

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

puls

listopad 2018

W 100-LECIE
ODZYSKANIA
PRZEZ POLSKĘ
NIEPODLEGŁOŚCI
SIĘGAMY
DO HISTORII





#ZGŁOŚ NOP



TO PROSTE!

GDY PODEJRZEWASZ U SWOJEGO DZIECKA
NOP (NIEPOŻĄDANY ODCZYN POSZCZEPIENNY):



ZGŁOŚ SIĘ
DO SWOJEGO LEKARZA!



LEKARZU!

WYPEŁNIJ FORMULARZ ZGŁOSZENIA*
I PRZEKAŻ GO
DO POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ



RODZICU!

ZGŁOŚ PODEJRZENIE NOP
BEZPOŚREDNIO DO URZĘDU
REJESTRACJI PRODUKTÓW LECZNICZYCH
WYROBÓW MEDYCZNYCH I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH**



DANE SĄ WERYFIKOWANE I ANALIZOWANE
W ZAKŁADZIE EPIDEMIOLOGII NIZP-PZH,
A NASTĘPNIE PRZEKAZYWANE
DO GŁÓWNEGO INSPEKTORATU SANITARNEGO



DANE SĄ ANALIZOWANE
W DEPARTAMENCIE MONITOROWANIA
DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH,
A NASTĘPNIE PRZEKAZYWANE
DO EUROPEJSKIEJ BAZY DANYCH - EUDRAVIGILANCE



POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA
SZCZEPIEŃ I REDUKCJA NOP



* Wzory formularzy - Rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2010 r.
w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.

** <http://www.urpl.gov.pl/pl/produkty-lecznicze/monitorowanie-bezpieczenstwa-lekow>

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

zaprasza dzieci lekarzy i lekarzy dentystów
wraz z opiekunami na



MIKOŁAJKI

W programie między innymi

spotkanie z Mikołajem świąteczne karaoke
ubieranie choinki dekorowanie pierników

8.12.2018

11.00 – 19.00

WARSZAWA UL. PUŁAWSKA 18

Rejestracja przez stronę www.izba-lekarska.pl od 12.11.2018 r.

Uczestnictwo w mikołajkach możliwe tylko na podstawie
otrzymanego po rejestracji imiennego zaproszenia dla dziecka.

Wigilijne spotkanie Lekarzy Seniorów

Drodzy Lekarze Seniorzy!

W imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
mam zaszczyt zaprosić Państwa na spotkanie
świętaczno-noworoczne, które odbędzie się

w Domu Lekarza Seniora w Warszawie
17 grudnia 2018 r.
przy ul. Wołoskiej 139

Łukasz Jankowski
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Udział w uroczystości prosimy potwierdzić telefonicznie u pani Renaty Sobolewskiej pod numerem telefonu: 22 542 83 30



Nr 11/2018 (283),
listopad 2018

Na okładce:

ilustracja autorstwa Daniela Garcii

W numerze m.in.:

▶ Izbowe zaproszenia	1
▶ Warszawscy lekarze dla Niepodległej	4
▶ Jeszcze o lojalkach	8
▶ E-przyspieszenie czy e-zwolnienie?	10
▶ Komisja ds. Lekarzy Dentystów	12
▶ Więcej empatii	14
▶ Odpowiedzialność za szkody...	16
▶ Dzień Seniora	17
▶ Kontrowersyjne kompetencje w fizjoterapii	18
▶ Wszędzie dobrze, gdzie nas nie ma?	20
▶ Doniesienia naukowe	22
▶ Komu Nobel się należy	23
▶ leczmy ból	24
▶ Szybko i kompleksowo	26
▶ Krótka historia wstydu	28
▶ Goniąc Medyczny	29, 32
▶ Znachorzy i uzdrowiciele	30
▶ Otyłość trzewna	33
▶ z Mazowsza	34
▶ uwaga! składki członkowskie	36
▶ Podnieśmy prestiż...	38
▶ Rzeczpospolita Ujazdowska	40
▶ Posłuchać, zobaczyć...	42
▶ Godne życie na progu śmierci	43
▶ lektury	46
▶ dla smakoszy	47
▶ sport	48
▶ literatura i życie	50
▶ ciekawe miejsca	51
▶ wspomnienie	52
▶ nowe przepisy prawne	53
▶ felietony:	
▶ Balicki	7
▶ Walewski	7
▶ Kowal	42
▶ Jankowska	44
▶ Ciepły	45
▶ Müldner-Nieckowski	45



Fot. kb

Dla Niepodległej

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

W tym roku listopad jest wyjątkowy. Nie tylko wspominamy naszych zmarłych, mamy również powód do refleksji związanych z setną rocznicą odzyskania przez Ojczyznę niepodległości.

Polscy lekarze zawsze stawali w pierwszym szeregu do walki o wolność i niepodległość. Nie tylko w ramach swoich powinności wynikających z przysięgi Hipokratesa, ale również zgodnie z poczuciem obowiązków patriotycznych. Pamiętamy o wspaniałych lekarzach patriotach:

Generale doktorze Felicjanie Sławaju-Składkowskim – najdłużej urzędującym premierze II RP. Ginekologu położniku, absolwencie CM UJ;

Generale doktorze Bolesławie Wieniawie-Długoszowskim – lekarzu okuliście, absolwencie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego. Poecie, wybitnej postaci przedwojennej Warszawy. Żołnierzu do zadań specjalnych marszałka Piłsudskiego. Doskonałym wojskowym, ale i bohaterze wielu anegdot;

Profesorze doktorze pułkowniku Edwardzie Lothu – doktorze medycyny i filozofii, antropologu, profesorze Uniwersytetu Warszawskiego, członku Polskiej Akademii Umiejętności, absolwencie Uniwersytetu w Heidelbergu. Twórca Zakładu Przeszkolenia Inwalidów, jedynej takiej placówki powstałej na terytorium okupowanym przez Niemców w czasie II wojny światowej. Dowódca Sanitarnego Okręgu V Mokotów w czasie Powstania Warszawskiego. Jego prace są do dziś cytowane w amerykańskich podręcznikach. Jest Sprawiedliwym wśród Narodów Świata.

Pamiętamy o **generale Janie Kołłątaj-Szednickim** – lekarzu, legionście, senatorze, komendancie Centrum Wyszukolenia Sanitarnego, Sprawiedliwym wśród Narodów Świata.

I o **Marii Skłodowskiej-Curie**, która organizowała mobilne gabinety rentgenowskie w czasie I wojny światowej. W 1932 r. otworzyła powstały z jej inicjatywy Instytut Radowy w Warszawie.

Pamiętamy o **profesorze Odo Bujwidzie** – założycielu drugiej na świecie, po Paryżu, stacji pasteurowskiej. U zarania niepodległej RP tworzył Zakład Bakteriologii Wojska Polskiego.

Wspomnijmy jeszcze trochę zapomnianych: **doktora Kamila Jana Bogackiego** – przyjaciela i lekarza marszałka Józefa Piłsudskiego, konsultanta uniwersytetów europejskich oraz amerykańskich, działacza niepodległościowego, żołnierza Legionów oraz Armii Krajowej. Obywatela świata i żarliwego polskiego patriotę;

I **doktora Eugeniusza Piestrzyńskiego** – komendanta szpitala polowego I Brygady Legionów Polskich, lekarza marszałka Piłsudskiego, komendanta Szpitala Zapasowego nr 2 w Warszawie, prezesa Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Polskiego Towarzystwa Higienicznego, Międzynarodowego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, działacza Związku Legionistów.

W tym numerze „Pulsu” dr Maria Ciesielska opowiada o początkach izb lekarskich, o wybitnych przedstawicielach medycyny polskiej, którzy mają ogromny wkład w powstanie samorządu lekarskiego. *„W realiach nowo powstającego państwa nie zabrakło lekarzy i społeczników, którzy postanowili podjąć wyzwanie walki z biedą i zaniedbaniem, organizowali kształcenie studentów, pracowali naukowo, powoływali stowarzyszenia i tworzyli zręby samorządu lekarskiego”* – pisze.

Red. Małgorzata Skarbek natomiast powraca do historii Szpitala Ujazdowskiego i do związanych z nim wybitnych polskich lekarzy – żołnierzy, społeczników.

Ci wszyscy lekarze, ale jeszcze wielu innych, zapomnianych, pracowali w kraju, lecz również w odległych miejscach, do których rzuciły ich losy i historia. ■



Fot. M. Beczek

Łukasz Jankowski
prezes ORL w Warszawie

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Jestem przekonany, że samorząd lekarski powinien zajmować jasne, pryncypialne stanowisko zawsze wtedy, gdzie dochodzi lub może dochodzić do złamania Kodeksu Etyki Lekarskiej. Argumenty, które padły z ust posła lekarza podczas prac nad ustawą znoszącą obowiązek szczepień ochronnych, a także zgoda pozostałych posłów lekarzy na dalsze procedowanie tego szkodliwego i antyzdrowotnego projektu i skierowanie go do komisji, zbulwersowały środowisko lekarskie. Mogliście Państwo śledzić w mediach reakcje naszej izby na te wydarzenia, m.in. apel Okręgowej Rady Lekarskiej o odrzucenie projektu w całości, list do ministra zdrowia w sprawie rzetelnych danych dotyczących zawartości rtęci w szczepionkach, wniosek do NROZ w sprawie posłów lekarzy, którzy poparli dalsze prace nad projektem, oraz intensywną kampanię medialną służącą edukacji społeczeństwa w zakresie szczepień ochronnych. Internetowy hejt, który wylał się na nasz samorząd, w tym również na mnie, jest dowodem skuteczności naszych działań, a fakt, że wysłane przez izbę za pośrednictwem mediów społecznościowych komunikaty dotarły do 0,5 mln odbiorców, jest powodem do dumy. Będziemy nadal aktywnie działać, dbając o godność zawodu lekarza, a także promując edukację zdrowotną społeczeństwa. Zebrane przy okazji doświadczenie chciałbym wykorzystać w przyszłym roku podczas planowanej przez izbę akcji mającej na celu odbudowę zaufania do zawodu lekarza. Czy nam się uda?

Przy okazji „akcji szczepionkowej” nadeszło wiele listów gratulacyjnych i propozycji współpracy. Od 5 do 9 listopada 2018 r., dzięki bliskiej współpracy z Okręgową Radą Aptekarską, planujemy w naszej izbie wspólne szczepienie się przeciwko grypie lekarzy i farmaceutów. Zapisać się na bezpłatne szczepienie można na naszej stronie internetowej, a akcję szczepień objął patronatem główny inspektor sanitarny.

Jestem zbulwersowany faktem, że w projekcie ustawy dotyczącej dodatkowego dnia wolnego od pracy (12 listopada) doszło do dyskryminacji lekarzy. Jesteśmy jedną z niewielu grup zawodowych, które będą w tym dniu normalnie pracować, bez prawa do odpoczynku z rodziną i świętowania 100-lecia niepodległości. Rządzący zapomnieli, że my, lekarze, mamy nie tylko obowiązki, ale też prawa. Przeciwko takim działaniom stanowczo zaprotestowało już Prezydium ORL, podejmiemy dalsze kroki w celu zmiany dyskryminujących zapisów. Gdyby to się nie udało – wobec faktu, że 12 listopada żłobki, przedszkola i szkoły mają być zamknięte, zorganizowaliśmy instytucjonalną, profesjonalną opiekę dzieciom z lekarskich rodzin w wieku 4–14 lat, których rodzice w tym dniu będą pracować. Szczegóły oraz zapisy na naszej stronie internetowej.

Ale izba to nie tylko lekarze rodzice. Z wielką przyjemnością zapraszam Państwa 14 listopada na Dzień Seniora do naszej siedziby. Program spotkania uważam za bardzo ciekawy i mam nadzieję, że ta inicjatywa zostanie pozytywnie odebrana przez członków izby, przede wszystkim lekarzy seniorów. ■



Jeszcze o lojalkach
str. 8



**E-przyspieszenie
czy e-zwolnienie?**
str. 10



Znachorzy i uzdrowiciele
str. 30

Warszawscy lekarze dla Niepodległej

Maria Ciesielska



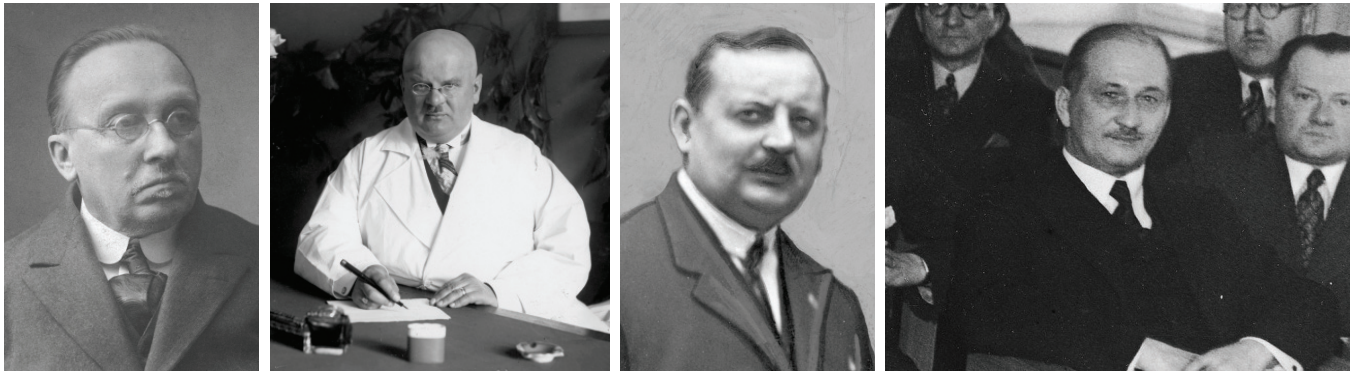
Fotografie: NAC

W setną rocznicę odzyskania niepodległości należałoby dokonać swego rodzaju bilansu postaci polskiej medycyny. Szacownych luminarzy było jednak zbyt wielu i z pewnością ktoś mógłby zostać pominięty. Wszakże w realiach nowo powstającego państwa nie zabrakło lekarzy i społeczników, którzy postanowili podjąć wyzwanie walki z biedą i zaniedbaniem, organizowali kształcenie studentów, pracowali naukowo, powoływali stowarzyszenia i tworzyli zręby samorządu

W 1921 r. przyjęto ustawę o ustroju i zakresie działania izb lekarskich. Stałym przedstawicielstwem i bezpośrednią władzą samorządową nowo powołanych izb lekarskich była Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, złożona z przedstawicieli izb wojewódzkich, którzy po raz pierwszy zebrali się w celu wyboru władz NIL 9 czerwca 1923 r. Prezesem w I i II kadencji został dr **Jan Bączkiewicz** – pediatra i laryngolog dziecięcy, wieloletni prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i członek Zarządu Głównego Związku Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej, noszący nadawany przez papieża tytuł Dżentelmena Jego Świątobliwości. W wydanym w 1922 r. sprawozdaniu z działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polskich możemy przeczytać: „Po raz pierwszy od chwili zjednoczenia Ojczyzny, z inicjatywy Zarządu zorganizowano pomyślnie, mimo trudności chwili, Zjazd przedstawicieli Towarzystw i Stowarzyszeń lekarskich z całej Polski, który przyczynił się do zbliżenia wzajemnego lekarzy trzech byłych zaborów oraz do ujednolicenia opinii o ważnych sprawach zawodowych i organizacyjnych”. Przygotowanie zjazdu było niewątpliwie ogromnym sukcesem organizacyjnym odradzającego się stanu lekarskiego.

W 1929 r. stanowisko prezesa NIL objął dr **Witold Chodźko**, lekarz psychiatra i neurolog, społecznik, polityk, minister zdrowia publicznego i opieki społecznej, a także wolnomularz. W 1935 r. zastąpił go wybitny pediatra prof. **Mieczysław Michałowicz**, działacz społeczny i polityk, wolnomularz, założyciel Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, nauczyciel wielu pokoleń lekarzy, któremu przyszło pełnić swój urząd w chwili wybuchu wojny. W pierwszych dniach wojny został ranny, pełniąc obowiązki szefa sztabu Poznańskiej Brygady Obrony Narodowej. Aresztowany za działalność konspiracyjną w listopadzie 1942 r., został uwięziony na Pawiaku, stamtąd przewieziony na Majdanek, a następnie do KL Gross-Rosen. Stan zdrowia profesora uległ wówczas znacznemu pogorszeniu, mimo to wbrew zakazowi władz obozowych konsultował małych współwięźniów. Jego pełna troski i miłości postawa wobec dzieci, zwłaszcza wtedy gdy sam bardzo cierpiał, była i jest nadal wspominana przez lekarzy będących świadkami jego pobytu w obozie koncentracyjnym.

Prezesami Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, obejmującej działaniem w okresie międzywojennym obszar m.st.



Po lewej: Szpital Wolski w 1925 r.; wyżej: dr Jan Bączkiewicz, prof. Mieczysław Michałowicz, prof. Antoni Cieszyński, dr Władysław Szenajch; niżej: dr Witold Chodźko (w środku)

Warszawy i województw warszawskiego oraz białostockiego, byli kolejno: dr **Leon Babiński** – lekarz ogólny, dr **Jerzy Bujalski** – chirurg i ginekolog (zginął w KL Auschwitz) i dr **Władysław Szenajch** – znakomity pediatra, określany mianem „lekarza polskiego Renesansu medycyny”. Był on, podobnie jak prof. Michałowicz, współzałożycielem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i organizatorem pierwszych kursów dokształcających w zakresie chorób dziecięcych, organizowanych przy Izbie Lekarskiej w Warszawie. Jako nauczyciel rozumiał i doceniał istotę wychowania studentów medycyny w duchu humanizmu, równocześnie był propagatorem rozwoju medycyny społecznej. Prof. Szenajch pisał: „Czyż lekarze nie są winni, że mając przedstawicielstwo w sejmie i wśród wyższych urzędników państwowych, nie potrafili obronić słusznych interesów lecznictwa? Zemściła się tu na lekarzach pewna jednostronność ich wykształcenia zawodowego. Mamy wśród lekarzy doskonałych profesorów i praktyków, lecz lekarzy tych nigdy nie interesowały zagadnienia medycyny i higieny socjalnej”.

W pierwszej połowie lat 30. nadano prawa akademickie – nie bez protestów środowiska lekarskiego – działającemu od 1920 r. w Warszawie Państwowemu Instytutowi Dentystrycznemu, przemianowując go na Akademię Stomatologiczną. Jej powstanie było możliwe dzięki wieloletnim staraniom prof. **Antoniego Cieszyńskiego**, który mimo piętrzących



się trudności wszelkiej natury nie ustawał w staraniach o stworzenie programu studiów stomatologicznych i wprowadzenie go w życie. Tuż przed wybuchem II wojny światowej, na mocy rozporządzenia ówczesnego ministra opieki społecznej Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego, lekarzy dentyistów włączono w struktury samorządu lekarskiego, tworząc cztery okręgowe izby lekarsko-dentystyczne.

Wybuch II wojny światowej, a potem bezwzględny okres stalinizmu odebrały niektórym możliwość rozwoju, wielu zginęło w gettach, obozach zagłady lub w związku z działalnością konspiracyjną. Dlatego, zamiast wyliczać nazwiska niewątpliwie zasłużonych profesorów medycyny, postanowiłam przedstawić dziś Czytelnikom postać wyjątkową, niesłusznie zapomnianą, ginącą niejako wśród innych, wybitnych postaci minionego stulecia – młodego lekarza dr. **Włodzimierza Kmicikiewicza**.

Z początkiem 1940 r. mjr dr Kmicikiewicz przyjechał do Warszawy, gdzie podjął pracę na Oddziale Chirurgicznym Szpitala św. Ducha i w Stołecznym Komitecie Samopomocy Społecznej oraz przyjmował pacjentów w prywatnym gabinecie. Właściwie do stolicy powrócił, ponieważ tutaj kilka lat wcześniej ukończył studia i podchorążówkę. W tym samym roku ożenił się i wkrótce na świat przyszły kolejno dwie córki. Gdy wybuchło powstanie warszawskie, został jako zaprzysiężony lekarz Armii Krajowej przydzielony do Szpitala Wolskiego, a po kilku dniach przeniesiony do dziecięcego Szpitala Karola i Marii na Woli. Panujące w tej placówce warunki pogarszały się z każdą chwilą. Przebywający tam także dr **Zbigniew Woźniewski** zanotował w swoim dzienniku: „*Ruch w szpitalu był bardzo duży. Co chwila przebiegali przez teren szpitala powstańcy, łącznicy, gońcy i sanitariusze. Ranni leżeli pokotem na podłogach, gdyż szpital dziecięcy nie dysponował łóżkami dla dorosłych*”.

Sytuacja pacjentów wolskich szpitali zmieniła się dramatycznie 5 sierpnia, gdy padła kluczowa barykada na rogu ulic Wolskiej i Młynarskiej. Tego dnia w godzinach popołudniowych Niemcy podpalili położony kilkaset metrów od szpitala dziecięcego Szpital św. Łazarza. Wówczas lekarze z sanitariatu Kedywu opuścili Szpital Karola i Marii, a z nimi część powstańców, kilka osób personelu pomocniczego i lżej ranni. Pozostałymi opiekował się m.in. dr **Jerzy Hagmajer**, który opisał wydarzenia tego dnia następująco: „*Rano, w niedzielę 6 sierpnia, wpadło do szpitala trzech esesmanów. Przebiegli przez szpital, wołając, że wszyscy ranni i personel to bandyci i że zostaną wkrótce rozstrzelani. Na sali leżał rtm. Lossow, ranny i z zapaleniem płuc. Byliśmy z nim zaprzyjaźnieni. Zawołał nas do swego łóżka i powiedział: »Ja już swoje przeżyłem, ale wy, tacy młodzi,*



Fot. archiwum UW

KMICIKIEWICZ Włodzimierz Aleksander

l.alb. 34405

dyplom lekarza Nr 340

PRZYRZECZENIE LEKARSKIE

„Przyjmując z czcią i głęboką wdzięcznością nadany mi stopień lekarza i pojmując całą wagę związanych z nim obowiązków, przyrzekam i ślubuję, że w ciągu całego życia będę spełniał wszystkie prawem nałożone obowiązki, strzegł godności stanu lekarskiego i niczem jej nie splamię, że według najlepszej wiedzy będę dopomagał cierpiącym, zwracającym się do mnie o pomoc, mając na celu wyłącznie ich dobro, że nie nadużyję ich zaufania i że zachowam w tajemnicy to wszystko, o czym się dowiem w związku z wykonywaniem zawodu. Przyrzekam i ślubuję dalej, że do kolegów lekarzy będę się zawsze odnosił z koleżeńską życzliwością, jednak bezstronnie, mając dobro chorych mi powierzonych przedewszystkiem na względzie. Przyrzekam i ślubuję wreszcie, że będę się stale doskonalił w naukach lekarskich i ze wszystkich sił starać przyczynić się do ich rozkwitu i że podam zawsze bez zwłoki do wiadomości świata naukowego, wszystko to, co uda mi się wynaleść lub udoskonalić”.

Warszawa, dnia 7 lipca 1936 roku.

świeżo po ślubie, żał mi was niezmiernie». Tymczasem nic się nie działo, więc z dr. Kmicikiewiczem postanowiliśmy się ogolić, by porządnie wyglądać, gdy staniemy przed Bogiem. Ogoleni, przystąpiliśmy do codziennych zajęć. W nocy przywieziono nam żołnierza z atakiem wyrostka robaczkowego. Postanowiliśmy go operować. Umyliśmy się do operacji, Teresa przywiozła na wózek chorego. W tym momencie szpital zaroił się od Kałmuków. Jeden z nich wpadł na salę operacyjną. Zobaczył chorego i wrzasnął »ty bandit«, »jestem żołnierz polski, nie bandit« – rzekł akowiec, siadając na wózku. Kałmuk zastrzelił chorego... Na salach chorych rozpętało się piekło. Kałmucy strzelali do rannych niemogących chodzić, innych zmuszano do wyjścia. Błogosławiłem w duchu Antylopę, która zdobyła dla mnie cywilne ubranie przeznaczone dla jakiegoś zmarłego. Spodnie przykryły kompromitujące mnie oficerki, panterkę wcisnąłem gdzieś w kąt, założyłem fartuch i uzbroiłem się w stetoskop. Schowałem do kieszeni zegarek i obrączkę, po czym zaczęliśmy wynosić dzieci. Uformował się pochód – na czele były niesione dzieci, potem ciągnęli ranni i personel lekarski wraz z pielęgniarkami i sanitariuszkami. Co chwilę przybiegał do mnie Kałmuk lub Ukrainiec z pytaniem »ty wracz?« oraz żądając »czaszy?».

Żołnierze pułku szturmowego Rosyjskiej Wyzwoleńczej Armii Ludowej (RONA), a także azerbejdżańskie bataliony Oddziału Specjalnego „Bergman” oraz 1 batalion 111 Pułku „Dönmeç” (nazywani potocznie własowcami lub kałmukami) w towarzystwie nielicznych Niemców wypędzali ze szpitala chorych, zmuszając ich, aby szli w białiznie pośród płonących domów, pozrywanych drutów tramwajowych, w kłębach gryzącego w oczy dymu. Upiorny pochód zamykały niemieckie czołgi, jakby uzbrojeni oprawcy nie wystarczali do upilnowania wyczerpanych ludzi. Na rogu ulic Górczewskiej i Młynarskiej ludzi zatrzymano. Kazano pozostawić rannych, a personel medyczny ustawiono pod murem, gdzie roztawiono broń maszynową. Część osób zaczęła się modlić, inni płakali. Wtedy dr Kmicikiewicz przemówił do nich: „Ludzie! Zginiecie i tak wszyscy. Umierajcie dzielnie i spokojnie, jak na Polaków przystało”. Wówczas jeden z oficerów zażądał, aby wystąpił dyrektor szpitala. Dr Kmicikiewicz, który biegle władał językiem niemieckim, powiedział, że dyrektor pozostał na terenie Szpitala Karola i Marii. Wówczas Niemiec zaczął krzyczeć i grozić, że jeśli dyrektor się nie ujawni, wszyscy lekarze zostaną rozstrzelani. Wówczas dr Kmicikiewicz wystąpił z szeregu. Oficer wezwał najbliższego kałmuka i kazał mu zastrzelić doktora. Padł jeden strzał wymierzony w głowę. Lekarz runął na ziemię.

W chwilę później nadjechał motocykl wiozący niemieckiego lekarza sztabowego, który oświadczył, że Szpital Wolski pozbawiony jest lekarzy i pielęgniarek oraz wymógł wstrzymanie egzekucji personelu medycznego i wznowienie marszu. Odchodzący w kierunku szpitala ludzie usłyszeli jeszcze za sobą strzały z broni maszynowej. To rozstrzelano rannych żołnierzy AK, których kazano pozostawić na miejscu. W godzinach popołudniowych Szpital Karola i Marii został podpalony. Na jego terenie przebywało wówczas 60 chorych dzieci i około 150 rannych, w tym kilku Niemców. Część osób zginęła w podpalonych budynkach. Grupa prowadzona w asyście kałmuków dotarła do Szpitala Wolskiego przy ul. Płockiej późnym popołudniem. Wszyscy zrozpaczeni śmiercią pacjentów, żołnierzy oraz dr. Kmicikiewicza, który – jak napisał po wojnie dr Hągmajer: „poświęcił się dla nas i za nas”. ■

Piśmiennictwo u autorki.



Marek Balicki

W felietonie na łamach październikowego numeru „Służby Zdrowia” Andrzej Sośnierz wyjątkowo krytycznie ocenił sytuację w opiece zdrowotnej. Znaczący jest już sam tytuł: „System w rozpadzie”. Według byłego szefa NFZ mamy obecnie do czynienia z coraz większym chaosem organizacyjnym, stopniowym zatracaniem przez system celów funkcjonowania oraz brakiem kryteriów oceny skuteczności.

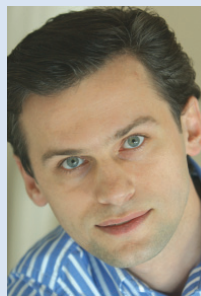
W jego opinii zamieszanie pogłębia zjawisko używania terminów niezgodnie z ich właściwym znaczeniem. Jednym z podanych przykładów są tzw. mapy potrzeb zdrowotnych, które w istocie są mapami aktualnych miejsc wykonywania świadczeń, a nie mapami zapotrzebowania, i to na dodatek niedoskonałymi.

Najbardziej krytyczne słowa dotyczą jednak sieci szpitali. Jest ona „*jakąś zbieraniną placówek lecznictwa zamkniętego bez jasno sformułowanego celu, a finansowanie ryczałtowe nie jest ani ryczałtowe, ani nie jest finansowaniem świadczeń. Ni pies, ni wydra*”.

Tak się złożyło, że sieć stała się jednym z wiodących tematów tegorocznego XIV Forum Rynku Zdrowia. Przypomnijmy, że w październiku minął rok od jej wprowadzenia. Zachwytów podczas forum nie było, chociaż opinie krytyczne, wypowiedziane głównie przez dyrektorów szpitali, nie były aż tak radykalne, jak przytoczone słowa pła. Sośnierza. Doceniono większą swobodę w zarządzaniu środkami otrzymanymi w ramach ryczałtu, możliwości ich przesuwania między opieką ambulatoryjną a stacjonarną oraz rezygnację z konkursów. Największy niepokój budziło wyraźne pogorszenie się sytuacji finansowej szpitali w tym roku w stosunku do lat 2016–2017. Żle to wróży na przyszłość. Mówiono również, że sieć zamiast prowadzić do stopniowej racjonalizacji nadmiernych zasobów naszego szpitalnictwa wręcz je zamroziła, co wynika z mechanizmu ryczałtu, w ramach którego punkty najłatwiej wypracować hospitalizacjami.

Optymizm NFZ i Ministerstwa Zdrowia nikogo nie zaskoczył. Ciekawsze były wypowiedzi ministra Szumowskiego: odnoszące się do możliwych korekt sieci, na temat sygnalizowanego już wcześniej podziału dyżurów szpitalnych na „tępe” i „ostre” oraz pomysłu „*referencyjności szpitali dla populacji pacjentów z danego obszaru*”. Wskazywał na coraz częściej stosowaną w Europie metodę finansowania polegającą na wyznaczeniu ryczałtu dla określonej populacji. Podkreślił, że w takim podejściu zarządzanie budżetem jest zwykle bardziej racjonalne.

Rok funkcjonowania sieci to zbyt krótki czas na kompleksową ocenę skutków jej wprowadzenia, tym bardziej że zostały podjęte decyzje o przekierowaniu części „znakowanych” środków na podwyżki. Fakt, że nie nastąpiło pogorszenie dostępności świadczeń dla pacjentów, co często podkreślano w czasie forum, nie powinien jednak uspokajać. Zwłaszcza że nie doszło do pożądanых zmian w rozmieszczeniu i liczbie łóżek szpitalnych, a kondycja finansowa wielu placówek się pogorszyła. Może więc warto wstąpić się czasem w krytyczne głosy, również tak radykalne jak opinia Andrzeja Sośnierza. ■



Recepta na receptę

Paweł Walewski

Długo wyczekiwany dokument, „Polityka lekowa państwa”, media szybko uznały za konstytucję regulującą na najbliższe lata nasz skomplikowany rynek farmaceutyczny. Naczelna Rada Lekarska była bardziej powściągliwa, twierdząc w wydanym oświadczeniu, że choć postawione cele leczenia Polaków są słuszne, wiele aspektów potraktowano zbyt ogólnikowo i pozostał niedosyt. Każde środowisko medyczne dorzuciło coś od siebie. Warto teraz śledzić, czy zgłoszone postulaty nie będą się nawzajem wykluczać, oraz czy uda się zapobiec pozostaniu słusznych zapowiedzi na papierze.

Wśród głównych zmian, jakich można się spodziewać w najbliższym czasie, Ministerstwo Zdrowia wymienia potrzebę aktywizacji farmaceutów. Ma ona zmierzać do wprowadzenia tzw. opieki farmaceutycznej na większą skalę, o co środowisko aptekarzy upomina się od dawna. Akurat jesienią towarzyszy temu dyskusja, czy zezwolić farmaceutom – wzorem niektórych krajów w Europie – na podawanie szczepionek przeciwgrypowych. Ale pojawia się też inna kwestia: skoro stawiamy na samodzielność pracowników aptek, czy odciążą oni lekarzy również od zadań biurokratycznych, np. wypisywania recepty?

To postulat, który przypomniał niedawno jeden z lekarzy na portalu społecznościowym, dziwiąc się, dlaczego od dłuższego czasu nikt już nie protestuje przeciwko narzuceniu obowiązku określania stopnia refundacji leku w ramach wystawiania recepty. „*Absurd stał się rutyną, a niespotykana w żadnym kraju biurokratyczna pańszczyzna wykonywana jest w każdej przychodni i szpitalu. Pańszczyzna wyjątkowo niebezpieczna, bo jeden nieświadomy błąd skutkuje daniną lekarza na rzecz NFZ, z pięcioletnimi odsetkami*” – czytamy w jego krótkim tekście, który obiegił medyczny Internet.

