

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

# puls

lutego 2019 (nr 286)

**KOMUNIKACJA  
TO NIE TYLKO  
ROZMOWA  
– WYWIAD  
Z DR. HAB. N. MED.  
WOJCIECHEM  
FELESZKĄ**

[str. 8]

**DLACZEGO  
SAMORZĄD  
LEKARSKI  
JEST WAŻNY  
I POTRZEBNY**

[str. 5, 16]

**PRZECIW  
PORZUCANIU  
OSÓB  
STARSZYCH  
W SZPITALU**

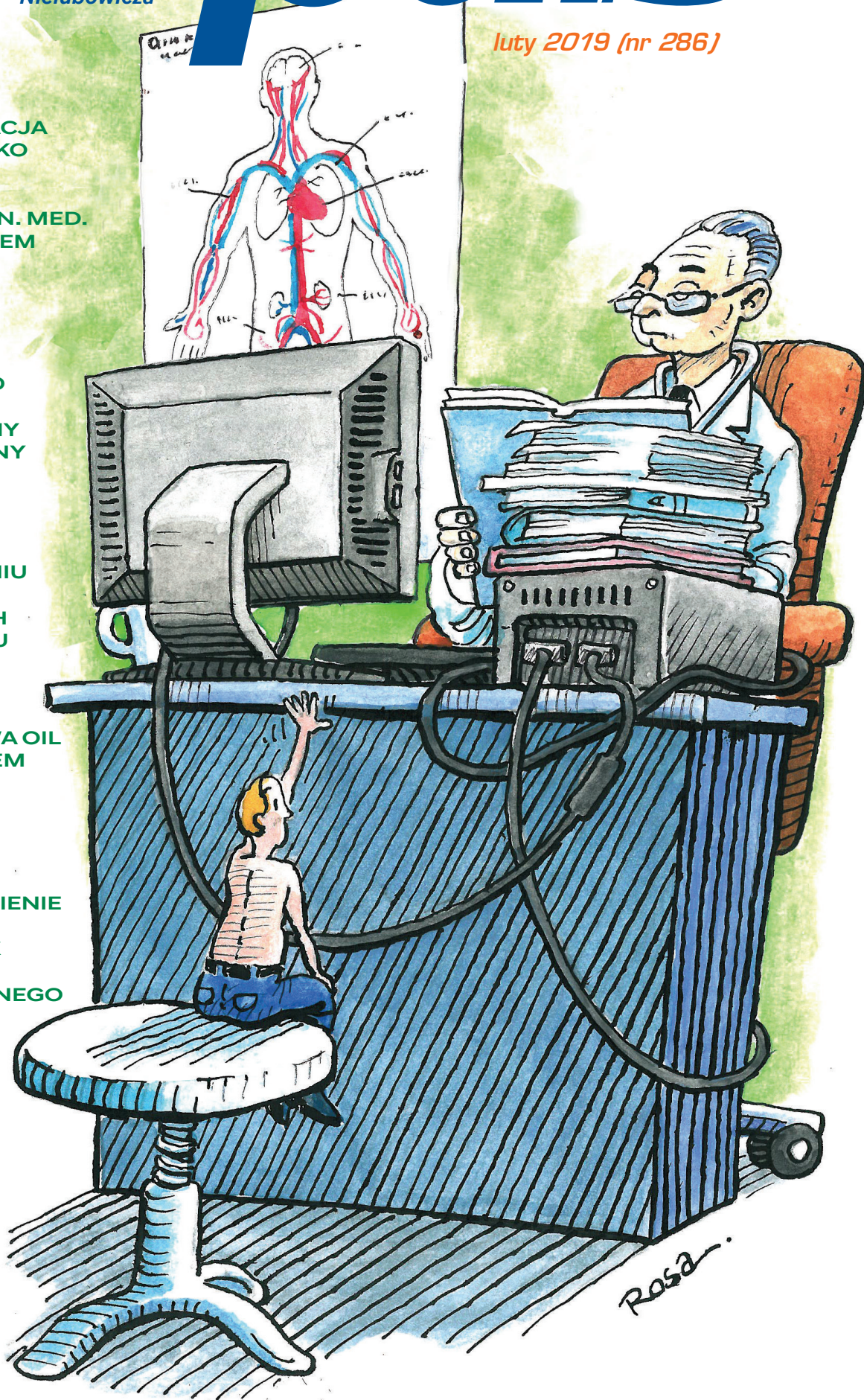
[str. 22]

**INICJATYWA OIL  
POD HASŁEM  
„WSPÓLNE  
ŚWIĘTA”**

[str. 42]

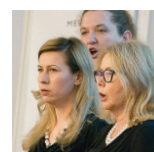
**NIEDOŻYWIENIE  
PACJENTA  
– CZYNNIK  
RYZYKA  
OPERACYJNEGO**

[str. 28]



# z naszego kalendarza LUTY 2019

- 1** 9.30–11.30 Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL, Warszawa, ul. Puławska 18  
10.00 Dyżur mediatora, siedziba OIL
- 2** 9.00–17.00 Szkolenie – Ośrodek Doskonalenia Zawodowego  
– „Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty”,  
siedziba OIL
- 3** 15.00–17.00 Sportowa niedziela, Studium Wychowania Fizycznego WAT,  
Warszawa, ul. Kartezjusza 1 (zapisy – logowanie na stronie OIL)
- 4** ŚWIATOWY DZIEŃ WALKI Z RAKIEM  
9.30–11.30 Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL  
10.00–16.00 Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL  
10.00–15.00 Sekcja Malarska Komisji Kultury, Sportu i Turystyki, Warszawa, ul. Kozia 3/5, lok. 31  
19.00–22.00 Próba chóru Medicantus, siedziba OIL
- 6** 16.00 Klub Lekarza, Warszawa, ul. Raszyńska 54,  
program satyryczny „Czasoprzeźrenie kobiety”
- 7** 10.00–14.00 Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL
- 8** 9.30–11.30 Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL  
10.00 Dyżur mediatora, siedziba OIL
- 10** 15.00–17.00 Sportowa niedziela, Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1
- 11** ŚWIATOWY DZIEŃ CHOREGO  
9.30–11.30 Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL  
10.00–16.00 Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL  
10.00–15.00 Sekcja Malarska Komisji Kultury, Sportu i Turystyki, Warszawa, ul. Kozia 3/5, lok. 31  
19.00–22.00 Próba chóru Medicantus, siedziba OIL
- 12** 17.00 Spotkanie Grupy Balinta, siedziba OIL
- 13** Posiedzenie Prezydium ORL, siedziba Delegatury Radomskiej,  
Radom, ul. Rwańska 16  
17.00 „Tradycje karnawałowe na świecie”, Klub Lekarza, Warszawa, ul. Raszyńska 54
- 14** 10.00–14.00 Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL  
14.00 Posiedzenie Komisji Bioetycznej, siedziba OIL  
10.00–15.00 Sekcja Malarska Komisji Kultury, Sportu i Turystyki, Warszawa, ul. Kozia 3/5, lok. 31



- 15** 9.30–11.30 Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL  
10.00 Dyżur mediatora, siedziba OIL  
11.30 „Kobiety w medycynie i chirurgii”, Klub Lekarza, ul. Raszyńska 54, spotkanie Sekcji Historycznej PTL i Koła Historycznego TLW
- 17** 15.00–17.00 Sportowa niedziela, Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1
- 18** 9.30–11.30 Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL  
10.00–16.00 Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL  
14.00 Klub Lekarza, ul. Raszyńska 54, spotkanie Koła Lekarzy Emerytów OIL  
10.00–15.00 Sekcja Malarska Komisji Kultury, Sportu i Turystyki, ul. Kozia 3/5, lok. 31  
19.00–22.00 Próba chóru Medicantus, siedziba OIL, sala na parterze
- 20** 16.00 Klub Lekarza, ul. Raszyńska 54, program poetycko-muzyczny „Kawiarniana atmosfera”
- 21** 10.00–14.00 Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL  
10.00–15.00 Sekcja Malarska Komisji Kultury, Sportu i Turystyki, ul. Kozia 3/5, lok. 31
- 22** 9.30–11.30 Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL  
10.00 Dyżur mediatora, siedziba OIL
- 23** 9.00 i 12.30 Szkolenie „Prawne formy zatrudnienia lekarzy”, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego, siedziba OIL  
19.00 Bal Fundacji Pro Seniore, Hotel Marriott, Al. Jerozolimskie 65/79
- 24** 15.00–17.00 Sportowa niedziela, Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1
- 25** 9.30–11.30 Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL  
10.00–16.00 Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL  
10.00–15.00 Sekcja Malarska Komisji Kultury, Sportu i Turystyki, ul. Kozia 3/5, lok. 31  
19.00–22.00 Próba chóru Medicantus, siedziba OIL
- 26** 8.30–14.30 Wydawanie dokumentów uprawniających do odbywania stażu i skierowań na staż, siedziba OIL, sala BOL
- 27** 10.00 Posiedzenie Komisji ds. Lekarzy Dentystów, siedziba OIL  
13.00 Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej, siedziba OIL  
15.00 Posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, siedziba OIL
- 28** 10.00–15.00 Sekcja Malarska Komisji Kultury, Sportu i Turystyki, ul. Kozia 3/5, lok. 31  
10.00–14.00 Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL  
14.00 Komisja Bioetyczna, siedziba OIL



# XII CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

PRZYJACIÓŁ FUNDACJI PRO SENIORE

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE

23 lutego 2019, godz. 19.00

*Imprezę poprowadzą  
Dominika Matuszak,  
Tomasz Tylicki*

*Wieczór uświetni występ  
zespołu Boogie Band*

*Zapraszamy*

*Szczegółowe informacje można uzyskać,  
dzwoniąc pod numer  
22-542-83-02 lub 538-192-002  
lub drogą e-mailową  
proseniore@oilwaw.org.pl*



## SPIS TREŚCI

- 1** ▶ OIL W WARSZAWIE – Z naszego kalendarza – luty 2019
- 4** ▶ EWA GWIAZDOWICZ-WŁODARCZYK – Na marginesie
- 5** ▶ ŁUKASZ JANKOWSKI – Czy izby lekarskie są w ogóle potrzebne?
- 6** ▶ MAŁGORZATA SOLECKA – Rok ministra
- 7** ▶ PAWEŁ WALEWSKI – Pod lupą NIK
- 8** ▶ Z DR. HAB. N. MED. WOJCIECHEM FELESZKĄ  
ROZMAWIA ANETTA CHĘCIŃSKA – Komunikacja to nie tylko rozmowa
- 10** ▶ JAROSŁAW BILIŃSKI – Zmiany (nie)chciane
- 11** ▶ PAWEŁ KOWAL – Refleksje
- 12** ▶ DARIUSZ PALUSZEK – Komisja ds. Lekarzy Dentystów
- 14** ▶ Z DR. HAB. N. MED. LEOPOLDEM WAGNEREM ROZMAWIA ANETTA CHĘCIŃSKA  
– Zdrowie jamy ustnej – sprawa priorytetowa
- 15** ▶ MAREK BALICKI – Bez znieczulenia
- 16** ▶ OIL W WARSZAWIE – Dlaczego samorząd lekarski jest ważny i potrzebny?
- 19** ▶ OIL W WARSZAWIE – Szkolenia w siedzibie OIL
- 20** ▶ ANNA RUDECKA, JOANNA PAZIK – Grupa Balinta, czyli gdzie lekarz może uzyskać wsparcie
- 22** ▶ PRZEMYSŁAW RAWA-KŁOCEK – Dwie strony barykady
- 22** ▶ FILIP NIEMCZYK – Porzucenie osoby starszej w szpitalu
- 24** ▶ MONIKA ZALEWA – Samochód w działalności lekarza
- 26** ▶ MAŁGORZATA MALEC-MILEWSKA  
– Kapsaicyna w leczeniu zlokalizowanego obwodowego bólu neuropatycznego
- 28** ▶ ANETA OBCOWSKA-HAMERSKA – Niedożywienie – czynnik ryzyka operacyjnego
- 30** ▶ RAFAŁ NATORSKI – Lekarz, który stał się legendą
- 33** ▶ Z DR. ARTUREM KŁUBOWICZEM ROZMAWIA OLGA ROSTKOWSKA – Pracując w Niemczech
- 34** ▶ JAROSŁAW KOSIATY – Znachorzy i uzdrowiciele
- 36** ▶ HANNA ODZIEMSKA – Wesołe przygody lekarza w korpo
- 38** ▶ KRYSPIŃ MITURA – Leczyć w Afryce
- 41** ▶ ARTUR DZIAK – Operacja tyłem do stołu
- 42** ▶ WŁODZIMIERZ CERAŃSKI – Opłatek seniorów
- 43** ▶ ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI – Doniesienia naukowe
- 44** ▶ PAWEŁ WALEWSKI – Sztuka leśnych kąpiel
- 44** ▶ PIOTR MÜLDNER-NIECKOWSKI – Barbaryzmy
- 46** ▶ JAROSŁAW KOSIATY – Wspomnienie
- 48** ▶ OIL W WARSZAWIE – Biuletyn ORL w Warszawie
- 51** ▶ BEATA KOZYRA-ŁUKASIAK – Nowe przepisy prawne





Fot. kb

# Lewe zwolnienia lekarskie?

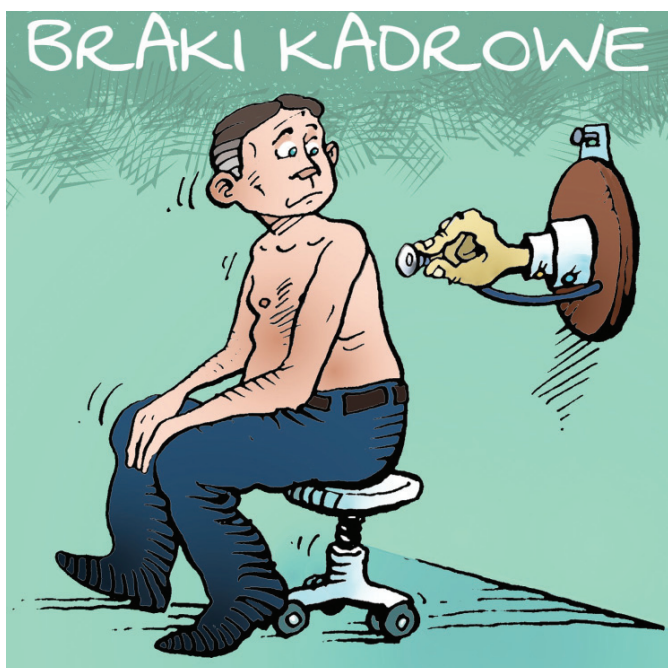
**EWA GWIAZDOWICZ-WŁODARCZYK**  
redaktor naczelna

**W** ostatnich miesiącach zwolnienia lekarskie stały się sprawą polityczną. Przyczyniły się do tego protesty płacowe policjantów, pracowników sądów i nauczycieli. Jedną z form protestu było „pójście” na zwolnienie lekarskie.

Z cytowanych przez media wypowiedzi Marka Suskiego, szefa gabinetu politycznego prezesa Rady Ministrów, można uznać, że chorowanie traktuje jako walkę z rządem. Mariusz Błaszczak, szef MON skrytykował policjantów: „Czy nie ma pan wrażenia, że coś dziwnego dzieje się, kiedy 15 proc. funkcjonariuszy nagle zachorowało, czy może odra opanowała tych funkcjonariuszy?” – zapytał dziennikarza Polsat News.

A ZUS? „Od końca grudnia przeprowadziliśmy kontrole 3 tys. zwolnień lekarskich nauczycieli, z czego niestety tylko 100 na wniosek samych pracodawców” – poinformował niedawno PAP rzecznik ZUS Wojciech Andrusiewicz. Powiedział, że ZUS przygląda się informacjom o możliwych nadużyciach, w tym – o protestach na tzw. chorobowym. W wielu przypadkach, przy krótkich zwolnieniach, badana jest dokumentacja medyczna, na podstawie której zostało wystawione zwolnienie”.

## OKIEM SATYRYKA



Rys. K. Rosiecki

W minionym roku ZUS z tytułu zwolnień lekarskich wydał około 10 mld zł. Pracodawcy w tym samym czasie wypłacili pracownikom z tego tytułu około 6 mld. Te kwoty mają porażać, więc ZUS równolegle podaje, że przekłada to się na ponad 21 mln zwolnień lekarskich oraz około 250 mln dni nieobecności w pracy. Stąd już bardzo blisko do tezy, że Polacy zwolnień nadużywają oraz, że zwolnienia te, a przynajmniej znacząca ich część, to zwolnienia „lewe”. Dowodem na lewe zwolnienia ma być to, że po przeprowadzeniu prawie 500 tys. kontroli ZUS wstrzymał lub odmówił wypłaty zasiłków chorobowych na kwotę około 200 mln zł. Ale to niespełna 2 proc. kosztów poniesionych z tego tytułu przez ZUS.

Wystawienie przez lekarza orzeczenia o niezdolności do pracy, poprzedzone jest rozmową z pacjentem, wywiadem i badaniem lekarskim, co także zapisywane jest w historii choroby pacjenta. W dokumentacji tej odnotowuje się także fakt wystawienia zwolnienia lekarskiego, okres niezdolności do pracy, na który zostało wystawione, oraz to, czy podczas przebywania na zwolnieniu choroby powinien leżeć czy też może chodzić. Oba te kryteria podlegają subiektywnej ocenie zarówno pacjenta, jak i wydającego orzeczenie lekarza. Tak na marginesie, w jednej z głośnych ostatnio spraw, ZUS wstrzymał wypłatę zasiłku chorobowego pacjentowi, który w trakcie przebywania na zwolnieniu lekarskim pojechał na zawody narciarskie do Zakopanego. Pacjent odwołał się od decyzji ZUS do sądu i sprawę wygrał – podkreśla Bożena Janicka, specjalista w dziedzinie pediatrii i medycyny rodzinnej, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Czy pacjenci często decydują się na L-4? Z doświadczeń, z rozmów z lekarzami, przyjaciółmi, znajomymi i przygodnymi rozmówcami wynika, że większość z nas unika zwolnień jak ognia. Przeważnie z przyczyn finansowych! Ale także z uwagi na sytuację w pracy. Tak więc „pójście” na zwolnienie jest wielokrotnie aktem desperacji.

„Niedopuszczalne jest, żeby pracownicy policji, sądów, prokuratury, a także nauczyciele oraz lekarze, którzy wystawiają »fałszywe zwolnienia lekarskie«, uczestniczyli w procesie demoralizacji naszego narodu” – powiedział zaś niedawno publicznie były polityk, obecnie członek Rady Polityki Pieniężnej, Jerzy Kropiwnicki.

Należy zapytać o odpowiedzialność za publicznie wyrażane opinie i sugestie podważające wiarygodność lekarzy! ■

**ŁUKASZ JANKOWSKI**  
prezes ORL w Warszawie

Czy izby  
lekarskie są  
w ogóle  
potrzebne?

Czy są  
w stanie  
reprezentować  
środowisko?

Czy głos  
samorządu  
coś znaczy?

Te pytania przewijają się w lekarskich rozmowach. Zwykliśmy narzekać, że izby nic nie robią, tylko biorą składki, że samorząd jest oderwany od lekarskich spraw, że efektów jego pracy w ogóle nie widać. Izba została zepchnięta do defensywy, zmuszona do udowadniania środowisku, że warto, aby istniała. Każde jej działanie podlega krytycznemu rozliczeniu: warto, czy nie warto mieć izbę?

Sądzę, że izba nie jest instytucją, na którą my, lekarze, możemy mieć taki wpływ, jaki mają klienci na firmę usługową. Izba nie jest firmą, a jej członkowie nie są klientami. A czym jest? W mojej ocenie pełni oczywiste funkcje administracyjne, ale przede wszystkim jest bardzo silnym narzędziem wpływu,



Fot. M. Beczek

narzędziem dbania o nasze interesy i prawa, a przez dbałość o lekarzy także – pośrednio – narzędziem umożliwiającym walkę o naszych pacjentów. Samorząd jest czymś unikalnym, jedynym gremium skupiającym wszystkich lekarzy. To nasze narzędzie zmiany. Dzięki samorządowi ma być słyszalny głos środowiska lekarskiego. Czy jest?

Zakończył prace ministerialny zespół ds. nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry kierowany przez dr. Jarosława Bilińskiego, wiceprezesa naszej izby. W składzie zespołu znalazło się kilku reprezentantów naszego samorządu, w tym piszący te słowa. Przy wsparciu i pod egidą m.in. warszawskiej OIL powstał kompletny, 195-stronicowy akt prawny, zawierający wieloletnie postulaty środowiska lekarskiego. W projekcie, przekazanym 17 stycznia 2019 r. ministrowi Łukaszowi Szumowskiemu, są m.in. zmiany w specjalizacjach lekarskich. Projekt wprowadza moduł personalizowany na stażu, ogólnopolski nabór na rezydentury, wzmacnia rolę kierownika specjalizacji i przyznaje mu dodatkowe wynagrodzenie. Zapisano w nim także spełnienie postulatów płacowych środowiska lekarskiego (dwóch i trzech średnich krajowych). Ten projekt to zdecydowany głos samorządu w sprawach uwarunkowań prawnych kształcenia i wykonywania zawodu lekarza. Ale nie tylko głos, nie tylko założenia. To gotowa do wprowadzenia ustawa, projekt kompletny. Czy zostanie wprowadzony w życie? ■



Fot. archiwum

# Rok ministra

MAŁGORZATA SOLECKA

**9 stycznia minął rok urzędowania Łukasza Szumowskiego na stanowisku ministra zdrowia. 12 miesięcy, po których trudno wystawić jednoznaczną ocenę. Nie ma spektakularnego sukcesu, nie ma też totalnej klęski. Jest natomiast wielki znak zapytania o przyszłość. Dopiero 2019 r. przyniesie prawdziwe momenty próby dla ministra, który na razie sam chwali się osiągnięciami. Nieco na wyrost.**

**J**uż w listopadzie 2018 Łukasz Szumowski zaprezentował dziennikarzom osiągnięcia swojego resortu – nie tylko z minionego roku, ale z całych trzech lat rządów Prawa i Sprawiedliwości. Lista była naprawdę imponująca.

Największe osiągnięcie, według samego ministra, to decyzja o zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB w 2024 r. – *W latach 2018–2024 wydamy na ochronę zdrowia 830 mld zł* – mówił minister, nawiązując do ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Pojawiła się też obietnica, że w 2019 r. wzrost będzie wyższy niż zakłada ta ustawa i wyniesie prawie 4,9 proc. (w ustawie zapisano 4,86 proc.). Sukces ma więc być zmierzony w setnych częściach punktu procentowego. Tymczasem minister zdrowia i cały rząd stanie, już wiosną, przed koniecznością znalezienia o wiele większych pieniędzy. Zgodnie z ustawą nakłady na ochronę zdrowia w 2020 r. mają przekroczyć 5 proc. PKB (5,03 proc.), będzie to więc pierwszy wzrost większy niż 0,1 proc. PKB (prawdopodobnie 0,13; maksymalnie 0,15 proc.). W maju, podczas prac nad projektem planu finansowego NFZ na kolejny rok, okaże się, w jaki sposób rząd planuje sfinansować ten wzrost liczony nie w setkach milionów, lecz w miliardach złotych.

Z punktu widzenia środowiska lekarskiego czy też szerzej – profesjonalistów medycznych – podniesienie nakładów ciągle pozostaje w sferze wyzwań, nie dokonań. Warto przypomnieć, i przypominać na każdym kroku, że 6 proc. PKB do 2024 r. to zaledwie kompromis, nie spełnienie żądań, oczekiwań, a przede wszystkim potrzeb. Postulatem środowisk medycznych jest szybki wzrost nakładów do 6,8 proc. PKB (w ciągu 2–3 lat) i docelowy – do 9 proc. PKB. Niższe nakłady nie pozwolą na radykalną poprawę dostępności świadczeń medycznych, ale

wprowadzą do systemu liczne napięcia, przede wszystkim na tle płacowym. Oczekiwania zarówno lekarzy, pielęgniarek, jak i pozostałych pracowników medycznych są bowiem znacznie większe niż to, co zapewnia obecny kształt ustawy o wynagrodzeniach minimalnych pracowników wykonujących zawody medyczne.

Kwestia płac jest zresztą najlepszym przykładem ambivalentnej, z konieczności, oceny urzędowania ministra zdrowia. Z jednej strony podwyżki wynagrodzeń dla lekarzy stały się faktem, i to zarówno dla rezydentów, jak i dla części specjalistów. Z drugiej trudno nie zauważyć, że nie korzystają z nich wszyscy lekarze (np. specjaliści zatrudnieni poza oddziałami szpitalnymi oraz lekarze w trakcie specjalizacji poza systemem rezydenckim). Już wkrótce minister zdrowia stanie przed koniecznością podjęcia kluczowej decyzji. Od tego, czy zaakceptuje propozycje zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przygotowane przez powołany przez siebie zespół, obejmujące również kwestię wynagrodzeń lekarskich (widełki od średniej krajowej dla lekarza stażysty po trzykrotność średniej dla specjalisty), zależy coś więcej niż jego osobista wiarygodność wobec partnerów społecznych. Oczywiście zwiększenie płac lekarzy musi pociągnąć za sobą wyższe wynagrodzenia innych pracowników medycznych, dlatego konieczny jest realny i szybki wzrost nakładów, przekraczający skalę przedstawianą przez ministra i rząd jako sukces.

Tymczasem większe pieniądze, według zapowiedzi ministra, mają się przełożyć nie tylko na lepsze zarobki personelu medycznego (co ma pomóc rozwiązać największą bolączkę systemu, czyli braki kadrowe), ale przede wszystkim na poprawę dostępności świadczeń. Na razie jednak ministerstwo stawia przede wszystkim na skracanie kolejek bez znacząco większego finansowania – przykładem niech będą operacje zaćmy. Zmiana kryteriów kwalifikowania pacjentów do operacji finansowanych przez NFZ ma racjonalizować wydatki, ale przede wszystkim zredukować hańbiący dług dla polskiego systemu ochrony zdrowia czas oczekiwania na zabieg (absolutny rekord wśród wszystkich krajów europejskich, również spoza Unii Europejskiej).

Przy mniej więcej tym samym poziomie finansowania minister próbuje od roku sprostać wyzwaniom wskazanym przez premiera Mateusza Morawieckiego, czyli usprawnić opiekę w onkologii i kardiologii. Temu mają służyć pilotaże. Za ten sposób testowania rozwiązań



należy się Łukaszowi Szumowskiemu pochwała, bo od dawna profesjonalści medyczni apelowali, by każde rozwiązanie w ochronie zdrowia przed wprowadzeniem do systemu było poddawane próbom pilotażowym. Koordynowana opieka nad pacjentami z niewydolnością serca, tromboembolia mechaniczna, wreszcie sieć onkologiczna – to pilotaże rozwiązań organizacyjnych, które będą rodzić określone skutki finansowe. Co się stanie, jeśli się okaże – a jest to bardzo prawdopodobne – że taki rodzaj opieki kosztuje wyraźnie więcej (na wejściu, niekoniecznie w ogólnym rozliczeniu, ale jak wiadomo dla decydentów często liczą się wyłącznie koszty bezpośrednie)?

Na plus niewątpliwie trzeba zapisać Łukaszowi Szumowskiemu postępy w cyfryzacji ochrony zdrowia. Zadanie było stosunkowo proste. Poprzednicy nie mieli żadnych dokonań, więc niemal każda zmiana musiała być zmianą na lepsze. Powołanie wiceministra odpowiedzialnego za wdrożenia rozwiązań informatycznych, kilka podstawowych decyzji – i możemy z większym spokojem pytać kiedy, a nie czy w ogóle pojawią się w systemie ochrony zdrowia e-recepta, e-skierowanie, elektroniczna dokumentacja medyczna.

