys. operacji tarczycy rocznie, z czego 60 proc. to zabiegi usunięcia wola. Zapadalność na raka gruczołu tarczycowego rośnie, szacuje się, że o około 40 proc. rocznie. ■ **mkr**

Ból w karetce pogotowia



Tylko jedna na pięć osób przewożonych karetkami pogotowia na SOR ma łagodzony ból już na miejscu wypadku albo w drodze.

Coraz skuteczniej walczymy z mitami typu: uśmierzenie bólu „zamazuje” obraz patologii, ból nikogo nie zabił, przeciwbólowe przyjmowanie opioidów prowadzi do uzależnienia, opioidy często prowadzą do depresji ośrodka oddechowego, ból jest nieodzownym elementem każdej choroby, podanie leku przeciwbólowego utrudnia diagnostykę. (W epoce diagnostyki opartej na tomografii komputerowej, USG i rezonansie magnetycznym podanie leku przeciwbólowego nie powinno w żaden sposób wpływać na rozpoznanie.)

W znowelizowanej rok temu ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta zapisano: „Pacjent ma prawo do leczenia bólu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia” (ustawa z 23 marca 2017 r., art. 20a, pkt 1 i 2).

– Nasze ratownictwo zrobiło wielkie postępy, reprezentuje dobry poziom organizacyjny i merytoryczny. Jednak w dziedzinie łagodzenia bólu w karetkach pogotowia jeszcze nie jest dobrze – mówi prof. Andrzej Basiński, kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – Świadczą o tym m.in. badania Koła Naukowego „Paramedic”. Analizowaliśmy 8691 przypadków, w których powodem wezwania zespołu był uraz. Tylko 16 proc. pacjentów, przewożonych do szpitali przez zespoły ratownictwa medycznego, otrzymało pomoc farmakologiczną dla uśmierzenia bólu. Nawet pacjenci z licznymi urazami ciała i nasilonymi dolegliwościami rzadko otrzymują taką pomoc (26 proc.). Jedynie u 20 proc. dzieci przewożonych karetką zastosowano leczenie przeciwbólowe. Pacjenci z ostrym zespołem wieńcowym w karetce dostają tylko tlen. To nie do przyjęcia przy długim czasie dojazdu do szpitala.

A przecież po urazie z powodu nasilającego się bólu może dojść u pacjenta do tzw. wstrząsu bólowego. Wówczas pojawiają się zaburzenia parametrów fizjologicznych, m.in. wzrasta ciśnienie krwi, tętno, pojawia się hiperwentylacja, niedotlenienie mięśnia sercowego, omdlenie, zaburzenia świadomości.

– Leczenie bólu jest zapobieganiem kaskadzie następnych zjawisk chorobowych stanowiących zagrożenie – twierdzi dr Robert Gałązkowski, dyrektor Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Specjaliści oceniają, że w zestawach, którymi dysponują załogi karetek pogotowia, jest duża gama leków przeciwbólowych, brakuje tylko tych w postaci wziewnej, która w wielu sytuacjach znacznie ułatwia zastosowanie terapii.

Dlaczego zatem leki przeciwbólowe są tak rzadko podawane? Ratownikom medycznym brakuje przygotowania w tym zakresie, czasami zwyczajnie boją się skutków zaaplikowania leku. Dlatego specjaliści postulują szkolenia, łącznie z pokazami, oraz wypracowanie i wprowadzenie procedur postępowania. ■ **mkr**

Międzynarodowy Dzień Implantu Ślimakowego



Fot. archiwum IFIPS



25 lutego obchodzimy Międzynarodowy Dzień Implantu Ślimakowego, który w tym roku przypada w 61. rocznicę pierwszej w świecie operacji wszczepienia implantu ślimakowego.

W Polsce pierwszą operację przywracającą słuch osobie niesłyszącej z wykorzystaniem tej technologii wykonał 16 lipca 1992 r. prof. Henryk Skarżyński. Dzień później implant ślimakowy otrzymało – również po raz pierwszy w Polsce – niesłyszące dziecko. Międzynarodowy Dzień Implantu Ślimakowego świętuje się po to, by pokazać ludziom z wadami słuchu, jak wiele korzyści dają nowoczesne technologie wykorzystywane we współczesnej implantacji.

W stworzonym przez prof. Skarżyńskiego Światowym Centrum Słuchu od ponad 15 lat przeprowadzane są operacje poprawiające słuch. Obecnie około 60–70 dziennie – najwięcej w świecie w zakresie otorynolaryngologii, audiologii i foniatryi. Na szczególną uwagę zasługuje wszczepienie dotychczas ponad 6 tys. implantów słuchowych, co sytuuje ośrodek w czołówce światowej. Z różnych form pomocy skorzystało dotychczas ponad 3,5 mln osób. ■ **rk**



Credomedica

Pożyczka dla lekarzy
nawet do 500 000 zł

na oświadczenie o dochodach,
bez ZUS i US

Infolinia: 733 000 778
www.credomedica.pl

REKLAMA

doniesienia naukowe



Pacjenci przeceniają resuscytację

Lekarze o tym wiedzą, jedynie nie zdają sobie sprawy, że nie wiedzą o tym pacjenci i ich rodziny. Chodzi o resuscytację. Ze statystyk wynika, że w razie nagłego zatrzymania krążenia udaje się uratować 10,6 proc. pacjentów, licząc tych, którzy po przywróceniu akcji serca i leczeniu zostali wypisani ze szpitala do domu.

Przeciętne wyobrażenia są jednak inne. Z badań Lindsey Ouellette z Michigan State University wynika, że ponad 70 proc. osób sądzi, że po nagłym zatrzymaniu krążenia resuscytacja może uratować człowieka. Badanie polegało na tym, że ochotnikom pokazywano różne sfilmowane akcje reanimacyjne.

Podczas jednej z nich ratowano 54-letniego mężczyznę z zawałem serca, w drugiej resuscytacji poddano ośmioletnie dziecko. Odpowiednio 72 i 71 proc. uczestników badania uznało, że pacjenta będzie można uratować, a 65 i 64 proc. sądziło, że nie będzie odczuwał żadnych skutków neurologicznych.

Prawdopodobnie tak wypaczony obraz resuscytacji tworzy sobie na podstawie filmów i seriali telewizyjnych, takich jak „Ostry dyżur”. Często pokazywana jest w nich akcja reanimacyjna i na ogół chorego udaje się uratować, ale z rzeczywistością niewiele ma to wspólnego. Do oglądania filmów o tematyce medycznej przyznało się 70 proc. osób uczestniczących w badaniach Lindsey Ouellette.

(„American Journal of Emergency Medicine”, luty 2018, bit.ly/2Chqt7N)

Antydepresanty skuteczne

Najnowsza metaanaliza rozwiewa wątpliwości co do skuteczności leków przeciwdepresyjnych. To największy dotąd przegląd. Uwzględniono w nim 522 badania, nawet te, które nie były wcześniej publikowane; objęto nimi 21 antydepresantów zastosowanych u 116 477 pacjentów.

Wniosek: antydepresanty mają większą skuteczność niż placebo, jednak różnią się efektywnością. Trudno jednak je porównywać w tych badaniach, ponieważ stosowano je u pacjentów w różnym wieku i stanie psychicznym. Farmakoterapia trwała co najmniej osiem tygodni.

Z badań prowadzonych pod kierunkiem dr. Andrei Cipriani z University of Oxford wynika, że leki przeciwdepresyjne przydatne są w depresji umiarkowanej oraz ciężkiej. Pod uwagę wzięto takie preparaty jak: agomelatyna, amitryptylina, mirtazapina, paroksetyna oraz fluoksetyna, reboxetyna i trazodon.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, zwiększa się zapotrzebowanie na leki przeciwdepresyjne. W latach 2008–2016 ich sprzedaż wzrosła o 30 proc. Z pomocy psychiatrów w 2016 r. skorzystało 1,2 mln osób (w poradniach, które mają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia). Według EZOP w Polsce 6–7,5 mln osób może cierpieć na zaburzenia psychiczne, głównie lękowe, uzależnienia i depresję.

(„Lancet”, luty 2018, doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)

Cytologia – CIN2 nie wymaga leczenia?

Zaskakujące wyniki badań dotyczących cytologii opublikowała międzynarodowa grupa specjalistów. Sugerują one, że zmiana CIN2 nie zawsze wymaga natychmiastowego leczenia operacyjnego. Aż połowa niekorzystnych zmian komórkowych w pobranym wymazie z szyjki macicy może samoistnie ustąpić w okresie dwóch lat.

U jednej trzeciej pacjentek zmiana taka będzie się utrzymywać. Pogorszy się, co może prowadzić do rozwoju raka, jedynie u jednej kobiety na pięć. To wynik ogólnych badań, przeprowadzonych wśród ponad 3 tys. kobiet w różnym wieku. W przypadku młodszych, przed 30. rokiem życia, samoistne wyleczenia zdarzają się jeszcze częściej, bo u 60 proc. U 23 proc. zmiany się utrzymują, a zaledwie u 11 proc. rozwija się rak szyjki macicy.

Zmiana zaleceń? Być może, ale w przyszłości. Są to jedynie wstępne wyniki, które wymagają jeszcze weryfikacji. Za wcześniej zatem na zmianę wytycznych. Można jednak bardziej indywidualnie podchodzić do poszczególnych przypadków i nie spieszyć się z decyzją o radykalnym leczeniu, mając na uwadze, że operacja szyjki macicy grozi powikłaniami.

Niektóre kobiety po zabiegu odczuwają ból, mają krwawienia i nieregularne miesiączki. Większe jest również ryzyko powikłań ciąży, takich jak poronienie i przedwczesny poród.

(„British Medical Journal”, luty 2018, doi.org/10.1136/bmj.k499)

Otyłość brzuszna gorsza u kobiet

Otyłość brzuszna kojarzy się głównie z mężczyznami i jest zapowiedzią chorób sercowo-naczyniowych, jednak należy zwracać baczniejszą wagę na kobiety. Ten typ otyłości u pań gorzej rokuje niż u mężczyzn.

Dr Sanne Peters z George Institute for Global Health i University of Oxford twierdzi, że wskazują na to badania prawie 500 tys. Brytyjczyków w wieku od 40 do 69 lat. U kobiet z otyłością trzewną zawały serca zdarzały się częściej niż u mężczyzn. Ma to tym większe znaczenie, że ryzyko choroby sercowo-naczyniowej jest u kobiet wciąż niedoceniane. Z innych badań, np. w Skandynawii, wynika, że są one gorzej diagnozowane oraz leczone.

Ryzyko zawału serca zwiększa także zbyt duży wskaźnik masy ciała BMI, jednak w tym przypadku nie zauważono większych różnic między płciami. W przypadku kobiet bardziej niekorzystny okazał się tłuszcz trzewny zaburzający metabolizm organizmu.

Otyłość brzuszna może występować nawet u osób z prawidłową masą ciała. Z badań specjalistów Mayo Clinic wynika, że wtedy prawie trzykrotnie zwiększa zagrożenie chorobami sercowo-naczyniowymi (bez względu na płeć). Na otyłość brzuszną wskazuje tzw. wskaźnik WHR określający proporcje obwodu talii do obwodu bioder. Wskaźnik ten jest prawidłowy, jeśli u kobiet nie przekracza 0,85, a u mężczyzn – 0,90.