Ciekawe, czy urzędnicy ministerstwa, zajęci gorączkowym prowadzeniem pilotażu e-recept, byłiby skłonni uznać za fakt, że rolą lekarza nie jest dumanie nad ostatnią kolumną recepty, lecz nad tym, co zlecić choremu, by było skutecznie i jak najbezpieczniej. Stopień odpłatności niech na tradycyjnych receptach wpisują nielekarze, gdyż jest to czynność niewymagająca wiedzy medycznej, lecz raczej znajomości dość szybko zmieniających się rozporządzeń.

Obecnie ofiarami niespójności między decyzjami lekarzy a czynnościami aptekarskimi są pacjenci, którym odmawia się zrealizowania recepty z bardzo prozaicznych powodów. Błędy w numeracji, datach, dawkowaniu, a nawet w nazwach leków. Pośpiech lub niestaranność skazują chorych na nieprzyjemne sytuacje, bo prawo (które trzeba zmienić), a nie zła wola aptekarzowi wydania refundowanego preparatu. Wraz z opieką farmaceutyczną mogą nadejść czasy, kiedy podważanie lekarskich decyzji stanie się jeszcze częstsze. Jak minister zdrowia postara się temu zapobiec? ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Jeszcze o lojalkach

Małgorzata Solecka

Ilu specjalistów ostatecznie podpisze deklaracje lojalności? Ile szpitali i oddziałów znajdzie się na listach zagrożonych brakiem możliwości udzielania świadczeń? Kiedy szpitale zaczną wypłacać lekarzom należne podwyżki? Realizacja ustawy, która miała obowiązywać od 1 lipca, przypomina niekończącą się listę pytań. W dodatku na wiele z nich wciąż brakuje odpowiedzi.

Na początku października Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował pierwsze wykazy oddziałów szpitalnych zagrożonych brakiem możliwości udzielania świadczeń (czyli pisząc wprost – zagrożone brakiem lekarzy), będącym skutkiem podpisywania przez specjalistów deklaracji lojalności. Uwzględniając tylko deklaracje podpisane we wrześniu, można oce-

nić, że na taki krok zdecydowało się około dwóch trzecich lekarzy uprawnionych w momencie uchwalania ustawy. Media podały, że w całym kraju na listach zagrożonych znalazło się kilkaset oddziałów w niemal 130 placówkach. W województwie mazowieckim – kilkadziesiąt oddziałów w 18 szpitalach. W wykazie, jaki oddział mazowiecki funduszu opublikował w połowie października, liczba szpitali wzrosła o 50 proc. – do 27. Wzrost liczby oddziałów nie był aż tak dynamiczny, ale nie znaczy to, że nie ma powodów do niepokoju. Widać wyraźnie, że mazowieckie placówki mogą mieć kłopoty z domknięciem grafików nie tylko w takich specjalizacjach jak pediatria, neonatologia czy anestezjologia, które są tradycyjnie uznawane za rodzące problemy w zdecydowanej większości regionów, ale również w wielu innych. Problemy zgłaszają zaś nie tylko szpitale powiatowe, ale również duże specjalistyczne, zwłaszcza położone poza Warszawą, choć na liście są też szpitale wysokospecjalistyczne z Warszawy – Wojskowy Instytut Medyczny oraz Centrum Zdrowia Dziecka z kilkunastoma oddziałami i poradniami.

**CHOROBY DEMIELINIZACYJNE OUN
ŚCIEŻKI KLINICZNE**

WARSZAWA, 14–15 grudnia 2018 r.

KIEROWNIK NAUKOWY
dr hab. Mariusz STASIOŁEK, prof. nadzw.

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY
Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

ORGANIZATOR
Wydawnictwo Termedia

BIURO ORGANIZACYJNE
Wydawnictwo Termedia | ul. Kleeberga 2 | 61-615 Poznań | tel./faks +48 61 656 22 00 | szkolenia@termedia.pl | www.termedia.pl

Na ile kadrowe kłopoty placówek będą poważne, za wcześnie rozstrzygać. Umieszczenie oddziału w wykazie „zagrożonych” pozwala dyrektorowi placówki zatrudniać na dyżury również specjalistów z podpisaną lojalką. Pytanie tylko, czy znajdują się chętni. I za jakie stawki.

Jeśli jednak, jak przewiduje duża część ekspertów, operacja „6750 zł za zobowiązanie do niewykonania świadczeń tożsamych poza macierzystym szpitalem” skończy się tak, że specjaliści będą otrzymywać wyższe wynagrodzenie i praktycznie bez ograniczeń będą mogli pracować na dotychczasowych zasadach, pojawi się kolejne pytanie: po co uchylać przepisy, które przysparzają pracy administracyjnej, a są od początku martwe? W dodatku ich fikcyjność dałoby się przewidzieć, gdyby Ministerstwo Zdrowia właściwie oszacowało skalę zainteresowania podwyżkami ze strony specjalistów. Gdyby nie zakładano, że z opcji skorzysta kilka, najwyżej kilkanaście procent uprawnionych.

Już w tej chwili można powiedzieć, że Ministerstwo Zdrowia przygotowało przepisy, których skutków nie da się w pełni przewidzieć. Nie ukrywa tego zresztą od dłuższego czasu prezes NFZ Andrzej Jacyna, który w połowie października potwierdził, że fundusz zakłada, iż (z dużym prawdopodobieństwem) część lekarzy, w tej chwili pracujących na kontraktach, zadeklaruje gotowość przejścia na umowę o pracę. W takich przypadkach konieczne jest wypowiedzenie umowy. Realnie patrząc, w styczniu może więc wystąpić kolejna fala nowych deklaracji lojalnościowych, co pozwoli lepiej oszacować zarówno koszty, jak i skutki ustawy o świadczeniach zdrowotnych, wprowadzającej stawkę 6750 zł brutto dla lekarza specjalisty. Można jednak założyć, że koszty ustawy, nawet jeśli w tym roku zamkną się w założonej kwocie niecałych 240 mln zł, zostały niedoszacowane. Zwłaszcza że dyrektorzy szpitali dla lekarzy pracujących na kontraktach nie mają kontrproponycji. Podczas posiedzenia Komisji Zdrowia, zwołanego na początku października dla oceny sytuacji finansowej szpitali po roku funkcjonowania w sieci, przedstawiciele organizacji szpitali powiatowych podkreślali, że lekarze pracujący na podstawie umów cywilnoprawnych żądają podwyżek, które wyrównałyby ich stawki z tymi, które otrzymują lekarze na etatach. Jednak na sfinansowanie wzrostu stawek godzinowych szpital nie dostanie z NFZ ani grosza, a urzędnicy funduszu wprost doradzają dyrektorom, by proponowali lekarzom zatrudnienie na etacie.

Kolejnym problemem jest wypłata należnych lekarzom podwyżek. Dotyczy to, choć z różnych powodów, zarówno rezydentów, jak i specjalistów. Podwyżki dla rezydentów finansuje resort zdrowia, który (do połowy października) pieniędzy szpitalom nie przekazał. Niektóre (nieliczne) szpitale zdecydowały się jednak wypłacać rezydentom wyższe, wynikające z rozporządzenia ministra zdrowia, stawki wynagrodzenia zasadniczego. Jeszcze mniej liczne wypłaciły

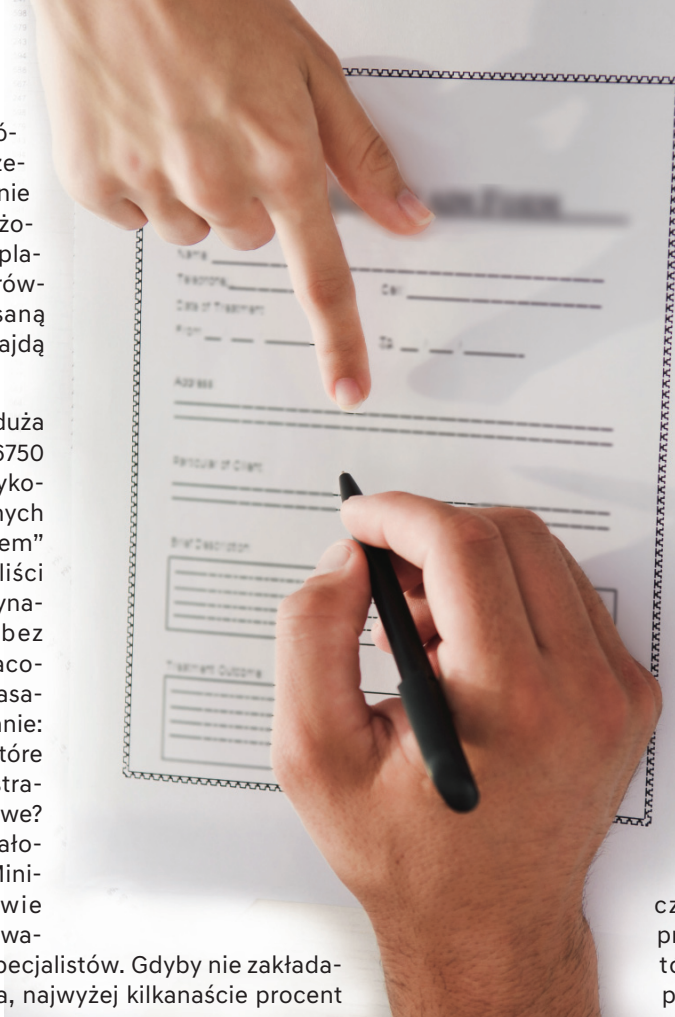
z własnych środków dodatki lojalnościowe. Najczęściej jednak rezydenci słyszą, że wypłata wyższej pensji, dodatków i wyrównania od lipca będzie możliwa, gdy resort zdrowia przeleje pieniądze na konta szpitali.

Wyższe wynagrodzenia specjalistów mają być sfinansowane z pieniędzy, jakie w ramach kontraktów przekaże szpitalom NFZ. I tutaj problem jest znacznie poważniejszy: szpitale powiatowe domagają się podniesienia wartości ryczałtów o minimum 15 proc. Inaczej, ich zdaniem, nie ma mowy o pokryciu całości kosztów lekarskich podwyżek. Zwłaszcza że najmniejsze szpitale nie oszczędzą pieniędzy na wypłatach za dyżury rezydentów (obowiązek finansowania czterech dyżurów w miesiącu przejął resort zdrowia, ale rezydentów w szpitalach powiatowych praktycznie nie ma). Dyrektorzy szpitali powiatowych mają na temat wysokości ryczałtów i aneksowania

umów ze specjalistami rozmawiać pod koniec października w Warszawie. I powiaty, i szpitale powiatowe kilka razy w ostatnich miesiącach groziły funduszowi wypowiedzeniem kontraktów, ale byłby to krok tak radykalny i ostateczny, że trudno się spodziewać, by ktokolwiek się na niego zdecydował.

W części szpitali lekarze (zarówno rezydenci, jak i specjaliści) nie dostali nawet aneksów do umów, a specjaliści, którzy takie aneksy już dostali (np. w dwóch warszawskich instytutach podległych Ministerstwu Zdrowia), musieli złożyć podpis na dokumencie, który przewiduje, że wypłata wyższego wynagrodzenia będzie realizowana... do końca 2020 r. (lub do czasu, gdy NFZ będzie na ten cel przekazywał dodatkowe środki). Po tym czasie szpital zakłada powrót do wynagrodzenia sprzed podwyżki, z ewentualną korektą wynikającą z ustawy o wynagrodzeniu minimalnym pracowników wykonujących zawody medyczne. To zapis wynikający bezpośrednio z ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w której zapewniono finansowanie wyższych wynagrodzeń do końca 2020 r. Potem, zgodnie z ustaleniami dokonanymi przez ministra zdrowia i Porozumienie Rezydentów OZZL, ma nastąpić „ewaluacja”, czyli kolejna tura uzgodnień. Tego jednak szpitale w aneksach zapisać nie mogą.

Kiedy więc lekarze mają szansę na otrzymanie podwyżek, a część (ci, którzy podpisali deklaracje do 7 września) również wyrównań? Prezes NFZ Andrzej Jacyna obiecał ogólnie w połowie miesiąca, że wypłaty pierwszych podwyżek (za tem raczej nie dla wszystkich) nastąpią „do końca października”. Bardzo realny jest więc scenariusz, przewidywany zresztą przez lekarzy, gdy było już jasne, że ustawa nie wejdzie w życie w wynegocjowanym w porozumieniu z lutego terminie, iż podwyżki wraz z wyrównaniem trafią na konta najwcześniej w listopadzie, być może nawet w grudniu. ■



Fot. licencja Artmedia Partners



E-przyspieszenie

Konrad Pszczołowski

Do OIL napływa coraz więcej pytań. Wielkimi krokami nadchodzi era e-dokumentacji medycznej. Jest sporo niejasności. Wiele koleżanek i kolegów nie umie się w tym odnaleźć. O co właściwie chodzi?

Spróbuję to najkrócej wyjaśnić, stosując pochodzące z czasów starożytnych klasyczne pytania Arystotelesa, dotyczące okoliczności danego aktu (*quis, quid, ubi, quibus auxiliis, cur, quomodo, quando*).

KTO? – czyli określenie podmiotu działania

Odpowiedź: wszyscy upoważnieni wszystkim pacjentom.

Recepty mogą wypisywać także uprawnione pielęgniarki. Zostało to uzgodnione w Komisji Europejskiej (mało brakowało, a podczas uzgodnień dodano by do tej grupy także uzdrowicieli; w Niemczech mogą wypisywać niektóre leki).

E-zwolnienia będą mogli wystawiać upoważnieni asystenci.

Ostateczna autoryzacja pozostaje jednak w gestii lekarzy (i to oni ponoszą odpowiedzialność).

CO?

Recepty i zwolnienia, docelowo także skierowania i wszystkie pozostałe dokumenty w zakresie ochrony zdrowia.

Recepty refundowane – według zasad umowy z NFZ. Zwolnienia – zgodnie z upoważnieniami z ZUS.

GDZIE? (okoliczności miejsca działania)

Wszędzie: podczas wizyt domowych, w przychodniach, szpitalach i w ogóle wszędzie tam, gdzie lekarze mają do czynienia z pacjentami. W całej Polsce (wzorem innych krajów Unii Europejskiej).

JAKIMI ŚRODKAMI?

Komputerowo, tabletkowo, smartfonowo itp., czyli generalnie rzecz biorąc, **jedynie** za pomocą urządzeń teleinformatycznych. Papierowo – już tylko awaryjnie (i w okresie przejściowym, czyli przez rok).

Docelowo i tak trzeba niezwłocznie dokonać zapisu komputerowo. Wszystko wokół nas ma być zarejestrowane elektronicznie, co (w założeniu) niebawem usprawni życie, przynosząc niewątpliwe oszczędności czasu i środków.

W JAKI SPOSÓB?

Jak najlepiej, jak najszybciej, bez narzekania i bezbłędnie oraz najlepiej bez dodatkowych wynagrodzeń (ale tu mogę się mylić).

KIEDY?

Niezwłocznie. E-zwolnienia obowiązują od 1 grudnia 2018 r., e-recepty od stycznia 2019. Ostateczny termin wdrożenia systemu e-recepty na terenie całego kraju to 1 stycznia 2020 r.

Dawni filozofowie i etycy dodawali jeszcze pytanie: **czy czynnie jest nakazany przez odpowiednią władzę?**

JEST NAKAZANY w ustawach i rozporządzeniach. Tego będą pilnować ministerstwa, NFZ, ZUS (i inne urzędy).

Tyle przekazano dotąd społeczeństwu (w tym lekarzom). Wyjaśnienia, które można znaleźć w sieci i w mediach, krążą głównie wokół opisanych kwestii.

Pozostaje odpowiedzieć na dalsze pytania, których (z różnych powodów) się unika:

DLACZEGO TAK SZYBKO?

Plany wprowadzenia e-zdrowia opracowywane są od lat. Przeznaczono na to duże środki unijne. Większość już wydano. Efekty były niezadowolające. Terminy wejścia w życie przepisów przesuwano kilka razy, ale teraz jest mus, bo inaczej trzeba będzie oddać dotacje (wielomilionowe). Nie chcę wchodzić w szczegóły. Kto ciekaw, niech poszuka materiałów sprzed kilku lat o platformach P1 i P2, projekcie PL-ID, braku interoperacyjności itp.

CZY JESTEŚMY DO TEGO PRZYGOTOWANI?

Władze twierdzą, że na pewno tak. Samorząd lekarski stwierdza, że raczej nie. Różne media różnie to przedstawiają. Pacjenci wierzą, komu chcą (na ogół są pełni wiary i nadziei).

**medical
magnus clinic**

Prywatna przychodnia **Medical Magnus Clinic Oddział w Siedlcach** podejmie współpracę z lekarzami następujących specjalizacji:

- ortopedia
- ortopedia dziecięca
- neurologia
- neurochirurgia
- reumatologia
- chirurgia
- chirurgia naczyniowa
- radiologia

Zainteresowanych specjalistów prosimy o kontakt:
tel. **572 344 360**, e-mail: **siedlce@mmcenter.pl**
08-110 Siedlce, ul. Świrskiego 34/38

czy e-zwolnienie?



Fot. licencja Artmedia Partners

Prawda, jak zwykle, leży pośrodku. Ze szpitalami i większymi przychodniami jest nie najgorzej. Są lekarze dobrze skomputeryzowani i biegli w tej materii. Są też prawie wykluczeni informatycznie. Nie wszyscy mają odpowiedni sprzęt lub nie mają na to środków. Są też tacy (całkiem spory odsetek), którzy mają komputery, umieją je obsługiwać, ale nie chcą pisać e-formularzy (i uważają, że nie muszą, w tym autor tego tekstu).

CO Z TEGO BĘDZIE?

Jak zwykle. Trochę nagłaśnianego sukcesu (zwłaszcza tam, gdzie wdrożono pilotaż), sporo bałaganu. Duży szum medialny. Duże niezadowolenie pacjentów i lekarzy. Gorące rozgrywki polityczne. Wzajemne wytykanie błędów i niedociągnięć. Być może kolejne przesunięcie terminu (ale to może Polskę sporo kosztować!).

CZY TO DOBRZE, CZY TO ŹŁE?

Jak w starym dowcipie: w dwóch słowach JEST DOBRZE. W trzech słowach: NIE JEST DOBRZE. Ja podsumuję to nowocześnie i informatycznie: **e-tam!** ■

BARDZO WAŻNA UWAGA DLA WSZYSTKICH KOLEŻANEK I KOLEGÓW: proces diagnostyczno-leczniczy kończy się nie tylko wypisaniem leków, ale orzeczeniem o zdolności do wykonywania pracy (oraz leżeniu lub nie, rehabilitacji, diecie itd.).

Obecnie wielu pacjentów nie chce zwolnienia. Jeśli lekarz uważa, że pacjent nie może z powodu choroby pracować, zwolnienie wypisuje. Pacjenci mogą go nie wziąć, ale my unikniemy ewentualnych roszczeń odszkodowawczych. **Czyja to wina, że nastąpiło pogorszenie? Lekarz nie dał zwolnienia.** Pacjent mówił, że nie chce? Nie wiedział, co czyni, był przecież bardzo chory, a lekarz zlekceważył.

Uczulają na to wszyscy uczący orzecznictwa. Ta zasada obowiązuje także w nowym systemie e-zwolnień.

Niektórzy twierdzą, że wszystkie planowane zmiany mają spowodować oszczędności przez odstraszenie pacjentów i lekarzy od leczenia, ale to założenie zbyt straszne, żeby było prawdziwe.



Dwa standardy leczenia, dwa światy stomatologii

Dariusz Paluszek

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Lekarze dentyści zostali w systemie ochrony zdrowia w Polsce zepchnięci do działalności komercyjnej. W zdecydowanej większości jesteśmy nie tylko lekarzami, ale również przedsiębiorcami. Prowadzimy jednoosobowe gabinety stomatologiczne, pracujemy również w większych zespołach i klinikach dentystycznych. W każdym z tych miejsc zderzamy się z tym samym problemem. Jest nim rozbieżność między leczeniem, które możemy zaofertować pacjentowi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a usługą komercyjną. W drugim przypadku zapewniamy leczenie na światowym poziomie, stosujemy technikę i materiały spełniające najwyższe standardy, ale jest to świadczenie kosztowne. W pierwszym – ograniczeni kontraktem i warunkami finansowania, które narzuca NFZ – nie wykorzystujemy na rzecz pacjenta tego, co nakazuje współczesna wiedza medyczna i umożliwia lekarzowi dentyście nowoczesna stomatologia.

Chcemy leczyć nie tylko komercyjnie. Pacjent powinien mieć wybór, w którym gabinecie, czy w ramach ubezpieczenia, czy komercyjnie, skorzysta z usługi. Podkreślam, chcemy przyjmować pacjentów w ramach kontraktu z NFZ, ale wymagania, jakie fundusz nam stawia, są trudne do zaakceptowania. Musimy dostosowywać się do płatnika i oferować chorym leczenie metodami, które nie przystają do współczesnych standardów. W rezultacie pacjenci wyrażają sobie błędną opinię o polskich stomatologach. Powinniśmy tę kwestię uświadamiać społeczeństwu i wskazywać, że środki przeznaczone w budżecie NFZ na stomatologię są zbyt małe, nie wystarczają do zaspokajania potrzeb. Tym bardziej że coraz mocniej podkreśla się znaczenie stanu jamy ustnej dla zdrowia całego organizmu, a w licznych przypadkach związanych z leczeniem innych schorzeń, np. przed wieloma zabiegami operacyjnymi, wymaga się od pacjenta zaświadczenia z gabinetu stomatologicznego. ■



Fot. kb

Prezentujemy sylwetki członków Komisji ds. Lekarzy Dentystów. W tym numerze „Pulsu”:

Bożena Hoffman, lekarz dentysta

Z samorządem lekarskim związana od 2005 r. W V, VI i VII kadencji pełniła funkcję zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. W VIII kadencji jest członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Lekarskiej, Komisji Kultury NIL, Komisji Kultury, Sportu i Turystyki ORL w Warszawie, a także Komisji Stomatologicznej NIL.

Zastępca OROZ to funkcja odpowiedzialna, ale skupiona tylko na jednym fragmencie naszej pracy. Pełniąc ją, nie mogłam być członkiem innych organów izby lekarskiej. Rezygnacja z funkcji zastępcy i uzyskanie mandatu członka ORL i NRL umożliwia mi wyrażanie się we wszystkich sprawach związanych z wykonywaniem naszego zawodu. Nasza praca jest bardzo ważna, ale nie tylko pracą człowiek żyje. Jako członek Komisji Kultury Sportu i Turystyki chciałabym integrować nasze środowisko. Proszę wszystkich lekarzy śpiewających, grających, malujących, fotografujących, piszących i z innymi pasjami o kontakt: b.hoffman@oilwaw.org.pl



Fot. M. Beczek

Roman Olszewski, lekarz dentysta

Z samorządem związany od II kadencji. Był delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy, członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i członkiem Prezydium ORL. Pełnił funkcje przewodniczącego Rady Funduszu Samopomocy (kadencje II–VII) i skarbnika ORL (kadencja VII). W VIII kadencji jest członkiem ORL, Komisji ds. Praktyk Lekarskich i Rady Funduszu Samopomocy, a także delegatem na KZL.

W wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie VIII kadencji znaczna część mandatów lekarzy dentystów pozostała nieobsadzona. To świadczy, że musimy aktywizować koleżanki i kolegów, zachęcić ich do współpracy, zainteresować sprawami samorządu młodych stomatologów. Widzę potrzebę rozmów z lekarzami w terenie. Postaram się, aby spotkania naszej komisji miały miejsce nie tylko w siedzibie izby, ale też w Ciechanowie, Ostrołęce, Radomiu, Siedlcach i stały się okazją do przeprowadzania szkoleń oraz prezentacji spraw izbowych. ■

SPRAWY STOMATOLOGÓW

Komisja ds. Lekarzy Dentystów obradowała 17 października 2018 r. Spotkanie poświęcone było sprawom organizacyjnym i bieżącym problemom stomatologów. Uczestnicy rozmawiali m.in. na temat przygotowań do wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, a także nowych zaleceń dotyczących sterylizacji narzędzi używanych w gabinetach. Przewodniczący komisji Dariusz Paluszek przekazał informację o akcji zainicjowanej przez Komisję Stomatologiczną NRL, polegającej na wysyłaniu z okręgowych izb lekarskich pism do wojewódzkich inspektorów sanitarnych w sprawie wątpliwości związanych ze stosowaniem „Ogólnych wytycznych dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji”. Komisja ds. Lekarzy Dentystów podjęła decyzję o włączeniu się do tych działań. Dariusz Paluszek przypomniał, że akcja jest następstwem wcześniejszej

wymiany korespondencji w tej sprawie między przedstawicielami NIL a głównym inspektorem sanitarnym. W ocenie środowiska nowe zalecenia dotyczące dokumentowania procesu sterylizacji utrudniają lekarzom wykonywanie obowiązków zawodowych i obciążają gabinety dodatkowymi kosztami. Uczestnicy dyskutowali również o problemie lekarzy dentystów odbywających staż specjalizacyjny, którzy nie mogą skorzystać z tzw. bonu patriotycznego, czyli prawa do zwiększonego wynagrodzenia przyznanego lekarzom rezydentom na mocy ustawy z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Tego samego dnia temat został omówiony na posiedzeniu Prezydium ORL w Warszawie, które przyjęło stanowisko w tej sprawie (tekst stanowiska zamieszczamy niżej). ■ **ach**

STANOWISKO

PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 17 PAŹDZIERNIKA 2018 R.

w sprawie uprawnień lekarzy dentystów do zwiększonego wynagrodzenia i umożliwienia skorzystania z „bonu patriotycznego” lekarzom dentystom odbywającym staż specjalizacyjny w formie rezydentury

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie stoi na stanowisku, że ustawa z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2018 r., poz. 1532) przyznała prawo do zwiększonego o 600 lub 700 zł wynagrodzenia nie tylko lekarzom odbywającym specjalizację w trybie rezydentury, ale także lekarzom dentystom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tym samym trybie.

W ocenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie art. 16j ust. 2b ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w brzmieniu nadanym ustawą z 5 lipca 2018 r. nie pozbawia lekarzy dentystów będących rezydentami prawa do zwiększonego wynagrodzenia związanego ze złożeniem deklaracji przepracowania w kraju 2 z 5 lat po potwierdzeniu zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. Prezydium wskazuje, że art. 16j ust. 2b ustawy, przyznając prawo do zwiększonego wynagrodzenia, posługuje się wprawdzie określeniem „lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury”, ale – zgodnie z art. 3 tej ustawy – ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o lekarzu bez bliższego określenia, rozumie się przez to również lekarza dentystę.

Zapis art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty określający, że zobowiązanie do pracy przez okres 2 lat na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, odnosi się do „wykonywania zawodu lekarza”, nie jest wystarczającą przesłanką do odmowy przyznania takiego prawa lekarzom dentystom.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie przypomina, że z treści wspomnianego przepisu art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie wynika w żaden sposób wyraźna wola ustawodawcy zróżnicowania sytuacji prawnej lekarzy i lekarzy dentystów, wobec czego należy przyjąć, że obowiązuje wyrażona w art. 3 ust. 1 ustawy ogólna reguła, iż użyte w ustawie określenie „lekarz” oznacza także lekarza dentystę. Ewentualne pozbawienie lekarzy dentystów odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury prawa do zwiększonego wynagrodzenia musiałyby wynikać z wyraźnej woli ustawodawcy wyrażonej w jednoznacznie sformułowanym zapisie ustawowym, czego w art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie uczyniono.

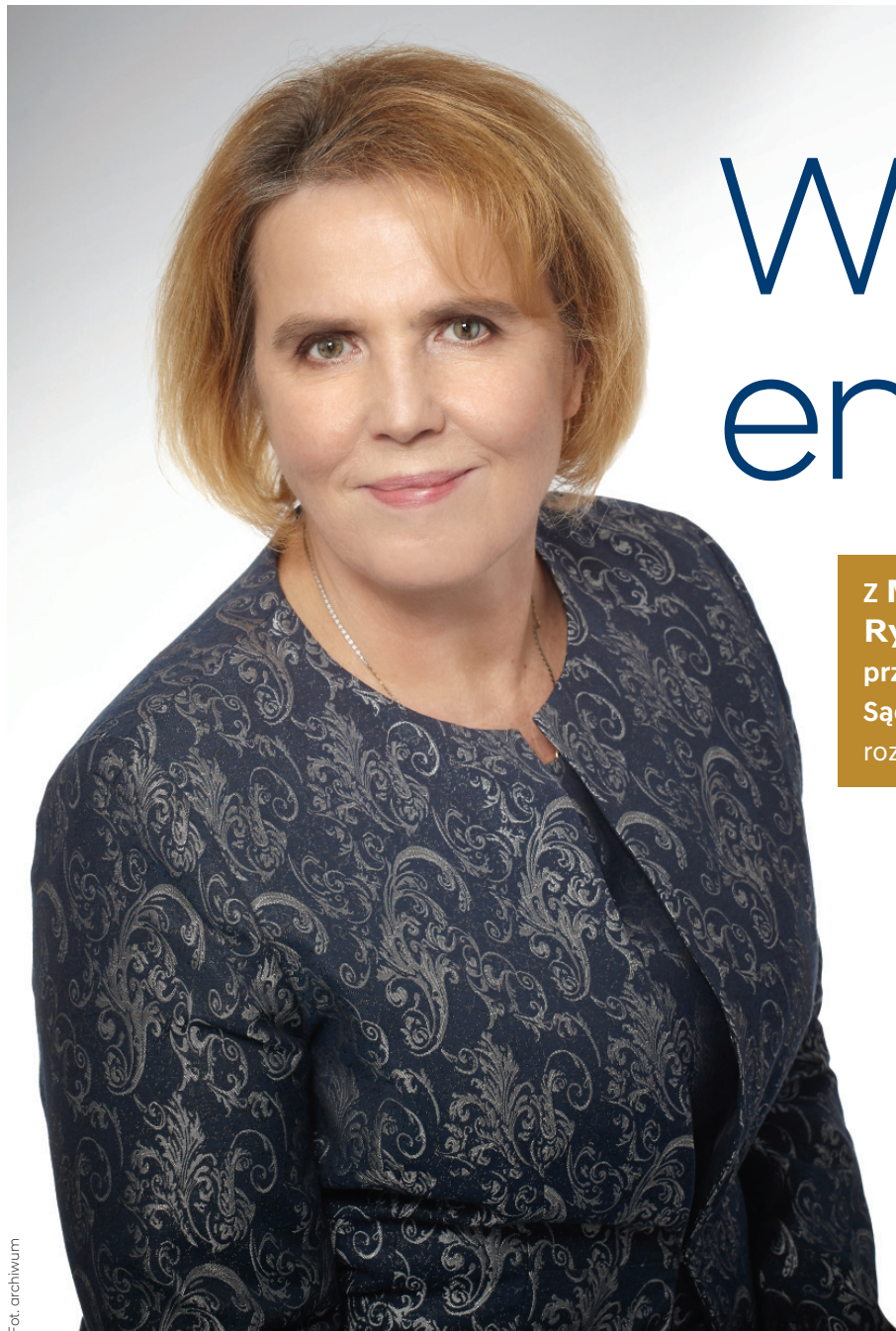
Intencji zróżnicowania sytuacji prawnej lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie zwiększonego o 600 lub 700 zł wynagrodzenia próżno też szukać w uzasadnieniu do projektu ustawy, jak również w zapisach z przebiegu prac legislacyjnych. Pamiętać należy, że nowelizacja ustawy jest efektem umowy społecznej, zawartej 8 lutego między ministrem zdrowia a Porozumieniem Rezydentów OZZL. Sens zawartych tam ustaleń (również w §5, określającym podwyżkę wynagrodzeń z tytułu zachęty do pracy w kraju) w żaden sposób nie różnicował lekarzy i lekarzy dentystów, czego dobitnym dowodem jest objęcie nowymi stawkami wynagrodzeń zasadniczych rezydentów również lekarzy dentystów.

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

➤➤➤ EDM – z ostatniej chwili

O problemie związanym z elektroniczną dokumentacją medyczną informowałem na łamach „Pulsu” (10/2018). Staraniem Prezydium NRL i Komisji Stomatologicznej NRL udało się zmienić plany Ministerstwa Zdrowia i doprowadzić do wstrzymania wejścia w życie od 1 stycznia 2019 r. obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Nowego terminu resort nie podał. Mamy nadzieję, że w przyszłości propozycje wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej do gabinetów lekarskich będą konsultowane z samorządem lekarskim. ■

Dariusz Paluszek



Fot. archiwum

Więcej empatii

Z **Magdaleną Rychłowską-Pruszyńską**, przewodniczącą Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

Ile spraw rozpatruje Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie? Czy ich liczba wzrasta, czy maleje?