Łukasz Szumowski obejmował urząd w dramatycznie trudnej chwili. Trwający od jesieni 2017 r. protest rezydentów, polegający w ostatniej fazie na wypowiedzianiu klauzuli opt-out, co prawda wydawał się wypalać, ale mógł się przerodzić w trwałą frustrację środowiska, nie tylko młodych lekarzy. Minister podjął się karkołomnego zadania wynegocjowania porozumienia z rezydentami. Misję wypełnił. Więcej, do pewnego stopnia można już w tej chwili powiedzieć, że treść porozumienia dała ministrowi dość duży margines swobody, z czego Szumowski niejednokrotnie korzystał. Lekarze kilkakrotnie wypominali mu niedotrzymanie, naginanie i łamanie warunków porozumienia, od pewnego momentu zresztą przestali trzymać rękę na pulsie (choćby w sprawie zobowiązania do przedstawienia do końca 2018 r. rozwiązań, które zdejmą z lekarzy obowiązek określania poziomu refundacji).

Najtrudniej ocenić sztandarowy projekt Łukasza Szumowskiego, czyli debatę „Wspólnie dla zdrowia”. Najtrudniej, bo przedsięwzięcie tak rozłożone w czasie (12 miesięcy), poszatowane tematycznie w dość sztuczny sposób (o czym świadczy choćby fakt, że na kolejnych konferencjach pojawiają się te same tematy czy wątki, a nawet konkretne przykłady rozwiązań, do których odwołują się dyskutanci), musi męczyć. Nie ma w tej debacie dynamiki, nie widać celu (mimo zapewnień, że jest i się objawi) ani sensu rozmów – ciągle w tym samym gronie, ciągle o tym samym. Nawet jeśli sporadycznie pojawia się jakaś interesująca myśl, jest to o wiele za mało dla uratowania projektu, przynajmniej w odbiorze zainteresowanej części opinii publicznej.

Rok 2018 można więc uznać za rok dialogu i rozmów. Niestety, większość miała i ma charakter czysto akademicki. Nie tego ochrona zdrowia potrzebuje za najbardziej. ■



Fot. archiwum

PAWEŁ WALEWSKI

## Pod lupą NIK

Nie będę wcielał się we wróżbitę, aby przewidywać, co czeka ochronę zdrowia w tym roku. Ale

wiem na pewno, że Najwyższa Izba Kontroli zamierza przyglądać się jej wnikliwie i na najbliższe miesiące zapowiedziała już kilka szerokich kontroli. To pewnie burzy krew w Ministerstwie Zdrowia i nie pozwala się wyspać dyrektorom szpitali, bo niejednokrotnie słyszałem od nich skargi na kontrolerów, którzy nie zawsze wykazują się profesjonalizmem. Trudno.

Opieka zdrowotna znalazła się wśród głównych obszarów zainteresowania NIK, co dowodzi, że taryfy ulgowej nie będzie. Zapowiedziano inspekcje w zakresie związanym z decyzjami władz resortu zdrowia z minionego roku: czy pacjenci są rzetelnie informowani o terminach zabiegów i wizytach u specjalistów, czy ratownictwo medyczne działa efektywnie, na jakie wsparcie mogą liczyć niepełnosprawni i ich opiekunowie? Dowiemy się więc, czy rozwiązania, którymi ministrowie i szefowie NFZ chwalać się na konferencjach prasowych, rzeczywiście działają w praktyce i pacjenci odnoszą z nich jakąś korzyść.

Mnie interesować będą także wyniki kontroli sytuacji osób z autyzmem i zespołem Aspergera. Czy mają możliwość efektywnego przygotowania do pracy i samodzielnego życia? Nie wiem, kto zainteresował izbę tym tematem, ale ubiegłego lata interesowałem się nim i ja, pisząc artykuł dla „Polityki” pod znamienym tytułem „Autystyk na aucie”. Można się domyślić, że dziennikarski audyt sytuacji dorosłych osób z autyzmem i zespołem Aspergera w Polsce nie pokazał żadnych pozytywów. Zatem ciekaw jestem, jak wygląda ona z punktu widzenia służb kontrolnych państwa. Wnioski będą pewnie podobne! Ale artykuł prasowy nie zawsze ma wpływ na zmianę podejścia resortu zdrowia lub polityki społecznej do tej grupy pacjentów, mam nadzieję, że zalecenia NIK odbiją się dużo szerszym echem. Państwo powinno być zainteresowane zbudowaniem systemu wspierania takich osób, bo to brak konsekwencji, że na wcześniejszych etapach życia usprawniamy je jak można najlepiej, a potem pozostawiamy samym sobie, odbierając szansę na poprawę losu. Kontrolerzy NIK powinni zapytać, komu brakuje tu wyobraźni: tym, którzy sami nie potrafią zorganizować sobie życia, obciążeni przeróżnymi ułomnościami, czy urzędowi państwowym, które odpowiadają za to, że osoby te, zamiast móc pracować na własne utrzymanie, spychane są do sektora opieki społecznej i muszą żyć z zasiłków opłaconych przez obywateli?

Ubiegłoroczna kontrola NIK rynku badań genetycznych, po której Ministerstwo Zdrowia zabrało się wreszcie za jego uregulowanie (efekty mamy poznać w II kwartale, po blisko dziesięciu latach oczekiwania!), stanowi dowód, że tego typu audyty przynoszą efekty. Oby więc było ich jak najwięcej. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



**Z dr. hab. n. med. Wojciechem Feleszką, pediatrą i immunologiem prowadzącym zajęcia ze studentami z komunikacji medycznej, rozmawia Anetta Chęcińska.**

#### **Coraz więcej uwagi zwraca się na komunikację w medycynie. Dlaczego jest tak ważna?**

Tym, którzy kończyli medycynę, zajęcia z komunikacji kojarzą się z miłymi spotkaniami o zabarwieniu humanistyczno-psychologicznym, ale kompletnie nieprzydatnymi w życiu i pracy. Tymczasem uczymy się komunikacji nie tylko po to, aby być miłszym dla pacjenta. Główny powód jest inny i ma podłoże ekonomiczne. Brak umiejętności porozumiewania się kosztuje, dowodem wyniki badań. W USA, gdzie pozwyc przeciwko lekarzom są na porządku dziennym i każdy, kto wykonuje profesję medyczną, musi się liczyć z pozwaniem, od

20–25 lat bada się przyczyny konfliktu lekarza z pacjentem, biorąc pod uwagę wiek lekarza, miejsce kształcenia, specjalizację i wiele innych czynników. Wykazano, że ponad 90 proc. pozwów dotyczy tylko 10 proc. lekarzy.

#### **Kto znalazł się w tej konfliktowej grupie?**

Najbardziej narażeni na pozwyc są lekarze o specjalizacjach zabiegowych, bardziej mężczyźni niż kobiety. Wendy Levinson, kanadyjska badaczka i lekarka zajmująca się komunikacją medyczną i analizą popełnianych przez lekarzy błędów, wskazywała, że najczęściej pacjenci pozywają lekarzy nie za błędy medyczne, tylko za arogancję, paternalizm, nieuprzejmość. Opowiadam na zajęciach o tych badaniach studentom, bo dzięki nim zdadzą sobie sprawę, kto powinien najbardziej pracować nad relacją z pacjentem, gdyż w przeciwnym wypadku będzie bardziej narażony na spory. Nie chodzi o osąd, ale o możliwość przygotowania się, przez naukę, ćwiczenia, do trudnych sytuacji.

## **Dlaczego, mimo tak dobrego poznania problemu, komunikacja pozostawia wciąż wiele do życzenia?**

Na anglosaskich uniwersytetach już wiele lat temu wprowadzono zajęcia z komunikacji. Studenci uczą się zachowania w sytuacjach trudnych i są z tego przedmiotu egzaminowani. Jeżeli chcą rozpocząć rezydenturę, sprawdza się najpierw ich kompetencje komunikacyjne. Ja zainteresowałem się tym zagadnieniem, kiedy jeden z moich studentów, który ukończył medycynę na wydziale angielskojęzycznym w Warszawie, pojechał na rozmowę w sprawie pracy do Wielkiej Brytanii. Elementem rekrutacji był egzamin z umiejętności komunikacyjnych, którego nie zdał. Sprawdzian polegał na rozwiązywaniu trudnych problemów w scenie z udziałem aktora. Okazało się, że zagadnień, które były przedmiotem egzaminu, nie omawiano na warszawskiej uczelni. Tymczasem były to modelowe sytuacje opisywane w podręcznikach, ich rozwiązania można się nauczyć. Na szczęście obecnie i u nas studenci kierunków lekarskich mają już zajęcia z komunikacji. Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym – na II, III, V i VI roku. Uważam, że umiejętności w tym zakresie powinny być obowiązkowo sprawdzane podczas naboru na specjalizację.

## **Współredagował pan książkę poświęconą zagadnieniom komunikacji w medycynie i jest współautorem testów kompetencji komunikacyjnych.**

„Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy” pod redakcją Marii Nowiny-Konopki, Łukasza Małeckiego i moją ma wielu autorów. Pomysł tej pracy zrodził się z obserwacji błędów, jakie popełniamy w kontaktach z pacjentami, z autorefleksji. Zawarte w niej testy to krótkie scenariusze w założeniu trudne, konfliktogenne albo rodzące napięcie. Mają w sobie zalążek problemu medycznego i komunikacyjnego. Zostały zaczerpnięte z codziennej praktyki, mojej i kolegów w przychodni, w szpitalu. Niektóre znalazłem opisane w innych książkach. Dam pierwszy z brzegu przykład: podczas ciężkiego dyżuru pacjent umiera na oddziale, przychodzi rodzina, lekarz jest zmęczony po dyżurze, chce już wyjść do domu, nie ma ochoty na rozmowę. Pytamy: jak się zachować, jak rozmawiać, jak być w zgodzie z prawem. W części testowej naszej publikacji znajdują się rozwiązania przykładowych sytuacji z wyjaśnieniem, dlaczego właśnie te. Poza tym książka jest bardzo praktyczna, każdy rozdział zawiera opisy scenek i dialogi.

## **Co jest kluczem dobrej komunikacji?**

Jedno niedoceniane słowo: empatia. Niestety, studia medyczne, potem praca lekarza z empatii stopniowo odzierają, ale warto tę zdolność podtrzymywać. Dam przykład: mówimy nieraz „pacjent roszczeniowy”, ale uważam, że nie ma roszczeniowych pacjentów, każdy ma jakiś problem, który chce rozwiązać. Każda sytuacja, każda rozmowa jest inna, ale kluczem jest okazanie współczucia i chęci pomocy w rozwiązaniu problemu. To początek, reszta zależy od osobistych kompetencji.

## **Niedobór personelu medycznego, biurokracja, kolejki w poczekalni, to znane czynniki, które nie sprzyjają budowaniu porozumienia.**

Zgadzam się. Trudno o empatię o trzeciej nad ranem na dyżurze, po kilkunastu godzinach pracy. Jednak można się nauczyć nieokazywania zniechęcenia, szczególnie jeśli się wie, jak to jest w naszej pracy ważne. W Polsce na przestrzeni ostatnich 25 lat jakość usług w bardzo wielu obszarach znacząco się poprawiła. Widzimy to w sklepie, restauracji, u rzemieślnika, w warsztacie. Moim zdaniem ten stary duch paternalizmu i pewnej nieprzychylności istnieje niestety jeszcze w ochronie zdrowia. Pacjenci nie powinni doświadczać upokorzenia, toczyć walki. W końcu pacjent przychodzi do nas często w emocjach związanych ze stanem zdrowia, z troską o bliskich, lękiem o siebie.

## **Pracuje pan z małymi pacjentami, rozmawia z ich rodzicami. Czy te kontakty bywają trudne?**

Nam, pediatrom, jest chyba trochę łatwiej, gdyż małe dziecko naturalnie budzi sympatię. Oczywiście komunikacja z rodzicami nie zawsze jest prosta. Każdy rodzic chce jak najlepiej dla dziecka, troszczy się o nie, towarzyszą temu emocje, które niekiedy prowadzą do konfliktu.

## **Jakie rozmowy są najtrudniejsze?**

Zawsze dotyczące spraw ostatecznych, terminalnych. To cały obszar komunikowania tzw. niepomysłnych wiadomości.

## **Komunikacja to nie tylko rozmowa, także mowa ciała, uśmiech.**

W Niemczech, Wielkiej Brytanii, w krajach skandynawskich lekarz przychodzi do pacjenta i wita się z nim, podając rękę. U nas to wciąż budzi opór. A przecież jeżeli podam rękę i powiem: „Nazywam się Wojciech Feleszko, jestem immunologiem, będę sprawował opiekę nad pani dzieckiem”, spojrzę w oczy, uśmiechnę się do rozmówcy, to otwiera się „autostrada komunikacyjna” między mną a rodzicem pacjenta. Z okresu studiów przypominam sobie obchody na jednym z oddziałów, podczas których nikt z uczestników nie mówił dzień dobry, wchodząc do sal, a lekarze tylko szepotali między sobą, ignorując pacjentów. Wiemy, bo to wynika z prowadzonych badań, że pozytywny stosunek lekarza do pacjenta ma dobry wpływ na efekty leczenia, zapobiega też wypaleniu zawodowemu.

## **Czy ekspansja nowych technik w medycynie, chociażby teleopieki, e-porad, zmieni znaczenie relacji lekarza z pacjentem, będzie ją ograniczać?**

Nie mam złudzeń, będziemy sukcesywnie zastępowani przez roboty. Mogę sobie wyobrazić, że pacjent dostanie tabletkę, za jego pomocą odpowie na pytania, włoży rękę do maszyny, która pobierze krew, zmierzy ciśnienie, wykona inne potrzebne badania i zaproponuje rozpoznanie. Być może nadzorujący lekarz, z odległości dziesiątków lub setek kilometrów, potwierdzi rozpoznanie, a następnie dyżurny robot wydrukuje pacjentowi receptę. Przyszłość? Nie, to już się dzieje. Poszczególne moduły wykonujące te zadania już są i to robią. Wystarczy je teraz spiąć w jeden większy komputer. Przewagę daje nam jeszcze empatia. Dlatego warto ją pielęgnować. ■



Fot. och

**JAROSŁAW BILIŃSKI**, wiceprezes ORL w Warszawie

**W** ramach wszechobecných zmian, często tylko zapowiadanych, ale nierealizowanych (co ma szczególne miejsce w polskim systemie ochrony zdrowia – niejednokrotnie hucznie zapowiadane reformy są atrapą, a wielkie debaty kończą się na niczym), powinniśmy dostrzec te, które są realne i dotyczą nas samych. To fundament naszego rozwoju. Pozytywne zmiany będą tylko wówczas możliwe, gdy sami będziemy je przeprowadzać, brać w nich udział. Praca lekarza, na którą od dekad składa się niebotyczna liczba roboczogodzin, nie pozwala nawet zastanowić się nad istotą własnych oczekiwań i na zadanie sobie pytania, dokąd zmierzam, czego oczekuję? W takim mechanizmie codzienności reformy przebiegają obok nas. A my jesteśmy mieleni przez kołwrot przekształceń narzuconych z góry.

Paradoksalnie, w medycynie zmiany budzą lęk, jeśli są wcześniej zapowiadane. O wiele mniej emocji rodzą, gdy następują z dnia na dzień, są nam narzucone. Bo właśnie z powodu naszego robotycznego życia nie mamy czasu na refleksję, na zastanowienie się nad sensem wytycznych, które otrzymujemy, więc wdrażamy je często bezmyślnie, ale i z mniejszym lękiem. Może to nasz mechanizm obronny? Różne przekształcenia niejednokrotnie pogarszają naszą sytuację, ale codziennie rano wkładamy nasze cięż-

kie buty i spieszymy wypracowywać te roboczogodziny. Nawet niekorzystne zmiany asymilujemy i jako się z nimi układamy. Bierność zawsze jest łatwiejsza niż działanie, niż partycypowanie w opracowywaniu usprawnień. Z drugiej strony wielu lekarzy, gdy tylko uda im się na chwilę wyjść z kierunku, zaczyna rzeczywistość kontestować. Ja obserwuję głównie rozczarowanie, czasem słyszę wręcz dramatyczną konkluzję, że wybór medycyny był pomyłką. Dla wielu z nas smutek nieodłącznie wiąże się z pracą, często jesteśmy nieszczęśliwi, czujemy, że się nie realizujemy, tracimy kontakt z rodziną, przyjaciółmi, zamierają nasze pasje, brakuje czasu na przyjemności. Istniejemy fizycznie, ale nasza psychika jest zupełnie stłamszona.

Polska jest na etapie rozwoju, w którym musimy (!) postawić na człowieka, na kapitał ludzki, na siebie. Gospodarczo odbiliśmy się od dna na tyle, że powinniśmy zacząć myśleć proobywatelsko, prospołecznie, proinwestycyjnie, projakościowo. Ma to szczególne znaczenie w ochronie zdrowia. Pracownicy ochrony zdrowia są końmi pociągowymi w państwowym kierunku. Jest nas zdecydowanie za mało w stosunku do potrzeb i rozwoju technicznego. Medycyna w Polsce wymaga dużego doinwestowania, kapitalnej reformy, przedstawienia na całkowicie inne tory. Obecnie mamy system antypacjencki, a szczególnie

antylekarski. Inwestycje często są farszą, o jakości nawet nie chcę pisać, bo musiałbym użyć mocnych słów – jakoś w polskim systemie jest towarem ultradeficytowym. W tym wszystkim jesteśmy my, pracownicy systemu, lekarze – osoby wysoko wykształcone, profesjonalści i eksperci w branży. Czy tak się Państwo czujecie? Bo ja nie. Jesteśmy traktowani jak wyrobownicy, parobcy, a nawet szkodnicy, którzy jeszcze mają czelność czasem coś powiedzieć naszym łaskawym panom. I właśnie w tej materii muszą przyjść zmiany!

System opieki zdrowotnej musi przejść głęboką reformę, ale ona się nie uda bez zainwestowania w kapitał ludzki. Fachowców brakuje w każdej strukturze systemu! Od kadry zarządzającej przez profesjonalistów medycznych po personel pomocniczy. Bez zainwestowania w nas żadna, nawet najlepiej pomyślana i zaplanowana reforma się nie powiedzie. Bo reforma w systemie musi być przeprowadzona naszymi rękami, to my mamy ją zrealizować. Do tego potrzebne jest nasze zaufanie. Jeśli któraś partia rządząca będzie chciała zreformować system i nam o tym powie, to paradoksalnie wywoła w nas lęk! Ten lęk, o którym piszę wyżej, choć pojawi się on też dlatego, że nie ufamy politykom. Reformy zawsze miały nas jeszcze bardziej docisnąć, a przede wszystkim nie wiemy, czego się po nich spodziewać. O wiele lepiej będzie, jeżeli sami zmiany opracujemy! Jeżeli będziemy uczestniczyć w reformowaniu. Ja wziąłem sobie tę ideę do serca i po serii protestów, po okresie walki, zakończonej wynegocjowaniem porozumienia z ministrem zdrowia, postanowiłem przygotować reformę kształcenia podyplomowego i prawa pracy. Mimo lęku na początku, moje obawy są o wiele mniejsze. Właśnie dlatego, że brałem udział w tworzeniu zmian. Wyszedłem ze strefy komfortu po to, aby później mniej cierpieć. Moje obawy przeszły na inny tor – czekania, czy wprowadzone zostaną te zmiany, które proponujemy. Bo zmiany nastąpią, pytanie tylko, z nami, czy bez nas? I czy będą to zmiany realne, czy kolejne atrapy? I czy będą to zmiany „nasze”, czy „ich”?

Poprosiłem naszego stałego felietonistę dr. Pawła Kowala, aby w grudniowym „Pulsie” wypowiedział się o podstawowych problemach systemu ochrony zdrowia piórem polityka, politologa, humanisty. Polecam ten tekst, bo jest *de facto* wykładnią tego, co musimy zrobić. Musimy stawić na ludzi, musimy rozmawiać z pacjentami, uświadamiać im konieczność zmian systemowych, bo to oni przede wszystkim wybierają polityków, którzy mogą te zmiany przeprowadzić. Ale żeby przekonywać innych, musimy najpierw odnaleźć siebie. Spojrzeć w lustro, mieć czas zastanowić się, jak zwalczyć lęk przed podjęciem trudnych decyzji. A te decyzje będą musiały być podjęte, bo inaczej ktoś podejmie je za nas.

Samorząd i „Puls” też się zmieniają. To też był i jest lęk – lęk przed nowym. Ale zmienimy je razem, jako wstęp do zmiany systemu. Będę zadawał pytania na łamach naszej gazety, trochę wiercił wszystkim w głowach, by zaważyć o nasze normalne jutro. Czy potrafimy to zrobić? Czy my, lekarze, mamy jeszcze w sobie ten idealistyczny czynnik? Czy dokonamy zmian razem? ■



Fot. archiwum

## PAWEŁ KOWAL

Jedno z pytań najczęściej zadawanych na otwartych spotkaniach, szczególnie na uczelniach, brzmi: ważniejsza jest polityka czy gospodarka? Można by też zapytać, czy ważniejsza jest polityka, czy zdrowie? Arystoteles miał rację: źródłem wszystkiego, co dzieje się

w życiu społecznym człowieka, jest polityka. Zatem, aby doszło do przełomu w funkcjonowaniu ochrony zdrowia, politycy muszą dojść do wniosku, że reforma służby odpowiedzialnej za ten sektor jest najważniejszym problemem państwa. Jednak żeby politycy uznali ten pogląd za słuszny, wcześniej muszą być o tym przekonani wyborcy. Nie chodzi jednak o to, że wielu wyborców musi dopiero doświadczyć na własnej skórze niewydolności systemu: długo czekać na poradę lekarską, pożegnać przedwcześnie kogoś z bliskich itd. Tak już się dzieje. W 2017 r. przeprowadzono specyficzne badanie na zlecenie Konfederacji Pracodawców Polskich. 77 proc. respondentów było przekonanych, że nakłady na służbę zdrowia w Polsce są niewystarczające. 17 proc. wyraziło przeciwną opinię, a pozostali nie mieli zdania na ten temat. Ludzie zazwyczaj zgłaszali gotowość ponoszenia dodatkowych kosztów związanych z leczeniem. Polacy wiedzą bardzo dobrze, że w naszym kraju dostępność służby zdrowia jest jedną z najgorszych w Unii Europejskiej, nakłady prawie najmniejsze. Dlaczego zatem wciąż nie nastąpił w tej materii przełom? Dlaczego mieszkańcy na wszystkich spotkaniach przedwyborczych nie pytają o sprawę najważniejszą dla nich i ich rodzin? Być może sedno sprawy tkwi w tym, że Polacy przyzwyczaili się do ograniczonego bieżącymi możliwościami działania służby zdrowia i nie mają tak naprawdę większych wymagań wobec systemu. Po prostu nie wierzą w zmianę.

Czy możliwe jest przeprowadzenie prawdziwej reformy ochrony zdrowia, opartej na danych naukowych, bez politycznej „ródzki” obaw o przegranie kolejnych wyborów? Polityczna zgoda na reformę wyrażona przez partie nie załatwia sprawy – to obywatele muszą uwierzyć, że nadszedł na nią czas. Można zacząć tak: podczas najbliższych wyborów (a przed nami są te do Parlamentu Europejskiego, parlamentu krajowego i prezydenckie) mógłby powstać społeczny ruch na rzecz reformy systemu ochrony zdrowia. Członkowie tego ruchu robiliby tylko jedno: poruszali konkretne zagadnienia związane ze służbą zdrowia, czyli pytali kandydatów o program walki z rakiem, o powiatowy szpital, o to, co zrobią, gdy z kraju wyjadą kolejne zastępy pielęgniarek i lekarzy. Trzeba zmusić do rozmowy o zdrowiu nie tylko polityków z branży medycznej, ale każdą postankę i postą. Może warto? Nawet najlepsza reforma zacznie się bowiem od mądrej polityki. A ta zaczyna się w kampanii wyborczej. ■

# Komisja ma już prezydium



Fot. kb

**N**a posiedzeniu Komisji ds. Lekarzy Dentystów 9 stycznia 2019 r. odbyły się wybory do prezydium. Zgodnie z regulaminem komisji jej członkowie wybrali dwóch wiceprzewodniczących, sekretarza i jego zastępcę oraz dwóch członków. W wyniku głosowania wiceprzewodniczącymi komisji zostali **Bożena Hoffman** i **Grzegorz Kwitkiewicz**. Funkcję sekretarza głosujący powierzyli **Ewie Miękus-Pączek**, a zastępcę sekretarza – **Justynie Kwitkiewicz**. Na członków prezydium wybrano **Piotra Kuchtę** i **Wojciecha Popowskiego**.

Wcześniejszemu wyborowi prezydium na przeszkodzie stanęły prace nad zmianami w Regulaminie Komisji ds. Lekarzy Dentystów. Dokument został zatwierdzony przez ORL w Warszawie w grudniu 2018 r., a wybory odbyły się w najbliższym możliwym terminie.

Wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów i przewodniczący komisji Dariusz Paluszek poinformował, że posiedzenia prezydium będą zwoływane co dwa, trzy tygodnie. Zapowiedział utworzenie grup problemowych, które zajmą się ważnymi dla lekarzy dentystów zagadnieniami, m.in. problematyką szkoleń i potrzebą urealnienia wyceny świadczeń stomatologicznych w NFZ. ■

Komisja ds. Lekarzy Dentystów  
zaprasza na swoje posiedzenia w siedzibie OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.  
Najbliższe terminy spotkań: **27 lutego** i **3 kwietnia o godz. 10.00**

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne Oddział Warszawski  
we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie oraz Warszawskim Uniwersytem Medycznym  
zaprasza na konferencję związaną z obchodami **ŚWIATOWEGO DNIA ZDROWIA JAMY USTNEJ**,  
która obędzie się **16 marca 2019 r.**, w godz. 9.00–15.00,  
w Warszawie, przy ul. Chałubińskiego 5, w sali wykładowej im. prof. Ludwika Paszkiewicza.

# V Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

**Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie i Komisja ds. Lekarzy Dentystów zapraszają do udziału w V Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych, które odbędą się w Serocku (w hotelu Narvil) od 14 do 16 czerwca 2019 r.**

W gronie prelegentów znajdują się wykładowcy akademicy i lekarze praktycy. Udział zapowiedzieli m.in.: prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. Jolanta Pytko-Polończyk, prof. Małgorzata Zadurska, prof. Marzena Dominiak, dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek, dr hab. n. med. Ewa Czochońska, dr hab. n. med. Jolanta Kostrzeva-Janicka, dr hab. n. med. Paweł Plakwicz, dr n. med. Aneta Doliwa-Augustowska, dr n. med. Kornel Krasny, dr n. med. Piotr Wujec, dr n. med. Krzysztof Kukuła i wielu innych specjalistów z dziedziny stomatologii.

W programie konferencji m.in.:

- zagadnienia z protetyki, ortodoncji, endodoncji oraz chirurgii – z analizą przypadków i zabiegów z wybranych działów stomatologii,
- specjalna sesja medycyny estetycznej,
- prezentacja przygotowana przez lekarzy dentystów z Wojskowej Izby Lekarskiej, m.in. dr. Remigiusza Budziłłę i dr. Mariusza Cięciarę.

Dla chętnych organizujemy zajęcia warsztatowe.

W MSS biorą udział wystawcy sprzętu i akcesoriów stomatologicznych.

Za udział w konferencji będą przyznane punkty edukacyjne.

Szczegółowe informacje na temat programu i zapisów już wkrótce na stronie internetowej:

[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl) ■

**Dariusz Paluszek**, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

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



Fot. kb

**Elżbieta Latoszek-Banasiak**, lekarz dentysta

Z samorządem lekarskim związana od 2005 r. W VI i VII kadencji pełniła funkcję wiceprzewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej, w kadencji VII – wiceprzewodniczącej Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów oraz wiceprzewodniczącej Zespołu ds. Wypalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Obecnie jest przewodniczącą OKR i delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy.

*W VIII kadencji będę się zajmowała problemami kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego lekarzy dentystów oraz aktywizacją naszego środowiska, by koledzy liczniej uczestniczyli w pracach samorządu lekarskiego.* ■



Fot. archiwum

**Ewa Miękus-Pączek**, lekarz dentysta

W VIII kadencji samorządu jest członkiem Komisji Bioetycznej, Okręgowej Komisji Wyborczej oraz sekretarzem Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

*Zawodowo jestem związana z Radomiem i w naszym samorządzie reprezentuję Delegaturę Radomską. Byłam inicjatorką konkursu plastycznego z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej dla dzieci uczęszczających na zajęcia w pracowniach MDK w Radomiu i od sześciu lat go organizuję. Wystawy pokonkursowe cieszą się dużym zainteresowaniem.* ■



**Św. Apolonii**  
– patronki lekarzy dentystów

**Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie separatorów amalgamatu zostanie zamieszczone na stronach: [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl) i [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl) po 25 stycznia 2019 r.**



Foto: ach

# Zdrowie jamy ustnej – sprawa priorytetowa

Z dr. hab. n. med. Leopoldem Wagnerem,  
prezesem Oddziału Warszawskiego Polskiego  
Towarzystwa Stomatologicznego,  
rozmawia Anetta Chęcińska.