(„Journal of the American Heart Association”, marzec 2018, doi.org/10.1161/JAHA.117.008507) ■

Zbigniew Wojtasiński



Ubezpieczenie na Życie wraz z Utratą Dochodu

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

Szczególne warunki programu:

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

program zorganizowany przez Konsorcjum



april | Polska Medbroker Sp. z o.o.

Szczegóły programu :

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



Fot. archiwum

Doctor Quinn – reaktywacja

Hanna Odziemska

lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

Jako że lubię wyzwania, dałam się namówić koleźce na podjęcie pracy na tzw. prowincji.

– *To tylko sześćdziesiąt kilometrów od Warszawy, dobry dojazd, superwarunki, fajny zespół, dyrekcja spoko* – kusił kolega. No i kusił. A teraz sprawdzam się jako umiarkowanie młoda lekarka na rubieży. Publiczny ZOZ, pięknie wyposażony i wyposażony, aż przyjemnie wejść. Dyrekcja dba o zespół, nie żałuje środków i dopieszcza. Czysto, schludnie, pełna cyfryzacja, w pokoju socjalnym ekspres do kawy i mikrofała. Zespół zgrany, otwarty, wciągnął mnie jak gąbka kropelkę wody.

– *W Warszawie niełatwo pozyskać lekarza do pracy, a tu jest to po prostu „mission impossible”* – wzdychają zarządzający placówką. – *Mamy stały skład, mieszkają i pracują od lat ci sami lekarze, a jak któryś wypadnie, bo na przykład pójdzie na emeryturę albo dłuższe zwolnienie, to jest dziura, którą trudno zapełnić.*

Zapełniam dziurę z pełnym zaangażowaniem. Każdy dzień upewnia mnie, że wybór był słuszny. Jestem tu potrzebna i szanowana. Zjawisko paranormalne: jedyna kobieta – lekarz POZ w męskim gronie. Pacjenci, a zwłaszcza spragnione komfortu niekłępiącego badania pacjentki, garną się do mnie jak do zbawiciela. Wiem dobrze, co ludzkość robi ze zbawicielami, ale co tam, warto spróbować.

Kolega dalej namawia: – *Zróbmy tu porządek. Pomóżmy to odgruzować.*

Chodzi o uporządkowanie historii chorób, wywołanie palących problemów, weryfikację leczenia zawieszonoego w próżni po odejściu poprzedników.

Zadanie nie jest łatwe, bo kolega to młody, jeszcze niewypalony perfekcjonista po bardzo dobrej szkole internistycznej. Wyspecjalizował go renomowany szpital warszawski z pełnym zapleczem diagnostycznym, więc odgruzowanie odbędzie się za pomocą łyżeczki do kawy.

Pacjenci. Niby tacy jak wszędzie, ale jednak trochę inni niż w wielkim mieście. Miło jest poczuć dawne smaki statusu lekarza – w wielkim mieście często jest lista życzeń i zażaleń, tu pacjent słucha,

co do niego mówię. Ile razy czułam tę bezsilność, kiedy warszawski pacjent przychodził na kolejną wizytę ze skwaszoną miną i jakże mało zaskakującą informacją, że przepisane przeze mnie leki znów nie pomogły. A tutaj pacjent jest cudownie uzdrowiony już na drugiej, trzeciej wizycie. Wniosek? Pierwszy być może lekko potraktował moje zalecenia, drugi wykonał je skrupulatnie. A przecież leczyłam obu z tą samą starannością i najlepszą wiedzą, w oparciu o wytyczne i własne, wypracowane przez lata doświadczenie.



Rys. P. Woźniak

Przygnębia stopień zaniedbania prowincjonalnych pacjentów. W Warszawie moi pacjenci to w większości zdrowi hipochondrycy, zadbani, przebadani do trzeciego pokolenia wstecz, wyedukowani zdrowotnie i zaszczepieni. W małym miasteczku i na wsi nie przychodzi się z byle czym do lekarza. Jak coś boli, to czeka się, aż przejdzie. A jak nie przechodzi, to pacjent wybiera się wreszcie do doktora i dowiaduje się, że ma zaawansowaną chorobę nowotworową.

Dlaczego pacjent z prowincji jest zaniedbany? Wystarczy uruchomić wyobraźnię. W wielkim mieście odległości nie są problemem. Placówek medycznych jest dużo – diagnostyka dostępna, jak nie na NFZ, to odpłatnie. Można wziąć taksówkę i podjechać. Na wsi trzeba jechać dziesięć kilometrów, żeby wykonać badanie diagnostyczne, jak specjalistyczne, to i dwadzieścia. Renta osiemset złotych ledwo wystarcza na utrzymanie i podstawowe leki. Zresztą, jak coś boli albo jak męczy kaszel, są domowe sposoby. Trzeba poczekać, może ktoś z rodziny albo z sąsiedztwa będzie jechał do gminy i można będzie się zabrać do ośrodka zdrowia. A pani doktor z Warszawy zamiast przepisać te same leki, co zawsze, wymyśla badania. Na badania trzeba dojechać, nie ma kto zawieźć, drogi dojazdowe do domów bywają nieutwardzone. Jak jest błoto albo śnieg, to można zapomnieć.

Warszawski pacjent lubi się badać. Najchętniej robiłby lipidogram co miesiąc, a w międzyczasie je i pije, co chce, obrasta w mięsień piwny i jest zdziwiony, że „leki nie działają”. Wiejski pacjent przyjmuje z wdzięcznością skierowanie na badania, ale z realizacją bywa różnie.

Warszawski pracodawca gniewnie marszczy brew, kiedy otrzymuje rachunek za badania. – *Czy pani doktor naprawdę musi zlecać tyle badań?* – styszę zwykle.

Zwyczajowo odpowiadam: – *Nie zlecam niepotrzebnych badań. Skoro coś zleciłam, to znaczy, że musiałam.*

Najczęściej to kończy dyskusję. Ale nie kończy tematu. Kolega, który mnie ściągnął do pracy na rubieży, mówi: – *Na studiach uczono mnie, jakie mam wykonać badania diagnostyczne w różnicowaniu chorób. Do egzaminu specjalizacyjnego musiałem wkuć litanie niezbędnych badań. A teraz pracodawcy oczekują ode mnie, że będę leczył bez badań dodatkowych. Gdzie sens, gdzie logika?*

Pracodawca na prowincji też liczy koszty. Ale ma większą od warszawskiego świadomość, że koszty badań *versus* koszty leczenia pacjenta z wyhodowanym, rozsianym nowotworem to opłacalna inwestycja. Tylko profilaktyka u wiejskiego pacjenta, który do czasu prowadzi idealne życie wśród szczęśliwych kur, nie jest prosta.

W latach 90. ubiegłego wieku rekordy popularności bił amerykański serial „Dr Quinn, Medicine Woman”. Bohaterka to złoty standard niejednego dyrektora placówki medycznej i prowincjonalnych pacjentów – bezkosztowy, genialny diagnosta i terapeuta w jednym. Nie kieruje na żadne badania, nie wymaga konsultacji specjalistycznych, rozpoznaje i leczy choroby dzięki swojej nieprawdopodobnej intuicji, operuje wyrostki na stole kuchennym, bez publicznych finansów, bez rozliczeń z NFZ i meandrow kolejnych reform czy narodowych programów zdrowia.

Lekarzu w większym czy mniejszym mieście. Jeśli składasz CV i chcesz podbić stawkę, warto, żebyś wpisał: „*Moją misją jest być jak doctor Quinn*”.

Sorry, Winnetou, business is business. ■

Czy potrzebujesz pomocy?



ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO

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

MOŻEMY CI POMÓC

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

ZADZWOŃ:

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

wypaleniezawodowe@oilwaw.org.pl

WYSTAWA
PRACOWNI MALARSKIEJ
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
14.04-14.05. 2018 r.

Wawerskie Centrum Kultury
filia Anin
ul. V Poprzeczna 13

Wernisaż wystawy 14.04.2018 r.
godz. 16.00
ZAPRASZAMY



Fot. archiwum

Zanim przytulą nas roboty

Paweł Kowal

Czy może istnieć świat tylko starych ludzi? Jak taki świat by wyglądał? Czy wyręczą nas roboty? Każde z tych pytań jest wyrazem naszej ciekawości, ale też takie wyzwanie stanie przed wieloma społeczeństwami. Cywilizacja zachodnia w mniejszym lub większym stopniu ma ten sam problem: ludzie zarabiają i tracą chęć dzielenia się dobrami z nowym pokoleniem, coraz później się pobierają, niechętnie mają dzieci lub mają ich mało. To samo przeżywa cała Europa Zachodnia, podobne trendy pojawiły się w Chinach – tu zagrały dodatkowo skutki wielu lat prowadzenia państwowej polityki jednego dziecka. Ale prawdziwym przykładem kraju pracujących emerytów jest Japonia.

Walka z niżem demograficznym jest tak samo ważna dla rządu jak reformy rynku pracy i ubezpieczeń, które mają uwzględniać proces starzenia się społeczeństwa. Japończycy nie uchodzą za biednych, a jednak pierwsze wrażenie po przyjeździe do tego kraju jest takie, że nikt nie jest tam zdecydowany na odpoczynek. Emerytura, szczególnie dla mężczyzn, to przede wszystkim zmiana sposobu

zatrudnienia, ale nie rezygnacja z intensywnej aktywności. Świetnie wykształceni emeryci w Japonii często dorabiają dodatkowymi dochodami z pracy także zagranicą. Pracują jako asystenci w firmach, jako obsługa ruchu turystycznego i tak dalej. Nikt nie daje po sobie poznać, że nie jest zadowolony z pozycji zawodowej w późniejszej fazie życia. Japończycy tak naprawdę nie chcą za bardzo wpuścić na rynek pracy obcokrajowców, handlowcy narzekają, że przybysze z zagranicy nie potrafiliby nawet porządnie podawać torebek na zakupy w sklepach – zgodnie z japońskim zwyczajem trzeba do tego używać obu rąk. Pozostaje więc maksymalna aktywizacja mężczyzn emerytów.