Od 1 stycznia do 30 września 2018 r. wpłynęło do sądu 45 wniosków o ukaranie lekarza oraz 84 zażalenia na postanowienia okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej o umorzeniu bądź odmowie wszczęcia postępowania. Rozpatrywano sprawy z 33 wokand (na jednej są dwie, trzy sprawy dotyczące wniosków o ukaranie), odbyły się 63 posiedzenia odwoławcze. To sporo. Trzeba pamiętać, że sprawy do sądu kieruje rzecznik. Liczba spraw, które trafiają do OROZ, rokrocznie wzrasta, co przekłada się na pracę OSL. Przepisy nakazują, że w każdej sprawie, którą rzecznik oddała, można złożyć zażalenie do OSL. Sąd w trzyosobowym składzie musi to zażalenie rozpatrzyć. Na liczbę spraw ma też wpływ przekonanie, że można w wyniku procesu uzyskać zadośćuczynienie finansowe z tytułu wniesionej skargi. Zdarzają się osoby, które od początku postępowania domagają się odszkodowania konkretnej wysokości. Ustawa o izbach lekar-

skich z 2.12.2009 r. nie przewiduje odszkodowań dla porzywdzonych. Uzyskać je można w procesach cywilnych.

Czego dotyczą skargi? Czy ich przedmiot się zmienia?

Są to przede wszystkim skargi dotyczące kwestii etycznych, również błędów w sztuce lekarskiej. Od lat ich zakres jest podobny. Zmieniło się natomiast w sądzie co innego. Dawniej był to sąd koleżeński, w zamkniętym gronie. Obecnie w rozprawach częściej uczestniczą adwokaci stron, którzy na podstawie wyroku sądu starają się uzyskać odszkodowanie w procesie cywilnym lub karnym. Wykazanie winy lekarza w procesie przed sądem lekarskim może implikować konsekwencje w sądach powszechnych. Ale jest sporo spraw, w których poszkodowani chcą tylko zadośćuczynienia moralnego, napiętnowania złego zachowania lekarza, wskazania, że jego postawa nie była godna zawodu, który wykonuje. Przedmiotowe traktowanie pacjenta, temat wielu skarg, nie zawsze ma miejsce z winy lekarza, czasem wynika z okoliczności lub złej organizacji pracy.

Czy są miejsca wykonywania świadczeń medycznych, których dotyczy większa liczba skarg?

Tak, np. szpitalne oddziały ratunkowe. Tam kumuluje się wiele spraw, brakuje personelu i nierzadko dobrej organizacji. Jeżeli na SOR zgłaszają się pacjenci po poradę, którą powinni uzyskać w gabinecie lekarza rodzinnego, personelowi brakuje czasu dla osób najbardziej potrzebujących. W niektórych szpitalach nie ma stałego lekarza w izbie przyjęć, w związku z tym pacjenci muszą czekać na poradę lekarza oddziałowego. Nie wszyscy chorzy to akceptują. Mimo najlepszych chęci, wobec presji czasu i odpowiedzialności konflikty się zdarzają. Inną kwestią są działania niezgodne z uprawnieniami, np. wypisywanie recept lub udzielenie porad niezwiązanych z posiadaną specjalizacją.

A błędy w sztuce?

Też się zdarzają, ale musimy rozróżnić, czy mamy do czynienia z błędem w sztuce, czy z powikłaniem. Obecnie zgoda na zabiegi operacyjne jest tak precyzowana, że zawiera klauzule o możliwości wystąpienia powikłań. Pacjent jednak nie zawsze odróżnia powikłania od błędu. Nikt umyślnie nie popełnia błędów, nie chce świadomie szkodzić pacjentowi. Błędy, które stwierdzamy, są najczęściej wynikiem splotu wielu okoliczności, które sąd musi wziąć pod uwagę.

Jak często sąd lekarski wymierza karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu?

Rzadko. W mojej pracy w OSL były może dwa, trzy takie orzeczenia i to w sytuacji, gdy OSL nie miał żadnych wątpliwości co do ciężkiego przewinienia zawodowego.

Z jakimi problemami mierzą się sądy lekarskie?

Niestety, nasze prawo jest nieprecyzyjne, adwokaci to wykorzystują i sprawy się przeciągają. Postępowanie przed OSL może trwać nawet kilka lat. Proces przygotowania do rozprawy też trwa długo. Musimy zapoznać się z aktami, ustalić sposób postępowania. Następnym etapem jest procedowanie. Taka sytuacja nie wynika z opieszałości sądu, ale z procedur, które umożliwiają przeciąganie postępowania do 5 lat, aż ulegnie przedawnieniu. Korzystamy z opinii biegłych, ale na ich sporządzenie trzeba czasem długo czekać. Jest bardzo mało lekarzy, którzy chcą się podjąć sporządzenia opinii. Jej napisanie wiąże się również często z osobistym uczestnictwem w rozprawie sądowej w celu odpowiedzi na pytania stron i ich pełnomocników.

Brakuje także lekarzy, którzy chcieliby podjąć się orzekania. Praca w sądzie lekarskim wymaga zaangażowania, jest czasochłonna. Do każdej rozprawy należy się dobrze przygotować, przeczytać akta, przejrzeć dowody w sprawie, zapoznać się dokładnie z opinią biegłego. Potrzebujemy lekarzy z dużym doświadczeniem zawodowym, o wysokiej etyce, cieszących się dużym zaufaniem środowiska lekarskiego i społeczeństwa.

Co mogłoby usprawnić pracę sądu?

Sąd lekarski jest potrzebny, ale większą rolę powinien pełnić mediator. Obecnie to sąd kieruje sprawę do mediacji, a wiele spraw mogłoby być rozwiązanych przed skierowaniem do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Wielokrotnie strony chcą się porozumieć, czasami pokrzywdzeni czekają tylko na słowo przepaszam, pragną poczuć, że lekarz poczuwa się do winy, np. dostrzega niestosowność swojego zachowania. Niestety, na razie nie mamy narzędzi zapewniających prowadzenie mediacji na początku konfliktu. Potrzebna jest zmiana przepisów, bo przyniosłaby korzyści obu stronom konfliktu, a także oszczędności. Postępowanie przed sądem rodzi koszty.

To już pani czwarta kadencja w OSL i pierwsza w roli przewodniczącej. Co skłoniło panią do zajęcia się orzekaniem?

Fascynowała mnie ta praca. Jestem chirurgiem, ale też chciałam zobaczyć, jak my, lekarze, jesteśmy oceniani. W sądzie widać to najlepiej – na co powinniśmy zwracać uwagę w kontakcie z pacjentem i co możemy zmienić w naszej praktyce. W oparciu o własne doświadczenia w pracy w OSL powiem, że największym problemem jest brak empatii. Najczęściej pacjent nie czuje się otoczony przez lekarza opieką. Jest leczony prawidłowo, kierowany na wszystkie potrzebne badania, ale w odczuciu jego i bliskich, którzy się nim zajmują, brakuje mu wyrazów troski ze strony lekarza. ■



REKLAMA

W ZASIĘGU...



od 1993

ECHOSON

☎ 81 886 36 13

✉ info@echoson.pl

👉 www.echoson.pl



Fot. archiwum

Odpowiedzialność za szkody przy porodzie

Filip Niemczyk, adwokat

Poród oraz opieka okołoporodowa niosą ze sobą ryzyko poważnych, często nieodwracalnych szkód na zdrowiu dziecka i matki. W przeciwieństwie do standardów w innych obszarach medycyny standardy opieki okołoporodowej zostały uregulowane stosownym rozporządzeniem ministra zdrowia (DzU nr 112, poz. 654, z późn. zm.), co z pewnością wpłynęło na poprawę jakości świadczeń medycznych. Nawet najprecyzyjniejsza regulacja nie wyeliminuje jednak przypadków szkód doznawanych przez pacjentów, przy czym zwraca się uwagę,¹ że w Polsce są niestety częstsze aniżeli w krajach Europy Zachodniej. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest niewątpliwie wiele. Wymienię z jednej strony złą sytuację ekonomiczną polskiej służby zdrowia, a z drugiej – nadmierną w moim przekonaniu rolę kwestii światopoglądowych w dziedzinie ginekologii i położnictwa.

Wspomniane standardy, wyznaczone rozporządzeniem ministra sprawiedliwości, są o tyle istotne, że ich przestrzeganie, obok posiadania odpowiedniej wiedzy i wykazywania szczególnej staranności w opiece nad matką i dzieckiem, może decydować o braku winy personelu medycznego w przypadku wystąpienia szkody.

Do najczęstszych sytuacji, w których sądy stwierdzają zawiniony błąd lekarski, należą: znaczne opóźnienie porodu, niedokonanie cesarskiego cięcia mimo bezwzględnych wskazań medycznych, brak intensywnego nadzoru nad matką, gdy istniało ryzyko powikłań, brak badań pozwalających ustalić stan zdrowia matki oraz płodu. Odpowiedzialność placówki medycznej może w szczególności dotyczyć zakażenia bakteryjnego przy porodzie, będącego skutkiem braku higieny, niewysterylizowania narzędzi, niezachowania rygorów sanitarnych.

Z wielu orzeczeń, wydanych przez sądy powszechne w sprawach związanych ze szkodami przy porodzie,² chciałbym zwrócić uwagę na kilka, które wydają się szczególnie istotne dla praktyki. Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 21 lutego 2006 r. (I AC a 69/06) stwierdził, że błąd w sztuce lekarskiej stanowi kontynuowanie porodu siłami natury, gdy z uwagi na wyniki badań KTG dla każdego posiadającego podstawowe przygotowanie fachowe jest oczywiste, że dziecko – mimo powszechnie stosowanej możliwości zapobieżenia temu – urodzi się martwe bądź kalekie. Następstwem tak przeprowadzonego porodu było ciężkie kalectwo dziecka: niedotlenienie, porażenie mózgowie, padaczka oraz wodogłowie. Jako oczywiście bezzasadny potraktowany został argument pozwanego szpitala, że zadośćuczynienie należne matce i dziecku winno zostać obniżone ze względu na trudności ekonomiczne placówki. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 10 listopada 2009 r. (I ACa 523/09) przy okazji podobnej sprawy stwierdzono natomiast, że

szkoda dziecka polegająca na ciężkim czterokończynowym mózgowym porażeniu dziecięcym z niedowładem i padaczką lekooporną jest wynikiem niedotlenienia mózgu w okresie okołoporodowym. Zdaniem biegłych opiniujących w tej sprawie ciąża przeterminowana jest ciążą wysokiego ryzyka i należało brać pod uwagę wykonanie planowego cesarskiego cięcia, a stan zdrowia małego powoda jest konsekwencją decyzji lekarza prowadzącego co do wyboru drogi, terminu, przebiegu i sposobu ukończenia porodu. W rezultacie zasądzono na rzecz dziecka kwotę 600 tys. zł zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz rentę w wysokości 5630 zł miesięcznie.

Wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r. (V CSK 287/09) dotyczył sytuacji, w której dziecko na skutek porodu doznało porażenia splotu barkowego i ograniczenia ruchomości ręki oraz barku, w wyniku czego stało się osobą niepełnosprawną. Podczas porodu lekarz zastosował niebezpieczną metodę Kristellera, która dopuszczalna jest jedynie w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia matki, co nie miało miejsca. Sąd Najwyższy stwierdził przy tej okazji, że do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy przyjęcie takiego sposobu leczenia, który gwarantuje, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. Podkreślił w ten sposób prawny wymiar reguły *primum non nocere*. W innym wyroku Sądu Najwyższego (I CSK 389/10, OSNC 2012, nr A, poz. 22, PS 2012, nr 7–8), dotyczącym dziecka urodzonego bez oznak życia po 14 godzinach porodu, stwierdzono, że wadliwym postępowaniem lekarzy było kontynuowanie przez długi okres porodu siłami natury, mimo bezwzględnych wskazań do zakończenia ciąży zabiegiem cesarskiego cięcia. Wielomiesięczne próby odwrócenia skutków w postaci trwałego uszkodzenia mózgu dziecka okazały się bezskuteczne, a zgon poprzedziło niewyobrażalne cierpienie. Zasądzając na rzecz rodziców odszkodowanie w związku z krzywdą dziecka, wskazano, że nie może ono być obniżone tylko dlatego, że otrzymają je spadkobiercy, a zatem inne osoby, aniżeli ta, która faktycznie doznała krzywdy.

We wszystkich omawianych sprawach zwracano uwagę na fakt, że odmowa przyjęcia przez szpital lub towarzystwo ubezpieczeń jakiegokolwiek odpowiedzialności, skutkująca długoletnim procesem, doprowadziła do pogłębienia poczucia krzywdy u pacjentów i przyczyniła się do zwiększenia wysokości należnych świadczeń. Na tego rodzaju konsekwencje od wielu lat zwraca się uwagę w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por.: wyrok SN z 9 stycznia 1978 r., IV CR 510/77, OSNCP 1978, nr 11, poz. 210). ■

¹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017, s. 527 i nast.

² Ibidem.



Szanowni Państwo, Drodzy Lekarze Seniorzy,
z okazji Dnia Seniora, który obchodzimy 14 listopada,
w imieniu własnym i Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
składam Państwu szczerze podziękowania za lata pracy w niełatwym zawodzie lekarza
oraz za wkład, jaki wnieśli Państwo w jego rozwój .

Wiedza medyczna jest budowana na doświadczeniach wcześniejszych pokoleń.

Bez lat prób, badań oraz wytężonej, pełnej pasji pracy lekarzy
nigdy nie udałoby się osiągnąć cudów medycyny, których doświadczamy dzisiaj.

Życzę wszystkim Lekarzom Seniorom zdrowia, radości, miłości i szacunku.

Niech omijają Państwa troski dnia codziennego,
a każdy kolejny dzień będzie pełen słońca.

Łukasz Jankowski
prezes ORL

14 listopada 2018 r.,
w godzinach 15.00–19.00
zapraszamy Państwa do naszej siedziby przy ul. Puławskiej 18 na
Dzień Seniora w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

- 15.00–15.30 Część oficjalna
- 15.30–16.30 Koncert zespołu Akordeonowe Smyki z Radomia
- 16.30–17.00 Spotkania autorskie
- 17.00–17.30 Zajęcia tai-chi
- 17.30–18.00 Warsztaty żywieniowe
- 18.00–19.00 Zajęcia integracyjne
- Poczęstunek, konkurs z nagrodami „Jaka to melodia?”
- 15.00–19.00 Bezpłatne badania (organizowane przez Fundację *Pro Seniore*)

Dla każdego gościa przewidzieliśmy drobny upominek.

Zapisy i szczegółowe informacje pod numerem telefonu: 22-542-83-30.



Fot. archiwum

Kontrowersyjne kompetencje w fizjoterapii

Dr n. pr. **Robert Tarnacki**
radca prawny

Przygotowany latem 2018 r. przez Ministerstwo Zdrowia projekt zmian rozporządzenia wykonawczego w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej rodzi poważne obawy zarówno o zdrowie pacjenta, jak i rolę lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej.

Bacny obserwator ostatnich zmian legislacyjnych dotyczących wykonywania zawodu fizjoterapeuty z pewnością zauważy niepokojące zjawisko „pełzania” kompetencji fizjoterapeuty, o coraz szerszych granicach i niejasnej relacji wobec kompetencji zawodowych lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej. Zmiany te wydają się być wyrazem niespodziewanej zmiany sposobu myślenia o zasadach udzielania świadczeń leczniczych w zakresie fizjoterapii. Jak pamiętamy, po raz pierwszy problematyka ta wzbudziła poważne kontrowersje po uchwaleniu ponad 3 lata temu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Poważną wadą ustawy, oprócz słabości techniki legislacyjnej (np. nazwanie fizjoterapeuty „podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą”) i niezharmonizowania jej norm z normami kluczowego aktu prawnego regulującego działalność leczniczą w Polsce, czyli ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jest brak jasnego określenia zakresu kompetencji zawodowych fizjoterapeuty. W efekcie pozostają wątpliwości w kwestii relacji zawodowej fizjoterapeuty i lekarza, w szczególności lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, zwłaszcza w odniesieniu do obowiązku wykonywania zleceń lekarskich.

W art. 4 ust. 2 ustawy z 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (DzU z 2018 r. poz. 505 ze zm. – dalej „Ustawa”) wymieniono niektóre czynności, należące do zadań fizjoterapeuty, wskazując, że wykonywanie tego zawodu polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) diagnostyce funkcjonalnej pacjenta,
- 2) kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu fizykoterapii,
- 3) kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu kinezyterapii.

Proste zestawienie pierwszej z wymienionych kompetencji z dwiema kolejnymi rodzi ważne pytanie: czy fizjoterapeuta jest uprawniony do kwalifikowania pacjenta do fizjoterapii, jeśli dysponuje jedynie przeprowadzoną przez siebie diagnozą funkcjonalną? Nikt nie wątpi, że przed podjęciem decyzji o zastosowaniu procedury fizjoterapeutycznej konieczne jest dokonanie oceny stanu zdrowia pacjenta. Chodzi o wykrycie przeciwwskazań, które mogą nie tylko ograniczać, ale czasem nawet wykluczać zastosowanie określonych procedur. Czy dokonanie takiej oceny jest możliwe wyłącznie w oparciu o diagnostykę funkcjonalną przeprowadzoną przez fizjoterapeutę? Wydaje się, że nie. Ustawa nie definiuje pojęcia diagnostyki funkcjonalnej, lecz na

gruncie nauki o rehabilitacji można w uproszczeniu przyjąć, że jest to ocena zdolności pacjenta do wykonywania określonych czynności. Ma zatem zakres znacznie węższy niż diagnostyka ogólnego stanu zdrowia pacjenta, która opiera się na całościowym spojrzeniu na stan zdrowia, uwzględniającym choroby przebyte i współistniejące, wydolność pacjenta, a także inne uwarunkowania ważne dla dopuszczalności zastosowania fizjoterapii. Wypływa stąd wniosek, że w celu podjęcia decyzji o zasadności zastosowania fizjoterapii oraz jej zakresu i rodzaju zabiegów niezbędne jest przeprowadzenie diagnostyki ogólnego stanu zdrowia pacjenta, a nie tylko diagnostyki funkcjonalnej.

Na gruncie polskiego prawa diagnozowanie ogólnego stanu zdrowia pacjenta należy wyłącznie do kompetencji lekarza. Wynika to z art. 2 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który mówi: „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”. Mając to na względzie, należy przyjąć, że niedopuszczalna jest interpretacja przepisów Ustawy, zgodnie z którą fizjoterapeuta może samodzielnie zakwalifikować pacjenta do fizjoterapii, zaplanować ją i przeprowadzić jedynie na podstawie dokonanej przez siebie diagnostyki funkcjonalnej. Stałoby to w sprzeczności nie tylko z przywołaną wcześniej ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ale także z art. 6 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, według których pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zapewnienie mu realizacji tego prawa jest możliwe tylko po dokonaniu diagnozy obejmującej w świetle wspomnianego art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry „badanie stanu zdrowia” i „rozpoznanie chorób”, do których ustawowo uprawniono lekarzy.

Niezrozumiałe jest zatem, dlaczego – w przeciwieństwie do ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU z 2018 r., poz. 123) – w Ustawie brak stwierdzenia, że wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega w szczególności na realizacji zaleceń lekarskich. Nieobecność takiego zapisu można wytłumaczyć zwykłym przeoczeniem albo, co gorsza, chęcią „wymancypowania” się części środowiska

fizjoterapeutów spod nadzoru lekarskiego. Ustawa wyraźnie przyznaje fizjoterapeucie prawo żądania od lekarza uzasadnienia wydanego zlecenia, a także odmowy wykonania określonego świadczenia. Rodzi to wątpliwości, jaki jest zakres kompetencji zawodowych lekarza i gdzie przebiega granica uprawnień fizjoterapeuty. Taki stan prawny należy ocenić zdecydowanie negatywnie. Z przedstawionych wcześniej względów systemowych niedopuszczalne jest uznanie, że fizjoterapeuta może bez ważnych powodów zignorować zlecenie lekarskie dotyczące zakwalifikowania lub odmowy zakwalifikowania pacjenta do fizjoterapii. Według interpretacji systemowej Ustawy z uwzględnieniem regulacji zawartych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry fizjoterapeuta nie ma prawa do samodzielnego kwalifikowania pacjenta i planowania fizjoterapii ani kinezyterapii.

Wbrew tej konkluzji projekt rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej modyfikuje dotychczasowe zasady postępowania fizjoterapeuty w przypadku skierowania przez lekarza pacjenta na fizjoterapię. Zwalnia fizjoterapeutę z dotychczasowego obowiązku planowania fizjoterapii zgodnie z treścią skierowania lekarskiego, a ponadto uchyla wymóg, by skierowanie lekarskie wskazywało zleczone zabiegi fizjoterapeutyczne.

Obecnie wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje przede wszystkim: „*zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem*”. Omawiany projekt nadaje temu postanowieniu brzmienie następujące: „*zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą*” (§3 pkt 1) projektu). Usunięto „*i jest zgodne z tym skierowaniem*”. Oznacza to, że zaplanowanie przez fizjoterapeutę postępowania fizjoterapeutycznego **nie musi być już zgodne** z treścią lekarskiego skierowania na rehabilitację leczniczą.

Ponadto w projekcie rezygnuje się z wymogu wskazania w treści skierowania lekarskiego na fizjoterapię:

- 1) zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawej, lewej) oraz liczby poszczególnych zabiegów w cyklu (§3 pkt 4 lit. a projektu),
- 2) liczby zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawej, lewej) oraz liczby poszczególnych zabiegów w cyklu (§3 pkt 4 lit. b).

Zmiany owe rodzą poważne ryzyko dla zdrowia pacjenta. W obecnym stanie prawnym fizjoterapeuta zobowiązany jest zaplanować postępowanie fizjoterapeutyczne zgodnie ze skierowaniem wystawionym przez lekarza, bo do kompetencji lekarza należy diagnozowanie stanu zdrowia pacjenta. Obecnie jeszcze obowiązuje wymóg, by skierowanie na cykl zabiegów wskazywało „*choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji*”. Wymóg ten jest uzasadniony, skoro zakres kompetencji zawodowej fizjoterapeuty nie obejmuje oceny ogólnego stanu zdrowia. Fizjoterapeuta nie ma kwalifikacji zawodowych pozwalających mu samodzielnie zaplanować postępowanie fizjoterapeutyczne, bez uwzględnienia ograniczeń i przeciwwskazań zdrowotnych, które władny jest określić w skierowaniu jedynie lekarz, przede wszystkim lekarz specjalista rehabilitacji leczniczej. Przykładowo fizjoterapeuta nie posiada wiedzy potrzebnej do oceny stanu zdrowia pacjenta, oceny wyników badań dodatkowych,

m.in. takich, jakie wykonuje się w ramach diagnostyki laboratoryjnej bądź diagnostyki obrazowej (zdjęcia RTG, CT, MRI). Fizjoterapeuta nie jest także przygotowany do dokonywania diagnostyki różnicowej chorób, niezbędnej dla samodzielnego kwalifikowania wszystkich pacjentów do zabiegów fizjoterapeutycznych. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów obciążonych wielochorobowością, w podeszłym wieku lub osób, u których występują złożone dysfunkcje. W takich przypadkach niezbędna jest ocena lekarska, czy pacjent kwalifikuje się do fizjoterapii. Zauważyć ponadto należy, że stan kliniczny pacjentów, przede wszystkim starszych, zwykle podlega w trakcie fizjoterapii zmianie będącej następstwem bodźców wywołanych podczas zabiegów. Wówczas konieczne może okazać się skorygowanie przez lekarza dotychczasowych zleceń, adekwatnie do zaistniałej sytuacji klinicznej. Brak nadzoru lekarza nad fizjoterapeutą podczas fizjoterapii grozi więc nawet pogorszeniem stanu pacjenta.

Tymczasem zgodnie z ministerialnym projektem przygotowany przez fizjoterapeutę plan fizjoterapii nie musi być zgodny ze skierowaniem na rehabilitację leczniczą. Stwarza to ryzyko sytuacji, w której skierowanie lekarskie na rehabilitację leczniczą, uwzględniające schorzenia i wyznaczające granice dopuszczalnych procedur fizjoterapeutycznych, nie będzie wiążące dla fizjoterapeuty. Lekarz zostanie pozbawiony wiedzy co do faktycznego przebiegu procedur fizjoterapeutycznych.

Co więcej, jeżeli lekarz nie określi w skierowaniu schorzeń występujących u pacjenta bądź konkretnych zabiegów fizjoterapeutycznych (ewentualnie nie wymieni przeciwwskazań), naraża się na roszczenia pacjenta z tytułu szkody poniesionej w następstwie samodzielnego wdrożenia przez fizjoterapeutę danej procedury. Paradoksalnie więc zastosowanie się lekarza do obniżonych przez projekt standardów bezpieczeństwa pacjenta grozi mu poniesieniem konsekwencji prawnych. Pamiętajmy bowiem, że z Ustawy pośrednio wynika uprawnienie lekarza do wydawania zleceń fizjoterapeucie (art. 6 ust. 2). Trzeba mocno podkreślić, że uprawnienie to jest wręcz obowiązkiem w sytuacji, w której lekarz uzna, że zabieg fizjoterapeutyczny może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta.

Podobne zastrzeżenia budzi przewidziane w projekcie usunięcie z treści skierowania lekarskiego liczby oraz określenia okolicy ciała, ewentualnej strony ciała (prawej, lewej). Otwiera to pole do dowolnego planowania przebiegu fizjoterapii niosącego ze sobą ryzyko narażenia pacjenta na szkodę spowodowaną nieuwzględnieniem wskazań zdrowotnych dotyczących rodzaju i liczby zabiegów. Na marginesie warto zasygnalizować, że zmiana ta rodzi też ryzyko innego rodzaju, mianowicie otwiera perspektywę niekontrolowanego przedłużania fizjoterapii bez wskazań medycznych, co może powodować negatywne skutki finansowe dla budżetu państwa i nie przynosić korzyści pacjentowi.

Na koniec trzeba wspomnieć, że Ministerstwo Zdrowia przygotowało nowelizację Ustawy skoncentrowaną na naprawie wspomnianej usterki terminologicznej, polegającej na nazwaniu fizjoterapeuty „*podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą*”. Obecnym skutkiem tej usterki jest konieczność prowadzenia przez fizjoterapeutów działalności gospodarczej jedynie w formie podmiotu leczniczego. Wyraźnym motywem opracowania tej nowelizacji jest interes grupy zawodowej fizjoterapeutów. Niestety, nie podjęto inicjatywy wprowadzenia poprawek potrzebnych do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów. A przecież Ustawa wymaga pilnej nowelizacji usuwającej opisane wady! ■

Wszędzie dobrze, gdzie nas nie ma?

Relacja z III Międzynarodowej Konferencji Organizacji Związkowych Lekarzy

Spotkanie odbyło się 27–29.09.2018 r. w Lizbonie. Wzięli w nim udział przedstawiciele izb lekarskich oraz związków zawodowych z ponad 30 krajów. Konferencja została podzielona na trzy główne bloki tematyczne: konstrukcja i kondycja poszczególnych systemów ochrony zdrowia, migracja lekarzy oraz kształcenie podyplomowe, jednak tematami wzbudzającymi największe emocje były warunki pracy i płacy lekarzy oraz historie strajków.



Fotografie: archiwum

Jak można się spodziewać, poziom opieki zdrowotnej w krajach najwyżej rozwiniętych (USA, Szwecji, Austrii, Francji) i tych, które są dla nas egzotyczne (w Birmie, Tanzanii, Urugwaju), dzieli przepaść. Dotyczy to zarówno poziomu finansowania ochrony zdrowia, jak i wynagradzania personelu medycznego, a w konsekwencji jakości opieki nad pacjentem.

Uczestnicy spotkania zgodnie stwierdzili, że istnieje potrzeba wywierania stałego nacisku na władze w celu podnoszenia poziomu opieki zdrowotnej, a obowiązek ten spoczywa głównie na barkach lekarzy, jako liderów zespołów terapeutycznych. Wspólne oficjalne stanowisko w tej sprawie zostanie wystosowane przez uczestników konferencji korespondencyjnie w najbliższych tygodniach.

Przejdźmy teraz do relacji z wybranych wystąpień. Portugalczycy opowiedzieli o stosowaniu się w ich kraju do dyrektyw unijnych w zakresie czasu pracy. Dopuszczalna liczba nadgodzin w roku wynosi 200. Zawodzi tutaj system kontroli czasu pracy, gdyż lekarze łączą pracę w placówkach państwowych i prywatnych. W Portugalii istnieją dwa związki zawodowe lekarzy i oba stawiają sobie za cel zredukowanie czasu pracy z jednoczesnym wzrostem pensji oraz – jak to określili – zapobieganie drenażowi mózgow lekarzy. Problematyczne i nieujednolicone jest rozliczanie czasu pracy w trakcie dyżurów „pod telefonem”. Część lekarzy otrzymuje w tym przypadku połowę stawki godzinowej, a część wynagrodzenie tylko za czas pracy rzeczywiście po wezwaniu.

We Francji sytuacja w ochronie zdrowia jest od lat dość stabilna, jednak protesty odbywają się rokrocznie, zawsze

bowiem istnieją problemy w medycynie, które należy wyeksponować i (najlepiej) zlikwidować. Efektem owych protestów jest np. wystarczająca liczba lekarzy w kraju ogółem, deficyt personalny odczuwalny jest tylko lokalnie na prowincji.

Szwedzi od lat nie organizują protestów w sprawie swoich wynagrodzeń, mają ustawowo zagwarantowany ich coroczny wzrost! Nie spoczywają jednak na laurach i konsekwentnie domagają się poprawy warunków pracy. Ove Andersson podkreślił, że podstawą ich walki jest szeroka wiedza o problemach i odpowiednie ich nagłośnienie za pośrednictwem mediów.

Na Słowacji, gdzie sytuacja polityczno-ekonomiczna jest podobna jak w Polsce, ostatni istotny protest odbył się w 2011 r. Polegał na masowych, skoordynowanych zwolnieniach z pracy. Był możliwy dzięki solidarności zawodowej. Około 50 proc. lekarzy pracujących w państwowych szpitalach należy do związku zawodowego (LOZ). Negocjacje doprowadziły do wzrostu wynagrodzeń kosztem zobowiązania się do niepodejmowania akcji protestacyjnych, podobnie jak w przypadku tzw. dodatku zembalowego pielęgniarek w Polsce. Wprowadzone w wyniku negocjacji zmiany, takie jak choćby podniesienie pensji lekarzy, nie zahamowały emigracji w wystarczającym stopniu, a problem deficytu kadrowego rząd rozwiązał przez „otwarcie na Wschód”. Dr Peter Zimmerman wyraził duże zaniepokojenie brakiem odpowiedniej weryfikacji wiedzy medycznej, a przede wszystkim niskim poziomem znajomości języka słowackiego, który prezentują lekarze imigranci. Nie dowiedzieliśmy się niestety, jak oceniają tę sytuację nasi wschodni sąsiedzi, bo ani Ukraina, ani Białoruś i Rosja nie wysłały swoich reprezentantów na konferencję.



Z zaciekwaniem słuchaliśmy o sytuacji w Afryce, szczególnie w Tanzanii liczącej 55 mln mieszkańców, których średnia długość życia wynosi 62 lata. Kraj przeznaczają aż 7,3 proc. PKB na system ochrony zdrowia. Ta liczba sprawia pozytywne wrażenie, ale jest inny problem: w Tanzanii praktykuje jedynie 91 tys. lekarzy, a ich deficyt szacuje się na 110 tys. Wykształcenie lekarza (licząc od szkoły podstawowej do ukończenia studiów) kosztuje 27 tys. dolarów, a władze borykają się z ciągłą emigracją medyków. Jako jej przyczynę lekarze podają złe warunki pracy i płacy, słabe perspektywy rozwoju zawodowego, a w efekcie niską satysfakcję z wyników leczenia. Lekarze z Tanzanii wyjeżdżają głównie do krajów wysoko rozwiniętych oraz do RPA, Botswany, Namibii. Skala zjawiska jest duża, wydano 3,5 mln dolarów na wykształcenie lekarzy, którzy wyjechali zagranicę. Przekłada się to na czas pracy i mimo obowiązywania 48-godzinnego, zalecanego przez wiele krajów, tygodnia pracy w placówkach publicznych, prywatna praktyka „po godzinach” nie podlega regulacjom. Protesty w Tanzanii odbywały się m.in. w 1992, 2005 i 2012 r. W efekcie w 2013 zalegalizowano Związek Zawodowy Lekarzy posiadający prawo do prowadzenia negocjacji z rządem.