**20 marca przypada Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne nie po raz pierwszy włącza się w obchody. Jaki temat pojawi się w tegorocznej kampanii?**

W tym roku towarzyszy nam hasło przewodnie „Mniej cukru – więcej uśmiechu”. Powiemy o tym, jak szkodliwie dla zdrowia jamy ustnej jest przyjmowanie dużej ilości węglowodanów, i zaapelujemy o zmniejszenie dziennego spożycia cukru. To już druga edycja kampanii zainicjowanej przez PTS „Polska mówi #aaa”. W ubiegłym roku do akcji promującej zdrowie jamy ustnej włączyły się izby lekarskie oraz przedsiębiorstwa. Pacjenci mogli skorzystać z bezpłatnych konsultacji stomatologicznych. Zwieńczeniem obchodów było wystąpienie prezydenta PTS prof. Marzeny Dominiak do premiera Mateusza Morawieckiego z apelem o zainicjowanie narodowej debaty poświęconej poprawie stanu zdrowia jamy ustnej Polaków, gdyż powinno to być zagadnienie priorytetowe w ochronie zdrowia. Wciąż podkreślamy, że sytuacja jest bardzo zła. Z raportu podsumowującego stan zdrowia jamy ustnej dzieci 6-, 10- i 15-letnich (w ramach corocznego monitoringu prowadzonego przez uczelnie medyczne, m.in. Warszawski Uniwersytet Medyczny) wyła-

nia się obraz zaniedbań. Nie chodzi tylko o próchnicę. Niepokój budzi dostępność świadczeń stomatologicznych w ramach NFZ. Ponad 50 proc. ankietowanych deklaruje, że korzysta z prywatnej opieki stomatologicznej, a to znaczy, że system jest mało wydajny, niedofinansowany. Zmniejsza się również odsetek małych dzieci w gabinetach dentystycznych, a rodzice nie biorą pod uwagę leczenia zębów mlecznych.

**Kampania ma kolejny raz zwrócić uwagę na problem, czy jednak PTS podejmuje inne działania w tej sprawie?**

Kampanie są potrzebne, aby nagłaśniać temat, gdyż o znaczeniu zdrowia jamy ustnej wciąż mówi się za mało. Natomiast zdecydowanie brakuje rozwiązań systemowych. Stąd apel do premiera o działanie na rzecz priorytetowego traktowania problemu zdrowia jamy ustnej w ochronie zdrowia. My, PTS, deklarujemy pomoc i współpracę, ale duże znaczenie ma też postawa decydentów. Oczywiście potrzebna jest edukacja społeczeństwa, w przypadku leczenia małych dzieci – uświadomienie problemu rodzicom i uwrażliwienie personelu w gabinecie lekarskim. Działająca w ramach PTS Sekcja Stomatologii Dziecięcej może także na podstawie wspomnianego raportu opracować uwagi i przekazać je do Ministerstwa Zdrowia. Powinny trafić nie tylko do tych, którzy administracyjnie zajmują się opieką zdrowotną, ale również do poradni stomatologicznych i do szkół. Na rzecz zdrowia jamy ustnej działamy na wielu frontach. Służą temu również sesje naukowo-szkoleniowe, które organizujemy.

**Jaki program szkoleń dla lekarzy dentystów przygotował Oddział Warszawski PTS w tym roku?**

Z okazji ŚDZJU wspólnie z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie i Wydziałem Lekarsko-Dentystycznym WUM organizujemy 16 marca 2019 r. konferencję „Postępowanie profilaktyczno-lecznicze w różnych dziedzinach stomatologii”. Złożą się na nią trzy sesje. Pierwsza dotyczyć będzie profilaktyki zdrowia jamy ustnej i objawów chorób ogólnoustrojowych w jej obrębie, pozostałe – zagadnień związanych ze stomatologią zachowawczą, endodoncją i ortodoncją. Lekarzom dentystom uczestniczącym w wykładach będą przyznawane punkty edukacyjne. Ponadto członków PTS zachęcamy do udziału w posiedzeniach naukowo-szkoleniowych. Program publikujemy w informatorze i na stronie internetowej towarzystwa. W tym roku poruszymy tematy ze wszystkich dziedzin stomatologii, a także z mikrobiologii. Zarząd Główny podjął w ubiegłym roku decyzję ułatwiającą wstąpienie zainteresowanym w szeregi PTS. Absolwenci wydziałów lekarsko-dentystycznych mogą przez rok nieodpłatnie korzystać z członkostwa, a dotychczasowi członkowie Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii – przez dwa lata. Przypominam, że za udział w sesjach naukowo-szkoleniowych PTS przysługują punkty edukacyjne. Listę uczestników przekazujemy każdorazowo do Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie. Zachęcam lekarzy dentystów do aktywnego uczestnictwa i korzystania z naszej oferty. ■





Fot. archiwum

## MAREK BALICKI

W ostatnim felietonie pisałem o ciekawej dyskusji na temat decentralizacji ochrony zdrowia, jaka miała miejsce podczas ubiegłorocznej listopadowej konferencji z cyklu „Wspólnie dla zdrowia”. Skupiłem się wówczas na diagnozie sytuacji postawionej przez uczestników łódzkiej debaty. Dziś czas na

kilka słów o propozycji prof. Dawida Sześciły z Uniwersytetu Warszawskiego.

Przypomnę, że w ocenie ekspertów główną przyczyną większości problemów, poza niskim poziomem finansowania, jest niejasny podział zadań, kompetencji i odpowiedzialności. Za finansowanie usług odpowiada scentralizowany NFZ, a jego oddziały nie ponoszą odpowiedzialności wobec tych, na rzecz których działają, czyli mieszkańców danego województwa. Z kolei 80 proc. placówek publicznych jest własnością samorządów, które nie mają jednak żadnego wpływu na ich finansowanie i na dodatek konkurują między sobą w ramach tych samych zakresów usług. Nie sprzyja to oczywiście realizacji spójnej polityki zdrowotnej. Na szczeblu centralnym funkcjonuje swoista dwuwładza ministra zdrowia i prezesa NFZ. W efekcie wszyscy się wzajemnie obwiniają, mamy chaos i mało efektywny system. Jakie jest z tego wyjście?

Prof. Sześciło proponuje zregionalizować system i oddać władzę samorządom wojewódzkim. Oznaczałoby to, że samorząd przejmuje odpowiedzialność za zarządzanie środkami pochodzącymi z obowiązkowej składki na świadczenia gwarantowane. Wysokość składki i algorytm podziału na województwa ustalany byłby na szczeblu centralnym. Sejmik wojewódzki mógłby jednak decydować o wprowadzeniu dodatkowej składki poszerzającej koszyk, a także ustalać strukturę szpitalnictwa i reguły przekazywania środków placówkom, np. czy to ma być płacenie za usługę, czy budżet globalny. Odpowiedzialność za organizowanie POZ przejąłby samorząd powiatu, który otrzymywałby od województwa środki według stawki kapitacyjnej. Stałby się w ten sposób partnerem placówek POZ. Część szpitali powiatowych na zasadzie dobrowolności mogłoby przejść województwo, zwłaszcza tych o znaczeniu ponadlokalnym. W efekcie proponowanych zmian samorząd województwa stałby się odpowiedzialny za regionalną politykę zdrowotną i zapewnienie mieszkańcom opieki zdrowotnej.

Czy wykonanie kolejnego kroku w kierunku usamodzielnienia ochrony zdrowia jest dzisiaj możliwe, pokażą najbliższe lata. Z perspektywy środowisk medycznych warte uwagi jest nie tylko zawarte w propozycji otwarcie drogi do dodatkowych środków, ale także szansa na współuczestniczenie w decydowaniu o kształcie regionalnej ochrony zdrowia. ■

## OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA

### Obwieszczenie nr 6/2018/VIII przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 13 września 2018 r.

*w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na VIII kadencję 2018–2022 w rejonie wyborczym nr K8/072 Rejon Złotego Wieku (K)*

Na podstawie §45 ust. 3 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. – obwieszczenie nr 7/16/VII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 14 lipca 2016 r.) i uchwały nr 11/2018/VIII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 13 września 2018 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na VIII kadencję 2018–2022 w rejonie wyborczym nr K8/072 Rejon Złotego Wieku (K), obwieszcza się, co następuje:

#### §1

Obwieszcza się wygaśnięcie mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na VIII kadencję 2018–2022 w rejonie wyborczym nr K8/072 Rejon Złotego Wieku (K) lek. Andrzeja Włodarczyka.

### Obwieszczenie nr 7/2018/VIII przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 13 września 2018 r.

*w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję 2018–2022 oraz uzyskania mandatu delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję 2018–2022*

Na podstawie §45 ust. 3 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. – obwieszczenie nr 7/16/VII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 14 lipca 2016 r.) i uchwały nr 12/2018/VIII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 13 września 2018 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję 2018–2022 oraz uzyskania mandatu delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję 2018–2022, obwieszcza się, co następuje:

#### §1

Obwieszcza się wygaśnięcie mandatu delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję 2018–2022 lek. Andrzeja Włodarczyka.

#### §2

Stwierdza się uzyskanie mandatu delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję 2018–2022 przez lek. Joannę Matecką.

Przewodnicząca OKW w Warszawie lek. dent. **Ewa Miękus-Pączek**

# DLACZEGO ŚAMORZĄD LEKARSKI JEST WAŻNY I POTRZEBNY?

## ELITARNOŚĆ

- Wiele zawodów walczy o możliwość posiadania własnego samorządu
- Jest powołany ustawowo
- Świadczy o szczególnej randze zawodu zaufania publicznego

## TRADYCJA

- Istniał już w okresie dwudziestolecia międzywojennego
- Zlikwidowany w 1950 r., reaktywowany w wolnej Polsce w 1989 r.

## ODPOWIEDZIALNOŚĆ (w tym ustawowe obowiązki)

- Sprawuje pieczę nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry
- Ustala zasady etyki lekarskiej i dba o ich przestrzeganie
- Wypełnia obowiązki administracyjne, m.in.:
  - przyznaje PWZL i PWZLD, uznaje kwalifikacje lekarzy i lekarzy dentystry, zawiesza i pozbawia praw wykonywania zawodu,
  - prowadzi postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystry,
  - prowadzi rejestry lekarzy, lekarzy dentystry oraz podmiotów zajmujących się działalnością leczniczą
- Organizuje doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystry
- Odpowiada za integrację środowiska lekarskiego
- Działa na rzecz ochrony zawodu lekarza i lekarza dentystry
- Opiniuje warunki pracy oraz płac lekarzy i lekarzy dentystry
- Prowadzi instytucje samopomocowe, wspiera lekarzy i lekarzy dentystry oraz ich rodziny
- Zajmuje stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia

## MISJA

- Jest głosem środowiska lekarskiego wyraźnie słyszalnym w dyskusji o ochronie zdrowia w Polsce
- Lobbuje za korzystnymi dla lekarzy i lekarzy dentystry zmianami w prawie, organizacji i funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce
- Stanowi platformę komunikacji wewnątrzśrodowiskowej
- Interweniuje szybko i efektywnie zawsze, gdy naruszane jest dobre imię lekarza lub lekarza dentystry
- Może i powinien oferować więcej udogodnień dla swoich członków

POMÓŻ NAM ZMIENIAĆ SAMORZĄD I REALIZOWAĆ JEGO ZADANIA  
NIE ZAPOMINAJ O OPŁACANIU SWEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

**60** zł  
**10** zł

→ lekarze i lekarze dentyści

→ lekarze stażyści

SS

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

[www.izba-lekarska.pl/skladki/twoj-numer-konta/](http://www.izba-lekarska.pl/skladki/twoj-numer-konta/)

tel.: 22-542-83-38 lub 39, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl

# CO OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE DAJE CI EKSTRA? JEŚLI JESZCZE NIE SKORZYSTAŁEŚ – NIE CZEKAJ!

**REFUNDOWANE  
PRZEZ IZBĘ LEKARSKĄ  
W WARSZAWIE  
OC  
W SKŁADCE  
NA SAMORZĄD LEKARSKI!  
ZGŁOŚ SIĘ JUŻ DZIŚ!**

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

**SZCZEGÓLNE INFORMACJE  
I FORMULARZ NA STRONIE:  
[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl),**

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

## BEZPŁATNA OPIEKA PRAWNA

April Polska Medbroker  
DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
Z OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W WARSZAWIE



tel. w godz. 9.00–21.00: (+48) 22-749-62-08

e-mail: [lekarz@asystaprawnika.pl](mailto:lekarz@asystaprawnika.pl)

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

Pomoc prawna April Polska Medbroker obejmuje  
w bardzo szerokim zakresie obszary prawa  
związane z wykonywaniem zawodu  
lekarza i lekarza dentyisty oraz życia prywatnego.  
Szczegóły pomocy prawnej i opis usług dla członków  
OIL w Warszawie zamieszczono na stronie  
[www.medbroker.pl/OIL](http://www.medbroker.pl/OIL)

## RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

**GDY ZMARŁ TWÓJ BLISKI, KTÓRY BYŁ  
LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ**

**JEŚLI JESTEŚ LEKARZEM  
LUB LEKARZEM DENTYSTĄ  
I ZNALAZŁEŚ SIĘ W TRUDNEJ SYTUACJI  
FINANSOWEJ Z POWODU CHOROBY**

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie nie chce,  
byś wtedy został/a samotny/a, dlatego zgłoś się  
do Rady Funduszu Samopomocy  
– możesz uzyskać pomoc finansową.

ZGŁOŚ SIĘ: [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)  
(zakładka Rady Funduszu Samopomocy)  
Kontakt tel.: 22-542-83-33.

**GDY URODZI CI SIĘ DZIECKO,**  
Rada Funduszu Samopomocy wspomże Cię  
w pierwszych trudnych  
miesiącach wychowywania  
Twojego dziecka!

[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)

(zakładka  
Rady Funduszu  
Samopomocy)

Fot. licencja Artmedia Partners

**SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!**  
Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy



Fot. P. Biezoński

**CO OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE  
DAJE CI EKSTRA?  
JEŚLI JESZCZE NIE SKORZYSTAŁEŚ – NIE CZEKAJ!**

**ORGANIZUJESZ KONFERENCJĘ, SPOTKANIE BIZNESOWE LUB TOWARZYSKIE?  
JEŚLI JESTEŚ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ, WYNAJMIJ BEZPŁATNIE SAŁĘ  
W SIEDZIBIE IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**

**ZAPISY I TERMINARZ POD ADRESEM: [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)**

## **PROGRAM FitProfit BY WYSZŁO CI NA ZDROWIE**

LUBISZ KORZYSTAĆ  
Z OBIEKTÓW SPORTOWO-REKREACYJNYCH?

CZY CHCESZ SKORZYSTAĆ Z NICH TANIEJ  
W USTALONYM PRZEZ SIEBIE TERMINIE?

SKORZYSTAJ Z KARTY FitProfit  
I CIESZ SIĘ WOLNYM CZASEM!

ZGŁOŚ SIĘ:

<https://izba-lekarska.pl/komunikat/karty-sportowo-rekreacyjne-dla-czlonkow-oil-w-warszawie/>

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

infolinia: (22) 371 50 72, 371 50 73

# FitProfit

Fit Profit  
FITPROFIT.PL



## **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](mailto:wypaleni Zawodowe@oilwaw.org.pl)

# SZKOLENIA W SIEDZIBIE OIL DLA WYTRWAŁYCH NAGRODY!

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL  
zaprasza do udziału w kursach m.in. z zakresu prawa medycznego,  
psychologii i ratownictwa medycznego.**

Kursy organizowane przez OIL w Warszawie są bezpłatne, na szkoleniach trwających ponad 6 godzin w przerwie zapewniamy ciepły posiłek.

Zapisy odbywają się wyłącznie drogą elektroniczną przez stronę <http://izba-lekarska.pl/lista-szkolen/>.

Uczestnicy kursów otrzymują punkty edukacyjne. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty zobowiązuje do dokumentowania doskonalenia zawodowego w izbach lekarskich. OIL w Warszawie przygotowała nagrody dla lekarzy, którzy dostarczą dokumenty (wcześniej nierozliczone) w celu weryfikacji i obliczenia punktów edukacyjnych. W losowaniu wezmą udział osoby, które dopełniły obowiązku doskonalenia zawodowego, uzyskując 200 punktów przynajmniej w jednym zakończonym okresie rozliczeniowym.

Regulamin losowania nagród zamieszczony został na stronie [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl) w zakładce punkty edukacyjne.

Losowania przeprowadzane są na początku każdego roku, najbliższe będzie w I kwartale 2019. To inicjatywa samorządu, która ma być motywacją dla lekarzy do utrzymania stałej aktywności szkoleniowej rejestrowanej w OIL. Pięć osób, które wylosują nagrodę w wysokości 3 tys. zł brutto, skorzysta z refundacji kosztów szkoleń w ciągu 18 miesięcy od dnia losowania. Refundacji podlegają koszty uczestnictwa w szkoleniach oraz zakwaterowania i podróży. Przypominamy, że szkolenia muszą spełniać warunki określone w art. 19 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tzn. uczestnicy muszą uzyskać punkty edukacyjne.

## TERMINY KURSÓW

- |                   |  |
|-------------------|--|
| <b>2.02.2019</b>  | <b>Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty</b>   |
| <b>23.02.2019</b> | <b>Prawne formy zatrudnienia lekarzy</b>   |
| <b>23.03.2019</b> | <b>Konferencja związana z obchodami Światowego Dnia Walki z Gruźlicą</b>   |
| <b>30.03.2019</b> | <b>Stany zagrożenia życia w praktyce lekarza</b>   |
| <b>13.04.2019</b> | <b>O wpływie nadciśnienia tętniczego na serce i układ krążenia</b>   |
| <b>25.04.2019</b> | <b>Współczesne metody diagnostyki i leczenia zaburzeń słuchu wynikających z uwarunkowań środowiskowych, demograficznych i stanów chorobowych</b> |
| <b>27.04.2019</b> | <b>Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty</b>   |
| <b>18.05.2019</b> | <b>Psychologiczne metody radzenia sobie z bezsennością</b>   |
| <b>23.05.2019</b> | <b>Konferencja związana z obchodami Światowego Dnia Walki z Otyłością</b>  |
| <b>25.05.2019</b> | <b>Stany zagrożenia życia w praktyce lekarza</b>   |

Wykaz szkoleń będzie w ciągu półrocza aktualizowany, zapraszamy do sprawdzania na stronie internetowej izby ([www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)) w zakładce szkolenia i konferencje oraz na profilu izby na FB.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie, tel. 22-54-28-371 lub 784-986-561.

# Grupa Balinta, czyli gdzie lekarz może uzyskać wsparcie

„Wierzmy, że lepiej mieć wiedzę o samym sobie i odczuwać ból, niż być ślepym na samego siebie i powodować krzywdę”.  
Turlough Mills i Mike Smith

W codziennej pracy lekarz spotyka się z sytuacjami wymagającymi dużej odporności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Towarzyszenie cierpiącemu człowiekowi, często o innym od naszego sposobie widzenia świata, innej konstrukcji psychicznej i odmiennym sposobie komunikowania się czy wreszcie różnym systemie wartości, wymaga uważnego wsłuchiwanie się w wysyłane przez niego komunikaty.

Zadaniem lekarza jest interpretacja chaotycznych i czasem sprzecznych informacji o objawach, niejednoznacznych wyników badań. Jednocześnie lekarz konfrontowany jest z obawami pacjentów o własne zdrowie. Dodatkowo oczekuje się, by lekarz był kompetentny, empatyczny, cierpliwy, rozumiejący, wypoczęty, pogodny *etc.* To niemożliwe! Nic dziwnego, że praca lekarza jest tak wyczerpująca.

W latach 50. Michael Balint, lekarz i psychoanalityk, dostrzegł potrzebę stworzenia lekarzom warunków, w których mogliby bezpiecznie przyrzeć się swoim reakcjom i uczuciom wobec niektórych pacjentów. Zorganizował pracownikom londyńskiej Kliniki Tavistock seminaria dyskusyjno-szkoleniowe, *training-cum-research groups*, których celem było przyjrzenie się złożoności relacji lekarz – pacjent z perspektywy psychologicznej.

Istotą grup Balinta jest stworzenie bezpiecznych warunków, by w atmosferze nieoceniania i otwartości lekarze mogli przyrzeć się swojej relacji z pacjentami. Nad pracą grupy czuwa zwykle para lider – kolider, która moderuje tę pracę, tworzy atmosferę sprzyjającą dzieleńiu się trudnymi doświadczeniami oraz analizuje toczący się w grupie proces.

Jednym z głównych założeń pracy w grupie Balinta jest to, że dochodzi w niej do odzwierciedlenia procesu zachodzącego w omawianej relacji. Zadaniem prowadzą-

cych jest właśnie trafne nazywanie tych zjawisk. Grupa pracuje w oparciu o osobistą historię jednego z uczestników. Jest on proszony o przedstawienie pacjenta. Nie chodzi tu o usystematyzowany opis przypadku, lecz raczej o swobodną narrację, której celem jest przybliżenie pozostałym uczestnikom swojej relacji z chorym. W dalszej pracy grupy pozostali uczestnicy odtwarzają wymyślone przez siebie scenki dotyczące omawianej relacji, z naciskiem na wczuwanie się, niejako wchodzenie w buty lekarza, pacjenta i innych ważnych postaci (członków rodziny, innych przedstawicieli personelu medycznego). Referent może spojrzeć na swój kontakt z pacjentem jakby z zewnątrz, poszerzając swoją zdolność do współodczuwania uczuć i do refleksji.

Badania grup Balinta wykazały, że lekarze regularnie w nich uczestniczący łatwiej znoszą sytuacje stresowe, lepiej radzą sobie z zagrożeniami zawodowymi i trafniej rozpoznają emocje własne, a także pacjenta. Mają większe poczucie swych kompetencji i wyższy poziom empatii. Dzięki temu są bardziej zrelaksowani w pracy i czerpią z niej więcej satysfakcji.

## Serdecznie zapraszamy.

Od stycznia 2019 r. spotykamy się w OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, w następujących terminach:

15 stycznia, godz. 17–20

12 lutego, godz. 17–20

12 marca, godz. 17–20

9 kwietnia, godz. 17–20

14 maja, godz. 17–20

11 czerwca, godz. 17–20

Szczegółowe informacje:  
[m.matuszewska@oilwaw.org.pl](mailto:m.matuszewska@oilwaw.org.pl)

Anna Rudecka, Joanna Pazik

## SPROSTOWANIE

W nawiązaniu do artykułu „Gloria Medicinae 2017” („Puls” nr 12/2018 – 1/2019, str. 44) prostujemy zawartą w nim informację: statuetka Benevolenti przyznawana jest przez Radę Fundacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Pro Seniore” im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej. Statuetką Benevolenti honorowane są osoby o szczególnych zasługach w działalności na rzecz seniorów.

mkp

## PODZIĘKOWANIE



Serdecznie dziękuję doktorowi **Bartoszewi Foroniewiczowi i jego zespołowi** za leczenie i opiekę w szpitalu i poradni.

Kinga Mroziewicz



## ORĘDZIE PAPIEŻA FRANCISZKA NA XXVII ŚWIATOWY DZIEŃ CHOREGO 2019 R.

[fragmenty]

„Darmo otrzymaliście, darmo dawajcie” (Mt 10,8)

*Drodzy Bracia i Siostry,*

„Darmo otrzymaliście, darmo dawajcie” (Mt 10,8). Są to słowa wypowiedziane przez Jezusa, gdy wysłał apostołów do szerzenia Ewangelii, aby Jego Królestwo było propagowane przez gesty bezinteresownej miłości.

Z okazji XXVII Światowego Dnia Chorego, który będzie uroczystością obchodzoną w Kalkucie w Indiach 11 lutego 2019 r., Kościół – Matka wszystkich swoich dzieci, zwłaszcza słabych – pamięta, że gesty wielkodusznego daru, jak te Miłosiernego Samarytanina, są najbardziej wiarygodną drogą ewangelizacji. Opieka nad chorymi wymaga profesjonalizmu i czułości, bezinteresownych gestów, niezwłocznych i prostych, jak zwyczajny dotyk, przez które daje się odczuć drugiemu, że jest ważny.

Życie jest darem od Boga, jak napomina święty Paweł: „Cóż masz, czego byś nie otrzymał?” (1 Kor 4,7). Egzystencja, właśnie dlatego, że jest darem, nie może być uważana za zwykłe posiadanie czy prywatną własność, zwłaszcza w obliczu zdobyczy medycyny i biotechnologii, które mogłyby doprowadzić człowieka do ulegnięcia pokusie manipulowania drzewem życia (por. Rdz 3,24).

Darowanie nie utożsamia się z czynnością dawania, ponieważ może być ono tak nazwane tylko, jeśli daje się siebie samego. Nie może to być zredukowane do zwyczajnego przekazania jakiejś własności lub przedmiotu. Różni się od dawania właśnie dlatego, że zawiera dar z siebie i zakłada pragnienie utworzenia więzi. Dar jest więc wzajemnym uznaniem, które jest konieczną cechą więzi społecznej. W darze kryje się odbicie miłości Bożej, która osiąga punkt kulminacyjny we wcieleniu Jezusa i w wylaniu Ducha Świętego.

Nie wolno nam się bać uznać siebie za potrzebujących i niezdolnych zapewnić sobie wszystkiego, czego potrzebujemy, gdyż sami o własnych siłach nie jesteśmy w stanie pokonać wszystkich ograniczeń. Nie obawiamy się tej prawdy, ponieważ sam Bóg w Jezusie pochylił się (por. Flp 2,8) i pochyła nad nami i naszym ubóstwem, aby nam pomóc i dać te dobra, których sami sobie nie jesteśmy w stanie zapewnić.

Ludzka wielkoduszość jest zaczątkiem działania wolontariuszy, którzy mają wielkie znaczenie w sektorze społeczno-medycznym i którzy w wymowny sposób żyją duchowością Miłosiernego Samarytanina. Dziękuję i wspieram wszystkie stowarzyszenia wolontariackie, które zajmują się transportem i ratowaniem pacjentów, które zapewniają dawstwo krwi, tkanek i organów. Szczególnym obszarem, w którym Wasza obecność wyraża optykę Kościoła, jest ochrona praw chorych, zwłaszcza cierpiących na choroby wymagające specjalnej opieki, nie zapominając także o wymiarze zwiększania świadomości i profilaktyki. Wasza służba wolontaryjna w strukturach sanitarnych i domowych ma ogromne znaczenie, począwszy od opieki zdrowotnej po wsparcie duchowe. Korzysta z niej wielu chorych, samotnych, ludzi w podeszłym wieku, słabych psychicznie i fizycznie.

Wzywam Was wszystkich, na różnych poziomach, do promowania kultury bezinteresowności i daru, niezbędnych do przewyciężenia kultury zysku i odrzucenia. Katolickie instytucje opieki medycznej nie powinny wpaść w myślenie biznesowe, ale dbać o opiekę nad człowiekiem bardziej niż o zysk. Wiemy, że zdrowie jest relacyjne, zależy od interakcji z innymi i potrzebuje zaufania, przyjaźni i solidarności. To jest dobro, którym można się cieszyć w pełni wyłącznie, gdy się nim dzieli. Wskaźnikiem zdrowia chrześcijanina jest radość z bezinteresownego daru.

Was wszystkich zawierzam Maryi, Uzdrawieniu Chorych. Niech nam pomaga dzielić się darami otrzymanymi w duchu dialogu i wzajemnego przyjęcia, abyśmy żyli jak bracia i siostry, uważni na potrzeby jedni drugich, abyśmy wiedzieli, jak dawać z sercem hojnym i uczyli się radości z bezinteresownej służby. Z miłością zapewniam wszystkim o mojej bliskości w modlitwie i z serca udzielam Apostolskiego Błogosławieństwa.