W Japonii widać jak rynek dopasowuje się do nowego dominującego klienta. Powstają supermarkety przeznaczone tylko dla osób starszych. Są dostosowane do wymagań zamożnych seniorów pod kątem organizacji pracy, używanego sprzętu i oczywiście asortymentu. Prace wielu ośrodków naukowych skupione są na opracowaniu sposobu wykorzystania automatyki i robotów do opieki. Jeśli utrzyma się negatywny demograficzny trend, to roboty będą musiały się zaopiekować starszym pokoleniem. A może jednak uda się japońskiemu rządowi nakłonić obywateli do korzystania z urlopów, ograniczania liczby godzin spędzanych w pracy, do jakiej przywykli. Może coś się odwróci i jednak zaczną się rodzić więcej dzieci, a roboty, które mają otoczyć ciepłem seniorów, przydadzą się do przewijania maluchów? W Japonii różne cuda zdarzały się w przeszłości. ■



Malarz transformacji

Edi Hila, urodzony w 1944 r. albański malarz, rysownik i pedagog, w czasach dyktatury Envera Hodży doświadczył braku wolności twórczej. Przymusowo pracował w zakładach drobiarskich, a okres ten dokumentował w serii rysunków. W latach 90. XX w. stał się obserwatorem albańskiej transformacji. Artysta łączy tradycyjny warsztat malarski z tematyką współczesną. Wystawa prac Hili w Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie wpisuje się w ciąg ekspozycji poświęconych przeoczonym mistrzom Europy Wschodniej. Prace oglądać można w pawilonie MSN nad Wisłą do 6 maja.

www.artmuseum.pl

W świecie kabaretu

Wystawa „Nie tylko nóżki” w warszawskim Muzeum Karykatury przypomina twórczość kabaretową i rewiową dwudziestolecia międzywojennego w Polsce. Kanwą ekspozycji są fragmenty tekstów Juliana Tuwima, Mariana Hemara, Andrzeja Własta i innych autorów, które ukazują szeroki zakres zagadnień podejmowanych przez twórców – od tema-

tyki obyczajowej przez społeczną i kulturalną po polityczną. Na wystawie prezentowane są rysunki satyryczne m.in. Jerzego Zaruby, Eryka Lipińskiego i Bronisława W. Linkego, a także fotogramy aktorów kabaretu i rewii. Ekspozycja otwarta do 10 czerwca.

www.muzeumkarykatury.pl

Młode talenty

W sali koncertowej Muzeum Fryderyka Chopina w Warszawie odbywają się recitale z cyklu „Młode talenty”. Pianiści grają na zabytkowych instrumentach, a w programie są m.in. utwory Chopina. Koncerty będą się odbywały w czwartki, do 21 czerwca.

www.chopin.nifc.pl

„Przyszłość będzie inna”

Wystawa w Zachęcie – Narodowej Galerii Sztuki pokazuje II Rzeczpospolitą poprzez idee społeczne wdrażane w życie za sprawą instytucji i organizacji, których powstanie wiązało się z odzyskaniem niepodległości. Przedstawia, wykorzystując elementy szeroko rozumianej kultury wizualnej, koncepcje organizacji życia społecznego ukierunkowane na niedowartościowane grupy: kobiety, dzieci, robotników. Tytuł wystawy został zaczerpnięty z manifestu Zofii Daszyńskiej-Golińskiej z 1921 r., w którym pisała: „Żyjemy jednak nadzieją, że przyszłość będzie inna”. Ekspozycję oglądać można do 27 maja.

www.zacheta.art.pl

ach



Czas, w którym przyszło nam żyć

Janina Jankowska

Obejrzałam właśnie film zatytułowany „Azyl” (tytuł oryginału „The Zookeeper’s Wife”). Poruszająca historia małżeństwa Jana (przedwojennego dyrektora warszawskiego ZOO) i Antoniny Żabińskich, którzy w czasie okupacji hitlerowskiej uratowali ponad 300 polskich Żydów, głównie z getta. To była fantastyczna organizacja połączona z produkcją fałszywych *kenkart* (niemieckich dowodów osobistych), farbowaniem uciekinierom włosów, charakteryzacją, by mogli się wtopić w uliczny tłum, i znajdowaniem dla nich dalszej drogi ucieczki. Siłą rzeczy zaangażowanych w pomoc było wielu Polaków, głównie zaufani pracownicy warszawskiego ZOO. Niektórzy Żydzi przebywali na terenie ogrodu kilka lat, przygotowując się u Żabińskich do dalszej ucieczki. Na ponad 300 osób tylko dwie kobiety zostały złapane i zastrzelone, reszta przeżyła. Przeżyli także Żabińscy. Dr Jan Żabiński po wojnie wrócił do ZOO, napisał wiele książek przyrodniczych, miał swoją audycję o zwierzętach w Polskim Radiu. Pracowałam tam już wtedy, ale jako świeżo upieczona absolwentka polonistyki pojęcia nie miałam o jego zasługach.

Ten film nie powstał w Polsce. Wyprodukowały go Wielka Brytania i Czechy w 2017 r. Scenariusz stworzono na podstawie książki Diane Acerman napisanej 10 lat wcześniej (polskie wydanie – 2009 r.). Tekst Acerman osnuty jest na wspomnieniach okupacyjnych Antoniny Żabińskiej zawartych w książce jej autorstwa „Ludzie i zwierzęta” (1968 r.).

Żabińscy zostali zgłoszeni do tytułu Sprawiedliwych wśród Narodów Świata w 1965 r. Polskie odznaczenia otrzymali dopiero pośmiertnie, w 2008 r. Prezydent Lech Kaczyński odznaczył Antoninę i Jana Żabińskich Krzyżami Komandorskimi Orderu Odrodzenia Polski, które przekazał rodzinie. Oczywiście działalność okupacyjna tej pary od dawna nie jest anonimowa, ale film fabularny o nich długo nie powstał.

Najnowsze dzieje Polski są kopalnią tematów na scenariusze. Często się zastanawiałam, dlaczego doskonali polscy scenarzyści do nich nie sięgają. Jako juror pewnego konkursu dziennikarskiego natrafiłam na reportaż zrealizowany w Radiu Lublin, który moim zdaniem też jest dobrym materiałem na scenariusz filmowy.

Historia w nim opowiedziana wydaje się aż niewiarygodna. Oto odwiedza Polskę potomek rodziny żydowskiej, uratowanej przez polskich chłopów, urodzony w Izraelu, by po latach podziękować za życie swoich dziadków. Zainteresowany mroczną przeszłością, natrafia na historię rozstrzelania żydowskiego małżeństwa oraz kobiety i jej służącej, które ich ukrywały. Chce wiedzieć, jak to się stało. W dotarciu do prawdy pomaga mu dziennikarz. Ukrywających się i polską rodzinę zadenuncjowała Żydówka, także ukrywająca się.

Przywołałam tematykę żydowską, ale nasza historia jest bogata w dramaty. Nominowanych polityką historyczną bohaterów mamy wielu. Ja chciałabym zobaczyć CZŁO-WIEKA, jak dawał sobie radę w czasach, w których przyszło mu żyć. ■

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.

Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

oraz warszawski duszpasterz służby zdrowia ks. Władysław Duda

zapraszają lekarzy i wszystkich posługujących chorym na comiesięczne spotkanie środowe

25.04.2018 r.

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

19.00 – spotkanie w sali Świętej Rodziny (obok zakrystii) i konferencja prof. Kazimierz Szałata: „Filozoficzno-etyczne wyzwania współczesnej medycyny”.

Dwie niezwykłe osobowości

Małgorzata Skarbek

cz. 1

Bardzo się różnili, a jednocześnie wspaniale uzupełniali, byli niezwykłymi ludźmi – prof. Longin Marianowski wspomina swoją mistrzynię prof. Małgorzatę Serini-Bulską i jej męża prof. Tadeusza Bulskiego. – *Bardzo wiele wnieśli w polską ginekologię i położnictwo lat 50. i 60. ubiegłego wieku.*

Opinię tę podzielają dawni uczniowie i współpracownicy pary wybitnych lekarzy i naukowców, a także współcześni ginekolodzy. Dlatego Warszawski Uniwersytet Medyczny zorganizował pod koniec 2017 r., z inicjatywy prof. Mieczysława Szostka, prezesa Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, konferencję naukową poświęconą tym znakomitym lekarzom. Popiersie prof. Bulskiego znajduje się obecnie w I Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa WUM na pl. Sokratesa Starynkiewicza w Warszawie.

– *Traktuj pacjentkę jak kogoś najbliższego: swoją matkę, żonę, córkę, a nie jak przypadek* – powtarzał studentom i lekarzom prof. Tadeusz Bulski. I tak postępował.

Urodził się w Mrzygłodzie koło Zawiercia w 1903 r. Medycynę studiował w Warszawie, dyplom uzyskał w 1928 r. Całe zawodowe życie, jedynie z przerwą w czasie wojny i okupacji, był związany z I Kliniką Ginekologii i Położnictwa, w której początkowo pracował jako wolontariusz, a później jako młodszy asystent. Kliniką od momentu jej założenia w 1921 r. kierował prof. Adam Ferdynand Czyżewicz, który powrócił na to stanowisko po II wojnie światowej.

W sierpniu 1939 r. dr Bulski został zmobilizowany, po 17 września przeszedł ze swym oddziałem do Rumunii, potem statkiem popłynął do Francji. Tam wstąpił do I Dywizji Grenadierów, która brała udział w kampanii francuskiej na Linii Maginota. Po klęsce Francji dostał się do niewoli i przez całą wojnę kierował szpitalem w stalagu w Willingen, w Badenii.

Po wojnie, na przełomie lat 1946 i 1947, za namową żony wrócił do Polski i podjął pracę w klinice przy pl. Starynkiewicza jako starszy adiunkt, a następnie zastępca kierownika. W 1948 r. obronił pracę habilitacyjną „Kliniczne znaczenie pierścienia granicznego (skurczowego)”, a w 1954 otrzymał tytuł profesora. Po przejściu prof. Czyżewicza na emeryturę w 1958 r. został kierownikiem kliniki i szefował jej do śmierci w 1966 r.

O pierwszych kierownikach tej placówki pisze prof. Ewa Radwańska: „Byli wizjonerami, myślicielami i niedoścignionymi nauczycielami akademickimi, rewidującymi dotychczasowe



Fotografie: archiwum rodzinne



Małgorzata i Tadeusz Bulscy na Krakowskim Przedmieściu w okresie międzywojennym

poglądy np. na temat patologii ciąży czy mechanizmu porodu, wprowadzając zasady indywidualizowania porodów, znieczulania, postępowania w zakażeniach poporodowych, a także popierającymi otwieranie nowych oddziałów i laboratoriów". Prof. Bulski prowadził pionierskie badania nad kardiotokografią płodu metodą ekg i elektroakustyczną. Jest twórcą modyfikacji prowadzenia porodu miednicowego. Zajmował się również diagnostyką i leczeniem niepłodności kobiecej, terapią hormonalną i balneologiczną (w tym czasie klinika dysponowała zewnętrznym oddziałem w sanatorium w Ciechocinku). Po objęciu kierownictwa kliniki do działalności naukowej i leczenia doszła praca organizacyjna, którą prof. Bulski zajął się bardzo energicznie. Do gmachu starej, wyremontowanej kliniki dobudowano nowoczesny na owe czasy budynek, w którym znalazło się ambulatorium, pracownie: rentgenowska, potem także ultrasonograficzna, serologiczna, cytologiczna i histopatologiczna. Utworzono też dwie nowe jednostki: zakład endokrynologii ginekologicznej, prowadzony przez dr. Jerzego Tetera, oraz pierwszy i jedyny wówczas w Polsce oddział andrologii, kierowany przez dr. Zygmunta Janczewskiego.

Prof. Bulski był znakomitym dydaktykiem, wykłady ilustrował przezroczami z epidiaskopu. Egzaminował w stylu prof. Czyżewicza – publicznie. Każdy, kto egzamin miał jeszcze przed sobą, mógł przyjść i posłuchać.