W Birmie strajki uliczne w 1988 r. nie przyniosły korzystnych zmian systemowych, a liderów spotkały sankcje w postaci przesiedlenia na tereny wiejskie. W 2015 rozpoczął się „Ruch Czarnej Wstążki”, którą przyczepiali do fartuchów lekarze, ale solidarność z nimi wykazali także obywatele. Ta forma nacisku okazuje się skuteczna na tyle, że sytuacja w ochronie zdrowia stopniowo się poprawia.

Ciekawie prezentuje się sytuacja w Izraelu. Wydatki na ochronę zdrowia na poziomie 7,4 proc. PKB, czterech płatników,

40 proc. funduszy pochodzi z ubezpieczeń prywatnych. Strajki lekarzy odbywały się pięciokrotnie w latach 1976–2011, trwały od 1 do 217 dni (przy tej liczbie nasz 30-dniowy protest głodowy z października 2017 r. prezentuje się jakże spokojnie) i cieszyły się silnym poparciem społeczeństwa. Ich efekty oceniane są pozytywnie.



Nasza reprezentacja: Agnieszka Serwan (OIL Warszawa), Wojciech Domka (OIL Rzeszów), Michał Matuszewski (NIL) oraz ja (OZZL), miała cztery prezentacje: o sytuacji ogólnej i ochronie zdrowia w Polsce, przebiegu szkolenia specjalizacyjnego oraz protestach lekarzy w ostatnich latach. Wystąpienia spotkały się z dobrym odbiorem. ■

Krzysztof Hałabuz,
Porozumienie Rezydentów OZZL

doniesienia naukowe



Jeszcze więcej kontrowersji wokół badania PSA

Wykonywać testy PSA (rak prostaty) czy nie? Najnowsze badania sugerują, że nie jest to opcja dla wszystkich mężczyzn. Wspomniane testy nie powinny być wykonywane, jak przed laty w USA, powszechnie. Owszem, mężczyźni mogą z nich odnieść korzyści, lecz tylko nieliczni, głównie ci, którzy mieli bliskich krewnych z nowotworem prostaty.

– *Korzyści z testów PSA są niewielkie* – twierdzi jeden z autorów raportu, dr Philipp Dahm z University of Minnesota, powołując się na metaanalizę badań na ten temat, którymi objęto ponad 700 tys. mężczyzn. Wynika z nich, że jeśli w badaniach przesiewowych w ogóle redukują one ryzyko zgonu z powodu raka prostaty, to w nieznacznym stopniu.

Dr Dahm nie neguje całkowicie potrzeby wykonywania testów PSA. Jego zdaniem należy kwestię poddania się im rozważyć wspólnie z lekarzem. Oprócz mężczyzn, którzy mają w rodzinie chorego z tym nowotworem, mogą je wykonywać ci, którzy obawiają się raka prostaty i na wszelki wypadek wolą się badać.

Wspomniany nowotwór występuje zwykle u mężczyzn po 70. roku życia i w większości przypadków ma łagodny przebieg. – *Wielu mężczyzn może w ogóle nie być świadomych choroby, ponieważ nie odczuwa żadnych dolegliwości i może umrzeć z zupełnie innej przyczyny* – uważa współautor raportu dr Kari Tikkinen z Uniwersytetu w Helsinkach.

Fiński specjalista zwraca uwagę, że decydując się na testy PSA, trzeba wziąć pod uwagę konieczność dalszej diagnostyki w formie biopsji, żeby rozwiać wątpliwości. Jest stosowana u około 100 pacjentów na 1000 poddanych testom.

Z kolei wykrycie guza stwarza kolejny dylemat: usuwać go czy jedynie obserwować? Usunięcie grozi powikłaniami, takimi jak nietrzymanie moczu i zaburzenia erekcji. A u wielu pacjentów zabieg jest niepotrzebny, ale nie ma wciąż metody pozwalającej określić agresywność nowotworu.

(bit.ly/2QUA8p7, „BMJ”, wrzesień 2018)

Psychoterapia dla pacjentów z zespołem jelita drażliwego

W dolegliwościach powodowanych zespołem jelita drażliwego mogą pomóc leki przeciwdepresyjne oraz psychoterapia. Dr Michael Camilleri z Mayo Clinic College of Medicine and Science w Rochester twierdzi, że wskazuje na to metaanaliza 53 badań, w których sprawdzano skuteczność tych metod stosowanych oddzielnie, a następnie łącznie.

Osoby cierpiące z powodu jelita drażliwego mają często swoje sposoby radzenia sobie z chorobą, ale najczęściej stosują dietę, która sprowadza się do unikania tego, co im szkodzi. Nie zawsze to jednak pomaga. Stąd pomysł wykorzystania innych terapii, tym bardziej że psychika również odgrywa ważną rolę w tych dolegliwościach.

Z badań wynika, że w przypadku zastosowania placebo najczęściej obserwowano brak poprawy stanu chorego. Częściej odczuwały ulgę osoby zażywające antydepresanty oraz

korzystające z psychoterapii. Spośród leków najbardziej skuteczne okazały się trójcykliczne, ponieważ łagodzą ogólne objawy zespołu jelita drażliwego. Antydepresanty wychwyty zwrotnego serotoniny przydatne były w uśmierzaniu bólu i uczucia wzdymania, poprawiały także jakość życia.

Pytana przez Agencję Reutera dr Agnieszka Kułak-Bejda z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi stwierdziła, że zastosowanie leków w przypadku zespołu jelita drażliwego powinno być rozważane indywidualnie u każdego pacjenta, z uwzględnieniem wszystkich „za” i „przeciw”. U niektórych osób – jej zdaniem – dolegliwość ta może być skutkiem nieleczonej depresji.

(go.nature.com/2QXSV2K, „The American Journal of Gastroenterology”, wrzesień 2018)

Picie wody pomaga na infekcje układu moczowego

Badania po raz pierwszy wykazały, że wypijanie większej ilości wody przez kobiety zmniejsza u nich ryzyko infekcji układu moczowego. Dr Thomas M. Hooton z University of Miami Miller School of Medicine twierdzi, że dowodzą tego przeprowadzone przez niego obserwacje 140 kobiet.

Ochotniczki, które były zdrowe, ale w ostatnim roku miały przynajmniej trzy infekcje układu moczowego, podzielono na dwie grupy. Jedna tak jak wcześniej przez 12 miesięcy wypijała 1,5 l wody dziennie, druga zwiększyła jej spożycie do 3 l. U kobiet, które wypijały więcej wody, liczba infekcji układu moczowego zmniejszyła się średnio o połowę (z 3,2 do 1,7 w ciągu roku).

– *Kobiety ze skłonnościami do tego rodzaju zakażeń powinny wypijać więcej wody, co najmniej 2-3 l* – podkreśla dr Hooton. Przekonuje, że połowa kobiet wypijających większe ilości wody doświadcza jednej infekcji układu moczowego rocznie. Po jednym zakażeniu jest 27-proc. ryzyko, że drugie nastąpi w ciągu 6 miesięcy, oraz 44-70-proc., że kolejne nastąpi w ciągu roku.

(bit.ly/2Nhb6xg, „JAMA Internal Medicine”, październik 2018)

U niedospanych nastolatków częściej obserwuje się ryzykowne zachowania

Przyczyną ryzykownych zachowań nastolatków, takich jak nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu oraz seks bez zabezpieczeń, może być niedobór snu. Młodzież często jest niedospana. W USA mniej niż osiem godzin śpi prawie 72 proc. nastolatków, choć powinni przysypiać od ośmiu do dziesięciu godzin.

Z badań Matthew Weavera z Brigham and Women's Hospital w Bostonie wynika, że przesypanie przez nastolatków średnio zaledwie sześciu godzin na dobę dwukrotnie zwiększa ryzyko nadużywania alkoholu, palenia tytoniu, sięgania po narkotyki oraz ryzykownych zachowań seksualnych. Jednocześnie aż trzykrotnie zwiększa się ryzyko samookaleczenia, myśli lub prób samobójczych.

W przypadku przesypania przez młodzież siedmiu godzin prawdopodobieństwo tych zachowań jest mniejsze, ale nadal znaczące: ryzyko nadużywania alkoholu wrasta o 28 proc., palenia papierosów o 13 proc., a sięgania po narkotyki inne niż marihuana – o 17 proc.

(bit.ly/2RgqFIL, „JAMA Pediatrics”, październik 2018) ■

Zbigniew Wojtasiński



Komu Nobel się należy

Zbigniew Wojtasiński

Czy tegoroczna Nagroda Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii była zaskoczeniem? Wielu specjalistów prognozowało dużo wcześniej, że Amerykanin **James P. Allison** i Japończyk **Tasuku Honjo**, pionierzy immunoterapii w onkologii, otrzymają tę najbardziej prestiżową w nauce nagrodę. Sądono jednak, że nastąpi to znacznie później.

Obaj badacze, których słusznie okrzyknięto pogromcami raka, byli podobno zgłaszani do Nagrody Nobla od 2016 r. Jeśli to prawda, można powiedzieć, że tym razem została przyznana w ekspresowym wręcz tempie, mając na uwadze, że Komitet Noblowski jest sprawiedliwy (na ogół), ale nierychliwy (z reguły).



Wielu zasłużonych naukowców, od dawna typowanych do tego wyróżnienia, ze względu wyłącznie biologicznych nie było w stanie jej doczekać. Raz tylko się zdarzyło, było to w 2011 r., że przyznano ją pośmiertnie, ale przez pomyłkę, bo nikt nie przewidział, że w piątek można umrzeć, a w poniedziałek otrzymać Nobla.

„Nagrodę Nobla przyznano wtedy *Ralphowi Steinmanowi w dobrej wierze, zakładając, że laureat żyje*” – orzekła Fundacja Noblowska, bo statut nagrody wyklucza przyznawanie nagród pośmiertnie. Tegoroczni laureaci są w dobrej kondycji zdrowotnej. James Allison skończył 70 lat, a Tasuku Honjo – 76. Są wciąż aktywni naukowo i wielce zasłużeńi, co miało ogromny wpływ na decyzję komitetu.



Fotografie: archiwum

Nagroda jest na samym szczycie piramidy najbardziej prestiżowych naukowych wyróżnień. Często zatem jej laureatem zostaje ten, kto wcześniej zgarnął wszystkie lub prawie wszystkie inne, a przynajmniej te najważniejsze. W 2012 r. obaj wspomniani badacze otrzymali przyznaną na Tajwanie Nagrodę Tang, potem (w 2015 r.) Allison dostał uznaną za jeszcze bardziej prestiżową Nagrodę Laskera. Dla tego badacza poczekalnią na Nobla okazała się Nagroda Wolfa, którą w Izraelu przyznano mu w 2017. Honjo nie był gorszy, w 2016 r. wręczono mu „japońskiego Nobla”, czyli Nagrodę Kioto. Naukowcy znowu się spotkają w grudniu 2018 r. w Sztokholmie...

Nie ma wątpliwości, że Nobel pogromcom raka się należał. Jednak 15 lat temu nikt za bardzo nie wierzył w immunoterapię w onkologii, tymczasem w ostatnich latach święci triumfy w leczeniu kilku rodzajów chorób nowotworowych.

Allison i Honjo zajmowali się receptorami hamującymi reakcję odpornościową. Amerykanin badał receptory CTLA-4, a Japończyk zajął się PD-1. Jednak w latach 90. XX w. interesowano się głównie chorobami autoimmunologicznymi. Leczeniem nowotworów immunoterapią nie interesował się przemysł farmaceutyczny, mimo że wyniki eksperymentów na myszach były obiecujące. Nie pierwszy to raz, kiedy koncerty bagatelizują jakieś odkrycie. Podobnie było z pierwszym lekiem na przewlekłą białaczkę szpikową.

Nowość zaproponowana przez Allisona i Honjo polegała na tym, żeby odblokować, a nie aktywizować układ odpornościowy chorego do walki z komórkami nowotworowymi. Bo wiele nowotworów sprytnie unika ataku komórek odpornościowych, hamując działanie odpowiednich receptorów immunoregulatorowych, zlokalizowanych na powierzchni aktywnych limfocytów T oraz limfocytów B. Przykładowo, po związaniu ze swoimi ligandami PD-L1 lub PD-L2 dochodzi do przerwania szlaku sygnalizacyjnego, co hamuje aktywację limfocytów T. Nowotwór może wtedy swobodnie się rozwijać. Nowe leki, tzw. inhibitory punktów kontrolnych, zostały tak opracowane, żeby do tego nie dopuścić. W efekcie układ odpornościowy chorego lepiej rozpoznaje komórki nowotworowe i skuteczniej je niszczy.

To był przełom w badaniach nad zwalczaniem komórek nowotworowych przez układ odpornościowy. Uruchoił lawinę badań, które doprowadziły do opracowania leków nowej generacji. Obecnie immunoterapia uznawana jest za jedną z największych nadziei chorych onkologicznie, a w niektórych przypadkach zaczyna odgrywać wręcz kluczową rolę.

Poza bardzo wysoką ceną terapii jest jeden kłopot: na razie jedynie 10–15 proc. chorych odnosi z niej korzyści. W obecnie stosowanych lekach wykorzystuje się bowiem zaledwie dwa, trzy punkty kontrolne pozwalające odblokować układ odpornościowy do walki z nowotworem, a jest ich znacznie więcej – kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt. Nad wykorzystaniem kolejnych trwają prace w laboratoriach.

Czy pojawią się posądzenia, że tegoroczny Nobel został kupiony przez firmy farmaceutyczne? Podejrzania o lobbing wystąpiły już w przeszłości, w 2008 r., kiedy Harald zur Hausen otrzymał Nagrodę Nobla za opracowanie szczepionki chroniącej przed wirusami wywołującymi raka szyjki macicy. Jeszcze głośniejsze były reakcje po przyznaniu Nobla w 1986 r. prof. Ricie Levi-Montalcini (za wyizolowanie czynnika wzrostu nerwów). W jej przypadku lobbing był, ale nie ma też wątpliwości, że włoskiej uczonej nagroda się należała.

Prof. Rudolf Weigl był wielokrotnie zgłaszany do nagrody w dziedzinie medycyny, zarówno przed II wojną światową, jak i po niej. Jego osiągnięcia dla świata są bezdyskusyjne, ale Nobla nie dostał. Do dziś nie wiadomo dlaczego. ■



Fot. archiwum

Leczenie bólu w neuralgiach nerwów obwodowych techniką termolezji

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

Ból przewlekły ma złożony mechanizm powstawania i często jest oporny na leczenie farmakologiczne. Do metod interwencyjnych, w których wykorzystuje się jako czynnik neurodestrukcyjny wysoką temperaturę, należy termolezja (ang. *radio frequency thermoablation*). To metoda destrukcji struktur nerwowych w wyniku kontrolowanego działania temperatury powyżej 45 st. C, którą uzyskuje się dzięki rozchodzącym się w tkankach falom radiowym o określonej długości, wytwarzanym przez generatory fal wysokiej częstotliwości.

Wykonanie zabiegu umożliwia aparat, który jednocześnie precyzyjnie mierzy temperaturę i impedancję, zapewnia dwa rodzaje stymulacji: czuciową o częstotliwości 50–100 Hz i ruchową o częstotliwości 2–5 Hz, generuje fale o wysokiej częstotliwości, wytwarzające odpowiednio zaprogramowaną temperaturę, w ściśle ustalonym czasie, na końcu elektrody. Pomiar impedancji i dwa rodzaje stymulacji ułatwiają precyzyjne umieszczenie końca cienkiej elektrody, powlekanej na całej długości tworzywem izolującym. Nieizolowane zakończenie igły spełnia rolę elektrody czynnej. W zabiegach termolezji wykorzystanie temperatury w zakresie 45–65 st. C pozwala na wybiórcze uszkodzenie w nerwach mieszanych cienkich włókien czuciowych A delta i C, bez upośledzenia funkcji grubszych włókien ruchowych, opornych na działanie takiej temperatury.

Decyzję o zabiegu termolezji podejmuje się wtedy, gdy zawiadą inne, nieinwazyjne metody leczenia, zwłaszcza jeżeli wynik blokady diagnostyczno-prognostycznej jest pozytywny. Nie kwalifikuje się do zabiegu chorych uzależnionych od leków lub alkoholu oraz tych, u których czynniki społeczne i psychologiczne istotnie wpływają na percepcję bólu. Termolezja wykonywana jest w następujących zespołach bólu przewlekłego: neuralgia nerwu trójdzielnego, klastrowy ból głowy, zespoły bólowe kręgosłupa (ból, których źródłem są stawy międzywyrostkowe), neuralgia nerwów potylicznych, neuralgia międzyżebrowa, ból nowotworowy, ból kikuta, bóle naczyniowe, ból zależny od układu współczulnego.

Przykładowe zabiegi termolezji:

Termolezja nerwu nadłopatkowego

Zespół bolesnego barku to zespół objawów klinicznych okolicy obręczy barkowej, charakteryzujący się bólem, ograniczeniem ruchomości i zaburzeniami funkcji kończyny górnej. Leczenie zespołu bolesnego barku obejmuje leczenie zachowawcze (farmakoterapię i fizykoterapię) oraz inwazyjne (blokady nerwu nadłopatkowego, termolezje nerwu nadłopatkowego lub leczenie chirurgiczne).

Podsumowanie skuteczności termolezji nerwu nadłopatkowego: pozytywny wynik, który uzyskaliśmy u 90 proc. pacjentów naszej kliniki, potwierdza skuteczność zabiegu w kompleksowym leczeniu zespołu bolesnego barku. Mała liczba powikłań i samoistne ich ustępowanie świadczy o bezpieczeństwie zabiegu. Ze względu na długi czas utrzymywania się poprawy (średnio 5 miesięcy) termolezja jest korzystną alternatywą blokad nerwu nadłopatkowego z użyciem środka znieczulenia miejscowego w leczeniu kompleksowym zespołu bolesnego barku.

Termolezja nerwów potylicznych

Neuralgia nerwów potylicznych to przewlekły ból okolicy potylicznej zlokalizowany w obrębie nerwów potylicznych: większego i mniejszego. Bólowi towarzyszą występujące okresowo, napadowe, bolesne parestezje. Najczęstszą przyczyną neuralgii nerwów podpotylicznych jest uraz, spowodowany np. pracą w pozycji z przeprostem kręgosłupa szyjnego. Rzadziej neuralgia nerwów potylicznych bywa wynikiem ucisku korzenia i nerwu rdzeniowego C2 przez zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego. W leczeniu neuralgii nerwów potylicznych zalecana jest terapia skojarzona: farmakoterapia (leki przeciwbólowe, przeciwdepresyjne, rozluźniające mięśnie), neuromodulacja, biostymulacja laserowa oraz blokady i termolezje nerwów podpotylicznych.

Podsumowanie: pozytywny wynik zabiegu u 94 proc. leczonych w naszej klinice pacjentów potwierdza skuteczność termolezji nerwów potylicznych w kompleksowym leczeniu neuralgii potylicznej. Niewielka liczba powikłań i samoistne ich ustępowanie to dowód, że zabieg jest bezpieczny. Ze względu na długi czas utrzymywania się poprawy (średnio 5 miesięcy) termolezja jest korzystną alternatywą blokad nerwów potylicznych z użyciem środka znieczulenia miejscowego w leczeniu kompleksowym neuralgii potylicznej. ■

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

Leczenie biologiczne: gdzie rodzą się oszczędności? Czy obniżenie ceny wystarczy, aby zwiększyć dostępność leczenia?

Leki biologiczne przyniosły w wielu obszarach medycyny niekwestionowany terapeutyczny przełom. Bywa jednak, że ze względu na zaawansowaną technologię opracowania i produkcji ich cena jest wyższa niż cena leków opartych na substancji chemicznej. W kontekście wejścia na rynek leków biopodobnych mówi się o oszczędnościach i o zwiększeniu dostępności leczenia, które ma przynieść. Oby tak się stało. Obraz jest jednak bardziej skomplikowany i kilka kwestii wymaga wyjaśnienia.

Po pierwsze, faktem jest, że polski system refundacji „wymusza” obniżenie cen urzędowych kolejnych leków biopodobnych. Ustawa refundacyjna wymaga bowiem, by urzędowa cena zbytu (UCZ) pierwszego odpowiednika obejmowanego refundacją była nie wyższa niż 75 proc. UCZ leku już refundowanego. Drugi i każdy kolejny odpowiednik musi mieć UCZ nieprzekraczającą limitu finansowania. UCZ spadnie więc wraz z objęciem refundacją odpowiedników.

Po drugie, za UCZ podąża limit finansowania, tj. limit, do którego terapię finansuje NFZ i który ogranicza świadczeniodawców w decyzjach zakupowych. Będzie spadał dla wszystkich leków w grupie limitowej i dla leków referencyjnych oraz biopodobnych. Obydwie grupy będą więc konkurować w ramach wspólnego, niższego limitu. Praktyka dowodzi, że wyniki konkurencji są różne: czasem zwycięża w przetargach lek referencyjny, czasem biopodobny.

Po trzecie, UCZ niekoniecznie (a raczej rzadko) wskazuje rzeczywisty koszt terapii. Koszt ten może być znacząco obniżony w ramach instrumentów dzielenia ryzyka – załączników do decyzji refundacyjnej. Załączniki są poufne, mają otwartą formułę, mogą np. przewidywać zwrot części kwoty refundacji do NFZ lub niższą niż urzędowa cenę sprzedaży szpitalowi (czasem nawet o kilkanaście – kilkadziesiąt procent). Ponadto rzeczywisty koszt terapii bywa obniżany w konkretnych przetargach. Cena refundowanego leku nabywanego przez świadczeniodawcę jest bowiem ceną maksymalną.

Na koszt terapii wpływają też koszty dodatkowe. Oszczędności pojawiają się, gdy zamówienie zaspokaja rzeczywistą potrzebę terapeutyczną pacjenta, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, i gdy jest zrealizowane z poszanowaniem jego praw. Jeśli zmiana leku zwiększa ryzyko działań niepożądanych, szpital powinien nabywać lek do kontynuacji leczenia. Jeśli aktualny stan wiedzy medycznej – także rekomendacje towarzystw naukowych – wskazuje, że automatyczna zmiana jest problematyczna i powinno się raczej dążyć do kontynuacji leczenia, naruszenie tego wymogu wiąże się z poniesieniem odpowiedzialności. Wreszcie, oszczędności mogą zostać utracone, jeśli terapię wybrano z naruszeniem praw pacjentów, np. prawa do świadomej zgody.

W praktyce więc wprowadzanie kolejnych odpowiedników z niższą UCZ nie oznacza, że najbardziej opłacalnym rozwiązaniem jest automatyczne przestawianie pacjentów na kolejne odpowiedniki leków, w zależności od wyniku przetargu, szczególnie, jeśli dokonuje się go bez ich wiedzy i zgody. Słusznie uwzględnił tę kwestię w niedawnej decyzji rzecznik praw pacjenta. Uznał, że zbiorowe interesy pacjentów narusza praktyka polegająca na uzależnieniu stosowania leku od wyniku przetargu, bez uwzględnienia aktualnej wiedzy medycznej.¹

I wreszcie sprawa kluczowa – dostępność leczenia. Oszczędności są ważne i potrzebne, ale powinny wpłynąć na zwiększenie dostępności leczenia biologicznego zarówno substancjami obecnie refundowanymi, jak i nowymi. Leki biologiczne często są refundowane w ramach programów lekowych, czyli formuły stosowanej w praktyce wobec najbardziej innowacyjnych terapii szpitalnych. Jest ona zawężona – oparta na ścisłych kryteriach włączenia i wyłączenia, niejednokrotnie węższych niż tego wymaga aktualny stan wiedzy medycznej. Oszczędności powinny być więc przekierowywane na zwiększenie dostępności istniejących programów. Praktyka wskazuje, że nie zawsze tak jest.

Zaoszczędzone kwoty powinny też być przeznaczane na refundację nowych leków biologicznych. Postęp wiedzy w tej dziedzinie jest ogromny i trwa bez przerwy. Tymczasem istniejące mechanizmy prawne dotyczące przeznaczenia oszczędności na innowacje są niedoskonałe i praktycznie niestosowane.

Podsumowując, wprowadzenie leków biopodobnych spowoduje spadek UCZ, czego wymaga ustawa refundacyjna. Obniży to limit finansowania zarówno leków referencyjnych, jak i biopodobnych. Koszt powinien być rozumiany szeroko, nie tylko w kontekście UCZ. Należy mieć na względzie instrumenty dzielenia ryzyka oraz potrzeby szpitala i pacjentów zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej, by kwoty zaoszczędzone na cenie nie zostały zaprzepaszczone. Przede wszystkim zaś oszczędności nie mogą być celem samym w sobie, ale powinny posłużyć zwiększeniu dostępności terapii biologicznych obecnie refundowanych i nowych.

Natalia Łojko,
radca prawny
Kancelaria Prawna
Kieszkowska Rutkowska Kolasiński



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

¹ Decyzja z 11.06.2018 nr RzPP-WPR.45.95.2017.MMA. Decyzja została uskarżona do WSA i sprawa jest w toku.

Z prof. Beatą Tarnacką, kierownikiem Kliniki Rehabilitacji I Wydziału Lekarskiego WUM, mieszczącej się w Narodowym Instytucie Reumatologii, Geriatrii i Rehabilitacji, rozmawia Małgorzata Skarbek.



Szybko i kompleksowo

Pacjenci skarżą się na długi czas oczekiwania na rehabilitację. Czy rehabilitacja rozpoczęta dopiero po upływie kilku, a nawet kilkunastu miesięcy daje wyniki?

Taka rehabilitacja nie ma sensu. Wczesna rehabilitacja, czyli podjęta zaraz po incydencie, i kompleksowa – to dwie najważniejsze cechy, które stanowią o jej skuteczności. Dam przykład: jeżeli pacjenta po operacji stawu kolennego, urazie, udarze przyjmujemy dopiero po trzech miesiącach, rehabilitacja może nie przynieść określonego celu, może być już za późno. Oczywiście są wyjątki: w niektórych przypadkach, np. po operacjach, należy poczekać z intensywną rehabilitacją, bowiem najpierw musi dojść do wygojenia się tkanek. Jednak w przeważającej części przypadków rehabilitacja musi być bardzo wczesna.

Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej w trakcie specjalizacji uczy się rozpoznawać i oceniać potrzeby rehabilitacyjne pacjenta: ocenia stan ogólny chorego, wyznacza cele rehabilitacji oraz jako jedyny specjalista umie połączyć stan ogólny pacjenta z jego stanem funkcjonalnym. Ustala również, który pacjent wymaga kompleksowej opieki, a który jedynie fizjoterapii, bowiem są tacy, którzy potrzebują tylko fizjoterapii, np. po prostym złamaniu kończyny. Ale już wspomniane przewlekłe bóle krzyża wymagają wnikliwej oceny. Mogą mieć np. komponentę psychiczną, gdyż pacjent ma problemy z powrotem do pracy. W takim przypadku oprócz fizjoterapii konieczna jest też psychoterapia. W Warszawie notujemy wiele takich przypadków. Opinia, że przewlekły ból krzyża to prosta

choroba, jest nieprawdziwa. Właściwa rehabilitacja w tym przypadku powinna obejmować około 100 godzin fizjoterapii i psychoterapii, nie można zapomnieć również o farmakoterapii, którą zalecić może jedynie lekarz.

Czy można poprawić sytuację oczekujących pacjentów?

Problem kolejek wynika przede wszystkim z wad organizacyjnych systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dzisiaj każdy lekarz może dać skierowanie na rehabilitację. Często taki lekarz nie umie właściwie ocenić potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta. Umiałby to zrobić, gdyby istniały jasne kryteria i wytyczne kwalifikowania chorych do rehabilitacji oraz do poszczególnych jej etapów. Zdarza się, że lekarz jednocześnie wręcza pacjentowi trzy skierowania: na oddział stacjonarny, dzienny i do poradni, instruując go: – *Niech się pan wszędzie zapisze i pójdzie tam, gdzie najszybciej pana przyjmą.* Taki pacjent zapisuje się do trzech – czterech placówek, co powoduje stałe wydłużanie się kolejek.

Precyzyjna kwalifikacja chorego jest najważniejsza, tego uczę swoich studentów na I Wydziale Lekarskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Niestety, dla niektórych chorych zbieranie skierowań na rehabilitację: od neurologa, ortopedy, z POZ, stało się rodzajem *modus vivendi*. Sprawdzaliśmy to! Nie ma żadnych limitów ograniczających te praktyki, niektórzy chorzy są nam znani z tych praktyk, pracujemy w wielu miejscach i co chwilę spotykamy tych samych pacjentów w różnych ośrodkach.

Innym ważkim problemem jest brak możliwości dyskwalifikacji pacjenta z usprawniania w ramach postępowania ambulatoryjnego. Lekarz rehabilitacji powinien mieć możliwość weryfikacji zasadności skierowania (często na zabiegi trafiają osoby, które w wyniku długiego okresu oczekiwania są w zupełnie innym stanie ogólnym czy czynnościowym niż w momencie wystawienia skierowania). Pacjenci z przewlekłymi chorobami, już zdiagnozowanymi, z ustalonymi przez lekarza rehabilitacji potrzebami, powinni być pod opieką lekarza POZ i w jej ramach należy prowadzić ich fizjoterapię. Mam na myśli przede wszystkim fizjoterapię domową dla osób, które samodzielnie nie dotrą do miejsc, gdzie wykonuje się zabiegi rehabilitacyjne. Dzięki temu krócej czekali by pacjenci, którym potrzebna jest rehabilitacja bardziej wszechstronna. Obecnie w jednej kolejce czeka osoba potrzebująca usprawnienia kończyny po złamaniu i pacjent po ciężkim udarze, który ma złożony problem: zaburzenia mowy, pamięci, depresję i niedowład oraz np. zaburzenia oddawania moczu. Obaj dostali skierowania z adnotacją: pilne! Ale co to znaczy? Nie ma definicji określenia: pilne.

Proponowaliśmy, jako środowisko lekarzy rehabilitacji, aby w przychodniach pracował również lekarz rehabilitacji, aby wspierał lekarzy POZ w kwalifikacji chorych, którzy mają złożony problem rehabilitacyjny. Lekarze rodzinni są bardzo zajęci, mogą mieć trudności z oceną, gdzie skierować pacjenta. Na razie nie ma odpowiedzi na naszą propozycję.

Czy mamy dostateczną liczbę lekarzy rehabilitacji?

Trzeba podkreślić, że w Polsce pracuje dość dużo lekarzy rehabilitacji. Jesteśmy młodą grupą zawodową, bo specjalizacja jest młoda. Prowadziliśmy badania na temat okresu oczekiwania na naszą poradę. Nie ma dużych kolejek do specjalisty rehabilitacji, natomiast problem jest z fizjoterapią. Pacjenci rzeczywiście czekają ze wskazanego już przeze mnie powodu, tj. zapisywania się do kilku kolejek naraz.

Należy zmienić myślenie o funkcji lekarza rehabilitacji. Lekarz rehabilitacji nie może jedynie zlecać zabiegów. Uważamy, że jesteśmy niewykorzystani jako diagności. Powinniśmy mieć możliwość leczenia spastyczności, bólu, zajmować się opieką nad niepełnosprawnymi – oceniać ich potrzeby rehabilitacyjne, leczyć bardzo częste choroby, takie jak choroba zwyrodnieniowa stawów (także kręgosłupa), opiekować się osobami z przewlekłymi chorobami neurologicznymi etc. Tymczasem mamy możliwość diagnozowania, nasza praca w poradni jest bardzo nisko wyceniana. Jeżeli wycena wizyty u lekarza rehabilitacji to około 50 zł, jak w tej niewielkiej kwocie zmieścić przykładowo koszt USG? A przecież moglibyśmy pomagać w diagnostyce różnych schorzeń, np. osteoporozy.

Jak jest zorganizowana praca w Klinice Rehabilitacji?

Niestety, moja klinika również boryka się z istotnym problemem, jakim jest lawina skierowań z napisem: pilne! Jednak w naszym instytucie pacjenci po hospitalizacji na jednym z oddziałów, np. po wstawieniu endoprotezy czy operacji kręgosłupa, zgodnie z planem leczenia są od razu przenoszeni na oddział stacjonarny lub dzienny rehabilitacyjny. Tak powinno być również w innych ośrodkach.

W instytucie prowadzimy rehabilitację pacjentów ze wszystkimi schorzeniami: reumatologicznymi, neurologicznymi,

kardiologicznymi, po złamaniach kończyn, we wszystkich trybach: dziennym, ambulatoryjnym, na oddziale stacjonarnym, skierowanych na rehabilitację domową. Bardzo chcemy zająć się telerehabilitacją. Lekarze rehabilitacji w instytucie mają ten komfort, że oceniają potrzeby każdego pacjenta i kierują na właściwy poziom rehabilitacji. Jednak należy podkreślić, że znacznej części chorych wystarczy własna aktywność fizyczna, po instruktażu fizjoterapeuty, aby wrócić do sprawności.