**Franciszek**

Watykan, 25 listopada 2018 r.

Uroczystość Jezusa Chrystusa Króla Wszechświata

© Copyright - Libreria Editrice Vaticana

### Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

zaprasza lekarzy i wszystkich posługujących chorym na comiesięczne spotkanie w czwartą środę miesiąca

**27.02.2019 r.**

Godz. 18.00 Msza święta – kościół św. Zygmunta, Warszawa, pl. Konfederacji 55

Godz. 19.00 Wykład ks. Władysława Dudy, warszawskiego duszpasterza służby zdrowia: „Duchowość pacjenta”

Dyskusja przy stole, pytania i refleksje



Fot. archiwum

# Dwie strony barykady

PRZEMYSŁAW RAWA-KLOCEK, adwokat

Przyglądając się relacjom mediów, dotyczącym spraw sądowych, w których stroną postępowania są lekarze, można odnieść mylne wrażenie, że lekarze to ci źli, którzy przez swoje działanie lub zaniechanie krzywdzą ludzi, natomiast pacjenci i członkowie ich rodzin są poszkodowanymi przez lekarzy obywatelami. Oczywiście to duże uproszczenie, aczkolwiek nie ulega wątpliwości, że taki obraz „rzeczywistości” kreowany jest przez część wydawców, a następnie bezwiednie powielany przez społeczeństwo.

Odpowiedź na pytanie, dlaczego lekarze przy okazji sporów sądowych stawiani są po „ciemnej stronie mocy”, a pacjenci i ich rodziny po „jasnej”, jest złożona, ale sprowadza się (niezależnie od ewentualnej tendencyjności wydawcy czy też nierzetelności dziennikarskiej) do dwóch aspektów. Po pierwsze, jest tak dlatego, że media przede wszystkim zajmują się sprawami karnymi, w których lekarze są oskarżeni o tzw. błąd w sztuce. Ponieważ w społeczeństwie panuje dość niska kultura prawna, wyrażająca się notorycznym zapominaniem lub wręcz nieznaną konstytucyjną zasadą domniemania niewinności (art. 42 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, art. 5 §1 kodeksu postępowania karnego), określenie „oskarżony” jest błędnie utożsamiane z określeniem „winny”. Innymi słowy, z doniesień medialnych prawie zawsze dowiemy się, że lekarz został postawiony w stan oskarżenia, a więc uważa się go za winnego, natomiast nigdy się



Fot. archiwum

# Porzucenie osoby starszej w szpitalu

FILIP NIEMCZYK, adwokat

Przy okazji świąt, wakacji czy długich weekendów media regularnie donoszą o przypadkach porzucenia osób starszych w szpitalach. Problem jest niewątpliwie poważny i wiąże się z szerszym zagadnieniem tzw. pacjentów socjalnych. Na przykład w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach rocznie notuje się 50 przypadków porzucenia pacjentów. Znaczna część łóżek stale przeznaczona jest dla osób przebywających w szpitalu ze względów społecznych, a nie zdrowotnych.

Zjawisko dotyczy przede wszystkim osób starszych, które wymagają nie tylko leczenia, ale przede wszystkim opieki i pielęgnacji. Często przebywają one w domu, pod opieką członków rodziny, którzy często nie mają kwalifikacji i możliwości, aby stale sprawować opiekę. Kiedy następuje pogorszenie stanu zdrowia osoby starszej albo rodzina już nie może lub nie chce sprawować opieki, wzywa się karetkę, by tę osobę zawieźć do szpitala. Poprawa stanu zdrowia wymaga niekiedy długotrwałej hospitalizacji, co może wynikać z zaniedbań w opiece domowej, ale w końcu przychodzi moment, kiedy pacjent kwalifikuje się do wypisania. Zdarza się wówczas, że nikt z rodziny po takiego pacjenta się nie zgłasza, a ze względu na wiek i stan zdrowia nie jest on w stanie funkcjonować samodzielnie.

Czy porzucenie przez opiekuna osoby starszej w szpitalu ma konsekwencje prawne? Wydaje się, że nie. Kodeks karny w art. 210 kryminalizuje czyn polegający na porzuceniu, wbrew obowiązкови troszczenia się, osoby nieporadnej ze względu na stan psychiczny i fizyczny. Prawny obowiązek otoczenia troską osoby starszej przez członków jej rodziny można wyprowadzić z kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, który nakłada obowiązek alimentacji na krewnych w linii prostej oraz rodzeństwo. Jednak Sąd Najwyższy w uchwale z 4 czerwca 2001 r. wyjaśnił, że „porzucenie”, o którym mowa w kodeksie karnym, oznacza działanie polegające na opuszczeniu osoby nieporadnej połączone z zaprzestaniem troszczenia się o nią, bez zapewnienia jej opieki ze strony innych osób. Pozostawienie osoby starszej w szpitalu, nawet w poczekalni SOR, nie wydaje się podlegać kodeksowej definicji „porzucenia”. Osoba starsza, podstawiona pod szpital, otrzyma niewątpliwie niezwłoczną pomoc. Brak reakcji narażałby personel placówki medycznej na odpowiedzialność, a prawidłowe zachowanie pracowników szpitala zwalnia zarazem z odpowiedzialności karnej opiekuna.

Ten swoisty paradoks to niejedyna wada obowiązujących rozwiązań prawnych. Wspomniany kodeks rodzinny i opiekuńczy nakłada co prawda obowiązek alimentacji na rzecz osoby starszej i nieporadnej wobec szerokiego



nie dowiemy, jakie było rozstrzygnięcie sądu. Czy faktycznie danego lekarza słusznie oskarżano, a zatem prawomocnie uznano za winnego, czy może jednak nie był słusznie oskarżony, a w konsekwencji został uznany za niewinnego.

Po drugie, powodem ustawicznego stawiania lekarzy po „ciemnej stronie mocy” jest to, że w mediach zupełnie pomija się sprawy sądowe, w których lekarze występują w charakterze pokrzywdzonych, oskarżycieli posiłkowych w sprawach przeciwko pacjentom lub ich rodzinom. W efekcie w świadomości społeczeństwa, być może nawet części lekarzy, istnieje nieuzasadnione przeświadczenie, że pacjenci bądź członkowie ich rodzin nie mogą zasiąść na ławie oskarżonych w procesie karnym lub mieć wytoczone powództwo cywilne w związku ze zdarzeniem odnoszącym się do wykonywania zawodu lekarza. Nic bardziej mylnego! Istnieje druga strona barykady, po której lekarz, w związku z wykonywanym zawodem, bywa pokrzywdzony przez pacjenta lub członka jego rodziny i może dochodzić swoich praw na drodze postępowania sądowego.

W kolejnych artykułach zostaną omówione przypadki, w których lekarze mogą podejmować działania sądowe w związku z bezprawnym zachowaniem pacjentów lub członków ich rodzin. Natomiast już w tym miejscu należy podkreślić, że lekarze mają prawo do korzystania z ochrony przewidzianej zarówno przez kodeks karny, jak również przez prawo cywilne. Każde z wymienionych postępowań sądowych wiąże się z określoną procedurą i odmiennymi korzyściami dla lekarzy z jednej strony, a z drugiej – z konsekwencjami dla pacjentów naruszających prawa medyków. Istotne jest jednak, aby lekarze nie pozostawali bierni i świadomie korzystali z obrony swych praw w postępowaniach sądowych. Dopóki środowisko lekarskie nie zacznie zwracać uwagi społeczeństwu na drugą stronę barykady, gdzie medycy padają ofiarą bezprawnych zachowań pacjentów, dopóki sami medycy nie będą zabiegać o ochronę swych praw, dopóty w społeczeństwie będzie panowało nieuzasadnione przekonanie, że w sporach sądowych lekarze stoją po „ciemnej stronie mocy”. ■

grona rodziny, ale w praktyce skonkretyzowanie takiego obowiązku oraz określenie jego zakresu pozostawione jest zainteresowanej osobie, która musiałaby wystąpić przeciwko członkom rodziny na drogę sądową. Brak systemowego wsparcia w tym zakresie prowadzi do tego, że są to sprawy rzadkie.

Systemowe rozwiązania powinny polegać na współpracy placówek służby zdrowia z opieką społeczną. Możliwości jednych i drugich są jednak ograniczone. Dla osób porzuconych w szpitalu, po udzieleniu niezbędnych świadczeń, poszukuje się zazwyczaj miejsca w domu opieki społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub hospicjum. Znalezienie go bywa trudne, szczególnie w krótkim czasie. Pewnych form wsparcia rodzinie osoby starszej może udzielić pomoc społeczna, która na wniosek przydziela usługi gospodarcze lub pielęgnacyjne, polegające m.in. na pomocy pracownika socjalnego w codziennych czynnościach, takich jak robienie zakupów, umycie się, jedzenie.

W krajach zachodnich funkcjonuje system *respite care* polegający na tymczasowym wyręczeniu opiekunów, jeśli przez pewien czas nie mogą zajmować się osobą starszą. Opieka nad starszym członkiem rodziny trwa nieraz wiele lat, bywa obciążająca i czasochłonna. Rozwiązania funkcjonujące w Niemczech, we Francji oraz Wielkiej Brytanii pozwalają na okresowe przejęcie obowiązków opiekuna przez instytucje publiczne. Taka doraźna pomoc trwa nie dłużej niż kilka tygodni, później opiekun wraca do dotychczasowej roli. System tymczasowej opieki nad osobami starszymi stale się rozwija i jest uznawany za skuteczne rozwiązanie problemów, jakie przynosi konieczność długotrwałej opieki. Niewątpliwie warto byłoby rozważyć budowę takiego systemu w Polsce, opartego na ośrodkach lokalnych.



Fot. archiwum OIL

Problem osób starszych pozostawionych w szpitalu przez rodzinę ujawnia typowe mankamenty polskiego systemu prawnej ochrony zdrowia. Z jednej strony brak odpowiednich instrumentów, aby reagować wobec niepokojących incydentów porzuceń, z drugiej zaś – nie ma rozwiązań systemowych umożliwiających pomoc opiekunom, którzy muszą sprawować długotrwałą i wymagającą opiekę nad osobą starszą. ■

# Samochód w działalności lekarza



Fot. licencja Artmedia Partners

Kolejny plus posiadania samochodu w działalności to możliwość zaliczania w koszty wydatków związanych z jego eksploatacją w pełnej poniesionej wysokości, bez limitów, co ma miejsce w przypadku auta wykorzystywanego w firmie, ale niewniesionego do jej majątku (o tym w dalszej części artykułu).

Posiadanie własnego pojazdu w działalności ma też swoje wady. Największa polega na tym, że w przypadku zakupu do firmy auta o wartości przekraczającej równowartość 20 tys. euro część powyżej limitu nie będzie kosztem podatkowym. W skrócie mówiąc, nieważne ile będzie kosztowało auto, 90, 100 czy 200 tys. zł, do kosztów zaliczymy tylko 20 tys. euro, czyli obecnie około 84 tys. zł. Ten sam limit dotyczy ubezpieczenia autocasco, a właściwie wartości samochodu przyjętej do tegoż ubezpieczenia.

Drugą wadą, ujawniającą się w przypadku pojazdów nowych, jest okres amortyzacji, czyli czas potrzebny do przeniesienia pełnej wartości samochodu do kosztów podatkowych. Stawka amortyzacyjna dla takich samochodów to 20 proc. rocznie, czyli w danym roku podatkowym do kosztów działalności zaliczymy nie więcej niż 1/5 wartości auta. Jeszcze innymi słowami: potrzebujemy aż 5 lat na to, aby całą wartość samochodu przenieść do kosztów naszej działalności. Jeśli do tego uwzględnimy limit 20 tys. euro, łatwo obliczyć, że maksymalny miesięczny koszt (a tym samym korzyść), jaki możemy mieć, sięga 1400 zł, co w podatku przełoży nam się na około 250 zł miesięcznej oszczędności.

## Własny samochód wykorzystywany w działalności

Ta forma wykorzystywania pojazdu i możliwości kosztów twórczych, jakie daje w firmie, jest zdecydowanie najrzadziej stosowana, bo też ma najmniejszy potencjał. Jeśli w momencie zakładania działalności mamy już auto i nie zdecydujemy się na wprowadzenie go do środków trwałych, jedyną korzyścią, jaką odniesiemy, będzie możliwość wpisywania w koszty wydatków eksploatacyjnych, takich jak opłaty za paliwo, opony, ubezpieczenie, remonty, naprawy czy przeglądy.

Niestety, nie skorzystamy z obciążenia kosztów wartością samochodu, co w przypadku nowszych pojazdów bywa sporą stratą. Ponadto wydatki, o których wspomniałam wcześniej, nie mogą być zaliczane do kosztów bezpośrednio. Konieczne jest prowadzenie tzw. ewidencji przebiegu pojazdu, czyli zapisywanie kiedy, skąd i dokąd pojechaliśmy i ile to było kilometrów. Te kilometry są bardzo ważne, bo podsumowane na koniec każdego miesiąca i pomnożone przez stawkę 0,8358 zł/km wyznaczą nam limit kwotowy, do którego rzeczywiście poniesione wydatki na samochód mogą być kosztem działalności. Jest to, jak widać, forma wymagająca zaangażowania i jednocześnie dająca najmniej korzyści.

**Nie** od dziś wiadomo, że spora grupa lekarzy swój zawód wykonuje m.in. w formie jednoosobowej działalności. Ma to tę znaczącą przewagę nad umowami-zleceniami czy umowami o pracę, że wydatki, które i tak są ponoszone, mogą być kosztem działalności, a tym samym obniżyć dochód do opodatkowania i, rzecz jasna, sam podatek. Takim kosztem jest samochód i wydatki na jego eksploatację. Samochód można obecnie wykorzystywać w firmie na co najmniej trzy sposoby:

### Samochód jako środek trwały w firmie

Może zostać kupiony dla firmy za gotówkę, w kredycie lub przeniesiony z majątku prywatnego. Zaletą takiego rozwiązania jest niewątpliwie fakt, że auto od początku stanowi naszą własność i w sytuacjach kryzysowych, takich jak stłuczka czy kradzież, mamy pełną swobodę decydowania o postępowaniu z uszkodzonym lub straconym pojazdem, czego nie można powiedzieć o samochodzie będącym w leasingu, o czym mniej lub bardziej boleśnie przekonują się posiadacze takich aut.

Inną zaletę, zwłaszcza w przypadku samochodów, które kupiliśmy kilka lat przed zarejestrowaniem naszej działalności, stanowi to, że wartość, którą przyjmujemy do amortyzacji (czyli sukcesywnego przenoszenia wartości w koszty), jest cena nabycia auta, nawet jeśli obecnie jest na rynku warte mniej.

## Samochód w leasingu

Obecnie przynosi najwięcej korzyści podatkowych. Pozwala na elastyczne kształtowanie dochodów do opodatkowania przez dobór wysokości opłaty wstępnej i czasu trwania leasingu, a w efekcie rat leasingowych. Wadą jest niewątpliwie to, że samochód w okresie leasingu należy do firmy leasingowej. Firmy takie często narzucają dodatkowe warunki umów, które oznaczają dodatkowe opłaty. Niemniej jednak korzyści jest tak wiele, że niejednokrotnie równoważą wady i stanowią najlepszą opcję posiadania firmowego samochodu.

Jedną z istotnych zalet leasingu jest to, że najkrótszy okres jego trwania to dwa lata. Zatem w tak krótkim okresie można ująć w kosztach całą wartość auta. Wprawdzie z mojego doświadczenia wynika, że lekarze

rzadko się na taką opcję decydują, ale ważne, że ona istnieje. Może to być w określonych sytuacjach bardzo istotne rozwiązanie, wręcz ratujące pieniądze.

Druga ważna zaleta leasingu polega na tym, że nie obowiązuje w jego przypadku limit 20 tys. euro. Oznacza to, że raty leasingowe mogą być kosztem podatkowym w pełnej wysokości, bez względu na wartość początkową pojazdu.

Trudno zatem się dziwić, że leasing jest popularny wśród przedsiębiorców, nie tylko lekarzy. ■

**Monika Zalewa,**  
biegły rewident, księgowa dla lekarzy,  
ekspert w dziedzinie rachunkowości i finansów

Wydrukowano w „Medicisie” nr 8/9 – 2018

23 października 2018 r. Sejm uchwalił ustawę o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw. Nowe regulacje, które weszły w życie 1 stycznia 2019 r., przyniosły istotne zmiany w zakresie opodatkowania leasingu oraz nabycia i użytkowania samochodów osobowych przez przedsiębiorców. Przede wszystkim z pierwszym dniem nowego roku przedsiębiorcy wykorzystujący auto w działalności gospodarczej, ale też w celach prywatnych, będą mogli odliczać jedynie 75 proc. wydatków eksploatacyjnych. Wobec tego do kosztów uzyskania przychodów zalicza tylko 1/4 wydatków na paliwo, serwis samochodu itp. Kolejną istotną zmianą jest podniesienie limitu amortyzacji do 150 tys. zł – w przypadku aut spalinowych i hybrydowych oraz 225 tys. zł – w przypadku aut elektrycznych. Oznacza to, że w przypadku pojazdów, których wartość przenosi 150 tys. zł (spalinowych i hybrydowych), przedsiębiorca do kosztów uzyskania przychodu będzie mógł odliczyć wyłącznie tę część opłat, która – proporcjonalnie do ceny samochodu – nie przekroczy 150 tys. zł. Ministerstwo Finansów podało, że umowy leasingowe podpisane do 31 grudnia 2018 r. włącznie rozliczane będą na starych zasadach, niezależnie od daty odbioru auta. ■

prk

## SPECJALISTYCZNE KURSY DLA LEKARZY - WARSZAWA

### KONTROLA PODATKOWA W GABINECIE LEKARSKIM

Termin: 9.02; Prowadzący: Doradca podatkowy  
Joanna Bany; Radca prawny Marcin Kupisiński  
Cena: 450 zł

Zagadnienia poruszane podczas kursu:  
• Ewidencjonowanie sprzedaży  
• Kontrola podatkowa  
• Odpowiedzialność karno-skarbowa lekarzy



### WYKONYWANIE ZAWODU LEKARZA DENTYSTY W SPOSÓB ZAPEWNIĄCY OCHRONĘ PRZED ROSZCZENIAMI

Termin: 20.02; Prowadzący: Radca prawny  
Aleksandra Powierża oraz adwokat  
Karolina Podsiadły-Gęsikowska; Cena: 400 zł

Zagadnienia poruszane podczas kursu:  
• Przedmiot i skutki zgody • Forma zgody  
• Kiedy zgoda nie jest konieczna?  
• Przekroczenie zakresu zgody pacjenta  
• Błąd w sztuce  
• Naruszenie praw pacjenta

### ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA OD OC LEKARZA DENTYSTY

Termin: 20.03; Prowadzące: Radca prawny  
Aleksandra Powierża oraz adwokat  
Karolina Podsiadły-Gęsikowska; Cena: 400 zł

• Kiedy ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania?  
• Regres ubezpieczeniowy • Porównanie ogólnych warunków ubezpieczenia – jakie ubezpieczenie jest najszersze

### AKADEMIA ESTETY – MEDYCINA ESTETYCZNA W STOMATOLOGII

Termin: ustalany indywidualnie  
Prowadzący:  
dr Łukasz Rdzanek  
Cena: 1600 zł netto

### UMOWY O PRACĘ / KODEKS PRACY

Termin: 21.03; Prowadzący: Radca prawny  
Marcin Kupisiński; Cena: 370 zł  
• Konstruowanie umów • Rozwiązywanie umów  
• Czas pracy • RODO a zatrudnienie pracowników

### PIERWSZA POMOC W GABINECIE LEKARSKIM

Terminy: 14.02; 22.02; 14.03; 30.03; Prowadzący:  
Kwalifikowani Instruktorzy - Ratownicy Medyczni  
Cena: 450 zł (termin w tygodniu),  
520 zł (termin weekendowy)

2h teorii - 5h praktyki – grupa max. 8 os.  
– 7 pkt. edu. – Podręcznik do kursu

### OSTATNIE MIEJSCA!

### DOKUMENTOWANIE PROCESÓW STERYLIZACJI, JAKO OCHRONA PRZED ROSZCZENIAMI PACJENTÓW

Termin: 23.02 Prowadząca:  
lek. stom. Ewa Jańczak-Biegańska  
Cena: 380 zł

### RADIOLOGIA JAKO STANDARDOWA PROCEDURA W DOKUMENTOWANIU ŚWIADCZONYCH USŁUG W STOMATOLOGII

Termin: 23.03; Prowadząca: lek. stom.  
Ewa Jańczak-Biegańska; Cena: 450 zł  
Nowoczesna radiologia w gabinecie stomatologicznym - współpraca lekarza, asysty stomatologicznej oraz technika RTG

ZGŁOSZENIA: tel. (+48) 22 868 36 93, (+48) 506 097 598; e-mail: szkolenia@idf.net.pl  
IDF Sp. z o.o.; ul. Dzika 15/13; 00-172 Warszawa

Pozostałe oferty i szczegółowe programy dostępne na stronie: [www.idf.net.pl](http://www.idf.net.pl)

REKLAMA



Fot. archiwum

# Kapsaicyna

## w leczeniu zlokalizowanego obwodowego bólu neuropatycznego

Dr hab. n. med. **MAŁGORZATA MALEC-MILEWSKA**  
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

**K**apsaicyna jest wysoko wybiórczym agonistą receptora waniloidowego z grupy receptorów przejściowego potencjału TRPV1 (*transient receptor potential V1 receptor potential vaniloid receptor*). Początkowy wpływ kapsaicyny polega na aktywacji nocyceptorów w skórze, co wywołuje podrażnienie i rumień w wyniku uwolnienia wazoaktywnych neuropeptydów (substancji P). Po ekspozycji na kapsaicynę nocyceptory skóry stają się mniej czułe na różne bodźce, dlatego jej późne działanie określane jest jako „znieczulenie”.

Po tygodniu od zastosowania plastra zawierającego kapsaicynę o wysokim 8-proc. stężeniu w obrębie skóry dochodzi do otwarcia kanałów jonowych dla jonów wapnia, gwałtownego napływu tych jonów do komórki i odwracalnego uszkodzenia mitochondriów. Skutkiem jest długotrwały zanik skórnych nerwów obwodowych. Indukowane kapsaicyną zmiany w nocyceptorach skóry i nerwach obwodowych są odwracalne. Powrót normalnej funkcji receptorów i regeneracja włókien nerwowych następuje po 12 tygodniach. Ten efekt stosowania kapsaicyny o wysokim stężeniu, w postaci plastrów, należałoby zaliczyć do działania neurodestrukcyjnego.

Mechanizm działania kapsaicyny polega również na usuwaniu neuroprzekaźnika substancji P z zakończeń włókien nerwowych. W konsekwencji dochodzi do odwracalnego uszczuplenia zapasów substancji P, a zatem do zmniejszenia transmisji bólu z obwodowych włókien nerwowych do wyższych pięter OUN.

Skuteczność kapsaicyny stosowanej w postaci maści o stężeniu < 1 proc. wykazano w: > neuropatii cukrzycowej (NNT: 2,5–4,9) > PHN (NNT: 5,3) > po uszkodzeniu nerwu (NNT: 3,5) > zespole piekących ust > neuropatycznych bólach twarzy > neuralgii trójdzielnej > odruchowej dystrofii współczulnej > PHN > neuropatii w przebiegu zakażenia wirusem HIV > osteoartrozie > zespole Guillaina-Barrégo > fibromialgii > przetrwałym bólu pooperacyjnym (zespół bólu po mastektomii).

Stosowanie kapsaicyny w postaci maści wymaga wielokrotnych aplikacji i związane jest z uporczywym bólem występującym u pacjenta w wyniku kontaminacji z ubraniem/pościelą.

Od 2009 r. dostępna jest również w Polsce 8-proc. kapsaicyna w postaci plastrów.

8-proc. kapsaicyna jest skuteczna u pacjentów: > z neuralgią popółpaścową > z neuropatią w przebiegu zakażenia wirusem HIV > z polineuropatią po chemioterapii > z bolesną neuropatią cukrzycową (badania są w toku).

Na podstawie badań *in vitro* ocenia się, że podczas godzinnej aplikacji do warstw naskórka i skóry wchłania się zaledwie 1 proc. kapsaicyny. Największe wykryte stężenie kapsaicyny u pacjentów leczonych przez 60 min wynosiło 4,6 ng/ml, co odnotowano przed upływem 20 min po odklejeniu plastra. Tendencja do zanikania występuje w czasie 3–6 godz. od odklejenia plastra (okres półtrwania wynosi około 130 min). Plaster ma wymiary 14 x 20 cm i zawiera 179 mg kapsaicyny (640 µg kapsaicyny/1 cm<sup>2</sup>). Zalecane jest przyklejanie maksymalnie czterech plastrów. Każdy ma stronę przylegającą, zawierającą substancję czynną, i zewnętrzną warstwę podkładową. Strona przylegająca pokryta jest usuwalną, przezroczystą, niezadrukowaną, poprzecznie naciętą folią.

Zasady stosowania plastra:

- > Plaster nakładamy na bolesne miejsce skóry, dokładnie je oznaczając.
- > Skórę w tym miejscu znieczulamy za pomocą kremu EMLA. Czas aplikacji kremu EMLA pod opatrunek okluzyjny wynosi 60 min.
- > Krem EMLA należy dokładnie zmyć wodą z mydłem, a skórę osuszyć. (Niektórzy eksperci uważają, że zastosowanie kremu EMLA nie jest konieczne. Wydłuża bowiem o ponad godzinę procedurę w wyniku problemów z osuszeniem skóry, co powoduje, że plaster słabo przylega. W dodatku większość chorych i tak w mniej więcej 30. minucie po nałożeniu plastra zgłasza ból wymagający zastosowania leku przeciwbólowego). Zgodnie z aktualną procedurą rejestracyjną 8-proc. kapsaicyny wcześniejsze znieczulenie skóry przed naklejeniem plastra nie jest konieczne.
- > Plaster przylepiamy tylko na nieuszkodzoną, niepodrażnioną (nie wolno golić włosów, jeśli są, należy je obciąć nożyczkami), suchą skórę.
- > Plaster przycinamy przed zdjęciem folii osłaniającej dokładnie do obszaru skóry objętej bólem.
- > Czas aplikacji wynosi 30 min w obrębie dłoni i stóp, 60 min w innych częściach ciała.
- > Plaster bardzo dokładnie musi przylegać do powierzchni skóry (należy umocnić go bandażem i nałożyć skarpety lub rękawiczki).
- > Wskazana jest kontrola ciśnienia tętniczego krwi (mogą występować przejściowe zwyżki ciśnienia).
- > Jeżeli ból utrzymuje się lub nawraca, leczenie można powtarzać co 90 dni.
- > Plaster powinien aplikować lekarz lub wyszkolona pielęgniarka pod nadzorem lekarza.

- Aplikacji należy dokonywać w rękawiczkach nitrylowych (nie lateksowych). Nie wolno przybliżać plastra do oczu i błon śluzowych.
- Plaster należy zdejmować powoli i delikatnie, jednocześnie zwijając go do wewnątrz (by zmniejszyć ryzyko aerolizacji).
- Błony śluzowe i spojówki oczu osoba aplikująca chroni okularami i maską.
- Po usunięciu plastra na leczoną powierzchnię należy nałożyć żel oczyszczający i pozostawić go na około 1 min.
- Resztki kapsaicyny i żel usuwamy suchą gazą.
- Żel i chłodzenie skóry najlepiej likwidują ostry ból związany z aplikacją.
- Na zakończenie miejsce aplikacji należy umyć wodą i mydłem.
- Jeżeli przypadkowo dojdzie do kontaktu plastra ze skórą w miejscu niewłaściwym, na okolicę tę także należy nałożyć żel oczyszczający.
- Jeżeli w czasie aplikacji plastra lub po niej chory skarży się na silne dolegliwości, można zastosować doustne leki przeciwbólowe o szybkim początku działania i miejscowe ochładzanie skóry.
- Nie ma konieczności szczególnego dostosowywania dawki kapsaicyny u chorych z niewydolnością nerek i wątroby.
- Nie zaleca się stosowania leku u pacjentów poniżej 18. roku życia.
- Nie zaleca się stosowania leku w obrębie głowy.
- Brak danych klinicznych dotyczących stosowania plastrów z kapsaicyną u kobiet w ciąży i karmiących.