Dr Bulski
w jenieckim szpitalu

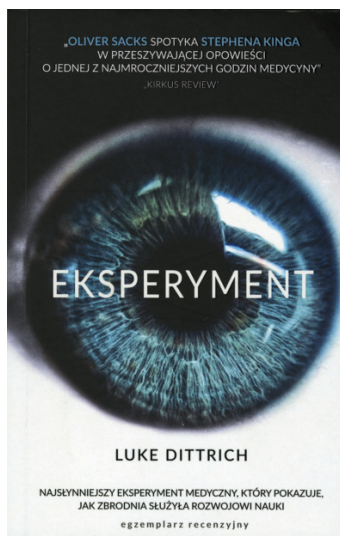


Prof. Małgorzata Sereni-Bulska, prof. A.F. Czyżewicz i współpracownicy

Mimo rozlicznych zajęć prof. Bulski znajdował czas na uprawianie sportu. Szczególnie lubił siatkówkę i ta gra była obowiązującym sportem pracowników. Na boisku, które znajdowało się za budynkiem kliniki, profesor grywał z asystentami. Anegdota mówi, że pewnego razu, gdy nie było kompletu zawodników, zarządził ściągnięcie jednego z lekarzy dyżurnych. Koledzy zaprotestowali: – *On jest na sali porodowej!* Na co profesor: – *Tam są położne, poradzą sobie, a my bez jednego gracza – nie!*

Prof. Bulski był człowiekiem dowcipnym, z wielkim poczuciem humoru, o jego żartach i powiedzonkach jeszcze obecnie krążą opowieści. Potrafił też zachować dystans, jeśli sytuacja tego wymagała, powszechnie darzono go respektem. Ożenił się z Małgorzatą Julią Serini, również ginekologiem położnikiem. Prof. Marianowski tak ją wspomina: – *Była niewątpliwie autorytetem, tolerancyjna, liberalna, szanowała innych, nawet adwersarzy.* ■

Część druga, o prof. Małgorzacie Sereni-Bulskiej, w następnym numerze.



Eks- pery- ment

Znał swoje imię. Tyle mógł zapamiętać. Świat pewnie by o nim zapomniał – bo jego tożsamość skrywana była tylko za inicjałami H.M. – gdyby nie historia jego zaburzeń, które zainspirowa-

ły wiele pokoleń badaczy. Ale Henry Molaison, o którym mowa, uczynił dla nauki dużo więcej niż niejeden królik doświadczalny. I choć porównanie to słusznie może wydawać się skrajnie niewłaściwe, w czasach, kiedy żył H.M. i kiedy korzystano z ukrytego potencjału jego ciała, na porządku dziennym było porównywanie takich jak on do laboratoryjnych królików i szczurów.

W książce „Eksperyment”, w której poznajemy Amerykę i neurochirurgię lat 50. i 60. ubiegłego wieku, medycyna pokazuje swoje nie najlepsze oblicze. To okres, kiedy w szpitalach korzystano z nieetycznych narzędzi, a co bardziej zuchwali lekarze swobodnie przekraczali granice etyki. Jednym z nich był neurochirurg dr William Beecher Scoville, entuzjasta stosowania lobotomii u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. To on właśnie, nie przejmując się zbytnio konsekwencjami takich operacji (czy raczej nie rozumiejąc jeszcze do końca prawideł funkcjonowania mózgu), chcąc wyleczyć 27-letniego H.M. z epilepsji, pozba-

wił go hipokampa, a w efekcie wprowadził bezpowrotnie w totalny stan amnezji.

Od tego momentu H.M. rozpoczął życie jako bezwolny przedmiot intensywnych studiów nad pamięcią, co wprawdzie znacząco wpłynęło na rozwój neurofizjologii i neuropsychologii, ale wstrząsająca opowieść pokazuje, jakim odbyło się to kosztem.

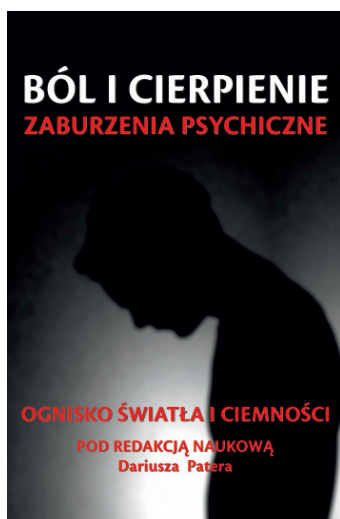
„Był bardzo łaskawym człowiekiem, bardzo cierpliwym, zawsze chętnym do wykonywania zadań, które kazano mu wykonywać” – tak opisują H.M. naukowcy, którzy przez kilkadziesiąt lat mieli z nim do czynienia. Niektórzy, jak prof. Sue Corkin, związali się z nim na dłużej, pisząc swoje doktoraty, habilitacje i przełomowe rozprawy naukowe. A jednak za każdym razem, gdy przekraczali próg jego pokoju, H.M. zachowywał się tak, jakby nigdy się nie spotkali. Za każdym razem, gdy opuszczał salę, nie potrafił do niej wrócić. Mógł czytać gazetę, odłożyć ją, a kilka minut później zacząć lekturę od nowa. Spojrzenie na datę wydania nie pomagało, ponieważ stracił orientację w czasie i przestrzeni. Każdego ranka budził się i nie wiedział, gdzie się znajduje.

Napisano już kilka książek na temat H.M. (zmarł w 2008 r., w wieku 82 lat, i od tamtej pory jego dane stały się dobrem publicznym), ale ta jest wyjątkowa, gdyż autor Luke Dittrich to wnuk neurochirurga, który uszkodził mózg Henry’emu i przeprowadził setki innych lobotomii. Mamy więc rodzinną wiwisekcję na tle przemian nauki, która przekracza granice w imię postępu. Rozliczenie z przeszłością, w której potomkowie znanych postaci opowiadają na nowo historię swoich dziadków, podejmując temat doświadczeń, jakie przez dziesięciolecia wyniszczały pamięć o nich. Trudno się dziwić, że „Eksperyment” uznano w USA za jedną z najważniejszych książek non-fiction ostatnich lat i uhonorowano wieloma prestiżowymi nagrodami. ■

Paweł Walewski

Luke Dittrich, „Eksperyment”, Znak Literanova, Kraków 2018, s. 492

Polecamy książki



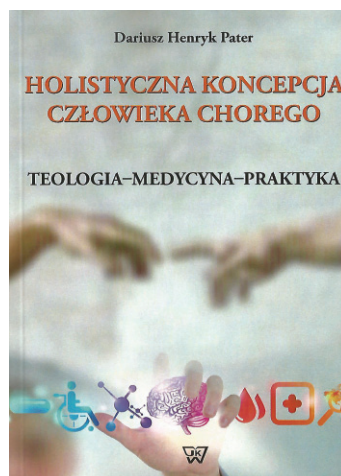
„**Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności. Zaburzenia psychiczne**”, pod redakcją Dariusza Patera, Warszawa 2017, t. 5.

Oprócz definicji najczęstszych zaburzeń psychicznych publikacja zawiera informacje o przyczynach i głównych objawach omawianych chorób oraz wskazuje możliwe opcje diagnostyczne. Znajdziemy w niej również studia przypadku i wiele przydatnych informacji na temat najbardziej odpowiednich i skutecznych

metod leczenia chorób psychicznych. Pomocne porady behawioralne, dotyczące zapobiegania chorobie lub wspierania interwencji terapeutycznych, uzupełniają zakres informacji o zaburzeniach psychicznych.

Dziękuję autorom tekstów za udostępnienie materiałów do publikacji, a ks. dr. hab. Dariuszowi Paterowi za przygotowanie do druku i redakcję naukową niniejszej monografii. ■

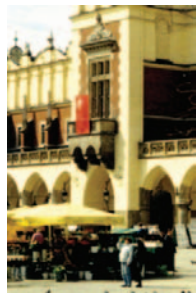
Andrzej Sawoni



Dariusz H. Pater, „**Holistyczna koncepcja człowieka chorego. Teologia – Medycyna – Praktyka**”, Warszawa 2017.

Jeśli medycyna ma nadal być humanitarna, to lekarze, zgodnie z zasadą *primum non nocere*, powinni pamiętać, że to, co niewidzialne, jest również bardzo istotne (dla wierzących to dusza, dla niewierzących psyche). ■

Wanda Stankiewicz



Fot. kb

Dentysta z Krakowa

Sensacją dobiegającej końca kampanii wyborczej w samorządzie lekarskim jest niewątpliwie wybór lekarza dentysty z Krakowa, a ściślej z Nowej Huty (z którą jest związany rodzinnie i zawodowo od lat), na stanowisko prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Po raz pierwszy w historii odrodzonego samorządu na czele dużej, znaczącej izby stanął stomatolog, z urzędu wchodzący w skład konwentu prezesów.

Jeśli się jednak przez chwilę zastanowić nad konsekwencją procentowego uczestnictwa lekarzy dentystów w samorządzie (22 proc.), to dziwić się należy, że dopiero w VIII kadencji reprezentant tej dziedziny medycyny został prezesem rady. Kim jest Robert Stępień i co wniesie do polityki izby?

Nie jest postacią nieznaną w środowisku, ma 61 lat, w samorządzie działa od pierwszej kadencji. Od IV kadencji był członkiem ORL w Krakowie, w V i VI – wiceprezesem ORL, jednocześnie członkiem NRL. Warto podkreślić jego konsekwentne stanowisko w sprawie ustanowienia parytetu lekarzy dentystów w systemie wyborczym. Wciąż przegrywając w tej kwestii, nigdy nie opowiedział się jednak za secesją, uważał bowiem, że osłabiłoby to samorząd.

Jest „do bólu” konkretny. – *Przewodniczenie izbie lekarskiej, i to o takiej tradycji, jest największym zaszczytem, jaki może spotkać lekarza* – wyznał w wystąpieniu programowym. Równocześnie opowiedział się za odrzuceniem przez korporację lekarską ideologicznych podziałów: – *Zostawmy je politykom, a my bądźmy przede wszystkim lekarzami.* Tym sobie zjednał delegatów, a także programem, w którym obok starań o wzrost nakładów na ochronę zdrowia, o przyjęcie przez samorząd szkolenia podyplomowego, o podniesienie mocno ostatnio podupadłego prestiżu zawodu lekarza, znalazły się znaczące drobiazgi codzienności.

Dam jeden przykład – pracy organicznej, której jest zwolennikiem. Otóż Komisja Stomatologiczna ORL w Krakowie pod kierownictwem Roberta Stępnia jest ciałem liczącym bodaj 80 przedstawicieli wszystkich powiatów i większych SP ZOZ. I zbiera się dwa razy do roku, by omówić aktualne tematy. Robert Stępień nie grozi ani rewolucją, ani upadkiem samorządności. Jeśli widzimy w nim jakąś nadzieję, to na normalność. Czy nie tego oczekujemy przede wszystkim? ■

Stefan Ciepły



Fot. archiwum

Niespełna to nie prawie

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Od dłuższego czasu kiedy w mediach jest mowa o wartościach liczbowych i ich rozpiętości od-do, daje się zaobserwować unikanie wyrazu *prawie* na rzecz *niespełna*. Zjawisko to występuje szczególnie w relacjach sportowych. A że język sportu jest zaraźliwy i co chwila wprowadza do polszczyzny ogólnej nowe, ważne wyrazy i frazeologizmy, rzecz staje się istotna dla poprawności językowej.