A jak jest z terapią po ostrych chorobach wieńcowych?

Realizowany jest program kompleksowej opieki po zawale serca. Część chorych nie musi być leczona na oddziale stacjonarnym. Wystarczy im telerehabilitacja – pacjent ćwiczy w domu, nie leży, jest u siebie. Lepiej toleruje taką metodę niż pozostanie w szpitalu, bo czuje się sprawny i nabywa umiejętności, które jest w stanie zweryfikować w praktyce domowej. Często ma jednak lęk przed aktywnością fizyczną i pomoc jest mu potrzebna, ale wystarczy zdalna kontrola jego poczynań. W naszej klinice chcemy rozwinąć ten rodzaj rehabilitacji, przede wszystkim dla chorych z zapaleniami stawów i tkanki łącznej. Często są to młodzi ludzie, zabiegani, niemający czasu na dotarcie do ośrodków rehabilitacyjnych i spędzenie tam kilku godzin. Fizjoterapia u tych pacjentów powinna być prowadzona pod nadzorem fizjoterapeuty, ponieważ stawów nie można przeciążyć. Musimy nauczyć chorego, aby oszczędzał stawy, ale mimo wszystko ćwiczył. Dla ludzi mieszkających w miejscowościach oddległych od ośrodków rehabilitacyjnych telerehabilitacja jest dużym ułatwieniem i szansą na regularne uczestnictwo w usprawnianiu.

Nasz ośrodek przyjmuje dziennie 140 pacjentów korzystających ze wszystkich form rehabilitacji. Na oddziale stacjonarnym mamy 25 łóżek.

Rehabilitacja jest także niezbędna w geriatric. W tym przypadku jednak trzeba odróżnić rehabilitację od aktywizacji, czyli przeciwdziałania otyłości, zespołowi metabolicznemu, chorobom cywilizacyjnym i zachęcania do ruchu. Starszemu pacjentowi wystarcza trochę aktywności i dobra dieta, ale trzeba mu to uzmysłowić i go zachęcić. Tu jest miejsce dla fizjoprofilaktyki. Co innego rehabilitacja po udarze mózgu. Wtedy konieczne jest działanie kompleksowe: fizjoterapia, psychoterapia, praca z logopedą. Logopeda potrzebny jest w przypadku zaburzeń wyższych czynności, np. mowy, pamięci. Z wypowiedzi pacjentów wynika, że po udarach najbardziej doskwierają im zaburzenia mowy, trudności z komunikacją z otoczeniem.

Znacznie większy problem mają osoby, które wyjdą z oddziału ortopedycznego lub neurologicznego w szpitalu, który nie ma oddziału rehabilitacji. Sami muszą szukać placówki, która ich przyjmie. Osoba starsza, z różnymi ograniczeniami ruchowymi lub psychicznymi, jest w tej sytuacji bezradna. Pacjent, który po zabiegu wymaga rehabilitacji, powinien otrzymać przy wypisie skierowanie na konkretny rodzaj zabiegów w konkretnej placówce po konsultacji przez lekarza rehabilitacji. Jeżeli szpital nie ma własnego oddziału stacjonarnego czy dziennego, powinien podpisać umowę z innymi placówkami. Warto by więc było zmienić organizację rehabilitacji.

Sytuację poprawiłaby również większa liczba oddziałów dziennych, które w zakresie rehabilitacji nie różnią się niczym od stacjonarnych z możliwością dowożenia do nich chorych. Samodzielny dojazd stanowi często dla pacjenta barierę nie do pokonania. ■



Krótką historia wstydu

Hanna Odziemska

lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

Upalne, letnie popołudnie, moja ulubiona kawiarnia, mój ulubiony napój – niegazowana woda z lodem, cytryną i miętą. To krystalizuje umysł, wyostreza percepcję. Wchodzi mój rozmówca.

– Dziękuję, że zgodziłeś się na spotkanie.

Grzegorz zajmuje fotel naprzeciwko mnie. Wiek średni, miła aparycja. Lekarz z ponaddwudziestoletnią praktyką.

– Dlaczego zgłosiłeś się do tego konkursu? – pytam. Spotkanie nie jest towarzyską pogawędką. To wywiad z lekarzem, który wziął udział w konkursie na dyrektora wojewódzkiego szpitala specjalistycznego. Jak zawsze, „wszelkie podobieństwo do prawdziwych osób i zdarzeń jest przypadkowe i niezamierzone”.

– Liczyłem na to, że nie wygram – śmieje się mój rozmówca.
– I nie przeliczyłem się. Po prostu nie mogłem odmówić kolegom lekarzom, którzy pracują w tym szpitalu. Mieli konflikt ze starym dyrektorem, znanym z korupcji i lekceważenia pracowników. Prosimi mnie, żebym wystartował w konkursie. Postawili na mnie, zaufali mi. Nie mogłem tego zignorować.

– A gdybyś jednak wygrał? Co byś wtedy zrobił? Wycofałbyś się?

– Wtedy musiałbym podjąć wyzwanie. Byłbym małą rybką, która z akwarium trafiła prosto do oceanu. Ale rybki ze swej natury nie toną, więc myślę, że poradziłbym sobie.

– Złożyłeś ofertę konkursową i co dalej?

– To nie było takie proste. Ogłoszenie o konkursie nie zostało wyeksponowane ani na stronie szpitala, ani jego organu założycielskiego. Gdyby nie lekarze ze szpitala, nigdy bym się o nim nie dowiedział. Dwa dni przed upływem terminu dostałem wiadomość od kolegi, żebym składał dokumenty. Znajomi prawnicy kilkakrotnie sprawdzili, czy jest wszystko, co trzeba. Ofertę złożyłem za pięć dwunastą. Po tygodniu – telefon od przewodniczącego komisji konkursowej: – *Nie został pan zakwalifikowany do drugiego etapu konkursu. Dlaczego? Ponoć nie wykazałem wymaganego stażu pracy na stanowiskach kierowniczych. Moim zdaniem wykazałem ten staż, ale zdaniem przewodniczącego zabrakło np. świadectwa pracy. Tymczasem w ogłoszeniu o konkursie nie było żadnego uszczegółowienia, jakie dokumenty trzeba złożyć, wybór należał więc do kandydata. W opinii znajomych prawników moja oferta była kompletna i spełniałem postawione warunki.*

– Domyślałem się, że nie pozostawiłeś tego bez wyjaśnienia?

– Jeszcze tego samego dnia napisałem e-mail do przewodniczącego komisji, że nie zgadzam się z tą decyzją i proszę o wskazanie, czy jest tryb odwoławczy. Odpowiedź przyszła szybko, na drugi dzień. Przewodniczący załączył uzasadnienie wyłączenia mnie z dalszego przebiegu konkursu. Dowiedziałem się, że nie tylko nie udokumentowałem stażu, ale też nie podpisałem CV. O tym

drugim nie było mowy przez telefon. Uruchomiłem znajomych prawników, lekarzy, urzędników z kilku ministerstw. Zasyпали mnie ustawami, rozporządzeniami i kodeksami, z których wynikało, że brak podpisanego CV jest brakiem formalnym, do uzupełnienia którego komisja konkursowa powinna była mnie wezwać, a wykorzystanie go do wykluczenia mnie to co najmniej nadmierny formalizm.

– Czy wskazano ci tryb odwoławczy?

– Nie. Przewodniczący komisji w osobnym piśmie oświadczył, że prawo nie przewiduje możliwości odwołania się od tej decyzji. Tymczasem, zgodnie z kodeksem postępowania administracyjnego, albo jest przewidziany konkretny tryb odwoławczy, albo tryb jest dowolny. Obywatel zawsze ma prawo odwołać się od decyzji, z którą się nie zgadza.

– Co było dalej?

– Mój „sztab wyborczy” radził mi napisać skargę. Nie lubię skarg. Jestem lekarzem, zarządzam placówką medyczną, skargi to moja codzienność. Skarga wynika najczęściej z przeniesienia żalu pacjenta, który czuje się pokrzywdzony, na lekarza, bo on ma twarz i nazwisko. Tymczasem sytuacja zazwyczaj jest efektem systemu, a z nim nie da się walczyć, bo jest nieuchwytny, niespersonalizowany.



- Jak nie skarga, to co?
- Napisałem kolejne pismo do przewodniczącego komisji, z prośbą o ponowne rozpatrzenie mojej oferty. Wysłałem je do wiadomości Ministerstwa Zdrowia. Odpowiedź z ministerstwa otrzymałem szybko, przewodniczący komisji konkursowej tym razem nie spieszył się. Pismo z MZ wskazywało, że zgodnie z rozporządzeniem z 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym mogą złożyć wnioski o unieważnienie konkursu. Tymczasem wciąż nie dostałem odpowiedzi od przewodniczącego i wieści o wynikach konkursu. Na stronie szpitala wciąż figurował stary dyrektor, na stronie organu założycielskiego w aktualnościach nic nie znalazłem. Dopiero lokalny portal internetowy obwieścił wybór nowego dyrektora. Okazało się, że został zatwierdzony tydzień wcześniej.
- I kto został dyrektorem?
- Inżynier elektronik, z doświadczeniem w zarządzaniu spółką Skarbu Państwa zajmującą się transportem.
- Czy to dobry wybór?
- Nie wiem, ja mu życzę jak najlepiej – mówi mój rozmówca z lekkim uśmiechem. – Na pewno ma kompetencje menedżerskie, tyle że opieka zdrowotna to szczególna dziedzina zarządzania – wrażliwa. Tu nie wystarczy liczyć pieniądze, bo chodzi o ludzkie życie, a to jest wartość, dla której trzeba nieustannie rewidować twarde prawa rynku. Trzeba dobrze znać potrzeby i problemy polskiej opieki zdrowotnej, żeby skutecznie prowadzić szpital jako przedsiębiorstwo i nie zatracić celu, któremu służy. A celem jest zawsze człowiek: pacjent, ale i lekarz, który ma go leczyć.
- Złożyłeś wnioski o unieważnienie konkursu?
- Tak, złożyłem. W ostatniej chwili, tak jak ofertę. Wypunktowałem fakty i wyraziłem wątpliwość co do transparentności konkursu oraz przyczyn wyeliminowania mnie z części merytorycznej. Może nie byłem aż tak słabym kandydatem, ale przeciwnie – zbyt mocnym? Bez rzucania podejrzeń, tylko fakty i wątpliwości. Do wiadomości Ministerstwa Zdrowia i rzecznika praw obywatelskich. W tym czasie przyszła spóźniona odpowiedź od przewodniczącego komisji, że podtrzymuje decyzję w mojej sprawie. A dziś rano dostałem odpowiedź na wniosek o unieważnienie. Odmowa – trzy strony A4, widać ciężką robotę prawników. Tak jak się spodziewałem. Konkurs jest ważny, moi koledzy mają nowego dyrektora.
- Będziesz jeszcze walczył?
- Nie – Grzegorz dopija swoją wodę z lodem, cytryną i miętą. – Zrobiłem wszystko, co mogłem. Koledzy ze szpitala są niezadowoleni z wyniku. Uważają, że konkurs nie był przeprowadzony rzetelnie i zakonserwuje stary układ, przez który ich praca stała się nie do zniesienia. Nowy dyrektor nie ma wiedzy medycznej, więc będzie potrzebował doradców, którzy znają branżę medyczną i lokalną społeczność, a przede wszystkim znają szpital. Stara, niepopularna ekipa zarządzająca z pewnością jest gotowa doradzać nowemu dyrektorowi, oczywiście raczej nie gratis. Moi przyjaciele lekarze nie wierzą w zmianę na lepsze. Niektórzy myślą o emigracji. Jeden z nich powiedział mi:
 - *Wstydzę się za mój szpital.*
- A ty, co czujesz po tym wszystkim?
- Ulgę, że nie wygrałem – znowu lekki uśmiech. – A tak poważnie: chciałbym dożyć czasów, kiedy wszyscy polscy lekarze zamiast wstydzić się za swoje szpitale będą z nich dumni. ■



Goniec Medyczny

Od grudnia tylko e-zwolnienia

Wszystko wskazuje, że tym razem termin wprowadzenia e-zwolnień nie zostanie przesunięty i rządowi uda się przeprowadzić reformę, tym bardziej że lekarzom w wystawianiu elektronicznych druków mają pomagać asystenci. Do „godziny 0” pozostało już niewiele czasu, a w niektórych regionach Polski e-zwolnienia stanowią zaledwie jedną trzecią wystawianych dokumentów...

Tajemnica lekarska

Nie będzie zmian w zakresie tajemnicy zawodowej dziennikarskiej, lekarskiej i adwokackiej. Rozważane robocze koncepcje nie zyskały akceptacji kierownictwa Ministerstwa Sprawiedliwości – poinformował rzecznik resortu Jan Kanthak. Fakty objęte tajemnicą lekarską miały być ujawniane przez medyka już na wniosek prokuratora.

Alternatywne izby lekarskie?

STOP NOP – organizacja, która zainicjowała projekt ustawy zakładającej dobrowolność szczepień, zamierza teraz przygotować projekt ustawy, która zmieniłaby sytuację obecnych izb lekarskich i aptekarskich. W dokumencie mają się znaleźć uregulowania pozwalające na tworzenie wielu alternatywnych samorządów. Przynależność do nich byłaby dobrowolna.

Lekarze też chcą ulg

W związku z ogłoszonym przez ministra zdrowia projektem wsparcia finansowego dla aptek w celu ich dostosowania do wymagań informatycznych związanych z wdrożeniem projektu e-recepty prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje o pilne wprowadzenie identycznych rozwiązań, umożliwiających odliczenie od podatku kosztów zakupu sprzętu informatycznego, dla lekarzy i lekarzy dentyistów.

Szczepienia imigrantów

Polskie władze rozważają obowiązkowe szczepienia dla przybyszów spoza Unii Europejskiej. Objętyby cudzoziemców i uchodźców, nawet jeśli przebywają w Polsce krócej niż trzy miesiące. Ma to przeciwdziałać m.in. już pojawiającym się ogniskom odry przywleczonej z zagranicy. Największym problemem jest finansowanie.

Pseudolekarze w reklamach

Zakazu używania wizerunków osób w fartuchu oraz dzieci w reklamach witamin i suplementów chcą Ministerstwo Zdrowia, UOKiK, rzecznik praw dziecka oraz samorząd lekarski.

Radary szkodzą w drugim pokoleniu

Do lat 80. XX w. militarne systemy radarowe często nie zawierały wystarczających zabezpieczeń przed promieniowaniem elektromagnetycznym emitowanym przez wzmacniacze radarowe. Okazuje się, że dzieci żołnierzy obsługujących takie instalacje wykazują mutacje genetyczne specyficznego typu – informuje czasopismo „Scientific Reports”.



Fot. archiwum

Znachorzy i uzdrowiciele

CZ. 2

Jarosław Kosiaty

W okresie międzywojennym niezwykle sukces kasowy odniósł film „Znachor” z 1937 r. Była to adaptacja powieści Tadeusza Dołęgi-Mostowicza, która ukazała się pod tym samym tytułem. Żona znanego chirurga prof. Wilczura ucieka z kochankiem i zabiera ze sobą ich kilkuletnią córeczkę Marysię. Załamany lekarz, włóczęg się po mieście, trafia do podrzędnego szynku, gdzie zostaje ograbiony i pobity, na skutek czego traci pamięć. Nie mogąc sobie przypomnieć, kim jest, po kilkunastu latach włóczęgi zamieszkuje na wsi u młynarza. Z czasem zyskuje sławę jako znakomity znachor.

Film kręcony był w malowniczej mazowieckiej wiosce Sikórz (nazywanej Mazowiecką Szwajcarią), a w profesora medycyny wcielił się niezapomniany Kazimierz Junosza-Stępowski (1880–1943). 44 lata później, w 1981 r., Jerzy Hoffman nakręcił kolejną filmową adaptację poczytnej powieści Tadeusza Dołęgi-Mostowicza, w której główne role zagrali Jerzy Bińczycki (1937–1998) i Anna Dymna (1951). W obu filmach znachorem był jednak w rzeczywistości lekarz, absolwent studiów medycznych na wyższej uczelni. Tymczasem w języku potocznym określenie to dotyczy osoby bez wykształcenia z ww. dziedziny, która leczy za pomocą ziół, zaklęć i czarów.

Żyjemy w erze niezwykłych osiągnięć nauki i techniki. Ludzie wylądowali na Księżycu, nasze geny mają przed nami coraz mniej tajemnic, potrafimy błyskawicznie komunikować się za pomocą niewidzialnych fal radiowych. Skąd zatem trwająca nadal popularność usług znachorów i uzdrowicieli? Dr nauk hum. Wojciech Ślusarczyk tak pisze w artykule „Trup w farmacji ludowej”*: „Lud polski jeszcze w przed II wojną światową cechowała głęboko zakorzeniona obawa przed lekarzami i aptekarzami. Miało na to wpływ wywodzące się z czasów starożytnych, a pokutujące jeszcze wówczas przeswiadczenie, iż los człowieka (fatum) jest z góry określony i musi się wypełnić bez względu na wszystko”.

Stronienie od oficjalnej medycyny i farmacji wynikało również z wysokich cen usług lekarzy oraz leków. „Zachowaj mnie Panie od łaski lekarzy i rachunków aptekarzy” – mawiali polscy włościanie u progu XX w.

Zarówno lekarz, jak i aptekarz nie cieszyli się zaufaniem prostego ludu. Chłopi zażywali przepisywane im lekarstwa niechętnie lub wcale. Porady szukali najczęściej u wróżów, zamawiaczy, guślarzy i znachorów. Byli oni bowiem postrzegani jak osoby „od Boga obdarzone najwyższymi przymiotami duszy i mocą dokonywania cudów”.

Niektóre metody, stosowane jeszcze nie tak dawno na polskiej wsi, wydają się nam dzisiaj bardzo drastyczne. Oto przykłady zaczerpnięte z ww. artykułu:

✿ Pod Piotrkowem znamię na twarzy (tzw. płomień) likwidowano przez kilkakrotne potarcie chorego miejsca palcem trupa. Tą samą metodą leczono różnego rodzaju narośla na ciele, wrzody oraz reumatyzm.

✿ Na Wileńszczyźnie walczone z bólem zęba, dotykając go drzazgą z trumny, na Śląsku zaś używano w tym celu gwoździ trumiennych. Choroba miała bowiem „wyjść z zęba” i przenieść się na palec, kość, drzazgę lub gwóźdź.

✿ W Poznańskim ziemia z grobu lub z cmentarza, noszona w woreczku na szyi, chroniła od febrы.

✿ Na Lubelszczyźnie umierające dzieci próbowano leczyć kąpielą w wodzie, do której dodawano trzy porcje piasku z mogił zmiecionego miotłą wziętą z cmentarza.

✿ W celu oduduczenia pijaka picia należało dodać mu do wódki mydlin pozostałych po umyciu zwłok.

Inne przykłady znajdziemy na kartach naszej literatury narodowej, np. w pochodzącej z 1880 r. noweli Bolesława Prusa pt. „Antek”. Rozalka – kilkuletnia siostra tytułowego bohatera, ciężko zachorowała. Matka próbowała leczyć ją własnymi metodami, tj. „szturchańcami i wódką z piołunem”, a następnie wezwała znachorkę. Gdy nie pomogły inne sposoby, dziewczynkę za radą znachorki umieszczono w rozpalonym piecu („gdyż musi się wypocić”), co skończyło się śmiercią dziecka.



Powróćmy do ciekawej pracy Wojciecha Ślusarczyka, który pisze na zakończenie: „*Farmacja ludowa stosowana powszechnie jeszcze w początkach XX w. stanowiła groźną konkurencję dla praktyk lekarskich oraz działalności aptekarzy*”. A jak jest dzisiaj, Anno Domini 2018? Wystarczy przeczytać nagłówki artykułów w wielu kolorowych czasopismach...

Próby uporządkowania współczesnych ogłoszeń z zakresu bioenergoterapii i przybliżenia nam tajemnej wiedzy z tej dziedziny podjął się prof. dr hab. n. med. Andrzej Gregosiewicz**:

„**Praterapeuta:** Dążę do zjednoczenia z praistotą światła boskiego. Wykorzystuję energię świetlistą do leczenia wielu schorzeń. Dysponuję 20 rodzajami energii leczniczej”.

„**Voltoterapeuta:** Mój zabieg trwa około 10–15 min. To wystarczy, bo ja mam 22 milivolty między dłońmi. Usunąłem guzy nowotworowe u około 200 osób”.

„**Glinoterapeutka:** Wykonuję okłady z glinki zielonej. Leczę nowotwory”.

„**Czakroterapeuta:** Do czakry podstawowej wchodzi tylko mentalnie, gdyż znajduje się ona w kroczu. Syn zadzwonił do mnie... trzeba pomóc choremu na raka. Po pięciu zabiegach choremu wyrzuciło na posładkach mnóstwo wrzodów. Jakby w ten sposób uciekała z niego choroba”.

„**Speedterapeuta:** Nie wyglądało to dobrze. Porządna gula wystawała mu z szyi. Obejrzałem ją i przyłożyłem rękę. Po chwili guz zaczął się w oczach zmniejszać. W końcu całkiem zniknął”.

„**Longterapeuta:** Moje biopole oddziałuje na odległość 100 metrów. Dodatkowo energetyzuję wodę i chusteczki. Po przyłożeniu chusteczek ustępują bóle kończyn i goją się rany”.

„**Magterapeuta:** Wyjmuję kręgosłup z ciała pacjenta. (...) Potem wkładam kręgosłup z powrotem. Jest już po wszystkim”.

„**Stratoterapeuta:** Ładowanie kogoś swoją energią to tylko trick. Ja przekazuję promień energii, który ściągam z góry”.

„**Krystalochromoterapeuta:** Zbudowałem kryształową lampę do leczenia kolorami. Fala koloru wzmacniana jest trzykrotnie. Leczy wszystko”.

„**Hydroterapeuta:** Energetyzuję butelkę wody mineralnej i polecam codziennie pić w domu. Wyleczyłem w ten sposób ciężkie złamanie kości piętowej”.

„**Walkterapeuta:** Spaceruję po chorym. Metoda polega na przekazie energetycznym połączonym z masażem całego ciała stopami. Wyleczyłem guz nowotworowy płuca”.

„**Optoterapeutka:** Działam na nich białym światłem, smugą bezinteresownej, przepelnionej miłością energii, którą wysyłam w kierunku osoby cierpiącej”.

„**Tam-tamterapeutka:** Na brzuchu, piersiach, za głową i przy stopach stawiam misy o różnych rozmiarach. Uderzam w misy i przysłuchuję się dźwiękom. W ten sposób uzdrawiam także ciało subtelne. Potem korzystam jeszcze z dwóch innych rodzajów dzwonek wysokośpiewających, których zadaniem jest oczyszczanie, oraz tybetańskich, których dźwięk ma dawać połączenie z niebem i ziemią”.

„**Termoterapeuta:** Leczę dotykiem rąk (...) osiągających temperaturę 38,6 st. C”.

„**Regeneroterapeutka:** Moja metoda to energetyczny przekaz do kręgosłupa. Niedawno uzdrowiłam kobietę po wypadku samochodowym. Miała niemal zdruzgotany kręgosłup, ledwie się ruszała. Po kilku zabiegach kręgosłup zregenerował się”.

„**Uzdrowiciel Boży:** Mam energię od Boga, podłączoną pod umysł. Moja myśl jest sprawcza”.

„**Plazmoterapeuta:** Zdejmuję bioplazmę chorobową. Wystarczy, że przejadę ręką i czuję wszystkie zakłócenia w organizmie. Od razu odbieram jakby uderzenie w dłoń”.

„**Chromoterapeuta:** Widzę nie tylko choroby, które przeszliśmy, lub te, które nam grożą. Widzę także kolory i nimi leczę. Do każdej choroby stosuję inny kolor. Gdy niebieski nie pomaga, dodaję inny. Do leczenia głowy nie wolno stosować czerwonego, żółtego i pomarańczowego. Do złamania zaś kości jak najbardziej”.

„**Naturoterapeuta:** Nie badając, jestem w stanie stwierdzić, co jest przyczyną dolegliwości pacjenta. Nie muszę go nawet widzieć. Wystarczy, że będę miał jego zdjęcie lub podpis. W ten sposób wyleczyłem już niejedną osobę, nawet z nowotworem trzustki czy paralizem”.

„**Netterapeutka:** Kilka tygodni temu otrzymałam przez Internet fotkę chorego na białaczkę. Dzięki swojej energii uzdrawiam, widząc tylko wydruk z komputera”.

„**Rezonoterapeuta:** Wchodzę w świadomość pacjenta. Doprowadzam do rezonansu z nim. Albo dopasowuję swoją częstotliwość do chorego, albo odwrotnie”.

„**Skolioterapeutka:** Wzrokiem potrafię nastawić kręgosłup, poprawić skoliozę”.



Fot. licencja Artmedia Partners

„Zjawoterapeuta: 25 lat temu w Krynicy ze ściany wyszła niewysoka postać i rzekła: – *Masz uzdrowiac*”.

Przełomem w „leczeniu na odległość” stało się wykorzystanie przez uzdrowiaczy możliwości, jaką niesie ze sobą telewizja. Pionierem w tej dziedzinie był rosyjski psychiatra **Anatolij Kaszpirowski**. W 1962 r. ukończył Państwowy Instytut Medyczny w Winnicy. Następnie przez 25 lat pracował jako lekarz w szpitalach psychiatrycznych. W 1987 r. został psychoterapeutą radzieckiej kadry narodowej w podnoszeniu ciężarów (wcześniej sam trenował boks i podnoszenie ciężarów). Olbrzymią popularność przyniosły mu seanse hipnozy, transmitowane na żywo przez telewizję państwową w ZSRR w 1989 r. Wielu widzów uważało, że dzięki temu udało się im wyleczyć z różnych chorób i nałogów (od alkoholizmu i wypadania włosów po choroby nowotworowe). Ministerstwo Zdrowia ZSRR w oficjalnym komunikacie nazwało ten fenomen zbiorową psychozą, ponieważ część rzekomo uzdrowionych trafiała do szpitali z objawami chorób psychicznych. Programy telewizyjne z udziałem Kaszpirowskiego były również emitowane w Polsce, Czechach, Niemczech, na Węgrzech i w Izraelu.

Sukces Anatolija Kaszpirowskiego próbował powtórzyć nasz rodak **Zbigniew Nowak**. Sam opowiadał, że do 40. roku życia był trochę ogrodnikiem, trochę rzemieślnikiem, trochę terapeutą. Wreszcie zdecydował się skupić wyłącznie na bioenergoterapii i zaczął prowadzić program telewizyjny „*Ręce, które leczą*”. Pokazywana przez stację Polsat w latach 90. ubiegłego wieku audycja przyniosła Nowakowi olbrzymią popularność. Do dzisiaj „oferta terapeutyczna” specjalisty od zdalnego energetyzowania butelek z wodą jest niezwykle obszerna i obejmuje m.in. „*kontakt bezpośredni, mentalny, leczenie za pośrednictwem zdjęcia oraz tak zwany Vega-test, czyli test wegetatywno-rezonansowy*”. Można również otrzymać pocztą „*kartkę do samodzielnej energetyzacji wody*”.

Kaszpirowski i Nowak mieli jednak od początku silną konkurencję. Już od lat 70. ubiegłego wieku działał bowiem w naszym kraju Anglik **Clive Harris**, który spopularyzował w Polsce zbiorowe seanse bioenergoterapeutyczne. Wiele jego spotkań odbywało się w kościołach. Trwało to do momentu, gdy uzdrowiciel przyznał, że „*działa za pośrednictwem dobrych duchów*”. Małgorzata Brzezińska*** na łamach serwisu ciekawostkihistoryczne.pl informuje: „*Specjalnością Harrisa było »leczenie« chorób nowotworowych. »Przyszedłem, bo nie mam nic do stracenia« – mówili niektórzy z uczestników jego seansów. Przyjęta okazała się wyjątkowo skuteczna. Jego pacjentów można było liczyć w milionach. Anglik zajmował się uzdrawianiem przez 40 lat, aż do swojej śmierci w 2009 r.*”.

Życie pisze swoje własne, zadziwiające scenariusze. Powróćmy na koniec do filmu „Znachor” z 1937 r. Odtwórca głównej roli, Kazimierz Junosza-Stępowski, zginął 5 lipca 1943 r., gdy próbował obronić swoją żonę przed wykonaniem wyroku śmierci wydanego przez polskie podziemie. Uzależniona od morfiny Jadwiga Galewska trudniła się bowiem oszustwem, wyłudając pieniądze od rodzin osób aresztowanych przez Niemców (pod pretekstem załatwienia ich zwolnienia). ■

* W. Ślusarczyk, *Trup w farmacji ludowej*, „Poradnik Aptekarski” nr 4/2009.

** A. Gregosiewicz, *Bioenergoterapia w naturciu*, „Gazeta Lekarska” nr 4/2002.

*** M. Brzezińska, *Ręce, które nie leczą. Cała prawda o polskich znachorach i wizjonerach*, ciekawostkihistoryczne.pl, 6.02.2017.



Goniec Medyczny

Komórki macierzyste

Osiągamy obiecujące efekty w eksperymentalnym wciąż leczeniu autyzmu i mózgowego porażenia dziecięcego przy użyciu pozyskiwanych z krwi pępowinowej komórek macierzystych – twierdzi dr hab. Magdalena Chrościńska-Krawczyk z Lublina.

Palenie to destrukcja jamy ustnej

Palenie papierosów powoduje osłabienie mechanizmów chroniących zęby przed chorobami miazgi – informuje czasopismo „Journal of Endodontics”.

E-papierosy szkodzą

Aerazol z e-papierosów powoduje stany zapalne w płucach i zaburza ich czynność – czytamy w „American Journal of Physiology – Lung Cellular and Molecular Physiology”.

Uwaga na suplementy z witaminą A

Z badań na myszach, o których informuje „Journal of Endocrinology”, wynika, że spożywanie zbyt dużej ilości witaminy A może zmniejszać grubość kości. U gryzoni, którym podawano ilości równoważne od 4,5- do 13-krotności dziennej dawki zalecanej człowiekowi, wykazano osłabienie kości po zaledwie ośmiu dniach.

Przyjmujemy suplementy w ciemno

72 proc. Polaków deklaruje, że przyjmuje suplementy diety, z czego 48 proc. robi to regularnie, ale tylko 17 proc. konsultuje się wcześniej z lekarzem lub farmaceutą.

Śmiertelne żniwo alkoholizmu

W 2016 r. z powodu nadużywania alkoholu zmarło na świecie ponad 3 mln osób, co oznacza, że był on powodem co 20. zgonu – poinformowała Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Sadza przenika do łożyska

Brytyjscy naukowcy wykazali, że cząstki sadzy z zanieczyszczonego powietrza obecne są w łożysku u ciężarnych kobiet. Poinformowali o tym na Międzynarodowym Kongresie Europejskiego Towarzystwa Oddechowego (ERS).

Nadmiar fluoru a ADHD

Naukowcy z University of Toronto oraz innych ośrodków z USA i Meksyku ostrzegają przyszłe matki przed nadmiarem fluoru. Twierdzą, że podnosi on ryzyko wystąpienia u dzieci ADHD w wieku szkolnym. Badacze doszli do tych wniosków po analizie danych dotyczących ponad 200 par matka-dziecko z miasta Meksyk.

Trzymaj się z dala od zlewu na OIOM!

Zainstalowane pod zlewami syfony okazały się istotnym źródłem antybiotykoopornych bakterii na oddziałach intensywnej terapii – informuje czasopismo „Infection Control & Hospital Epidemiology”.

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

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



Fot. archiwum

Otyłość trzewna

Wykład wygłoszony podczas Konferencji „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności” 21.04.2018 r.

Dr hab. n. med. **Elżbieta Wasilewska-Dziubińska**,
prof. nadzw. w CMKP, Zakład Neuroendokrynologii Klinicznej CMKP

W XXI w. rozpowszechnianie się otyłości w krajach uprzemysłowionych nasiliło się do rangi epidemii.

