

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

puls

wrzesień 2018

6%

**Jest ustawa,
są wątpliwości.
Coraz więcej**

[str. 4]

**Kocham,
więc szczepię**

[str. 3]

**Debata
jest konieczna**

[str. 7]

**Pierwsza
Polka
lekarka**

[str. 38]



Pst...

nowe Centrum Kariery Lekarza

15 września 2018

www.centrumkariery.org.pl

Sprawdź nas!

CENTRUM
KARIERY
LEKARZA



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

BYLIŚMY, ZOBACZYLIŚMY, OPOWIEMY POST APA 2018

W maju **16 psychiatrów z NZOZ Centrum Terapii DIALOG** wzięło udział w - American Psychiatric Association (APA) 171st Annual Meeting - **największej na świecie konferencji psychiatrycznej.**

Zapraszamy na spotkanie, które odbędzie się 29 września w Warszawie, podczas którego podzielimy się tym co usłyszeliśmy.

Opowiemy między innymi o:

- Nowe leki w psychiatrii w USA. Czego możemy spodziewać się w Polsce?
- Co nowego w postępowaniu w zaburzeniach borderline?
- Dialog motywujący - do czego używają amerykańscy psychiatrzy?
- Jak za oceanem psychiatrzy leczą otyłość?
- ADHD dorosłych - jak leczyć zgodnie z aktualnymi algorytmami?



KOSZT:

bezpłatnie



GDZIE:

Centrum konferencyjne
CONCEPT 13
Bracka 9, Warszawa



KIEDY:

29 września (sobota)
godz.: 10.00 - 15.00

Zapisy: www.psychiatrzy.warszawa.pl/apa2018

UWAGA: LICZBA MIEJSC OGRANICZONA!



Nr 9/2018 (281),
wrzesień 2018

Na okładce:

Ilustracja autorstwa Daniela Garcii

W numerze m.in.:

- ▶ Jest ustawa, są wątpliwości... 4
- ▶ stomatologia
- ▶ Dekontaminacja w gabinecie stomatologicznym – co nas czeka? 6
- ▶ Debata jest konieczna 7
- ▶ Izba jest ważna 9
- ▶ biuletyn ORL w Warszawie 10
- ▶ Mazowsze ma za mało łózek 14
- ▶ leczmy ból 16
- ▶ Goniec Medyczny 16, 55
- ▶ Prawne aspekty opieki... 19
- ▶ u nas w samorządzie 20
- ▶ Szkolenia w siedzibie OIL 23
- ▶ Priorytetem zwalczanie zakażeń 24
- ▶ 135-lecie... 26
- ▶ Skandal na peryferiach 28
- ▶ Nasi mistrzowie w anegdocie 30
- ▶ o tym się mówi 32
- ▶ Doniesienia naukowe 35
- ▶ Użytek z wiedzy, pamięci i serca 36
- ▶ lektury 36
- ▶ Pierwsza Polka lekarka 38
- ▶ Pionier rynchirurgii... 40
- ▶ Czerwcowe spotkanie Polonii... 41
- ▶ Posłuchać, zobaczyć... 42
- ▶ O Człowieku 46
- ▶ sport 47
- ▶ literatura i życie 48
- ▶ ciekawe miejsca 49
- ▶ Biblioteka – wspólne dobro 51
- ▶ wspomnienia 52
- ▶ nowe przepisy prawne 54
- ▶ felietony:
- ▶ Balicki 18
- ▶ Walewski 18
- ▶ Kowal 42
- ▶ Jankowska 42
- ▶ Ciepły 44
- ▶ Müldner-Nieckowski 44

Lekarz do zadań specjalnych



Fot. archiwum

29 lipca odszedł na wieczny lekarski dyżur Andrzej Włodarczyk, lekarz nietuzinkowy, wytrawny chirurg, społecznik. Rodowity warszawiak, rocznik 1952, absolwent AM w Warszawie (1979), specjalista chirurg i doktor nauk medycznych (1988), działacz opozycyjny w stanie wojennym, menedżer. Na szczególne uznanie zasługuje Jego praca w samorządzie lekarskim, w którym działał od III kadencji.

Andrzej został przewodniczącym ORL w Warszawie 1 kwietnia 2000 r. i postawił sobie za cel zbudowanie należytą rangi naszej izby. Uporządkował sprawy wewnątrz samorządu i przywrócił właściwe relacje z Naczelną Izbą Lekarską. Jego inicjatywie i determinacji zawdzięczamy obecną siedzibę przy ul. Puławskiej. Kierował izbą warszawską przez dwie kadencje, aktywnie działał również w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Był konsekwentny, bezkompromisowy, często impulsywny, co przysparzało mu wielu adwersarzy. Szukał nowych wyzwań i doświadczeń. Ukończył podyplomowe studia na Uniwersytecie Warszawskim z ekonomiki zdrowia. Mocno przeżywał fakt, że Jego doświadczenia samorządowego nie sposób było wykorzystać w zbiurokratyzowanej działalności Ministerstwa Zdrowia. Funkcję wiceministra zdrowia pełnił dwukrotnie.

Rozumiał sytuację polskich lekarzy na Wschodzie i wspierał ich, zarówno na Ukrainie, jak i na Litwie. Był człowiekiem wrażliwym na problemy innych, zawsze gotów do pomocy, nawet w najtrudniejszych sprawach. Współpracował z towarzystwami naukowymi, samorządami zawodowymi, związkami zawodowymi, Warszawskim Uniwersytem Medycznym oraz menedżerami opieki zdrowotnej. W sposób godny zorganizował obchody XX-lecia reaktywacji samorządu lekarskiego, uhonorował osoby w nią zaangażowane, nie pomijając swoich izbowych adwersarzy.

Był lekarzem z powołania, pracował w Szpitalu Śródmiejskim, Pogotowiu Ratunkowym, Szpitalu Bródnowskim, CMKP, Szpitalu przy Inflanckiej, a w ostatnich latach – w Uniwersyteckim Szpitalu w Olsztynie. Prezydent Lech Kaczyński odznaczył Go za działalność opozycyjną w stanie wojennym Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski. Długa jest lista odznaczeń, jakie otrzymał – resortowych, samorządowych oraz towarzystw lekarskich.

Przez ostatnie lata zmagał się ze śmiertelną chorobą, ale znajdował siłę, by dzielić się doświadczeniem i pomysłami, jeszcze tak niedawno, na ostatnim zjeździe naszej izby.

Będzie nam brakowało Jego pasji. Odszedł, ale nie umarł w naszej pamięci. *Abiit, non obiit.* ■

Krzysztof Makuch

Kocham, więc szczepię

OIL w Warszawie podjęła działania mające na celu współpracę wielu środowisk w uświadamianiu społeczeństwu wagi szczepień ochronnych. W siedzibie izby przedstawiciele samorządu lekarskiego, służb sanitarnych, rzecznika praw obywatelskich i rzecznika praw pacjenta oraz organizacji pacjentów rozmawiali na temat przygotowania materiałów informacyjnych i edukacyjnych przekonujących rodziców do szczepienia dzieci, a także pomocnych personelowi medycznemu w gabinetach. Więcej informacji na www.izba-lekarska.pl.

ach



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza



Jest ustawa, są wątpliwości. Coraz więcej

Małgorzata Solecka

Gdy 1 sierpnia minister zdrowia niespodziewanie pojawił się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, by wziąć udział w części spotkania organizacji lekarskich poświęconego ocenie realizacji porozumienia zawartego przez ministra z Porozumieniem Rezydentów OZZL, przyniósł ze sobą szkiełko interpretacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ustawa, uchwalona – do czego powinniśmy się już przyzwyczaić – w ekspresowym tempie, podczas jednego posiedzenia, zawiera wiele błędów. Konsekwencje będą w najbliższej przyszłości ponosić i lekarze, i szpitale. I, oczywiście, pacjenci.

W ochronie zdrowia nigdy nie jest tak, żeby nie mogło być gorzej. Minister podczas spotkania z lekarzami obiecał, że gdy ustawa wejdzie w życie (stało się to 24 sierpnia), wyda oficjalną interpretację wątpliwych zapisów. Przynajmniej tych, których wątpliwość nie budzi żadnych wątpliwości – przede wszystkim dotyczących definicji „świadczeń tożsamyh”, które obejmuje zakaz konkurencji w przypadku specjalistów, którzy chcą otrzymywać gwarantowaną pensję w wysokości 6750 zł brutto. Ducha porozumienia z lutego nietrudno zrozumieć: większe pieniądze otrzymają ci, którzy nie będą dyżurować poza swoją macierzystą jednostką. Dyżurować na oddziałach szpitalnych. Ustawa jednak skomplikowała rzeczywistość tak, że w tej chwili duża część lekarzy nie ma zielonego pojęcia, czy ich aktywność zawodowa poza szpitalem, z którym chcą się związać umową lojalnościową, jest dopuszczalna, czy wręcz przeciwnie.

A minister nie ułatwia rozstrzygnięcia tych dylematów, choć już 24 sierpnia Naczelna Izba Lekarska opublikowała na swojej stronie otrzymany z Miodowej komunikat, zawierający ministerialną interpretację kilku (nie wszystkich!) przepisów. Kilka dni później podobnej treści komunikat zawisł na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Jednak, sądząc po pierwszych reakcjach szefów szpitali i lekarzy, informacje tam zawarte nadal nie były wystarczające. Przeciwnie, wątpliwości zaczęły przybywać, dlatego Okręgowa Izba

Rys. D. Garcia

Lekarska w Warszawie wyszła z inicjatywą i zaczęła na swoim Facebooku zbierać indywidualne pytania od lekarzy, czy w ich przypadku możliwe jest pobieranie gwarantowanej pensji, czy nie. Prawnicy warszawskiej OIL będą je opracowywać i samorząd zacznie zasypywać resort zdrowia pytaniami.

Można powiedzieć ironicznie – sam tego chciałeś, Grzegorz Dyndało. Ministerstwo Zdrowia, odpowiedzialne w stu procentach za rezultaty fatalnej legislacji, wzbrania się przed przyznaniem, że konieczna będzie nowelizacja (czytaj – poprawienie) ustawy. Bo „interpretacjami” (zwłaszcza pisany mi tak niechlujnie i z pominięciem wymogów urzędowych) błędów w ustawach nie da się naprawiać. A resort zdrowia to nie Ministerstwo Finansów, które dość sprawnie operuje interpretacjami przepisów podatkowych, a i tak od czasu do czasu pojawiają się informacje o sprzecznych interpretacjach tych samych (lub zbliżonych) przypadków.

Na problem braku precyzji przepisu dotyczącego tego, kto może, a kto nie może skorzystać z ustawowej gwarantowanej płacy, zwrócili uwagę Pracodawcy RP (zgłaszający zresztą krytyczne uwagi już podczas konsultacji projektu ustawy). „O ile nie ma wątpliwości, że lekarz nie będzie mógł pracować na oddziałach dwóch różnych szpitali, to przepis można jednak tak interpretować, że pozostaje możliwość pracy na oddziale w jednym i w przychodni drugiego” – podkreślili Pracodawcy RP w opublikowanym po wejściu w życie ustawy stanowisku. Stawiają jednak zasadnicze pytanie: czy szefowie zadłużonych publicznych szpitali będą ryzykować i wypłacać podwyżki lekarzom w mniej klarownych sytuacjach? W razie kontroli i zakwestionowania przez NFZ ich decyzji będą musieli zwrócić środki otrzymane od funduszu i wypłacać podwyżki z budżetów szpitali. Zwłaszcza że ustawa nie przewiduje automatycznej obniżki płacy

lekarza, który podpisze ze szpitalem umowę na ustawowe 6750 zł, a następnie złamie jej warunki, czyli zacznie wykonywać świadczenia konkurencyjne w innym podmiocie. Mówi jedynie o możliwości obniżenia wynagrodzenia, dopuszczając sytuację, w której lekarz niespełniający ustawowych warunków będzie jednak pobierał takie wynagrodzenie, tylko płatnik nie będzie refundował części płacy.

Pracodawcy twierdzą (podobne obawy wyrażał wcześniej m.in. Związek Powiatów Polskich), że system oparty na deklaracjach lojalnościowych prędzej czy później odbije się na pacjentach. Po pierwsze, część z nich prawdopodobnie straci – choćby przejściowo – opiekę lekarską w placówce, w której się leczyła. Wiele szpitali gwarantuje obsadę dyżurów na oddziałach dzięki kadrom pozyskiwanym z zewnątrz i te szpitale zapewne najszybciej będą musiały na nowo zdefiniować zakres swojej działalności. Ile ich będzie, kiedy pojawią się lub nasilą problemy z obsadą lekarskich dyżurów, zależy przede wszystkim od tego, jaka część specjalistów zdecyduje się na podpisanie umów lojalnościowych.

Ale pacjenci nie są przypisani do placówek i mogą „zagłosać nogami”, pójść za swoimi lekarzami. Część ekspertów nie wyklucza, że ministerstwo dzięki umowom lojalnościowym chce przekierować pacjentów do szpitali o większym potencjale. Szerszy strumień pacjentów, lepsze finansowanie, racjonalizacja wydatków na szpitalnictwo – tak miałyby wyglądać nieujawniany plan resortu zdrowia (ministerstwo zdążyło już zaprzeczyć, że w tle „lojalek” jest chęć likwidacji części łóżek szpitalnych). Plan ten byłby nawet godny uwagi, być może nawet poparcia, gdyby nie pewien istotny szczegół: do tej pory wszystkie szpitale, które przyjmowały więcej pacjentów, traciły na tym, popadały w długi, stawały na krawędzi bankructwa. Słowa dyrektora jednego z najważniejszych polskich szpitali, jakie usłyszałam niemal dwie dekady temu: – *Leczę, więc mam długi!*, mogłyby zostać wypowiedziane również dziś. I pewnie stracą na aktualności dopiero wtedy, gdy zmieni się system finansowania świadczeń zdrowotnych i ich rozliczania. I gdy w systemie pojawi się znacząco więcej pieniędzy.

Czyli na pewno nie w najbliższych kilkunastu miesiącach. Ani w tym roku, ani w następnym nie będzie radykalnego zwiększenia nakładów publicznych na ochronę zdrowia. Ustawa 6 proc. PKB na zdrowie, która właśnie weszła w życie,

Ustawa 6 proc. PKB na zdrowie przewiduje:

- stopniowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia do poziomu 6 proc. PKB w 2024 r.,
- wypłatę bonów lojalnościowych (patriotycznych) dla rezydentów, którzy zobowiążą się do przepracowania w Polsce, w placówkach posiadających kontrakt z publicznym płatnikiem, dwóch z pięciu kolejnych lat po zakończeniu specjalizacji,
- sfinansowanie przez budżet państwa czterech dyżurów rezydenckich (10 godzin 5 minut) w miesiącu,
- możliwość uzyskania pensji gwarantowanej przez specjalistów zatrudnionych na umowę o pracę w szpitalach, pod warunkiem podpisania umowy lojalnościowej,
- objęcie ochroną właściwą funkcjonariuszom publicznym lekarzy podczas wykonywania świadczeń w placówkach pracujących na podstawie kontraktów z NFZ.

przynosząc mnóstwo wątpliwości w zakresie deklaracji lojalnościowych specjalistów oraz warunków odpracowywania bonów patriotycznych dla rezydentów, w tej akurat kwestii jest jednoznaczna i nie pozostawia najmniejszego marginesu na interpretację czy domysły. Mówi bowiem otwarcie, że w latach 2018–2019 wymagany poziom ustawowy relacji wydatków na zdrowie do PKB uda się osiągnąć dzięki wyższemu niż zakładane na etapie planowania wpływom ze składki zdrowotnej (co zawdzięczamy rozkręconej gospodarce, spadającemu bezrobociu etc.). Jeśli budżet państwa wysuła dodatkowe środki, będą raczej liczone w dziesiątkach, może setkach milionów złotych (co przy ogólnej skali wydatków i potrzeb jest kroplą w oceanie). Ustawa przewiduje pierwszy skok w nakładach na zdrowie w 2020 r. Rząd będzie musiał w ciągu najbliższego roku znaleźć odpowiedź na zasadnicze pytanie: w jaki sposób ten wzrost nakładów będzie faktycznie zrealizowany? Jak zapewnić na początek około dziesięciu, dwunastu miliardów złotych dodatkowo na zdrowie? Skąd, mówiąc wprost, te pieniądze wziąć (poza tym, że oczywiście z kieszeni podatników, bo jak wiadomo innymi środkami państwo nie dysponuje)? ■



Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr. n. med. **Andrzeja Włodarczyka**,

w latach 2000–2009 prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
przez lata członka Naczelnej Rady Lekarskiej oraz jej wiceprezesa,
wieloletniego członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
delegata na Krajowy i Okręgowy Zjazd Lekarzy,
w latach 2007–2008 oraz 2011–2012 podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia,
byłego dyrektora Instytutu Reumatologii w Warszawie,
kierownika Katedry Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego
i dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie,
znakomitego chirurga, zaangażowanego w pracę na rzecz samorządu lekarskiego,
odznaczonego Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Żonie Ewie Gwiazdowicz-Włodarczyk,
Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Łukasz Jankowski – prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie,
pracownicy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



Fot. licencja Artmedia Partners

Dekontaminacja w gabinecie stomatologicznym

– co nas czeka?

Dariusz Paluszek

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Wciąż mówimy o przeroście biurokracji w ochronie zdrowia. Podkreślamy, że tracą na tym pacjenci, gdyż lekarze muszą poświęcać coraz więcej czasu na przygotowywanie sprawozdań. Tymczasem grozi nam kolejna, wymagana przez służby sanitarne, procedura – częstsze niż dotychczas dokumentowanie sterylizacji w gabinetach stomatologicznych.

W marcu 2018 r. grupa lekarzy dentystów z powiatu brzeskiego zwróciła się do Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą o wsparcie w związku z pismem powiatowego inspektora sanitarnego w Brzegu w sprawie stosowania ogólnych wytycznych dotyczących procesu dekontaminacji. Kolegów zaniepokoił fakt, że stosowanie się do nowych wytycznych drastycznie podniesie koszty prowadzenia praktyki i – w związku z koniecznością częstszego dostarczania testów biologicznych do laboratorium (oddalonego nierzadko o kilka, kilkanaście kilometrów) – wydłuży czas pracy. Dotychczasowe dwa testy (sporale), wykonywane raz na trzy miesiące z automatyczną rejestracją parametrów krytycznych, zostały zastąpione wymogiem badania **nie rzadziej niż raz na tydzień**. A bez automatycznej rejestracji wskaźnik biologiczny ma być badany przy każdym wsadzie i codziennie. Wcześniej wymagano testu raz w miesiącu. Koledzy z Brzegu obliczyli: „*jeżeli wykonujemy dwa cykle dziennie przez 22 dni w miesiącu, daje to nam koszt 2200 zł*”. Zwrócili również uwagę, że np. w województwie dolnośląskim takie wymagania nie obowiązują. W kwietniu ówczesny prezes NRL Maciej Hamankiewicz zwrócił się do głównego inspektora sanitarnego z prośbą o wyjaśnienie zgłoszonych wątpliwości.

W odpowiedzi GIS przywołał opinię Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny stanowiącą potwierdzenie zasadności stosowania się do opracowanych przez ekspertów „Ogólnych wytycznych dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów wielorazowego użytku wykorzystywanych przy udzieleniu świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, podczas których może dojść do przeniesienia choroby zakaźnej lub zakażenia”. NIZP-PZH popiera również zasady kontroli procesu sterylizacji podane w piśmie PPIS w Brzegu. Do pisma GIS, które trafiło do wszystkich wojewódzkich inspektorów sanitarnych, odniósł się wiceprezes NRL Andrzej Cisko. W odpowiedzi z 13 sierpnia 2018 r. zaznaczył, że w opinii środowiska lekarskiego wątpliwości budzą kwestie reprezentatywności opinii zawartych w „Ogólnych wytycznych...”. Zwrócił uwagę, że mimo wcześniejszych deklaracji wytyczne nie zostały skonsultowane z jednostkami naukowo-badawczymi ani z innymi środowiskami. Podkreślił, że lekarze wykonują zawód zaufania publicznego i dochowują należytej staranności w ramach swoich zadań. Treści obu pism zamieszczone są na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej.

Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie będzie śledziła rozwój wypadków w tej sprawie i dążyła do wypracowania zmian korzystnych dla lekarzy. Mamy nadzieję, że zwycięży zdrowy rozsądek, a korespondencyjna wymiana poglądów będzie przyczynkiem do konstruktywnej dyskusji, a nie nakładania na lekarzy nowych obowiązków kosztem ich czasu i finansów, ze szkodą dla pacjentów. ■

Debata jest konieczna

Od dawna podkreśla się znaczenie stanu jamy ustnej i uzębienia dla zdrowia całego organizmu, zatem rola lekarzy dentystów w systemie ochrony zdrowia jest bezdyskusyjna. Tymczasem finansowanie świadczeń stomatologicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest nieadekwatne do potrzeb społeczeństwa, a zapowiedzi wydatków budzą poważne obawy naszego środowiska.

Niepokojąca jest wysokość środków przeznaczonych na stomatologię przewidziana w ogólnym planie NFZ na 2019 r. Koszty leczenia stomatologicznego fundusz określił na poziomie 1847 mln zł, co stanowi 2,21 proc. planowanych wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem. Udział środków dla stomatologii w budżecie funduszu z roku na rok maleje. Dla porównania, w 2008 r. było to 3,83 proc., a w 2017 r. 2,46 proc.

W sprawie nakładów na świadczenia stomatologiczne finansowane ze środków publicznych wypowiedział się samorząd lekarski. Zarówno w stanowisku Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej z 6 lipca 2018 r., jak i Prezydium NRL z 11 lipca 2018 podkreślono, że stopniowe obniżanie finansowania w tym sektorze świadczy o braku zrozumienia ze strony decydentów znaczenia opieki stomatologicznej. Decyzje te są tym bardziej niezrozumiałe i szkodliwe dla naszych obywateli, że doniesienia naukowe i raporty mówią o pogarszaniu się stanu uzębienia zarówno dzieci, młodzieży, jak i dorosłych. Samorząd lekarski wskazał potrzebę podjęcia rzetelnej debaty na temat leczenia stomatologicznego finansowanego ze środków publicznych, podkreślając, że zmniejszenie udziału środków w planie NFZ w znacznym stopniu ogranicza możliwości korzystania przez pacjentów ze świadczeń stomatologicznych oraz utrudnia prowadzenie praktyki i wykonywanie zawodu lekarza dentysty.

W najbliższym czasie w Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie będziemy rozmawiali szczegółowo o przedstawionych zagadnieniach i podejmowali decyzje dotyczące dalszych działań. Sygnalizując skalę problemu, liczymy na zaangażowanie w debatę i poparcie całego środowiska lekarskiego. Musimy uświadomić znaczenie niedofinansowania świadczeń stomatologicznych również naszym pacjentom. Ponadto oczekujemy urealnienia wyceny świadczeń wykonywanych w ramach umowy z NFZ, gdyż obecna nie zachęca lekarzy dentystów do współpracy z funduszem.

Będziemy dążyli do tego, by zgłaszane przez środowisko postulaty znalazły realne odbicie w polityce zdrowotnej państwa. ■

Dariusz Paluszek

Uczestnikom IV MSS dziękujemy za opinie

Oceny, uwagi i sugestie uczestników konferencji zostaną wykorzystane podczas przygotowań do V MSS, które odbędą się w Serocku 14–16 czerwca 2019 r. Serdecznie zapraszamy ■

Wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów Dariusz Paluszek podziękował lek. dent. Joannie Jachacz za udział w ankiecie dotyczącej oceny IV Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych i przekazał symboliczny upominek

ach

IX Piknik Mazowieckiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

rodziny

PIKNIK

MAZOWIECKIEGO FORUM SAMORZĄDÓW ZAWODÓW ZAUFANIA PUBLICZNEGO

15 września br. godz. 11.00-21.00

Centrum Warszawy, malowniczy park im. marsz. E. Rydza-Śmigłego, przy pomniku „Chwała Saperom”

KONCERTY

style muzyczne dla starszych i młodszych
(Kilersi i Jan Brzechwa Robi Show,
Hamak Band, Chłopaki nie płacą,
Julia Węgorwicz oraz Sax Pesos)

STREFY AKTYWNOŚCI

Strefa Seniora i Zdrowia,
Strefa Aktywności Sportowej,
Strefa Aktywności Samorządów

WYJĄTKOWI GOŚCIE

Kajetan Broniewski, który poprowadzi
konkurs „100 km na 100-lecie”
oraz Dorota Świeniewicz, która poprowadzi
trening siatkarski oraz konkurs sportowy

KĄCIK MALUCHA

„Zero nudy”, powyżej lat 3,
z wyjątkowymi atrakcjami

TARG ŚNIADANIOWY

CHARYZMATYCZNY PROWADZĄCY
red. Tomasz Zimoch

Wstęp wolny!

www.zaufani100lat.pl

patronat honorowy: Prezydent m. st. Warszawy, Rzecznik Praw Obywatelskich

organizatorzy



patronat medialny

partnerzy

Izba jest ważna



Fot. kb

Z Martą Moczydłowską, sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

Rozpoczęła pani swoją pierwszą kadencję w samorządzie lekarskim i objęła funkcję sekretarza ORL w Warszawie. Przyjęcie nowych obowiązków wymagało przygotowań?

Funkcji sekretarza nigdy nie pełniłam, ale pracuję w różnych samorządach długo. Udzielałam się na rzecz lokalnej społeczności już od szkoły podstawowej, oczywiście w formie odpowiedniej do wieku i wykształcenia. Byłam zaangażowana w prace samorządu na wyższych poziomach edukacji, zarówno w liceum, jak i na studiach, a także podczas stażu podyplomowego, działałam w Porozumieniu Rezydentów. Samorząd lekarski jako organizacja jest mi dobrze znany, obserwowałam, co się w izbach lekarskich dzieje, i korzystałam z doświadczeń starszych kolegów. Szybko się uczę, a wspaniała współpraca z pracownikami izby ułatwia mi realizację zadań. Nowe obowiązki to zatem kwestia przygotowania technicznego oraz ustawienia priorytetów.

Jak udaje się pani łączyć funkcję sekretarza rady z pracą młodego lekarza, z rezydenturą?

Pracę sekretarza ORL w Warszawie stawiam na równi z wykonywaniem zawodu lekarza. I w izbie, i w szpitalu jestem odpowiedzialna za powierzone zadania i poświęcam im odpowiednią do potrzeb ilość czasu.

Dobra organizacja to podstawa. Jestem bardzo zdyscyplinowana. Po pracy w szpitalu przyjeżdżam do izby. Wiele dokumentów wcześniej przeglądam elektronicznie. Również w domu potrafię znaleźć czas, aby merytorycznie przygotować się do pracy, a także uczyć się w ramach mojej specjalizacji.

Co daje energię do pracy w samorządzie lekarskim?