„*W biegu na 1500 metrów nasz zawodnik przybiegł do mety niespełna dziesięć sekund przed następnym*” – czytamy w dobrej sportowej gazecie i dziwimy się. Bo to by znaczyło, że owych dziesięć sekund różnicy nie stanowi żadnego nadzwyczajnego osiągnięcia. Wyraz *niespełna* mówi nam przecież, że podana liczba mimo wszystko mogłaby być większa, a wobec tego nasz biegacz nie spisał się należycie. Innymi słowy zawiódł nasze oczekiwania. Jest godny pożałowania. Zastuguje na naganę.

Tymczasem każdy rasowy kibic doskonale wie, że dziesięć sekund w wyścigu na dystansie półtora kilometra to różnica gigantyczna. To wielkość, która oznacza różnicę klas, i to zarówno w konkurencji męskiej, jak i damskiej. Ktoś, kto dobrze zna język polski, w użyciu słowa *niespełna* wyczuwa w tej sytuacji jakiś niepokojący fałsz. Może lepiej byłoby powiedzieć: *prawie dziesięć sekund*?

Istotnie, to słuszna uwaga. Aż prosi się o zmianę partykuły *niespełna* na *prawie*, szczególnie w tym wypadku, ponieważ wyraźnie chodzi o podkreślenie zastug.

Prześledźmy semantykę słowa *niespełna*. Partykuła ta jest zrostem wyrazów *nie + z + pełnego* (dawne *nie z pełnego, nie z pełna, nie z całości*). Przyjrzyjmy się:

1) wyraz *niespełna* znaczy ‘nie w pełni’, ‘niezupenie’, ‘nie całkiem’, ‘niecałkowicie’, ‘niecałe’, ‘mniej niż’, a wobec tego:

2) sens słowa *niespełna* nie powinien być używany jako ‘prawie’, ‘bez mała’, ‘blisko’, ‘niemal’, ‘o mała’.

Co w takim razie znaczy słówko *prawie* (wraz z wymienionymi wyżej synonimami)?

Jak podaje w swoim „Etymologicznym słowniku języka polskiego” prof. Andrzej Bańkowski, *prawie* znaczy tyle, co łacińskie *paene*, a ściśle ‘jeszcze nie całkiem, ale już naprawdę’.

A to przecież coś zupełnie innego niż *niespełna*. Co więcej – *prawie* ma wydźwięk zachęcający, pochwalny, aprobujący, ponieważ mówi o tym, że *bardzo zblizamy się* do kompletności. W tej sytuacji *niespełna* ma ukrytą cechę negatywną, bo mowa w nim o *nieosiąganiu* kompletności. *Prawie* jest formą pozytywną. Jeśli więc chcemy o czymś lub o kimś powiedzieć z przyganą, to użyjemy *niespełna* (por. *niespełna rozumu*), a jeśli z pochwałą (choćby dyskretną), to *prawie*. Myślę, że stać nas na odczuwanie takich delikatności ukrytych w znaczeniach słów.

Wróćmy zatem do naszego zdania. Powinno brzmieć: *...przybiegł do mety prawie dziesięć sekund przed następnym!* I tak to musi zostać, bo tu chodzi o *aż dziesięć sekund*, a nie o *niestety mniej niż dziesięć sekund*. Biegacz zachował się jak mistrz, jest kimś godnym uznania, a nie pożałowania. ■

<http://www.lpj.pl>

Kapelusz

Był dla mnie symbolem dorosłości. Po zdaniu matury otrzymałem dokument, na którym dużymi literami było napisane „Świadectwo dojrzałości”, i poczułem się dorosły. Aby tę dorosłość wyeksponować, założyłem na głowę kapelusz ojca i ruszyłem na popołudniowy spacer w pobliżu miejsca mojego zamieszkania, tzn. ul. Rozbrat, Myśliwiecką i Wrońskiego. Liczyłem na to, że kogoś znajomego spotkam i będę mógł uchylić kapelusza, podkreślając swoją męskość i dojrzałość. Pech chciał, że nie tylko nie spotkałem nikogo znajomego, ale w ogóle żadnego przechodnia. Rozczarowany wróciłem do domu, gdzie w dalszym ciągu traktowano mnie jak dziecko. Kapelusz pojawiał się jednak w różnych okolicznościach mego życia, np. kiedy oglądałem znakomitą sztukę „Kapelusz pełen deszczu”, wystawioną w Sali Kongresowej przez Teatr Wybrzeże, w reżyserii Edmunda Fettinga, z nim i Zbyszkiem Cybulskim w głównych rolach. Niestety, nie wypadło mi siedzieć na sali podczas spektaklu w kapeluszu.

Graf. archiwum



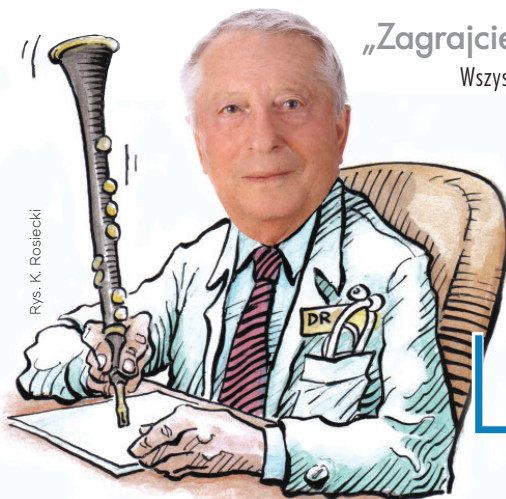
Niewiele czasu minęło od wystawienia „Kapelusza w deszczu”, a na zasadzie przeciwieństwa Tadeusz Ross zaśpiewał swoją piosenkę „Słońce w kapeluszu”. W dodatku w pięknym kapeluszu wystąpił Frank Sinatra w piosence „On the Sunny Side of the Street”.

Po tych incydentach już nigdy nie założyłem kapelusza. ■

Jerzy Borowicz



Fot. archiwum



„Zagrajciez mi, niechaj cofnie się świat”

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

Wuj Leopold

Artur Dziak

Kim był właściwie wuj Leopold, skąd się wziął i co robił, nigdy się nie dowiedziałem. Być może z tego powodu, że za młodu mnie to wcale nie interesowało, a też dlatego, że na jego temat nigdy w domu nie rozmawiano. Nie ulega wątpliwości, że skoliigacony był z rodziną Dziaków i Wróblewskich z okolic Łomży albo Grajewa oraz Zambrowa, gdyż przed laty w tamtych okolicach związki polsko-żydowskie wcale nie były rzeczą rzadką!

Wnioskując z jego opowieści, którymi mógł nieprzerwanie sypać jak z rękawa, wykształcenia i odczytania, znajomości języków oraz koneksji i towarzyskiego obyczaju, musiał być kimś znacznym, zanim w jego życiu doszło do jakiegoś ważnego zwrotu. Z pewnością miał też wielkie pieniądze, które jednak z czasem, w miarę balowania, „poszły do Żyda”, i to parę razy. Wielkie pieniądze jakoby stracił na machinacjach giełdowych zagranicą, gwoździem do trumny stała się zaś okoliczność z pewną „Peruwianką”, artystką kabaretową, która stanęła na drodze wuja w czasie jego pobytu na Charlottenstrasse w Berlinie – zjadliwie dodawała babcia. Tutaj nadmienić muszę, Czytelniku wielce łaskawy, że prawie do samej II wojny światowej Charlottenstrasse stanowiła rzadkie miejsce rozrywek dla duszy i dla ciała, gdyż działających tam kabaretów i podobnych przybytków było powyżej 40, jak obliczył mój ojciec!

Wuj Leopold mieszkał w Świdrze, w zacisznym pensjonacie położonym obok kasy na i niewiele oddalonym od stacji kolejki wąskotorowej. W okresie okupacji rzadko tam jednak przebywał. W obawie przed wysłaniem do obozu zmieniał lokum, starając się nie mieszkać zbyt długo pod jednym adresem. Jako dziecko niejednokrotnie przebywałem u wuja, bawiłem się zgromadzonymi w jego mieszkaniu bibelotami, oglądałem ilustrowane magazyny, mapy, książki, m.in. poradniki i encyklopedie. W pokoju wuja znajdował się wielki chiński parawan, umywalka z lustrem, stolik z kartami do wista, drewniane prawidła do butów i „piesek” do zdejmowania oficerek. Pod wysokim, podwójnym metalowym łóżkiem stał *pot de chambre*, by w nocy niepotrzebnie nie wychodzić, gdyż wygodka znajdowała się na końcu korytarza. Z osobliwości znajdujących się w wielkiej dębowej szafie przypominam sobie, oprócz lnianych prześcieradeł i powłoczek, pas brzuszny, który wuj zakładał do jaskółki, sprężynowy, składany szapoklak i laseczkę ze srebrną gałką oraz jedwabną pościel i bieliznę, której używał od wielkiego dzwonu – jak mówiła babcia Rozalia, czyli, jak znacznie później wyjawiała moja matka – „kiedy miał okoliczność z jakąś damą”! W szafie przetrzymywał też chloroform w celu odstraszenia moli.

Ponieważ wchodzę już w lata – jestem przecież tuż, tuż przed maturą, wuj Leopold postępuje coraz śmieiej i intensyfikuje swe obowiązki *tutora*.

– Ty tylko posłuchaj, Lodzia, co ten zbereźnik i heretyk opowiada. Zmarnuje nam dziecko – mówi babcia Rozalia do mojej matki. – Przecież ktoś musi go w końcu do życia przygotować – odgryza się wuj i nauki kontynuuje. Prawdę mówiąc, mimo szczerzej sympatii i wzajemnego szacunku, między babcią Rozalią a wujem Leopoldem często dochodziło do scysji na punkcie mojego wychowania. Ale chyba wiele sporów było symulowanych, by babcia z matką mogły zachować tzw. twarz.

– Szczęście, uważasz, trzeba rwać jak świeże wiśnie. Najbardziej w karierze pomaga umiejętność wysłuchania rad osiemdziesięcioletniego starca i umiejętność przespania się z kobietą czterdziestoletnią. Gdy jest nam już obojętna, pamiętaj, że wówczas kobieta na kolanach stanowi wielki ciężar – dodawał z wyrazem zafrasowania na obliczu. W takich momentach zazwyczaj musiał następować jakiś antrakt, który sygnalizowały słowa babci lub matki: – Starzy głupcy są głupszy od młodych.

Jednak poważna awantura mogła wybuchnąć tylko wówczas, gdy pouczenia wuja wchodziły na tereny wyraźnie zastrzeżone patriotyzmem lub naukami Kościoła, gdy trzeba było forsować „okopy św. Trójcy”.

– Pamiętaj, że ten, co sam za kołnierz nie wylewa, drugiemu też napić się nie pożałuje, a przecież we dwóch zawsze raźniej i weselej, i nawet deszcz rzadziej pada – kontynuował wuj. – A poza tym, gdyby Chopin żył, to by pi! Zechciej więc zauważyć, że dobra kompania przede wszystkim! Jednak pewnego razu stwierdził: – Dbaj głównie o swoje ciało, dusza i tak jest nieśmiertelna. To było już nazbyt wiele, przeto przez parę dobrych dni w domu ze sobą nie rozmawiano.

poniżej pasa i to cię znokautuje, gdyż tobie nie będzie wypadało przyjąć ich karczemnego sposobu walki!