Przyczyniły się do tego niekorzystne dla zdrowia zmiany nawyków żywieniowych i ograniczenie aktywności fizycznej prowadzące do sytuacji, w której jemy więcej niż potrzebuje organizm, by sprostać zapotrzebowaniu na energię. Otyłości sprzyja tendencja do magazynowania energii bardziej niż do jej wydatkowania. W organizmie zdrowego mężczyzny jest 12–20 proc. tłuszczu, u kobiety 20–33 proc. Przy prawidłowej masie ciała 85 proc. tkanki tłuszczowej znajduje się pod skórą, pozostałe 15 proc. stanowi tkankę tłuszczową trzewną (TTT). U kobiet w okresie rozrodczym tkanka tłuszczowa podskórna umiejscowiona jest głównie w okolicy pośladkowo-udowej. U mężczyzn, niezależnie od wieku, gromadzenie się tłuszczu w wyższych częściach tułowia prowadzi do otyłości brzusznej i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2. Zależność ta po raz pierwszy została opisana w 1947 r. przez francuskiego lekarza J. Vague, który wyróżnił dwa typy otyłości: brzuszną (trzewną) – androidalną (typu jabłko) i udowo-pośladkową – gynoidalną (typu gruszka), oraz wykazał, że ryzyko powikłań otyłości zależy nie tyle od ilości nagromadzonej tkanki tłuszczowej, ile od jej rozmieszczenia, co zostało przyjęte z dużym sceptycyzmem i niedowierzaniem. Otyłość trzewną (OT) rozpoznaje się w badaniach obrazowych, jeżeli pole tłuszczu trzewnego jest większe niż 100 cm kw., w praktyce, gdy obwód talii u kobiet przekroczy 70 cm, a u mężczyzn 86 cm. Wykazano, że wzrost obwodu talii koreluje ze wzrostem śmiertelności. Do oceny rodzaju otyłości służy współczynnik talia-biodra (czyli Waist-Hip Ratio), który pozwala rozpoznać otyłość typu jabłko u mężczyzn, jeżeli WHR >1,0, u kobiet – typu gruszka, jeżeli WHR >0,8.

Zauważono, że nadmiar tkanki tłuszczowej brzucha zwiększa się z wiekiem bardziej u mężczyzn niż u kobiet. TTP brzuszna jest mniej aktywna metabolicznie i hormonalnie niż TTT, która jest bardziej wrażliwa na działanie hormonów lipolitycznych – glikokortykosteroidów i katecholamin, oraz mniej wrażliwa na działanie insuliny. W TTT biologicznie nieaktywny kortyzon jest przekształcany miejscowo w aktywny kortyzol, który hamuje obwodowe zużycie glukozy oraz prowadzi do redystrybucji tkanki tłuszczowej w ustroju i gromadzenia się jej w jamie brzusznej. Stwierdzono, że w otyłości dochodzi do infiltracji tkanki tłuszczowej przez makrofagi i rozwoju przewlekłego stanu zapalnego. Nagromadzenie TTT koreluje dodatnio z podwyższonymi parametrami stanu zapalnego w surowicy oraz ze wzrostem ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-

-naczyniowego i cukrzycy typu 2. Negatywny wpływ nadmiaru TTT na stan zdrowia wynika z wydzielania przez nią prozapalnych cytokin i rozwoju zapalenia oraz z dużej aktywności lipolitycznej TTT i uwalniania do krążenia wolnych kwasów tłuszczowych, które hamują transport glukozy do komórek i prowadzą do insulinooporności, a następnie do hyperinsulinizmu, zespołu metabolicznego i cukrzycy typu 2.

W ciągu ostatnich lat wykazano, że czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju OT jest nieprawidłowy skład mikroflory bakteryjnej zasiedlającej przewód pokarmowy. Bakterie jelitowe, czyli mikrobiota, stanowią ważny element w ekosystemie ludzkiego jelita. W wyniku fermentacji dzięki bakteriom saprofitycznym spożytego błonnika w przewodzie pokarmowym powstają endogenne krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe, które stanowią substrat energetyczny dla tych samych bakterii fermentacyjnych i dla kolonocytów, które przez wydzielanie śluzu chronią barierę jelitową przed rozszczelnieniem się. KTT po przejściu do krążenia wrotnego i ogólnego zmniejszają insulinooporność w wątrobie i w mięśniach szkieletowych oraz zmniejszają łaknienie, wpływając na ośrodki głodu i sytości. Niedobory błonnika pokarmowego w diecie prowadzą do zahamowania syntezy KTT i w konsekwencji braku substratu energetycznego dla bakterii fermentacyjnych i dla kolonocytów. W efekcie słabnie wydzielanie się śluzu i następuje wzrost przepuszczalności ściany jelitowej. Lipopolisacharydy bakteryjne i inne toksyczne substancje przechodzą wówczas ze światła jelita do krążenia wrotnego i bezpośrednio do wątroby, przyczyniając się do rozwoju stanu zapalnego indukującego oporność na insulinę oraz niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby.



Fot. licencja Artmedia Partners

Badania epidemiologiczne wykazały zależność między zwiększoną ilością błonnika pokarmowego i zmniejszonym występowaniem OT, chorób układu krążenia, cukrzycy typu 2 i, co więcej, raka jelita grubego. Do zahamowania rozwoju OT nie wystarczy dieta, gimnastyka i sport. Konieczne jest dostarczenie z pożywieniem błonnika zapewniającego produkcję KTT przez przyjazną florę bakteryjną (co najmniej 400 g jarzyn i owoców dziennie). Z kolei działanie ochronne KTT na błonę śluzową jelita grubego i na metabolizm ogólnoustrojowy przyczynia się do ochrony przed rozwojem OT i chorób metabolicznych, które stały się epidemią naszych czasów. Dbałość o dostarczenie z pożywieniem odpowiedniej ilości prostych jarzyn z rodzimych pól nie wymaga dodatkowych nakładów finansowych, lecz szerokiego uświadomienia rangi społecznego znaczenia tego problemu. Narastająca epidemia otyłości i jej skutki zdrowotne wskazują na konieczność zaangażowania się w prowadzenie polityki prewencyjnej przez resorty odpowiedzialne za zdrowie, żywienie i edukację. ■

Kobieta Sukcesu Mazowsza 2018

Ewa Dądalska, ginekolog położnik ze Szpitala Powiatowego w Wołominie, znalazła się w Złotej Dziesiątce Kobiet Sukcesu Mazowsza. Dodatkowo zdobyła tytuł Kobiety Sukcesu Internautów.

Jest absolwentką Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, doktorem nauk medycznych, specjalność: ginekologia onkologiczna. Uhonorowana w 2016 r. nagrodą „Anioły Medycyny”, do której pacjenci zgłaszają farmaceutów i lekarzy przekraczających standardy polskiej ochrony zdrowia, okazujących pacjentom serce, zainteresowanie i empatię. Wcześniej przez 14 lat pracowała w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie i w Szpitalu Specjalistycznym „Inflancka” im. Krysi Niżyńskiej „Zakurzonej”, gdzie przez 2 lata była zastępcą ordynatora. W wołomińskim szpitalu pracuje od 1 lutego 2017 r. na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym. Stworzyła poradnię onkologiczną. Współtworzyła stronę internetową poświęconą kobietom chorym na nowotwór.

Doktorant WUM członkiem European Health Parliament w Brukseli

Paweł Koczkodaj, absolwent kierunku zdrowie publiczne, a obecnie doktorant Wydziału Nauki o Zdrowiu, został wybrany na członka European Health Parliament w Brukseli.

W ramach swoich obowiązków w grupie 55 specjalistów będzie pracował nad rozwiązaniami na rzecz poprawy zdrowia w Europie. Naukowiec skupi się na zagadnieniach prewencji antynowotworowej. Celem EHP jest nawiązanie kontaktu z kluczowymi interesariuszami i wymiana pomysłów z urzędnikami UE, członkami Parlamentu Europejskiego, organizacjami pozarządowymi, mediami i obywatelami, a na-

stępnie wypracowanie i przedstawienie politycznych zaleceń. Stworzone rozwiązania zostaną zaprezentowane na ostatniej sesji plenarnej EHP i udostępnione decydom oraz osobom związanym z opieką zdrowotną w całej UE. Ostatecznym celem działań EHP jest wdrożenie propozycji przez Komisję Europejską i przełożenie zaleceń na inicjatywę ustawodawczą danego kraju.

Odnowiony SOR w Siedlcach

Ponad 13 mln zł kosztowała gruntowna przebudowa i nowoczesne wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Siedlcach.

Wartość przeprowadzonych inwestycji wynosi 13,5 mln zł, ponad 7,4 mln zł pochodziło z budżetu województwa mazowieckiego. Szpitalny Oddział Ratunkowy powstał praktycznie od nowa. Powiększony o pomieszczenia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, obecnie zajmuje 1402 mkw. W ramach projektu utworzono nowe gabinety konsultacyjne i zabiegowe, stanowiska do intensywnej terapii, intensywnego nadzoru oraz miejsca dekontaminacji pacjentów. Powstała nowa centrala wentylacyjna z odzyskiem ciepła i instalacją wentylacji w pomieszczeniach SOR. Kupiony i zainstalowany został dodatkowy agregat prądowłóczy. Oddział wyposażono w nowoczesny sprzęt, m.in. aparat RTG, doposażone zostały także sale zabiegowo-operacyjne służące do realizacji świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego. Otrzymane z budżetu województwa środki placówka przeznaczyła na zakup m.in. stołów operacyjnych ortopedycznego i ogólnochirurgicznego, lampy operacyjnej, kolumny chirurgicznej i anestezjologicznej, zestawów do terapii natychmiastowej, a także łóżka do sali pooperacyjnej. Poza tym szpital wzbogacił się o zestaw laparoskopowy, cyfrowy rejestrator obrazu, aparat do znieczulenia ogólnego, defibrylator, respirator i kardiomonitor. – *To bardzo ważne wsparcie. Tylko na te projekty przeznaczaliśmy z naszego budżetu ponad 7,4 mln zł. Szpital zmienia się na naszych oczach. Nowoczesne sale, oddziały i wyposażenie, a do tego wszystkiego znakomita kadra lekarska* – podsumowuje wicemarszałek województwa mazowieckiego Janina Ewa Orzełowska. ■

pk

REKLAMA

STUDIA PODYPLOMOWE




DZIEKANAT
CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
BUDYNEK REKTORATU, POK. 509
UL. ŻWIRKI I WIGURY 61
02-091 WARSZAWA

- DIETETYKA W CHOROBYCH WEWNĘTRZNYCH I METABOLICZNYCH
- METODOLOGIA BADAŃ KLINICZNYCH
- MEDYCINA ESTETYCZNA
- MEDYCINA 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./faks: 22 57 20 511
szczegółowe informacje dostępne są na stronie:
<http://ckp.wum.edu.pl/>



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

Połączenie szpitali klinicznych?

Plany konsolidacji trzech szpitali klinicznych: Dzieciątka Jezus, kompleksu przy ul. Banacha oraz Szpitala Pediatricznego przy ul. Trojdena, w jeden podmiot, przygotowywane od dłuższego czasu przez władze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, niepokoją pracowników wszystkich trzech placówek.

Siedem związków zawodowych, zjednoczonych w jednej organizacji, a popieranym przez stowarzyszenia pacjentów, protestuje przeciwko konsolidacji. Poświęcona temu była kolejna już konferencja prasowa zorganizowana pod koniec października. Przedstawiciele związków uważają, że projekt konsolidacji jest zły, bowiem nie uwzględnia specyfiki szpitali, które nie tylko mają być jednostkami dobrze zarządzanymi, ale także dbać o bezpieczeństwo leczonych pacjentów. Zmiany organizacyjne, takie jak ograniczenie zakresu pracy laboratoriów, likwidacja niektórych zakładów (np. Zakładu Mikrobiologii w szpitalu przy ul. Lindleya), zredukowanie liczby pielęgniarek na dyżurach, powierzanie dyżurującym lekarzom dwóch lub trzech oddziałów, staną się bezpośrednim zagrożeniem tego bezpieczeństwa. Zupełnym kuriozum jest zmniejszenie nakładów na środki dezynfekcyjne. Projekt nie bierze pod uwagę konieczności przestrzegania zasad epidemiologicznych i farmaceutycznych.

Ponadto Szpital Pediatriczny jest najbardziej zadłużony i pracownicy dwóch pozostałych obawiają się, że dług ten spadnie także na nich. Natomiast związki zawodowe szpitala przy ul. Lindleya sądzą, że ich placówka jest w stanie sama zrestrukturyzować się i podźwignąć. ■

mkr

Posługuj się angielskim swobodnie i naturalnie.



Angielski w tłumaczeniach. Medycyny to:

- ✓ przydatne słownictwo medyczne
- ✓ zbieranie wywiadu medycznego
- ✓ rozmowy z pacjentem
- ✓ praktyczne ćwiczenia z kluczem

-20% z kodem PULS
na stronie księgarni:

Preston Publishing.pl
Wydawnictwo Językowe

REKLAMA



III MIĘDZYNARODOWA MIĘDZYJAZDOWA KONFERENCJA PUŁAPKI W ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

KARPACZ, POLSKA | 29 listopada – 1 grudnia 2018 r.

PRZEWODNICZĄCY KOMITETÓW NAUKOWEGO I ORGANIZACYJNEGO

prof. dr hab. Krzysztof KUSZA

WICEPRZEWODNICZĄCY KOMITETÓW NAUKOWEGO I ORGANIZACYJNEGO

dr hab. Mariusz PIECHOTA

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY

Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



ORGANIZATOR LOGISTYCZNY I MERYTORYCZNY

Wydawnictwo Termedia

BIURO ORGANIZACYJNE

Wydawnictwo Termedia

ul. Kleeberga 2 | 61-615 Poznań | tel./faks: +48 61 656 22 00 | szkolenia@termedia.pl

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

TERMEDIA

REKLAMA

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



60 zł
10 zł

WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ OD 1 STYCZNIA 2015 R.

- podstawowa kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentyistów
- kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających ograniczone prawo wykonywania zawodu („lekarze stażyści”)

Lekarz lub lekarz dentyista, 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 dentyista: **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

Prosimy o dokonywanie opłat składek na 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).

Jubileusz na Żoliborzu

W tym roku SPZZLO Warszawa-Żoliborz obchodzi 20-lecie samodzielności. W ciągu tych lat placówka nieustannie modernizowała się i rozwijała, a także doposażała wszystkie poradnie w nowoczesny sprzęt. ZOZ obejmuje opieką mieszkańców Żoliborza, Bielan oraz części Łomianek. W 12 przychodniach, wśród których znajduje się najnowsza, otwarta w tym roku przy ul. Klauudy, świadczy się podstawową opiekę zdrowotną, ale są tam także liczne poradnie specjalistyczne, placówki rehabilitacji oraz pracownie diagnostyczne. Na Żoliborzu można wykonać nawet tak specjalistyczne badania,

jak angiografia, perymetria komputerowa oraz badania siatkówki i struktury oka (dzięki zainstalowaniu aparatury *optical coherent tomograph*). Do imponującego zbioru nagród ZOZ i jego dyrektor (od 2005 r.) Małgorzaty Załawy-Dąbrowskiej doszła w tym roku nagroda „Najcenniejsze firmy zdrowia 2018”, przyznana podczas Forum Ekonomicznego w Krynicy.

Pracownicy SPZZLO uczcili jubileusz na gali w Teatrze Polskim, najbardziej zasłużeni otrzymali nagrody i wyróżnienia. ■

mkr



Fot. archiwum

3 GRUDNIA 2018

Auditorium Maximum, UKSW, Warszawa
Aula Schumana, ul. Wójcickiego 1/3

Organizator: **Katedra Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego WPiA UKSW**

III OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA

**LEKI
BIOLOGICZNE**

ASPEKTY PRAWNE

Kluczowe zagadnienia:

- Prezentacja stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie zamiennictwa leków biologicznych
- Automatyczna zamiana leków w kontekście praw pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na określone świadczenie zdrowotne
- Automatyzm zamiany w praktyce – procedury przetargowe, wytyczne NFZ
- Zamiana leków a wymóg leczenia w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej
- Leki biologiczne z perspektywy europejskiej – EMA
- Badania kliniczne leków biologicznych i co z nich wynika?
- Propozycje zmian w zakresie dodatkowych świadectw ochronnych (SPC)
- Wpływ czwartej rewolucji przemysłowej na rozwój rynku leków biologicznych

PATRONAT MEDIALNY

kierunekfarmacja.pl



PREZYDENTUM
FARMACEUTYCZNY

GAZETA
FARMACEUTYCZNA



farmacja
polska

puls

tel.: 22 651 80 75 fax: 22 203 40 52 kom.: 604 152 181 e-mail: info@certge.pl www.certge.pl



Fotografie: egw

Podnieśmy prestiż polskich lekarzy na Wschodzie

Z prof. dr. hab. n. med. **Mariuszem Frączkiem**, konsultantem wojewódzkim na Mazowszu w dziedzinie chirurgii ogólnej, kierownikiem II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej II Wydziału Lekarskiego WUM, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Panie profesorze, był pan przewodniczącym komitetu naukowego konferencji „Nowości w medycynie”, zorganizowanej z okazji 20-lecia Stowarzyszenia Polonijnych Organizacji Medycznych w Mołdawii, i przewodniczył sesji chirurgicznej. Jak ocenia pan to spotkanie?

Z jednej strony miało wymiar naukowy, do którego przygotowaliśmy się merytorycznie, tak jak do każdego kongresu medycznego, gdzie omawiamy sprawy związane z problemami chirurgicznymi, diagnostycznymi, terapeutycznymi. Z drugiej – polonijny, towarzyski, często sentymentalny, a na pewno patriotyczny, bo uczestniczyli w konferencji przedstawiciele polonijnych organizacji medycznych i izb lekarskich z Polski. Połączenie tych dwóch koncepcji moim zdaniem niew pełni się sprawdziło, chociaż idea takiego kongresu jest bardzo dobra i godna naśladowania. Można było jednak zauważyć, że część osób przyjechała tylko na obchody jubileuszu i nie do końca była zainteresowana programem naukowym. Natomiast odbiór naszych wykładów przez lekarzy pochodzących z Ukrainy, Białorusi, a przede wszystkim z Mołdawii był bardzo dobry i to była ta piękna strona medalu.

Lekarze z kliniki, którą pan kieruje, przygotowali znakomite – jak pan wspominał – wykłady cieszące się zainteresowaniem lekarzy polonijnych. Dlaczego wybrali państwo taki, a nie inny temat?

Prezes Stowarzyszenia Polonijnych Organizacji Medycznych w Republice Mołdawii dr Borys Duda poprosił mnie, abym przygotował program merytoryczny sesji chirurgicznej. Staraliśmy się pokazać te problemy, które wydawały się nam najbardziej aktualne w zmieniającej się nieustająco chirurgii.

To przede wszystkim: ocena chorego w okresie przedoperacyjnym, interwencja żywieniowa u chorych niedożywionych, wykorzystanie metod chirurgii małoinwazyjnej, leczenie zindywidualizowane w onkologii, leczenie powikłań, takich jak przetoki przewodu pokarmowego, stosowanie programu kompleksowej opieki okołoperacyjnej (ERAS). Zwracaliśmy uwagę na narastający problem otyłości – przewlekłej choroby z wieloma powikłaniami. Zaprezentowaliśmy możliwości chirurgii metabolicznej, dotąd najskuteczniejszej metody leczenia tej choroby. Chcieliśmy wskazać, jak bardzo nauki podstawowe potrafią zmienić spojrzenie na wiele chorób, w tym na choroby nowotworowe i sposoby ich leczenia u konkretnego pacjenta. Kongres nosił nazwę „Nowości w medycynie”, więc zamierzaliśmy, i mam nadzieję, że się nam udało, nawiązać do idei wynikającej z nazwy i pokazać rzeczywiście nowe wyzwania w chirurgii – w diagnostyce, w terapii.

Spotkanie w Kiszyniowie, oprócz obchodów 20-lecia stowarzyszenia, miało też inną przyczynę. Były nią obchody 100-lecia odzyskania niepodległości przez Polskę. Czy nadało to wyższą rangę kongresowi?

Oczywiście, że tak. Na pewno ranga wydarzenia została podkreślona, chociażby przez gości, którzy w nim uczestniczyli. Mówiliśmy o niepodległości, o różnych aspektach działalności polonijnej. Działacze polonijni z różnych krajów, nie tylko z Mołdawii, opowiadali o tym, jak kształtowały się losy Polaków mieszkających poza granicami kraju w różnych momentach historii. W konferencji uczestniczyli również lekarze przybyli z zachodu Europy i ze Stanów Zjednoczonych. Brali udział zarówno w części merytorycznej, medycznej, jak i w części poświęconej obchodom 20-lecia Towarzystwa Lekarskiego w Mołdawii i 100-lecia niepodległości Polski.



Od lewej: dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół, dr. n. med. Aneta Obcowska-Hamerska, prof. dr. hab. n. med. Mariusz Frączek, dr hab. n. med. Jacek Sobocki

Dawało się odczuć specyficzną atmosferę zbliżenia przedstawicieli Polonii wschodniej z reprezentantami zachodniej.

Panie profesorze, czy spotkania, które mają łączyć organizacyjnie i naukowo lekarzy polskiego pochodzenia rozsiansych po całym świecie z Polską, sprawdzają się?

Moje spojrzenie na ten problem jest o tyle specyficzne, że występuję w podwójnej roli: jako wykładowca i współorganizator sesji chirurgicznej i jako członek Rady Krajowej Stowarzyszenia Wspólnota Polska, do pewnego stopnia odpowiedzialny za kontakty z lekarzami pochodzenia polskiego ze Wschodu. Polityka stowarzyszenia wobec osób polskiego pochodzenia na Wschodzie ewaluowała w ciągu ostat-

nich 10 lat. Był taki okres, kiedy wydawało nam się, że najlepszą formą działania jest organizacja misji medycznych. To były początki. Zauważyliśmy jednocześnie jak duże znaczenie dla naszych rodaków na Wschodzie miał fakt, że w ogóle przyjechała do nich jakaś grupa specjalistów z Polski. Muszę przyznać, że ze wzruszeniem oglądałem sprawozdanie z działalności polonijnej w Mołdawii, nasze zdjęcia z misji sprzed wielu lat. Ten etap mamy już chyba już za sobą. Kolejnym, który założyliśmy sobie we Wspólnocie Polskiej, jest podniesienie prestiżu lekarzy pochodzenia polskiego na ziemiach wschodnich dzięki systemowi odpowiednich szkoleń. Konferencja, w której uczestniczyliśmy, była właśnie takim rodzajem szkolenia, pokazania nowej medycyny, która dopiero puka do drzwi niektórych krajów wschodnich. ■

Polska i Mołdawia



Od lewej: Aleksander Pieczyński i Borys Duda

W październiku 2018 r. w Kiszyniowie, przy wsparciu m.in. OIL w Warszawie, zorganizowano konferencję „Nowości w medycynie” z okazji jubileusza 20-lecia Stowarzyszenia Polonijnych Organizacji Medycznych w Republice Mołdawii oraz obchodów 100. rocznicy odzyskania niepodległości przez Polskę. Stowarzyszenie sięga korzeniami pierwszego Kongresu Polonii Medycznej w Częstochowie, co podkreślano podczas spotkania.

Konferencję patronatem objęli m.in. marszałek Senatu Stanisław Karczewski i ambasador RP w Republice Mołdawii Bartłomiej Zdaniuk, dzięki czemu stała się wyjątkowym wydarzeniem. Wykłady dotyczyły zarówno historii towarzystw medycznych w Mołdawii i Polsce, jak i spraw stricte medycznych. Uhonorowaniem spotkania był koncert mołdawskich i polskich artystów w Filharmonii Narodowej w Kiszyniowie. Stanisław Karczewski zadeklarował m.in. ułatwienie lekarzom spoza UE pracy w Polsce.

W składzie delegacji OIL w Warszawie byli: dr Aleksander Pieczyński – członek ORL w Warszawie, prof. Mariusz Frączek – przewodniczący komitetu naukowego konferencji z zespołem II Katedry i Kliniki Chirurgii

Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej WUM, prof. Waldemar Kostewicz – prezes PTL, redaktor naczelna „Pulsu”. Aleksander Pieczyński w imieniu prezesa ORL dr. Łukasza Jankowskiego wręczył prezesowi Stowarzyszenia Polonijnych Organizacji Medycznych w Republice Mołdawii dr. n. med. Borysowi Dudzie okolicznościowy list i pamiątkowy sztych.

Obok zamieszczamy refleksje przewodniczącego komitetu naukowego konferencji prof. Mariusza Frączka. ■

egw



Rzeczpospolita Ujazdowska

Małgorzata Skarbek

11 listopada 1918 r. dwaj polscy lekarze: ppłk dr Edward Loth i płk dr Stefan Rudzki, w imieniu Wojska Polskiego przejęli z niemieckich rąk Szpital Ujazdowski. Jeden z najstarszych i największych szpitali wojskowych był pierwszą odebraną Niemcom placówką w Warszawie.

– *W Koszarach Kantonistów Muzeum Łowiectwa i Jeździectwa w Łazienkach można oglądać wystawę poświęconą dziejom tego szpitala w latach 1918–1945. Jego historia sięga jednak czasów o wiele odleglejszych* – mówi Hanna Polańska, autorka scenariusza wystawy, a także warszawianka i hipolożka.

Król Stanisław August Poniatowski w 1784 r. przekazał Zamek Ujazdowski władzom miasta na cele wojskowe. Budynek został przebudowany na koszary, stacjonowała w nim Gwardia Litewska Piesza. W 1792 r. powstał tam pierwszy lazaret. Michał Bergonzone, lekarz i filozof, jeden z pierwszych lekarzy w szpitalu, leczył żołnierzy w czasach schyłku Rzeczypospolitej, insurekcji kościuszkowskiej i Księstwa Warszawskiego. Był też głównym lekarzem wojska koronnego i reformatorem lazaretów.

Lazaret w Ujazdowie stopniowo powiększono o kolejne pawilony. W 1818 r. władze carskie utworzyły tam Szpital Główny Wojskowy i nadal go rozbudowywały.

Ze szpitalnictwem wojskowym związany był gen. Karol Kaczkowski, główny lekarz polskiego wojska w czasie powstania listopadowego, który specjalizował się w higienie i internie. Wybitny organizator wojskowej służby zdrowia, zreformował opiekę medyczną na polu walki. Opracował system, w którym za walczącymi posuwają się patrole sanitarne z noszami i zbierają rannych, wprowadził ambulansy polowe. Zwalczał epidemię cholery.

Po powstaniu szpital przeszedł w ręce Rosjan, którzy nadal go rozbudowywali. W owym czasie szpital obejmował teren od skarpy, na której stoi Zamek Ujazdowski, i ul. Agrykoli do Górnośląskiej i Myśliwieckiej, był ogrodzony i strzeżony. Pracowało w nim wielu wybitnych polskich lekarzy.





W latach 20. XX w. na terenie szpitala zlokalizowano Wojskową Szkołę Sanitarną, którą przemianowano na Wojskową Szkołę Podchorążych, a potem na Oficerską Szkołę Sanitarną. W 1930 r. powstało Centrum Wyszkożenia Sanitarne. Szkoła i szpital wchodziły w skład jednej instytucji, popularnie zwanej „sanitarką”. Podchorążówka była jedną z najlepszych szkół oficerskich w kraju. Kształciła zdolnych do służby wojskowej młodych ludzi dwutorowo – na oficerów oraz na lekarzy, stomatologów i farmaceutów. Zajęcia merytoryczne z medycyny odbywały się na Uniwersytecie Warszawskim. Dużą wagę przywiązywano do sprawności fizycznej studentów.

Do szkoły przyjęto 18 roczników, ostatni nie rozpoczął nauki ze względu na wybuch wojny. Ukończyło ją około 900 absolwentów, z tego ponad 90 proc. to lekarze. Nauka była bezpłatna, ale absolwenci mieli obowiązek odpracowania dwóch, trzech miesięcy za każdy miesiąc nauki. Byli bardzo cenionymi fachowcami, wielu pracowało naukowo. Wszyscy zostali przeszkoleni w zakresie taktyki wojskowej i ratowania żołnierzy na polu walki.

Po wybuchu II wojny światowej lekarze zostali zmobilizowani i udali się do wyznaczonych jednostek. Szpital otrzymał rozkaz ewakuacji, na wschód. Po 17 września większość oficerów dostała się do sowieckiej niewoli. Wielu lekarzy wojskowych zginęło w Katyniu, m.in. major Wiktor Kaliciński, wcześniej członek ekipy balsamującej ciało marszałka Józefa Piłsudskiego.

W czasie okupacji pierwszym cywilnym szefem szpitala był dr Teofil Kucharski, szef sanitarny Armii Poznań. Od 1 kwietnia 1940 r. obowiązki komendanta podjął płk dr Leon Strehl, jednocześnie szef sanitarny Komendy Głównej AK. W Ujazdowie kwitło podziemie, ukrywano wiele osób, m.in. rannych żołnierzy AK, Żydów, a w piwnicach – dzieła sztuki. Na

tajnych zajęciach kształcili się przyszli lekarze. Z inicjatywy prof. ppłk. Kucharskiego młodzi lekarze dokształcali się, organizowano odczyty, omawiano historie chorób. Prof. Edward Loth stworzył Zakład Przeszkolenia Inwalidów dla żołnierzy poszkodowanych w walkach. Oficjalnie szkolenie miało poziom podstawowy, m.in. w zakresie krawiectwa, kowalstwa, nieoficjalnie odbywało się nauczanie na poziomie wyższym. Rannymi opiekowały się wolontariuszki, m.in. Loda Halama, znana artystka rewiowa, która pozyskiwała fundusze dla chorych i rannych, ratowała obrońców Westerplatte, umieszczonych przez Niemców w szpitalu. Tajne prosektorium dla studentów prowadziła Hanna Odrowąż-Szuliewicz, po wojnie inicjatorka utworzenia Stowarzyszenia d. (dawny) Szpital Ujazdowski. Tak jak wielu nazywała placówkę „Rzecząpospolitą Ujazdowską”. Atmosfera szpitala, opieka medyczna w nim sprawowana, mimo stałego zagrożenia tuż za murem, dawały poczucie bezpieczeństwa i „oddychania polskim powietrzem” pacjentom i pracownikom.

W latach 1918–1945 szpital przyjął ponad 5 tys. osób (Niemcy podczas I wojny światowej leczyli w nim 2,5 tys. chorych). Placówkę zlikwidowano w 1945 r.

Na wystawie w Łazienkach prezentowanych jest wiele zdjęć z okresu międzywojennego, m.in. z pracy szkoły sanitarnej, pochodzących z prywatnego albumu Krystyny Zaleskiej-Iwanowskiej, który ocalał jej ojciec, dokumentacja operacyjna i fotografie zachowane przez chirurga plastycznego dr. Stanisława Michałka-Grodzkiego, wniezione ze szpitala (przechowywane obecnie na UM w Poznaniu), kserokopie listów lekarzy więzionych w Starobielsku. Są także oryginalne narzędzia medyczne: aparaty do narkozy, szklane strzykawki wielokrotnego użytku, sterylizatory, zestawy do operacji, autentyczne łóżko z okresu okupacji. Dzięki wystawie można poznać ważną część historii polskiej medycyny wojskowej. ■



Pośród wichrów przyszłości

Paweł Kowal

Taśmy z podsłuchów, wybory samorządowe i kłopoty z sądami przegrywają na starcie z tym, co zaczyna się dziać za naszą wschodnią granicą. Nie ma dzisiaj ważniejszego wydarzenia w naszej części Europy niż tomos, czyli dekret zwierzchnika Kościołów prawosławnych na świecie Bartłomieja I, w którym patriarcha Konstantynopola oficjalnie powołuje niezależny od Moskwy Kościół prawosławny na Ukrainie. Oznacza to, że Patriarchat Kijowski (powstały po uzyskaniu przez Ukrainę niepodległości w 1992 r.) i Prawosławny Kościół Autokefaliczny będą uznawane w ramach międzynarodowych struktur prawosławnych. Dekret prawie na pewno zostanie wydany w ciągu kilku miesięcy, a już teraz Cerkiew prawosławna podległa Konstantynopolowi zdjęta wszelkie klątwy z przywódców ukraińskiego prawosławia.

Są takie momenty, kiedy historia dzieje się na naszych oczach. Także wtedy, gdy nie zdajemy sobie sprawy z wagi wydarzeń. Przez lata historycy i politycy będą się zastanawiali, jak udało się przekonać Bartłomieja I, by postawił się Moskwie, szczególnie że kilka lat temu nie było mowy, żeby honorowy lider prawosławia zdecydował się na taki krok. Za Bartłojem I nie stoi żadna wielka siła, korzysta z przyzwolenia państwa tureckiego na istnienie Patriarchatu Konstantynopola nad Bosforem, daleko mu do wpływów papieża.

Co znaczy decyzja Konstantynopola o zaprzestaniu izolowania dwóch, dotąd nieuznawanych Kościołów prawosławnych na Ukrainie? Po pierwsze Konstantynopol podważył mit założycielski Rusi – Moskwa przestaje już być Trzecim Rzymem. Po drugie – jeśli parafie RCP, czyli

rosyjskiej Cerkwi na Ukrainie (Ukraińskiego Kościoła Prawosławnego Patriarchatu Moskiewskiego), zaczną przechodzić do Cerkwi ukraińskiej, Cerkiew rosyjska straci tak wiele parafii, a tym samym wiernych i dochodów, że przestanie być największym Kościołem prawosławnym na świecie. Po trzecie – ponieważ od tego momentu Moskwa i Konstantynopol już nie uznają się za kanoniczne cerkwie, a RCP obłoży karami kościelnymi prawosławnych modlących się w kościołach przynależnych Konstantynopolowi, podział pójdzie dalej – przez Kościoły prawosławne we wszystkich państwach.