W badaniach na zwierzętach nie wykryto teratogennego działania kapsaicyny, u szczurów natomiast stwierdzono obniżenie płodności. W badaniach toksycznego wpływu na reprodukcję, przeprowadzonych na szczurach, zaobserwowano statystycznie istotne zmniejszenie liczby i odsetka ruchomych plemników u osobników leczonych przez 3 godz. dziennie.

Nie prowadzono badań mających odpowiedzieć na pytanie, czy plastry z kapsaicyną zaburzają koncentrację i utrudniają prowadzenie pojazdów mechanicznych. Mało prawdopodobne jest jednak, aby kapsaicyna wpływała bezpośrednio na OUN i w jakikolwiek sposób oddziaływała na procesy poznawcze, pamięć oraz czas reakcji.

Działania niepożądane/wady:

- Przemijające uczucie pieczenia, ból, rumień i świąd w miejscu nałożenia plastra. Reakcje niepożądane są przejściowe, samoograniczające się i zazwyczaj mają natężenie łagodne lub umiarkowane.
- Nie stwierdzono żadnych ograniczeń funkcji neurologicznych, poza okresowo występującymi zaburzeniami odczuwania gorąca w miejscu nałożenia plastra.
- Wysoka cena leku.
- Długi czas trwania procedury (około 3 godz.). ■

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

*Piśmiennictwo u autorki.*

## Bezprawne testy

Prokuratura Okręgowa w Toruniu prowadzi sprawę o zaśluszczenie dla 196 osób, na których – bez ich wiedzy i zgody – jedna z grudziądzkich przychodni testowała szczepionki przeciwko ptasiej grypie.

## Co przeciętny Polak zjada?

Są w serku, batoniku, kiełbasie: konserwanty, emulgatory, sztuczne barwniki. Przeciętny Polak zjada ich rocznie dwa kilogramy. U części dzieci spożycie niektórych dodatków do żywności przekracza limit nawet o 500 proc. – alarmuje NIK.

## Jest sposób na płytkę nazębną

Naukowcy z portugalskiego Uniwersytetu w Coimbrze opracowali na bazie składników organicznych środków chroniący zęby przed negatywnym działaniem bakterii.

## Uszkodzone plemniki

Z badań opublikowanych w „Clinical Chemistry” wynika, że uszkodzenia DNA w nasieniu mężczyzny mogą powodować wielokrotne poronienia u jego partnerki.

## Złe skutki pracy przy komputerze

Szybko się zwiększa liczba krótkowidzów na świecie, obecnie jest ich ponad 1,6 mld, ale w 2020 r. z tą wadą wzrokuje już 2,5 mld ludzi – ostrzega dr Anna Maria Ambroziak z Warszawy.

## Choroba Alzheimera jest zaraźliwa?

Pozyskiwany ze zwłok hormon wzrostu, wykorzystywany w terapii dzieci, mógł być przyczyną ich późniejszej choroby Alzheimera – informuje „Nature”. To kolejny dowód, że związane z chorobą Alzheimera białka mogą być przenoszone z człowieka na człowieka.

## Polacy cierpią na FOMO

Powinniśmy zafundować sobie odwyk od Internetu. Uzależnione mogą być 4 mln osób. FOMO (z ang. *Fear of Missing Out*) zapewne już za kilka lat stanie się poważnym problemem na całym świecie. W dużym uproszczeniu to lęk przed wypadnięciem z obiegu informacyjnego.

## Kubki termiczne

Główny Inspektorat Sanitarny zaleca, aby nie używać „kubków termicznych bambusowych”. Stwierdzono w nich bowiem „migrację formaldehydu”.

**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

# Niedożywienie

## – czynnik ryzyka operacyjnego

Dr n. med. **ANETA OBCOWSKA-HAMERSKA**

II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej WUM

**Rocznie na całym świecie wykonuje się około 230 mln dużych zabiegów operacyjnych.**

**Wskaźnik śmiertelności okołoperacyjnej w różnych krajach jest różny. W Polsce wynosi 17,9 proc. i w porównaniu z 3,6 proc. w Wielkiej Brytanii, wskazywanej jako punkt odniesienia, jest znacznie gorszym wynikiem.**

**Wskaźnik stanowi pochodną trudności operacji, chorób współistniejących i poziomu opieki medycznej. Kolejnymi czynnikami zwiększającymi odsetek komplikacji są: wiek powyżej 70 lat, obecność nowotworu, utrata masy ciała i niskie stężenie albuminy.**

Opracowywanie ścieżek postępowania okołoperacyjnego jest konieczne dla poprawy bezpieczeństwa pacjenta. Podejmowane działania obejmują m.in.: wprowadzanie standardów leczenia danej jednostki chorobowej, kartę opieki okołoperacyjnej, zaawansowane techniki monitorowania wydolności hemodynamicznej, planowe przekazanie chorego na oddział intensywnej terapii. Zasadnicze znaczenie ma przedoperacyjna ocena pacjenta i optymalizacja terapii chorób współistniejących, w tym niedożywienia.

**Niedożywienie w Polsce od lat utrzymuje się na wysokim poziomie. W momencie przyjęcia do szpitala ponad 1/3 pacjentów jest niedożywiona i stan ten pogłębia się u 70 proc. z nich.** Wśród pacjentów z prawidłowym stanem odżywienia na początku hospitalizacji u 1/3 dojdzie do rozwoju niedożywienia. Objawy chorobowe, zmniejszenie łaknienia, nieprawidłowy pasaż pokarmu czy zaburzenia metaboliczne przyczyniają się do niedożywienia związanego z chorobą. Kolejny element to niedożywienie szpitalne, związane z hipokaloryczną dietą szpitalną, głodzeniem pacjenta przed zabiegami diagnostycznymi, przed i po zabiegach operacyjnych. Równocześnie sam uraz operacyjny powoduje ujemny bilans azotowy organizmu. Niedoścignioną przyczynę niedożywienia stanowią ograniczenie sprawności fizycznej pacjenta i brak wystarczającej pomocy w spożywaniu posiłków. Świadomość tych problemów pozwala wcześniej rozpocząć interwencję żywieniową i zapobiegać rozwojowi powikłań.

W rozważaniach tematu niedożywienia istotne są dwa pojęcia:

1. Niedożywienie rozumiane jako BMI  $\leq 18,5$  kg/m<sup>2</sup> dla wieku 18–65 lat,  $\leq 20$  kg/m<sup>2</sup> dla wieku  $>65$  lat, jeżeli wcześniej wartości BMI były wyższe. Niezamierzony ubytek masy ciała  $>10$  proc. niezależnie od czasu,  $>5$  proc. w ciągu ostatnich 3 miesięcy oraz obniżony BMI  $<20$  lub  $22$  kg/m<sup>2</sup> ( $>70$  lat) lub FFMI  $<15$  proc. K,  $<17$  proc. M, stopień B według SGA lub wynik  $\geq 3$  punkty w skali NRS.

2. Definicja dużego ryzyka żywieniowego, która określa prawdopodobieństwo gorszego wyniku leczenia choroby lub zabiegu operacyjnego, w zależności od aktualnego lub przewidywanego stanu odżywienia i stanu metabolicznego pacjenta, będącego pochodną objawów choroby i urazu operacyjnego. Stwierdza się duże ryzyko żywieniowe, jeśli spełnione jest przynajmniej jedno z kryteriów:

- zmniejszenie masy ciała o 10–15 proc. w ciągu 6 miesięcy,
- wskaźnik BMI  $<18,5$  kg/m<sup>2</sup>, jeżeli wcześniej był  $>18,5$  kg/m<sup>2</sup>,
- stopień C w skali SGA lub wynik  $\geq 3$  punkty w skali NRS 2002,
- stężenie albuminy w surowicy  $<30$  g/l u chorych bez upośledzenia czynności wątroby lub nerek.

Proste pytanie o utratę masy ciała czy obliczenie wskaźnika BMI najczęściej wystarczy do postawienia rozpoznania. Wskaźnik BMI nie jest jednak optymalnym narzędziem w przypadku osób chorujących na otyłość, ponieważ jego wysokie wartości nie wykluczają współistniejącego niedożywienia. Oznaczenie stężenia białek o krótkim czasie półtrwania (np. albuminy, transferryny) lepiej odwzorowuje ewentualne niedożywienie. U pacjentów chorujący na otyłość szybciej rozwijają się objawy ostrego niedożywienia białkowo-energetycznego.

Wymieniona wśród kryteriów diagnostycznych skala przesiewowa NRS (Nutritional Risk Score) ma tę przewagę nad SGA (subiektywną globalną skalą odżywienia), że obrazuje nie tylko utratę masy ciała, ale też zmiany ilości przyjmowanych pokarmów, i uwzględnia wzrost zapotrzebowania na substancje odżywcze wynikający z choroby podstawowej. W przypadku dużego nasilenia każdy z tych elementów lub współistnienia kilku słabiej wyrażonych należy wdrożyć plan postępowania żywieniowego.

**Metaboliczne konsekwencje niedożywienia i zabiegu operacyjnego dotyczą każdego narządu i układu, w zależności od nasilenia zaburzeń odżywiania oraz czasu ich trwania.** Uraz operacyjny doprowadza do



uwolnienia hormonów stresu i mediatorów zapalnych. Wtórnie dochodzi do katabolizmu glikogenu, tłuszczów i białek z uwolnieniem glukozy, wolnych kwasów tłuszczowych i aminokwasów do krążenia. Substancje te są niezbędne m.in. w procesach gojenia. Prawidłowo odżywiony organizm może mobilizować te substraty także z mięśni i tkanki tłuszczowej. Wsparcie żywieniowe ma na celu m.in. umożliwienie syntezy białek fazy ostrej, wytwarzania leukocytów, fibroblastów i kolagenu. Szczególnie istotnymi powikłaniami niedożywienia i katabolizmu pooperacyjnego są zaburzenia gojenia, upośledzenie procesów immunologicznych, funkcji poznawczych, zanik tkanki mięśniowej, atrofia błony śluzowej jelita. Liczne badania potwierdzają wpływ niedożywienia na zwiększenie odsetka powikłań septycznych (nieszczelności zespołów, infekcji miejsca operowanego), komplikacji płucnych, reoperacji, na wydłużenie hospitalizacji i rekonwalescencji, konieczność ponownych hospitalizacji i śmiertelność.

Cele interwencji żywieniowej obejmują przeciwdziałanie oraz leczenie katabolizmu i niedożywienia. Szczegółowe wytyczne znajdują się na stronach internetowych ESPEN (The European Society of Clinical Nutrition and Metabolism) i POLSPEN (Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu).

**Działania wobec pacjentów kwalifikowanych do operacji elektrywnych powinny rozpocząć się jeszcze przed hospitalizacją.** Osobom zgłaszającym ograniczenie ilości przyjmowanych pokarmów zaleca się doustne suplementy pokarmowe, nawet jeśli ich stan odżywienia jest prawidłowy. W celu poprawy realizacji zaleceń istotne jest uświadomienie choremu jak duży wpływ na redukcję ryzyka powikłań ma on sam. Optymalnym miejscem przygotowania żywieniowego pacjentów niedożywionych przed operacją jest dom. Ogranicza to działania terapeutyczne prawie wyłącznie do stosowania doustnych suplementów pokarmowych, ponieważ niezwłoczne rozpoczęcie krótkotrwałego żywienia dojelitowego dietą przemysłową w warunkach domowych, z pomocą poradni żywieniowej, w praktyce jest rzadko możliwe.

U pacjentów z dużym ryzykiem żywieniowym konieczne jest zastosowanie leczenia żywieniowego przez 7–14 dni, co w pełni uzasadnia odroczenie terminu operacji. Korzystna jest również równoległa prehabilitacja, szczególnie dla osób starszych ze współistniejącą sarkopenią. W okresie pooperacyjnym leczenia żywieniowego wymagają pacjenci nie tylko niedożywieni czy pozostających na

dziecie ścisłej (powyżej 5 dni), ale także niebędący w stanie przyjąć doustnie połowy wymaganych substratów energetycznych przez ponad 10 dni. Decydując o drodze podawania wspomnianych substratów, należy uznać pierwszeństwo żywienia enteralnego przy dostępnym przewodzie pokarmowym. Żywienie parenteralne powinno być zarezerwowane dla pacjentów niedożywionych, ze współistniejącymi przeciwwskazaniami do żywienia przez przewód pokarmowy (ze względu na jego niedrożność albo występowanie zespołu krótkiego jelita itd.) lub gdy możliwości pokrycia zapotrzebowania energetycznego tą drogą są niewystarczające. Jednym z powodów zbyt częstego wyboru żywienia pozajelitowego jest nieznajdująca uzasadnienia w wynikach badań obawa przed zwiększonym ryzykiem nieszczelności zespołów w obrębie przewodu pokarmowego.

**Uzasadnienia nie znajduje także długie głodzenie pacjenta przed operacją.** Zgodnie z coraz szerzej stosowanym protokołem ERAS (Enhance Recovery After Surgery), na 2 godziny przed operacją pacjent powinien wypić napój węglowodanowy. Dostarczenie substratów energetycznych na czas operacji pozwala ograniczyć zjawisko insulinooporności i pomaga zachować siłę mięśniową przez ograniczenie rozkładu białek. W większości przypadków doustne przyjmowanie klarownych płynów można rozpocząć już kilka godzin po operacji, a spożywanie normalnych posiłków w ciągu 1–3 dni.

**Niedożywienie i duże ryzyko żywieniowe są problemami, które występują także poza oddziałami zabiegowymi i zawsze wymagają naszej reakcji.** Konsekwencje niedożywienia w każdym przypadku pogarszają rokowanie chorego. Stworzenie zespołów żywieniowych w szpitalach bardziej teoretycznie niż praktycznie wpłynęło na zmianę sytuacji. Włączenie do dokumentacji medycznej obligatoryjnej skali oceny odżywienia jest krokiem w dobrą stronę. Jednak bez świadomości realnych konsekwencji choroby, znajomości podstawowych zasad leczenia żywieniowego i wystarczającego wsparcia personelu średniego problem niedożywienia pozostanie poważny. Sytuacji pacjentów nie poprawia także ograniczenie finansowania procedur leczenia żywieniowego na niektórych oddziałach szpitalnych i w części poradni żywieniowych. Identyfikacja pacjentów zagrożonych niedożywieniem, niedożywionych i o dużym ryzyku żywieniowym, właściwe postępowanie terapeutyczne w okresie okołoperacyjnym i po wypisaniu ze szpitala należą do dobrej praktyki lekarskiej. ■

# Lekarz, który stał się legendą

**„Wśród radomskiego świata lekarzy wyróżnia się pewien miły pan, który wciąż uśmiech ma na twarzy, a jest nim doktor Tochterman” – to fragment wiersza napisanego przez pacjentkę Hanię, cytowanego w wydanej właśnie publikacji Krzysztofa Batyckiego „Adolf Tochterman. Życie radomskiego lekarza, żołnierza wrześniegowego i społecznika na tle epoki”.**

Wspomniany na wstępie wierszyk należy do licznych zachowanych przejawów wdzięczności pacjentów najstynniejszego bodaj lekarza w historii Radomia. Adolf Tochterman to postać stale obecna w publikacjach dotyczących radomskiej służby zdrowia, miejscowej społeczności ewangelickiej i osób zasłużonych dla miasta. *„Łatwiej znaleźć dziś starszego, rodowitego radomianina, który w latach swej młodości miał styczność z Adolfem Tochtermanem, niż takiego, który o Doktorze nigdy nie słyszał”* – pisze Krzysztof Batycki.

Autor niezwyklej książki też jest lekarzem i zastępcą kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. – *Oprócz medycyny pasjonuje mnie historia, dlatego pisząc doktorat, szukałem*

*tematu łączącego obie te fascynujące dziedziny. Zdecydowałem się na biografię doktora Tochtermana, od lat goszczącego w opowieściach radomian, w tym mojej babci i cioci, które leczył. Poza tym pracuję w szpitalu, w którym on pracował, zlokalizowanym notabene przy ul. Tochtermana, a to też zobowiązuje – śmieje się Krzysztof Batycki.*

Dotarł do wielu osób, które znały Tochtermana: krewnych, przyjaciół, pacjentów oraz współpracowników. Dzięki ich wspomnieniom i udostępnionym pamiątkom udało się stworzyć pełny wizerunek lekarza oddanego pacjentom, mistrza dla wielu młodych medyków, a także zasłużonego działacza społecznego.

Krzysztof Batycki przedstawia również prywatne życie Tochtermana, którego pasją, oprócz medycyny, było malarstwo i rysunek (miał kolekcję dzieł wybitnych polskich twórców, m.in. Józefa Chełmońskiego, Wojciecha i Juliusza Kossaków, ale również sam malował, przede wszystkim pejzaże). Od czasów młodości zbierał też znaczki pocztowe. *„Miał bardzo czarujący uśmiech, choć uśmiechał się bardzo rzadko. Palił bardzo dużo papierosów. Jadał tłusto, uwielbiał ciasta i słodkie kompoty”* – pisze Krzysztof Batycki.

## W świątecznej atmosferze...

Oplątkowo-noworoczne spotkanie członków radomskiego oddziału Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych oraz delegatów Okręgowej Izby Lekarskiej odbyło się 5 stycznia w siedzibie Centrum Wolontariatu Młodzieżowego.

Zanim wszyscy zebrani podzielili się opłatkiem i zasiedli do stołu, ordynariusz diecezji radomskiej, biskup Henryk Tomasik, podziękował im za codzienną troskę o chorych. – *Praca lekarza i pielęgniarki to wielki dar składany człowiekowi potrzebującemu, dzielenie się z nim miłością i życzliwością* – podkreślał duszpasterz.

Życzenia złożył również Mieczysław Szatanek, przewodniczący Delegatury Radomskiej OIL. – *Życzę zdrowia, spokoju, cierpliwości i miłości do pacjentów, z którymi przecież emocjonalnie się wiążemy* – mówił ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. ■ **raf**



Fot. R. Natorski

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

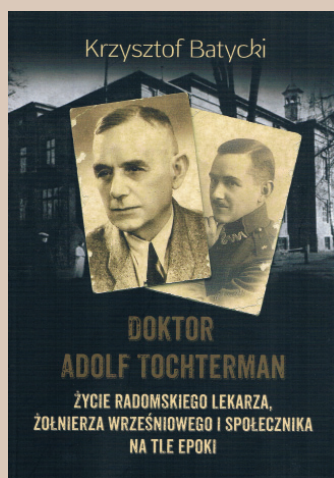


Autor publikacji obalił też kilka mitów związanych z Tochtermanem. – *Na przykład często przypisywano mu niemieckie pochodzenie. Pochodził rzekomo z rodziny niemieckich kolonistów, co jest bzdurą, bo Tochtermanowie pod koniec XVIII w. przybyli do Polski ze Szwajcarii – tłumaczy Krzysztof Batycki.*

Podkreśla również, że – wbrew powszechnej opinii – słynny lekarz i jego żona nie klepali biedy, co miało być efektem wspierania ubogich. – *Krąży nawet pogłoska, że Tochtermana pochowano w dziurawych butach. W rzeczywistości był człowiekiem dość zamożnym. Faktycznie często nie przyjmował pieniędzy od mniej majątnych pacjentów, ale mógł sobie na to pozwolić, gdyż równocześnie ostro kasował ustawiających się do niego w kolejce przedsiębiorców i właścicieli ziemskich – wyjaśnia Krzysztof Batycki.*

„Adolf Tochterman już na stałe zapisał się w historii Radomia i jestem pewien, że nikt ani nic nigdy nie wymaże go z kart historii miasta” – czytamy na łamach publikacji sfinansowanej przez Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. ■

Rafał Natorski



## Ze wsparciem Delegatury Radomskiej

Książka „Adolf Tochterman. Życie radomskiego lekarza, żołnierza wrześniowskiego i społecznika na tle epoki” to niejedyna publikacja, która otrzymała wsparcie Delegatury Radomskiej OIL w Warszawie.

W 2018 r. ukazał się 15. tom „Radomskiego

Rocznika Lekarskiego” oraz praca „O szpitalnictwie radomskim”, której autorami są: Jerzy Reymond, Radosław Kacprzak, Piotr Zamaria i Robert Wiraszka (także autor wydanej w 2012 r. książki „Res suprema aegroti. Rzecz o dziejach radomskiej medycyny”).

W redagowanym od 1996 r. przez Wojciecha Szafrąńskiego i Roberta Wiraszkę „Roczniku” zamieszczone są wykazy lekarzy, którzy w kolejnych latach pracowali na ziemi radomskiej. Ponadto publikowane są wspomnienia o zmarłych lekarzach, kroniki szpitali i placówek ochrony zdrowia, pamiętniki lekarzy oraz reproduktowane historyczne fotografie.

Bez wątpienia należy docenić zrozumienie kolejnych władz Delegatury Radomskiej dla autorów, którym bliska jest idea zachowania tożsamości swojego środowiska.

## Nowi konsultanci

### Powołano nowych wojewódzkich konsultantów medycznych.

W dziedzinie otorynolaryngologii wojewódzkim konsultantem został dr hab. n. med. **Artur Niedzielski**, a w dziedzinie medycyny ratunkowej lek. **Wiesław Marzsał**. Do zadań konsultantów należy m.in. kontrola podmiotów leczniczych w zakresie jakości świadczeń oraz przeprowadzanie kształcenia i doskonalenia zawodowego. W województwie mazowieckim powołanych jest blisko stu konsultantów z różnych dziedzin medycyny, farmacji i ochrony zdrowia.

## Onkologia w Siedlcach

### Pod koniec 2018 r. w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach otwarto pełnoprofilowy ośrodek onkologiczny.

Siedleckie Centrum Onkologii tworzą cztery oddziały szpitalne wyposażone w 21 łóżek każdy, przeznaczone do leczenia w trybie stacjonarnym, kilkanaście stanowisk do chemioterapii dziennej, pracownia cytostatyków, duża przychodnia onkologiczna z poradniami specjalistycznymi oraz zakłady radioterapii i medycyny nuklearnej. Nowoczesną i szybką diagnostykę zapewnią najnowszej generacji: tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna (PETCT), ultrasonografy, mammografy oraz diagnostyka izotopowa. Placówka zajmuje czteropiętrowy budynek o łącznej powierzchni ponad 7 tys. m<sup>2</sup>. Siedleckie centrum będące jedynym tego typu ośrodkiem w północno-wschodniej części województwa mazowieckiego wymagało inwestycji w wysokości ponad 112 mln zł. Środki pochodziły od samorządu województwa mazowieckiego oraz z funduszy unijnych.

## O telemedycynie w Urzędzie Marszałkowskim

### O możliwościach rozwoju telemedycyny dyskutowano podczas spotkania w Urzędzie Marszałkowskim w Warszawie.

Wzięli w nim udział reprezentanci Wolnego Kraju Związkowego Turynii, Litwy oraz Mazowsza. Podczas posiedzenia podkreślano, że telemedycyna to dziś szansa na wymianę wiedzy i doświadczeń oraz rozwój współpracy między ośrodkami naukowo-badawczymi oraz podmiotami leczniczymi z różnych części Europy. Jednym z przykładów zastosowania telemedycyny jest projekt realizowany przez Szpital Nowowiejski w Warszawie „Poprawa dostępności ambulatoryjnych usług medycznych w zakresie zdrowia psychicznego poprzez wdrażanie form konsultacji i terapii – e-terapia w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie”. Konsultacje telemedyczne prowadzone są przede wszystkim w następujących obszarach: poradnia zdrowia psychicznego, uzależnienie od alkoholu, uzależnienie od narkotyków, seksuologia oraz nerwice i lęki.

## ► Modernizacja w Siedlcach

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II zmodernizował swój Oddział Ortopedyczno-Urazowy. Samorząd Mazowsza przeznaczył na realizację projektu ponad 7,3 mln zł.**

Zmodernizowano pomieszczenia o łącznej powierzchni 1338 m<sup>2</sup>. (w tym Pododdział Neurochirurgii). Zmieniono m.in. układ pomieszczeń i dostosowano je do aktualnych przepisów higieniczno-sanitarnych. Na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym udało się wygospodarować przestrzeń dla 56 łóżek, a na Pododdziale Neurochirurgii – 10. Zakupiono też m.in. łóżka szpitalne, meble do sal dla pacjentów i gabinetów zabiegowych. Poza tym oddział został wyposażony w nowoczesną aparaturę medyczną: centralę intensywnego nadzoru, aparat USG, defibrylator, kardiomonitoring itd. Natomiast nowy Pododdział Neurochirurgii będzie realizował niedostępne dotychczas w regionie siedleckim procedury neurochirurgiczne związane z leczeniem guzów i urazów pogranicza czaszkowo-kręgosłupowego, guzów przysadki, zabiegi mikrochirurgii urazów nerwów obwodowych i splotu ramiennego, techniki małoinwazyjne w leczeniu choroby dyskowej kręgosłupa odcinka szyjnego (artroplastyka), mikrodyscektomię.

## Nagroda The Distinguished Teacher Award

**Dr hab. n. med. Ewa Czochrowska z Zakładu Ortodontji WUM otrzymała nagrodę The Distinguished Teacher Award, przyznaną corocznie przez Europejskie Towarzystwo Ortodontyczne wyróżniającemu się europejskiemu wykładowcy.**

Dr hab. n. med. Ewa Czochrowska jest pierwszym polskim ortodontą, który został uhonorowany tą nagrodą. O nagrodę wnioskuje Zarząd Europejskiego Towarzystwa Ortodontycznego. Z jej przyjęciem wiąże się ogłoszenie wykładów na dwóch uniwersytetach europejskich.

Europejskie Towarzystwo Ortodontyczne jest najstarszym i największym towarzystwem ortodontycznym w Europie. Zostało założone w 1907 r., a jego siedziba mieści się w Londynie. Wydaje czasopismo impaktowane („European Journal of Orthodontics”) i organizuje coroczne kongresy ortodontyczne w różnych krajach europejskich. ETO współpracuje z narodowymi towarzystwami ortodontycznymi w Europie, także z Polskim Towarzystwem Ortodontycznym, którego prezesem jest dr hab. n. med. Ewa Czochrowska.

## Powstanie Dom Ronald McDonalda i przedszkole WUM

**Rektor WUM prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś oraz przedstawiciele zarządu Fundacji Ronald McDonald – prof. Adam Jelonek i Katarzyna Nowakowska, podpisali akt notarialny użyczenia fundacji przez uniwersytet działki budowlanej przy ul. Trojdena.**


Działka leży w bezpośrednim sąsiedztwie Dziecięcego Szpitala Klinicznego. Powstanie na niej Dom Ronald McDonalda – bezpłatny hotel dla rodzin i opiekunów małych pacjentów szpitala oraz przedszkole dla dzieci pracowników, studentów i doktorantów uczelni. Rozpoczęcie budowy zaplanowano na IV kwartał 2019 r. Warszawski Dom Ronald McDonalda będzie drugim tego typu obiektem prowadzonym przez fundację w Polsce.

## Nagrody ministra

**Minister nauki i szkolnictwa wyższego Jarosław Gowin wręczył coroczne wyróżnienia za wybitne osiągnięcia naukowe i naukowo-techniczne.**

Laureatami zostali m.in.: prof. dr hab. n. med. Przemysław Juszczyński z Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz dr Aleksandra Wesołowska z Kliniki Neonatologii WUM. Badaczka została nagrodzona za promocję karmienia piersią i badania związane z terapią żywieniową wcześniaków. ■

pk




Z niewymownym smutkiem przyjmujemy fakt odejścia na wieczny dyżur

**prof. Romualda Dębskiego**

wieloletniego ordynatora i kierownika Kliniki Ginekologii i Położnictwa CMKP w Szpitalu Bielańskim w Warszawie, naszego Przyjaciela, szlachetnego, odważnego Człowieka, niezastąpionego w tym, co robił dla polskich kobiet, ich dzieci i nas wszystkich.