Trzeba to lubić i chcieć coś zrobić. Sytuacja w ochronie zdrowia wymaga naprawy. Uważam, że samorząd lekarski był dotąd za mało zaangażowany w kształtowanie opinii o potrzebach naszego środowiska i w oddziaływanie na rządzących. Mnie napędza pragnienie, żeby ożywić samorząd dla lekarzy, by był bardziej zauważalny, ale nie jako instytucja, na którą trzeba płacić składki, ale miejsce, w którym lekarz otrzyma wsparcie, do którego zawsze może się zgłosić z problemami. Chcę, żeby izba miała poglądy, działała na rzecz środowiska lekarskiego i wpływała na to, co się dzieje w ochronie zdrowia.

Czy praca w izbie zmienia postrzeganie roli samorządu?

Patrząc na izbę z zewnątrz, nie dostrzega się i nie docenia ogromu pracy administracyjnej, którą samorząd musi wykonać. Sprawami związanymi m.in. z prawem wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry, z rejestracją praktyk lekarskich, z działalnością sądu lekarskiego czy rzecznika praw lekarza zajmuje się cały zespół zaangażowanych ludzi. Myślę, że warto o tym pamiętać. W izbie tkwi też potencjał wykraczający poza działania administracyjne i należy go wykorzystać.

Jakie są pani plany samorządowe i zawodowe?

W samorządzie interesuje mnie właśnie obszar niewykorzystanego potencjału. Postaram się, aby były kontynuowane i rozwijane wcześniejsze przedsięwzięcia podejmowane z myślą o lekarzach, np. zespół ds. wypalenia zawodowego. Niewystarczająco wykorzystywana do rozwiązywania problemów naszego środowiska była dotąd instytucja Rzecznika Praw Lekarza. Nie dawała takiego oparcia, jakiego się oczekuje. Na pewno potrzeba ożywić tematycznie izbowe komisje i tchnąć w nie nowego ducha. Będziemy o naszych inicjatywach informowali, m.in. w „Pulsie”. Chcemy zainteresować lekarską społeczność działaniami izby, aby lekarze uczestniczyli w projektach proponowanych przez samorząd.

Natomiast jako lekarz chcę pogłębiać wiedzę. Pięć lat specjalizacji to krótki okres, kiedy lekarz rezydent jest niejako chroniony i pracuje pod opieką. Ten czas szybko mija i chcę go maksymalnie wykorzystać, żeby dowiedzieć się jak najwięcej, dzięki pomocy i doświadczeniu starszych kolegów. Chcę być dobrym, solidnym lekarzem i zrobić doktorat.

Czym dla pani jest izba lekarska?

Dla mnie izba jest ważna. Ma duże możliwości oddziaływania i jest silnym wsparciem dla lekarzy. Dzięki temu, że mamy samorząd, możemy dbać o wysoki poziom kształcenia i wykonywania zawodu lekarza, o wysoką moralność zawodową. Musimy też stać murem za lekarzami, gdyż odczuwam, że szacunek do naszego zawodu spada. Chciałabym, żeby izba była postrzegana przez lekarzy jako ostoja. ■



**UCHWAŁA NR 18/R-VIII/18
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 8 CZERWCA 2018 R.**

w sprawie zmiany regulaminu korzystania z samochodu służbowego w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) – uchwała się, co następuje:

§1

1. Wprowadza się nowy regulamin korzystania z samochodu służbowego w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.
2. Dotychczasowy regulamin korzystania z samochodu służbowego w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza traci moc z dniem obowiązywania nowego regulaminu.
3. Regulamin, o którym mowa w §1 ust. 1, wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik:

Regulamin korzystania z samochodu służbowego w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza wraz z załącznikami.

**UCHWAŁA NR 19/R-VIII/18
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 8 CZERWCA 2018 R.**

w sprawie powołania rzecznika praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz zastępców rzecznika praw lekarza na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) oraz na podstawie §4 pkt. 21 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

Na stanowisko rzecznika praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie powołuje się kol. Monikę Potocką.

§2

Na stanowisko zastępców rzecznika praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie powołuje się:

- 1) kol. Marię Cybulska, 2) kol. Annę Darochę, 3) kol. Barbarę Dobies-Krześniak, 4) kol. Agnieszkę Kraśniej-Dębkowską.

§3

Tracą moc:

- uchwała nr 55/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 marca 2014 r. w sprawie powołania rzecznika praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
- uchwała nr 66/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 30 maja 2014 r. w sprawie powołania zastępców rzecznika praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 21/R-VIII/18
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 8 CZERWCA 2018 R.**

w sprawie powołania mediatora Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 113 ust. 3, w związku z art. 25 pkt. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie, zgodnie z zapisem art. 113 ust. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, na stanowisko mediatora Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie powołuje kol. Andrzeja Siarkiewicza na okres VIII kadencji 2018–2022.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 22/R-VIII/18
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 8 CZERWCA 2018 R.**

w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, t.j.) w związku z §29 ust. 7 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

1. Powołuje się Komisję ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

- 1) przewodniczący: kol. Piotr Winciuński, 2) członkowie: kol. Wanda Gajzlerska, kol. Joanna Grabska, kol. Michał Grądzki, kol. Tomasz Imiela, kol. Piotr Kuchta, kol. Grzegorz Kwitkiewicz, kol. Rafał Machowicz, kol. Łukasz Michalczyk, kol. Dariusz Paluszek.

2. Zobowiązuje się komisję do ukonstytuowania prezydium na jednym z najbliższych posiedzeń.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Tekst jednolity, stanowiący załącznik do uchwały nr 75/R-VIII/18 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 22 czerwca 2018 r.

**UCHWAŁA NR 23/R-VIII/18
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 8 CZERWCA 2018 R.**

w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Stażu Podyplomowego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, t.j.), w związku z §29 ust. 7 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

1. Powołuje się Komisję ds. Stażu Podyplomowego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

1) przewodniczący: kol. Maciej Nowak, 2) członkowie: kol. Tomasz Imiela, kol. Piotr Kuchta, kol. Wojciech Popowski, kol. Andrzej Siarkiewicz, kol. Piotr Sobiech, kol. Piotr Winciuś, kol. Marzena Woźniak.

2. Zobowiązuje się komisję do ukonstytuowania prezydium na jednym z najbliższych posiedzeń.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 24/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 8 CZERWCA 2018 R.

w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, t.j.) oraz §29 ust. 7 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

1. Powołuje się Komisję ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

1) przewodniczący: kol. Aleksander Pieczyński, 2) członkowie: kol. Renata Dmowska, kol. Roman Olszewski, kol. Liliana Piwowarczyk, kol. Andrzej Siarkiewicz, kol. Mery Topolska-Kotulecka, kol. Hanna Wąsowicz-Cińkiewicz.

2. Zobowiązuje się komisję do ukonstytuowania prezydium na jednym z najbliższych posiedzeń.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 25/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 8 CZERWCA 2018 R.

w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, t.j.) oraz §29 ust. 7 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

1. Powołuje się Komisję ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

1) przewodniczący: kol. Jerzy Polański, 2) członkowie: kol. Jarosław Biliński, kol. Łukasz Jankowski, kol. Jan Kowalczyk, kol. Krzysztof Madej, kol. Dariusz Paluszek.

2. Zobowiązuje się komisję do ukonstytuowania prezydium na jednym z najbliższych posiedzeń.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 26/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 8 CZERWCA 2018 R.

w sprawie powołania przewodniczącego i Rady Funduszu Samopomocy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) oraz na podstawie §4 pkt. 14 w związku z §29 ust. 5 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

1. Powołuje się Radę Funduszu Samopomocy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

1) przewodnicząca: kol. Mery Topolska-Kotulecka, 2) członkowie: kol. Renata Dmowska, kol. Artur Drobniak, kol. Karolina Gutkowska, kol. Justyna Herman, kol. Jan Kowalczyk, kol. Roman Olszewski, kol. Monika Potocka.

2. Zobowiązuje się komisję do ukonstytuowania prezydium na jednym z najbliższych posiedzeń.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 68/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 22 CZERWCA 2018 R.

w sprawie uchylecia uchwały nr 76/R-VII/17 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 20 grudnia 2017 r. w sprawie przyznania limitu kilometrów z tytułu użytkowania samochodów prywatnych dla celów służbowych osobom pełniącym stanowiska funkcyjne w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie w kadencji 2013–2017 oraz pracownikom Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) uchwała się, co następuje:

§1

Uchyla się uchwałę nr 76/R-VII/17 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 20 grudnia 2017 r. w sprawie przyznania limitu kilometrów z tytułu użytkowania samochodów prywatnych dla celów służbowych osobom pełniącym stanowiska funkcyjne w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie w kadencji 2013–2017 oraz pracownikom Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 75/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 22 CZERWCA 2018 R.

w sprawie zmiany uchwały nr 23/R-VIII/18 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 8 czerwca 2018 r. w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Stażu Podyplomowego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.), w związku z §29 ust. 7 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

W §1 ust. 1 pkt. 2 uchwały nr 23/R-VIII/18 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 8 czerwca 2018 r. w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Stażu Podyplomowego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 dodaje się wyrażenia w brzmieniu:

„– kol. Łukasz Kaczorowski
– kol. Paweł Pawłowski
– kol. Katarzyna Hanus
– kol. Grzegorz Jaczewski”.

§2

Tekst jednolity stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 76/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 22 CZERWCA 2018 R.

w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji Lekarzy Seniorów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) w związku z §29 ust. 8 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

1. Powołuje się kol. Włodzimierza Cerańskiego na stanowisko przewodniczącego Komisji Lekarzy Seniorów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w VIII kadencji 2018–2022.

2. Powołuje się Komisję ds. Emerytów i Rencistów na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

kol. Anna Gołębiowska, kol. Grażyna Janiszewska, kol. Wiesława Kruszyńska, kol. Irena Kowalczyk-Sawicka, kol. Wiktor Rewerska.

§2

Ustala się następujące zadania komisji, o której mowa w §1 ust. 1 pkt. 2:

1) przedstawianie Okręgowej Radzie Lekarskiej w Warszawie spraw dotyczących lekarzy emerytów i rencistów poprzez formułowanie opinii, ocen i uwag,

2) występowanie i opiniowanie w sprawach związanych z udzieleniem lekarzom emerytom i rencistom pomocy finansowej,

3) występowanie i opiniowanie w sprawach związanych z organizowaniem pomocy OIL w zakresie leczenia i rehabilitacji,

4) organizowanie wypoczynku, rehabilitacji, rekreacji (wczasów rehabilitacyjnych, różnych wycieczek itp.) dla lekarzy emerytów i rencistów,

5) organizowanie spotkań lekarzy emerytów i rencistów,

6) inne, wynikające z uchwał Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Naczelnej Rady Lekarskiej i Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 77/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 22 CZERWCA 2018 R.

w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) oraz na podstawie §29 ust. 5 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

1. Powołuje się kol. Michała Matuszewskiego na stanowisko przewodniczącego Komisji Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na okres VIII kadencji 2018–2022.

2. Powołuje się Komisję Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

kol. Paweł Doczekalski, kol. Michał Głogowski, kol. Wojciech Grabczan, kol. Karolina Gutkowska, kol. Krzysztof Hałabuz, kol. Krzysztof Herman, kol. Krzysztof Ozierański, kol. Łukasz Paluch.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 78/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 22 CZERWCA 2018 R.

w sprawie powołania Komisji ds. Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) oraz na podstawie §29 ust. 8 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

Powołuje się Komisję ds. Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

kol. Krzysztof Herman – przewodniczący komisji, członkowie: kol. Paweł Doczekalski, kol. Krzysztof Hałabuz, kol. Bożena Hoffman, kol. Damian Łasocho, kol. Łukasz Paluch.

§2

Zobowiązuje się komisję do ukonstytuowania swojego prezydium na jednym z najbliższych posiedzeń.

§3

Ustala się następujące zadania komisji, o której mowa w §1:

1) w zakresie kultury:

Promowanie w środowisku lekarskim inicjatyw i działań z zakresu kultury, w szczególności przez:

- wspieranie lekarzy malujących, piszących, zespołów muzycznych i innych twórców,
- pomoc w organizowaniu przedsięwzięć o charakterze kulturalnym, integracyjnym, rozrywkowym członkom izby lekarzy i lekarzy dentyistów;

2) w zakresie sportu:

Promowanie aktywności fizycznej w środowisku lekarskim, w szczególności przez:

- organizowanie działań sportowych w formie rozgrywek, turniejów i mistrzostw dla lekarzy i członków ich rodzin województwa mazowieckiego oraz o zasięgu ogólnokrajowym,
- organizowanie imprez rekreacyjnych o charakterze masowym dla środowiska lekarskiego,
- umożliwianie udziału reprezentantów OIL w Warszawie w ogólnopolskich zawodach sportowych lekarzy i lekarzy dentyistów lub w dyscyplinach sportowych, w których uda się osiągnąć kontakty o charakterze międzynarodowym;

3) w zakresie turystyki:

Promowanie turystyki w środowisku lekarskim, w szczególności przez:

- współpracę z biurami podróży w celu negocjowania najdogodniejszych warunków turystyki wczasowej i specjalistycznej pod kątem działalności klubów zrzeszających lekarzy turystów i informowanie o tym na łamach „Pulsu”,
- poradnictwo turystyczne, gromadzenie odpowiednich materiałów i udostępnianie ich w siedzibie OIL,
- organizowanie wyjazdów na inne kontynenty,
- organizowanie części turystycznej w ramach wyjazdów na zjazdy, kongresy, sympozja i inne spotkania krajowe i zagraniczne,
- współpracę z Komisją Kultury, Sportu i Turystyki NIL, z organizacjami studenckimi zrzeszającymi studentów medycyny oraz z innymi organizacjami krajowymi i zagranicznymi o podobnym charakterze w celu realizacji postawionych sobie zadań,
- inne, wynikające z uchwał zjazdu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 79/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 22 CZERWCA 2018 R.

w sprawie powołania Zespołu ds. Matek Lekarek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) oraz na podstawie §29 ust. 5 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

Powołuje się Zespół ds. Matek Lekarek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

kol. Dorota Bębenek – przewodnicząca zespołu, kol. Magdalena Castello-Rokicka, kol. Anna Darocha, kol. Barbara Dobies-Krześniak, kol. Julia Hałas, kol. Katarzyna Jakubiak, kol. Izabela Kurek, kol. Magdalena Plaga, kol. Małgorzata Skomska-Pawliszak, kol. Hanna Szweda.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 80/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 22 CZERWCA 2018 R.

w sprawie powołania Zespołu ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) oraz na podstawie §29 ust. 5 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

Powołuje się Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

kol. Paweł Doczekalski, kol. Michał Gontkiewicz, kol. Wojciech Grabczan, kol. Michał Kunkiel, kol. Łukasz Paluch, kol. Mateusz Spałek.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 81/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 22 CZERWCA 2018 R.

w sprawie powołania Zespołu ds. Szczepień Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) oraz na podstawie §29 ust. 5 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r. – uchwała się, co następuje:

§1

Powołuje się Zespół ds. Szczepień Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

kol. Łukasz Durajski – przewodniczący zespołu, kol. Anna Darocha, kol. Paweł Doczekalski, kol. Michał Gontkiewicz, kol. Michał Kunkiel.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes ORL w Warszawie **Łukasz Jankowski**,
sekretarz ORL w Warszawie **Marta Moczydłowska**



Fot. archiwum

Mazowsze ma za mało łóżek

Ewa Szarkowska

W województwie mazowieckim działa kilkanaście placówek zapewniających stacjonarną opiekę paliatywną. W ocenie specjalistów to stanowczo za mało, aby zaspokoić rosnące potrzeby mieszkańców. Najtrudniejsza sytuacja jest w południowej części regionu.

W raporcie za rok 2017 konsultant w dziedzinie opieki paliatywnej dla województwa mazowieckiego Magdalena Kwiatkowska oceniła możliwości opieki stacjonarnej jako niedostateczne. Na Mazowszu działa 18 placówek stacjonarnych: 7 oddziałów medycyny pa-

liatywnej i 11 stacjonarnych hospicjów. Według zaleceń European Association for Palliative Care na 100 tys. mieszkańców powinno przypadać co najmniej 10 łóżek dla pacjentów potrzebujących opieki paliatywnej. Aktualnie jest ich 5,76. Informacje przekazane członkom Sejmowej Komisji Zdrowia przez Tomasza Dzierżanowskiego, eksperta Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej i dyrektora medycznego Caritas diecezji warszawsko-praskiej, wskazują, że w Warszawie jest jeszcze gorzej, bo wskaźnik wynosi poniżej 4 łóżek/100 tys. Dlatego pacjenci czekają długo, w Warszawie – 3 tygodnie, poza Warszawą – od 1 do 3 tygodni.

Biała plama na południu

Problemem Mazowsza jest nie tylko mała liczba łóżek, ale też nierównomierny dostęp pacjentów do opieki stacjonarnej. Braki dotyczą południowych rejonów województwa, głównie Radomia i otaczających go powiatów: radomskiego, kozienickiego, lipskiego, szydłowieckiego, przysuskiego i białobrzeskiego. To obszar zamieszkały przez około 500 tys. osób. Tymczasem w promieniu 100 km od Radomia, poza oddziałem opieki paliatywnej w Zwoleniu, gdzie jest tylko 10 miejsc, nie ma stacjonarnego hospicjum. Najbliższe działają w Warszawie, Kielcach, Lublinie i w Łodzi.



Fot. archiwum

Rafał Krajewski, dyrektor NZOZ Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie

Hospicjum stacjonarne prowadzone przez Fundację Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa będzie miało umowę z NFZ na kolejnych 5 lat. FHO przyznano praktycznie taką liczbę świadczeń i według takiej stawki, o jaką występowała, czyli nieco ponad 340 zł za dzień pobytu jednej osoby. Inną zupełnie kwestią jest to, że stawka ta nadal nie odzwierciedla rzeczywistego poziomu kosztów tego typu świadczeń na terenie Warszawy. Ale nie ulega też wątpliwości, że nastąpił znaczący postęp w stosunku do sytuacji sprzed 2–3 lat, kiedy stawka kształtowała się na poziomie 210–220 zł. Jej wzrost robi niewątpliwie duże wrażenie.

To prawda, że na Mazowszu odnotowuje się deficyt miejsc w stacjonarnej opiece paliatywnej. Dowodem jest kolejny, ogłoszony w ostatniej dekadzie maja, konkurs na świadczenia stacjonarne. Do ogłoszonego poprzednio stanęła bowiem mniejsza liczba oferentów niż Mazowiecki OW MFZ przewidywał umów. Jest też prawdą, iż brak miejsc na oddziałach medycyny paliatywnej/hospicjach stacjonarnych jest odczuwalny w południowej części Mazowsza. Pacjenci z Radomia i okolicznych powiatów muszą szukać opieki daleko od miejsca zamieszkania. Zgodnie z rozporządzeniem MZ jedynymi kryteriami przyjęcia do naszego hospicjum stacjonarnego są wskazania medyczne. Miejsce zamieszkania czy zameldowania nie mają żadnego znaczenia, zatem z tego powodu świadczeń nikomu nie odmawiamy i odmawiać nie będziemy. ■

A potrzeby – o czym przekonuje ks. Marek Kujawski z Hospicjum Królowej Apostołów w Radomiu – są bardzo duże, coraz większa liczba ludzi w tym regionie choruje na nowotwory i pozostaje bez odpowiedniej opieki w domach. Radomskie hospicjum domowe otrzymuje codzienne co najmniej kilka próśb o pomoc. Zgłoszenia płyną nawet spod Grójca, Nowego Miasta nad Pilicą i Skarżyska-Kamiennej.

– *Pracuje u nas tylko kilkudziesięciu wolontariuszy, nie jesteśmy w stanie do wszystkich potrzebujących dojechać. Wielu chorych mieszka samotnie lub w tragicznych warunkach sanitarnych – nie mają bieżącej wody, a ubikacja jest na podwórku. Im trzeba zapewnić opiekę paliatywną w godnych warunkach* – tłumaczy ks. Kujawski, ubolewając, że problem nie znajduje zrozumienia władz lokalnych i centralnych. Hospicjum Królowej Apostołów od 10 lat zabiega, by zbudować stacjonarne hospicjum w pobliżu Radomia. Pierwotnie placówka miała stanąć na pozyskanej działce w gminie Kowala. Z powodów formalnoprawnych inwestycja została zablokowana. Ks. Kujawski ma nadzieję, że uda się w końcu rozpocząć budowę domu hospicyjnego w nowo pozyskanej lokalizacji.

Będzie lepiej?

W lutym 2018 r. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ rozpoczął postępowanie konkursowe na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej na okres 5 lat, począwszy od 1 lipca 2018. W II półroczu przeznaczył na ten cel około 42 mln zł, tj. blisko 15 proc. więcej niż w I półroczu. Z informacji przekazanych przez biuro prasowe MOW NFZ wynika, że w efekcie rozstrzygniętych w maju i czerwcu dwóch konkursów ofert w hospicjach stacjonarnych i oddziałach opieki paliatywnej przybyły 43 miejsca: w Siedlcach (12 łóżek), Nowym Dworze Mazowieckim (10), Kraświe-Czubakach (7), Warszawie (5), Drożdżówce (4), Mławie (2), Ciechanowie (2) oraz Płocku (1). W sumie od 1 lipca 2018 r. na Mazowszu jest łącznie 312 łóżek dla osób wymagających stacjonarnej opieki paliatywnej. Z 9 do 10 wzrosła liczba poradni medycyny paliatywnej, a dorośli mieszkańcy powiatów grodzkiego, siedleckiego i ostrołęckiego mogą korzystać ze świadczeń hospicjum domowego.

Problemy w całej Polsce

Z danych Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej wynika, że w całym kraju jest 160 oddziałów opieki paliatywnej i hospicjów stacjonarnych. Według Aleksandry Ciałkowskiej-Rysz, prezes PTMP, to zdecydowanie za mało.

– *Generalnie opieka paliatywna powinna być zapewniona w domu chorego. Jednak widzimy coraz większą potrzebę istnienia form stacjonarnych (takiej opieki – przyp. red.). To jest rzecz, z którą musimy się zmierzyć, ponieważ rodziny są bardzo małe albo niewydolne, albo mieszkają zagranicą, a pacjenci są samotni, niepełni, potrzebujący opieki. Zatem musimy bardziej strategicznie podejść do organizacji stacjonarnych form opieki, ale również ośrodków pobytu dziennego* – przekonywała podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia poświęconego aktualnej sytuacji w opiece paliatywnej. Aleksandra Ciałkowska-Rysz przypomniała, że już w 2012 r. PTMP proponowało wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych opieki paliatywnej w ośrodkach dziennych, które by w jakimś stopniu rozwiązały problem, przynajmniej tych pacjentów, których rodziny pracują.

Według danych prezentowanych przez ekspertów PTMP w Sejmie w Polsce jest 2700 łóżek dla pacjentów potrzebujących opieki paliatywnej. Dla zapewnienia minimum świadczeń stacjonarnych powinno być ich około 5 tys. Na 100 tys. mieszkańców przypada średnio 6,5 łóżka. Ale jest wiele miejsc, w których wskaźnik jest niższy od średniej krajowej. Na przykład w województwie zachodniopomorskim sięga zaledwie 2,6. Dlatego na opiekę stacjonarną w niektórych regionach kraju trzeba czekać nawet trzy miesiące.

Według konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej Wiesławy Pokropskiej problem leży nie tylko w zbyt małej liczbie łóżek. Uważa ona, że niektóre hospicja są w stanie objąć opieką większą liczbę pacjentów, ale boją się, gdyż nie mają gwarancji, że wszystkie wykonane ponad limit świadczenia zostaną im zrefundowane.

– *Zdaniem wszystkich konsultantów wojewódzkich kolejki można by skrócić, gdyby świadczenia ponadlimitowe były opłacane nie w jakimś procencie po roku, dopiero wtedy, kiedy umowa z NFZ zostanie zamknięta, tylko na bieżąco, w okresie półrocznym* – tłumaczy Wiesława Pokropska. ■

EUROPEJSKIE CENTRUM ZDROWIA OTWOCK

SZPITAL im. Fryderyka Chopina



Testy genetyczne

rak prostaty / rak piersi

oncotypeDX®
Genomic Prostate Score

określa pacjentów, którzy mogą skorzystać z aktywnego nadzoru lub pacjentów, u których wskazana jest radykalna prostatektomia.

oncotypeDX®
Breast Recurrence Score

określa niskie/wysokie prawdopodobieństwo przerzutów nowotworu piersi oraz korzyść z leczenia chemioterapią.

Metoda HIFU

w leczeniu raka prostaty

Skuteczna, bezpieczna i małoinwazyjna metoda leczenia raka prostaty, która umożliwi pacjentowi uniknięcie operacji chirurgicznej i minimalizuje ryzyko powikłań!

Zabieg metodą HIFU odbywa się w znieczuleniu ogólnym, wyłącznie otworami naturalnymi ciała bez nacinania tkanek, co skutkuje krótką hospitalizacją i mniejszym ryzykiem powikłań takich jak m.in. nietrzymanie moczu, czy zaburzenia erekcji.

infolinia: 22 710 33 00

www.ecz-otwock.pl



Leczenie bólu

w przebiegu zespołu bólowego miednicy mniejszej u kobiet

Dr hab. n. med. **Małgorzata Malec-Milewska**
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

Zespół bólowy miednicy mniejszej (ZBMM) to przewlekły ból zlokalizowany w podbrzuszu, trwający co najmniej 6 miesięcy, któremu mogą towarzyszyć: ból śródbrzusza, nadbrzusza, kroczka (okolicy odbytu lub sromu) i/lub bóle kończyn dolnych. Dolegliwości bólowe mają charakter okresowy lub stały, nieregularne natężenie i prowadzą do znacznego pogorszenia jakości życia. Ten zespół bólowy występuje u 4–14 proc. kobiet.

Patomechanizm ZBMM jest bardzo złożony i do końca niejasny, dlatego ten rodzaj bólu zaliczamy do tzw. zespołów bólu funkcjonalnego, czyli takiego, w którym z powodu nieznanego patomechanizmu powstawania nie możemy zastosować leczenia bezpośrednio nakierowanego na przyczynę. Czynniki ryzyka występowania ZBMM są: młody wiek, stwierdzona przemoc seksualna i fizyczna, stany zapalne miednicy, choroby ginekologiczne, przebyte zabiegi operacyjne w obrębie miednicy, endometrioza i współistnienie depresji. Przyczynami ZBMM mogą być: zespół jelita drażliwego, śródmiąższowe zapalenie pęcherza, zapalenie miednicy mniejszej, zrosty, zespół przekrwienia miednicy, ból mięśniowo-powięziowy, wulwodynia, neuralgia nerwu sromowego. Leczenie dolegliwości bólowych powinno być w miarę

możliwości przyczynowe, jednak u prawie 30–40 proc. kobiet z ZBMM nie udaje się znaleźć konkretnej przyczyny.

W leczeniu farmakologicznym ZBMM stosowane są gaba-pentynoidy (gabapentyna/pregabalina) i leki przeciwdepresyjne (amitryptylina/duloksetyna). Wykorzystuje się również inwazyjne metody leczenia, np. blokady i stymulacje nerwów obwodowych oraz blokady neurolityczne spłotu od-brzuszego górnego i zwoju Waltera. Neuroliza zwoju Waltera polega na wprowadzeniu pod kontrolą toru wizyjnego z ramieniem C i podania kontrastu zagiętej igły na brzusznej powierzchni kości guzicznej, w miejscu położenia zwoju nieparzystego Waltera, i wprowadzeniu w tę okolice 7 ml około 65-proc. alkoholu. W technice blokady nerwu sromowego środkiem do blokady jest mieszanina leków znieczulających miejscowo: 0,5 proc. bupiwakainy i 2 proc. lidokainy, 20 mg penrokstfiliny i 75 mg klonidyny. Połączenie farmakoterapii, psychoterapii i wybranych technik interwencyjnych może przynieść korzystny efekt przeciwbólowy w leczeniu zespołu bólowego miednicy mniejszej. ■

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

Piśmiennictwo u autorki.