Pęknięcie dotrze wszędzie. Do każdej Cerkwi lokalnej, także autonomicznej, od polskiej i greckiej po japońską i afrykańską. Moskwa będzie się domagała od hierarchów jasnej deklaracji, kogo uznają za symboliczną głowę prawosławia: Bartłomieja I czy Cyryla I, nawet jeśli lokalni przywódcy Cerkwi będą się starali unikać odpowiedzi na to pytanie. Po czwarte – w wielu miejscach na Ukrainie, ale także na świecie, może dochodzić do konfliktów o budynki cerkiewne. Po piąte – rosyjscy prawosławni będą mieli zakaz wyjazdu do historycznych prawosławnych świątyń i klasztorów w Grecji oraz



innych ważnych prawosławnych miejsc kultu na świecie. Po szóste – w spór coraz bardziej włączając się będzie państwo rosyjskie, znanymi wszystkim swoistymi metodami szantażu, przekupstwa lub prowokacji. Pozycja Cerkwi jest bowiem kluczowa dla mitu założycielskiego imperium Romanowów i dzisiejszego imperium Putina. To tylko bezpośrednie skutki wydarzeń w Konstantynopolu. Można by je wymieniać długo. Tym, których ta tematyka dotąd nie interesowała, ale ciekawi ich świat, polityka i życie społeczne, można poradzić tylko jedno: śledźcie dokładnie, co się dzieje w prawosławiu. ■



Krzyżąc: Polska! Niepodległa 1918

Głównym założeniem wystawy, zorganizowanej z okazji 100-lecia odzyskania przez Polskę niepodległości, jest konfrontacja artystycznych przedstawień wydarzeń historycznych z przemianami polskiej sztuki u progu odrodzenia państwa. Zaprezentowane zostały prace J. Malczewskiego, Z. Stryjeń-

skiej, T. Makowskiego, W. Wojtkiewicz, W. Kossaka i wielu innych artystów zamieszkałych na ziemiach polskich i poza krajem. Część ekspozycji poświęcono wojnie polsko-bolszewickiej, jej obrazowi w sztuce i grafice propagandowej, a także powstaniu Sejmu. Wystawa w Muzeum Narodowym w Warszawie potrwa do 17 marca 2019 r.

www.mnw.art.pl

Festiwal Krzysztofa Pendereckiego

Z okazji 85. urodzin kompozytora odbędzie się siedem koncertów symfonicznych i trzy kameralne. W programie dzieła reprezentujące drogę twórczą artysty, m.in. utwory awangardowe z lat 60. XX w., ale również kompozycje z ostatniego okresu. Wystąpią znakomite zespoły orkiestrowe, np. Orkiestra Symfoniczna Filharmonii Narodowej i Narodowa Orkiestra Symfoniczna Polskiego Radia w Katowicach,

Godne życie na progu śmierci

„Darmo dostaliście, darmo dawajcie” – to hasło przyświecało XI Ogólnopolskiej Konferencji Wolontariatu Hospicyjnego, która odbyła się w Radomiu.

Organizatorem spotkania było radomskie Hospicjum Królowej Apostołów, które w październiku świętowało 15. rocznicę utworzenia. – *Jesteśmy jedyną na Mazowszu placówką działającą wyłącznie na zasadzie wolontariatu, ale wciąż musimy borykać się z wieloma problemami, przede wszystkim z brakiem lekarzy, którzy chcieliby z nami współpracować* – mówił ks. Marek Kujawski, twórca i dyrektor placówki.

Hospicjum od początku istnienia może jednak liczyć na wsparcie dr Marii Cygan, specjalistki medycyny paliatywnej i wielokrotnej laureatki plebiscytu „Lekarz Roku”. – *Dziś mamy lepsze instrumentarium, ale 100 lat temu lekarzowi była łatwiej. Nie miał tylu środków do dyspozycji, technicznych, farmakologicznych, lecz umiał być przy chorym, trwać przy nim. [...] Gdzieś w naszej formacji lekarskiej zabrakło tego ducha: spojrzenia na całego człowieka, nie tylko na jednostkę chorobową czy chory narząd* – stwierdziła dr Cygan.

Radomskie spotkanie było niewątpliwie świetną okazją do zdobycia nowych doświadczeń. – *Towarzyszenie umierającemu to sztuka, która wymaga dużej finezji i kultury. Nie każdy dysponuje tą kulturą. Są tacy, którzy mają ją wrodzoną, tacy, którzy mogą się jej nauczyć, i tacy, którzy nawet mimo dużych starań jej nie posiadają* – tłumaczył dr hab. n. hum. Zygmunt Pucko z Collegium Medicum UJ.

Głównym tematem jego wystąpienia była etyka troski, niezbędna wszystkim pracującym z osobami umierającymi. – *Składa się na nią wiele pojęć, m.in. zaangażowanie, cierpliwość, pokora, zaufanie, uczciwość, odwaga i prymat procesu nad ostatecznym rezultatem* – wyliczał dr Pucko.

Dr Bogusław Stelcer z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przypomniał postać Alberta Schweitzera, wybitnego lekarza i humanisty, który w 1952 r. został uhonorowany Pochłowną Nagrodą Nobla. – *„Etyka czci dla życia nie uznaje*



Fot. R. Natorski

żadnej relatywnej etyki. Jako etyka przyjmuje tylko utrzymanie i popieranie życia” – cytował dr Stelcer.

O ochronie życia, także osób umierających, mówił również dr n. med. Tadeusz Borowski-Beszta, psychiatra i jeden z inicjatorów utworzenia hospicjum w Białymstoku: – *Staramy się udzielać wsparcia wszystkim potrzebującym, a przybywa ich w zastraszającym tempie. Jeśli jednak nie nadążymy z pomocą umierającym, przyjdą ci, którzy zaproponują skracanie cierpień w inny sposób, przez eutanazję.*

Psychiatra przywołał przykład głównego lekarza III Rzeszy, któremu Adolf Hitler zlecił znalezienie sposobu na zapewnienie przewlekłym chorym „łaskawej śmierci”. – *Dziś często używa się terminu godna śmierć, ale tak naprawdę sprowadza się to do tego samego, czyli likwidacji osób słabych i nieproduktywnych. My musimy wybrać życie* – wzywał dr Borowski-Beszta.

Nie ulega wątpliwości, że przewlekłe chorzy stają się coraz większym problemem społecznym, z którym medycyna musi się zmierzyć. – *Już jest ich dużo, a będzie coraz więcej* – ostrzegał dr n. med. Piotr Jakubów z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie medycyny paliatywnej. ■ **rn**

dyrygenci i soliści z Polski i zagranicy. Festiwal będzie miał miejsce w Warszawie, potrwa od 16 do 23 listopada.

www.beethoven.org.pl

Obrazy El Greca

W Muzeum Diecezjalnym w Siedlcach można obejrzeć siedem obrazów El Greca. Jeden z nich, „Ekstaza św. Franciszka”, znajduje się na stałe w zbiorach placówki. Pozostałe dzieła, m.in. „Św. Weronika z chustą”, „Ukrzyżowanie”, należące do muzeów i kolekcji prywatnych, sprowadzono z Toledo, Walencji i Wiednia. Wystawę „Ars Sacra El Greca” zorganizowano z okazji 100-lecia odzyskania niepodległości i 100-lecia muzeum. Ekspozycję oglądać można do 30 listopada.

www.muzeum.siedlce.pl

Parowozem na Montparnasse

Stacja Muzeum mieści się w dawnym budynku dworca Warszawa Główna Osobowa. Zgromadzono tu zabytki techniki kolejowej, a także pamiątki związane z historią kolejnictwa w Polsce. Placówka prowadzi również działalność wystawienniczą i edukacyjną.

„Parowozem do Paryża na Montparnasse” to cykl wykładów o polskich malarzach i rzeźbiarzach działających we Francji na początku XX w. Najbliższe spotkania odbędą się 22 listopada („Polscy kubiści: L. Marcoussis, H. Heyden i J. Lambert-Rucki”) i 13 grudnia („Kobiety Montparnasse’u: malarki O. Boznańska, M. Muter i A. Halicka”).

www.stacjamuzeum.pl

ach



Polskość zagrożona

Janina Jankowska

Właśnie obejrzałam film „Dywizjon 303”. Nie będę się wymądrzała na temat warsztatu filmowego, scenariusza, świetnych zdjęć walk powietrznych, pracy operatora, reżysera itp. Zostawiam to specjalistom. Wysłałam z tego filmu poruszona. A sprawiło to kilka scen, w których odczułam żywego, autentycznego ducha polskości. Byłam zaskoczona, bo raczej uciekam od martyrologii i nadmiernego epatowania heroizmem i wyjątkowością naszej historii. Jednak postawa i zachowania bohaterów filmu, polskich pilotów RAF broniących Londynu, uświadomiły mi, że polskość to jeszcze coś innego, coś, co w istocie straciliśmy. Umiejętność współpracy, poczucie, że mamy wspólny cel i bez nadmiaru słów wiemy, jak go osiągnąć. Takie zachowania nieczęsto pojawiały się w naszej historii. Jako genetyczni indywidualiści mamy problem z odnalezieniem się w pracy zespołowej. My, Polacy, działamy razem jedynie w szczególnych warunkach. To nie odkrycie, że narodowe cechy: indywidualizm, ambicja i odwaga w pokonywaniu barier oraz ułańska fantazja granicząca z ryzykanctwem, w sytuacjach ekstremalnych czynią z nas bohaterów. Jednoczymy się, kiedy mamy wspólnego, zewnętrznego wroga. Natomiast w czasach w zasadzie spokojnych, pokojowych, szukamy wroga wewnętrznego. W czasach komuny, tj. państwa uzależnionego od sąsiada, była to walka tych, którzy ten stan uzależnienia zaakceptowali, z tymi, którzy dążyli do pełnej suwerenności. Kiedy ją uzyskaliśmy, wierzyliśmy,

że teraz będzie całkiem inaczej. Jak w ustrojach zachodnich demokracji. Partie polityczne w wyniku demokratycznych wyborów staną się naturalnym instrumentem wyrażania woli narodu. A jeśli ta wola wyraża różne stanowiska, trzeba się jakoś układać. Zwycięska partia musi liczyć się z głosami opozycji. U nas jest inaczej. Jeśli jedna partia zyskała w wyniku demokratycznych wyborów przewagę, jej głównym celem staje się całkowite wyeliminowanie z przestrzeni publicznej politycznego przeciwnika. Ten styl prowadzenia polityki owocuje napięciami, w dłuższym czasie prowadzi do rozkładu więzi społecznych, do atmosfery wojennej. Z takim zjawiskiem mamy, niestety, od wielu lat do czynienia.

Oczywiście nie tylko nasz narodowy charakter, na który zwykliśmy narzekać, sprawił, że dziś jesteśmy tak bardzo podzieleni, warczymy na siebie. Ostre konflikty pojawiają się w historii każdego narodu. Na skutek szybkiego rozwoju techniki cały świat się zmienia, globalizuje, nasila się rywalizacja. Zwykli ludzie, politycy, naukowcy, artyści są w tym wszystkim zagubieni.

Wracając do polskich realiów: coś się z nami niedobrego stało. Człowiek o odmiennych poglądach to wróg. Dwa obozy polityczne dążą do całkowitego wzajemnego unicestwienia. Jedni nazywają przeciwników szarańczą, watahą, którą trzeba dobić, drudzy krzyczą w Sejmie o zdradzieckich mordach. Czymże jest bowiem odmawianie opozycji prawa do bycia częścią narodu, ustawianie jej w roli wrogów Polski? Ci, którzy mimo wszystko chcieliby obydwie strony doprowadzić do społecznego dialogu, nazywani są symetrystami lub pożytecznymi idiotami przez każdą ze stron. Tym samym są wyrzucani na margines.

W takiej atmosferze tracą siłę wspólne symbole. Już nas nie łączą. Jedne są przechwytywane, inne ośmieszane.

Co zatem stanie się z polskością mądrą, rycerską, która tak mnie poruszyła w filmie „Dywizjon 303”? Kto ją zrozumie, a kto politycznie wykorzysta? ■

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



Podziękowanie

zespółowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu Katedry i Kliniki Okulistyki II Wydziału Lekarskiego WUM, a w szczególności Pani Doktor Małgorzacie Wojnarowskiej za profesjonalizm, serdeczność i życzliwość składa Grażyna Ziemiańska

Kupię NZOZ, POZ, ZOL lub inny podmiot medyczny na terenie całej Polski. Tel.: 510-011-117.

Sprzedam z powodu choroby lokal (w Warszawie, na Mokotowie) – 2 gabinety z zapleczem (kozetki, fotele ginekologiczne, 2 USG 4D, aparat do znieczulenia KTG, elektrokoagulacji itd.), laboratorium, recepcja, magazyn wraz z wyposażeniem. Kompletna sieć komputerowa. Kontakt: jacek.korzycycki@family.waw.pl



Fot. kb

11 listopada 1918 roku

Dzień pamiętny dla całej Europy. Nie dlatego, że Sejm II Rzeczypospolitej w 1937 r. ustanowił go

świętem państwowym niepodległej Polski, ani z powodu powrotu Józefa Piłsudskiego z internowania w Magdeburgu. Ale dlatego, że w tym akurat dniu, o godzinie 5.20, w salonce wagonu kolejowego na stacji w Compiègne, marszałek Ferdinand Foch, stojący na czele wojsk sprzymierzonych Ententy, przyjął kapitulację państw Trójprzymierza, przedłożoną przez Matthiasa Erzbergera, ministra w rządzie niemieckim (cesarz Wilhelm II abdykował dwa dni wcześniej). Tym samym 11 listopada 1918 r. zakończyła się I wojna światowa, data ta wpisana jest w kalendarz ważnych rocznic wielu państw.

A w Krakowie niepodległość zaczęła się kilka dni wcześniej, bo już 30 października 1918 r. rozbrojeniem Austriaków i likwidacją symbolicznej warty na odwachu przy wieży Ratuszowej. Na wieży Mariackiej i Ratuszu wywieszono polskie chorągwie, tłumy wiwatowały. Dzień później legionowy pułkownik Bolesław Roja po parogodzinnych pertraktacjach przejął oficjalnie od austriackiego komendanta gen. Siegmunda von Benigni władzę cywilną i wojskową w mieście. Kraków był polski.

Anegdotalnie warto może z tamtych lat wspomnieć piękny gest marszałka Piłsudskiego, który podczas wizyty w 1921 r. w Akademii Wojskowej Saint-Cyr we Francji odpiął z munduru własny Order Virtuti Militari i przypiął go marszałkowi Fochowi, oddając hołd jego zasługom wojennym i sprawie niepodległości Polski.

W 1921 r. w Krakowie, gdzie wymarszem Pierwszej Kadrowej zaczęła się niepodległościowa epopeja, doszło do napięć w kontaktach Marszałka z miejscową konserwatywną profesurą. Piłsudski, który żywo interesował się medycyną, przyjechał na wmurowanie kamienia węgielnego pod budowę Kliniki Ginekologiczno-Położniczej w kompleksie szpitalnym przy ul. Kopernika 23. Tymczasem wskutek niechęci miejscowych autorytetów medycznych do Marszałka zmieniono usytuowanie uroczystości z frontalnego wobec głównej ulicy na boczne. Piłsudski widać zapamiętał afront, bo wkrótce inwestycja „z braku funduszy” stanęła, a kupiony sprzęt stracił gwarancje. Dopiero po 5 latach przedsięwzięcie wznowiono, a zostało ukończone w 1936 r., już po śmierci Marszałka. Perypetie z pochowaniem Piłsudskiego na Wawelu sięgnęły Watykanu.

Jeden cytat myśli Marszałka w stulecie niepodległości wart jest na koniec przytoczenia: „*Powoływać się na Kościuszkę, posługiwać się jego imieniem, zachwycać się nim i solidaryzować się z jego ideałami może każdy bezkarnie, bez konsekwencji i kosztów. Bo Kościuszko nie żyje. Kto solidaryzuje się ze mną, musi płacić wysiłkiem, męką, trudem, ofiarą z wolności, z życia. Kiedyś, gdy mnie już nie będzie, będę miał także miliony równie zapalczywych i podobnie nieryzykujących wielbicieli!*”.

Prorocze były to słowa. ■

Stefan Ciepły



Fot. archiwum

Końcówki po liczebnikach

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

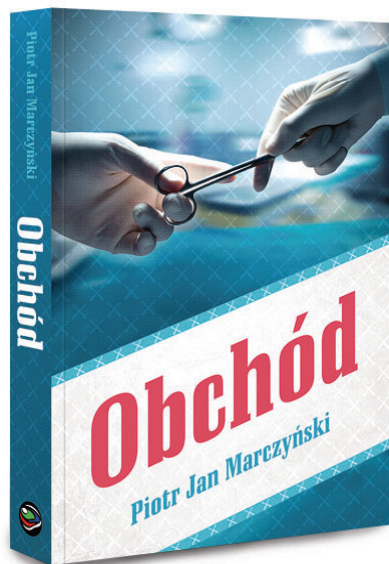
Wraca moda na dodawanie literowych końcówek po liczebnikach pisanych cyframi. Trzeba to przerwać, zanim rozwinie się w epidemii. Niedobra moda, niezgodna z polską ortografią. Osoby lepiej wykształcone, ze świadomością językową, wiedzą, że taka pisownia kompromituje. Poprawny zapis został ustalony niemal 100 lat temu i do dzisiaj nic się w tej sprawie nie zmieniło. To, że mnóstwo ludzi pisze źle, błędnie nie usprawiedliwia.

Niepoprawne są zapisy (gwiazdką * tradycyjnie oznaczamy formy błędne) *20-ta rocznica, na *136-tej stronie, *6-ciu zawodników, rok *2018-sty itp. Końcówki takie pojawiają się w tekstach najczęściej jako zakończenie liczebnika porządkowego, tj. ciągu cyfr stanowiących numer pozycji w jakimś wykazie (*10-ty Konkurs Pisania), ale nie należy tak pisać również żadnego innego typu liczebnika, także głównego (*11-tu studentów, 18-cie pań). Wszyscy (!) doskonale wiedzą, że końcówkami są tutaj odpowiednio „-tu” oraz „-cie”, nie trzeba tego podkreślać.

W wypadku liczebników porządkowych można po cyfrach zastosować kropkę dla odróżnienia od liczebników głównych, aby czytający od razu (jeszcze przed uświadomieniem sobie sensu zapisu) wiedział, że dany liczebnik jest związany z wymienianiem, wylizaniem. Kropki nie musimy stawiać po każdym liczebniku porządkowym, bo w utartych wyrażeniach jest to wiadome bez oznaczania. Na przykład numer rocznicy zapisujemy z kropką (100. rocznica odzyskania niepodległości), ale już numeru strony kropką opatrywać nie trzeba. Wiadomo, że zawsze jest to numer kolejny i pełni funkcję umieszczenia w jakimś porządku albo na jakiejś liście (piszemy więc: 100 strona, na 100 stronie itd.).

To samo dotyczy daty, jeśli miesiąc jest pisany słownie. Numery pisane cyframi są z założenia liczbami porządkowymi. Wie to każdy czytający i natychmiast, bez zastanowienia, poprawnie ustali, jakie końcówki danym liczbom należy przypisać, aby bezbłędnie je zrozumieć i wymówić. Piszemy poprawnie: 23 maja 2018 r. i, jak widać, po numerach dnia i roku kropek nie ma. Kropki występują natomiast w datach w całości pisanych cyframi: 23.05.2018, ale tu pełnią funkcję interpunkcyjną, oddzielającą grupy cyfr, a nie informacji o porządkowości liczb.

Warto też wiedzieć, że zapis liczb cyframi jest zaliczany do skrótów tekstowych. O ile cyfry bywają wręcz pożądane w pracach naukowych, szczególnie obracających liczbami jako wartościami zmiennych (a tak jest np. w tekstach medycznych), także w informacjach prasowych, instrukcjach obsługi, o tyle w poezji, prozie, dramacie, eseju unika się ich i często uważa za niepożądane. Cyfry są brzydsze od liter, utrudniają czytanie szybkie i ciągłe w połączeniu z emocją odbioru, gdy nie jest wymagana funkcja uczenia się (trwałego zapamiętywania). Dlatego w powieści znajdziemy zapisy raczej typu rok dwa tysiące, a nie rok 2000. ■



Zrozumieć doktora...

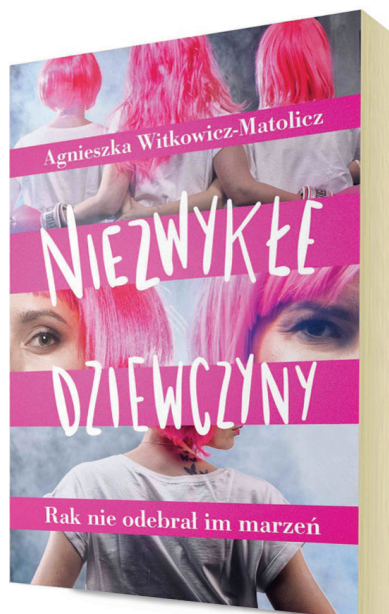
Ta książka może razić co wrażliwszych pacjentów. Nie lubią lekarskiego żargonu: „babcia z sali jedenastej prosiła, żebym ją zrobił”, troje chorych „spadło z zabiegu”, „dziełko za skórę”. Ale jednocześnie odświeżenie kulis pracy lekarzy wywołuje intrygujący dreszczyk emocji, więc wróżę powodzenie tej lekko napisanej książce.

Czy jest autobiografią lekarza, szefa oddziału urologii jednego ze stołecznych szpitali? Dr Piotr Jan Marczyński unika jednoznacznej odpowiedzi, a że ma fantastyczne poczucie humoru, o czym można było się przekonać podczas jego wieczoru autorskiego, nie wiadomo, na ile powinniśmy mu wierzyć: – *To nie jest moja biografia, choć zawarłem w niej swoje zawodowe doświadczenia. Wszystkie opowiedane historie nie zdarzyły się naprawdę, a jeśli się nawet zdarzyły, to w powieści zostały ubarwione, i niech pozostanie tak jak napisałem.*

Doskonały zmysł obserwacyjny autora sprawił, że tytułowy obchód – świetnie i z ironią opisany na podstawie doświadczeń bohatera z pewnej kliniki, w której odbywał staż – urasta do rangi symbolu polskiego szpitalnictwa. Z feudalnymi aspiracjami szefów, jakby współczesna polska medycyna niewiele się zmieniła od XIX w., gdy w bismarckowskich szpitalach kładziono pacjentów na olbrzymich salach, mogących

pomieścić nie tylko kilkanaście łóżek, ale i wieloosobowy orszak ordynatorski. Starannie skrywane przed pacjentami absurdy ochrony zdrowia – od dyżurów w pogotowiu przez 60-złotowe podwyżki za zdany egzamin specjalizacyjny po pracę na prowincji i zastępstwa w przyszpitalnych poradniach – składają się na obraz dość przygnębiający, ale podane bez zadęcia, dowcipnie, nierzadko wywołują uśmiech.

Powieść została osadzona w czasach III i IV RP, gdyż dr Marczyński przedstawia losy swojego bohatera dr. Piotra Mrówczyka od początku studiów do w pełni już rozwiniętej kariery. Maniera pisania wszystkiego w pierwszej osobie w czasie teraźniejszym: „wchodzę, dzwonię, pytam, idę”, dość szybko przestaje uwierać, bo na szczęście widać w tym redaktorską konsekwencję i przyjęty styl pasuje do obranej konwencji – ma być wartko, jakbyśmy czytali scenariusz filmowy. Ba, może kiedyś powstanie z tej powieści film, choć nie sądzę, by przypominał monumentalnych „Bogów”. Na razie to lektura, z którą może się utożsamić każdy lekarz średniego pokolenia. Wszyscy przeszli podobną ścieżkę, która z perspektywy minionych lat wyda im się zapewne rozczulająca.



Radość życia

Na prywatnych zdjęciach, którymi dzielą się bohaterki książki Agnieszki Witkiewicz-Matolicz, mają uśmiechnięte twarze i ogolone głowy. Pokazują się na nich często z dziećmi albo – jak Hania – na jachcie na pełnym morzu, podczas rejsu wokół Antarktydy. Rok po chemioterapii! „Niezwykłe dziewczyny” to dobry tytuł dla zbioru reportaży o dziesięciu młodych pacjentkach, których rak zmobilizował do aktywnego życia. Nie odebrał im marzeń. Do leczenia podeszły z optymizmem, nieraz nawet z humorem, dając sobie i innym nadzieję, przekonując, że bez względu na poważną chorobę nie można rezygnować z celów, pasji i fantazji.

Mimo że rak piersi już dawno został odczarowany i był chyba nowotworem, który zaczął zmieniać nastawienie ludzi do onkologii (coraz powszechniej uważa się ją za dziedzinę zajmującą się chorobami przewlekłymi), nadal wielu pacjentów podchodzi do tych zagadnień niezwykle tragicznie. Poza garstką aktorek i celebrytek, zawsze gotowych opowiedzieć o swoich przeżyciach związanych z diagnozą, brakuje kobiet bardziej anonimowych – sąsiadek, znajomych i koleżanek z pracy – które byłyby przykładem, jak poradzić sobie w najtrudniejszych momentach choroby. Owszem, jest stowarzyszenie Amazonki, ale czy wszystkie panie stać na to, by zgłosić się do niego po radę?

Dlatego dobrze, że dziennikarka radiowa Agnieszka Witkiewicz-Matolicz namówiła kobiety, które stały się bohaterkami jej książki, do optymistycznych zwierzeń, by przeciwstawić się powtarzanej w mediach mantrze: „przegrała walkę z rakiem”. Sama jest pacjentką onkologiczną, więc poznała tę rzeczywistość w praktyce. I poznała grupę kobiet, które wyrwały się ze schematu, bo – jak zapowiada we wstępie: „Odrzuciły stereotypowe myślenie i postanowiły chorować inaczej. Odważnie, z optymizmem i radością życia. Bo przecież choroba jest częścią życia właśnie, a terapia ma leczyć”.

Książkę uzupełniają ciekawe rozmowy z lekarzami, genetykami oraz psycholożką Bożeną Winch, która na stwierdzenie autorki, że diagnoza „rak” zwala z nóg i nie sposób zapomnieć tego momentu, odpowiedziała: „Gdy ta diagnoza już pada, niezwykle istotną kwestią jest to, jak to kobieta usłyszy”. Oto dlaczego o „Niezwykłych dziewczynach” powinny przeczytać nie tylko kobiety, które dowiadują się, że mają raka, ale wszyscy lekarze, którzy muszą je o tym poinformować. ■

Paweł Walewski

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:

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

wypaleni Zawodowe@oilwaw.org.pl

Przychodzi Wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika

EDYCJA VIII

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

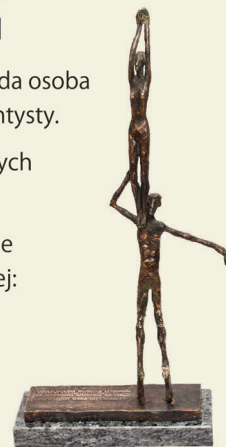
Termin nadsyłania prac konkursowych
29 marca 2019 r.

Szczegółowe informacje o konkursie
są dostępne na stronie internetowej:

www.mp.pl/wena

Informacji udziela:

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



DLA SMAKOSZY

Pierozki z jabłkami

Jesienne wieczory za oknem. Cóż może być miłszego w taki wieczór niż szklanka dobrej herbaty albo aromatycznej kawy z małym słodkim dodatkiem. Proponuję ciasteczkę z jabłkami, ale za to bez cukru. No, może z odrobiną dla dekoracji.

Anglicy mawiają: zjedz jedno jabłko dziennie, a lekarz nie będzie ci potrzebny. Najcenniejsze w tych owocach są gniazda nasienne i skórka, gdyż w nich znajduje się najwięcej pektyn, które mają tę zaletę, że oczyszczają organizm z substancji toksycznych. Dlatego o jedzeniu jabłek powinni pamiętać nałogowi palacze, mieszkańcy dużych miast. Pektyny „wymiatają” z organizmu resztki pokarmów i regulują florę bakteryjną jelit. Zmniejszają wchłanianie cholesterolu, dzięki temu skutecznie zapobiegają miażdżycy i chronią przed zawałem. Regulują też perystaltykę jelit, działając przeciw zaparciom. Ale takie właściwości mają tylko pektyny surowe.

Spośród witamin obecnych w jabłkach najważniejsza jest witamina C. Im kwaśniejsza odmiana jabłek, tym jest jej więcej. Gromadzi się pod skórką, dlatego najlepiej jeść, gotować i piec owoce nieobrane. Im dłużej będziemy je poddawać obróbce termicznej, tym więcej utracą witaminy C. Jabłka odkwaszają organizm, ponieważ zawierają bardzo dużo zasadowych soli mineralnych. Ponadto są bogatym źródłem potasu, a także żelaza. Ułatwiają przyswajanie wapnia, dzięki czemu wzmacniają zęby, włosy i paznokcie. Gryzienie twardego jabłka

służy dziąsłom, byle nie jeść go bezpośrednio po umyciu zębów. Zawarta w jabłkach witamina C usuwa z organizmu wolne rodniki i bierze udział w wielu procesach metabolicznych, np. biosyntezie kolagenu, dzięki czemu przeciwdziała wiotczeniu skóry oraz zapewnia jej młody wygląd. Witamina C razem z witaminą P uszczelnia oraz uelastycznia ścianki włosowatych naczyń krwionośnych, zapobiegając powstawaniu wysięków podskórnych i „pajączków”.

Składniki: ♦ 10 dag śmietany (18-proc.) ♦ jajko + żółtko ♦ 25 dag mąki pszennej ♦ kostka margaryny ♦ pół łyżeczki mielonego cynamonu ♦ około 50 dag jabłek

Wykonanie: zagnieść ciasto i rozwałkować cienko (3–4 mm). Powycinać krążki szklanką. Wydrążone jabłka pokroić na 16–20 części (najlepiej ze skórką), takie jak cząstki pomarańczy. Każdy krążek ciasta oprószyć szczyptą cynamonu (nie za dużą, bo będą gorzkie), ułożyć na nim jabłko i zakryć drugim krążkiem. Posmarować pozostałym roztrzepanym białkiem i posypać kilkoma kryształkami cukru. Ułożyć na pergaminie lub papierze do pieczenia, piec w piekarniku rozgrzanym do 180 st. około 15 min, czyli do zrumienienia. Dodam, że pierożki najlepsze są na ciepło. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz

Zawody na Malcie

Od 29 września do 5 października w miejscowości Triq Aldo Moro na Malcie gościło 225 lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy rywalizowali w 48. Mistrzostwach Świata Lekarzy w Tenisie. Mistrzostwa odbywają się co roku pod egidą World Medical Tennis Society. Jednym z założeń WMTS jest właśnie odwiedzanie przez lekarzy różnych miejsc na świecie, promocja aktywnego trybu życia przez grę w tenisa oraz udział w sesjach naukowych. Rywalizacja toczy się w singlu, deblu, mikście, a także w Pucharze Narodów, wzorowanym na popularnym Hopman Cup.

W tym roku Polskę reprezentowało aż 31 lekarzy różnych specjalności i z różnych izb. Wywalczyliśmy 48 medali: 15 złotych, 12 srebrnych i 21 brązowych. Na uwagę zasługuje występ naszych koleżanek, które w Pucharze Narodów zdobyły srebrny krążek, przegrywając dopiero w finale z drużyną ze Stanów Zjednoczonych.

Zawody odbywały się w Marsa Sports Club – przepięknym obiekcie z ogromną tradycją (istnieje od 1902 r.). Medale za najlepsze miejsca w Pucharze Narodów wręczała sama prezydent Malty Marie Louise Coleiro Preca. Kolejne mistrzostwa zostaną rozegrane 3–9 sierpnia 2019 w Wilnie (Litwa), a w 2020 lekarze powalczą w Antalyi (Turcja).

Na krajowym tenisowym podwórku lekarze są jedną z silniejszych grup zawodowych. Pierwsze w historii lekarskiego sportu Mistrzostwa Polski w Tenisie Ziemnym odbyły się w 1991 r. w Olsztynie. W 1999 powstało Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy z siedzibą w Olsztynie, które organizuje każdego roku kilka turniejów, w tym letnie i halowe mistrzostwa Polski. W turniejach tych może zagrać każdy lekarz i lekarz dentyista posiadający obywatelstwo polskie. W przyszłym roku PSTL będzie obchodziło 20-lecie istnienia, dlatego historia zatoczy koło i kolejne letnie MP odbędą się w Olsztynie. Natomiast równoległe z Wimbledonem 2019 zostanie rozegrany lekarski turniej na czterech kortach trawiastych w Michałowku koło Łowicza.

Wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów zapraszamy do udziału w turniejach organizowanych przez Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy. Więcej informacji na stronie PSTL.org. ■

Marcin Pokrzywnicki, sekretarz PSTL



Fotografie: archiwum

V Mazowiecki Turniej Tenisa Stołowego



25 listopada 2018 r. Komisja Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie organizuje otwarty V Mazowiecki Turniej Tenisa Stołowego dla Lekarzy i Lekarzy Dentyistów.

Rozgrywki odbędą się w Studium Wychowania Fizycznego WAT przy ul. Kartezjusza 1 w Warszawie, w godz. 9.00–16.00.

Zgłoszenia – tel.: 22-542-83-33, 795-560-297. Zapraszamy. ■

Fot. licencja Artmedia Partners



Fot. wtk

Złota Warszawa!

Igrzyska Lekarskie w Zakopanem to wspaniałe przedsięwzięcie sportowe gromadzące medyków z całej Polski oraz reprezentantów zawodu z Białorusi. Co roku, od 16 lat, w pierwszy weekend września lekarze zjeżdżają do stolicy polskich Tatr, aby przez trzy dni uczestniczyć w imprezie promującej zdrowy tryb życia.

Warszawska drużyna koszykarzy przybywa do Zakopanego od kilkunastu lat. Jej skład jest prawie niezmienny, wciąż poszerza się jednak grono osób towarzyszących. Rodzinny „złot” warszawskich mistrzów jest już tradycją i okazją do spokojnego spotkania.

W tym roku najmłodszy warszawiacy uczestniczyli w zawodach dla dzieci. Gaja Gontarczyk zdobyła swoje pierwsze medale w skoku w dal i biegu na 60 m, Aleksander Borkowski – dwa brązowe krążki w rzucie piłeczką i skoku w dal. Z kolei Marysia i Antoni Gietkowie, dzieci koszykarskiego MVP z 2012 r., dzielnie walczyli o medale w swoich kategoriach wiekowych. Czy rośnie nowe pokolenie warszawskich mistrzów?

Ojcowie obronili tytuł po raz ósmy z rzędu, ale czy starczy im sił na udział w kolejnych igrzyskach? W tym roku Gajusz Gontarczyk, Andrzej Zieliński, Michał Klimkowski, Tomasz Borkowski, Wojciech Król, Piotr Gietka, Łukasz Marczak

i Dominik Żdzarski wygrali pewnie wszystkie mecze, pokonując ekipy z Lublina, Wrocławia, Śląska oraz obie drużyny z Łodzi. W finale przeciwnicy z województwa lubelskiego stawiali opór tylko w pierwszej połowie meczu. Na więcej nie starczyło sił, choć chęci zgarnięcia złota na pewno były ogromne. W warszawskiej drużynie brakowało tym razem kilku zawodników z poprzednich lat, ale może wizja zdobycia jubileuszowego, dziesiątego tytułu z rzędu przywieje ich do Zakopanego we wrześniu 2019 r.?

Wśród zawodników słyszy się ciche, acz sympatyczne, utyskiwanie: – *Złoto dla Warszawy? Znowu?...* Niewielu jednak pamięta, że w 2009 r. lepsza była ekipa z Grodna. Dziewięć lat temu koledzy z Białorusi mieli silniejszy skład od drużyny z Warszawy. Ale niedawno Białorusini, z braku świeżej krwi w szeregach, zmienili kategorię rywalizacji na seniorską. Miejmy nadzieję, że nie spotka to ekipy z Warszawy, choć widać mniejsze zainteresowanie regularnym uczestnictwem w sporcie drużynowym wśród młodych lekarzy oraz niepokojący brak kandydatów na następców Złotej Warszawy.

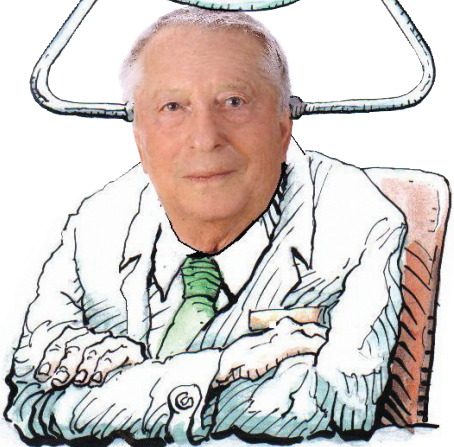
Tymczasem niestrudzeni weterani zakopiańskiego podium ostrzą zęby na rywalizację w międzynarodowym gronie podczas czerwcowych MediGames 2019 w Czarnogórze.

Trzymamy kciuki i mocno kibicujemy! ■

Karolina Wleklík

„Zagrajciez mi, niechaj cofnie się świat”

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



Rys. K. Rostiecki

Morze w Kuwejcie

Artur Dziak

Trwają igrzyska olimpijskie w Seulu. Nie mam nadmiaru obowiązków z powodu dobrego przygotowania ekipy. Odwiedzam więc zaprzyjaźnionych lekarzy innych reprezentacji narodowych, gdyż to dzięki tym kontaktom jestem zapraszany na konferencje, mogę brać udział w stażach i kongresach tak ważnych w naszym zawodzie. Po pewnym czasie zgłaszają się do mnie trenerzy z innych państw z prośbą o poradę czy pomoc w podjęciu decyzji o dopuszczeniu zawodników do rywalizacji lub wycofaniu z powodów zdrowotnych. Decyzje takie nigdy nie są łatwe, gdyż po powrocie do kraju trzeba się tłumaczyć. Dobrze więc każdą podeprzeć opinią autorytetu.

Po powrocie do kraju MSZ przysłała mi list doktora Abdula Al. Misfera z Kuwejtu, który prosi o możliwość przeprowadzenia dysertacji doktorskiej pod moim kierunkiem. Nie powiem, że prośba ta nie polectała mile mojej próżności. Oczywiście wyraziłem zgodę, tym bardziej że miał to być kolejny doktorant z zagranicy. Ciekaw byłem, dlaczego z setek osób i miejsc na świecie, w których można robić doktoraty, wybrał właśnie mnie i Polskę. Sprawa się wyjaśniła jeszcze przed jego przyjazdem, kiedy w rozmowie telefonicznej wyjął, że zamysł robienia doktoratu pod moim kierunkiem powziął

w czasie igrzysk olimpijskich, gdy uczestniczył w moich konsultacjach i obserwował prowadzone leczenie.

Z przedstawionego mi życiorysu wynikało, że doktor Al. Misfer nie tylko odbywał staż w najlepszych klinikach ortopedycznych świata, co nie dziwi, zważywszy finanso-

we możliwości kraju dorównującego bogactwem Arabii Saudyjskiej. Co więcej, Al. Misfer pochodził ze znamienitej rodziny o arystokratycznych korzeniach. Al. Misfer i inni doktoranci z egzotycznych krajów byli pożądani z różnych względów, zarówno finansowych, jak i prestiżowych, gdyż w efekcie ich obecności rosła sława naszej kliniki w świecie, w którym panuje ciągłe współzawodnictwo. Najwięcej satysfakcji doznałem, kiedy po obronie zakończonej uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych przez mojego podopiecznego zostałem zaproszony do Kuwejtu na zjazd ortopedów całej dalekowschodniej Azji (z Hongkongiem, Singapurem itp.) i zobaczyłem w czasie warsztatów, czyli

zajęć praktycznych dla uczestników zjazdu, że jedną z sesji prowadzi, obok dwóch największych światowych sław – „mój” Misfer! Żałowałem tylko, że na zjeździe nie ma tych moich asystentów, którzy w Warszawie nieufnie traktowali egzotycznego doktora, wyrażając po kątach opinie „co taki może w ortopedii osiągnąć”?

Po zjeździe władze uniwersyteckie usiłowały mnie skusić propozycją pracy w Kuwejcie, na warunkach finansowych godnych nafcjarzy. Przed sprzedaniem się uratowało mnie ostatecznie jedno pytanie. Mając doświadczenie w pracy w tropikach, w Wietna-

mie i w Afryce Północnej, zapytałem przytomnie: – *Jaka jest temperatura morza w okresie lata?* Kiedy dowiedziałem się, że taka sama jak otoczenia, czyli powyżej 40 st. C, grzecznie podziękowałem. Wyjaśniłem: – *Przecież tam nie zamontujecie mi klimatyzacji, którą ma szpital, hotel i mój samochód! A ja tak kocham pływać!* ■



Rys. P. Woźniak



Pizarro, zbrodnia i chwata

Jacek Walczak

W niedzielne popołudnie 26 czerwca 1541 r. markiz Francisco Pizarro w gronie przyjaciół spędzał czas przy obiadowym stole w swoim pałacu w Limie. Zostali tam zaatakowani przez grupę dawnych kompanów, którym przewodził syn Diego de Almagro, zamordowanego niegdyś na rozkaz Pizarra. Markiza zdecydowali się bronić tylko nieliczni: Martin de Alcantara, jego przyrodni brat,

los zetknął go z Diego de Almagro, podobnym awanturnikiem nieznanego pochodzenia.

W tym czasie Darien i Panama aż huczały od plotek o wspianym imperium na południu, gdzie ludzie jedzą ze złotych naczyń. Emocje podsycali wieści o wcześniejszym podboju przez Hernanda Corteza państwa Azteków na północy.

Dwie pierwsze wyprawy traktowano jako rekonesans, realne podbicie Złotego Imperium wymagało zgody cesarza Karola V i Rady Indii w Hiszpanii. W 1528 r. cesarz wydał rozkaz podboju. Przygotowania zajęły rok. Pizarro spotkał się z Hernando Cortezem, zdobywcą Meksyku, który dużo opowiadał o organizacji państwa indiańskiego. Te informacje okazały się niesłychanie przydatne w podboju Peru przez Pizarra.

Właściwa wyprawa wyruszyła z Panamy w styczniu 1531 r. Była wyjątkowo burzliwa, ale w porównaniu z podbojem Meksyku mniej krwawa. W jej efekcie zajęto inkaską stolicę w Cusco. W 1535 r. Pizarro udał się na wybrzeże budować przyszłą stolicę Limę, wtedy nazywaną Miastem Królów. Pizarro i de Almagro,



adiutant Francisco de Chaves i dwóch indiańskich służących. Francisco Pizarro zginął z ręki Juana de Herrada. Ciało markiza leżało jeszcze dzień w miejscu, gdzie zmarł. Dopiero pod osłoną kolejnej nocy został pochowany potajemnie w kościele. Tak zakończyło się życie niepiśmiennego świnopasa z Estremadury, który osiągnął szczyty kariery.

Francisco Pizarro urodził się w Trujillo prawdopodobnie w 1478 r. Data nie jest pewna, bowiem nie zachował się żaden dokument dotyczący tego faktu. Nic też nie wiadomo pewnego o romansie pułkownika Ganzalo Pizarra z kobietą niskiego stanu Francisca Gonzalez. Początkowo ojciec nie uznawał syna i dziecko z matką żyło w biedzie. Po kilku latach pułkownik Pizarro dał nazwisko nieślubnemu synowi, ale i tak jego los niewiele się zmienił, dalej pasał świnie. Przyszłego markiza odnajdujemy dopiero w dokumentach z roku 1510 o nieudanej wyprawie kapitana Alonsa de Ojeda na południe od Panamy. Kiedy zbliżał się do pięćdziesiątki,

kiedyś przyjaciele, stali się szybko największymi wrogami. Chciwość sprawiła, że de Almagro był pomijany w podziałach wszelkich profitów. Brał udział w kolejnych awanturach, lecz w końcu został podstępnie zgładzony przez przyrodniego brata markiza, Hernando Pizarra. Dawni towarzysze Almagra zgromadzili się wokół nastoletniego syna ofiary. Jedyną szansę odzyskania majątku i należnego honoru widzieli w zamachu na gubernatora. Tak zrodził się spisek w Limie.

Miejsce pochówku Pizarra pozostawało nieznane niemal przez pięć wieków. Dopiero w latach 80. XX w. przy okazji prac porządkowych natrafiono na skrzynię z jego szczątkami. W specjalnie przygotowanej kaplicy katedry limeńskiej ustawiono sarkofag, na którym widnieje napis, że spoczywa tam gubernator markiz don Francisco Pizarro, zdobywca Peru i fundator miasta Lima. Prochy umieszczono w grobowcu w 450. rocznicę założenia miasta Lima. ■

Skwer Zofii Kuratowskiej

Uchwałą Rady m.st. Warszawy skwer przylegający do ul. Stawki otrzymał imię prof. Zofii Kuratowskiej. Uroczystość zgromadziła wielu działaczy – współtowarzyszy prof. Kuratowskiej z opozycji lat 70. i 80.

Zofia Kuratowska była doktorem nauk medycznych, kierownikiem Kliniki Hematologii AM w Warszawie. Jako pierwsza w Polsce zajęła się problematyką AIDS nie tylko od strony medycznej, ale również społecznej i prawnej. Wraz z Markiem Kotańskim i Mikołajem Kozakiewiczem założyła Stowarzyszenie Solidarni wobec AIDS PLUS.

Była członkiem „Solidarności”, działała w opozycji i w stanie wojennym w Komitecie Prymasowskim, służąc pomocą internowanym. Uczestniczyła w obradach Okrągłego Stołu, a po 1989 r. była senatorem w I, II i III kadencji, wicemarszałkiem Senatu I i III kadencji. Przez ostatnie dwa lata życia pełniła obowiązki ambasadora RP w Republice Południowej Afryki. ■

mkr

Rekolekcje z o. Sebastianem Bielskim

Trzcianka k. Garwolina, 30.11.–2.12.2018 r.

Etyka, bioetyka, medycyna a klauzula sumienia...

Zgłoszenia przyjmuje Renata Sobolewska:

tel.: 22-542-83-30, 668-35-61-02.



Wyrazy głębokiego współczucia
Rodzinie i Bliskim z powodu śmierci

Pana Doktora Adama Galewskiego

lekarza pediatry,
wieloletniego członka
Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
składają koleżanki i koledzy
z OKR OIL w Warszawie



Z głębokim żalem zawiadamiamy, że
13 września 2018 r. zmarł

dr Piotr Szerwentke

lekarz neurolog,
specjalista medycyny
fizykalnej i balneologii,
wieloletni pracownik Centrum Medycyny
i Rehabilitacji Artkinezis.

Z ostatnim pożegnaniem
koleżanki i koledzy z Artkinezis

WSPOMNIENIE



**Krystyna
Zapała**
(1934–2018)

23.03.2018 r. zmarła dr Krystyna Zapała (z domu Federowicz) – wybitny pediatra, emerytowana ordynator Oddziału Dziecięcego Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Urodziła się 8 kwietnia 1934 r. w Warszawie. Wojna odebrała jej ojca, który zginął w Powstaniu Warszawskim, i zmusiła rodzinę do osiedlenia się w Radomiu. Tu Krystyna skończyła szkołę podstawową i Żeńskie Gimnazjum i Liceum im. Marii Konopnickiej. W latach 1953–1958 odbyła studia na Wydziale Lekarskim Warszawskiej Akademii Medycznej. W roku 1958 wróciła do Radomia i podjęła pracę w Szpitalu Miejskim. Po ukończeniu stażu rozpoczęła, pod kierunkiem dr Heleny Koppy, specjalizację z pediatrii, która okazała się jej pasją i życiowym powołaniem. W okresie 1964–1969 zdobyła obydwa stopnie specjalizacji. Wkrótce została zastępcą ordynatora dr. Romualda Fermusa, a po jego odejściu na emeryturę objęła funkcję ordynatora Oddziału Dziecięcego I.

Była pediatrą wybitnym, utalentowanym, wrażliwym i dobrze wykształconym. Miała rozległą, nowoczesną i systematycznie pogłębianą wiedzę, ale też duży wrodzony instynkt diagnostyczny. Szczególnie interesowała ją nefrologia, dzięki czemu powstała przyszpitalna poradnia dla dzieci z chorobami nerek i dróg moczowych, którą prowadziła jeszcze w okresie emerytalnym. Wyleczyła tysiące dzieci, wyspecjalizowała większość radomskich pediatrów. Cieszyła się ogromną popularnością i dobrą sławą. Rodzice ciężko chorych dzieci traktowali ją jak ich ostatnią szansę i trzeba przyznać, że rzadko doznawali zawodu. Bo doktor Zapała – odważna, ale i rozważana – nie wahała się podejmować trudnych i nowatorskich strategii leczniczych. Należała do tego lekarskiego pokolenia, które przysięgę Hipokratesa składało, a nie tylko czytało. Miała świadomość, że medycyna jest zawodem służebnym, toteż służyła swoim pacjentom niestrudzenie i rzetelnie. Była człowiekiem wrażliwym, skorym do pomocy i hojnym. Nierzadko wspomagała rodziców pacjentów znajdujących się w trudnych warunkach materialnych. A robiła to bez rozgłosu, ale skutecznie.

Dr Krystyna Zapała była naszą szefową, co uprawnia do dumy, ale też zobowiązuje. Szefową łagodną, wyrozumiałą i przyjazną, nieograniczającą inwencji i samodzielności. Dbała o nasz zawodowy rozwój. Znała nasze predyspozycje, uzdolnienia i ambicje, ale też ograniczenia i niedostatki. Znała również nasze rodziny, leczyła nasze dzieci i wnuki, cieszyła się naszymi sukcesami. Słowem – była dla nas kimś ważnym i bliskim. Zachowamy Ją w sercach i wdzięcznej pamięci. Nasz wielki krajan, humanista Jan Kochanowski, napisał: „A jeśli komu droga otwarta do nieba, to tym co służą Ojczyźnie”. Nasza szefowa z pewnością spełniła to kryterium, służąc chorym dzieciom przez całe bardzo pracowite życie. ■

Asystenci Oddziału Dziecięcego
Radomskiego Szpitala Specjalistycznego



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

29 sierpnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1655.

1 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1681.

Pielęgniarkom i położnym, wykonującym zawód w ramach umowy o pracę lub stosunku służbowego i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej, zapewnia się wzrost wynagrodzenia zasadniczego od 1 lipca 2019 r. o kwotę nie niższą niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od 1 września 2018 – o kwotę nie niższą niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełny etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty, o których mowa w §4 nowelizowanego rozporządzenia.

1 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 sierpnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1682.

Prezes NFZ ustala kapitacyjną stawkę roczną w sposób gwarantujący pielęgniarkom i położnym, wykonującym zawód w ramach umowy o pracę lub stosunku służbowego i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej, środki na wypłatę kwot zapewniających wzrost wynagrodzenia zasadniczego od 1 lipca 2019 r. o kwotę nie niższą niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od 1 września 2018 – o kwotę nie niższą niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełny etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty określone w §4 rozporządzenia ministra zdrowia z 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które obowiązuje od 16 października 2015 r.

8 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 września 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1738.

Od 1 lipca 2018 r. za priorytetowe dziedziny medycyny uznane są:

- anestezjologia i intensywne terapie
- chirurgia ogólna
- chirurgia onkologiczna
- choroby wewnętrzne
- geriatria
- hematologia
- kardiologia dziecięca
- medycyna ratunkowa
- medycyna rodzinna
- neonatologia
- neurologia dziecięca
- onkologia i hematologia dziecięca
- onkologia kliniczna
- ortodoncja
- patomorfologia
- pediatria
- psychiatria
- psychiatria dzieci i młodzieży
- radioterapia onkologiczna
- stomatologia dziecięca.

8 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 września 2018 r. w sprawie

wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1737.

Od 1 lipca 2018 r. wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza i lekarza dentyisty odbywającego **specjalizację w ramach rezydentury w priorytetowych dziedzinach medycyny** w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury wynosi **4700 zł**, a w przypadku zakwalifikowania do jej odbywania w drugim postępowaniu kwalifikacyjnym w 2017 r. oraz w pierwszym postępowaniu kwalifikacyjnym w 2018 – **4875 zł**, po dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury – **5300 zł**.

Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza i lekarza dentyisty odbywającego **specjalizację w pozostałych dziedzinach medycyny w ramach rezydentury** w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury wynosi **4000 zł**, po dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury – **4500 zł**.

13 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie trybu przeprowadzania badań lekarskich osób ujętych przez funkcjonariuszy Służby Ochrony Państwa, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1664.

14 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1773.

Dane określone w art. 96a ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne, zamieszczane na receptie wystawianej w postaci papierowej, nanosi się na jej awersie w sposób czytelny i trwały oraz niebudzący zastrzeżeń co do autentyczności recepty, w tym za pomocą wydruku, pieczętki lub naklejki przymocowanej do recepty tak, by uniemożliwić jej usunięcie bez uszkodzenia recepty.

Receptom w postaci papierowej, na których przepisano co najmniej jeden produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, dla którego wydano decyzję o objęciu refundacją i który ma być wydany **za odpłatnością** lub co najmniej jeden produkt leczniczy **z kategorii dostępności „Rpw”**, **dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ nadaje unikalny numer identyfikujący**.

Na receptach wystawianych w postaci papierowej, na których przepisano produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne podlegające refundacji lub produkty lecznicze, o których mowa w przepisach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, **dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę, dane dotyczące osoby wystawiającej receptę oraz dane dotyczące unikalnego numeru identyfikującego receptę – jeżeli został nadany – są przedstawiane dodatkowo techniką służącą do ich automatycznego odczytu w postaci kodu kreskowego**.

W przypadku recept na produkt leczniczy z kategorii dostępności „Rpw”, której dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ nie wydał zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi, zakresy te wydaje wojewódzki inspektor farmaceutyczny właściwy ze względu na adres zamieszkania osoby wystawiającej receptę.

Wojewódzkiemu inspektorowi farmaceutycznemu zakresy liczb będące unikalnymi numerami identyfikującymi recepty przekazuje właściwy miejscowo dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ na podstawie umowy określającej sposób i warunki przekazywania tych zakresów liczb.

Dwie pierwsze cyfry z tych zakresów to 07. Omawiane zakresy mogą być wykorzystane tylko raz.

Recepta w postaci papierowej, zawierająca dane określone w art. 96a ust. 1 lub 8 ustawy – Prawo farmaceutyczne, może zostać zrealizowana także w przypadku, gdy jej rozmiar lub kształt nie odpowiadają wzorowi recepty, ale dane są zamieszczone czytelnie.

Recepty w postaci papierowej wystawione po dniu wejścia w życie rozporządzenia **do 31 grudnia 2018 r.** mogą być realizowane na zasadach dotychczasowych.

15 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 12 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie prowadzenia podatkowej księgi przychodów i rozchodów, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1779.

19 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1786.

21 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 sierpnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1801.

22 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 24 sierpnia 2018 r. w sprawie realizacji zapotrzebowań oraz sporządzenia leków w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra obrony narodowej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1739.

22 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 28 sierpnia 2018 r. w sprawie wzoru rocznego zestawienia zbiorczego przyczyn przebywania funkcjonariuszy Służby Ochrony Państwa na zwolnieniach lekarskich, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1744.

22 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 3 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1734.

25 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1812.

28 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 7 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1772.

29 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1777.

Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

Świadczeniodawca bierze pod uwagę zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

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.

Do określania świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych w przypadku chorób rzadkich stosuje się także rozpoznania opisane numerami ORPHA.

Od 15 września 2018 r. obowiązują zmiany wprowadzone w tabeli zawierającej wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji w lp. 4 w części: Pobranie materiału płodowego do badań genetycznych.

29 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1845.

30 września 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1852.

1 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 czerwca 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1295.

1 października 2018 r. weszła w życie ustawa z 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1668.

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001668/O/D20181668.pdf>

Pracownicy zatrudnieni na uczelniach w dniu wejścia w życie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce na podstawie umowy o pracę stają się pracownikami uczelni w rozumieniu tej ustawy.

Pracownicy uczelni zatrudnieni w dniu wejścia w życie ustawy na uczelniach na podstawie umowy o pracę na czas określony pozostają zatrudnieni do końca okresu wskazanego w tej umowie.

Do umów o pracę obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy oraz zawartych w okresie od 1 października do 31 grudnia 2018 r. stosuje się przepisy ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym z 27 lipca 2005 oraz rozporządzenie ministra nauki z 12 grudnia 2016 w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą pracownikom zatrudnionym na uczelni publicznej, w zakresie minimalnej wysokości miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego – do 31 grudnia 2018, a w pozostałym zakresie – do 30 września 2020.

W terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce uczelnie dostosują umowy o pracę w zakresie minimalnej wysokości miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego do wymagań ustawy oraz przepisów wykonawczych.

Studia doktoranckie rozpoczęte przed rokiem akademickim 2019/2020 prowadzi się na zasadach dotychczasowych, jednak nie dłużej niż **do 31 grudnia 2023 r.**

Nauczyciele akademicki będący w dniu wejścia w życie ustawy pracownikami naukowo-dydaktycznymi, dydaktycznymi albo naukowymi są od tego dnia nauczycielami akademickimi zatrudnionymi odpowiednio w grupach pracowników badawczo-dydaktycznych, dydaktycznych albo badawczych.

Pracownicy uczelni zatrudnieni w dniu wejścia w życie ustawy na podstawie mianowania pozostają zatrudnieni w tej samej formie i na ten sam okres. Do tych pracowników stosuje się przepisy dotyczące mianowania z ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym z 27 lipca 2005 r.

Osoba zatrudniona przed dniem wejścia w życie ustawy na stanowisku docenta, na podstawie mianowania na czas określony, pozostaje na tym stanowisku do końca okresu wskazanego w akcie mianowania, jednak nie dłużej niż do końca roku akademickiego, w którym ukończyła 67. rok życia, jeżeli nabyła prawo do emerytury. Jeżeli z ukończeniem 67. roku życia osoba zajmująca stanowisko docenta nie nabyła prawa do emerytury, wygaśnięcie stosunku pracy następuje z końcem roku akademickiego, w którym nabędzie to prawo.

Uczelnie wprowadzą regulaminy pracy w terminie umożliwiającym ich wdrożenie nie później niż 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

W terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie statutu uchwalonego na podstawie przepisów ustawy uczelnie publiczne zawrą zakładowe układy zbiorowe pracy albo ustalą regulaminy wynagradzania.

Do 30 września 2020 r.:

- umowy o pracę zostaną dostosowane do przepisów ustawy i statutu,
- stanowiska osób zatrudnionych na podstawie mianowania, z wyłączeniem stanowiska docenta, zostaną dostosowane do wymagań określonych w ustawie i statucie.

Stanowisko profesora zwyczajnego staje się stanowiskiem profesora. Stanowiska profesora nadzwyczajnego oraz profesora wizytującego stają się stanowiskiem profesora uczelni.

Ustawa wprowadziła m.in. zmiany w **ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty.**

Lekarz o odpowiednio wysokich kwalifikacjach, nieposiadający prawa wykonywania zawodu na terytorium RP, ale posiadający prawo wykonywania zawodu w innym państwie, może prowadzić teoretyczne i praktyczne nauczanie zawodu lekarza lub brać udział w konsylium lekarskim i wykonywać zabiegi, których potrzeba wynika z tego konsylium lub programu nauczania, jeżeli:

- został zaproszony przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu na terytorium RP każdorazowo po uzyskaniu zgody właściwej okręgowej rady lekarskiej lub
- został zaproszony przez lekarza wykonującego zawód w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej każdorazowo po uzyskaniu zgody kierownika tego podmiotu i właściwej okręgowej rady lekarskiej, lub
- **został zaproszony przez szpital kliniczny lub podmiot, o którym mowa w przepisach ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, prowadzący działalność w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, który informuje o tym właściwą okręgową radę lekarską.**

Wspomniane podmioty to: uczelnie, federacje podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki, instytuty naukowe PAN, instytuty badawcze, międzynarodowe instytuty naukowe działające na terytorium RP, Polska Akademia Umiejętno-

ści, inne podmioty prowadzące głównie samodzielny działalność naukową w sposób ciągły.

Zgłoszenie do LEK albo LDEK zawiera m.in. nazwę uczelni, w której zgłaszający się ukończył studia na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, oraz datę ich ukończenia, a w przypadku lekarza albo lekarza dentysty, który ukończył studia na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym w państwie innym niż państwo członkowskie UE – **nazwę polskiej uczelni**, która przeprowadziła nostryfikację dyplomu.

Cudzoziemiec, niebędący obywatelem państwa członkowskiego UE, odbywa staż podyplomowy na zasadach obowiązujących obywateli polskich, jeżeli spełnia co najmniej jeden z następujących warunków: ma zezwolenie na pobyt stały w RP lub pobyt rezydenta długoterminowego UE, lub posiada status uchodźcy w RP albo ważną Kartę Polaka.

2 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 września 2018 r. w sprawie orzekania o stanie zdrowia nauczyciela akademickiego w celu udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1868.

2 października 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1878, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 14 września 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

10 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 14 września 2018 r.

w sprawie minimalnych wymagań organizacyjno-technicznych dla Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1821.

10 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 września 2018 r. w sprawie wymagań dla Systemu Monitorowania Dostępności Świadczeń Opieki Zdrowotnej i Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych oraz ich minimalnej funkcjonalności, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1822.

System Monitorowania Dostępności Świadczeń Opieki Zdrowotnej w zakresie minimalnej funkcjonalności zapewnia następujące usługi:

- wyszukiwania usługodawcy udzielającego określonych świadczeń opieki zdrowotnej według co najmniej jednego z kryteriów (m.in. miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, rodzaju udzielanych świadczeń, nazwy świadczenia),
- porównywania średniego czasu oczekiwania na udzielenie określonego świadczenia opieki zdrowotnej u różnych usługodawców,
- automatycznego przenoszenia użytkownika do systemu teleinformatycznego wybranego usługodawcy prowadzącego listę oczekujących na udzielenie określonego świadczenia opieki zdrowotnej,
- generowania i udostępniania usługobiorcom analiz i raportów dotyczących danych w nim zawartych, w tym co najmniej raportów i danych dotyczących wyników wyszukiwania. ■



OKRĘGOWA
IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Niebrowicza

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: Jarosław Biliński, Artur Drobniak, Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, Bartłomiej Iwańczyk, Maria Kłosińska, Krzysztof Madej, Piotr Sobiech

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 Naturski,

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 adiacji 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

Biuro OIL jest czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–16.00

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; NIP 522-00-02-357; tel.: 22-542-83-48; e-mail: biuro@oilwaw.org.pl

Biuro Obsługi Lekarza jest czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.45–15.45, w środę w godz. 8.45–17.45

(W celu zapewnienia profesjonalnej obsługi prosimy o uwzględnienie czasu niezbędnego do załatwienia sprawy w godzinach pracy Biura Obsługi Lekarza.)

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 Moczydłowska; tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

Zastępcza sekretarza ORL: Piotr Pawliszak; tel. 22-542-83-31; 22-542-83-44, 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, 22-542-83-24, 22-542-83-27

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

Okręgowa Komisja Rewizyjna: przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak; tel. 22-542-83-90

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; 22-542-83-54

Kasa: tel. 22-542-83-34

czynna: w poniedziałek i wtorek od godz. 9.00 do 15.30, w środę – 9.00 do 17.00, w czwartek i piątek – 9.00 do 15.30
(przerwa codziennie od godz. 13.30 do 14.00)

Składki: tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, 22-542-83-78, 22-542-83-96

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

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

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

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

Rzecznik Praw Lekarza: tel. 22-542-83-90

Mediator: tel. 22-542-83-90

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy: tel. 22-542-83-90

Zespół ds. Wypalenia Zawodowego: tel. 22-542-83-90

Zespół ds. Biegłych: tel. 22-542-83-33

Zespół ds. Matek Lekarek: tel. 22-542-83-33

Zespół ds. Szczepień: tel. 22-542-83-33

Komisja Młodych Lekarzy: tel. 22-542-83-33

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

Komisja Lekarzy Seniorów: tel. 22-542-83-30

Koło Lekarzy Katolików: tel. 22-542-83-30

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków:

tel. 22-542-83-72, 22-542-83-75, 22-542-83-76, 22-542-83-77, faks 22-542-83-65, e-mail: odz@oilwaw.org.pl

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

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16): tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30
poniedziałek i czwartek w godz. 7.45–15.00, wtorek i środa w godz. 7.45–17.00, piątek w godz. 8.05–15.00

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

www.izba-lekarska.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 udostępnia:



działającą w godzinach 9.00–21.00 linię pod numerem (+48) 22-749-62-08

przeznaczony do kontaktów adres e-mail: lekarz@asystaprawnika.pl

dyżur prawnika w siedzibie OIL w Warszawie w każdą środę, w godz. 16.00–18.00.

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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

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