Mimo tajemniczej wojskowej przeszłości, o której jednak nie chciał nigdy mówić, wuj Leopold odczuwał głęboki wstręt do wszystkich form fizycznej aktywności i nie tylko sam nie uprawiał żadnego sportu, ale nawet nie chodził na zawody sportowe i pokazy. – Jedynym do zaakceptowania zajęciem fizycznym dla dżentelmena – mówił – są wyścigi. Naturalnie wyścigi konne, na Służewcu – dodawał szybko, by nie było żadnych wątpliwości. – Sport ludziom zdrowym jest absolutnie niepotrzebny, a ludziom chorym wyraźnie szkodzi – zapewniał i podsumowywał: – Gdy nadejdzie mnie ochota na gimnastykę, kładę się i leżę dopóty, aż mi ochota przejdzie.

Wszelkoniemnie czytany, znawca literatury i poezji, czując we mnie bratnią duszę w tym względzie, wiele czasu poświęcał na omawianie ważniejszych dzieł, przy czym wyraźnie wyżywał się w cytowaniu całych, wielkich fragmentów wybranych ksiąg i poematów. – Znajomość poezji jest bardzo pomocna w kontaktach z damami, uważasz, przeto zawsze miej na podorędziu jakiś smakowity kąsek, by go zgrabnie wtrącić w konwersację. Co ci szkodzi – dodawał. – Być może to przesądzi o twym sukcesie z damulką!

Rys. P. Woźniak



Mimo wyraźnie szyderczego stosunku do otaczającego go świata, wuj był wielkim romantykiem, tylko osłaniał swą wrażliwość puklerzem drwin i żartów. Wielokrotnie przestrzegał mnie przed wpadnięciem w „złe towarzystwo”, którym to terminem wcale nie opatrywał tych „do tańca i do różańca”, czyli tzw. balowników, zawsze chętnych do stołu i do łoża (naturalnie cudzego), lecz ponuraków i ludzi, których natura przeklęta, dając tzw. *L'esprit de l'escalier**.

– Żebyś nie wdał się w dyskusję z głupim – przestrzegał – gdyż nie tylko nie przyniesie ci to żadnego *joie de vivre***, ale możesz przegrać i zostać sromotnie ośmieszony. Ponieważ ludzie ci nie są w stanie dorównać ci intelektualnie, zazwyczaj uciekają się do argumentacji prostackiej. I tak, dla przykładu, użyją jakiegoś argumentu typu uderzenie

wykrzyknął: – *Piersi twe jak ogrody Semiramidy...* Nie dokończył, gdyż dostał od damy fangę w nos! Gdy całkowicie skonfundowany porzucił futerko i wybiegł do wygodki, by zaopatrzyć buzię oraz przetrzymać pamięć o swym poniżeniu, wuj Leopold skomentował: – *I dobrze tak palantowi jednemu! Nie ma nic obrzydliwszego, niż to, kiedy potomek chłopa pańszczyźnianego za cytowanie poezji się bierze. Gdyby burak ten miał obycie i wykształcenie należne, to by przecież wiedział, że Ogrody Semiramidy były wiszące!* ■

* Powiedzenie francuskie określające poczucie, że błyskotliwa riposta przyszła do głowy po czasie [red.].

** Radość życia [red.].

*** Frywolne, nieprzetłumaczalne określenie, między „pięknie obleczona” a „do poleżenia” [red.].



Gdzie zamieszkał diabeł

Jacek Walczak

Z licznej gromady miejscowych handlarzy przeróżnych pamiątek indiańskich wyróżniło się trzech kilkuletnich chłopców. Poza zabiedzonym kogutem, którego dzierżył pod pachą najmłodszy z nich, nie mieli niczego do zaferowania. Byli jednak bardzo hałaśliwi, wykrzykiwali jedno słowo – Maximón! Scenka powtarza się zawsze, kiedy niewielki stateczek przybija do rozklekotanego mola w miasteczku Santiago Atitlán nad jeziorem Atitlán w Gwatemali. Przeważają pasażerowie miejscowi, ale zdarza się także kilku obcych, ciekawych „końca świata”. Ciekawskich intryguje tajemniczy Maximón, ale tutaj, na nabrzeżu, mogą się jedynie dowiedzieć, gdzie indywiduum o tym imieniu mieszka. Indiańscy chłopcy chętnie tam zaprowadzą za jedyne dwa quetzale.

Nad urwistymi brzegami górskiego jeziora Atitlán mieszkają liczne plemiona indiańskie, które łączy pochodzenie od legendarnych Majów. Mówią różnymi językami, ale takie same tradycje, zwyczaje i wierzenia wszyscy kultywują bardzo gorliwie.

Cywilizacja Majów kwitła, głównie na półwyspie Jukatan, wyjątkowo długo – od VI w. p.n.e. do X w. n.e. Odkopane miasta Majów: Chichen Itza, Palenque, Tikal, Copán i wiele innych, są ciągle niewielkim fragmentem tego, co jeszcze skrywa ziemia. Dowodem mistrzostwa ówczesnych astronomów Majów był kalendarz, którego dokładność przewyższała późniejsze, z innych stron świata. Bezcennymi artefaktami mogłyby być dzisiaj tzw. kodeksy Majów, niestety w większości zostały zniszczone przez nadgorliwego hiszpańskiego biskupa Diego de Landa w 1548 r.

Niewielka zatoczka w południowej części jeziora Atitlán wciska się między dwa okazałe wulkany: San Pedro (3020 m n.p.m.) i Toliman (3158). Tam powstało kolonialne miasteczko



Fotografie: J. Walczak

Zawijasy z rukolą

Nawiosnę trzeba trochę poczekać, a my tęsknimy za zieleniną na talerzu. Gruntowych zieloności jeszcze nie ma, korzystamy więc ze szklarniowych. Tym razem mój wybór padł na rukolę. Pod łacińską nazwą *Eruca vesicaria* kryje się śródziemnomorskie warzywo spokrewnione z chrzanem i rzodkiewką. Ze względu na lekko orzechowy, pikantny smak znalazła szerokie zastosowanie w kuchni, nie tylko jako sałata. To prawdziwa bomba zdrowotna, w 100 g zawiera: 2,5 g białka, niecałe 4 g węglowodanów, 1,5 g błonnika i znikomą ilość tłuszczu. Obfituje w witaminy A, B, C i K. Ponadto są w niej wartościowe aminokwasy siarkowe, kwas foliowy, chlorofil, kwas alfa-linolenowy (to od niego ten orzechowy posmak). Rukola ma kilka razy więcej żelaza i wapnia niż tak lubiane liście sałaty lodowej. Pamiętajcie, jeżeli kupujecie rukolę w plastikowym opakowaniu, musicie ją jak najszybciej wyjąć, ponieważ wytwarzane w nim „mikrowarunki” mogą powodować uwalnianie się szkodliwych substancji z grupy nitrozamin, wywołujących raka jelita grubego. A teraz do pracy, najpierw smażymy naleśniki (przepis na cztery osoby).

Naleśniki: ♦ 500 ml (2 szklanki) mleka 3,2 proc. ♦ 200 g (1 szklanka i 3 płaskie łyżki) mąki pszennej ♦ szczypta soli ♦ 1 całe jajko ♦ 1 łyżka oleju ♦ kawałek skórki słoniny do posmarowania patelni (można też użyć klarowanego masła)

Uwaga! Ciasto na naleśniki będzie delikatniejsze, jeżeli do przygotowania go użyjemy mineralnej wody gazowanej (około 1,5 szklanki, w proporcji: tyle mleka, ile wody).

Nadzień – składniki: ♦ 1 opakowanie rukoli (około 200 g) ♦ 150 g szynki prasowanej (lepiej parmeńskiej) ♦ 100 g wędzonego łososia ♦ 1 opakowanie serka homogenizowanego (około 150 g) ♦ 1 łyżka dobrego chrzanu ♦ 1 stoiczek (około 200 g) suszonych pomidorów ♦ 2–3 marynowane gruszki ♦ 1 stoiczek zielonego pesto (z bazylią) ♦ 2–3 łyżki prażonych (na suchej patelni) ziaren słonecznika ♦ 5–6 łyżek nasion białego sezamu ♦ 1 jajko (całe) ♦ 3–4 łyżki masła klarowanego, do smażenia ♦ ocet balsamiczny do dekoracji

Wersja I: serek mieszamy z chrzanem i smarujemy naleśnik. Posypujemy szynką i suszonymi pomidorami pokrojonymi w paseczki. Układamy kilkanaście listków rukoli i posypujemy ziarnami słonecznika (w wersji dla wegetarian szynkę można zastąpić wędzonym białym serem). Zawijamy w rulon i odkładamy do lodówki na 30 minut.

Wersja II: naleśnik smarujemy pesto i układamy na nim paski suszonego pomidora, cieniutkie podłużne kawałki wędzonego łososia i paseczki marynowanej gruszki. Następnie kładziemy listki rukoli, posypujemy prażonymi ziarnami słonecznika i zawijamy. Odkładamy do lodówki na 30 minut.

Rozbijamy jajko i roztrzepujemy, dodajemy odrobinę soli. Panierujemy naleśniki w jajku i ziarnach sezamu. Smażymy na mocno złoty kolor (2–3 minuty) na rozgrzanym maśle. Serwujemy na ciepło, polane octem balsamicznym, najlepiej z lampką białego wytrawnego wina. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz



Santiago Atitlán, bez wątpienia w miejscu ważnym dla Indian znacznie wcześniej.

Obecnie okolice Santiago Atitlán zamieszkują Indianie Tzutuhil-Maya i nie sposób już stwierdzić, z której części dawnego terytorium Majów przybyli. Szczęśliwie przetrwali ze swoimi zwyczajami i tradycjami, które dość sprytnie przepłatali chrześcijańskimi, narzuconymi przez hiszpańskich misjonarzy. Szamani ciągle odgrywają w tej społeczności ważną rolę. Specjaliści od religioznawstwa i doktryn filozoficznych to zjawisko określają terminem synkretyzmu.

W takich warunkach zrodził się mit demonicznego monstrum – Maximóna. *Mah-she-mohn* był bóstwem jeszcze za czasów Majów, symbolem wszelkiego zła i powodem wszystkich nieszczęść ludzi. Dzisiaj jest kojarzony z Pedrem de Alvarado, prawą ręką Hernána Cortésa, konkwistadora imperium Azteków z XVI w. Miał na sumieniu wiele istnień ludzkich i za „zasługi” został potem gubernatorem kolonialnej Gwatemali. Indianie kojarzą też Maximóna z wizerunkiem Judasza i wieloma innymi postaciami, niekiedy związanymi z ponurymi historycznymi wydarzeniami. Raz w roku, w czasie obchodów Wielkiego Tygodnia, jego figura opuszcza dotychczasową siedzibę i w procesji obnoszona jest po uliczkach miasteczka, by znaleźć kolejną kwaterę na najbliższy rok. Miejsce to staje się celem nieustannych pielgrzymek ludzi, których dotknęło nieszczęście, którzy w obecności szamana pragną przenieść na Maximóna wszelkie zło. Oprócz pieniędzy pielgrzymi przynoszą spore ilości piwa, miejscowego samogonu i papierosów. Przy figurze bez przerwy dyżurują dwaj strażnicy, których głównym zadaniem jest wtykanie w otwarte usta bożka zapalonych papierosów. Drewniana rzeźba zwieńczona maską szkaradnej twarzy ma piłśniowy kapeluszy i obwieszona jest dziesiątkami kolorowych krawatów i apaszek. Szaman odprawia wokół niej osobliwe misteria. Maximón z Santiago de Atitlán jest zjawiskiem samym w sobie. Nie przeszkadza w oddawaniu chwały Chrystusowi i nie stanowi żadnej konkurencji dla ceremonii w pobliskim kościele katolickim. Jest raczej uzupełnieniem dla ukojenia duszy tych, których dotknęła tragedia lub cierpienie zesłane z innego wymiaru – kosmogonii Indian, potomków wspaniałych Majów. ■



Polska Biblioteka Medyczna w Kijowie

12 października 2017 r., równo w rocznicę działalności, Polska Biblioteka Medyczna w Kijowie otrzymała imię prof. Zbigniewa Religi. Uroczystość poprzedził koncert wybitnego kompozytora Krzesimira Dębskiego i Anny Jurkaszowicz w Sali Złotej Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy. Koncert odbył się dzięki Fundacji Polsko-Ukraińskiej im. Ignacego Jana Paderewskiego.