Goniec Medyczny

RODO, czyli pacjent jako numer

– *Zadzwonił do mnie starszy pan, który przebywał na jednym z oddziałów poznańskiego szpitala, i powiedział, że w związku z RODO dyrektor wprowadził system numeracji pacjentów. Stwierdził, że już raz w życiu był numerem i drugi raz wolałby nie być* – mówi Maciej Kawecki, dyrektor Departamentu Zarządzania Danymi, koordynator reformy ochrony danych osobowych w Ministerstwie Cyfryzacji.

O szczepieniach w Polsce zadecydują: muzyk, filolog, technik informatyk i...

Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Programu Szczepień Ochronnych Dzieci i Dorosłych tworzą niezwykle osoby. W 2017 r. dołączył do niego poseł partii Kukiz '15 – Stefan Romecki, absolwent Zasadniczej Szkoły Zawodowej przy Koszalińskiej Wytwórni Części Samochodowych. Do czasu przejścia na emeryturę pracował jako... spawacz. W sumie rzeczywiście szczepienia dzieci mają coś ze spawania układu immunologicznego.

Zestresowany łapówkarz

Jan S., chirurg skazany za łapówkarstwo, już od dwóch lat unika odbycia kary więzienia. obrońcy 73-latkę wniosli o jego ułaskawienie. Wniosek uzasadniono m.in. tym, że pójście do więzienia będzie dla niego... stresem.

Czy wrócą ze staży w USA?

– *Chcielibyśmy sfinansować stu lekarzom i badaczom staż w topowych jednostkach USA, m.in. w Narodowym Instytucie Zdrowia. Takie 3- i 6-miesięczne staże zaowocowałyby znajomościami, kontaktami i wiedzą, którą ci lekarze będą mogli wykorzystać w swoich ośrodkach w Polsce. Realizacja projektu ruszyłaby z początkiem przyszłego roku* – zapowiedział minister zdrowia.

Ponad 30 tys. ofiar cukrzycy rocznie

Każdego roku z powodu cukrzycy i jej powikłań umiera w Polsce ponad 30 tys. osób. Dlatego specjaliści podkreślają, że potrzebna jest długofalowa strategia walki z tą chorobą.

NSA: – Nie wolno kłamać

Naczelny Sąd Administracyjny odrzucił skargę kasacyjną spółki, która poskarżyła się na małopolski sanepid. Instytucja ukarała firmę za reklamowanie dietetycznego środka spożywczego specjalnego przeznaczenia medycznego jako posiadającego właściwości lecznicze.

Doświadczenia w zamianie leków biologicznych w obszarze reumatologii

Leki biologiczne według Europejskiej Agencji Leków (EMA) to produkty lecznicze uzyskiwane metodą inżynierii genetycznej, które zawierają jedną lub więcej substancji czynnych wytwarzanych przez organizm żywy lub pochodzących z organizmu żywego.

Wprowadzenie do praktyki klinicznej tych leków znacznie poszerzyło możliwości terapii przewlekłych chorób zapalnych, w tym chorób reumatycznych, takich jak reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK), i innych. Wcześniej jedynym rozwiązaniem było leczenie klasycznymi syntetycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby, które w wielu przypadkach okazywało się nieskuteczne.

Większość leków biologicznych jest mieszaniną różnych form tego samego białka. Cechuje je więc naturalna zmienność budowy będąca konsekwencją procesu bioprodukcji. Występowanie różnic, nawet między seriami tego samego leku biologicznego, jest możliwe, zarówno w odniesieniu do produktów oryginalnych, jak i biopodobnych. Ta naturalna zmienność musi być ściśle kontrolowana przez producenta i organy regulacyjne, a także musi mieścić się w ustalonych wcześniej granicach. W związku z tym nie jest możliwe wykonanie dokładnych kopii leków biologicznych.

Według definicji EMA lek biopodobny zawiera wersję biologicznej substancji czynnej wcześniej dopuszczonej do użytku. Wymaga się wykazania podobieństwa do leku oryginalnego w zakresie cech jakościowych, aktywności biologicznej, bezpieczeństwa i skuteczności. Ponadto producent leku biopodobnego powinien przedstawić długofalowy plan nadzoru bezpieczeństwa.

Wytyczne EMA nie odnoszą się do kwestii zamiennictwa leków oryginalnych i biopodobnych, pozostawiając regulacje poszczególnym krajom członkowskim Unii Europejskiej. Komisja Europejska wyróżnia zamiennictwo (*substitution*), polegające na możliwości wydania odpowiednika leku przez pracownika apteki bez konsultacji z lekarzem, oraz zastępowalność (*interchangeability*), czyli zamianę leku za wiedzą i zgodą lekarza. Ponadto definiuje pojęcie zamiany (*switching*) polegającej na zastąpieniu leku oryginalnego odpowiednikiem u pacjenta w trakcie leczenia. W Polsce nie ma osobnych regulacji prawnych dotyczących leków biopodobnych. Podlegają tym samym zasadom, co leki generyczne, to znaczy w zasadzie dopuszczalne są dowolne zamiany leku oryginalnego na biopodobny.

Pojawienie się leków biopodobnych to naturalne następstwo wygasania patentów na oryginalne leki biologiczne. Przynosi nadzieję na zmniejszenie kosztów terapii, a co za tym idzie – zwiększenie dostępności leczenia biologicznego. Wciąż jednak toczy się dyskusja na temat bilansu korzyści i strat. Prawdopodobny jest taki przebieg wydarzeń, w którym pacjenci mają wielokrotnie zmieniane leki z powodów niemedycznych (np. po postępowaniu

przetargowym kupowany jest najtańszy w danym momencie lek). W 2018 r. opublikowano zalecenia dotyczące stosowania leków biopodobnych w reumatologii. Uznano je za skuteczne i bezpieczne, nie wymaga się osobnych badań dla każdego wskazania leku oryginalnego. W zaleceniach podkreślono potrzebę dodatkowej oceny skutków wielokrotnej zamiany leku oryginalnego na biopodobny oraz jednego biopodobnego na inny. Ponadto zamiana leku oryginalnego na biopodobny czy zamiana leków biopodobnych nie powinna być dokonywana bez wiedzy chorego i leczącego go lekarza.

Należy jednak wziąć pod uwagę, że badania obserwacyjne, inaczej niż badania kliniczne wyselekcjonowanej grupy chorych, odzwierciedlają zróżnicowany profil pacjentów, z którymi można się spotkać w codziennej praktyce. Dotyczy to zwłaszcza osób wcześniej leczonych innym lekiem biologicznym, niestosujących metotreksatu, z innymi schorzeniami towarzyszącymi lub otrzymujących lek z innymi wskazań niż objęte badaniem rejestracyjnym.

Podsumowując, zamiana leków referencyjnych na biopodobne lub jednych biopodobnych na inne powinna być podjęta przez lekarza leczącego na podstawie danych klinicznych oraz uzgodniona z pacjentem po uprzednim zapoznaniu go z zagadnieniem. Automatycznej zamiany różnych preparatów jednej cząsteczki nie należy dokonywać w aptece, bez wiedzy lekarza. Pacjenci powinni być ściśle monitorowani po zamianie leku pod kątem wystąpienia działań niepożądanych, a dane te należy przekazać do krajowych rejestrów, a następnie do międzynarodowych baz danych dotyczących nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Decyzję o zamianie leku oryginalnego na biopodobny trzeba podejmować indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od jego charakterystyki, choroby podstawowej i chorób współistniejących, rodzaju leku referencyjnego i akceptacji przez pacjenta tej zamiany.



**Marzena Olesińska
Anna Felis-Giemza**



*Materiał edukacyjny sponsorowany przez Izbę Gospodarczą „Farmacja Polska”:
Leki biologiczne i biopodobne*



Marek Balicki

W ostatnich miesiącach spore zainteresowanie mediów wywołała przyszłość Szpitala w Pszczynie. Szpital był prowadzony przez spółkę prywatną, która dzierżawiła nieruchomość należącą do powiatu. Wiosną tego roku NFZ wypowiedział jej umowę o udziela-

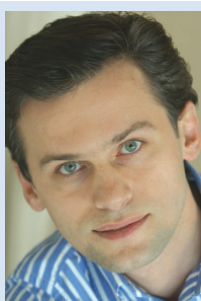
nie świadczeń z powodu stwierdzonych podczas wielu kontroli nieprawidłowości zagrażających bezpieczeństwu pacjentów. Gdy losy szpitala wydawały się przesądzone, gotowość do dalszego prowadzenia placówki zadeklarowały władze powiatu pszczyńskiego. W roku wyborczym nie było to szczególnie zaskakujące. Również zastępca dyrektora śląskiego oddziału NFZ powiedział protestującym pracownikom, że chce dalszego istnienia szpitala, ale musi on spełniać wszystkie wymagania. W efekcie po miesięcznej przerwie szpital otrzymał nowy kontrakt i podjął działalność już jako placówka samorządowa.

Gwoli prawdy trzeba dodać, że prywatna spółka zarządzająca dotąd szpitalem i przekazująca corocznie powiatowi ponad 4 mln zł opłat z tytułu dzierżawy poczuła się wykorzystana przez lokalne władze. Według niej „gdy wielomilionowe zadłużenie Szpitala w Pszczynie, będące efektem wcześniejszych działań SPZOZ, zostało prawie w całości spłacone, starosta i lokalni politycy uznali, że teraz już lepiej poradzą sobie bez dzierżawcy”.

Można powiedzieć, że takie konflikty mieliśmy już w Polsce, i przejść nad nim do porządku dziennego. Nie jest to jednak takie oczywiste. W zaistniałej sytuacji ciekawe jest to, że sprawa nie wywołała szerszej debaty na temat: ile i jakich szpitali w Polsce rzeczywiście potrzebujemy? A to jest kluczowe pytanie nie tylko dla efektywności systemu, ale również dla jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów.

Przytoczę jeden przykład. Poprawa wyników leczenia nowotworów jest jednym z głównych celów polityki zdrowotnej państwa. Z doświadczeń polskich i międzynarodowych wiemy, że najlepsze efekty uzyskuje się w dużych ośrodkach. Skuteczność leczenia w Centrum Onkologii w Warszawie jest o 30 proc. większa niż w wielu mniejszych placówkach. Tymczasem pacjentami onkologicznymi zajmuje się w Polsce około 500 szpitali. Inne kraje postępują inaczej, np. w Szwecji zabroniono wykonywania operacji raka jelita grubego małym szpitalom ze względu na brak doświadczenia. Robi je tam tylko kilka specjalistycznych ośrodków. Przykłady z innych krajów można mnożyć.

Pisze się też ostatnio o zmierzchu szpitali powiatowych, brakach kadrowych i zamykaniu oddziałów. Sieć szpitali tych problemów nie rozwiązała. Zatem może trzeba wznowić debatę zapoczątkowaną przez prof. Religę o liczbie szpitali i ich referencyjności. W zasobnej Danii na jeden szpital „ostry” przypada obecnie około 300 tys. mieszkańców i system funkcjonuje dobrze przy starszym niż nasze społeczeństwie. Warto się temu przyjrzeć. A wracając do Pszczyny – według przedstawiciela śląskiego NFZ w ponadstutysięcznym powiecie szpital istnieć musi i to działający w takim zakresie jak dotychczas. Chciałoby się, żeby takie opinie były oparte na dowodach, a nie podyktowane chęcią szybkiego rozwiązania konfliktu społecznego. ■



Ochota na medycynę

Paweł Walewski

Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach otworzy w październiku pierwsze na Śląsku prywatne studia medyczne. Nie ma w tym już nic niezwykłego, bo od kilku lat obserwujemy w całym kraju wysyp szkół wyższych o najróżniejszej proveniencji, które garną się do kształcenia lekarzy. Kiedyś uznalibyśmy to za żart, przyzwyczajeni do studiów medycznych na uniwersytetach (zwanych przez pewien czas akademiami), ale dziś – gdy wydziały lekarskie zaczęły wyrastać to tu, to tam – mało kogo takie pomysły dziwią.

Mnie jednak zastanawia pewność, z jaką na temat zasadności powoływania do istnienia i nieprzeciętności nowych placówek wypowiadają się ich twórcy. Kanclerz katowickiej uczelni, która do tej pory kształciła wyłącznie na kierunkach technicznych i artystycznych, zapowiada bez ogródek: „Nasze studia lekarskie charakteryzować będzie nowoczesne podejście do studiowania oraz wybitna kadra naukowo-dydaktyczna. I każdy nasz student medycyny będzie miał dostęp do najnowocześniejszej na rynku wiedzy technicznej”. Bravo! Mam nadzieję, że państwowy egzamin dla absolwentów tej uczelni na koniec studiów pozytywnie zweryfikuje zdobytą wiedzę i umiejętności.

Z kolei wydział medyczny otwierany w tym roku na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie ma charakteryzować „szczególna postawa etyczna”. Trochę się dziwię, czym się wyróżni na tle innych, bo czy lekarze z dyplomami Warszawskiego, Śląskiego lub Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego nie są dość prawi i nie nauczyli się pracować w duchu szczególnej postawy etycznej? Problem pewnie w tym, o jakie wartości chodzi – przyświecające światopoglądowi prezentowanemu przez władarzy uczelni, czy o wartości wyznawane przez pacjentów, nie zawsze zgodne z tymi, jakie nosi w sumieniu lekarz.

Na Mazowszu, jak w całej Polsce, od najbliższego roku akademickiego będzie można studiować medycynę w kilku nowych ośrodkach. Mają skorzystać na tym pacjenci, bo w teorii za kilka lat przybędzie lekarzy. Ale czy rzeczywiście nowe kadry chętnie pozostaną w kraju i zdadzą egzamin państwowy na najwyższym poziomie? Na razie otwierane kierunki są kołem ratunkowym dla państwowych i prywatnych uczelni, którym widmo bankructwa zagląda w oczy. Czy będą w stanie dzięki prestiżowym wydziałom lekarskim zapewnić społeczeństwu wykształconych medyków, czas pokaże. Jeśli państwo stawia na ilość, czyli szybkie i byle jakie wykształcenie medyków, bardzo łatwo pójdzie z rekrutacją zastępów felczerów z dyplomami politechnik, szkół technicznych i teologicznych. Oni rzeczywiście nie wyjadą z Polski, gdyż zagranicą nikt ich nie będzie chciał zatrudnić. Optyzmem napawa natomiast fakt, że zawód lekarza cieszy się wciąż niesłabnącym powodzeniem. To dobrze świadczy o młodzieży, że nie zważając na trudne studia i pierwsze lata pracy, chce podjąć ten olbrzymi wysiłek. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Prawne aspekty opieki nad osobami starszymi oraz chorymi psychicznie

Filip Niemczyk, adwokat

Pomoc osobom, które ze względu na wiek lub stan zdrowia nie są w stanie samodzielnie zaspokajać swych potrzeb, stanowi wyzwanie nie tylko dla medycyny, ale także prawa oraz instytucji powołanych do świadczenia opieki społecznej.

O problemach prawnych, ekonomicznych i etycznych związanych z geriatrią pisałem w jednym z poprzednich artykułów opublikowanych na łamach „Pulsu”. Tym razem chciałbym skupić się na praktycznych aspektach dwóch regulacji stosowanych bezpośrednio w sprawach osób wymagających opieki.

Osoba powyżej 13. roku życia, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem, w wyniku orzeczenia sądu opiekuńczego może zostać ubezwłasnowolniona. Wymienione przesłanki, i tylko one, stanowią podstawę orzeczenia o ubezwłasnowolnieniu. Dla stwierdzenia ich istnienia zawsze muszą zostać powołani biegli – psychiatra lub neurolog, a także psycholog. Opinia powinna dotyczyć nie tylko oceny stanu zdrowia psychicznego lub rozwoju umysłowego, ale także oceny zdolności do kierowania swoim postępowaniem. Do złożenia wniosku o ubezwłasnowolnienie uprawnieni są: małżonek osoby, której sprawa dotyczy, krewni w linii prostej lub rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy. W postępowaniu musi uczestniczyć prokurator. Orzeczenie w sprawie o ubezwłasnowolnienie jest zaskarżalne, także dla osoby bezpośrednio zainteresowanej, a nadto może być w każdym czasie uchylone. Kluczową osobą dla instytucji ubezwłasnowolnienia jest opiekun. Wyznaczony zostaje przez sąd, pracuje pod jego nadzorem i ma za zadanie działać dla dobra pozostającego pod opieką, a zatem niekoniecznie dla dobra rodziny czy innych osób.

Opiekun ustanowiony dla ubezwłasnowolnionego jest w pełni jego przedstawicielem ustawowym. Oznacza to, że ma uprawnienie do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne, aczkolwiek jeżeli osoba ubezwłasnowolniona jest w stanie z rozeznanie wypowiedzieć opinię w sprawie badania, należy uzyskać również jej zgodę. Opiekun ma też prawo do uzyskania pełnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach, wynikach leczenia i rokowaniu dotyczących ubezwłasnowolnionego, a także do uzyskania dokumentacji medycznej.

Instytucja ubezwłasnowolnienia budzi pewne kontrowersje. Z jednej strony jest niewątpliwie ograniczaniem wolności

osoby, której dotyczy, a jej stosowanie w konkretnym przypadku może rodzić podejrzenie, że opiekun działa przede wszystkim w interesie własnym lub innych osób. Podejrzenie takie nasila się w sytuacji, gdy ubezwłasnowolniony posiada majątek. Z drugiej strony regulacje prawne dotyczące ubezwłasnowolnienia są tak skonstruowane, aby chronić osobę ubezwłasnowolnioną, a przepisy i praktyka orzecznicza w kontekście ochrony praw człowieka były wielokrotnie kontrolowane przez rzecznika praw obywatelskich i Trybunał Konstytucyjny. W razie wątpliwości w zakresie sposobu wykonywania opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną każdy ma prawo zawiadomić właściwy sąd opiekuńczy.

Szczególnym środkiem prawnym, stosowanym niezależnie od instytucji ubezwłasnowolnienia, jest procedura umieszczenia w domu pomocy społecznej bez zgody, opisana w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Dotyczy ona osób, które wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie są zdolne do zaspokajania swych podstawowych potrzeb życiowych i nie mają możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebują stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymagają leczenia szpitalnego. W praktyce wspomniana procedura najczęściej stosowana jest wobec osób, które cierpią na starcze otępienie, chorobę Alzheimera lub niedorozwój umysłowy. O umieszczeniu osoby w domu opieki orzeka sąd, działając na wniosek ośrodka pomocy społecznej lub kierownika szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywająca w nim osoba jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania swych podstawowych potrzeb życiowych, a potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, natomiast nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu. Podobnie jak w przypadku postępowania dotyczącego ubezwłasnowolnienia, sąd przed podjęciem decyzji jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów, przy czym biegłym nie może być osoba, która uczestniczyła w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala lub odmowie wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego.

Opisana instytucja umieszczenia w domu opieki bez zgody ma węższe zastosowanie aniżeli ubezwłasnowolnienie oraz osobny, zdecydowanie szybszy tryb procedowania. Dotyczy osób, które niezwłocznie należy otoczyć całodobową opieką, a które nie mają środków, by sobie ją zapewnić, ani bliskich, którzy mogliby im takiej opieki udzielić. Dotyczy też osób, które ze względu na stan zdrowia lub wiek nie są w stanie wyrazić zgody na umieszczenie w domu opieki, a często wręcz wyrażają sprzeciw wobec takiego rozwiązania. Są to trudne sytuacje. Z jednej strony należy szanować prawo osoby starszej do spędzenia ostatnich dni we własnym domu. Z drugiej strony niektóre choroby, chociażby alzheimer, wiążą się z koniecznością ciągłej opieki i faktycznym brakiem rozeznania chorego co do własnych potrzeb i możliwości. ■

Godziny pracy OIL w Warszawie

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski; tel. 22-542-83-40

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 dentyistów.

Jesteśmy otwarci na Państwa uwagi, wnioski, opinie, gdyż są dla nas cennym źródłem informacji, dzięki której możemy doskonalić poziom świadczonych przez Izbę usług.

Weryfikowanie adresów do kolportażu „Pulsu” i „Gazety Lekarskiej”
(zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism)
e-mail: p.rejestracja@oilwaw.org.pl lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

spotyka się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca (oprócz lipca i sierpnia), 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.

Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

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

Krajowe oferty pracy na 17.08.2018 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:

lekarze różnych spec. 20	endokrynologia 10	nefrologia 4	psychiatria 9	stomatologia endod. 2
alergologia 2	gastroenterologia 2	neonatologia 5	psychiatria dziecięca 4	stomatologia ortodon. 2
alergologia dziecięca 1	geriatria 3	neurochirurgia 1	pulmonologia 3	stomatologia pedod. 3
anestezjologia 11	ginekologia i poł. 13	neurologia 11	radiologia 4	stomatologia periodon. 1
chirurgia dziecięca 3	hematologia 2	neurologia dziecięca 5	radiologia (USG) 1	stomatologia protetyka 2
chirurgia ogólna 10	kardiologia 4	okulistyka 7	rehabilitacja med. 9	urologia 1
chirurgia proktolog. 1	kardiologia dziecięca 1	okulistyka dziecięca 1	reumatologia 4	USG 3
choroby płuc 2	laryngologia 7	ortopedia 10	stomatologia 14	USG ginekologiczne 1
choroby wewnętrzne 31	laryngologia dziecięca 1	ortopedia dziecięca 1	stomatologia chirurgia 3	
choroby zakaźne 3	medycyna pracy 8	pediatria 26		
dermatologia 8	medycyna ratunkowa 6	pneumonologia 1		
diabetologia 6	medycyna rodzinna 22	proktologia 2		

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



UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!

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

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

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

WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ OD 1 STYCZNIA 2015 R.

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

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

Lekarz lub lekarz dentyśta, 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 dentyśta: **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.: 22-542-83-38 lub 39, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).

Mazowieckie Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego
z okazji 100-lecia niezależnych samorządów zawodowych w odrodzonej Polsce
zaprasza na jubileuszową konferencję



ZAWÓD *zaufania* PUBLICZNEGO

PRZESZŁOŚĆ, TERAŹNIEJSZOŚĆ, PRZYSZŁOŚĆ

10 września 2018 r. Centrum Kreatywności
godz. 10.00-16.00 m.st. Warszawy
przy ul. Targowej

Panel pierwszy: „Samorzady zaufania publicznego – pożądany model rozwoju i rola w społeczeństwie przyszłości?”

Panel drugi: „Tajemnica zawodowa – wyzwania i zagrożenia dzisiaj i w przyszłości?”

Panel trzeci: „Jednostka – zawody zaufania publicznego – organy państwa. Pożądany model współpracy?”

Panele poprowadzą dziennikarze radia **RMF**

Wstęp bezpłatny. Ilość miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

zapisy: konferencja@zaufani100lat.pl

www.zaufani100lat.pl

patronat honorowy: Prezydent m.st. Warszawy, Rzecznik Praw Obywatelskich

Szkolenia w siedzibie OIL

DLA WYTRWAŁYCH NAGRODY

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL zaprasza do udziału w kursach z zakresu prawa medycznego, psychologii i ratownictwa medycznego. Kursy są bezpłatne, na szkoleniach trwających ponad 6 godzin w przerwie zapewniamy ciepły posiłek.

Zapisy odbywają się wyłącznie drogą elektroniczną przez stronę <http://izba-lekarska.pl/lista-szkolen/>. Uczestnicy kursów otrzymają punkty edukacyjne. Przypominamy, że ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty nadal zobowiązuje lekarzy do dokumentowania doskonalenia zawodowego w izbach lekarskich.

OIL w Warszawie przygotowała nagrody dla lekarzy, którzy dostarczą dokumenty (wcześniej nierozliczone) w celu weryfikacji i obliczenia punktów edukacyjnych. W losowaniu wezmą

udział lekarze, którzy dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego, uzyskując 200 pkt. przynajmniej w jednym zakończonym okresie rozliczeniowym. Regulamin losowania nagród zamieszczony jest na stronie www.izba-lekarska.pl w zakładce punkty edukacyjne.

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z biurem Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie pod numerem tel. 22-54-28-371 lub 784-986-561.

Jednocześnie informujemy, że podana lista szkoleń będzie w ciągu półroczia aktualizowana, zapraszamy więc do śledzenia informacji na stronie internetowej izby (www.izba-lekarska.pl) w zakładce szkolenia i konferencje oraz profilu izby na FB. ■ **kd**

Terminy kursów:

15.09.2018	Ochrona danych osobowych w podmiotach leczniczych (Radom)
15.09.2018	Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty
18.09.2018	Wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich (E-ZLA)
18.09.2018	Wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich (E-ZLA) (Radom)
22.09.2018	Prawne formy zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów
13.10.2018	Ochrona danych osobowych w podmiotach leczniczych (Radom)
13.10.2018	Psychomanipulacje. Jak sobie z nimi radzić
16.10.2018	Wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich (E-ZLA) (Radom)
18.10.2018	Wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich (E-ZLA)
20.10.2018	Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu
10.11.2018	Stany zagrożenia życia w praktyce lekarza
17.11.2018	Prawne formy zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów
20.11.2018	Wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich (E-ZLA)
24.11.2018	Asertywność w zawodzie lekarza
8.12.2018	Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty
11.12.2018	Wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich (E-ZLA)
15.12.2018	Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza





Klinika Leczenia Niepłodności nr 1 w Polsce!

INVICTA Sp. z o.o. Oddział w Warszawie zatrudni:



lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa

Zainteresowanych:

Rozwojem w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności

Oferujemy:

- kompleksowe szkolenie w zakresie zabiegów i procedur leczenia niepłodności
- możliwość otwarcia specjalizacji w zakresie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości
- atrakcyjne wynagrodzenie
- zatrudnienie w ramach kontraktu
- możliwość pracy w pełnym wymiarze z zachowaniem work life balance
- przyjazną atmosferę w pracy

Zapraszamy także lekarzy na końcu specjalizacji

Osoby zainteresowane prosimy o wysyłanie CV na adres e-mail: rekrutacja@invicta.pl (podając w temacie maila lekarz ginekolog) lub kontakt telefoniczny pod nr +48 662 017 946. www.invicta.pl

Zainteresowanych:

Diagnostyką prenatalną i opieką nad pacjentką ciężarną

Oferujemy:

- atrakcyjne wynagrodzenie
- przyjazną atmosferę w pracy
- zatrudnienie w ramach umowy cywilno-prawnej



Priorytetem zwalczanie zakażeń

Z dr n. med. Grażyną Cholewińską-Szymańską, ordynatorem III Oddziału Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chorób zakaźnych na Mazowszu, rozmawia Anetta Chęcińska.