Z bliskimi łączymy się w bólu

Dorota Gałczyńska-Zych,  
dyrektor Szpitala Bielańskiego  
z zespołem



Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

**prof. Eugeniusza Spiechowicza**

Rodzinie i Bliskim Zmarłego składamy wyrazy szczerego współczucia

Społeczność Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego



Fot. archiwum

17 listopada 2018 r. w Düsseldorfie odbył się XXII Europejski Bal Lekarza połączony z XXXVI Balem Polskiego Medyka w Niemczech, który od lat gromadzi polskich lekarzy mieszkających za Odrą. Spotkanie było okazją do rozmowy z dr. Arturem Kłubowiczem, który od ponad dwóch dekad mieszka i pracuje w Niemczech.

### Kiedy i dlaczego zdecydował się pan doktor na wyjazd do Niemiec?

W czasie studiów na WAM, w roku 1987, poznałem moją przyszłą żonę, która była obywatelką RFN i przyjechała na studia do Łodzi. Wtedy nie myślałem o wyjeździe do Niemiec. W Polsce upadał ustroj komunistyczny i zmiany dawały nam dużą nadzieję na lepszą przyszłość. Po dwuletniej pracy w Świdwinie zacząłem specjalizację w Katedrze Anestezjologii i Intensywnej Terapii WAM w Łodzi pod kierunkiem prof. Wojciecha Gaszyńskiego, którą ukończyłem w 1994 r. W czasie jednego z urlopów u rodziny żony spotkałem anesteziologa, który wyjechał w latach 80. do Niemiec i rozpytywał się nad tamtejszymi możliwościami. Był

# Pracując w Niemczech

początek lat 90. i w Polsce zabiegi ambulatoryjne w znieczuleniu ogólnym były rzadkością. Po paru nieprzespanych nocach zdecydowałem się na przeprowadzkę do Niemiec. Sprawy związane z nostryfikacją dyplomu były uciążliwe, ale udało się.

### Czy znał pan wcześniej język niemiecki?

Miałem częsty z nim kontakt. Babcia była nauczycielką niemieckiego, uczęszczałem w Warszawie do liceum z poszerzonym programem nauczania tego języka.

### Ile czasu zajęła nauka? Ile średnio trwa szkolenie specjalizacyjne w Niemczech?

Gdy przyjechałem do Niemiec, byłem już specjalistą anestezjologii I stopnia (w latach 90. specjalizacje były dwustopniowe) i po trzech latach na WAM miałem już „nabitą” rękę. W owym czasie w Niemczech nie było łatwo o pracę, szczególnie dla anestezjologów, ale jako wychowanek prof. Gaszyńskiego znalazłem ją bardzo szybko. Po dwóch latach w szpitalu klinicznym Bethesda w Mönchengladbach zdałem niemiecki egzamin specjalizacyjny. Przez kolejne dwa lata byłem najmłodszym specjalistą z anestezjologii w Nadrenii Północnej-Westfalii. Dziwnie się czasami czułem, kiedy uczyłem studentów starszych ode mnie. Szkolenie specjalizacyjne w Niemczech trwa średnio pięć lat, mówię o anestezjologii. Trzeba wykonać wskazaną liczbę narkoz do określonych zabiegów, a że nie wszystkie szpitale są pełnoprofilowe, z reguły co dwa, trzy lata trzeba zmieniać miejsce pracy. Komisja egzaminacyjna zaliczyła mi zabiegi z Polski. Egzamin specjalizacyjny w Niemczech wspominam bardzo miło, właściwie była to przyjemna rozmowa z omówieniem przypadku. Naturalnie należało się wykazać pewną wiedzą. Po zdo-

byciu specjalizacji pracowałem jeszcze w szpitalu trzy lata, a następnie otworzyłem prywatną praktykę chirurgii jednego dnia, którą szczęśliwie prowadzę do dziś.

### Jakie są różnice w pracy lekarza w Niemczech i w Polsce?

Nie wiem jak jest teraz, ale gdy zaczynałem pracę, wstydem było wykazać się brakiem wiedzy, szczególnie w obecności pacjenta. Przyjechawszy do Niemiec, dziwiłem się na początku, że młodzi lekarze bez żenady zaglądają do książek i nikt tego złośliwie nie komentuje. Każdą decyzję trzeba było omawiać z opiekunem specjalizacyjnym. Na początku miałem z tym problemy, gdyż w Polsce byliśmy rzuceni na głęboką wodę. Czasami obserwowałem także brak hierarchii, a mimo to zachowanie szacunku.

### Co można by zaadaptować z systemu szkolenia lekarzy w Niemczech, aby poprawić kształcenie lekarzy w Polsce?

W Niemczech z reguły lekarze pracują w szpitalach w celu zrobienia specjalizacji. Jak ją uzyskają, idą do prywatnych praktyk. W Polsce zostaje się w szpitalu na etacie i jednocześnie prowadzi się prywatną praktykę albo dwie.

### Czego brakuje panu doktorowi z pracy w Polsce?

W Polsce za moich czasów nie było problemów z poprawnością polityczną, która czasami przeszkadza w wykonywaniu zawodu.

### Czego życzyłby pan polskiej służbie zdrowia na rok 2019?

Rozsądnych włodarzy, mądrych i życiowych przepisów, minimalnej biurokracji i pozytywnie nastawionych do pracy lekarzy. ■

Rozmawiała **Olga Rostkowska**, ORL



Fot. archiwum

# Znachorzy i uzdrowiciele

JAROSŁAW KOSIATY

**Za nami święta Bożego Narodzenia – ukochane przez dzieci, najbardziej rodzinne święta w całym roku. Tradycja ich obchodzenia sięga IV w. Pierwszą wzmiankę na ten temat możemy znaleźć w chronografie rzymskim, czyli kalendarzu świąt kościelnych z 354 r. A dlaczego akurat 25 grudnia? Ustanowienie święta przez Kościół w tym terminie miało być przeciwwagą dla obchodzonych właśnie w porze przesilenia zimowego świąt pogańskich (ku czci bóstw Słońca).**

**Z** Wigilią i świętami Bożego Narodzenia związanych jest wiele staropolskich obrzędów, tradycji i przesądów. „W Wigilię nie wolno było spluwać na podłogę, chlustać pomyjami, mleć zboża w żarnach, ciąć sieczki, skręcać powrozów, prząść na kołowrotku, a noży, nożyc i igieł można było używać tylko w razie pilnej potrzeby (aby nie zranić dusz zmarłych)” – pisze w książce „Wierzycze, obrzędy i tradycje w Polsce” Barbara Ogrodowska\*. Wierzono także, że przebieg dnia wigilijnego jest zapowiedzią przebiegu całego nowego roku. Aby zachować zdrowie i urodę, na dnie mis z zimną wodą do mycia kładziono srebrne pieniądze. Patrzone w nocne niebo – jeśli widoczna była Droga Mleczna, uważano, że nadchodzący rok będzie obfity w mleko i nabiał. Próbowano także w inny sposób przewidzieć przyszłość: „Na Podhalu gospodarz łamał opłatek na tyle części, ile osób zasiadało do wigilii, każdą cząstkę maczał w miodzie i, wymawiając imiona domowników, przyklejał do szyby okiennej. Cząstka opłatka, która zsunęła się lub odpadła, wróżyła śmierć danej osobie, której ją przypisano”.\*

Święta Bożego Narodzenia to jednak przede wszystkim czas zakończenia ciąży Maryi i przyjścia na świat oczekiwanego dziecka – Jezusa, dlatego w niniejszym odcinku postanowiłem zająć się tym niezwykłym okresem w życiu każdej kobiety.

Dzisiaj jesteśmy bogaci w wiedzę z zakresu ginekologii, położnictwa i neonatologii, ale jeszcze 100 lat temu przebieg ciąży i porodu stanowił tajemnicę, a śmiertelność wśród noworodków była wysoka. Ciężarne kobiety słuchały więc uważnie rad swoich matek, babek i wiejskich znachorek, licząc, że uchronią w ten sposób siebie i noszone pod sercem dziecko przed chorobą i śmiercią.

„Już sam moment poczęcia budził wiele wątpliwości i był powodem powstania mitów. Galen uważał, że organizm kobiety też wytwarza nasienie, które łączy się z męskim, a tak powstały zarodek odżywia się krwią menstruacyjną. (...) Starożytni mieszkańcy azjatyckich stepów byli zdania, że dzieci są wcieleniami zmarłych przodków, które wnikają do kobiecego łona w wyniku gwałtownych podmuchów wiatru. Szamani nakazywali więc kobietom zachowywanie ostrożności podczas załatwiania się w wietrzne dni” – czytamy w artykule Kazimierza Pytki „24 mity i przesady na temat seksu, ciąży i porodu”.\*\*

Magiczne właściwości przypisywano krwi menstruacyjnej: „Według Pliniusza powodowała kwaśnienie wina, matowienie luster, rdzewienie żelaza, tępienie noży i mieczy, wymieranie pszczoł, żółknięcie tego, co białe, nawet kości słoniowej. Cezariusz z Arles dodawał do tej listy wędnięcie kwiatów, usychanie traw i wściekliwość u psów”. Równie ciekawie tłumaczono pochodzenie męskiego nasienia: „Według Hindusów kropla spermy formowała się w ciągu 40 dni z 40 kropli krwi”.\*\*

Wróćmy do Polski. Jakie wierzenia i przesady są związane z okresem ciąży i porodu? Czy dzisiaj, w epoce nowoczesnych ultrasonografów z obrazowaniem 3D, przyszłe matki nadal ulegają zabobonom?

Oto niektóre przykłady przesądów, które – przekazywane z pokolenia na pokolenie – są nadal żywe w naszym społeczeństwie.

## JAK ROZPOZNAĆ PŁEĆ PŁODU?

- ✳ Jeśli kobieta w ciąży wygląda pięknie, urodzi chłopca, a jeśli niekorzystnie – dziewczynkę (dziewczynka kradnie urodę matce).
- ✳ Wieczne mdłości przemawiają za chłopcem, a poranne nudności za dziewczynką.
- ✳ Chęć jedzenia ostrych rzeczy – będzie chłopiec, ochota na słodczy – urodzi się dziewczynka.
- ✳ Pierwsze ruchy dziecka kobieta czuje po lewej stronie brzucha – sprawcą jest chłopak, po prawej stronie – dziewczynka.

## KOBIETA W CIĄŻY NIE POWINNA:

- ✳ Przechodzić pod sznurkiem do bielizny lub rozstawioną drabiną, nosić na szyi łańcuszków, koraliki i apaszek, szydełkować, robić na drutach, szyć, haftować, krzyżować nóg, ponieważ pępovina owinie się wokół szyi i dziecko się udusi.

- \* Często przeglądać się w lustrze, gdyż dziecko będzie leniwe i próżne.
- \* Jeść truskawek – spowoduje to u dziecka powstanie tzw. znamion truskawkowych (małe naczyniaki mogą rzeczywiście kształtem przypominać truskawki, ale poza tym nie mają nic wspólnego z tymi owocami; występują u około 10 proc. noworodków i zanikają po upływie 4–5 miesięcy).
- \* Smażyć – kapnięcie tłuszczu na matkę może wywołać u dziecka powstanie znamienia w tym samym miejscu.
- \* Jeść nożem ani go oblizywać lub patrzeć na królika – dziecko urodzi się z zajęczą wargą.
- \* Używać nożyczek, ponieważ może „skaleczyć” dziecko.
- \* Zbierać i jeść grzybów – dziecko będzie miało pleśniawki.
- \* Ochlapać wodą swój brzuch w czasie zmywania naczyń – dziecko będzie alkoholikiem.
- \* Myć okien i wieszać firanek – dziecko zaklinuje się przy porodzie.
- \* Patrzeć na lisa lub wiewiórkę – dziecko urodzi się rude.
- \* Patrzeć na ogień – dziecko będzie miało wybuchowy charakter lub czerwone plamy na twarzy.
- \* Patrzeć na księżyc lub depilować nóg – dziecko będzie tyse.
- \* Patrzeć na słońce – dziecko będzie płaczące.
- \* Patrzeć na osoby niepełnosprawne i chore – dziecko będzie słabego zdrowia.
- \* Patrzeć przez wizjer w drzwiach lub inną dziurkę, aby dziecko nie było zezowate.
- \* Przytulać się do włochatego psa – dziecko będzie nadmiernie owłosione.
- \* Głaskać baranów i owieczek – dziecko będzie miało kręcone włosy.
- \* Malować się mocno – dziecko zejdzie na złą drogę.
- \* Martwić się – dziecko będzie leworęczne.
- \* Przymierzać okularów – dziecko będzie miało wadę wzroku.
- \* Dzielić się z innymi jedzeniem, ponieważ po urodzeniu będzie miała mało pokarmu dla dziecka.
- \* Słuchać zapowiedzi w kościele – dziecko będzie głuche.
- \* Czyścić butów – dziecku będzie śmierdziało z ust.
- \* Gdy się przestraszy, dotykać ręką swojego ciała – w tym miejscu u dziecka powstanie „myszka”.
- \* Patrzeć na osoby o innym kolorze skóry, gdyż dziecko może urodzić się np. czarne lub żółte (hmm, ciekawe wytłumaczenie :-).
- \* Przypinać coś szpilkami do ubrania – pojawią się problemy z urodzeniem łóżyska (łożysko „przyplnie się” i nie będzie chciało wyjść).
- \* Krzyczeć przy porodzie, gdyż rodząca będzie miała wkrótce kolejne dzieci („w ten sposób je przywołuje”)
- \* Kupować wcześniej wózka, łóżeczka ani ubranek dla dziecka – przynosi to pecha i grozi nieszczęściem.
- \* Chodzić na wesela innych osób – może to przynieść pecha młodej parze.



Fot. licencja Artmedia Partners

Ponadto w wielu krajach europejskich wierzono, że ciężarne nie powinny wypiekać chleba, prząść oraz opatrywać ran, gdyż pieczywo nie wyrośnie, nici się splączą, a rany nie będą się goiły.

Teraz kilka słów o samym porodzie. Dopiero od niedawna Narodowy Fundusz Zdrowia zaczął refundować znieczulenie w czasie porodu. Jak zatem kobiety radziły sobie wcześniej? Strach przed bólem powodował, że przyszłe mamy sięgały po najróżniejsze środki i sposoby. We wspomnianym artykule Kazimierz Pytko podaje następujące przykłady: „Poród miał być szybki i bezbolesny, jeśli ciężarna rozwijała wcześniej splątane i zasuptane rzeczy bądź otwierała zamknięte drzwi i okna. Inną metodą było kładzenie pod łóżko siekiery lub pod prześcieradło noża (wierzono, że metal ma właściwości ochronne). W bardziej zamożnych domach nóż i siekiere zastępował pierścionek lub złota moneta”.

Jak widzimy, życie przyszłej mamy związane było z licznymi ograniczeniami i zakazami. „Kobieta w ciąży powinna wystrzegać się tak wielu rzeczy, powinna pamiętać o tylu zagrożeniach, że najlepiej byłoby, aby zamknęła się w swoim domu na cztery spusty, położyła się w łóżku i, patrząc w sufit, czekała na rozwiązanie. Wszak to tylko dziewięć miesięcy” – napisała żartobliwie jedna z pań w serwisie babyboom.pl. Jest w tym jedna pożyteczna przestroga: nie wolno pod żadnym pozorem odmówić czegokolwiek kobiecie w ciąży, ponieważ odmawiającego zjedzą myszy. ■

\* Barbara Ogrodowska, *Zwyczajy, obrzędy i tradycje w Polsce*, Wyd. Verbinum, 2001.

\*\* Kazimierz Pytko, *24 mity i przesady na temat seksu, ciąży i porodu*, „Focus”, 1.10.2018.



Fot. archiwum

# Wesołe przygody lekarza w korpo

**HANNA ODZIEMSKA**

lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

**N**arzynku usług medycznych trwa ekspansja tak zwanych sieciówek. Oferują praktycznie wszystko: opiekę ambulatoryjną i szpitalną, rozbudowaną diagnostykę, zabiegi komercyjne, pakiety abonamentowe, kontrakty z NFZ. Sieć rozrasta się, pączkuje, otwierane są kolejne placówki. Pozostaje jeden problem: obsadzić tę piękną konstrukcję kadrą lekarską. Sprawa jest poważna, ponieważ w środowisku polskich lekarzy wciąż ziele luka pokoleniowa, starsi koledzy sukcesywnie odchodzą na emeryturę lub zmniejszają czas pracy, młodszy nie są zwykle w stanie zastąpić ich pod względem doświadczenia.

Joanna, atrakcyjna blondynka o manierach księżnej i solidnie wykreowanej marce osobistej. Doświadczony internista, poszukiwany przez wszystkich świadczeniodawców, także tych sieciowych.

– Zdecydowałaś się na kontrakt z którąś firmą?

Joanna była usilnie werbowana przez sieć X-Med, Y-Med i Z-Med. Znosi się na dłuższą opowieść.

– Najpierw menedżer X-Med zadzwonił do mnie z propozycją spotkania. Umówił mnie z bardzo miłą, młodą panią dyrektorem. Spotkanie odbyło się w jej gabinecie, oczywiście wszelkie uprzejmości, dobra kawa, obietnice, zachęty i...pułapki.

– Pułapki?

– Dyrektorka barwnie przedstawiła mi zalety pracy w jej firmie: a to dostępność szybkiej diagnostyki, a to serwis informatyczny online, natychmiastowe konsultacje specjalistów... Tymczasem moja koleżanka, która już tam pracuje od pewnego czasu, odczarowuje te piękne wizje komfortowej pracy. Obiecuje się internistom, że będzie pracował tylko w ramach swoich kompetencji, a pacjenci wymagający pomocy specjalistycznej będą natychmiast kierowani do odpowiednich specjalistów. W praktyce okazuje się, że do internisty przysyła się pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi lub dermatologicznymi, a nawet z ranami, które ewidentnie powinien opatrzyć chirurg. Przy okazji kwalifikacji do szczepień podejmuje się próbę przechrzta lekarza. Dyrektorka mówi, że to „pacjenci na pięć minut”, dlatego są zapisywani między planowymi, których jest czterech na godzinę. „Pięć minut” siłą rzeczy urwane pacjentowi planowemu z jego piętnastu minut ma, zdaniem pani dyrektorki, wystarczyć na jego zbadanie, wypełnienie ankiety z kilkunastoma pytaniami i poinformowanie o możliwych odczynach po-

szczepiennych. Wszystko to oczywiście opatrzone podpisem lekarza i na jego odpowiedzialność.

– *Mission impossible*, czyli jak mówią na Śląsku: „szwagier, to je ciynżko sprawa”.

– Właśnie, ale wisienka na torcie dopiero przed nami

– Joanna kręci głową, jakby nie dowierzając temu, co



Frysz, P. Wozniak

ma powiedzieć. – Dyrektorka mówi w końcu o różnych typach pacjentów, a właściwie o różnych typach zakupionych przez nich abonamentów lub pakietów usług medycznych. Pacjenci dzielą się z grubsza na zwykłych i VIP-ów. Kiedy przychodzi zwykły pacjent, lekarz ma maksymalnie ograniczać badania dodatkowe, kiedy przychodzi VIP, nie ma żadnych ograniczeń, łącznie z tym, że VIP-a trzeba przyjmując, nie licząc się z kolejką

i godzinami pracy, a nawet nie wymagając, żeby osobiście stawił się na wizytę, bo np. potrzebuje „tylko” recepty na jakiś lek, który niekoniecznie musi być w dokumentacji. Jak powiedziała mi dyrektor, błyskając w uśmiechu srebrzystym aparatem ortodontycznym, w systemie będę miała zaznaczone różnymi kolorami badania, które pacjent ma w pakiecie i te spoza pakietu. Chodzi o to, żeby przede wszystkim zlecać te drugie i maksymalnie ograniczać pierwsze. Czyli – zamiast normalnie leczyć – gwałcić etykę lekarską i zarabiać jak najwięcej dla firmy, w dodatku bez prowizji.

– Ile zaproponowano ci za godzinę?

– 100 zł. Bez ształu – wzrusza ramionami moja rozmówczyni. – Tyle samo, co w sieci Y-Med, do której trafiłam z polecenia innej koleżanki. Tam też pokazano mi *high life*, w kompakcie poradnia POZ, specjalistka, szpital, diagnostyka, pacjenci prywatni, pakietowi, NFZ, szczepienia... Trochę mniej nachalny marketing niż w X-Med, za to scho- dy pojawiły się przy podpisywaniu umowy.

– Co było nie tak z umową?



– Wszystko – uśmiecha się Joanna. – W każdym punkcie sankcje, odpowiedzialność w stu procentach po stronie lekarza, praktycznie zerowa po stronie sieci... Poprosiłam o kilka poprawek. Na przykład, żeby nie było żądania przez firmę ujawnienia wszystkich innych pracodawców – to przecież moje prawo pracować, z kim zechcę. Chciałam też trochę bardziej sprawiedliwego rozłożenia odpowiedzialności – w końcu na wiele okoliczności to-

warzyszających udzielaniu świadczeń nie mam żadnego wpływu. Usłyszałam, że umowa nie jest do negocjacji, gdyż to standardowa umowa świadczenia usług medycznych opracowana przez grupę prawników firmy Y-Med. Najwyżej mogę jej nie podpisać, więc nie podpisałam.

Joanna pociąga kolejny łyk kawy i bierze głębszy oddech przed opowieścią o trzeciej firmie.

– Najlepsze będzie teraz. Do sieci Z-Med trafiłam znowu dzięki koleżance. Werbowano ją, ale nie była zainteresowana zmianą miejsca pracy, więc poleciła mnie. Ten sam wysoki standard, co w poprzednich firmach, te same pokusy i haki. Stawka jak poprzednio. Plus wartość dodana – oburzenie pana dyrektora, kiedy poprosiłam o wstawienie do umowy punktu o moim prawie wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku jednorazowego nieterminowego przelewu wynagrodzenia. Dyrektor spytał, dlaczego tak mi zależy na tym zapisie, przecież Z-Med to duża firma i żadne opóźnienia przelewów się nie zdarzają, więc ten punkt jest niepotrzebny. Odparłam, że w takim razie tym bardziej nie ma powodu, aby się przed tym wzbraniał, a ja chcę mieć swój wkład do umowy, wszak pan dyrektor zdaje sobie sprawę, że nie jestem dla Z-Med pracownikiem, tylko kontrahentem i mam prawo do negocjacji kontraktu. Pan dyrektor zmarszczył brwi i zastaniał się superdyrektorem Z-Med, z którym jakoby musi uzgodnić, czy może dla mnie zrobić wyjątek i dokonać takiego zapisu w umowie. Próbował jeszcze przekonać mnie chwytem retorycznym: „Gdy pani kupuje telefon, to dostaje umowę i też nie jest to umowa do negocjacji, tylko standardowa”. Odpowiedziałam: „Panie dyrektorze, kto z nas potrzebuje kupić ten telefon – pan czy ja?”. „No tak, mam nóż na gardle, potrzebujemy natychmiast lekarza internisty” – przyznał. „W takim razie nie bardzo rozumiem pana opory. Zresztą, jak pan wie, mam swoją markę i liczne grono pacjentów, którzy od lat wędrują za mną do kolejnych placówek, w których udzielam świadczeń, jestem przyzwyczajona do innego standardu prowadzenia ze mną rozmowy przez potencjalnego kontrahenta, ze mną trzeba rozmawiać jak z gwiazdą filmową, wtedy będziemy mieć odpowiednią platformę komunikacyjną”.

– Naprawdę? Tak mu powiedziałaś? – podziwiam niezależność i pewność siebie Joanny.

– Tak powiedziałam. A on zakończył rozmowę pytaniem: „To jak ma być sformułowany ten pani punkt?”. Wtedy zrozumiałam, że wcale nie musiał pytać nikogo o zgodę, sam może zdecydować o zmianach w mojej umowie.

– Którą z tych firm ostatecznie wybrałaś?

– Korporacja nie jest dla mnie. Wybrałam mały NZOZ, gdzie umowa miała jedną stronę A4, tylko dane kontrahentów, zakres usług i terminy. Stawka godzinowa była o 20 zł wyższa, a za wizytę domową płać 200 zł.

Godzina pracy 120 zł, wizyta domowa 200 zł... Nie dać się osaczyć korpo – bezcenne. ■

# Leczyć w Afryce

**Aż 2 mld ludzi nie ma stałego dostępu do leczenia chirurgicznego. Z tego powodu w krajach rozwijających się wykonywanych jest zaledwie 3 proc. wszystkich operacji, mimo że co trzeci człowiek mieszka w jednym z takich państw. Podobnie jest z opieką zdrowotną w Tanzanii, która wraz z innymi krajami Afryki zajmuje 33 z ostatnich 35 miejsc na świecie na liście rozwoju społecznego (HDI).**

**W** październiku miałem ponownie okazję na własne oczy zobaczyć te różnice i być świadkiem dramatycznych przeżyć pacjentów w Tanzanii.

Wspólnie z **dr. Sławomirem Kozielem** z Bielska-Białej zorganizowaliśmy kolejną misję do Afryki, której głównym celem było przeprowadzenie zabiegów operacyjnych u mieszkańców położonej nad wschodnim brzegiem Jeziora Wiktorii wioski Kiabakari. Podobnie jak podczas poprzednich misji do Ghany i Tanzanii, cały sprzęt niezbędny do wykonania kilkudziesięciu operacji przywieźliśmy ze sobą. Dzięki wykorzystaniu jednorazowych pakietów chirurgicznych i przeszkoleniu lokalnego personelu w sterylizacji narzędzi spełniliśmy podstawowe wymogi w zakresie bezpieczeństwa

operowanych. Ponieważ zabiegi przeprowadzaliśmy jedynie w znieczuleniu miejscowym, większość stanowiły przepukliny pachwinowe. W Afryce choroba ta występuje znacznie częściej niż w krajach zachodnich. Nadal w przypadku uwięźnięcia przepukliny powikłanej perforacją jelita śmiertelność wynosi blisko 90 proc. Jednocześnie większość przepuklin jest rezultatem wrodzonych defektów, które nie zostały zlikwidowane w dzieciństwie. Dlatego u naszych pacjentów dominowały rozległe przepukliny mosznowe. Mimo to, nawet w przypadkach monsturalnych defektów pachwiny, operacje w znieczuleniu miejscowym były możliwe, oczywiście z zachowaniem komfortu poddawanych zabiegom chorych.

Operacje wykonywane były w misyjnym ośrodku zdrowia, gdzie na potrzeby prowizorycznej sali operacyjnej zaadaptowaliśmy izbę porodową. Dwie leżanki ustawione obok siebie umożliwiły przeprowadzanie jednocześnie dwóch operacji. Pustaki, na których unieśliśmy nogi leżanek, zapewniły nam względny komfort i ergonomię wielogodzinnej pracy. Dzięki temu jedynym zmartwieniem było ukończenie wszystkich zaplanowanych na dany dzień operacji przed zachodem słońca. Po zmroku bowiem wiszące nad stołem lampy ściągają z dotkniętej malarią okolicy komary, które ochoczo siadały na odsłoniętych lekarskich karkach. A ryzyko nabycia różnych chorób i bez tego jest znaczne, związane m.in. z zagrożeniem HIV (odsetek zarażonych sięga aż 5 proc. tamtejszej populacji). Jednak w ciągu dnia zwykle nie można polegać na oświetleniu zawieszoną nad stołem lampką. Częste przerwy w dostawie prądu powodują, że niezbędne jest przystępowanie do każdej operacji z lampką czołową. Postronny obserwator mógłby powiedzieć, że to warunki prymitywne, my jednak wolimy określać je jedynie jako spartańskie, bo brak wygód, do jakich przywykliśmy w polskich salach operacyjnych.