Wśród gości znaleźli się: marszałek Senatu RP Stanisław Karczewski, prorektor WUM prof. Barbara Górnicka, dziekan V Wydziału Medycznego PAN prof. Witold Rużyło, prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni, sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek, autor niniejszego tekstu, a także – co najważniejsze – rodzina profesora: żona Anna Wajszczuk-Religa i syn Grzegorz Religa.

Aktualnie Polska Biblioteka Medyczna w Kijowie im. prof. Zbigniewa Religi liczy 7 tys. woluminów. Jest ważnym miejscem na polskiej mapie Kijowa. Tutaj odbywają się promocje książek, np. empendium „Interna” Andrzeja Szczeklika w wersji ukraińskiej pod red. Anatola Święcickiego, promocja książki Pretti Agriwal. Tu również mają miejsce kursy języka polskiego prowadzone przez Instytut Polski w Kijowie. PBM wzbogaciła się także o pamiątki po profesorze Relidze przekazane przez dr Annę Wajszczuk-Religę.

O historii powstania biblioteki pisaliśmy w „Pulsie” nr 6-7/2016. ■

kk



Anna Wajszczuk-Religa, Stanisław Karczewski i Grzegorz Religa



Fotografie: K. Krollikowski

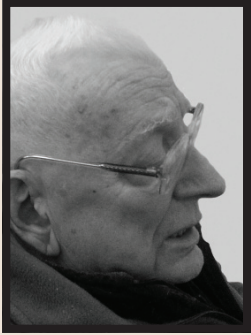
W cieniu afery

28 lutego w Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu odbyła się promocja „Dzienników więziennych” naszej koleżanki Majki Żywickiej-Luckner oraz tomiku wierszy „Macanka na spoko i trendy”. To lektura bardzo ciężka, przygnębiająca, przedstawiająca poniżenie człowieka, który został aresztowany i czeka na rozprawę sądową. Pokazuje przerażający obraz aparatu penitencjarnego. Szczególnie zwraca uwagę „ochrona” zdrowia osadzonych w areszcie, niewyobrażalna znieczulica lekarki, która miała opiekować się aresztowanymi.

Sala Domu Literatury była wypełniona po brzegi. Uroczystość prowadził prezes Związku Literatów Polskich Marek Wawrzekiewicz. Grał zespół Joanna i Romuald Vorbroodt. Fragmenty czytała Iwona Rulewicz. Wymienione pozycje zostały wydane przy współdziałaniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. ■

Włodzimierz Cerański





Lech Tulicki (1930–2018)

Lech Tulicki urodził się 14 lutego 1930 r. w Warszawie. Pierwsze lata spędził na Woli, w 1937 r. wraz z rodziną zamieszkał na Połwiślu. Uczył się w Szkole Podstawowej im. Marii Skłodowskiej-Curie przy ul. Karowej, następnie

w czasie wojny kontynuował naukę na tajnych kompletach. Służył w 17. Warszawskiej Drużynie Harcerskiej, roznosząc ulotki i aktywnie uczestnicząc w działalności konspiracyjnej przeciwko niemieckiemu okupantowi.

W pierwszych dniach Powstania Warszawskiego Lech Tulicki z całą rodziną był użyty przez Niemców w charakterze żywej tarczy. Uderzony kolbą przez niemieckiego żołnierza, doznał trwałego uszkodzenia pleców. Po wojnie wrócił do Warszawy. W 1947 r. zdał maturę w Gimnazjum im. Króla Władysława IV na Pradze. Próbował dostać się na medycynę, ale Jego przynależność do harcerstwa i ruchu oporu okazała się poważną przeszkodą w czasach stalinowskiego terroru. Wówczas zatrudnił się jako wolontariusz w stacji sanitarno-epidemiologicznej przy Polskim Czerwonym Krzyżu, co w końcu pozwoliło Mu dostać się na studia medyczne. Po otrzymaniu dyplomu lekarza pracował tam nadal. Następnie pełnił funkcję dyrektora tej placówki. W kolejnych latach doceniono Jego profesjonalizm, ponadprzeciętną pracowitość oraz sumiennosc. Dr Lech Tulicki przez prawie dwie dekady piastował stanowisko zastępcy dyrektora do spraw sanitarno-epidemiologicznych w Ministerstwie Zdrowia. Równocześnie przez kilkanaście lat był dyżurnym lekarzem kraju. Na początku pracy w Ministerstwie Zdrowia dobrowolnie testował na sobie pierwszą w kraju innowacyjną szczepionkę przeciwko polio. Za wkład w służbę zdrowia został wielokrotnie odznaczony odznaczeniami państwowymi, m.in. Złotym Krzyżem Zasługi oraz Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Jest autorem książek o chorobach zakaźnych. Kilkanaście lat temu, po tragicznej śmierci żony, bardzo podupadł na zdrowiu.

Dr Lech Tulicki był niezwykle życzliwym człowiekiem, o nie-nagannych manierach, erudytą i humanistą o wyjątkowo szerokich horyzontach myślowych, otwartym i niosącym pomoc wszystkim potrzebującym ludziom. Zmarł 26 lutego 2018 r.

Leszku, nie zapomnimy o Tobie.

Znajomi, koledzy i przyjaciele



Panu Profesorowi
Wojciechowi Noszczykowi
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Żony

**Grażyny
Staniszewskiej-Noszczyk**

składa prezes,
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie
i redakcja „Pulsu”



Z głębokim smutkiem żegnamy
naszego drogiego Kolegę

**dr.
Bohdana Janusza
Stokalskiego**

zmarłego 12 stycznia 2018 r.

Konstancja Roszkowska
z koleżankami i kolegami
z grupy X, rocznik 1952–1957



W pierwszą rocznicę
nagłej śmierci ukochanego Męża

śp.
Bogdana Wróbla

anestezjologa,
absolwenta Akademii Medycznej
w Lublinie (1980–1986),
wieloletniego pracownika Oddziałów
Anestezjologii i Intensywnej Terapii:
Szpitala Powiatowego w Koziencicach,
Instytutu Centrum Zdrowia
Matki Polki w Łodzi,
SP Klinicznego Szpitala
Okulistycznego w Warszawie
oraz Szpitala Dziecięcego
im. prof. Jana Bogdanowicza w Warszawie,
pragnę podziękować wszystkim
Przyjaciołom, którzy wspierali mnie
w tych strasznych chwilach.

Danuta Madejska-Wróbel



Drogiej Koleżance
Pani dr n. med.
Barbarze Wójcickiej-Urbańskiej
Rodzinie i Najbliższym
wyrazy współczucia i głębokiego żalu
z powodu śmierci Matki

dr Janiny Wójcickiej

składają
koleżanki i koledzy
z Kliniki Kardiologii Wieku Dziecięcego
i Pediatrii Ogólnej WUM

PATRONAT „PULSU”



Ból i Cierpienie
Ognisko światła i ciemności

**CHOROBY
CYWILIZACYJNE**

Zapraszamy na
VII Konferencję Służby Zdrowia
21 kwietnia 2018 r

UKSW Warszawa, ul. Dewajtis 6

www.bic-uksw.pl



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

30 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 24 stycznia 2018 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 258.

Rozporządzenie określa:

- tryb kierowania do wojskowych komisji lekarskich,
- szczegółowe warunki orzekania przez wojskowe komisje lekarskie o zdolności do czynnej służby wojskowej, w tym o zdolności do odbywania tej służby w poszczególnych rodzajach wojsk i służb oraz na poszczególnych stanowiskach służbowych i funkcjach wojskowych wymagających szczególnych predyspozycji zdrowotnych,
- szczegółowe warunki orzekania przez wojskowe komisje lekarskie o zdolności do odbywania czynnej służby wojskowej poza granicami państwa,
- sposób ustalania przez wojskowe komisje lekarskie związku chorób, ułomności i śmierci z czynną służbą wojskową,
- tryb orzekania przez wojskowe komisje lekarskie o zdolności do czynnej służby wojskowej i do odbywania tej służby poza granicami państwa oraz ustalania związku chorób, ułomności i śmierci z czynną służbą wojskową,
- sposób orzekania przez wojskowe komisje lekarskie o potrzebie udzielenia urlopu zdrowotnego żołnierzowi odbywającemu czynną służbę wojskową,
- wykaz chorób i ułomności uwzględniany przy orzekaniu o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz do odbywania tej służby poza granicami państwa,
- wykaz chorób i ułomności uwzględniany przy orzekaniu o zdolności do odbywania czynnej służby wojskowej w poszczególnych rodzajach wojsk i służb oraz na poszczególnych stanowiskach służbowych i funkcjach wojskowych wymagających szczególnych predyspozycji zdrowotnych.

9 lutego 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 345, obwieszczenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 9 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra nauki i szkolnictwa wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa.

16 lutego 2018 r. weszła w życie ustawa z 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 2111.

Ustawa ma na celu ochronę zdrowia przed szkodliwymi następstwami korzystania z solarium – urządzenia elektrycznego wyposażonego w lampy UV, stosowanego do naświetlania skóry w celu wywołania opalenizny (hiperpigmentacji).

Przepisy ustawy nie dotyczą urządzeń elektrycznych wyposażonych w lampy UV wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań mających na celu ochronę zdrowia społeczeństwa przed następstwami korzystania z solarium.

Działania te są uwzględniane w Narodowym Programie Zdrowia i obejmują w szczególności:

- upowszechnianie wiedzy na temat szkodliwości korzystania z solarium, w szczególności wśród dzieci i młodzieży,
- minimalizowanie negatywnych następstw korzystania z solarium,
- leczenie osób uzależnionych od solarium,
- profilaktykę nowotworów skóry, w szczególności czerniaka złośliwego.

Organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego mogą współpracować z samorządami zawodów medycznych, organizacjami społecznymi, m.in. stowarzyszeniami pacjentów, oraz innymi podmiotami zainteresowanymi wsparciem tych działań.

Zabrania się reklamy i promocji usług w zakresie udostępniania solarium, w szczególności:

- w telewizji, radiu, prasie, kinach, podmiotach leczniczych, szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych, na terenie obiektów sportowo-rekreacyjnych oraz w innych miejscach publicznych,
- na plakatach, także wielkoformatowych,
- w środkach usług informatycznych.