Fot. archiwum



Jak się przedstawia statystyka epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych?

Wiedza o zakażeniach dla polityki zdrowotnej jest bardzo ważna. Statystyka epidemiologiczna dotycząca chorób zakaźnych po pierwsze mówi o trendach, po drugie nakazuje szybkie reagowanie w sytuacji dużego zagrożenia. Zgłaszanie informacji służbom sanitarnym o przypadkach zakaźnych jest obowiązkowe i wynika z ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz

zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Obowiązek ciąży nie tylko na lekarzach chorób zakaźnych. Każda jednostka, w której przebywa chory, np. z zakażeniem *klebsiella* czy *clostridium*, czy to będzie oddział szpitalny, czy zakład opiekuńczo-leczniczy, zobowiązana jest raportować te przypadki. Śledząc opracowania na przestrzeni dekady, dwóch, widzimy zmiany dotyczące epidemiologii.

Czy zmieniają się wskaźniki zachorowalności dotyczące poszczególnych jednostek chorobowych?

W 2017 r. odnotowaliśmy w Polsce epidemię *hepatitis* typu A, czyli wirusowego zapalenia wątroby typu A. 90 proc. nowych chorych stanowili mężczyźni homoseksualni. Zarejestrowano ponad 3 tys. przypadków, w latach wcześniejszych – poniżej 10. Epidemia już wygasa, ale wzrost liczby zachorowań pokazał, że trzeba stawiać na profilaktykę, zalecać szczepienia, przynajmniej w grupie wysokiego ryzyka. Szczepionka przeciw HAV nie jest refundowana, ale odpłatnie można się zaszczepić. Jeśli chodzi o *hepatitis* typu B, sytuacja jest stabilna. Od 1996 r. szczepimy noworodki i część dorosłych. Rocznie rejestrujemy około 2 tys. przypadków zachorowań, w latach 70. było ich 60 tys. Przeciwko *hepatitis* typu C szczepionki nie ma. Szacuje się, że HCV zainfekowanych jest 3 proc. populacji światowej, w Polsce – 200 tys. osób. To kandydaci do pilnego leczenia. Aby leczyć zakażonych, trzeba najpierw ich zidentyfikować. Potrzebne są badania przesiewowe zwłaszcza w grupach wysokiego ryzyka. Niestety, w koszyku świadczeń gwarantowanych POZ nie ma testu na HCV, mimo że apelujemy o to od dawna do MZ i NFZ.

Nasze obawy budzi też borelioza. Rozpoznanych w 2017 r. w Polsce 21 tys. przypadków, to znaczny wzrost w stosunku do lat ubiegłych. Należy jednak podkreślić, że mamy do czynienia z nadrozpozawalnością tego schorzenia. Mają w tym swój udział, niestety, osoby bez doświadczenia medycznego i uprawnień do diagnozowania choroby i jej leczenia, z których „usług” korzystają niekoniecznie chorzy na boreliozę, ale mający zbliżone objawy.

Obserwujemy również wzrost liczby zakażeń wirusem HIV (ponad 1300 nowych przypadków rocznie) i zachorowań na kiłę (około 1800 przypadków rocznie) wśród pacjentów homoseksualnych. Przybywa przypadków gruźlicy, zwłaszcza wielolekoopornej, związanych z migracją ludności z Biało-

rusi, Rosji i Ukrainy. Do Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie trafiają np. pacjenci powracający z Azji i Afryki z podejrzeniem chorób takich jak denga, malaria. Diagnozujemy ich i leczymy, ale nie są to liczne przypadki. Przede wszystkim trzeba zauważyć, że dzięki m.in. szczepieniu masowemu, wprowadzanym w Polsce od 1950 r., wyeliminowane zostały tzw. stare choroby zakaźne: tyfus, tężec, wścieklizna, krztusiec, choroba Heinego-Medina. Jeżeli się zdarzają, to pojedyncze przypadki i raczej nie są śmiertelne. Ponad 95 proc. Polaków jest zaszczepionych i uodpornionych.

Szczepienia są osiągnięciem medycyny, tymczasem obserwujemy nasilanie się ruchu antyszczepionkowego. Czy zauważa się już medyczne następstwa odmowy szczepienia dzieci?

Na razie jeszcze nie. Najmłodszy, którzy nie zostali w ostatnim czasie zaszczepieni, będą chorowali w wieku szkolnym, gdy zetkną się z rówieśnikami, zaczną jeździć na kolonie, obozy. W okresie dorastania ich system immunologiczny będzie bombardowany przez wiele patogenów. Za mniej więcej pięć lat wzrośnie zapadalność na choroby zakaźne u dzieci nieszczepionych. Jednak i teraz hospitalizujemy więcej dzieci z odrą, ospą wietrzną, z rotawirusami. Antyszczepionkowcy powołują się na dane niemające nic wspólnego z medycyną opartą na faktach. Przykre jest, że podpisują się pod tym przekazem niekiedy również lekarze. W mediach jest zdecydowanie za mało rzetelnej argumentacji na rzecz szczepień. W walce o rację nauki trzeba powoływać się na opinie autorytetów, na rekomendacje towarzystw naukowych i podkreślać rolę państwa, które refunduje szczepienia w trosce o zdrowie obywateli. To trzeba mówić rodzicom.

Które nowe terapie były przełomowe w leczeniu chorób zakaźnych?

Na pewno nastąpiła rewolucja w leczeniu HCV. Mówiło się do niedawna, że wirusowe zapalenie wątroby typu C jest nieuleczalne. Obecnie wystarcza trzymiesięczna, bezpieczna kuracja lekiem w formie tabletek i u 96 proc. pacjentów eliminuje się wirus trwale. Dzięki jej zastosowaniu u chorego nie dojdzie do marskości wątroby i raka. Pacjent może wrócić do życiowej aktywności, do pracy. Drugi znaczący sukces to terapie w zakresie zakażenia wirusem HIV. Dzisiaj nie traktujemy już AIDS jak choroby śmiertelnej. Można żyć z nią 100 lat, jeśli przyjmuje się przewlekle leki przeciwwirusowe. Farmakoterapia sprawia, że wirus pozostaje pod kontrolą, a pacjenci nie wymagają hospitalizacji, tylko kontroli ambulatoryjnej. Oczywiście są to terapie drogie i realizowane w ramach programów lekowych. Zagrożeniem dla ich kontynuacji może być zmniejszenie finansowania przez płatnika czy zaostrzenie kryteriów kwalifikowania pacjentów.

Czy dostępność świadczeń z zakresu leczenia chorób zakaźnych w Warszawie i na Mazowszu jest wystarczająca w stosunku do potrzeb?

Na Mazowszu jest sześć ośrodków leczenia chorób zakaźnych: Warszawa, Radom, Ciechanów, Ostrołęka, Siedlce i Płock. W szpitalach wojewódzkich działają oddziały zakaźne dla dorosłych, w nich wydzielona jest od dwóch do czterech sekcji dla dzieci. Dysponujemy niewiele ponad 400 łóżkami. To liczba wystarczająca, gdy nie ma epidemii. Przed laty wspomagały bazę łóżek oddziały zakaźne w szpitalach powiatowych, ale ulegały stopniowej likwidacji. Przykładem jest 28-łóżkowy oddział w Kozienicach zlikwidowany w ramach restrukturyzacji. Choroby zakaźne charakteryzują się

tym, że są nieprzewidywalne. W 2014 r. w Afryce wybuchła epidemia Eboli. W Polsce diagnozowaliśmy osoby, które przebywały w rejonie zagrożenia i zgłaszały niepokojące objawy. Na szczęście, mimo obaw społeczności międzynarodowej, wirus się nie rozprzestrzenił, ale sytuacja pokazała, że nie jesteśmy przygotowani na takie zdarzenia. Z prognoz opublikowanych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia wynika wyraźnie konieczność zwiększenia liczby łóżek na oddziałach zakaźnych.

Jakie są możliwości izolacji chorych w praktyce? Czy oddziały dysponują pomieszczeniami?

W Polsce jednoosobowych sal w szpitalach jest mniej niż 10 proc., w Europie to 60 proc. Zarzuca się nam, że nie wykorzystujemy łóżek w pełni. Optymalnie tylko w 80 proc. Ale nie można w sali dwuosobowej położyć pacjenta z ospą wietrzną czy z półpaścem razem z chorym na zapalenie wątroby. Moją największą troskę budzą obecnie zakażenia szpitalne. Ich zwalczanie, podkreślam z całą stanowczością, powinno być jednym ze współczesnych priorytetów w ochronie zdrowia. Nieracjonalne stosowanie antybiotyków doprowadziło do wygenerowania patogenów opornych na dostępną antybiotykoterapię. Dlatego tak ważne jest zapobieganie zakażeniom, na które narażone są szczególnie osoby często hospitalizowane, ludzie starsi z wielochorobowością, pacjenci przemieszczani z oddziału na oddział. Nierzadko brakuje też nawyków właściwego postępowania u personelu. Po wykonaniu czynności przy chorym ręce nie tylko trzeba umyć, trzeba je zdezynfekować. Nieustannie musimy o tym przypominać. Zużycie środków do dezynfekcji jest w Polsce najniższe w Europie. Zdarzają się też zakłucia. Przypominam, że nasz szpital jest ośrodkiem profilaktyki poekspozycyjnej dla osób, które miały kontakt z materiałem biologicznie zakaźnym. Takich świadczeń, nie tylko na rzecz pracowników służby zdrowia, wykonujemy ponad 500 rocznie. Wciąż cierpimy z powodu kilkudziesięcioletnich zaniedbań w infrastrukturze. Na oddziałach szpitalnych potrzebne są separatyki ze śluzą, z indywidualnym węzłem sanitarnym, zamkniętym systemem wentylacji, lampą antybakteryjną i systemem utylizacji śmieci zawierających materiał zakaźny. Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie wyposażony jest w takie urządzenia.

Czy młodzi lekarze chcą specjalizować się w chorobach zakaźnych?

W sześciu ośrodkach na Mazowszu pracuje 182 specjalistów chorób zakaźnych. To nie jest duża liczba, gdy trzeba zapewnić opiekę 24 godziny na dobę siedem dni w tygodniu. Największą grupę lekarzy stanowią osoby w wieku 55–65 lat. Młodych jest bardzo mało. Mamy zawsze więcej miejsc rezydenckich niż kandydatów. Nasza specjalizacja nie jest dla ministra zdrowia priorytetowa. A choroby zakaźne to dziedzina bardzo ciekawa i szerokospektralna, bo dotyczy wszystkich narządów i układów. To specjalizacja, która nie ogranicza, gdyż obejmuje nie tylko klinikę zakażeń, ale m.in. wakcynologię, medycynę podróży, immunologię. Pozwala na pracę także w zespołach transplantacyjnych wątroby i zwalczających zakażenia w szpitalach. Warto studentom medycyny i młodym lekarzom mówić o tym i zachęcać do wyboru specjalizacji z chorób zakaźnych. ■

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych na Mazowszu

e-mail: cholegra@zakazny.pl

tel.: 22-33-55-268, 22-33-55-204

135-lecie Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie



Jest najstarszą tego typu placówką w Polsce, jego początki sięgają lat 80. XIX w., kiedy obowiązki prezydenta Warszawy pełnił rosyjski generał Sokrates Starynkiewicz, zasłużony dla rozwoju miasta. W 1881 r. Rada Miejska, aby chronić ludność przed epidemiami chorób zakaźnych, podjęła uchwałę o budowie odrębnego szpitala w celu izolowania chorych. Przygotowania, w tym remont baraków, w których placówka rozpoczęła działalność, trwały ponad rok.

Prace ukończono 31 grudnia 1882 r. Pierwszy szpital został wyposażony w 50 łóżek, pracowało w nim dwóch lekarzy, pięciu felczerów i kilka osób do obsługi – mówiła podczas uroczystości jubileuszu Agnieszka Kujawska-Misiąg, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie. – A 135 lat później, 31 grudnia 2017 r., zakończyliśmy dostosowywanie szpitala do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia.

Dyrektor przypomniała historię placówki, m.in. tragiczne losy personelu i pacjentów podczas II wojny światowej, gdy w obiektach szpitalnych działał ruch oporu. Podkreśliła znaczenie inwestycji przeprowadzonych w ostatnich latach, a także rolę zespołu w pracy szpitala. – *Pragniemy być najlepszym ośrodkiem terapii chorób zakaźnych w kraju, chcemy, aby wynikało to z najlepszej jakości leczenia* – zapewniała.

Dzisiaj Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie liczy 246 łóżek i zatrudnia 444 pracowników, jedna czwarta zespołu to lekarze. Personel uczestniczy w spotkaniach naukowych w Polsce i zagranicą, bierze udział w szkoleniach. Placówka jest waż-

nym ośrodkiem diagnozowania i leczenia chorób zakaźnych nie tylko w Polsce, ale i w Europie. Prowadzone są w niej badania kliniczne nad nowymi cząsteczkami leków i opracowywane standardy diagnostyczno-lecznicze wielu chorób infekcyjnych. Szpital składa się z ośmiu oddziałów zakaźnych, wśród których są trzy kliniki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a także Poradni Profilaktyczno-Leczniczej dla pacjentów z infekcją HIV, Poradni Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych oraz Certyfikowanego Centrum Medycyny Podróży. Centralne Laboratorium Analityczne i Pracownia Diagnostyki Molekularnej należą do najnowocześniejszych w kraju.

Z okazji 135-lecia Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie został wyróżniony honorową odznaką „Zasłużony dla Mazowsza” przyznaną jednogłośnie – co podkreślił obecny na uroczystości marszałek Adam Struzik – przez Sejmik Województwa Mazowieckiego.

Medale pamiątkowe „Pro Masovia” otrzymały: Agnieszka Kujawska-Misiąg, Hanna Czeszko-Paprocka i dr n. med. Grażyna Cholewińska-Szymańska.

Liczną grupę pracowników szpitala uhonorowano dyplomami. ■

ach



Recepta 01234567890123456789

JUST DRIVE

**RECEPTA
na
PRZYJEMNĄ STRONĘ
POSIADANIA SAMOCHODU**

- Finansowanie
- Ubezpieczenie
- Likwidacja szkód
- Assistance 24h
- Samochód zastępczy
- Przeglądy
- Naprawy
- Opony (letnie i zimowe)
- Aplikacja mobilna
- Pomoc przy sprzedaży Twojego samochodu



01234567890123456789

Data wystawienia

01/09/2018



JUST DRIVE



www.just4drive.pl



22 123 04 80



info@just4drive.pl

Dostarczymy Ci samochód. Ale nie tylko. Zapewnimy również jego pełną obsługę, przeglądy, ubezpieczenie oraz zakup i wymianę opon.

W razie problemów możesz liczyć na całodobowe wsparcie przez 7 dni/24h.

Do Twojej dyspozycji pozostawiamy zarówno kontakt telefoniczny jak również mobilną aplikację.

Od teraz, posiadając samochód, musisz się zatroszczyć jedynie o zakup paliwa.

Życie może być proste. Sprawdź.



Fot. archiwum

Skandal na peryferiach

Hanna Odziemska

lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

Dawno temu w odległej galaktyce emitowano czechosłowacki serial pt. „Szpital na peryferiach”. Jak na produkt propagandy czasów przed transformacją, było to nie najgorsze studium naszego środowiska. W sposób możliwy do tolerowania przez ówczesną cenzurę twórcy obnażyli nasze odwieczne (i wciąż aktualne) problemy: trudną ścieżkę zawodową lekarza, konflikty ambicjonalne między kolegami po fachu, sztywność hierarchii, pułapki zarządzania szpitalem, wreszcie koszt emocjonalny bycia lekarzem i jego konsekwencje dla naszego życia prywatnego. Jeśli dobrze rozejrzeć się wokół, serial można oglądać dalej. I to w wersji „na żywo”, z dużo lepszym tempem akcji i barwniejszymi postaciami.

W wersji *live* szpital na peryferiach jest dużym, specjalistycznym szpitalem w sieci, wyremontowanym i wyposażonym w nowoczesny sprzęt. Od pierwszego rzutu oka robi wrażenie inwestycji z rozmachem. Wchodzimy do środka. Zaczynamy zwiedzanie od pomieszczeń dla dyrekcji i administracji. I tu niespodzianka: do kontuaru, przy którym urzędują sekretarki, nie można tak po prostu podejść. Szklane drzwi oddzielające korytarz dostępny dla wszystkich od sekretariatu są zamknięte. Można popatrzeć przez szybę na sekretariat i drzwi dyrektorskich gabinetów. Wejścia za szklane drzwi są limitowane, trzeba się umówić albo zostać wezwanym. Rozmiar części administracyjnej budzi większy respekt niż zestaw z powiększoną colą i popcornem w kinie. Cóż, to w końcu duży szpital, w mieście, które kiedyś było miastem wojewódzkim.

Zwiedzamy oddziały. Zabiegowe są naprawdę na najwyższym poziomie, zachowawcze też mają wszystko, co trzeba, oprócz dostatecznej obsady lekarskiej i pielęgniarskiej, ale to bolesny problem większości naszych szpitali. Rozmawiamy z lekarzami, pielęgniarkami, a nawet kapelanem szpitalnym. Mówimy, że jesteśmy lekarzami i chcielibyśmy tu pracować. Reakcja naszych rozmówców wygląda na odruch bezwarunkowy – maksymalne poszerzenie źrenic i automatyczne pytanie: „A po co?”. Jedyne ksiądz okazuje nam odrobinę zycziwego zainteresowania, ale niezbyt długo, bo przygotowuje się do mszy.

Próbujemy ustalić, co właściwe jest nie tak w tym pięknym szpitalu na peryferiach naszego województwa, wyglądającym z pozoru jak hybryda czechosłowackiej produkcji z popularnym serialem „Dynastia”. Wiele mówi polityka zamkniętych drzwi dyrekcji.

– *Nie chodzi tylko o wynagrodzenia. Pomimo zaniżonych stawek, dałoby się tu pracować, gdyby nie atmosfera w zespole i relacje międzyludzkie – słyszymy. – Kierownictwu jakby nie zależy, żeby nam się tu dobrze pracowało. Organizacja pracy fatalna, dyżury 12-godzinne są dobre dla dyrekcji, ale nie dla lekarzy, zwłaszcza zabiegowych. Jeden chirurg jest na dyżurze w szpitalu, a drugi w domu pod telefonem i dojeżdża na wezwanie. To już nie tylko dyskomfort, to stres. Szefowie oddziałów prowadzą karty oceny pracownika, które musimy podpisywać po zapoznaniu się z treścią. Odwołanie nam rzekomo nie przysługuje. O biurokracji szkoda nawet gadać. Z niej w pierwszej kolejności jesteśmy rozliczani, pacjent znajduje się na samym dole piramidy, choć odpowiadamy za jego życie.*

Chwilę później okazuje się, że pierwsze wrażenie nowoczesności po dokładniejszym przyjrzeniu się zdecydowanie błędnie.

– *Jest problem ze sprzętem do podtrzymywania czynności życiowych i transportu najmłodszych pacjentów w stanach zagrożenia życia, a i nowy laparoskop też by się przydał.*

– *A tam co się znajduje?* – pytamy, wskazując spory segment z przestronnym korytarzem i szeregiem jednakowych drzwi.

– *Nic – słyszymy. – Tam jest martwa przestrzeń.*

Zaglądamy z ciekawości: martwa przestrzeń jest wyposażona w nowoczesną aparaturę medyczną, która kurzy się pod pierzynką z flizeliny. Na pytanie dlaczego, nikt nie potrafi nam udzielić odpowiedzi.

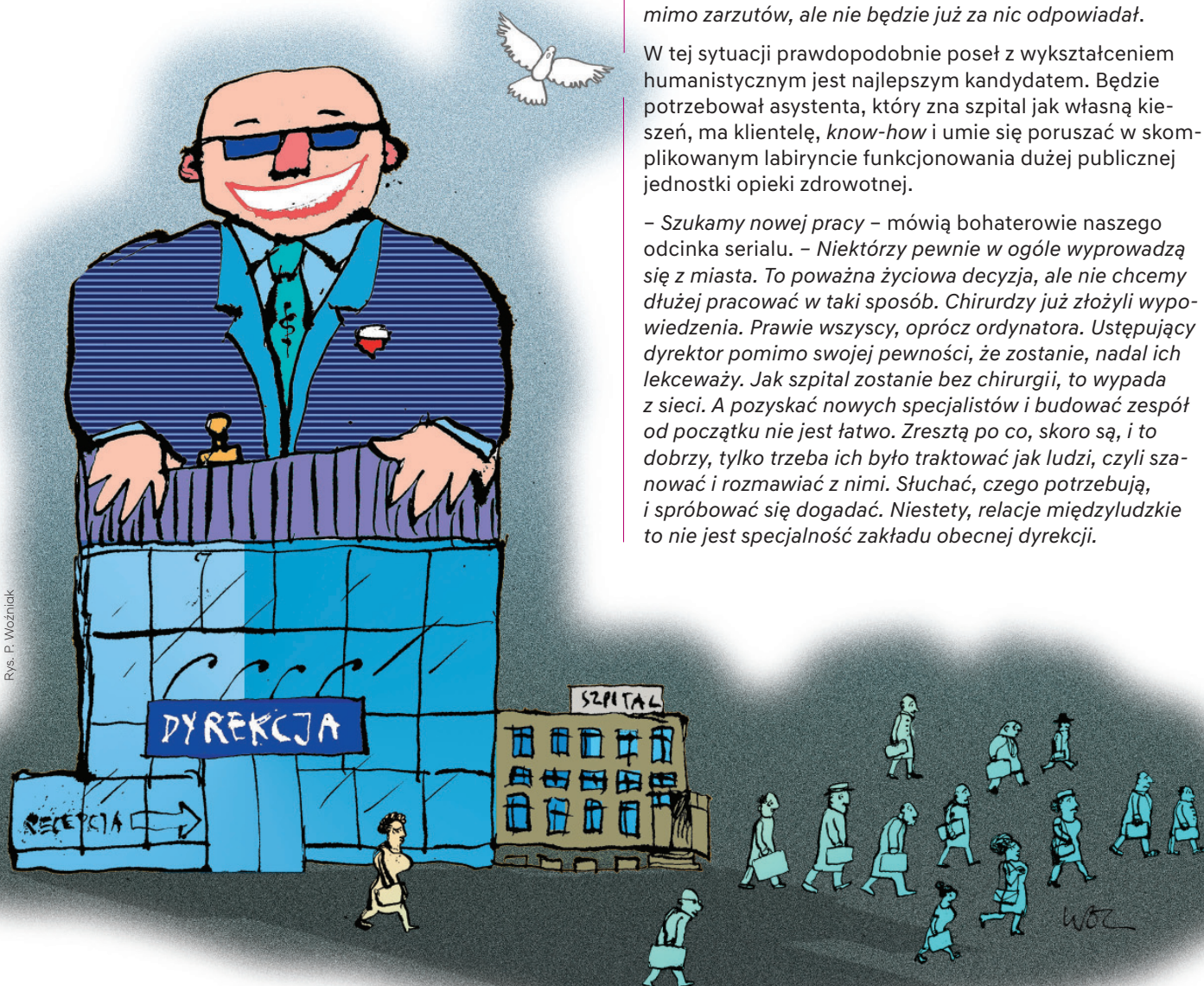
Akcja nabiera tempa, kiedy zagłębiamy się w obecną sytuację szpitala. Okazuje się, że aktualny odcinek serialu to „Szpital na wirażu”. Wiemy z ogólnie dostępnych sprawozdań finansowych placówki, że miesięcznie generuje około 2 mln zł długu. Za kilka tygodni odchodzi dyrektor szpitala, skazany za działania korupcyjne.

– *Czyli będzie konkurs na nowego dyrektora?* – pytamy.

– *Konkurs już jest. Ogłoszony dyskretnie, oferty można było składać tuż przed długim weekendem. To dobry moment, żeby nie robić tłoku – uśmiechają się nasi rozmówcy.*

– *Ale ktoś chyba złożył ofertę?* – drążymy.

Udało nam się ustalić, że do konkursu stanęli: pielęgniarka pani Lucynka, lekarz z Warszawy, jakiś pan niebędący lekarzem oraz poseł o regionalnych korzeniach i wykształceniu



kierownicza. To niezła fucha – nadal będzie tu rządził, mimo zarzutów, ale nie będzie już za nic odpowiadał.

W tej sytuacji prawdopodobnie poseł z wykształceniem humanistycznym jest najlepszym kandydatem. Będzie potrzebował asystenta, który zna szpital jak własną kieszeń, ma klientelę, know-how i umie się poruszać w skomplikowanym labiryncie funkcjonowania dużej publicznej jednostki opieki zdrowotnej.

– Szukamy nowej pracy – mówią bohaterowie naszego odcinka serialu. – Niektórzy pewnie w ogóle wyprowadzą się z miasta. To poważna życiowa decyzja, ale nie chcemy dłużej pracować w taki sposób. Chirurdzy już złożyli wypowiedzenia. Prawie wszyscy, oprócz ordynatora. Ustępujący dyrektor pomimo swojej pewności, że zostanie, nadal ich lekceważy. Jak szpital zostanie bez chirurgii, to wypada z sieci. A pozyskać nowych specjalistów i budować zespół od początku nie jest łatwo. Zresztą po co, skoro są, i to dobrzy, tylko trzeba ich było traktować jak ludzi, czyli szanować i rozmawiać z nimi. Słuchać, czego potrzebują, i spróbować się dogadać. Niestety, relacje międzyludzkie to nie jest specjalność zakładu obecnej dyrekcji.

humanistycznym. Lekarza z Warszawy wyeliminowano z przyczyn formalnych. Pierwszy pasażer za burtę, jak mawiają starzy żeglarze, i płyniemy dalej.

W naszych rozmówcach coś nagle pęka i zaczynają wylewać gorycz, która ich zatrzuwa:

– A ustępujący pan dyrektor ma się dobrze, chodzi po szpitalu i rozpowiada, że wcale nie odchodzi i nawet gabinetu nie będzie zmieniał, bo zostanie asystentem nowego dyrektora. Ma zakaz pełnienia funkcji kierowniczych przez pięć lat, ale przecież asystent dyrektora to nie jest funkcja

To już koniec naszego odcinka serialu. Ostatni, zatrzymany kadr pozostawia w pamięci zmęczone i pozbawione nadziei twarze lekarzy ze szpitala na peryferiach. Napisy końcowe pominiemy, ponieważ bojąc się odwetu, prosili o anonimowość (jednak chcieliby tu pracować nadal). Wypada jeszcze przywołać formułę: „Wszystkie osoby i wydarzenia przedstawione w filmie są fikcyjne, a ich ewentualne podobieństwo do osób i wydarzeń prawdziwych jest przypadkowe”.

No i sakramentalne: *To be continued.* ■

JĘZYK NIEMIECKI DLA LEKARZY
504 246 206





Nasi mistrzowie w anegdocie

CZ. 6

Jarosław Kosiaty

Czy język angielski zdominuje w przyszłości publikacje naukowe w medycynie i przejmie całą komunikację międzyludzką? Już teraz w pracy słyszę często od „dżunior ekanta”, że „trzeba asap przygotować kejsy z fokusem na target, zrobić wewnętrzny miting i pomyśleć o najbliższym iwencie z tego prodżektu, ponieważ zbliża się dedlajn”.