W Afryce przyzwyczailiśmy się już do tego, że większość chorych z przepuklinami w poszukiwaniu pomocy zwraca się w pierwszej kolejności do szamanów, których usługi są oczywiście niezwykle drogie. Stosowane przez lokalnych czarowników próby nakłuwania przepuklin ostrymi narzędziami kończą się czasem tragicznie. Jednak tym razem zaskoczyli nas pacjenci, którzy po pomoc chi-



Sławomir Kozieł i Krystin Mitura z współpracownikami





rurgiczną udawali się do lokalnego szpitala. Tam, oczywiście również po wniesieniu stosownej opłaty, wykonany miał być zabieg naprawczy przepukliny. Tylko że po „operacji” przepuklina nie zniknęła, mimo widocznego typowego cięcia na skórze. Ku naszemu zdziwieniu cięcie skóry u tych chorych okazywało się jedyną wykonaną interwencją chirurgiczną. Leżące głębiej tkanki nie nosiły żadnych śladów działalności chirurga, więc oczywiście nie mogło być mowy o wykonaniu pełnej naprawy przepukliny. Zatem poziom opieki zdrowotnej wydaje się nie odbiegać od efektów działalności szamanów. Wyższe poziomy referencyjne opieki szpitalnej również nie gwarantują wykonania operacji zgodnie z nowoczesnymi założeniami, czyli z implantacją siatki syntetycznej. Taka możliwość istnieje niestety w nielicznych szpitalach. Po części przyczynia się o tego fakt, że w Tanzanii przypada zaledwie dwóch lekarzy na 60 tys. mieszkańców, no i oczywiście w większości nie są to specjaliści.

Podczas mojego poprzedniego pobytu do misyjnego ośrodka przychodziły matki z małymi dziećmi z różnymi deformacjami ciała, m.in. z dodatkowymi palcami, prosząc o korekcję tych wad, ponieważ ich ujawnienie w lokalnej społeczności naraziłoby całą rodzinę na piętnowanie i banicję. Tym razem przyszli też ojcowie z kilkuletnimi synami z niezstąpionymi jądrami. W tamtym rejonie pusta moszna ujawniona podczas zabiegu

obrzezania przez szamana również stanowi powód do napiętnowania młodego człowieka. Mimo naszych obaw, pacjenci dobrze i cierpliwie znosili znieczulenie miejscowe. Wiele osób z różnymi schorzeniami schodziło z leżanki operacyjnej z uśmiechem wdzięczności.





Jeden z naszych kilkunastoletnich pacjentów z rozległą nieodprowadzalną przepukliną mosznową po operacji otrzymał w nagrodę za odwagę od ojca butelkę coca-coli. Wówczas spróbował jej po raz pierwszy w życiu.

Niewątpliwą korzyścią wyjazdów kolejny raz w to samo miejsce jest możliwość spotkania pacjentów operowa-

nych podczas poprzednich misji. Dobre, długotrwałe efekty leczenia, bez bólu i bez zakażenia, bez nawrotów, powodują, że zaufanie naszych pacjentów, rekrutujących się spośród ubogich rybaków i rolników, nie jest bezzasadne. Zaletą cyklicznych wyjazdów jest również możliwość szkolenia personelu, który nabywa coraz większego doświadczenia i stopniowo przejmuje od nas kolejne obowiązki.

Pomoc dla Afryki musi być ukierunkowana, skuteczna i zgodna z oczekiwaniami i zapotrzebowaniem lokalnej społeczności. Efektywność działań można oczywiście mierzyć liczbą uratowanych przed śmiertelnymi powikłaniami istnień ludzkich, wyleczonych chorych i rodzin odzyskujących sprawnego członka, często jedyne go żywiciela. Jednak najlepszym rezultatem chirurgicznej pomocy humanitarnej będzie uruchomienie sprawnego i samodzielnie funkcjonującego kolejnego ośrodka zapewniającego stały dostęp do podstawowej opieki chirurgicznej. Dostęp, który w Polsce uznawany jest za powszechny, żeby nie powiedzieć oczywisty, a kilka tysięcy kilometrów stąd stanowi nieosiągalny luksus.

Fotorelacja z wyjazdu znajduje się na YouTube #Kiabakari2018 ([https://www.youtube.com/watch?v=o\\_4knezBdR0](https://www.youtube.com/watch?v=o_4knezBdR0)) ■

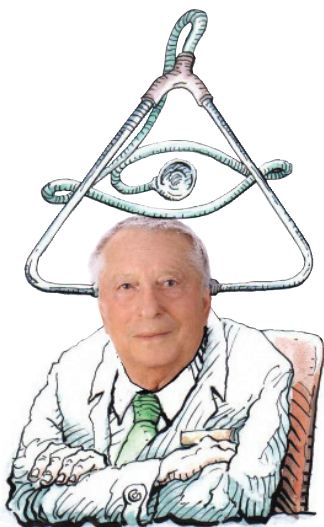
Kryspin Mitura



„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

# Operacja tyłem do stołu

ARTUR DZIAK



Rys. K. Rosiecki

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

Początki pracy w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Warszawie (dawniej i obecnie noszącym nazwę Szpital Dzieciątka Jezus) były zupełnie przyjemne, gdyż polegały na prowadzeniu historii chorób, nakładaniu i zdejmowaniu gipsu, wyciągów oraz rzadkim asystowaniu przy operacjach. Z racji mojej przeszłości – pracy u prof. Łukasika oraz w Wietnamie, otrzymałem przydział na Oddział Chirurgii Urazowej kierowany przez doc. Witolda Ramotowskiego.

- Czy umie pan, panie kolego, zoperować szyjkę?
- zapytał mnie pewnego ranka.
- Szyjkę to ja mogę zoperować, stojąc tyłem do stołu operacyjnego – odpowiedziałem, co było zresztą zgodne z prawdą, gdyż jak każdy młody adept ortopedii przez długi czas operowałem tylko złamania biodra u starszych ludzi.

## Symphonie de mouton



Rys. P. Woźniak

Następnego dnia szybko i zręcznie wykonuję zleconą operację i po odesłaniu pacjentki na oddział schodzę do gabinetu rentgenowskiego, by obejrzeć pooperacyjne zdjęcie.

- *No i co* – pytam od niechcienia.
- *A gówno!* – odpowiada równie krótko, ale dosadnie Ewa, zaprzyjaźniona laborantka, wyciągając z kwasów kliszę.

Zupełnie źle nie było, ale jeden z gwoździ zespalających ośm przebił głowę kości udowej i nieco penetrował do jamy stawowej, co wystarczyło, bym miał zepsuty cały dzień. Od tej pory wróciła mi skromność i pokora należąca młodemu asystentowi, gdyż, jak powiedział prof. Gruca, takie porażki są potrzebne, by młodemu nie przewróciło się w głowie! ■

Autor jest prof. dr. hab. n. med., specjalistą w dziedzinie ortopedii.

## Sekcja Tenisa Stołowego w 2018 r.

Fot. licencja Artmedia Partners



Pod koniec 2018 r. na terenie Studium Sportowego Wojskowej Akademii Technicznej w Warszawie, przy ul. Kartezjusza 1, odbył się V Mazowiecki Turniej Tenisa Stołowego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zorganizowany przez Komisję Kultury, Sportu i Turystyki. Gościliśmy lekarzy – tenisistów stołowych z całej Polski. Rywalizowano w trzech kategoriach wiekowych: do 45 lat, 45–60 lat i powyżej 60. roku życia. Ponadto odbył się turniej debłowy i zawody open. Rywalizacja była bardzo zacięta, ale przebiegała w duchu *fair play*. Spotkania rozstrzygane były nierzadko w piątym secie. Turniej zakończyło oficjalne ogłoszenie wyników i uroczyste rozdanie medali.

Wyniki rywalizacji

Mężczyźni do 45. roku życia: 1. Marek Kajfasz, 2. Bartosz Kowalski, 3. Piotr Orzeszko

Mężczyźni w wieku 45–60 lat: 1. Sławomir Wołk, 2. Tomasz Szczerbiński, 3. Tomasz Filipiński

Mężczyźni powyżej 60. roku życia: 1. Paweł Daszkiewicz, 2. Antoni Poznalski, 3. Andrzej Jaworski

Debel: 1. Sławomir Wołk/Tomasz Szczerbiński, 2. Paweł Daszkiewicz/Rafał Antkowiak, 3. Bartosz Kowalski/Marek Kajfasz

Turniej open: 1. Marek Kajfasz, 2. Sławomir Wołk, 3. Andrzej Bernatowicz. ■

pk



Fot. K. Bortyzel

## Inicjatywy OIL

**W** grudniu 2018 r. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wystąpiła z dwiema nowymi inicjatywami, ściśle ze sobą powiązanymi. Pierwsza ma charakter długofalowy, choć jej początek związany jest z minionymi świętami Bożego Narodzenia, i powstała pod hasłem „Wspólne święta”. Celem drugiej – aukcji charytatywnej, było zebranie środków finansowych na rozpropagowanie pierwszej.

Aukcja, w której można było wylicytować przedmioty przydatne w zawodzie medycznym, np.: ubrania, kosmetyki, ale także prawo uczestnictwa w kursach kształcenia zawodowego i korzystania z wypożyczonego

samochodu przez weekend, trwała od 1 do 10 grudnia. Cieszyła się dużym powodzeniem wśród lekarzy i lekarzy dentystów, wzięło w niej udział ponad 100 osób. 31 szczęśliwców wygrało vouchery na licytowane fanty, które zostały wręczone podczas dorocznej Wigilii Komisji Młodych Lekarzy. Zebrano 10 tys. zł.

„Wspólne święta” to kampania dotycząca pozostawiania czy wręcz oddawania osób starszych do szpitala w okresach świątecznych, a nawet przed długimi weekendami. Problem pojawia się od dawna w całej Polsce, spotkał się z nim każdy lekarz pracujący w szpitalu. Rodziny przywołują niedołężnych lub chorych seniorów na SOR lub wzywają pogotowie ratunkowe, skarżąc się na pogorszenie stanu zdrowia bliskiej osoby. Nawet jeśli badania nie potwierdzą tego pogorszenia, nie odbierają pacjentów z oddziałów. Zjawisko ma liczne przyczyny, nie można go wytłumaczyć jedynie słowem „znieczulica”.

Dotąd nikt nie zajął się problemem, próbują zmierzyć się z nim młodzi lekarze, rozpoczynając akcję „Wspólne święta”. Pierwszym krokiem było przygotowanie plakatów „Święta spędź z dziadkami”, które rozwieszono w wielu szpitalach Warszawy i Mazowsza. Akcją poparła Fundacja „My pacjenci”.

Następne kroki w rozwiązywaniu problemu to dyskusowanie o nim, m.in. w mediach, poszukiwanie społecznych sprzymierzeńców, którzy mogliby albo wręcz powinni pomagać seniorom, ich rodzinom i opiekunom w organizowaniu opieki. OIL będzie te działania kontynuowała. ■

**mkr**

Fot. H. Matuszewska



## Opłatek seniorów

**17** grudnia Fundacja Pro Seniore i Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie przygotowały spotkanie wigilijne dla pensjonariuszy Domu Lekarza Seniora w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 139.

W spotkaniu wzięli udział: prezes ORL Łukasz Jankowski, wiceprezes Jarosław Biliński oraz Andrzej Surowiecki, prezes Fundacji Pro Seniore, która imprezę zorganizowała. Gospodynią spotkania była dyrektor Domu Seniora Lekarza Jolanta Czerniak.

Koncert w wykonaniu Jerzego Woy-Wojciechowskiego i jego żony Alicji oraz występ chóru Medicantus OIL w Warszawie wprowadziły zebranych w świąteczny nastrój. Wspólnie śpiewano kolędy, a ks. Arkadiusz Zawistowski pobłogosławił zebranych i poświęcił opłatki. Goście raczyli się wigilijnymi potrawami, nie zapomniano o upominkach ufundowanych przez OIL w Warszawie. Część z nas, razem z prezesem Jankowskim i wiceprezesem Bilińskim, odwiedziła najbardziej schorowanych pensjonariuszy w ich pokojach.

Seniorzy przybyli także do Klubu Lekarza przy ul. Raszyńskiej na specjalne zaproszenie prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzego Jurkiewicza. W podniosłej atmosferze śpiewano pieśni i słuchano recytacji świąteczno-patriotycznych. ■

**Włodzimierz Cerański,**  
przewodniczący Komisji Lekarzy Seniorów

# doniesienia naukowe



## Media depresyjne

Korzystanie z mediów społecznościowych może wywoływać depresję u nastolatków, szczególnie dziewcząt. Z badań brytyjskich specjalistów wynika, że dziewczęta dwukrotnie częściej wykazują z tego powodu objawy depresji, takie jak lęki i zaburzenia snu.

W Wielkiej Brytanii przebadano 11 tys. nastolatków. Wykryto, że do mediów społecznościowych najczęściej zaglądają 14-latkowie. Aż dwie piąte przez co najmniej trzy godziny dziennie, spośród chłopców – co piąty.

Badania ujawniły, że dziewczęta częściej narażone są na dokuczanie i nękanie w mediach społecznościowych. Doświadczyło tego 40 proc. z nich, podczas gdy w przypadku chłopców – 25 proc. Z kolei zaburzenia snu wystąpiły u 40 proc. dziewcząt i 28 proc. chłopców.

Dziewczęta korzystające z mediów społecznościowych bardziej narażone są także na mniejsze poczucie własnej wartości oraz nieakceptowanie własnego wyglądu.

(„EClinicalMedicine”, styczeń 2019)

## Kto zaniedbuje badania przeciwnowotworowe, częściej umiera z innych przyczyn

To wiemy: pacjenci, którzy nie poddają się zalecanym badaniom przesiewowym w kierunku nowotworów, są bardziej narażeni na te choroby i przedwczesny zgon. Amerykanie wykryli jednak jeszcze jedną zależność: tacy pacjenci częściej również umierają z powodu innych chorób, nienowotworowych.

Wskazuje na to analiza danych 64,5 tys. Amerykanów będących średnio w wieku 62 lat. Zalecano im wykonanie badań w kierunku raka płuca oraz jelita grubego, a także raka prostaty (w przypadku mężczyzn) i raka jajnika (u kobiet). Zdecydowana większość osób z tej grupy (aż 85 proc.) wykonywała badania, ale pozostali rezygnowali z nich w całości lub częściowo. Wśród tych osób stwierdzono więcej zgonów z powodu innych schorzeń niż choroby nowotworowe. W przypadku osób, które w ogóle się nie badały, ryzyko zgonu w okresie dziesięciu lat było o 73 proc. większe, a w grupie pozostałych, którzy wykonali tylko niektóre badania – o 36 proc.

Jeden z autorów badania, dr Paul Pinsky z National Cancer Institute w Bethesda (Maryland), twierdzi, że nie ma tu związku przyczynowego. Niechęć do wykonywania badań świadczy raczej o tym, że w ogóle nie dba się o zdrowie, a to zwiększa ryzyko zgonu.

(bit.ly/2TmsZhu and bit.ly/2F3ca8b, „JAMA Internal Medicine”, grudzień 2018)

## Słodziki raczej nie poprawiają zdrowia, ale nie szkodzą

O słodzikach wiele dyskutowano, głównie o tym, czy są szkodliwe. Wynik dociekań był na ogół taki, że nie są. Najnowsza metaanaliza przeprowadzonych badań miała wykazać, czy są korzystne dla zdrowia, a zatem czy warto je stosować. Niestety, główny wniosek jest taki, że brak jednoznacznych dowodów ich korzystnego wpływu.

Przeanalizowano 56 badań w tym zakresie, z których większość (35) to nie były badania kliniczne. Dr Joerg Meerpohl z uniwersytetu we Freiburgu narzeka jednak na ich jakość, bo często obejmowały małą grupę osób i nie były pogłębione.

Z czterech badań obejmujących 318 osób wynika, że stosowanie słodzików, takich jak aspartam czy stevia, pozwala przyjmować w żywności o 254 kalorii mniej niż przyjmują osoby, które używają cukru. Nie udało się jednak dowieść, że słodziki pomagają schudnąć osobom z nadwagą lub otyłością.

Dwa inne badania, obejmujące 174 osoby stosujące słodziki, dowiodły nieznacznej poprawy poziomu glukozy we krwi. – *Najnowszy raport nie wykazał, że słodziki doprowadzają do poprawy parametrów zdrowotnych* – stwierdza Michele Pfarr z University of Pittsburgh Medical Center w Pensylwanii.

(bit.ly/2RzWcbs and bit.ly/2F5D7lj, „BMJ”, styczeń 2019)

## Ćwiczenia po zawale wydłużają życie

Zawałowcy nie powinni rezygnować z aktywności fizycznej, im więcej ćwiczą (oczywiście w porozumieniu z kardiologiem), tym lepiej. Ze szwedzkich badań wynika, że wysiłek fizyczny po zawale wydłuża życie.

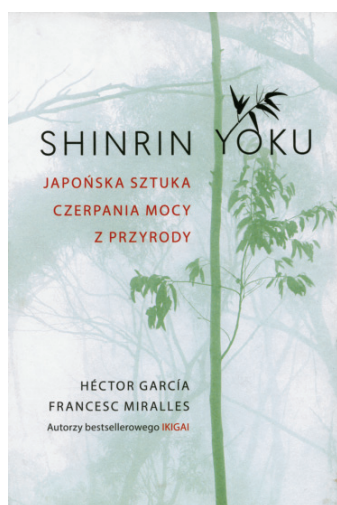
Wskazują na to obserwacje 22 tys. osób, które przeszły atak serca. Aktywni zaraz po zawale przez blisko rok byli o 71 proc. mniej narażeni na zgon w najbliższych czterech latach. Pacjenci, którzy nie byli aktywni fizycznie zaraz po zawale, ale później podjęli wysiłek, wykazywali o 59 proc. mniejsze ryzyko zgonu.

Zdaniem Claude'a Boucharda z Pennington Biomedical Research Center w Baton Rouge (Luizjana) zawałowcy, podobnie jak inne osoby, powinni ćwiczyć przynajmniej 150 minut tygodniowo. Specjalista najbardziej zaleca spacer, ponieważ to najłatwiejsza forma ruchu, ale również bezpieczna, mniej narażająca na urazy i złamania.

Najbardziej niekorzystne jest całkowite zaniechanie wysiłku fizycznego. Nie trzeba uprawiać sportów, wystarczy niewielka aktywność. Orjan Ekblom, jeden z autorów badania, twierdzi, że przydatny jest dowolny rodzaj ruchu.

(bit.ly/2FcOtug, „Journal of the American Heart Association”, grudzień 2018) ■

Zbigniew Wojtasiński



## SZTUKA LEŚNYCH KĄPIELI

To przewodnik dla tych, którzy chcą poznać siłę natury i wykorzystać przyrodę w niełatwej sztuce leczenia.

Brzmi jak wstęp do encyklopedii naturopatii albo kolejnej

pozycji tumaniącej chorych cudownymi metodami uzdrawiania. Nie jestem entuzjastką medycyny nieopartej na faktach naukowych, ale ta książka ma wiele wyjątkowych cech i z czystym sumieniem można ją polecić wszystkim, którzy cenią kontakt z naturą albo chcą dzięki niej wzmocnić swój organizm.

Autorzy długo mieszkali na Okinawie i starali się poznać sekret długowieczności mieszkańców. Tym razem zabierają nas do Japonii, by upowszechnić tamtejszą sztukę

czcerpania mocy z przyrody. Japończycy nazywają to *shinrin yoku* (*shinrin* – lasy oraz *yoku* – kąpać się). Termin ukuty został w 1982 r. Japończycy mimo technicyzacji życia oraz medycyny wcale nie chcą tracić kontaktu z naturą.

Pięknie wydana książka może być wytchnieniem dla czytelników. Poparte naukowymi dowodami obserwacje można będzie później wykorzystać w praktyce podczas spaceru po lesie (dowiemy się, jakie miejsce wybrać, by znaleźć ukojenie, przy jakich drzewach najłatwiej odzyskać energię) lub w czasie zakupów w centrum ogrodniczym (jakie rośliny doniczkowe nadają się najlepiej do domowego *shinrin yoku*). Nie sądzę, by udzielone rady mogły zastąpić oficjalne kuracje wielu przypadłości, ale z tego, co piszą autorzy, uzdrowicielska moc przyrody działa na tych, którzy w nią wierzą i nie boją się wyruszyć w podróż prowadzącą do odzyskania wewnętrznej harmonii. W każdej chorobie – jak znalazł. ■

Paweł Walewski

### JĘZYK NASZ GIĘTKI



Fot. archiwum

## BARBARYZMY

PROF. PIOTR MÜLDNER-NIECKOWSKI

Barbaryzmem (z gr. *barbarismos*, łac. *barbarismus*) nazywamy negatywnie oceniane zapożyczenie z języka obcego. Może to być nieodpowiedni wyraz, np. *\*naczelstwo*

(z rosyjskiego, poprawnie: *kierownictwo*, *dowództwo*, *zarząd*), albo nieakceptowany obcy związek frazeologiczny, np. *\*póki co* (także z rosyjskiego, poprawnie: *teraz*, *w tej chwili*, *na razie*, *tymczasem*, *nie czekając*, *ocze-kując*, *zanim coś nastąpi* itd.).

W wielu wypadkach czuje się nieprzyjemną obcość takiej jednostki języka, ale o wiele ważniejsze jest to, że jej zapożyczenie jest po prostu niepotrzebne, bo już mamy odpowiednie wyrażenie polskie. Dodatkowo barbaryzm może zmieniać z dawna ustaloną składnię lub zubażać słownictwo. Na przykład słyszany czasem w wypowiedziach telewizyjnych rusycyzm *któryś \*pod rząd* jest składniowo i leksykalnie zdecydowanie niepolski i powinno się używać polskiej formy *któryś z rządu*.

Podane wyżej wyrażenie *\*póki co* jest typowym szkodnikiem, który co ciekawe wielu publicznie występującym osobom bardzo się podoba, gdyż upraszcza mówienie. Prof. Jan Miodek wskazuje jednak, że ruguje ono bardzo potrzebną i różnicowaną grupę synonimów i powoduje, że niejedna wypowiedź staje się niedokładna, niejasna. O ile w prywatnym języku potocznym można by to odbiędy tolerować, o tyle w pisanim, a szczególnie nauko-

wym, instruktażowym, i to wypowiedzianym publicznie, należy zwalczać, gdyż zagraża precyzji tekstu.

W dzisiejszym gwałtownie rozwijającym się świecie języki narodowe często nie nadążają za nim. Tłumacze mają z tym problem i są gotowi dla ułatwienia posługiwać się barbaryzmami, nawet wtedy, kiedy odpowiednie wyrażenie już w ich języku istnieje. Przeważnie kończy się to wykoślawieniem wypowiedzi, a jeśli tekst jest dla jakiejś dziedziny ważny, środowisko zaczyna nieświadomie traktować nowe słowo jako rzekomo obowiązujące.

Ostatnio próbowano wprowadzić do polskiego lekarzkiego obiegu językowego wyrażenie *drug-naïve* (z ang. 'nieużywający jeszcze danego narkotyku i nieznający jego działania'), wzięte z angielskich slangowych tekstów, które zostało przechwycone przez terapeutów uzależnień, następnie trafiło do różnych poradników, aż wreszcie użył go pewien uczonego internista.

Fakt, że nawet w języku angielskim wyrażenie to jest uważane za żargonowe, nie odstraszył kilku polskich tłumaczy, którzy zamiast przełożyć je jako '[chory / pacjent], który nigdy nie przyjmował [danego] leku / nie był nim leczony' albo w uproszczeniu '[chory / pacjent] nieznający [jeszcze] [danego] leku', zaczęli podawać formę żywcem wziętą z oryginału lub co gorsza w koszmarnym przekładzie dosłownym: *\*leko-naïwny*. No cóż, inwencji językowej, przyzna każdy, trochę tu za mało... ■

# Posłuchać, zobaczyć...

## W angielskim ogrodzie

Wykłady z cyklu „Zjednoczona Europa angielskich ogrodów” odbywają się w Łazienkach Królewskich. Prelekcje stanowią okazję przybliżenia idei ogrodu angielskiego, jednej z mód epoki Oświecenia, i koncepcji nowoczesnej filozofii przyrody, która ewoluowała w wielu krajach Europy, docierając również do Polski. Łazienki są tego dowodem i najlepszym przykładem. Najbliższe wykłady w Pałacu na Wyspie odbędą się 27 lutego i 10 kwietnia.

[www.lazienki-krolewskie.pl](http://www.lazienki-krolewskie.pl)

## Odloty

Wystawa „Odloty” nie dotyczy ptaków, lecz raczej ludzi, którzy je oglądają – zarówno w naturze, jak i w atlasie ornitologicznym czy w telewizji. Prezentowane wizerunki ptaków stanowią odzwierciedlenie kulturowego fenomenu, którym był rozkwit sztuki nieprofesjonalnej w powojennej Polsce. Towarzyszące ptasim rzeźbom opisy odwołują się do mitów, folkloru, sztuki i pokazują

znaczącą obecność ptaków w kulturze. Wystawa w Państwowym Muzeum Etnograficznym w Warszawie potrwa do 31 marca.

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

## Od duetu do oktetu

Cykl „Sinfonia Varsovia kameralnie” odbywa się już po raz drugi. W tym roku program koncertów został oparty na stopniowo rosnących liczebnie zespołach, w myśl przewodniego hasła „od duetu do oktetu”, czyli poczynając od dwóch, a kończąc na ośmiu wykonawcach. W programie wiele utworów klasycznych i mniej znanych kompozycji. Najbliższe koncerty: 6 lutego – trio (skrzypce, trąbka i fortepian), 6 marca – kwartet smyczkowy, 3 kwietnia – kwintet dęty.

[www.sinfoniavarsovia.org.pl](http://www.sinfoniavarsovia.org.pl)

## Z życia miasta

„Odzyskana. Fotoreportaże z Warszawy 1918–1939” to zatrzymane w kadrze spojrzenie na przedwojenną stolicę i jej mieszkańców, a także opowieść o rozwoju i przeobrażeniach miasta, jakie nastąpiły w ciągu dwudziestolecia międzywojennego. Na ekspozycję składa się 300 prac fotoreporterów agencji Światowid działającej w ramach koncertu „Ilustrowanego Kuriera Codziennego”. Wystawę w galerii Domu Spotkań z Historią i na skwerze ks. J. Twardowskiego w Warszawie można oglądać do 24 lutego.

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

ach

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

### prof. Romualda Dębskiego

wybitnego ginekologa i położnika.

Profesor Dębski miał wielkie zasługi w dziedzinie konfliktów serologicznych.

Dzięki Jego wiedzy, doświadczeniu i pracy kierowanego przez Niego zespołu wiele kobiet z przeciwciałami do krwinek czerwonych i płytek urodziło zdrowe dzieci.

Odejście Pana Profesora jest wielką stratą dla środowiska lekarzy i diagnostów zajmujących się konfliktami serologicznymi.

W ich imieniu pragniemy Go pożegnać, łącząc się w bólu z Rodziną, przede wszystkim z Żoną prof. Marzeną Dębską

Ewa Brojer, Izabella Kopeć,  
Małgorzata Uhrynowska  
wraz z Zespołem Konfliktów Serologicznych IHiT Chocimska 5

Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

### prof. Romualda Dębskiego

wybitnego położnika i ginekologa oddanego swoim pacjentkom.

Żegnamy wspaniałego lekarza, nauczyciela, Szlachetnego Człowieka.

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy głębokiego współczucia

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

Z głębokim żalem żegnamy naszego Mistrza i Wielkiego Człowieka

### prof. Romualda Dębskiego

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie składają

lekarze Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Ostrowi Mazowieckiej



**JADWIGA KOSIATY**  
(1940–2009)

Pacjentom, którzy palili papierosy, wpisywała na czerwono do karty „Pali!”. Następnie cierpliwie tłumaczyła, dlaczego dalsze leczenie nie będzie skuteczne, dopóki pacjent nie rzuci zgubnego nałogu. Nigdy nie odmówiła nikomu pomocy. Jeszcze

na Śląsku, przed przeprowadzką do Warszawy, kiedy jeździła w pogotowiu, potrafiła bez chwili wahania pochylić się nad nieprzytomnym, śmierzącym alkoholikiem i pomóc przenieść go do karetki. Często powtarzała, abym uważał, przyjmując wielu pacjentów. Najbardziej potrzebujący pomocy może być bowiem ostatni pacjent, czekający cierpliwie w długiej kolejce. Jako przykład podawała chorego ze świeżym zawałem serca, który trafił pewnego jesiennego popołudnia do jej gabinetu, trzymając w ręku numer 42.

22 lutego mija dziesięć lat od Jej śmierci. Odeszła po 69 latach pracowitego, pełnego trudów i wyrzeczeń życia.