Zabrania się udostępniania solarium małoletnim (osobom, które nie ukończyły 18. roku życia).

Podmiot świadczący usługi w zakresie udostępniania solarium obowiązany jest umieścić czytelne i widoczne informacje o zakazie korzystania z solarium przez osoby małoletnie i o ryzyku związanym z korzystaniem z solarium.



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



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



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

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

Kontroli świadczenia usług w zakresie udostępniania solarium dokonują organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i inne organy w ramach posiadanych kompetencji określonych w ustawach regulujących ich funkcjonowanie oraz na zasadach wskazanych w tych ustawach.

Organy PIS mogą, w drodze decyzji, nałożyć na podmiot świadczący usługi w zakresie udostępniania solarium karę pieniężną w wysokości od 1 tys. do 50 tys. zł za:

- udostępnienie solarium małoletniemu,
- niemieszczenie w miejscu udostępniania solarium informacji, o których mowa wyżej,
- reklamę lub promocję usług w zakresie udostępniania solarium,
- utrudnianie przeprowadzenia kontroli świadczenia usług w zakresie udostępniania solarium.

Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej uwzględnia się przede wszystkim rodzaj i okoliczności naruszenia oraz jego wpływ na zagrożenie dla zdrowia publicznego.

16 lutego 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 18 stycznia 2018 r. w sprawie umieszczania informacji o zakazie udostępniania solarium osobom, które nie ukończyły 18. roku życia, oraz treści informacji o ryzyku związanym z korzystaniem z solarium, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 275.

Rozporządzenie określa:

- wielkość, wzór i sposób umieszczenia informacji o zakazie udostępniania solarium osobom, które nie ukończyły 18. roku życia,
- treść informacji o ryzyku związanym z korzystaniem z solarium.

17 lutego 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 299.

20 lutego 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 393, obwieszczenie ministra zdrowia z 1 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia dotyczącego sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

26 lutego 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 420, obwieszczenie ministra sprawiedliwości z 8 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra sprawiedliwości dotyczącego sposobu przeprowadzania badań na obecność alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie skazanego pozbawionego wolności, ich dokumentowania oraz weryfikacji.

17 lutego 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 lutego 2018 r. zmieniające rozporządzenie dotyczące szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 385.

Zmiany w rozporządzeniu dotyczą rehabilitacji leczniczej i leczenia szpitalnego.

W przypadku postępowania mającego na celu zawarcie umowy w rodzaju leczenie szpitalne w trybie:

- hospitalizacji planowej – przy ocenie spełnienia warunku uwzględnia się realizację umowy w trybie hospitalizacji,
- leczenia jednego dnia – przy ocenie spełnienia warunku uwzględnia się realizację umowy w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej.

Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

Ciągłość udzielania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej będzie dodatkowo premiowana.

Jeżeli w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, liczba przyznanych punktów wynosi 13. Dotychczas przyznawano 5 punktów.



„Bogactwem 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

tel. 668 398 719

e-mail: proseniore@oilwaw.org.pl

tel. 22 542 83 02

Gdy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 5 lat, liczba dodatkowo przyznanych punktów wynosi 7. Dotychczas przyznawane były 2 punkty.

Natomiast w sytuacji, gdy w dniu złożenia oferty oferent realizuje wspomniane świadczenia nieprzerwanie od 10 lat, liczba dodatkowo przyznanych punktów wynosi 10. Dotychczas przyznawano 5 punktów.

Załączniki do rozporządzenia zawierają wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

3 marca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 18 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 281.

Na podstawie przepisów ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych świadczeniobiorcom przysługuje, na zasadach określonych w ustawie, zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawa. Kontynuacja zaopatrzenia w określone wyroby medyczne może odbywać się także na zlecenie pielęgniarki i położnej.

Zgodnie z nowelizacją rozporządzenia okres użytkowania może ulec skróceniu w przypadku takich wyrobów medycznych jak: wózek inwalidzki ręczny, wózek inwalidzki wykonany ze stopów lekkich z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku, wózek inwalidzki specjalny (np. wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym, wózek stabilizujący plecy i głowę, wózek z funkcją pionizacji), z wyłączeniem wózka inwalidzkiego toaletowego.

Rozporządzenie określa podstawowe kryteria przyznawania wyrobów medycznych, których okres użytkowania może ulec skróceniu:

- u osób dorosłych w przypadkach zmian w stanie fizycznym powodujących konieczność skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, a możliwości regulacji tego wyrobu zostały wyczerpane,
- u dzieci do 18. roku życia, gdy możliwości regulacji wyrobu zostały wyczerpane, a wystąpiły zmiany w stanie fizycznym w wyniku zabiegów chirurgicznych lub jednostek chorobowych powodujących konieczność skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, rehabilitacji lub rozwoju fizycznego,
- wniosek o skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, wystawiony przez lekarza uprawnionego do wystawienia zlecenia, musi zawierać szczegółowe uzasadnienie medyczne zgodne z podstawowymi kryteriami przyznawania tego wyrobu.

Zmiany dotyczą wyrobów medycznych wykonywanych seryjnie (worków stomijnych, pieluchomajtek, wózków inwalidzkich specjalnych dziecięcych, aparatów z maską do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego).

Ponadto do wykazu dodane zostały następujące wyroby medyczne:

- zbiornik na insulinę do osobistej pompy insulinowej do 5 sztuk,
- sensor/elektroda do systemu monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) do 4 sztuk,
- transponder/nadajnik do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT). ■



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

REDAKCJA: 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, faks 22-826-01-81, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-542-83-57, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl

PUBLICYSTA: Anetta Chęcińska, tel. 22-542-83-58, a.checinska@oilwaw.org.pl

KOLEGIUM REDAKCYJNE: Romuald Krajewski (przewodniczący),

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

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

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

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

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

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

DRUK: Elanders Polska Sp. z o.o., Płońsk, ul. Mazowiecka 2, tel. 23-662-23-16, elanders@elanders.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do adyustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Wynajem długoterminowy – i niech Cię głowa nie boli

Długo wyczekiwana, w końcu się zjawiała. Wiosna, bo o niej mowa, to zazwyczaj czas porządków i zmian. Jedni zatem zaczną przesiadywać na siłowni, inni zasieją trawę i posadzą kilka drzew. Jak co roku, uwagi będzie się domagać Twój samochód. Lista jego potrzeb bywa długa, a realizacja kosztowna. Czy początek wiosny może wyglądać inaczej?



Hu, hu, ha, nasza zima zła – śpiewają dzieci w przedszkolu. I trudno się z tym nie zgodzić. Zima, mimo że czasami piękna, dla samochodów bywa obozem przetrwania. Niska temperatura wyciska bowiem z naszych aut siódme poty. Duże ilości soli i wilgoć podczas każdej kolejnej zimy powoli trawią zarówno elementy karoserii, jak i całe podwozia. Skala zniszczeń objawia się najczęściej podczas przeglądu, który z nadejściem wiosny zawsze należy zrobić. To właśnie wtedy można się przekonać, jak niszczycielska jest korozja. Z nadejściem wiosny trzeba się zatem przygotować na niemałe wydatki. A skoro o wydatkach mowa, to nie sposób pominąć zakupu oraz wymiany opon. Dla zakładów oponiarskich to czas żniw, a dla nas kolejny problem i wydatek. A lista problemów bywa znacznie dłuższa. Czy można je wyeliminować?

Ktoś mądry kiedyś powiedział, że aby zjeść chleb, nie trzeba kupować piekarni. Z samochodami bywa podobnie. Nie musisz kupować samochodu, aby cieszyć się tym, co daje jego posiadanie. Mówimy, że życie należy sobie ułatwiać. A od słów do czynów wcale nie wiedzie aż tak długa droga. Wynajem długoterminowy to usługa, która w Polsce jest świadczona już od wielu lat. Dotychczas kojarzona jedynie z dużymi firmami, dziś stanowi idealne rozwiązanie również dla pojedynczych przedsiębiorców. Zasady? Są bardzo proste. Wybierasz samochód, który spełnia wszystkie Twoje oczekiwania. Następnie podpisujesz umowę na wybraną przez siebie liczbę miesięcy. W efekcie co miesiąc płacisz tylko jedną, stałą kwotę. To wcale nie oznacza, że od tej pory samochód nie musi mieć wykonywanych przeglądów, posiadać polisy czy też mieć wymienianych opon. Owszem, musi. Ale to już nie jest Twoje zmartwienie tylko firmy, która użycza Ci samochodu. Ile kosztuje komplet nowych opon? Nie musisz tego wiedzieć. Jaki jest koszt przeglądu? Ta informacja nie będzie Ci już do niczego

potrzebna. Awaria, stłuczka czy też usterka – to również sprawy, którymi nie musisz się zajmować. W takich przypadkach otrzymujesz samochód zastępczy, a procedurą likwidacji szkody i naprawą zajmuje się firma wynajmująca. Proste, prawda?

Wynajem długoterminowy to również rozwiązanie problemów kosztownych ubezpieczeń. Ceny polis skaczą, niczym notowania akcji na giełdzie, przygotowując inwestorów o palpitação serca. A przecież Ty nie musisz już tego odczuwać na własnej skórze. Gdy korzystasz z samochodu w formule wynajmu długoterminowego, wszystkie koszty są uwzględnione w jednej, stałej i do tego bardzo atrakcyjnej cenie. A kiedy umowa najmu dobiegnie końca, oddajesz kluczyki, aby wybrać sobie kolejny, nowy samochód. Oczywiście, istnieje możliwość odkupu użytkowanego egzemplarza, jeżeli wyjątkowo przypadnie Ci do serca.

Życie naprawdę może być prostsze. Przekonaj się. Sprawdź naszą ofertę na wybrany przez siebie samochód. Ty decydujesz, Ty wybierasz, Ty jeździsz.



Skontaktuj się z nami

Tel.: +48 22 223 60 65

E-mail: kontakt@auto4doctors.pl

WWW: auto4doctors.pl

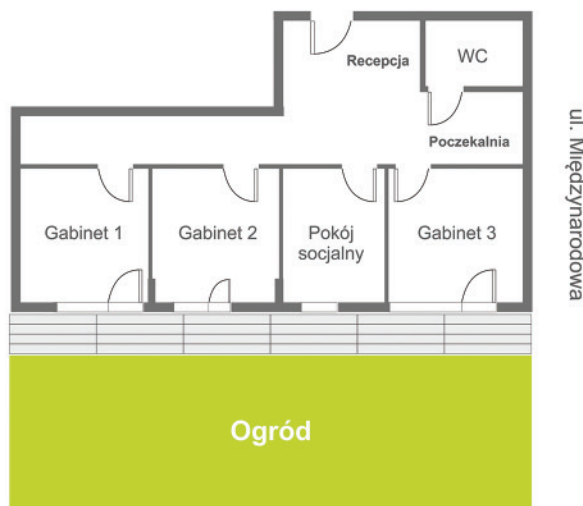
Nasz fanpage:

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

UL. MIĘDZYNARODOWA



PRAKTYCZNE MIESZKANIA NA PRAKTYKĘ LEKARSKĄ



Aleja Stanów Zjednoczonych