W poprzednim odcinku poruszyłem temat łaciny, jej wpływu na nasz język codzienny, a także kształtowanie się terminologii medycznej w wielu językach zachodnioeuropejskich. Artykuł był wyrazem uznania i podziękowaniem dla lektora łaciny, wspaniałego humanisty ze Studium Języków Obcych Akademii Medycznej w Warszawie przy ul. Złotej 7 (którego zaangażowanie pamiętam nadal mimo upływu blisko 30 lat).

Dziś moje wspomnienia biegną do wykładowcy innego języka. Zygmunt Gajewski był moim nauczycielem rosyjskiego, języka trochę dziś zapomnianego, choć posługuje się nim blisko 300 mln ludzi na świecie (jest podstawowym językiem dla 145 mln osób). W czasach Związku Radzieckiego rosyjski był nauczany obowiązkowo we wszystkich krajach Układu Warszawskiego. Obecnie język Achmatowej, Dostojewskiego, Pasternaka, Puszkina, Sołżenicyna i Szołochowa w naszych szkołach wyparty został przez języki Europy Zachodniej (angielski, niemiecki, francuski i hiszpański).

Pan Gajewski był niezwykle wymagającym i surowym nauczycielem, za co skutecznie znienawidziła go prawie cała moja klasa w VI Liceum Ogólnokształcącym im. Tadeusza Reytana w Warszawie. Nazywaliśmy go „Gorbaczowem” (gdy się o tym dowiedział, stwierdził, że nie ma nic przeciwko niemu, ale polityką się nie interesuje). Zadawał duże ilości materiału do nauki na pamięć. Mojemu koledze jeszcze długo po szkole śniło się 15 zdań na klasówkach, w stylu „*Kiedy wspieiliśmy się już wysoko, pod dużym drzewem zobaczyliśmy maleńkie niedźwiadki*”.

Codziennie dojeżdżał do pracy w stolicy pociągiem z Grodziska Mazowieckiego. Dla klasy, której był wychowawcą, przywiózł tort na ostatni Dzień Dziecka. W czasie wycieczki w góry, aby ukoić nerwy, jadł łyżką miód ze słoika. Rodzicom na wywiadówce cierpliwie tłumaczył, że fakt, iż uczniowie rozpalili ognisko w koszu na śmieci w szatni, a także zostawili panią od plastyki na przystanku w czasie wycieczki to nic takiego, to tylko prawa wieku. Jego wychowankowie zapamiętali jednak, że na lekcjach mocno piłował, nie miał litości dla nieuctwa, ale był sprawiedliwym wykładowcą. „*Żaden nauczyciel nie miał tyle pasji i zaangażowania, a zatem szuby z głów dla Profesora!*” – napisał po latach we wspomnieniach jeden z uczniów. Co ciekawe, większość z naszej klasy na maturze zdawała rosyjski, a nie angielski (z bardzo dobrym skutkiem). Podobnie było z egzaminem na studia medyczne.

Język rosyjski zapisywany jest grażdanką, czyli wprowadzoną przez Piotra Wielkiego (1672–1725) uproszczoną wersją cyrylicy (oficjalny kształt liter został zatwierdzony w 1708 r., ale ostatnie modyfikacje miały miejsce jeszcze w 1918).

Niektóre wyrazy we współczesnym rosyjskim zostały zaczerpnięte z języka angielskiego, np. określenia dyscyplin sportowych: *баскетбол* (wym. baskietboł) – koszykówka. Nazwy miesięcy pochodzą natomiast wprost z łaciny, np. *январь* (wym. janwar) – styczeń. Od XV do XVII w. wpływ na rozwój rosyjskiego miał język polski, który w tym czasie był popularny wśród inteligencji rosyjskiej. Przykładem nazwa państwa węgierskiego: wyraz *Венгрия* (wym. Wiengria) pochodzi od polskich Węgier. Oddziaływanie było widoczne także i w drugą stronę, np. w czasach PRL z języka rosyjskiego została zaczerpnięta terminologia z zakresu kosmonautyki.

Przykłady ciekawych tłumaczeń z języka rosyjskiego:

глаз (wym. glaz) – oko,
живот (wym. ziwot) – brzuch,
очки (wym. oczki) – okulary,
печень (wym. pieczen) – wątroba,
чашка (wym. czaszka) – filizanka.

Zatem jeśli usłyszymy w czasie opisu przypadku klinicznego słowa *печеночная вена* (wym. pieczenocznaia wiena), to znaczy, że chodziło o... żyłę wątrobową, a *повреждение глаз* (wym. pawrieżdzenie glaz) oznacza uraz oka.

Warto wspomnieć, że wielu znanych rosyjskich pisarzy było z wykształcenia lekarzami. Antoni Czechow (1860–1904) jeszcze podczas studiów medycznych w Moskwie publikował utwory humorystyczne i satyryczne: „Śmierć urzędnika” (1883) i „Kameleon” (1884), łączące liryzm z ironią. Pisał na ogół krótkie dzieła, gdyż twierdził, że „*sztuka pisania jest sztuką skrącania, a zwięzłość jest siostrą talentu*”. A *propos*, jeden z profesorów medycyny powiedział kiedyś, że prezentacja przypadku klinicznego nie powinna trwać dłużej niż 5 minut: „*Jeśli ktoś mówi dłużej, to znaczy, że nie wie, o czym mówi*”.

Fot. licencja Artmedia Partners



Wracając do mistrza małych form literackich. W utworach Czechowa przeżyły obrazy obyczajowe, miniatury z życia urzędników, kupców, ziemian i chłopów. Autor często wystawianych w teatrach dramatów („Wujaszek Wania”, „Trzy siostry”, „Wiśniowy sad”) cierpiął na gruźlicę. Mimo to w lipcu 1890 r. udał się w morderczą podróż na wyspę kryminalnych zesańców, by zebrać materiały do książki o katorżnikach („Wyspa Sachalin”).

Innym rosyjskim lekarzem, którego utwory na stałe weszły do podstawowego kanonu literatury światowej, był autor „Mistrza i Małgorzaty” – Michaił Bułhakow (1891–1940). W 1916 r. ukończył studia medyczne na Imperatorskim Kijowskim Uniwersytecie św. Włodzimierza i został zmobilizowany do wojska. Skierowany do miejscowości Nikolskoje w guberni smoleńskiej, prowadził tam z małżonką szpital, w którym przez rok przyjął ponad 15 tys. pacjentów. Po demobilizacji wrócił do Kijowa i otworzył prywatną praktykę jako wenerolog. Z czasem porzucił jednak zawód lekarza na rzecz pisarstwa. Pracował jednocześnie m.in. jako reporter, kronikarz, urzędnik oświatowy. Pisywał korespondencje i felietony do różnych gazet. W latach 1922–1924 opublikował m.in. fragmenty „Zapisków młodego lekarza”. Zmarł w 1940 r. z powodu zespołu nerczycowego (podobnie jak jego ojciec). Prawie do końca swoich dni dyktował jeszcze poprawki do „Mistrza i Małgorzaty”. To wówczas powstał początek rozdziału 32. „Przebaczenie i wieki przystań”. Do dzisiaj pamiętam wystawione przed wielu laty na deskach jednego ze stołecznych teatrów opowiadanie Bułhakowa „Psie serce”.

Na koniec ciekawostka. Według informacji na stronie internetowej „Językowa mozaika ziem polskich” obecnie w naszym kraju 98,06 proc. osób rozmawia w domu wyłącznie po polsku. Czy potrafimy odpowiedzieć na pytanie, iloma językami mówili mieszkańcy Rzeczypospolitej Obojga (a właściwie wielu) Narodów przed II wojną światową?

Polskojęzyczne (według deklaracji języka ojczystego) były wtedy dwie trzecie (68,9 proc.) ludności Polski (liczącej w 1931 r. 31,9 mln mieszkańców). W domach można było także usłyszeć:

- ukraiński – 3 221 975 (10,1 proc.)
- ruski – 1 219 647 (3,80 proc.)
- żydowski – 2 489 034 (7,8 proc.)
- hebrajski – 243 539 (0,08 proc.)
- białoruski – 989 850 (3,1 proc.)
- „tutejszy” – 707 088 (2,2 proc.)
- niemiecki – 740 992 (2,3 proc.)
- rosyjski – 138 713 (0,04 proc.)
- litewski – 83 116 (0,03 proc.)
- czeski – 38 097 (0,01 proc.)
- inny – 11 119 (0,003 proc.)
- niepodany – 39 163 (0,01 proc.).

Uwagę zwraca ponad 1,2 mln osób mówiących po „rusku”, jak określano dawniej język ukraiński – w sumie zatem ukraińskojęzyczni obywatele II RP stanowili blisko 14 proc. (4,4 mln) jej mieszkańców. Język „tutejszy” deklarowali w większości mieszkańcy Polesia, na pograniczu białorusko-ukraińskim.

Odwiedzając obecnie wsie i miasta w różnych krajach na kontynencie europejskim, słyszymy kilkadziesiąt języków, jednak 120 jest na granicy wymarcia. „Raz na kilka tygodni ginie jeden z języków/dialektów naszego świata” – podkreśla ekspert UNESCO Christopher Moseley i tłumaczy, że „dany dialekt staje się zagrożony, gdy dzieci przestają się go uczyć, a osoby dobrze go znające – używać na co dzień”. Ilu ludzi wciąż potrafi powiedzieć coś po kaszubsku, lombardzku, polesku, pontyjsku, pikardyjsku czy saterlandzku?

Dlatego, emigrując do innych państw i ucząc się angielskiego, rosyjskiego, niemieckiego czy hiszpańskiego, nie zapominajmy o naszym rodzimym języku, języku Asnyka, Brzechwy, Tuwima, Herberta, Leśmiana, Mickiewicza, Szymborskiej i Twardowskiego. Śpiewajmy razem z bliskimi piosenki Bajora, Grechuty, Kofty, Osieckiej, Młynarskiego i uczmy ich nasze dzieci.

A niezyczącemu panu Zygmuntowi Gajewskiemu kłaniam się nisko i jeszcze raz dziękuję za to, że dzisiaj mogę wyrecytować w oryginale piękny „Wieczór zimowy” Aleksandra Puszkina i zaśpiewać modlitwę „Dopóki nam Ziemia kręci się” Bułata Okudżawy. ■

www.ultrasonografy.pl

REKLAMA



W ZASIĘGU...



od 1993

ECHOSON

☎ 81 886 36 13

✉ info@echoson.pl

👉 www.echoson.pl



Odnajdźmy zaginione miliony

Wciąż, według najbardziej ostrożnych szacunków, ponad 100 tys. osób w Polsce żyje z HCV. Ogromna większość nie ma o tym pojęcia – mówił prof. Piotr Małkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, na szkoleniowym spotkaniu lekarzy, zorganizowanym po raz pierwszy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie z okazji Światowego Dnia Walki z Wirusowym Zapaleniem Wątroby. – Nadal nie dysponujemy programem powszechnego skriningu z prawdziwego zdarzenia, bez którego walka z WZW C nie może być skuteczna. Co gorsza, mimo że nowoczesne terapie istnieją już we wszystkich genotypach HCV, nie wszyscy pacjenci w Polsce mogą im się poddać. Poszkodowane są na razie osoby z genotypem 3. Następną sprawą to kolejki, które jeszcze się trafiają w części ośrodków.

Nie tylko w Polsce istnieją problemy ze zdiagnozowaniem chorych. Według WHO zaledwie 20 proc. zakażonych na świecie wie o tym, a co za tym idzie – powinno się leczyć. Powinno, ale nie wszyscy mogą. W wielu krajach barierą są wysokie ceny leków przeciwwirusowych. Tegoroczne hasło „Odnajdźmy zaginione miliony” wzywa do intensywniejszych działań w zakresie rozpoznawania zakażeń.

U nas leki refunduje NFZ, lecz placówki leczące HCV są nierównomiernie rozmieszczone w poszczególnych województwach.

– Aby zwiększyć wykrywalność zakażeń WZW typu C, należy do koszyka badań diagnostycznych lekarzy pierwszego kontaktu wprowadzić badania anty-HCV – wyjaśnia dr n. med. Olga Tronina z Instytutu Transplantologii w Klinicznym Szpitalu Dzieciątka Jezus. – U większości osób zakażonych HCV ostra faza przebiega bezobjawowo, chory nie odczuwa żadnych dolegliwości. Mogą też występować objawy niecharakterystyczne, dlatego tak wiele osób nawet nie przypuszcza, że jest zakażonych.

Przewlekłe zapalenie wątroby często prowadzi do nowotworu tego organu. ■

mkr

Projekt kompleksowego leczenia raka pęcherza moczowego

PTU polskie
towarzystwo
urologiczne

**eksperti
dla zdrowia**

Wśród cierpiących na choroby układu moczowego największą grupę stanowią chorzy na raka, w tym na raka pęcherza moczowego. Zajmuje on piąte miejsce pod względem częstości występowania, w Polsce co roku rozpoznawany jest u 8,2 tys. osób (dane MZ z grudnia 2015 r.).

– Przewidywany wzrost liczby zachorowań na ten nowotwór w najbliższej dekadzie wynosi aż 25 proc. – mówi dr hab. n. med. Artur A. Antoniewicz, konsultant krajowy w dziedzinie urologii. – Przy obecnym systemie organizacji ochrony zdrowia nie podołamy skutecznej walce z tą plagą.

Zwłaszcza że wyniki terapii też nie są dobre. Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli nie udało się zrealizować żadnego z głównych celów Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Urologi proponują więc wprowadzenie modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi na raka pęcherza moczowego.

– Z analiz przeprowadzanych przez najpoważniejsze instytucje urologiczne na świecie wynika, że specjalista narządowy lub układowy, jakim jest urolog, uzyskuje najlepsze wyniki leczenia chorych dotkniętych rakiem układu moczowego – twierdzi prof. Piotr Chłosta, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego. – Dysponuje bowiem nie tylko pełnym spektrum metod diagnostycznych, ale także potencjałem chirurgicznym umożliwiającym pełne wyleczenie większości chorych, a u pozostałych wydłużenie czasu do progresji choroby w dobrej kondycji, czyli przedłużenie życia pacjenta.

Model kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorym na nowotwór pęcherza moczowego (KOS-NPM), przygotowany przez grupę urologów i specjalistów zdrowia publicznego, zakłada, że ośrodkiem koordynującym tę opiekę będzie szpital z oddziałem urologicznym i przyszpitalną poradnią urologiczną. Ośrodek ma organizować i nadzorować wszystkie działania związane z opieką nad pacjentem w ramach hospitalizacji i przez 12 miesięcy po rozpoczęciu terapii (są to: diagnostyka, zabieg operacyjny, zapewnienie dostępności radio- i chemioterapii, rehabilitacja lecznicza i opieka ambulatoryjna).

W raporcie przygotowanym przez ekspertów zaleca się także stworzenie krajowego rejestru raka pęcherza moczowego. Raport został przedstawiony na posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów. Obecny na spotkaniu Andrzej Jacyna, prezes NFZ, stwierdził, że pomysł jest znakomity, a realizacja pilotażu przedsięwzięcia może rozpocząć się jeszcze w tym roku. ■

mkr

Student WUM zwycięzcą międzynarodowego konkursu

Juliusz Kosewski – student V roku kierunku lekarsko-dentystycznego zwyciężył w konkursie „Anatomic and chromatic restoration of natural tooth following five dimensions of color. Jules Allemand Trophy 2017/2018”.

Finał turnieju odbył się w czerwcu 2018 r. na Uniwersytecie w Chieti (Włochy). To piąta wygrana reprezentantów WUM w tym konkursie. Laureat odbędzie w nagrodę trzymiesięczny staż w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji Università degli studi G.D'Annunzio Chieti Pescara pod opieką prof. Camilla D'Arcangelo. Konkurs został zorganizowany przez włoską firmę Micerium we współpracy z kilkudziesięcioma uniwersytetami medycznymi z 20 państw europejskich.

Pruszkowski szpital zmodernizowany

W lipcu oficjalnie otwarto zmodernizowaną i rozbudowaną część Szpitala Powiatowego w Pruszkowie.

Na zmodernizowanie oddziału chirurgii, dobudowanie nowej części szpitala z nowoczesną izbą przyjęć i zakup nowego sprzętu przeznaczono kwotę ponad 9 mln zł – podaje Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie. Zmodernizo-

wany oddział chirurgiczny ma obecnie 20 łóżek szpitalnych. Wszystkie sale zostały w pełni wyposażone. Nową izbę przyjęć podzielono na gabinety przyjęć planowych i tak zwane gabinety przyjęć „ostrych” dla pacjentów, którzy przywożeni są karetkami pogotowia. Dzięki zakupionemu sprzętowi na miejscu będzie można od razu wykonać zdjęcia RTG. W ramach modernizacji wybudowano też przy szpitalu nowy podjazd dla karetek.

Rzeczywistość rozszerzona w Otwocku

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock Sp. z o.o. oraz MedApp S.A. rozpoczynają kolejny etap wspólnych prac nad rozwojem rzeczywistości rozszerzonej oraz wprowadzeniem metod sztucznej inteligencji w medycynie.

Przedmiotem podpisanej umowy jest współpraca w celu opracowania procedur w zakresie obrazowania medycznego metodą rzeczywistości rozszerzonej (ang. *augmented reality*), a tym samym pogłębiania wiedzy o możliwościach klinicznego zastosowania badań AR – w szczególności jako wsparcia specjalistycznych procedur medycznych realizowanych w otwockiej placówce. Do badań wykorzystane zostaną gogle holograficzne, a efektem prac ma być wykorzystanie techniki rzeczywistości rozszerzonej w procedurach z dziedziny kardiologii i onkologii. ■

pk

Lekarzu! Masz wybór






**PRACUJ MNIEJ
ZA WIĘCEJ
= BEZPIECZNIEJ
DLA CIEBIE I PACJENTA**



PRZECZYTAJ
informacje dotyczące
podwyżek na stronie
www.nil.org.pl



ZAPYTAJ
jeśli masz wątpliwości
przez fanpage OIL
w Warszawie



**PODPISZ
OŚWIADCZENIE**
do 7.09 (lub później
- tracąc wyrównanie)



ZANIEŚ DO KADR
Pamiętaj!
złóż pismo w dwóch
kopiach - jedą zostaw sobie
z pieczętką poświadczającą
złożenie dokumentu

Ustawa gwarantująca podwyżki (do 6750 zł brutto podstawy wynagrodzenia) dla lekarzy specjalistów oraz dodatek (do podstawy wynagrodzenia) w wysokości 600/700 zł brutto dla lekarzy rezydentów weszła w życie. Oznacza to, że możecie Państwo się o nie ubiegać. Aby je otrzymać, z wyrównaniem od 1 lipca, należy do 7 września włącznie złożyć w kadrach deklarację (formularze znajdują się na stronie: <https://www.nil.org.pl/aktualnosci/promobox/formularze-oswiadczen-do-uzyskania-podwyzszenia-wynagrodzenia>).

Jeśli złożycie Państwo deklarację po 7 września, wynagrodzenie zostanie zwiększone od pierwszego dnia kolejnego miesiąca. Wątpliwości prosimy przedstawiać na naszym fanpage'u lub e-mailowo: prawny@oilwaw.org.pl.

OPIEKA PRAWNA DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW Z OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE



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



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 dentystry 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).
- ❖ 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.
- ❖ Sumy gwarancyjne w obu powyższych wariantach są takie same: **75 tys. euro** – jedno zdarzenie, **350 tys. euro** – wszystkie zdarzenia.
- ❖ Miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę jest **terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**.
- ❖ 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).
- ❖ 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

doniesienia naukowe



Depresja w rodzinie

Po raz kolejny potwierdza się, że poważna choroba jednej osoby w rodzinie wpływa na stan zdrowia innych domowników. Tak jest w przypadku rodziców cierpiących na depresję. Z badań brytyjskich wynika, że dzieci tych osób częściej trafiają na pogotowie ratunkowe, do szpitala lub przychodni (odpowiednio o 41 proc., 47 proc. i 67 proc.).

Wskazują na to przeprowadzone na terenie Londynu obserwacje 25 tys. pacjentów, w tym 6,7 tys. dzieci, spośród których 16 proc. (1 tys.) miało rodzica cierpiącego na depresję.

Autorzy badania nie wyjaśniają, jaka jest przyczyna omawianego zjawiska. Dr Katherine A. Auger z University of Cincinnati College of Medicine w Ohio podejrzewa, że dzieci depresyjnych rodziców rzadziej są poddawane badaniom kontrolnym i szczepieniom, co wpływa negatywnie na stan ich zdrowia. Przypuszcza, że może też być odwrotnie: osoby z depresją bardziej martwią się o zdrowie swych dzieci i zbyt często przyprowadzają je do lekarza, a szczególnie na pogotowie ratunkowe.

Amerykańska specjalistka nie wyklucza i takiej możliwości, że większą skłonność do depresji wykazują rodzice dzieci, które częściej chorują. Ale jest i odwrotna zależność: dzieci, których rodzice trafili na pogotowie ratunkowe, o 27 proc. częściej korzystają z nagłej pomocy.

(bit.ly/2Kix0P8 BMJ Pediatrics Open, online, 30 lipca 2018)

Kobieta z zawałem

Z wielu badań wynika, że kobiety mają nieco mniejsze szanse przeżycia zawału niż mężczyźni. Niektórzy tłumaczyli, że u pań może być później wykryty z powodu mało specyficznych objawów, a wtedy rokowania są gorsze. Nie zgadza się z tym prof. Seth Carnahan z Washington University w St. Louis.

Powołuje się on na dane zebrane w szpitalach na Florydzie w latach 1991–2010. Większa liczba mężczyzn niż kobiet przeżywa ostry zawał serca, ujawniono jednak, że lekarzki skuteczniej ratują kobiety z zawałem niż lekarze. Panie mają większe szanse przeżycia nawet, kiedy zespoły lekarskie są mieszane pod względem płci.

– *Kobiety z zawałem powinny się modlić, żeby trafiły na żeński zespół lekarzy* – podkreśla prof. Carnahan. Ogółem różnica w przeżywalności zawału obu płci jest niewielka, sięga zaledwie 0,2 proc. (zmarło 11,8 proc. badanych mężczyzn oraz 12 proc. kobiet). W przypadku męskiego zespołu ratowniczego ta różnica jest większa i sięga 0,7 proc. (odpowiednio 12,6 proc. i 13,3 proc.).

(Proceedings of the National Academy of Science, 6 sierpnia 2018)

Skutki zanieczyszczonego leku

Wycofana z obrotu seria leku kardiologicznego z grupy sartanów nie jest bardzo szkodliwa. Niebezpieczne są jedynie te partie inhibitora konwertazy angiotensyny, w których wykorzystano substancję czynną *valsartanum* wytwarzaną przez chińską firmę Zheijang Huahai Pharmaceuticals Co.

Europejska Agencja Leków (EMA) pod koniec czerwca 2018 r. wydała ostrzeżenie, że wspomniana seria leku tego produ-

centa może być zanieczyszczona, co skutkuje większym ryzykiem zachorowania na nowotwory. Ujawniono to poprzez system Rapid Alert. Główny Inspektorat Sanitarny w Polsce na początku lipca wycofał 48 oferowanych na naszym rynku preparatów, w których wykorzystano substancję czynną chińskiej firmy.

EMA obliczyła, że do rozwoju nowotworu może dojść u jednej osoby spośród 5 tys. zażywających tego typu lek z zanieczyszczoną substancją czynną. Zagrożenie dotyczy jednak tylko tych pacjentów, którzy stosowali lek w najwyższych dawkach przez co najmniej 7 lat. Do zanieczyszczenia leku doszło na skutek przedostania się do niego substancji o nazwie NDMA (N-nitrosodimethylamina).

(Reuters, 1 sierpnia 2018)

Superbakterie odporne na alkohol

Australijscy specjaliści ostrzegają, że niektóre bakterie zwiększając oporność nie tylko na antybiotyki, ale również na zawierające alkohol środki higieny. Chodzi o *Vancomycin-Resistant Enterococcus* należące do enterokoków szczepy bakterii, które wykształciły oporność na wankomycynę lub teikoplaninę. Na razie nie stwierdzono, by podobnie zachowywały się bakterie MRSA.

Mikrobiolog z Doherty Institute Tim Stinear twierdzi, że przebadano 139 próbek bakterii, jakie zgromadzono w latach 1997–2015 w dwóch szpitalach w Melbourne. Okazało się, że pochodzące z 2009 r. były bardziej odporne na zawierające alkohol środki higieny niż drobnoustroje z 2004. W tym okresie znacznie zwiększyło się zużycie tego typu preparatów czystości – w całej Australii jest dziesięciokrotnie większe niż przed 20 laty.

Przeprowadzono eksperymenty potwierdzające tę hipotezę. Współautor badania, prof. Paul Johnson z Austin Health, twierdzi jednak, że nie ma powodów do paniki i nie należy rezygnować ze stosowania alkoholowych środków higieny. Jego zdaniem są bardzo skuteczne w zwalczaniu wielu innych bakterii, takich jak MRSA, wśród których nie stwierdzono oporności na wspomniane preparaty.

Tim Stinear uważa, że należy stosować środki higieny o większej zawartości alkoholu, a pacjentów z bakteriami VRE trzeba wykrywać i jak najszybciej izolować.

(Science Translational Medicine, 30 lipca 2018)

Zbawienny wpływ sauny

Nie tylko sprawia przyjemność i stanowi znakomity relaks, sauna przedłuża życie i chroni przed niektórymi schorzeniami. Ci, którzy często z niej korzystają, są bardziej odporni na grypę, choć przed tą chorobą i jej powikłaniami najbardziej chroni szczepionka sezonowa.

Wskazują na to badania przeprowadzone w Finlandii, gdzie wiele osób ma saunę w domu i niemal codziennie z niej korzysta. Najczęściej używa się takiej, które mają temperaturę powietrza od 80 do 100 st. C, a wilgotność nie przekracza 10–20 proc.

Dr Jari Laukkanen powołuje się na badania sugerujące, że sauna zmniejsza ryzyko nadciśnienia tętniczego krwi, choroby niedokrwiennej serca oraz udaru mózgu, a także chorób układu oddechowego, np. astmy i zapalenia płuc. Wystarczy z niej korzystać cztery razy w tygodniu, by o 50 proc. zmniejszyć ryzyko zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Wysoka temperatura poprawia krążenie krwi w całym organizmie, co jest korzystne również dla naczyń krwionośnych.

(bit.ly/2MbKoqe Mayo Clinic Proceedings, online, 31 lipca 2018) ■

Zbigniew Wojtasiński

Użytek z wiedzy, pamięć

Z dr n. med. Marią Ciesielską, przewodniczącą Sekcji Historycznej OIL w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

Jest pani tegoroczną laureatką Nagrody im. Marii i Łukasza Hiroszowiczów i pierwszą lekarką w gronie nią uhonorowanych. Książka „Lekarze getta warszawskiego” została doceniona przez jury. Jaki był odzew czytelników?

Wiadomość o nagrodzie przyjąłem z dużym zaskoczeniem, tym bardziej że książka nie jest łatwa w lekturze. Ciężar przedstawionych historii i faktów może przytłoczyć. Pisząc, staram się nie odsłaniać siebie, ale w tym przypadku musiałam powiedzieć, jak bardzo temat jest dla mnie bolesny. Przede wszystkim oddaję głos świadkom wydarzeń. Tylko czasami przywołuję kontekst historyczny, by pokazać, że historia nie jest czarno-biała, lecz pełna niuansów. Byłam przekonana, że książką zainteresują się rodziny, krewni osób opisanych na jej kartach. Odnajdą w niej swoich bliskich, ocalą pamięć. I tak się stało. Z wielkim zapałem sięgnęli też po „Lekarzy getta warszawskiego” przewodnicy turystyci. Nie spodziewałam się, że dla ludzi, którzy tak wiele wiedzą o Warszawie, moja książka będzie źródłem nowych informacji, które wykorzystają, oprowadzając turystów, i wskazówką prowadzącą do miejsc związanych z medycyną.

Powstała zatem medyczna mapa getta warszawskiego?

Dużo czasu poświęcałam na dokumentowanie miejsc, które są ściśle związane z naszym zawodem, także z samorządem lekarskim. Zamieściłam w książce archiwalne zdjęcia, po-

dałam adresy. Niektóre kamienice ocalały, choćby fragmentarycznie, większość nie. Popatrzmy przykładowo na fasadę budynku z kolumnami przy pl. Bankowym, na rogu z al. „Solidarności” (dawny adres to ul. Leszno 1). Gdy rejon wszedł w obręb getta, działał w nim szpital chirurgiczny. Tuż za nim, w kamienicy przy ul. Leszno 3 (nieistniejącej, na jej miejscu stoi powojenny budynek), mieściła się Żydowska Izba Lekarska powołana przez okupanta. Mało kto o tym wie, a przecież znane są jej adresy – ten wspomniany i przy ul. Tłomackie. Wiemy, kto z lekarzy został do izby zapisany, zachowały się dokumenty, ogłoszenia z prasy wydawanej w getcie. Dotąd nie ma książki o izbach lekarskich podczas okupacji niemieckiej. Wszystkie opracowania kończą historię samorządu lekarskiego na wybuchu II wojny światowej, podejmując jedynie wątek powojennej reaktywacji, aż do zamknięcia izb w 1950 r. Jestem wdzięczna Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie za dofinansowanie publikacji.

Nie po raz pierwszy opisuje pani losy lekarzy i personelu medycznego podczas II wojny światowej, często działających w skrajnie trudnych warunkach. Co panią pociąga w tym okresie naszej historii?

Jestem lekarzem, losy tej grupy zawodowej są mi bliskie, a dziejami II wojny światowej interesuję się od dawna. Jako historyk medycyny podaję fakty, ale piszę z potrzeby serca.

Ocalić człowieczeństwo



Maria Ciesielska dokumentuje losy żydowskich lekarzy za murami getta. Przypomina w jak trudnych warunkach nieśli pomoc medyczną. Przywołując adresy i miejsca, w których działały szpitale, przychodnie, apteki, pokazuje organizację służby zdrowia tworzoną nadludzkimi siłami w nieludzkim miejscu. Pisze o codziennej walce z chorobami, epidemiami i śmiercią, a także o tajnym nauczaniu medycyny za murami. O czasach mroku, poczuciu bezradności i, mimo wszelkich przeciwności, próbie ocalenia człowieczeństwa.

Na kartach „Lekarzy getta warszawskiego” nie brakuje nazwisk, zdjęć, fragmentów zachowanych wspomnień i dokumentów. Autorka przypomina również sytuację zawodową żydowskich lekarzy tuż przed wybuchem II wojny światowej i ich eliminację ze środowiska lekarskiego wraz z początkiem okupacji niemieckiej. Praca Marii Ciesielskiej to zarówno portret zbiorowy tytułowych bohaterów, jak i próba ocalenia pamięci o jednostkach. Z licznego grona lekarzy zamkniętych za murami getta zagładę przetrwało niewielu.

Maria Ciesielska w 2018 r. otrzymała za tę książkę Nagrodę im. Marii i Łukasza Hiroszowiczów, przyznawaną przez Żydowski Instytut Historyczny osobom i instytucjom za osiągnięcia naukowe, artystyczne, edukacyjne w dziedzinie badań lub popularyzacji dziejów żydowskiej obecności w Polsce.

Druk publikacji został sfinansowany przez OIL w Warszawie. ■

ach



Lekarzom z getta chciałam wystawić pomnik. Około 90 proc. z nich nie ma grobu. Zginęli zamordowani w komorach gazowych Treblinki, zostali rozstrzelani lub zmarli na tyfus w getcie. Przeżyła garstka, niewiele ponad 10 proc. Dzięki tematom, które podejmuję, mimo że nie są łatwe, bywam silniejsza. Nie zawsze pamiętamy o historii, to zrozumiałe. Żyjemy tu i teraz, mamy własne problemy i sprawy do rozwiązania, ale czasami, gdy narzekam na pracę, na warunki, stają mi przed oczami postacie i miejsca, o których pisałam. To zmienia spojrzenie na życie.

Uczy pani historii medycyny studentów. Czy młodzi ludzie chcą poznawać przeszłość?

Z tym bywa różnie. W ramach seminarium „Medycyna polska w okresie II wojny światowej” starałam się opowiedzieć o zdarzeniach, które są silnym czynnikiem kreującym dobre postawy. Chciałam na konkretnych przykładach pokazać, jak trudno było być bohaterem i że nie wszystkim się udawało, ale byli tacy, których powinniśmy mieć przed oczami jako wzór niedościgniony. Mówiłam o lekarzach – więźniach obozów koncentracyjnych, w getcie, osadzonych na Pawiaku. Na koniec poprosiłam słuchaczy, aby na zaliczenie przygotowali prezentację postaci, która wywarła na nich największe wrażenie. Nie musiała to być osoba, o której mówiłam,

zachęcałam do sięgnięcia do literatury, nawet do Internetu. Liczyłam, że dowiem się od młodzieży czegoś nowego. Ich wyborem byłam zdruzgotana. Na kilkanaście wystąpień, większość było o Josefie Mengele. To uświadamia, że fascynacja złem jest silniejsza niż dobrem. Tylko dwie studentki przedstawiły dr Dorotę Lorską, bohaterkę mojej książki poświęconej lekarkom więźniarkom z KL Auschwitz-Birkenau. Wybrały postać godną naśladowania. To daje nadzieję.

Jakie będą tematy następnych pani prac?

Kończę książkę o prof. Ludwiku Flecku, mikrobiologu i filozofie ze Lwowa. Jego życiorys był niezwykły i zasługuje na upamiętnienie. Współautorką pracy jest Anna Waćławik-Orpik. Przygotowuję również materiały do nauczania bioetyki na studiach medycznych. Chciałabym połączyć tę dyscyplinę z historią medycyny, wydaje mi się, że opierając się na konkretnych przykładach postaw, zachowań i zdarzeń z historii, łatwiej zainteresujemy słuchaczy. Ponieważ nie jestem bioetykiem, do współpracy zaproszę specjalistę, który sporządzi komentarze z punktu widzenia etyka. Być może w ten sam sposób moją pasję historyczną uda się połączyć z psychologią. Dla mnie historia jest początkiem wszystkiego, wiele dzięki niej możemy zrozumieć. Trzeba tylko zrobić użytek z wiedzy, pamięci i serca. ■

Pierwsza Polka lekarka

Tylko nieliczni lekarze podziwiali ją za odwagę i pracowitość, większość miała za złe, że osmiała się wykonywać zawód od wieków zarezerwowany dla mężczyzn. Dr Anna Tomaszewicz-Dobrska (1854–1918) zapisała się w historii medycyny jako pierwsza Polka, która ukończyła studia medyczne i leczyła na ziemiach polskich, głównie kobiety i dzieci.

Dzisiaj, gdy ponad 60 proc. lekarzy w Polsce to kobiety, a zawód farmaceuty jest prawie całkowicie sfeminizowany, trudno sobie wyobrazić, że zaledwie 150 lat temu kobiety miały zakaz wstępu na uniwersytecką medycynę i farmację, a nawet światli uczeni i literaci tak wyrażali swe przekonania: „*Precz z Polski z dzwolągiem kobiety lekarza!*” (prof. Ludwik Rydygier), „*Nie chcę kobiet lekarzy, prawników, weterynarzy! (...) Nie kraj trupów! Nie zatracaj swej godności niewieściej!*” (Gabriela Zapolska, skądinąd feministka).

Anna Tomaszewicz urodziła się w Mławie, w 1854 r. Po ukończeniu pensji dla dziewcząt postanowiła kształcić się dalej, zostać lekarzem. Wydział medyczny otwarty dla kobiet – i to zaledwie od kilku lat – był tylko w Zurichu. Rodzice nie akceptowali planów ambitnej córki nie tylko ze względów obyczajowych, także ekonomicznych. Musieli wychować sześcioro dzieci. Uparta Anna rozpoczęła protest głodowy! Rodzice ustąpili i w 1871 r., po zdaniu egzaminów wstępnych, rozpoczęła studia.

Była zdolna, już od trzeciego roku uczestniczyła w pracach badawczych, a na piątym została asystentką prof. Edwarda Hitzinga, neurologa i psychiatry. W 1877 r. z wyróżnieniem uzyskała stopień doktora za pracę „Przyczynek do fizjologii błędnika słuchowego”. Choć miała propozycję wyjazdu do Japonii jako asystentka jednego z profesorów, zdecydowała się wrócić do Warszawy.

Zapewne nie znała historii innej kobiety, Marie Elisabeth Zakrzewskiej (z pochodzenia Polki), która po ukończeniu szkoły położnych w Berlinie nie mogła praktykować w Klinice Uniwersyteckiej Charité z powodu protestów mężczyzn. Wyjechała do Ameryki, ukończyła studia medyczne w Cleveland (w USA kobiety już mogły studiować) i dopiero



Fotografie: Dział Starej Książki Medycznej GBL

tam podjęła pracę w wybranym zawodzie. Przez 40 lat leczyła w założonym przez siebie Szpitalu Nowoangielskim dla Kobiet i Dzieci w Bostonie. Doktor Zak (tak skrócono jej nazwisko) niestrudzenie leczyła, kształciła młode lekarki i dążyła do równouprawnienia kobiet.

Dr Tomaszewicz chciała pracować w kraju. W Warszawie spotkały ją tylko upokorzenia i odrzucenie. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie odmówiło przyjęcia jej do swojego grona (wyłącznie ze względu na płeć), zażądano nostryfikacji dyplomu.

Uznanie dyplomu mogła uzyskać w Sankt Petersburgu i tam się udała. Pech chciał, że akurat w tym czasie car zabronił swoim poddanym studiowania medycyny w Zurichu i uznawania dyplomów tej uczelni. Pomógł jej jednak pomyślny zbieg okoliczności. W stolicy Rosji bawił jeden ze wschodnich sułtanów ze swoim haremem. Potrzebował pomocy kobiety lekarza, w dodatku władającej zachodnimi językami. Zatrudniono dr Annę Tomaszewicz. Potem nie było już kłopotu z nostryfikacją dyplomu.

Mogła pracować na terenie całej Rosji, ale znów wróciła do Warszawy. I znów spotkała ją obojętność środowiska. Niewiele osób chciało leczyć się u niej. Ale nie była już sama. Wyszła za mąż za dr. Konrada Dobrskiego, laryngologa, który walczył o jej uznanie i pomagał znaleźć pracę. Mieli jednego syna Ignacego.

Na początku lat 80. w Warszawie wybuchła epidemia zakażeń połogowych. Znany bankier i filantrop Stanisław Kronenberg wyłożył środki na otwarcie pięciu przytułków po-

łożniczych. Kilkoro ówczesnych intelektualistów (Prus, Świętochowski, Orzeszkowa, Konopnicka) oraz mąż lekarki przekonali Kronenberga, aby kierowanie jednym z przytułków, przy ul. Prostej, powierzył Annie Tomaszewicz-Dobrskiej.

Początki wieloletniej pracy były dramatycznie trudne. Stara kamienica nie była podłączona do wodociągu, wodę trzymano w beczce, nie było ubikacji, popękane ze starości piece, opalane węglem kamiennym, dymiły, a okna – otwierane przez szefową, pracownice i położnice, przyzwyczajone do innych praktyk, zamykały za jej plecami. Dr Dobrska znała już zasady postępowania antyseptycznego, ogłoszone w 1867 r. przez Josepha Listera, i uparcie wcielała je w życie. Opracowała podstawowe zasady przestrzegania higieny, nazywając je żartobliwie „Ślubami czystości”, i wymagała stosowania przez cały personel ośrodka. Do dziś nie straciły na aktualności. Pomoc położniczo-lekarska świadczona była bezpłatnie, korzystały z niej biedne i bardzo biedne kobiety. W 1883 r. w placówce urodziło się 96 dzieci, później ich liczba wzrastała do 420 w 1910.

Umieralność rodzących spadła do 1 proc., co budziło podziw nie tylko warszawskich lekarzy. Dzięki zabiegom dr Dobrskiej w 1889 r. przytułek przeniesiono do nowego obiektu przy ul. Żelaznej, gdzie warunki były znacznie lepsze. Powstały nawet izolatki dla położnic gorączkujących. W 1896 r. dr Dobrska wykonała tam pierwsze cięcie cesarskie.



Śluby czystości:

1. Ślub czystości niech zawód twój uświęci.
2. Nie miej innych wierzeń prócz w bakterie, innych dążeń prócz odkażania, innego ideału prócz jałowości.
3. Przysięgnij duchowi czasu w żaden sposób przeciw niemu nie bluźnić, szczególnie zaś hardym a pustym bredzeniem o przeziębieniu, przejedzeniu, przestraszeniu, poruszeniu, uderzeniu pokarmu na mózg, bądź inną jaką herezją zaprzeczającą zakaźnej naturze gorączki.
4. Przeklitaj na wieczne czasy i wieczne potępienie oliwę, gąbkę, gumkę, smarowidło oraz wszelką rzecz, która ognia nie znosi, lub go nie zaznała, albowiem takowa bakterionośna jest.
5. W pobliżu ciężarnych, rodzących, położnic, oczów i pępków dziecięcych bądź zawsze przytomna i świadoma, że wróg niewidzialny czyha zewsząd, jest na nich, na tobie, dookoła was i w was samych.
6. Nie dotknij ich, choćby krzykiem i jękiem pomocy twej wzywały, póki od głów do stóp w biel się nie obleczesz, nóg rąk i ramion twoich, zarówno jak ciała ich, suto mydłem nie namaścisz, bodaj dwoma wodami gorącymi nie zlejesz i dwoma płynami o wielkiej mocy bakterioobójczej.
7. Pierwsze badanie wewnętrzne jest ci nakazane, drugie dopuszczalne, trzecie musi być usprawiedliwione, czwarte może być wybaczone, piąte bądźcie ci za przestępstwo poczytane.
8. Wolne tętna i niskie ciepłoty niech ci będą najwyższym tytułem chwały.

Szkoliła personel i położnice, wykształciła 340 położniczych i 23 lekarzy położników, opublikowała kilkadziesiąt artykułów dotyczących zagadnień medycznych, prezentujących metody stosowane w jej placówce, a także problemy znacznie szersze, np. „Poziom życia Europejczyków, uwzględniając społeczność polską”. Jej wypowiedzi, np. opisy przytułku, zawierają sformułowania dowcipne i ironiczne, np. ciasną i biedną kuchnię, która jest miejscem gotowania, prania, sypialnią służących i bawialnią dla odwiedzających, nazywa „Panteonem, obejmującym wszystkie kulty i wszystkie obrzędy”. Stopniowo zyskała sławę doskonałej lekarki, jej gabinet zapełnił się kobietami z różnych środowisk. Była jednym z najbardziej wziętych lekarzy warszawskich. Biedne pacjentki często leczyła bezpłatnie, a nawet wspomagała finansowo.

Przepracowała w zawodzie prawie 30 lat. W 1911 r., gdy w Warszawie utworzono dwa szpitale położnicze: św. Zofii (ul. Żelazna) i ks. Anny Mazowieckiej (ul. Karowa), przytułki zamknięto. Dr Dobrska odmówiła objęcia kierownictwa jednego z nich, ale zaproponowała na to stanowisko swego zastępcę.

Angażowała się również w prace społeczne w wielu organizacjach, m.in. w Warszawskim Towarzystwie Dobroczynności, w Towarzystwie Kolonii Letnich dla Dzieci. Z Marią Konopnicką i Elizą Orzeszkową doprowadziła do zorganizowania I Zjazdu Kobiet Polskich w 1907 r.

Praktykę lekarską prowadziła do końca życia. Gruźlica płuc, którą zaraziła się prawdopodobnie znacznie wcześniej, była przyczyną jej śmierci w 1918 r. Przyjaciele, znając jej poglądy, zamiast kupować kwiaty na pogrzeb, zrobili zbiórkę pieniężną na akcję „Kropla mleka”. W tym także wyprzedziła swój czas. ■

Małgorzata Skarbek

Pionier rynochirurgii endoskopowej w Polsce



Fot. archiwum

Prof. zw. dr hab. n. med. Antoni Krzeski, kierownik Kliniki Otorinolaryngologii Wydziału Lekarsko-Dentystycznego WUM, jako pierwszy w Polsce wdrożył techniki endoskopowe do leczenia chirurgicznego schorzeń rynologicznych.

W 1977 r., w wieku 22 lat, ukończył studia lekarsko-dentystyczne w Akademii Medycznej w Warszawie.

– Do połowy lat 80. ubiegłego wieku rynologia w Polsce prezentowała poziom z początku XX w. – mówi prof. Krzeski. – Laryngolodzy zajmowali się przede wszystkim onkologią i otologią. To były wtedy problemy społeczne, ponieważ schorzenia te stanowiły realne zagrożenie dla życia. Rozwijała się chirurgia nowotworów głowy i szyi, chirurgia ucha. A problemy schorzeń jam nosa i zatok przynosowych były na dalszym planie. Nie mieliśmy nawet opracowanej polskiej terminologii rynologicznej. Dlatego w pierwszym rozdziale podręcznika o chirurgii nosa, którego jestem redaktorem, zamieszczono opracowaną przez jego autorów polską terminologię rynologiczną, którą posługujemy się dzisiaj.

W połowie lat 80. Antoni Krzeski był już specjalistą z doktoratem. Poszukiwał źródeł najnowszej wiedzy. Znajdował się przede wszystkim na Zachodzie. W 1986 r. wyjechał na kongres Europejskiego Towarzystwa Rynologicznego w Atenach.

– Uczestnictwo w tym kongresie było dla mnie przełomem. Z przykrością zobaczyłem, gdzie jesteśmy. Zrozumiałem, w jakim kierunku trzeba się rozwijać. Któregoś dnia przypadkowo wszedłem do małej sali wykładowej, gdzie prof. Heinz Stammberger prowadził po raz pierwszy w Europie pokaz czynnościowej chirurgii endoskopowej zatok przynosowych – wspomina prof. Krzeski. – I wykład ten zmienił moje życie. Przecież zawsze myśleliśmy o tym, aby operacje w obrębie twarzoczaszki były wykonywane w jak najmniej destrukcyjny sposób, a techniki endoskopowe stwarzały takie możliwości.

Prof. Krzeski poznał nową techniką operacyjną, ale nie miał stosownego instrumentarium. Fundacja Nauki Polskiej przyznała mu grant w wysokości 80 tys. marek niemieckich na zakup narzędzi. Była to wówczas ogromna kwota. Prof. Janczewski, jego szef, kierownik Kliniki Otolaryngologii AM w Warszawie, udostępnił mu na wyłączny użytek salę operacyjną, w której dr Krzeski mógł codziennie wykonywać dwie, trzy operacje. I w ten sposób, dzień w dzień przez prawie półtora roku, doskonalił swoje umiejętności chirurgiczne w tym zakresie. Jednocześnie publikował i przygotowywał pracę habilitacyjną.

– Było mi bardzo ciężko, albowiem byłem sam – opowiada profesor. – Nie było nikogo, z kim mógłbym porozmawiać o tym, co robię. Nikt inny w Polsce nie wykonywał w owym czasie podobnych operacji. Brakowało partnerów do dyskusji i wymiany doświadczeń. Miałem pod ręką tylko dwa podręczniki z tego zakresu, dwa odbyte krótkoterminowe szkolenia zagraniczne i wielką determinację do nabycia biegłości w tej wcale niełatwej technice chirurgicznej. Dziś mogę powiedzieć, że wprowadziłem do Polski chirurgię endoskopową zatok przynosowych; to moje dziecko.

Po osiągnięciu biegłości prof. Krzeski zaczął propagować tę technikę chirurgiczną wśród laryngologów. Młodzi lekarze tłumnie uczestniczyli w licznych kursach organizowanych przez profesora, aby wdrażać metodę endoskopową w swoich macierzystych oddziałach. Nowa technika operacyjna przynosiła spektakularną korzyść pacjentom – była wysoce skuteczna i nie zostawiała na twarzy szpecących blizn. Co więcej, znacznie skraciała okres hospitalizacji, więc po operacji pacjent mógł wrócić do domu następnego dnia.

W dorobku prof. Krzeskiego znajduje się dziewięć podręczników z zakresu rynologii. Od 2002 r. redaguje kwartalnik „Magazyn Otorinolaryngologiczny”. Pismo dociera bezpłatnie do większości laryngologów w Polsce (www.magazynorl.pl). Profesor organizuje także coroczną, międzynarodową konferencję – RhinoForum (www.forumrynologiczne.pl), znaną z bardzo wysokiego poziomu merytorycznego, gdyż wykładowcami są najlepsi z najlepszych, z Polski i zagranicy.

Najbliższa konferencja odbędzie się w Warszawie w grudniu. Wisienką na tegorocznym torcie będzie seminarium poświęcone chrapaniu i bezdechom (www.osa.rhinoforum.pl).

We wrześniu, podczas XLVIII Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi w Katowicach, odbędzie się uroczysta sesja naukowa z okazji jubileuszu 40-lecia pracy prof. Antoniego Krzeskiego. ■

mkr

Czerwcowe spotkanie Polonii medycznej w Grodnie



Fot. K. Schreyer

Czerwcowe spotkania integracyjne Polonii medycznej na Białorusi mają już swoją historię. Całkiem niedawno znalazłem wśród starych papierów pismo z 1995 r. dr. Kazimierza Jodkowskiego, w którym powiadamia o powstaniu Polskiego Towarzystwa Lekarskiego na Grodzieńszczyźnie. Tak się złożyło, że w 2018 r. ten sam lekarz, pełniący przez ponad 20 lat funkcję prezesa wspomnianego towarzystwa, zaprasza na spotkanie lekarzy polskiego pochodzenia na Białorusi. Poprzednie zjazdy odbywały się corocznie, tradycyjnie w ośrodkach polonijnych: w Grodnie, Mińsku, Baranowiczach i Lidzie. W kilku ostatnich uczestniczyli lekarze z naszej izby, zawsze witani z nadzwyczajną serdecznością. Białoruś jest krajem szczególnym, mieszkający i pracujący tam Polacy są od wieków u siebie, w Grodnie chciał spocząć po śmierci król Stefan Batory. Tu też odbył się ostatni sejm pierwszej Rzeczypospolitej, potwierdzający niestety jej upadek.

Słuchając tego, co opowiadał o mieście oprowadzający nas historyk Jerzy Porzecki, nie można było myśleć bez wzruszenia o wielkiej i skomplikowanej historii Polski. Ubolewam, że byłem na spotkaniu jedynym Polakiem spoza Białorusi, jeśli nie liczyć kolegi z Chicago i rezydującej tu wicekonsul Moniki Hoffy. Tym razem zjazd licznej lekarskiej Polonii odbywał się nad Kanałem Augustowskim. Nie wszyscy mogli przyjechać, zorientowałem się, że w niektórych przypadkach wiązało się to z pewnym ryzykiem. Ci, którzy przyjechali, cieszyli się możliwością zobaczenia znajomych twarzy i śpiewania piosenek rozbrzmiewających także przy ogniskach w Polsce. Tutaj melodie te, szczególnie legionowe i patriotyczne, nabierały zupełnie innego wymiaru. Kto z nas zna pieśń ze słowami: „Polsko, ty jesteś najpiękniejszy w świecie kraj”? Wzruszająco, ale i wesoło, przy akompaniamencie akordeonu, prezentował się kolorowy lekarski

zespół Lidejka, który śpiewał i tańczył, zarówno na trawistej „estradzie”, jak i przy stole, a rej wodziła poetka i pieśniarka Anna Kamińska. Prezes Kazimierz Jodkowski podkreślił, jak ważna jest integracja środowiska, przypominając też historię świętojańskich spotkań. Przyszłoroczne zapowiedziała Maria Syczewska z Baranowicz, wicekonsul wyrażała się z uznaniem o działalności środowiska polonijnego, a ja zapewniałem, że OIL w Warszawie, choć w tym roku z różnych przyczyn (w dużej części losowych) tak słabo reprezentowana, będzie się starała zacieśniać stosunki z lekarską Polonią. Obyśmy mogli też być, choćby w minimalnym stopniu, pomocni. Usłyszałem nieśmiało wyrażane potrzeby, jest też trochę goryczy, bo piękna Polska nie zawsze tak pomaga, jak by w mniemaniu wielu pomagać mogła, ale o tym dowiadywałem się podczas prywatnych, szczerych rozmów.

Mój pobyt w Grodnie był oczywiście okazją do odnowienia znajomości, lecz również do poznania nowych, ważnych w tym środowisku osób, np. nowego prezesa lekarskiej Polonii w Mińsku Wiesława Mjodonowskiego i dyrektorki Domu Polskiego w Grodnie Elżbiety Golosunowej.

Wracałem zbudowany, wzruszony, ale też zaabsorbowany myślami o kłopotach tych wspaniałych Polaków, lekarek i lekarzy, czasem rozmawiających ze mną mieszkanką języka rosyjskiego i polskiego, dla których słowo Polska ma niezwyczajne znaczenie.

Wszystkie spotkania odbywały się przy okazji nocy świętego Jana. W tym roku nie było, jak w zeszłym, puszczenia wianków na wodę, ale w przyszłym, kto wie... Nie czekając na zaproszenie, które na pewno nadejdzie z Baranowicz, warto sobie zarezerwować czas na 22–23 czerwca 2019 r. I pamiętać o ważności paszportu! ■

Krzysztof Saturnin Schreyer



Fot. archiwum

Szpital zamiast filharmonii?

Paweł Kowal

Nikogo nie dziwi, że formą promocji Polski zagranicą jest koncert lub wystawa. Dla wszystkich jest jasne, że promuje nasz kraj także sport. Gospodarka? Oczywiście!

Osiągnięcia ekonomiczne to świetny sposób promocji. Kuchnia? Także. A zdrowie? No właśnie, czy kraj można promować przez zdrowie? Przecież w niektórych państwach na świecie promocja przez zdrowie bywa bardziej efektywna niż przez koncert. Organizacja wielkiej akcji profilaktycznej pod marką „Polska” powiedzmy w Azji Środkowej da więcej niż impreza kulturalna, a przede wszystkim dotrze do zupełnie innych odbiorców. Jedne działania promocyjne powinny pójść „w lud”, inne mogą być skierowane do opiniotwórczej elitarnej grupy. A zatem, czy ze środków na promocję Polski powinno się wydzielać pieniądze dla najlepszych polskich ekspertów, by jako wirtuozi zdrowia pomagali zagranicą?

29 czerwca 2018 r. w Pałacu Staszica w Warszawie, siedzibie Polskiej Akademii Nauk, odbyła się konferencja poświęcona „medycznej racji stanu”, czyli temu, jaki powinien być optymalny model ochrony zdrowia w Polsce.

Aspekt promocji naszego kraju przez pomoc innym krajom w zakresie zdrowia wywołał kontrowersje, kto wie, czy nie największe. Pytanie, czy mamy na taką promocję środki? Czy polska medycyna ma co zaprezentować? Pacjenci czekają miesiącami w kolejce do specjalisty, a tu polski lekarz będzie operował w Afryce? Po pierwsze, na ten cel powinny być przeznaczone środki, których i tak mnóstwo się wydaje na promocję. Żeby poprawić wizerunek służby zdrowia w kraju, trzeba ją zacząć prezentować nie tylko jak wieczny kłopot dla rządzących, ale też jak ważny atut w budowaniu silnej pozycji państwa. Taktycznie to nie przyniesie fruktów, ale strategicznie pomoże polskiej gospodarce, chociażby przez otwarcie rynków dla polskich start-upów działających w sektorze medycznym lub polskich farmaceutyków.

Po prostu zacnie rozdić się na świecie skojarzenie: Polska – dobre i tanie leki. Po drugie: tak, mamy co promować, w takich dziedzinach jak kardiochirurgia czy leczenie chorób słuchu. I trzecia kwestia: co powiedzą ludzie? Powiedzą to, co usłyszą od autorytetów. Francja i Szwajcaria są przykładem skutecznej promocji kraju nie tylko przez kulturę czy kuchnię, ale również konkretną pomoc z zakresu medycyny. Strategicznie to tak samo owocna forma wzmacniania państwa jak wiele innych. ■



Józef Brandt, 1841–1915

Był najwybitniejszym polskim malarzem batalistą XIX w. W swych pracach wyrażał zainteresowanie historią XVII-wiecznej Rzeczypospolitej i zauroczenie Kresami. Tworzył ekspresyjne sceny batalistyczne i pełne egzotyki obrazy rodzajowe. Wystawa monograficzna artysty w Muzeum Narodowym w Warszawie obejmuje ponad 300 dzieł – obrazy olejne, akwarele i rysunki. Ekspozycję wzbogaca próba rekonstrukcji pracowni monachijskiej, w której Brandt zgromadził kolekcję zabytkowych przedmiotów, m.in. militaria i orientalne kostiumy. Wystawę można oglądać do 30 września.

www.mnw.art.pl

Z perspektywy Wschodu

Wystawa „Bestia, bóg i linia” w Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie pozwala spojrzeć na współczesność z perspektywy mieszkańców regionu Azji i Pacyfiku. Prace ponad 50 twórców, m.in. z Bangladeszu, Indii, Kambodży, Wietnamu, a także Madagaskaru i Australii, dotyczą zagadnień politycznych, społecznych i kulturowych. Są głosem w wielu ważnych dla tamtejszych społeczności kwestiach, m.in. upolitycznienia religii i niedokończonych procesów dekolonizacji. Wystawa czynna do 7 października.

www.artmuseum.pl

Na Starówce

Centrum Interpretacji Zabytku na warszawskiej Starówce stanowi początek szlaku staromiejskich piwnic. Zobaczymy tam fragmenty murów odsłoniętych przez archeologów, a na wystawie prześledzimy dzieje Warszawy i Starego Miasta na podstawie historii wybranych ulic, kościołów i kamienic. Jedna z sal została poświęcona odbudowie Starówki po zniszczeniach II wojny światowej.

www.ciz.muzeumwarszawy.pl

Beksiński – *In hoc signo vinces*

Muzeum Archidiecezji Warszawskiej prezentuje wybrane dzieła Zdzisława Beksińskiego – prace zabarwione surrealizmem, przedstawiające dziwne, fantastyczne światy i postacie, skłaniające do zadumy. Na ekspozycję składa się 20 obrazów, blisko 30 rysunków i tyleż fotografii. Wystawa będzie czynna do 30 września.

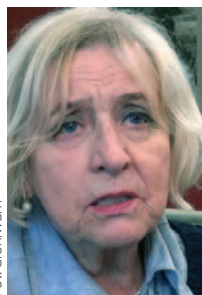
www.maw.art.pl

Szpital Ujazdowski

Był jedną z największych i najstarszych wojskowych placówek medycznych w Polsce. Przez lata służył żołnierzom, kształcili się w nim przyszli lekarze. Jego historię przypomni wystawa „Był taki szpital. Dzieje Szpitala Ujazdowskiego w latach 1918–1945” w Muzeum Łowicztwa i Jeździectwa w Łazienkach Królewskich w Warszawie. Ekspozycję będzie można oglądać od 18 września 2018 do 28 lutego 2019 r.

www.lazienki-krolewskie.pl

ach



Odszedł Andrzej...

Janina Jankowska

Doktora Andrzeja Włodarczyka poznałam w czasie I Zjazdu „Solidarność” we wrześniu 1981 r. Nie pamiętam, czy był delegatem służby zdrowia Mazowsza, czy po prostu z własnej woli i potrzeby był z nami. A „my”, to zespół dziennikarzy radiowych Radia „Solidarność” Region Mazowsze. Na co dzień pracowaliśmy w Polskim Radiu. W ramach porozumień sierpniowych jako związkowcy stworzyliśmy redakcję Radia „Solidarność” produkującą audycje na kasetach analogowych do użytku wewnątrz-związkowego, tj. dla 10 mln członków „Solidarność”.

Podczas zjazdu nagrywaliśmy obrady i dyskusje z całego dnia, a w nocy montowaliśmy magazyn złożony z informacji o najważniejszych wydarzeniach: fragmentów homilii ks. Tischnera, wystąpień, wywiadów, a nawet satyrycznych komentarzy Jacka Fedorowicza. Siedzieliśmy w podziemiach stadionu Oliwii całą noc, by przygotować relację na następny dzień. Dr Andrzej Włodarczyk zawsze był z nami. Słuchał, doradzał i dbał o nas, przygotowywał herbatę, kawę, wszystko to, co było w tych warunkach dostępne. Nikt z nas nie przypuszczał, że wspiera nas przyszły wybitny działacz samorządu lekarskiego, dyrektor szpitali i wiceminister. Andrzej był spontaniczną, nieformalną częścią naszego dziennikarskiego zespołu. Swoją obecnością potwierdzał istnienie tego fenomenu wspólnoty Polaków, która w takiej formie już się nigdy później nie pojawiła.

Jednak przetrwała w osobistych kontaktach z ludźmi tej klasy, co dr Andrzej Włodarczyk. W stanie wojennym pomagał nam. Pamiętam, że w końcu grudnia wróciłam z zagranicy, wiedząc, że 13 grudnia byli w moim domu funkcjonariusze SB, by mnie internować. Andrzej uruchomił swoich przyjaciół ze służby zdrowia. Przechowałam mnie w Szpitalu Czerwonego Krzyża na Solcu. Szpital był pusty, bo władze przygotowały się na rozlew krwi. Jakiś czas później umieścił tam mojego kolegę, którego już inwigilowała Służba Bezpieczeństwa. Wprawdzie, gdy na swoje życzenie opuściłam szpital, zostałam zatrzymana, ale po wyjściu z obozu internowania znowu dzięki Andrzejowi Włodarczykowi odczułam niespotykaną solidarność ze strony służby zdrowia. Kierował mnie do lekarzy, którzy bez słowa, uwypuklając moje fizyczne dolegliwości, dawali mi podstawy do przetrwania całego trudnego okresu. Zostałam wyrzucona z pracy w Polskim Radiu, a innego radia w owym czasie nie było. Dzięki solidarności służby zdrowia dostałam rentę inwalidzką, która pomogła mi przetrwać do 1989 r.

W wolnej Polsce nie traciliśmy kontaktu. Zawsze mogłam na Niego liczyć. Był wybitnym chirurgiem. Pomagał mi radą lekarską, gdy chorowali moi bliscy. Andrzej z żoną Ewą Gwiazdowicz byli stałymi uczestnikami moich corocznych „spotkań przyjaciół”. To była cudowna, żywa pozostałość czasów „Solidarność”. Wszyscy, którzy przeżyliśmy tamten czas jako najpiękniejsze doświadczenie życia, byliśmy sobie bliscy, rozumieliśmy się bez słów. Niezależnie od poglądów politycznych nadal byliśmy przyjaciółmi.

Kiedy żegnaliśmy Go w kościele św. Boromeusza na Powązkach, zobaczyłam, że osób bliskich, którym Andrzej pomagał, było bardzo, bardzo wiele. Z pewnością pozostanie na trwałe w historii samorządności lekarskiej, także jako wzór lekarza i autorytet.

Dla mnie jednak odszedł niezastąpiony Przyjaciel, na którego mogłam liczyć w każdej najtrudniejszej sprawie. Nie mogę pogodzić się z tą stratą... ■

STUDIA PODYPLOMOWE



Dziedkanat
Centrum Kształcenia Podyplomowego
Budynek Rektoratu pok. 509
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa

OGŁOSZENIE

DIETETYKA W CHOROBAH WEWNĘTRZNYCH I METABOLICZNYCH

METODOLOGIA BADAŃ KLINICZNYCH

MEDYCYNA ESTETYCZNA

MEDYCYNA UBEZPIECZENIOWA I ORZECZNICTWO

PRAWO MEDYCZNE W OCHRONIE ZDROWIA

SEKSUOLOGIA KLINICZNA

ŻYWIENIE KLINICZNE

SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia

STUDIUM Z NAMI!

tel: 22 57 20 519, 22 57 20 510
tel./fax: 22 57 20 511
szczegółowe informacje dostępne są na stronie:
<http://ckp.wum.edu.pl/>



<https://pl-pl.facebook.com/centrum.kształcenia.podyplomowego.wum/>



Fot. kb

Dziedzictwo

Wkraczam na grząski grunt genetyki, w myśl której dziedziczymy po przodkach od 40 do 60 proc. cech charakteru. Zastanawiam się zatem, czy nie tutaj należy szukać

przyczyn naszych dzisiejszych sporów, także w skali populacji. Bo przecież mamy pod tym względem tradycje sięgające Krzywoustego.

A że pewniej niż na gruncie medycyny czuję się w polskiej literaturze, wspomnę, że w fundamentalnych arcydziełach poniekąd definiuje ona nasz narodowy charakter.

Bo czymże w istocie jest „Pan Tadeusz”, jak nie historią sporu Horeszków z Soplicami, którzy zagarnęli po targowicy część rodowych dóbr sąsiadów. Tamten spór zakończył się matrymonialnie (małżeństwem Tadeusza z Zosią), co obecnie trudne jest do wyobrażenia.

Idąc dalej tropem literackim, zacytuję Stańczyka z „Wesela”: „Polska, swoi, własne łzy/ własne trwogi, zbrodnie, sny/ własne brudy, podłość, kłam;/ znam, zanadto dobrze znam”. Sto lat później K.I. Gałczyński w wierszu „La danse des Polonais” pisze o podziachach: „tutaj tuwimy, tam kadłubki”, i dalej: „kto na prawo, a kto a gauche”. Czyżby zatem winne były geny?

A w medycynie Krakowa liczne zmiany kadrowe. Przed wszystkim przechodzą na emeryturę znane w kraju postacie: prof. Aleksander Skotnicki – hematolog, erudyta, znawca problematyki Holocaustu; prof. Kazimierz Rembiesz – wybitny chirurg, od 2011 r. szef II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej CM UJ, tzw. czerwonej chirurgii (od koloru ceglastej fasady), wreszcie prof. Władysław Sułowicz – kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii (której nowoczesna siedziba też jest jego dziełem), wieloletni redaktor naczelny „Zeszytów Oświęcimskich” i „Przeglądu Lekarskiego”.

Odchodzi też z własnej woli ze stanowiska przewodniczącego Stowarzyszenia „Lekarze Nadziei” prof. Zbigniew Chłap, współzałożyciel odrodzonego samorządu, pierwszy przewodniczący Komisji Etyki NRL, uczestnik obrad podstolika zdrowia Okrągłego Stołu. Profesor pełnił tę rolę spokojnie ponad ćwierć wieku, w roku jubileuszu 90-lecia postanowił nieco odpocząć.

Dla interesujących się mapą kadrową medycyny dodam, że stanowisko szefa wspomnianej chirurgii w Krakowie, z rekomendacji kierownictwa Collegium Medicum UJ, obejmuje prezes NRL prof. Andrzej Matyja.

Wreszcie, przechodząc na grunt krakowskiej izby lekarskiej, podkreślę, że rozmiar koniecznych zmian architektonicznych podczas remontu siedziby głównej w Krakowie okazał się znaczny. Gmach usytuowany w centrum miasta, na terenie przylegającym do dawnego nurtu Wisły, co rusz ujawnia niespodzianki. Koszty remontu nieuchronnie rosną, a termin jego ukończenia się oddala.

Zbliża się natomiast finał budowy nowego Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie (900 łóżek). To bezspornie największa w ostatnich latach inwestycja prozdrowotna w kraju. Szczegóły w następnym numerze „Pulsu”. ■

Stefan Ciepły



Fot. archiwum

Jaki plik do druku?

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Texty piszemy dzisiaj odręcznie albo elektronicznie. Jeśli odręcznie, piórem, długopisem lub ołówkiem, przeważnie trwa to dłużej niż na komputerze, ale takiego pisanie nic nie zastąpi. Zmusza bowiem do dużej kontroli intelektualnej, a jednocześnie pozwala uzyskiwać pełną swobodę myślenia i wyciągać z pamięci wiadomości, których istnienia nawet nie podejrzewamy. Jeśli chcemy napisać dobry wiersz, świetne opowiadanie, powieść albo pracę naukową, bezpośredni kontakt ręki z papierem jest niezastąpiony. I co najważniejsze – daje prawdziwą radość tworzenia. Pierwsze sygnały, że to metoda wartościowa, pojawiają się w momencie, w którym przepisujemy tekst do komputera, a zrobić tak musimy (sic!), bo żadna redakcja w innej formie go nie przyjmie. Podczas przepisywania (samodzielnego!) nagle się okazuje, że w zapisie jest jeszcze dużo do udoskonalenia.

Ostatecznie można pisać od razu na komputerze, ale wtedy pamiętajmy o konieczności przeczytania tekstu w formie papierowej. Zobaczmy swój utwór tak, jakby był pisany przez kogoś innego! To bardzo wartościowy moment pracy twórczej, gdyż pozwala skrytykować siebie samego.

Najczęściej nasze utwory powstają od razu – nad czym ubolewam – przy użyciu jednego z licznych znanych programów zwanych procesorami tekstu albo edytorami. Może to być system Word firmy Microsoft (niestety dość drogi) albo równie przydatny, tani i spolszczony w Polsce OpenOfficePL firmy Sun, wreszcie całkowicie darmowa, a dotrzymująca kroku wyżej wymienionym aplikacja LibreOffice, moim zdaniem świetna. Pliki w nich tworzone są kompatybilne.

Są to programy, w których tekst można w pewnych granicach formatować. Można stosować pismo pochyłe (kursywę), półgrube, indeksy górne (takie jak cyfra „2” w zapisie metrów kwadratowych) i dolne (jak cyfra „2” we wzorze chemicznym wody), wzory matematyczne, znaki obcojęzyczne. Pozwalają również wstawiać tabele i ryciny (z podpisami), ale te ostatnie zawsze powinny być przesyłane z plikiem głównym dodatkowo, bo program edytorski niszczy ich jakość.

Do istotnych elementów pliku tekstowego należy nazwa, która często decyduje o jego losach. Jeśli tekst nazywa się *Document.doc*, a redakcja otrzyma drugi plik o nazwie *Document.doc* (ludzie chętnie tak nazywają pliki) i ktoś przetrzuci to cudo z e-maila do redakcyjnego folderu, może się zdarzyć, że zapisze tekst na pliku o tej samej nazwie i zamaze ten, który tam był pierwszy! Nazwa pliku musi zatem zawierać solidny identyfikator, fragment tytułu tekstu, fragment nazwiska autora i jeszcze jakiś ważny składnik, np. datę. Obecnie nazwy plików mogą mieć nawet 254 znaki, więc możliwość indywidualizowania jest ogromna.

Doświadczeni autorzy dbają nie tylko o unikatowość nazw swoich plików. Wiedzą bowiem, że treść tych nazw może zachęcać albo odstręczać. Warto o tym wiedzieć, zwłaszcza w początkach kariery, kiedy redakcje, redaktorzy i wydawcy jeszcze nas nie znają. ■



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

O Człowieku

Pamięci Andrzeja Włodarczyka

Dwóch księży i dwóch z mitrami,
wieńce na cztery pogrzeby,
lecz nie chcę sztucznymi łzami,
ironią z zatrutej gleby,
podważać tę pompę i tony
powagi i namaszczenia,
bo był to hołd zasłużony.

Mnie prześladowają wspomnienia
o bliskiej sylwetce Człowieka.
Jakże pasuje to miano
temu, co śmierci uciekał
z twarzą odważną, tą samą,
jak kiedyś w walce o cele
dla innych i dla słuszności,
a zawsze mocno i śmieie,
bezwzględnie i bez litości,
bo prawda, bo mocne racje
bez sprytnych, pokrętnych względów,
nieważne grzmiące owacje,
nie ma też lęku swych błędów.

I jeszcze cecha ta rzadka –
wskazywać rzecz nieprzychylną
dla wodzów albo dla stada:
odwaga – zwana cywilną.

Dlaczego ta jego postać
i gesty przy żywym słowie
chcą w mej pamięci pozostać
tak swojskie, niepomnikowe?

Nie krył, że nienawidzi
kogoś, kto skrycie knuje,
i mówił, czego się brzydzi.

Widziałem, jak się buntuje,
bo z ognia jego natura,
chłopięca wręcz zapalczywość,
to jak gradowa był chmura
to chyłkiem... ukryta miłość.

Powiadał z twarzą poważną,
że idzie, bo piesek czeka,
i było sprawą to ważną,
i obowiązkiem Człowieka.

Kroczył z zapałem hetmana,
bo wierzył w siebie i w cele,
nieraz bolała przegrana,
lecz walki nigdy za wiele.
Człowiek w swej duszy bogaty
powierzchni jak diament ma wiele,
nie wszystkie ujrzą niestety
tłumy zebrane w kościele.

Krzysztof Saturnin Schreyer



Naszej Koleżance redaktor naczelnej „Pulsu”

Ewie Gwiazdowicz-Włodarczyk

wyrazi szczerego współczucia
z powodu śmierci **Męża**

składają

Anetta, Iwona, Krystyna,
Małgorzata i Renata

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy „Światło, barwa, cisza”

W Klubie Lekarza w Łodzi odbędzie się
Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy
pod hasłem „Światło, barwa, cisza”.
Wystawie towarzyszyć będzie konkurs,
w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów.



Do udziału w wystawie i konkursie fotograficznym
zapraszamy koleżanki i kolegów z całej Polski.
Prace można przysyłać drogą elektroniczną,
na nośnikach danych lub w wersji papierowej.

Termin dostarczania fotografii – **8 października 2018 r.**

Wernisaż wystawy i ogłoszenie wyników konkursu
odbędzie się 21 października 2018 r. o godz. 17.
Wystawa potrwa do 26 października.

Regulamin konkursu: <http://www.oil.lodz.pl/>

Kontakt: Iwona Szelewa, sekretariat OIL w Łodzi,
tel.: 42-683-17-01.

CZY POTRZEBUJESZ POMOCY?



ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO

może dotyczyć również Ciebie.

Jest szczególnie destrukcyjny dla lekarzy,
dotyka również pacjentów.

Jeśli czujesz, że ten problem dotyczy Ciebie...

MOŻEMY CI POMÓC

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

ZADZWOŃ:

lek. dent. Monika Potocka,
OIL w Warszawie, tel.: 512-331-230
wypaleni Zawodowe@oilwaw.org.pl



Deszcz lekarzom niestraszy

Ulewny deszcz i zimny wiatr nie były problemem dla 37 uczestników 5. Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie, które zorganizowały: Delegatura Radomska OIL w Warszawie oraz Stowarzyszenie „Biegiem Radom!”. Wśród mężczyzn najszybszym biegaczem okazał się Marcin Walencik – psychiatra z Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu, przed Grzegorzem Napiórkowskim z Łomianek i Grzegorzem Krawczykiem z Radomia. W klasyfikacji kobiet zwyciężyła Justyna Śliwiak z Ciechanowa przed Joanną Kowalską i Agnieszką Witkowską (obie z Warszawy).

Licząca 21 km i 97,5 m trasa prowadziła najładniejszymi ulicami i parkami Radomia. Biegaczom towarzyszył deszcz, zimny wiatr i niska – jak na koniec czerwca – temperatura.

Marcin Walencik po raz czwarty wystartował w radomskim półmaratonie, lecz przyznaje, że dopiero od 2–3 lat przygo-

towuje się do zawodów na serio, z odpowiednim planem treningowym. Biega zwykle pięć razy w tygodniu, pokonując średnio 115–120 km.

– Na podkreślenie zasługuje fakt, że nasz półmaraton gromadzi lekarzy w różnym wieku. Najstarszym uczestnikiem, co roku stającym na starcie, jest Piotr Mikołajczyk z Będzina, który w tym roku kończy 78 lat i niedawno przebiegł maraton na Wyspie Wielkanocnej – mówi Dariusz Orczykowski, znany radomski chirurg i organizator mistrzostw.

Zwycięzcy poszczególnych kategorii otrzymali z rąk Mieczysława Szatanka, przewodniczącego Radomskiej Delegatury Okręgowej Izby Lekarskiej, puchary i nagrody rzeczowe. Wszystkim uczestnikom wręczono okolicznościowe koszulki, a osobom, które dobiegły do mety, także pamiątkowe medale. ■

raf

Lekarski Klub Ringo Komisji Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie

**XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych
Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo odbędą się
8 września 2018 r. w Warszawie.**

Rozpoczną się od godz. 14.00 na trawiastych boiskach Szkoły Podstawowej nr 364 przy ul. Andriollego 1.

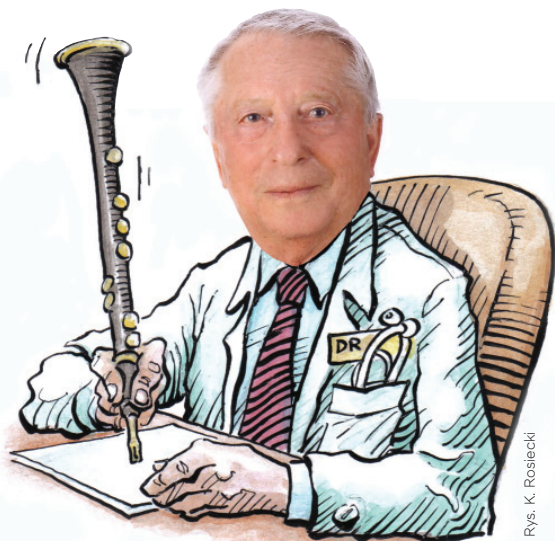
Zgłoszenia – tel.: 600-362-792 lub 22-638-87-15,
e-mail: krystynaaniol27@gmail.com.

Serdecznie zapraszamy do gry w każdy czwartek, w godz. 17.00–20.00, na terenie wspomnianej szkoły, oraz **15 września** na turniej ringo w ramach Pikniku Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego do Parku Sowińskiego, a także **29 września** na Spartakiadę Seniorów na stadionie KS Polonia. ■

Krystyna Anioł-Strzyżewska



Dzięki walorom gry GRAĆ W RINGO MOŻE KAŻDY!!!



„Zagrajciez mi, niechaj cofnie się świat”

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

Atlas anatomiczny na parapecie

Artur Dziak

Kiedy z czasem poświęciłem się całkowicie chirurgii tkanek miękkich narządu ruchu oraz chirurgii ręki, postanowiłem nie rozstawać się z atlasem anatomicznym, który zawsze zabierałem na blok operacyjny *na wsiakij pożarnyj stuczaj*. Ponieważ niejednokrotnie parapety na sali operacyjnej były zajęte, asystenci (byłem już wówczas docentem) kupili mi stojak na nuty, więc na nim rozkładałem atlas. Naturalnie dzięki zawistnym językom różnych zazdrośników, których zawsze miałem wielu, natychmiast w otoczeniu pojawiła się opinia: „Dziak to rzeczywiście mało umie, dlatego zawsze podpira się atlasem”. Irytowały mnie te szczekania kundelków, ale co mogłem zrobić? Nic. Przeto robiłem swoje.

Los, jak los – nierychliwy, ale sprawiedliwy – dał mi pewnego dnia szansę rewanżu na zawistnikach i poczułem słodki smak zemsty.

Profesor X podjął się leczenia pacjenta, na którego dolegliwościach niewiele się wyznawał. Co gorsze ze znanych tylko sobie powodów postanowił go osobiście operować. Nie stracił jednak instynktu samozachowawczego i oprócz swych pretorianów zaprosił do asysty i mnie.

Przeczuwając, że może dojść do zgrzytu, na wszelki wypadek przyniosłem atlas i dyskretnie rozłożyłem go na parapecie sali operacyjnej.

I stało się! W pewnym momencie operator zaczął mieć słuszne wątpliwości, po której stronie ściągną Achillesa operowanej nogi przebiega nerw piszczelowy, a po której podobne do niego na pierwszy rzut oka ściągną mięśnia podeszwowego, potrzebne do przeszczepu. Jakby tego

było mało, stojąca za plecami operującego asysta zaczęła gorąco namawiać profesora do ruchu fatalnego w następstwach.

Nieszczęście wisało w powietrzu, gdyż pomylenie nerwu ze ścięgnem to sprawa zawsze poważna! Wyczekałem stosowną chwilę i, kiedy profesor już miał ciałchnąć skalpelem, wstrzymałem go:

– *Bardzo proszę pana profesora, by dla świętego spokoju zechciał rzucić okiem na przyniesiony przeze mnie atlas, który pozostał przypadkowo po poprzednim moim zabiegu* – bezwstydnie skłamałem! Profesor spojrział na mnie z politowaniem, ale wstał od stołu i podszedł do okna. Kiedy wracał, nic nie mówił, tylko wzrokiem zabijał swych doradców!

Epizod ten „podłamał” zawistników i później żaden nie ośmielił się ze mnie dworować. Co więcej, zauważyłem w pokoju przedoperacyjnym atlas, który ktoś przyniósł na stałe do pomocy. Poczułem się dowartościowany i tak mi się w głowie przewróciło, że ośmieliłem się zawiesić kartonowy afisz, na którym kazałem flamastrem wypisać słynny aforyzm Friedricha Tiedemanna: „*Lekarze bez znajomości anatomii upodobniają się do kretów. Pracują w ciemnościach, a dziełem ich rąk są wzgórci ziemi*”.

Wkrótce pojawił się znamienny dopisek: „*Dla wygubienia rodzaju ludzkiego i tacy doktorzy są potrzebni!*”.

Mimo wszystko z czasem liczba zawistników, a nawet mych nieukrywających się wrogów zdublowała się. Jest to podobno cena sławy i sukcesów! ■

Rys. P. Wozniak





Muzyka Lizbony

Jacek Walczak

Fado i Lizbona – te dwie nazwy stały się praktycznie synonimami. Muzyka fado, początkowo nieakceptowana przez wyższe sfery, z czasem stała się symbolem portugalskiej stolicy. Słowo nie ma dokładnego tłumaczenia, ale rozumiane jest jako los, fatum. Często spotykane w tekstach fado jest określenie *saudades*, czyli tęsknota. Muzyka wyraża smutek, nostalgię, samotność. Fado upowszechniło się w biednych lizbońskich dzielnicach Alfama i Mouraria w końcu XIX w., ale korzenie sięgają wcześniejszych czasów.

Historia tej muzyki ściśle wiąże się z historią Portugalii. Gdy wojska napoleońskie okupowały kraj, król i rząd portugalski udali się na emigrację do Brazylii i pozostali tam 15 lat. Kultura portugalska nie oparła się afrobrazijskim wpływom, zwłaszcza w tańcu i muzyce. Powracającym około 1830 r. do ojczyzny portugalskim elitom towarzyszyły tysiące zwykłych, biednych ludzi. Większość znalazła swe miejsce na zboczach wzgórza zamkowego w Lizbonie, w dzielnicach Alfama i Mouraria, szczęśliwie ocalałych po straszliwym trzęsieniu ziemi w 1755 r. Mieszkający w okolicy od wieków robotnicy, marynarze, rybacy i całe gromady osobników o nie do końca jasnej reputacji zbierali się w niezliczonych *tascas* (tavernach), gdzie tańczono i śpiewano. Stare motywy, wzbogacone o nowe, egzotyczne elementy zza oceanu, zrodziły fenomen fado.

Nikt nie przypuszczał, że ten gatunek muzyczny zdobędzie kiedyś uznanie w całej Portugalii, a z czasem na międzynarodowej scenie. Rodzące się w latach 20. XX w. ruchy nacjonalistyczne doprowadziły do dyktatury faszystowskiej Salazara. Wtedy w fado pojawiły się nowe treści. Podczas II wojny światowej Portugalia formalnie zachowywała neutralność, a faszystowska dyktatura przetrwała. Kraj znalazł się w izolacji, potępiany przez nowe demokracje Europy, lecz fado stało się jego atrakcją turystyczną.

Kolejna dekada przyniosła wojny wyzwolenicze w koloniach. Reżim Salazara słabł z dnia na dzień. Ostatnim odruchem upadającej władzy było hasło 3F – fado, futbol i Fatima. W kwietniu 1974 r. na ulice Lizbony wyjechały czołgi. Kwiatarki z placu Rossio wkładały żołnierzom kwiaty w lufy karabinów. Rewolucja Goździków zakończyła faszyzm w Portugalii. Fado pozostało w niezliczonych tavernach Alfamy i dopiero wraz z nowym pokoleniem doszło do jego odrodzenia. Pojawili się nowi wykonawcy, którzy stali się gwiazdami już na międzynarodową skalę. Jednak muzyka ta najbardziej autentycznie brzmi w ciasnych *tascas* Alfamy przy lampce *winho de casa*.

Fado tradycyjnie śpiewa jedna osoba przy akompaniamencie przynajmniej dwóch gitar: klasycznej hiszpańskiej i dwunastostrunowej portugalskiej, która jest odmianą angielskiej lutni. Niekwestionowaną królową fado jest Amalia Rodrigues, która zaczęła karierę jeszcze w latach 40. XX w. To ona wprowadziła fado na salony i do telewizji. Jej pogrzeb w październiku 1999 r. zgromadził ponad 100 tys. wielbicieli.

Dzisiaj najjaśniej błyszczącą gwiazdą jest Mariza. Pięknie opowiedziała o fado: „Fado jest uniwersalne. Język nie jest barierą i nie trzeba rozumieć, co się śpiewa, bo fado ma moc, by pokonać tę granicę. Daje nam poczucie niezwykłych emocji. Nazwałabym je smutnym szczęściem dającym odczucie magicznej melancholii, która oczyszcza duszę...” (z port. tłum. J. Walczak). ■





Podziękowanie

Serdecznie dziękuję Zespołom Kliniki Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Onkologii, kierowanej przez prof. Wiesława Jędrzejczaka, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, pod kierownictwem prof. Krzysztofa Zieniewicza, a szczególnie Zespołowi Oddziału Intensywnej Terapii SPCSK przy ul. Banacha, pod kierownictwem dr. Grzegorza Niewińskiego, za pełną empatii opiekę nad moim mężem Andrzejem Włodarczykiem.

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk



Podziękowanie

Składam serdeczne podziękowania Panu Profesorowi dr. hab. n. med. Tadeuszowi Orłowskiemu, kierownikowi Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc przy ul. Płockiej 26 w Warszawie, za doskonałe przygotowanie do zabiegu, jego przeprowadzenie i zabezpieczenie po operacji.

Wyrażam również wdzięczność całemu zespołowi za fachową i życzliwą opiekę podczas leczenia, a w szczególności lekarzowi prowadzącemu, Panu dr. Łukaszowi Seremencie.

Dziękuję z całego serca za uratowanie mi życia.

Z szacunkiem Tadeusz Bojarowski

Wynajmę lokal 173 mkw. w Warszawie przy ul. Romaszewskiego 6 (Bielany). Idealny na przychodnię, stomatologię lub inną działalność medyczną/usługową. Lokal narożny z witrynami na główną ulicę. Tel.: 532-80-83-29.

Areszt Śledczy w Warszawie-Białołęce **poszukuje lekarza POZ**.
Wymiar czasu pracy i wynagrodzenie do ustalenia. Tel.: 609-24-40-01.

Szpital Powiatowy w Sochaczewie **zatrudni** lekarzy chirurgów, w trakcie specjalizacji lub chcących się specjalizować, do pracy na Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
Aplikację należy składać w kancelarii szpitala, kontakt – tel.: 46-864-95-01, e-mail: kancelaria@szpitalsochaczew.pl

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

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.

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.

Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

oraz warszawski duszpasterz służby zdrowia
ks. Władysław Duda

zapraszają **30.09.2018 r.**

do kościoła Świętego Zygmunta
w Warszawie, przy pl. Konfederacji 55,
na inaugurację spotkań środowisk medycznych.

Mszę świętą o godz. 17.00 będzie sprawował
metropolita Warszawy abp kardynał Kazimierz Nycz.



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

Biblioteka – wspólne dobro

XVII Międzynarodowa Naukowo-Praktyczna Konferencja Forum Ukraińskich Bibliotek Medycznych w Tarnopolu trwała od 16 do 19 maja. Tematem przewodnim była „Strategia rozwoju bibliotek medycznych na Ukrainie. W poszukiwaniu nowych form”. Podczas spotkania omówiono problemy bibliotekarstwa medycznego na Ukrainie, szczególnie dotyczące funkcjonowania bibliotek wojewódzkich.

Gospodarzem tegorocznej konferencji była Biblioteka Państwowego Tarnopolskiego Uniwersytetu Medycznego im. I.J. Horbaczewskiego, której dyrektorem jest Olena Prociw. Współorganizowały spotkanie Raisa Pavlenko – dyrektor generalna Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy, Tatiana Ostapenko – wicedyrektor NNBMU, odznaczona Medalem im. dr. Jerzego Moskwy, oraz Aurelia Widma – wicedyrektor NNBMU.

Ponad 70 prelegentów przedstawiło referaty dotyczące aktualnego stanu i problemów bibliotek na Ukrainie. Wśród najważniejszych tematów konferencji były:

- Współczesne trendy rozwoju bibliotek medycznych na Ukrainie,
- Tworzenie nowych kierunków i form biblioteczno-informacyjnych zasobów dla bibliotek,
- Stworzenie własnych elektronicznych zasobów i baz danych, organizacja i zarządzanie nimi,
- Rozwój socjalnego partnerstwa i współpraca z organizacjami społecznymi i stowarzyszeniami.

Przedstawiłem prezentację poświęconą polskiemu dziedzictwu medycznemu w Kijowie w XIX i XX w. Ponadto omówiono strategię współpracy polsko-ukraińskiej w odniesieniu do Polskiej Biblioteki Medycznej im. prof. Zbigniewa Religi. Referat pt.: „Przykłady dobrej współpracy między Ukrainą i Polską” wygłosiła Olena Kirszeva, sekretarz naukowy NNBMU.

Udział strony polskiej w konferencjach Forum Ukraińskich Bibliotek Medycznych pozwala na utrzymanie stałych i serdecznych stosunków między bibliotekarzami Ukrainy i samorządem lekarskim w Warszawie. ■

Krzysztof Królikowski



Fotografier: K. Królikowski



Fot. W. Cerański

W czerwcu 2018 r. odbył się w Rewie, nad Zatoką Pucką, XVIII Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy „Na fali”. Uczestniczyło w nim 20 artystów reprezentujących izby: wielkopolską, śląską, łódzką, podkarpacką, lubelską, zachodniopomorską oraz warszawską. Pracowaliśmy intensywnie, w efekcie powstały 143 obrazy w różnych technikach. Wystawiliśmy je na wernisażu poplenerowym. Gościny użyczył dyrektor Kosakowskiego Centrum Kultury w Rewie.

Dla Kasi Chojnackiej-Pniewskiej niespodzianką był jej portret w kwiatkach, a dla Ani Grzybowskiej – w morskiej scenografii, namalowany przez Miecicia Chruściela. Było wzruszenie i żyły szczęścia.

Nie zaniechaliśmy wycieczek: morzem z Jastarni na Hel i do Sopotu, do Narodowej Galerii, na wspaniałą wystawę malarstwa polskiego w części nieznanego (kolekcja prywatna) oraz rzeźby Katarzyny Kobro. Plener zakończył się spotkaniem integracyjnym, na którym były opowieści z przeszłości i plany na przyszłość. Do zobaczenia za rok. ■

Włodzimierz Cerański



Wiesław Katana (1933–2018)

28.04.2018 pożegnaliśmy naszego kolegę dr. Wiesława Katana. Związany był z ziemią grójecką, tutaj urodził się, dorastał, uczył się i pracował, wykonując z odaniem niełatwy zawód chirurga.

Pracę rozpoczął w 1957 r. w Szpitalu Powiatowym w Grójcu. Wybrał specjalizację z chirurgii i wykonywał ją przez 56 lat, początkowo w trudnych warunkach, wymagających dużo

umiejętności i siły. Pogłębiał wiedzę, doskonalił się, zdobywając kolejne stopnie specjalizacji z chirurgii, a potem z transfuzjologii. Jednocześnie chętnie dzielił się doświadczeniem z młodszymi kolegami, pomagał im stawiać pierwsze kroki w zawodzie. Pracował na oddziale i w ambulatorium chirurgicznym,

pełnił nocne dyżury, w końcu, nie rezygnując z pracy chirurga, objął kierownictwo Punktu Krwiodawstwa Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

W 2013 r. choroba nie pozwoliła Mu dalej pracować.

Wiesław swoją kompetencją, solidnością i poświęceniem zasłużył na szacunek w środowisku lekarzy i w lokalnej społeczności, pozostawiając trwałą ślad wdzięczności w pamięci nas wszystkich.

Zofia i Józef Ambroziak



Leokadia Plisiecka (1940–2017)

5 lipca 2018 r. mija pierwsza rocznica śmierci naszej koleżanki Leokadii Plisieckiej, z domu Cackowskiej, lekarza pediatri.

Lonia urodziła się w 1940 r. w Szpitalu Górnym koło Włocławka.

Tam spędziła najmłodsze lata; zawsze z szacunkiem wspominała rodziców, siostrę i brata.

Studia medyczne ukończyła w 1965 r. w Akademii Medycznej w Lublinie. Początkowo pracowała w Ciechanowie, na-

stępnie w Żyrardowie, zdobywając kolejne stopnie specjalizacji z pediatrii. W 1976 objęła stanowisko ordynatora Oddziału Noworodków w Szpitalu Powiatowym w Grójcu, zaczęła także prowadzić wykłady w szkole pielęgniarskiej.

Była lekarzem z powołania, cieszyła się z każdego przychodzącego na świat i uratowanego życia. Z tego okresu zapamiętamy Ją jako osobę zawsze uśmiechniętą, życzliwą, jednocześnie obowiązkową i oddaną pracy.

Mimo zmagania z chorobą, nie traciła radości życia i poczucia humoru, zawsze znajdowała czas dla pacjentów i przyjaciół oraz na swoją pasję – czytanie książek.

Odeszła niespodziewanie. Pomimo upływu czasu trudno pogodzić się z Jej nieobecnością. Z żalem wspominamy spędzone z Nią chwile, bo minęły bezpowrotnie.

Przyjaciele Zofia i Józef Ambroziak, Ewa Ostapowicz



Głęboko zasmuceni żegnamy

Andrzeja Włodarczyka

byłego dyrektora USK w Olsztynie,
wspaniałego Człowieka i Przyjaciela.

Żonie Ewie i Najbliższym
składamy wyrazy
najgłębszego współczucia.

Pracownicy administracji,
izby przyjęć,
przychodni USK w Olsztynie
oraz dziekan

Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego



Z żalem żegnamy byłego dyrektora
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
w Olsztynie

dr. n. med. Andrzeja Włodarczyka,

który odszedł na wieczny dyżur.

Rodzinie, Bliskim i Przyjaciołom składamy
wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy.
„*Nie umiera ten, kto żyje w pamięci innych*”.

Dyrekcja i pracownicy USK w Olsztynie



Z głębokim żalem dowiedzieliśmy się,
że odszedł nasz Przyjaciel

śp. dr n. med. Andrzej Włodarczyk

Żonie Ewie
składamy wyrazy serdecznego współczucia
koleżdy z Wrocławia i Poznania



Wyrazy głębokiego współczucia
dr. Tomaszowi Jakutowiczowi

z powodu śmierci

Mamy składają

koleżanki i koledzy
z Oddziału Klinicznego Neurochirurgii
z Pododdziałem Traumatologii
Narządu Ruchu SPDSK
w Warszawie.



Jerzy Sergiusz Stelmachów (1941–2018)

Jerzy Sergiusz Stelmachów był człowiekiem pogodnym, ale też twardo stąpającym po ziemi. Nie lubił „bicia piany”, zawsze był konkretny i szybki w podejmowaniu decyzji. Pozornie szorstki,

miął duże poczucie humoru i szybko nawiązywał kontakt z ludźmi. Lubiał turystykę i kochał jeździć na nartach.

Urodził się 30 stycznia 1941 r. w Tomaszowie Lubelskim, gdzie w czerwcu 1958 skończył szkołę średnią. Następne lata spędził już w Warszawie, studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej i w czerwcu 1964 r. otrzymał dyplom. Po ówczesnym dwuletnim obowiązkowym stażu podyplomowym rozpoczął pracę w Instytucie Ginekologii i Położnictwa Centrum Kształcenia Podyplomowego Wojskowej Akademii Medycznej przy ul. Szaserów.

Jego mistrzem był prof. Jerzy Higier, to u niego dr Stelmachów poznawał blaski i cienie zawodu ginekologa położnika. W końcu roku 1972 obronił tam doktorat, ale nie awansowano Go, mimo że w listopadzie 1973 został specjalistą II stopnia w ginekologii i położnictwie. Zawsze lubił operować: pracował szybko, ale dokładnie. Dość wcześnie zainteresował się możliwościami leczenia nowotworów narządów rodnych kobiety. Szukając nowych dróg rozwoju i pracy badawczej, w 1976 r. podjął obowiązki adiunkta w Klinice Ginekologii Onkologicznej Centrum Onkologii w Warszawie, którą stworzyła i przez prawie 40 lat kierowała prof. Ludwika Tarłowska. Nestorka polskiej ginekologii onkologicznej, osoba niezwykle ciepła, życzliwa i bezgranicznie oddana chorym, w grudniu 1984 r. przeszła na emeryturę. To pod jej ręką, jeszcze przy Wawelskiej, Jerzy Stelmachów nabrał ostatecznych szlifów świetnego lekarza specjalisty i w marcu 1984 habilitował się.

W 1985 r. objął pierwsze samodzielne stanowisko: został docentem i kierownikiem Oddziału Ginekologii Operacyjnej Centrum Onkologii w Warszawie. Trzy lata później, w połowie 1988, ówczesny docent Stelmachów wygrał konkurs na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, jednocześnie objął funkcję ordynatora Oddziału Ginekologii i Położnictwa Szpitala Bródnowskiego.

W 1991 r. został profesorem nadzwyczajnym, w lipcu 1993 z rąk prezydenta Rzeczypospolitej otrzymał profesurę tytułarną. Został też konsultantem wojewódzkim ds. ginekologii i położnictwa. Był wówczas w pełni swojej aktywności zawodowej, operował kilka dni w tygodniu.

W latach 1996–2008 sprawował też ważne funkcje administracyjne: prodziekana i dziekana II Wydziału Lekarskiego, a od 2005 r. prorektora ds. kadr Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Od 2008 do 2013 był konsultantem krajowym ds. ginekologii onkologicznej, walczył o nowe oddziały w tej podspecjalności i szybką diagnostykę kobiet.

W 2009 r. prof. Stelmachów przyjął funkcję zastępcy dyrektora Instytutu Reumatologii ds. Naukowych, gdy dyrektorem został dr n. med. Andrzej Włodarczyk. Razem próbowali wyprowadzić zastruzoną placówkę z olbrzymich długów spowodowanych niedostateczną refundacją. Pracował tam do połowy 2013 r.

Kliniką i Oddziałem Bródnowskim kierował do września 2011 r., kiedy po skończeniu 70. roku życia przeszedł na emeryturę. W okresie prawie 25 lat, kiedy był tam szefem, 35 lekarzy obroniło doktoraty, w 19 przewodach prof. Stelmachów był promotorem, czterech Jego adiunktów habilitowało się, cztery osoby otrzymały nominacje profesorskie.

W latach 2012–2018 z nominacji ministra zdrowia został członkiem Rady Przejrzystości (inaczej Rady Refundacji Leków przy prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych). Zapamiętano Go jako wnikliwego opiniodawcę nowych leków.

Jerzy Stelmachów był autorem i współautorem ponad 370 publikacji naukowych i podręczników lekarskich, członkiem redakcji wielu czasopism lekarskich. Otrzymał liczne nagrody naukowe za swoje publikacje i przez prezydenta Lecha Kaczyńskiego został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

W ostatnich dziewięciu latach życia prof. Stelmachów sam poznał, co to znaczy być pacjentem onkologicznym. Borykał się z nowotworem, ale do końca maja 2018 nie było tego po Nim widać. Nadal był optymistyczny i bezpośredni.

I taki pewnie chciałby zostać w Waszej pamięci.

Marek Wroński



Z żalem żegnamy naszego Przyjaciela

śp. Zbigniewa Morawskiego

specjalistę laryngologa

zmarłego 15 lipca 2018 r.

Zbyszku, będzie nam brakowało subtelności, mądrości i dobroci Twojego wielkiego serca.

Składamy wyrazy głębokiego współczucia Żonie Grażynie i Dzieciom z Rodzinami.

Przyjaciele



Z głębokim żalem i smutkiem

pożegnaliśmy

zmarłą 20 lipca 2018 r.

w wieku 84 lat

lekarz neurolog

**Marię Gabryelę
Kazubek-Szybka**

O czym zawiadamiają pogrążeni w żałobie

syn, synowa oraz wnuczka



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

25 maja 2018 r. weszła w życie ustawa z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1000.

Ustawę stosuje się do ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w zakresie określonym w przepisach 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) RODO.

Zgodnie z pkt. 91 preambuły do rozporządzenia RODO, przetwarzanie danych osobowych nie powinno być uznawane za przetwarzanie na dużą skalę, jeżeli dotyczy danych osobowych pacjentów lub klientów i jest dokonywane przez pojedynczego lekarza, innego pracownika służby zdrowia lub prawnika.

Ponadto w wytycznych dotyczących inspektorów ochrony danych, wydanych przez Grupę Roboczą art. 29, przyjętych 13 grudnia 2016 r., zostały zinterpretowane pojęcia: główna działalność administratora i duża skala przetwarzania.

Ustawa wprowadziła zmiany w kodeksie pracy, zgodnie z którym, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pracowników lub ochrony mienia, lub kontroli produkcji, lub zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę, pracodawca może wprowadzić szczególny nadzór nad terenem zakładu pracy lub terenem wokół zakładu pracy w postaci środków technicznych umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).

5 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 maja 2018 r. w sprawie Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1063.

6 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 maja 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 970.

8 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 30 maja 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1093.

13 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 1 czerwca 2018 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych funkcjonariuszy Straży Marszałkowskiej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1127.

15 czerwca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1155, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 10 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o służbie medycyny pracy.

18 czerwca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1168, obwieszczenie ministra zdrowia z 30 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie utworzenia formacji obrony cywilnej.

21 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 czerwca 2018 r. w sprawie Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1181.

21 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1179.

22 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 czerwca 2018 r. w spra-



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

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

Usługa dostępna dla abonentów sieci komórkowych i stacjonarnych

wie Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1196.

22 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1197.

23 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 25 kwietnia 2018 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra obrony narodowej oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1108.

26 czerwca 2018 r. weszła w życie ustawa z 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2018 r. poz. 1115.

W ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne działają:

System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego oznacza system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

27 czerwca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1251, obwieszczenie ministra zdrowia z 30 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego.

27 czerwca 2018 r. został opublikowany w DzU z 2018 r., poz. 1241, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 19 czerwca 2018 r. sygn. akt SK 19/17.

29 czerwca 2018 r. weszła w życie ustawa z 10 maja 2018 r. zmieniająca ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1150.

1 lipca 2018 r. weszła w życie ustawa z 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 932.

1 lipca 2018 r. weszła w życie ustawa z 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1076. ■



Goniec Medyczny

„Czarna lista” pacjentów

Blisko 40 proc. wizyt nie dochodzi do skutku bez odwołania przez pacjenta. Lekarze stworzyli „czarną listę” takich osób (niesolidnypacjent.pl). Chodzi jednak o ostrzeżenie nie tylko przed niesolidnym pacjentem, ale też przed konkurencją, która się pod pacjenta podszywa. Coraz częściej zdarza się bowiem, że ktoś z konkurencyjnego gabinetu dzwoni do innego kolegi, podaje się za chorego i umawia na wizytę.

Eutanazja w Belgii

Chłopcy w wieku 9 i 11 lat zostali poddani eutanazji w Belgii. Obaj byli nieuleczalnie chorzy. Młodszy miał nowotwór złośliwy mózgu, a starszy cierpiał na mukowiscydozę.

Śmierć podczas badań klinicznych

11 dzieci zmarło w Holandii w trakcie badań klinicznych, ponieważ ich matkom podawano w ciąży sildenafil, składnik aktywny viagry, popularnego leku na potencję. Badania przerwano, gdy okazało się, że stosowanie leku może uszkadzać płuća płodu.

Wielki sukces lekarzy z Zabrze

Kardiochirurdzy ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu jako pierwsi w Polsce wszczepili w pełni sztuczne serce. 66-letniemu choremu z jego własnego serca zostały w klatce piersiowej tylko fragmenty przedsionków.

Choroba przenoszona przez szczury

Przedstawiciele Centers for Disease Control and Prevention – federalnej agencji wchodzącej w skład Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej USA, ogłosili alarm z powodu nowej choroby roznoszonej w kontynentalnej części USA głównie przez szczury. Od stycznia 2011 r. do dzisiaj na szczurzą chorobę, wywołaną przez nicień płucny *Angiostrongylus cantonensis*, który atakuje mózg i płuca, zachorowało 12 osób.

Pacjenci nie słuchają lekarzy

Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że blisko połowa pacjentów nie realizuje zaleceń lekarzy. Można więc nazwać to zjawisko „cichą epidemią”. WHO oszacowała, że niestosowanie się do wskazówek lekarzy jest przyczyną 21–36 proc. niepożądanych działań leków, którym można było zapobiec, w tym narastania oporności bakterii na antybiotyki, nieskuteczności leczenia oraz przedłużania hospitalizacji.

Suplementy diety pod lupą

Instytut Badań Sektora Medycznego stworzył stronę internetową (www.badamysuplementy.pl), dzięki której konsumenci mogą po nazwie preparatu sprawdzić, czy suplement jest bezpieczny, a jego deklarowany skład zgodny ze stanem faktycznym. ■

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”

1 lipca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1185.

1 lipca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1257.

7 lipca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra przedsiębiorczości i technologii z 28 maja 2018 r. w sprawie kryteriów i warunków technicznych, którym muszą odpowiadać kasy rejestrujące, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1206.

10 lipca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 27 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1317.

13 lipca 2018 r. weszła w życie ustawa z 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1128.

19 lipca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1383.

19 lipca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 lipca 2018 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1381.

23 lipca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1400, obwieszczenie ministra zdrowia z 12 lipca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

27 lipca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1446, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 5 lipca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.



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, Longin Niemczyk, Roman Olszewski,

Rafał Paluszkiwicz, Konstanty Radziwiłł, Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Ciepty, Dariusz Hankiewicz,

Janina Jankowska, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek,

Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski,

Małgorzata Solecka, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

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

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

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

OPRACOWANIE GRAFICZNE: Artmedia Partners, tel. 601-20-14-12 **KOREKTA:** Lidia Sadowska-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 adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

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

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski; tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków Dariusz Paluszek; tel. 22-542-83-56

Wiceprezesa ORL: Jarosław Biliński; tel. 22-542-83-45, Krzysztof Madej; tel. 22-542-83-46

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej Mieczysław Szatanek; tel. 48-331-36-62

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

Sekretarz ORL Marta Moczyłowska; tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44

Zastępca sekretarza ORL Piotr Pawliszak; tel. 22-542-83-31; 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

Skarbnik Jan Krzysztof Kowalczyk; tel. 22-542-83-85

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

Okręgowy Sąd Lekarski: przewodnicząca Magdalena Rychłowska-Pruszyńska, tel. 22-542-83-20, 21

Okręgowa Komisja Rewizyjna: przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak, tel. 22-542-83-81

Dyrektor biura Anna Ścibisz; tel. 22-542-83-47

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



Medycyna Kliniczna

Nowa lokalizacja, komfortowe warunki pracy dla lekarzy.

Lekarzu, jeśli badania kliniczne są Twoją pasją. Stawiasz na rozwój medycyny, a dostęp do innowacyjnych metod leczenia jest dla Ciebie kluczowy w dążeniu do zdobywania nowych doświadczeń i pochtania Ciebie tak jak nas, przyjdź i poznaj nasz Zespół.

GWARANTUJEMY:

- uczestnictwo w nowatorskich badaniach klinicznych
- kameralną atmosferę
- komfortowe warunki pracy
- dostęp do nowoczesnych metod leczenia



Zapraszamy na rozmowę przy filiżance kawy, przybliżymy nasze cele i z przyjemnością zaprezentujemy Klinikę.

Skontaktuj się z nami i zaproponuj dogodny termin spotkania.



Medycyna Kliniczna



ul. Wronia 53, lok. B10, 00-874 Warszawa



+48 22 629 13 54



+48 22 629 13 55



kontakt@medycynakliniczna.pl