Moja śp. Mama – Jadwiga Kosiaty – przysłała na świat 26 kwietnia 1940 r. w Nowym Sączu. Jej ojciec Józef Stach był rolnikiem; później pracował także jako inspektor rolny w PZU. Matka Genowefa Stach, z domu Pierzchała, ukończyła Gimnazjum Nauczycielskie im. Marii Konopnickiej w Nowym Sączu i była nauczycielką w szkołach powszechnych. Chętnie dzieliła się różnymi anegdotami ze szkolnego życia. W sierpniu 1937 r. wzięła ślub z Józefem Stachem, a rok później urodziła się ich pierwsza córka Bożenka. Wrzesień 1939 r. zaskoczył moich dziadków we Lwowie. Babcia była w drugiej ciąży (z moją Mamą), gdy przeprawiali się pod ukraińskim ostrzałem wpływ przez rwący San (uciekając ze Lwowa do rodzinnego Sącza). Dwa lata później, w 1941 r., na świat przysłała najmłodsza z trzech córek Anna.

W 1965 r. moja Mama ukończyła Wydział Lekarski Śląskiej AM w Zabrze-Rokitnicy i rozpoczęła specjalizację z chorób wewnętrznych w chorzowskim szpitalu. Gdy pewnego razu odwiedziła rodzinne miasto, siostra Anna powiedziała: „*Chodź ze mną. Poznasz ciekawego człowieka*”. Tak spotkała swojego przyszłego męża, również pochodzącego z Nowego Sącza Krzysztofa Kosiatego, absolwenta Politechniki Warszawskiej. Po ślubie w 1970 r. pracowała jeszcze na Śląsku przez kilka lat, kończąc specjalizację. Dlatego na świat przyszedłem w Chorzwie. Urodziłem się siny, z bezdechem i w zamartwicy, jedynie z trzema punktami w skali Apgar. Życie uratował mi, wykonując sztuczne oddychanie, ginekolog dr Król. Jako dorosły człowiek nie zdążyłem mu podziękować, gdyż niedługo później zmarł. Liczę jednak, że kiedyś odnajdę na Śląsku jego grób i zapalę na nim znicze...

Z czasem rodzice przenieśli się do Warszawy. W stolicy spędzili resztę swojego pracowitego życia. Mama rozpoczęła pracę w Przychodni Rejonowej przy ul. Czerniakowskiej 137. Po kilku latach została kierowniczką tej placówki.

Przychodnia mieściła się tuż obok liceum prowadzonego przez siostry nazaretanki. Zakonnice przybiegały do Mamy, prosząc o pomoc medyczną przy „omdleniach” i innych kłopotach zdrowotnych swoich uczennic. Często odwiedzały nas także w domu, zawsze pogodne i uśmiechnięte. W 1992 odzyskały zabrane po wojnie pomieszczenia i przychodnia przeniosła się z ul. Czerniakowskiej 137 na ul. Iwicką 19 (gdzie mieści się do dzisiaj).

W szkole Mama uczyła się gry na fortepianie i wiele lat później często siadała do domowego pianina. Lubiłem wtedy słuchać, jak grała przedwojenne szlagiery oraz marsze i walce ze znanych oper i operetek. Zachowywałem się pożółkłe zeszyty „W krainie melodii” z opracowanymi przez Michała Woźnego utworami najwybitniejszych klasyków. Na razie wnuki Jadwigi, Ania i Karol, wolą jednak uczyć się gry na pianinie, korzystając z bardziej współczesnych melodii.

W 1986 u Mamy rozpoznano czerniaka (na bazie znamienia w prawym dole pachowym). Niestety, komórki przerzutowe stwierdzono także w okolicznych węzłach chłonnych i onkolodzy nie dawali nadziei na wyleczenie. Mimo to dzielnie zniosła rozległy zabieg operacyjny, naświetlania i wyniszczającą chemioterapię. Z sali w warszawskim Instytucie Onkologii, na której leżała, przeżyła tylko ona... Często podkreślała, że duża w tym była zasługa jej wiary oraz faktu, że w czasie choroby wspierały ją siostry nazaretanki z Czerniakowskiej.

Kilkaścian lat później pojawiły się kolejne kłopoty ze zdrowiem: zaburzenia rytmu i zawały serca oraz problemy ze stawami biodrowymi. Przebyta choroba nowotworowa, uciążliwe leczenie onkologiczne oraz późniejsze problemy kardiologiczne i ortopedyczne mocno ograniczyły codzienne funkcjonowanie i miały negatywny wpływ na psychiczne samopoczucie Mamy...

Kiedy wracam myślami do wspólnie spędzonych chwil, Jej ciężkiej pracy, którą starała się godzić z obowiązkami domowymi, oddania dla pacjentów oraz późniejszych zmagania z chorobą nowotworową, przypominają mi się słowa Matki Teresy z Kalkuty: „*Ludzie są nierozsądni, nielogiczni i zajęci sobą. Kochaj ich mimo to. Jeśli uczynisz coś dobrego, zarzucą ci egoizm i ukryte intencje. Czyń dobro mimo to. Jeśli ci się uda, zyskasz fałszywych przyjaciół i prawdziwych wrogów. Staraj się mimo to. Dobro, które czynisz, jutro zostanie zapomniane. Czyń dobro mimo to*”.

Odeszła w nocy, we śnie, 22 lutego 2009 r. w swoim mieszkaniu przy ul. Capri 3 na warszawskich Stegnach. Spoczęła w grobie rodzinnym na Cmentarzu Komunalnym w Nowym Sączu (kwatery 22). Tak bardzo tęskniła za tym miastem, w którym spędziła szczęśliwe lata dzieciństwa i wczesnej młodości. Wiekowa nekropolia przy ul. Rejtana położona jest na wzgórzu, z którego rozciąga się piękny widok na pobliskie, pokryte lasami pasmo górskie Beskidu Sądeckiego. Na jednym z nagrobków tego cmentarza znalazłem napis: „*Nie czekajcie, ja nie wrócę. Nie spieszcie się, ja poczekam*”. Do zobaczenia Mamusiu po tamtej stronie... ■

**Jarosław Kosiaty**



# Liderzy medycyny 2018

**Kapituła konkursu „Sukces roku w ochronie zdrowia”, organizowanego przez firmę Termedia i czasopismo „Menedżer Zdrowia” po raz osiemnasty, przyznała nagrody w dziesięciu kategoriach.**

Jak co roku wśród nagrodzonych znaleźli się lekarze i menedżerowie z województwa mazowieckiego. W kategorii „Menedżer – placówki publiczne” wyróżnienie otrzymali: Jacek Witold Białobłocki, dyrektor SP ZOZ w Mławie, Izabela Marcewicz-Jędrzyk, dyrektor Warszawskiego Szpitala dla Dzieci, oraz Małgorzata Zaława-Dąbrowska, dyrektor SP ZZLO Warszawa Żoliborz.

W kategorii „Menedżer – placówki prywatne” zwycięzcami zostali: Paweł Żuk, prezes zarządu Centrum Medyczo-Diagnostycznego w Siedlcach, oraz wiceprezes

CMD Artur Prusaczyk, a wyróżniono prof. Piotra Skarżyńskiego z Centrum Słuchu i Mowy Medicus.

Prof. Romualda Krajewskiego, kierownika Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL, wyróżniono w kategorii „Lider Roku – działalność edukacyjno-szkoleniowa”. Statuetkę Lidera Roku w kategorii „Media i public relation” otrzymało Stowarzyszenie Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia, którego prezesem jest Jadwiga Kamińska. Wyróżniono także Karolinę Kowalską, dziennikarkę „Rzeczpospolitej”.

Nagrodę specjalną za dokonania życia przyznano prof. Marianowi Zembali.

Uroczystość wręczenia statuetek odbyła się na Zamku Królewskim w Warszawie 10 stycznia 2019 r. ■

*mkr*

## OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA

### Obwieszczenie nr 8/2018/VIII przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 6 grudnia 2018 r.

*w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję 2018–2022 w rejonie wyborczym nr K8/108 Grupa „Zachód” Grodzisk Mazowiecki*

Na podstawie §45 ust. 3 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. – obwieszczenie nr 7/16/VII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 14 lipca 2016 r.) i uchwały nr 12/2018/VIII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 13 września 2018 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję 2018–2022, obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję 2018–2022 lek. Adama Galewskiego w rejonie wyborczym nr K8/108 Grupa „Zachód” Grodzisk Mazowiecki.

### Obwieszczenie nr 9/2018/VIII przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 6 grudnia 2018 r.

*w sprawie wygaśnięcia mandatu członka OKW w Warszawie na VIII kadencję 2018–2022*

Na podstawie §45 ust. 3 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu od-

woływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. – obwieszczenie nr 7/16/VII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 14 lipca 2016 r.) i uchwały nr 12/2018/VIII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 13 września 2018 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu na VIII kadencję 2018–2022, obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Warszawie na VIII kadencję 2018–2022 lek. Adama Galewskiego.

### Obwieszczenie nr 10/2018/VIII przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 6 grudnia 2018 r.

*w sprawie wygaśnięcia mandatu członka OKW w Warszawie na VIII kadencję 2018–2022*

Na podstawie §45 ust. 3 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. – obwieszczenie nr 7/16/VII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 14 lipca 2016 r.) i uchwały nr 12/2018/VIII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 13 września 2018 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na VIII kadencję 2018–2022, obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie mandatu członka Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie na VIII kadencję 2018–2022 lek. Adama Galewskiego.

Przewodnicząca OKW w Warszawie  
lek. dent. **Ewa Miękus-Pączek**

# BIULETYN ORL w WARSZAWIE

## UCHWAŁA NR 119/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 5 GRUDNIA 2018 R.

w sprawie powołania  
Zespołu ds. Wypalenia Zawodowego

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, t.j. ze zm.), w związku z potrzebą powołania w strukturze Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Zespołu ds. Wypalenia Zawodowego – uchwała się, co następuje:

### §1

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

### §2

1. Powołuje się kol. Monikę Potocką – członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, na stanowisko koordynatora Zespołu ds. Wypalenia Zawodowego.
2. Ustala się następujący skład Zespołu ds. Wypalenia Zawodowego:
  - 1) kol. Wanda Gajzlerska-Majewska,
  - 2) kol. Iwona Hawryłkiewicz,
  - 3) kol. Ewa Kusto,
  - 4) kol. Elżbieta Latoszek-Banasiak,
  - 5) kol. Rafał Machowicz,
  - 6) kol. Dorota Mazurek,
  - 7) kol. Daniel Morończyk,
  - 8) kol. Monika Potocka,
  - 9) kol. Małgorzata Zarachowicz.

### §3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### §4

Traci moc uchwała nr 69/R-VII/17 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 listopada 2017 r. w sprawie powołania Zespołu ds. Wypalenia Zawodowego.

## UCHWAŁA NR 121/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 5 GRUDNIA 2018 R.

w sprawie zasad kierowania lekarzy, lekarzy dentyistów  
do odbycia stażu podyplomowego na obszarze  
działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 15 ust. 6a, w związku z ust. 3b, 3d-3f, 4 i 6, oraz art. 5 ust. 7 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (DzU z 2018 r., poz. 617, t.j. ze zm.), art. 24 ust. 1 oraz ust. 2 pkt. 1 i pkt. 2, a także art. 40

ustawy z 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (DzU z 2018 r., poz. 1382, t.j. ze zm.), §4 i §17 ust. 1 Rozporządzenia ministra zdrowia z 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (DzU z 2014 r., poz. 474, t.j. ze zm.) i Zarządzenia nr 424/17 marszałka województwa mazowieckiego z 29 września 2017 r. w sprawie ustalenia listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz §4 porozumienia zawartego 9 października 2018 r. pomiędzy marszałkiem województwa mazowieckiego a Okręgową Radą Lekarską w Warszawie – uchwała się, co następuje:

### §1

1. Ustala się następujące ogólne kryteria kierowania lekarzy i lekarzy dentyistów do odbycia stażu podyplomowego lekarza i stażu podyplomowego lekarza dentyisty na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zwanego dalej „stażem”, w podmiocie uprawnionym do prowadzenia stażu podyplomowego i zawierania umowy o pracę w celu odbycia stażu podyplomowego – wpisanym na listę marszałka województwa mazowieckiego podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza, lekarza dentyisty, zwanym dalej „**uprawnionym podmiotem**”:

- 1) uzyskanie przez lekarza lub lekarza dentyistę, zwanego dalej „**lekarzem stażystą**”, prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty w celu odbycia stażu podyplomowego, wpisania na listę członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów;
- 2) posiadanie przez lekarza stażystę stałego miejsca zamieszkania, potwierdzonego oświadczeniem o miejscu zamieszkania, zwanego dalej „**miejscem zamieszkania**”, na obszarze powiatu województwa mazowieckiego, objętego obszarem działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zwanego dalej „**odpowiednim powiatem**”;
- 3) średnią ocenę ukończenia studiów ustalaną na potrzeby postępowania przeprowadzanego w celu skierowania lekarza stażysty na staż podyplomowy odbywany na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zwaną dalej „**średnią**”, na podstawie:
  - a) średniej arytmetycznej wszystkich ocen z egzaminów uzyskanych przez studenta, zawartych w karcie okresowych osiągnięć studenta, określonej w §9 ust. 1 pkt. 2 Rozporządzenia ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 16 września 2016 r. w sprawie dokumentacji przebiegu studiów (DzU 2016.1554), w przypadku lekarza, który posiada dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą;
  - b) średniej arytmetycznej wszystkich ocen z egzaminów uzyskanych przez studenta, zawartych w suplemencie dyplomu lekarza, który posiada dyplom lekarza wydany przez inną niż polska szkołę wyższą;
- 4) maksymalną liczbę lekarzy stażystów, którzy mogą jednocześnie odbywać staż w uprawnionym podmiocie,

zwaną dalej „**miejscami stażowymi**”, ustaloną przez marszałka województwa mazowieckiego w porozumieniu z Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – na wniosek Komisji ds. Stażu Podyplomowego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, zwanej dalej „**Komisją**”, w oparciu o ocenę merytoryczną, dotyczącą możliwości realizacji w jednym czasie programu stażu w uprawnionym podmiocie przez określoną liczbę stażystów;

5) miejsce zamieszkania na obszarze powiatu, zwanego dalej „**odpowiednim powiatem**”, jako podstawy do skierowania lekarza stażysty w pierwszej kolejności do odbycia stażu w przypisanym powiatowi uprawnionym podmiocie. Wykaz powiatów i przypisanych im podmiotów z liczbą miejsc stażowych stanowi załącznik nr 1;

6) wskazanie przez lekarza stażystę, w kolejności rozpatrywania, pięciu preferowanych przez niego uprawnionych podmiotów, jako miejsca odbywania stażu, zwanych dalej „**preferowanymi podmiotami**”.

2. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie może żądać od lekarza stażysty, w trakcie odbywania stażu, który złożył oświadczenie, o którym mowa w §1 ust. 1 pkt. 2, zaświadczenia o stałym zamieszkaniu oraz innych dokumentów potwierdzających stałe miejsce zamieszkania.

3. Lekarz stażysta ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. W przypadku złożenia oświadczenia o miejscu zamieszkania niezgodnego z prawdą Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie przenosi staż podyplomowy na teren działania właściwej okręgowej izby lekarskiej według miejsca zamieszkania lekarza stażysty.

## §2

1. W postępowaniu w celu skierowania lekarza stażysty do odbycia stażu podyplomowego w uprawnionych podmiotach uwzględnia się również rekomendację, której podstawą do uznania jest:

1) autorstwo bądź współautorstwo studenta publikacji naukowej, opublikowanej w czasopiśmie punktowanym przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego, potwierdzone zaświadczeniem z Głównej Biblioteki Lekarskiej,

2) opinia wystawiona lekarzowi dentyście stażystę przez lekarza dentystę prowadzącego indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską będącą uprawnionym podmiotem lub **koordynatora stażu** w uprawnionym podmiocie określająca warunki współpracy w ramach realizacji programu stażu w tym podmiocie. Wzór opinii stanowi załącznik nr 3.

2. Uznanie rekomendacji skutkuje przyznaniem lekarzowi stażystę 0,2 pkt., o które zwiększa się wartość uzyskanej przez niego średniej uwzględnianej przy kierowaniu stażysty do każdego uprawnionego podmiotu, z zastrzeżeniem ust. 3

3. W postępowaniu dotyczącym skierowania do odbycia stażu podyplomowego lekarza dentysty do określonego uprawnionego podmiotu uwzględnia się rekomendację wyłącznie tego podmiotu, który ją wydał.

## §3

1. Ustala się następujące szczegółowe kryteria kolejności kierowania lekarzy do odbywania stażu rozpoczynającego się corocznie 1 października lub 1 marca, w ramach wolnych miejsc stażowych:

1) w **pierwszej kolejności do odbywania stażu** w preferowanych uprawnionych podmiotach kieruje się kolejno lekarzy stażystów zamieszkałych na obszarze danego powiatu **przed 30 czerwca każdego roku**, w którym odbywa się rekrutacja, którzy uzyskali wyższą średnią z uwzględnieniem rekomendacji;

2) w drugiej kolejności **do odbywania stażu** w preferowanych uprawnionych podmiotach kieruje się kolejno lekarzy stażystów zamieszkałych na obszarze danego powiatu **po 30 czerwca każdego roku**, w którym odbywa się rekrutacja, którzy uzyskali wyższą średnią z uwzględnieniem rekomendacji.

2. Lekarza stażystę, który uzyskał decyzję ministra zdrowia, po uprzednim zasięgnięciu opinii marszałka województwa mazowieckiego i Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, w sprawie wyrażenia zgody na rozpoczęcie stażu podyplomowego w terminie innym niż określony w ust. 1, kieruje się do uprawnionego podmiotu posiadającego wolne miejsca stażowe.

3. Lekarza stażystę, członka innej okręgowej izby lekarskiej zamierzającego kontynuować staż podyplomowy na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie po zasięgnięciu opinii marszałka województwa mazowieckiego kieruje się do uprawnionego podmiotu posiadającego wolne miejsca stażowe.

## §4

W uzasadnionych przypadkach, w których istotną rolę odgrywają inne, udokumentowane zdarzenia dotyczące stałego miejsca zamieszkania, warunkujące skierowanie lekarza do odbycia stażu na zasadach innych niż określone w §2–3, lekarz stażysta, na swój wniosek, może zostać skierowany przez Prezydium ORL do odbycia stażu w uprawnionym podmiocie ustalonym z pominięciem kryteriów określonych w §3.

## §5

1. Lekarzy cudzoziemców, niebędących obywatelami państw członkowskich UE, spełniających kryteria, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lub posiadających Kartę Polaka, kieruje się zgodnie z zasadami określonymi w §2–4.

2. Lekarzy cudzoziemców, niebędących obywatelami państw członkowskich UE, o których mowa w art. 15 ust. 3f ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, kieruje się w celu odbycia stażu:

1) lekarza – do Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie przy ul. Banacha 1a,

2) lekarza dentysty – do Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie przy ul. Lindleya 4,

w ramach miejsc stażowych w liczbie ustalonej przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie z uprawnionym podmiotem w ramach umowy cywilnoprawnej na staż

podyplomowy, na warunkach określonych w art. 15 ust. 3f cytowanej ustawy.

Wzór promesy stanowi załącznik nr 4.

#### §6

1. Lekarz stażysta w celu uzyskania skierowania na staż na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie składa do Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie „Wniosek o skierowanie do odbycia stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentystry w podmiocie uprawnionym do zawierania umów o pracę z lekarzami/lekarzami dentystrami w celu odbywania stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie” wraz z załącznikami, odpowiednio w terminie do 30 lipca lub 31 stycznia. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

2. Komisja rozpatruje wniosek i ustala uprawniony podmiot, do którego powinien być skierowany lekarz stażysta, uwzględniając kryteria, o których mowa w §1–4, oraz zasady określone w §5. Komisja przekazuje swoje stanowisko do publicznej wiadomości przez zamieszczenie informacji na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

3. Lekarz stażysta, w terminie 5 dni kalendarzowych od dnia przekazania do publicznej wiadomości stanowiska Komisji, może wystąpić o ponowne rozpatrzenie wniosku wraz z uzasadnieniem, o skierowanie na staż wyłącznie do innego uprawnionego podmiotu, który nie został wskazany w stanowisku Komisji, o którym mowa w ust. 2 z zastrzeżeniem ust. 9.

4. Komisja po ponownym rozpatrzeniu wniosku, o którym mowa w ust. 3, uwzględnia wniosek lekarza lub podtrzymuje swoje stanowisko.

5. Komisja na podstawie stanowiska, o którym mowa w ust. 2 i 4, występuje do Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o skierowanie lekarza stażysty do odbycia stażu podyplomowego w określonym uprawnionym podmiocie.

6. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na wniosek Komisji, w drodze uchwały kieruje lekarzy stażystów do odbywania stażu na obszarze działania izby, uwzględniając kryteria, o których mowa w ust. 2.

7. Lekarzowi stażysty przysługuje odwołanie od uchwały Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie za pośrednictwem Komisji, w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia opublikowania uchwały na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, z zastrzeżeniem ust. 9.

8. Prezydium, uwzględniając stanowisko Komisji w sprawie odwołania, w drodze zmiany uchwały, o której mowa w ust. 4, a także uwzględniając maksymalną liczbę miejsc stażowych w określonym uprawnionym podmiocie, kieruje lekarza stażystę do uprawnionego podmiotu wskazanego w odwołaniu lub do innego, umożliwiającego lekarzowi odbycie stażu podyplomowego, albo odmawia zmiany uchwały.

9. Podanie o ponowne rozpatrzenie wniosku o skierowanie na staż lub odwołanie od uchwały PORL nie przysługuje lekarzom stażystom, którzy zgodnie z kryteriami określonymi w §3 zostali skierowani do odbycia stażu podyplomowego do któregośkolwiek z pięciu preferowanych przez lekarza stażystę podmiotów wskazanych we wniosku o skierowanie na staż.

#### §7

Listy lekarzy stażystów skierowanych do odbycia stażu w uprawnionych podmiotach na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, obejmujące nazwisko i imię (w kolejności alfabetycznej) oraz podmiot leczniczy, do którego lekarz został skierowany, zamieszcza się na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

#### §8

Lista podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza lub lekarza dentystry i zawierania umów o pracę w celu odbycia stażu wpisanych na listę marszałka województwa mazowieckiego z określoną maksymalną liczbą lekarzy stażystów, którzy mogą jednocześnie odbywać staż w tych podmiotach, jest publikowana na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w terminach poprzedzających rekrutację do odbywania stażu rozpoczynającego się corocznie 1 października lub 1 marca, tj. do 30 czerwca i do 31 grudnia każdego roku.

#### §9

Traci moc uchwała nr 19/R-VII/18 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 marca 2018 r. w sprawie zasad kierowania lekarzy, lekarzy dentystrów do odbycia stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

#### §10

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

---

### UCHWAŁA NR 123/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 19 GRUDNIA 2018 R.

*w sprawie ustalenia terminu obrad  
XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
im. prof. Jana Nielubowicza*

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018, poz. 168, t.j. ze zm.) uchwała się, co następuje:

#### §1

Ustala się termin obrad XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na 13 kwietnia 2019 r.

#### §2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

# nowe przepisy prawne

MEC. BEATA KOZYRA-ŁUKASIAK

15 listopada 2018 r. zostało opublikowane w DzU, poz. 2150, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 25 października 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie felczera.

17 listopada 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2154.

18 listopada 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2001.

23 listopada 2018 r. zostało opublikowane w DzU, poz. 2190, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 9 listopada 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej.

23 listopada 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 listopada 2018 r. w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2186.

Zakładem psychiatrycznym wykonującym obserwację orzeczoną przez sąd na podstawie art. 13 ust. 2 ustawy z 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób jest Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym.

23 listopada 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 listopada 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykażu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2185.

W wykazie zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania obserwacji osób, w stosunku do których istnieje potrzeba wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego, w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych, Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej zastępuje Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym.

28 listopada 2018 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z 30 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników niebędących członkami korpusu służby cywilnej zatrudnionych w urzędach administracji rządowej i pracowników innych jednostek, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2131.

Zmianie ulega załącznik do rozporządzenia, określający zastrzegowanie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

30 listopada 2018 r. zostało opublikowane w DzU, poz. 2241, obwieszczenie ministra rodziny, pracy i polityki społecznej z 9 listopada 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w niektórych państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia.

30 listopada 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2231, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 9 listopada 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o produktach biobójczych.

1 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1985.

Celem pilotażu jest ocena skuteczności praktycznej oraz wypracowanie optymalnego modelu organizacji leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być udzielane od 1 grudnia 2018 do 30 listopada 2020 r.

Pilotaż dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego polegających na przeprowadzeniu zabiegu trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwiennego.

Pilotaż obejmie pacjentów, u których:

- doszło do zamknięcia przez zator lub zakrzep następujących naczyń wewnątrzczaszkowych: tętnicy szyjnej wewnętrznej, segmentu M1 środkowej tętnicy mózgu, segmentu M2 środkowej tętnicy mózgu, segmentu A1 przedniej tętnicy mózgu, segmentu A2 przedniej tętnicy mózgu, tętnicy podstawnej lub tętnicy kręgowej, oraz
- wynik badania neuroobrazowego (tomografii komputerowej z opcją naczyniową lub rezonansu magnetycznego z opcją naczyniową) wskazuje wysokie prawdopodobieństwo niedrożności danej tętnicy.

Podmiotem zobowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji pilotażu jest NFZ.

Realizatorem pilotażu może być świadczeniodawca wykonujący umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego.

Wykaz realizatorów pilotażu stanowi załącznik do rozporządzenia.

**4 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 30 października 2018 r. w sprawie wzorów skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2155.**

**5 grudnia 2018 r. zostało opublikowane w DzU, poz. 2272, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 9 listopada 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.**

**11 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 grudnia 2018 r. w sprawie przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów wykonywanych przez nie czynności, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2304.**

Wysokość kosztów czynności administracyjnych wykonywanych przez izby lekarskie ustala się na podstawie:

- liczby wydanych dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza i Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry,
- liczby zakończonych postępowań prowadzonych przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej,
- liczby zakończonych postępowań przed sądem lekarskim,
- liczby zakończonych postępowań w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu,
- liczby lekarzy wprowadzonych do rejestru lekarzy, rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie praktyk lekarskich na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej, rejestrów podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy oraz rejestrów lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód lekarza,

- liczby metrów bieżących dokumentacji medycznej przejętej w danym roku, w przypadku określonym w przepisach ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta,
- wartości jednego zakończonego zadania związanego z wykonaniem wymienionych czynności.

Wycena każdego zadania jest ustalana corocznie w drodze negocjacji ministra właściwego do spraw zdrowia z okręgowymi izbami lekarskimi i z Naczelną Izbą Lekarską, po przedłożeniu Sejmowi uchwalonego przez Radę Ministrów projektu ustawy budżetowej na rok następny.

Podstawę przekazania środków finansowych stanowi umowa, opracowana na podstawie prognoz wykonania zadań, zawarta w danym roku między ministrem zdrowia a Naczelną Izbą Lekarską albo okręgową izbą lekarską.

Przekazanie środków finansowych na pokrycie kosztów wymienionych zadań następuje dwa razy w roku, w terminie 14 dni od dnia zatwierdzenia przez ministra zdrowia złożonych przez Naczelną Izbę Lekarską oraz okręgowe izby lekarskie półrocznych sprawozdań z wykonywanych zadań ze wskazaniem ich liczby.

**22 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 listopada 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2281.**

Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego realizuje swoje zadania w szczególności przez:

- przyjmowanie ustnych i pisemnych skarg pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym, skarg rodziny pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad pacjentem oraz ocenę zasadności skargi,
- zapewnienie pacjentowi dostępu do informacji prawnej,
- pomoc w sporządzeniu i złożeniu skargi do kierownika szpitala psychiatrycznego lub innych instytucji,
- udzielanie pomocy pacjentowi wypisanemu ze szpitala psychiatrycznego, jeżeli skarga została złożona w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, a procedura jej rozpatrywania nie została zakończona.

Rzecznik wykonuje wymienione czynności na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, klinikach psychiatrycznych, sanatoriach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i innych zakładach leczniczych sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, przy czym obejmuje działaniem obszar nie większy niż trzy sąsiadujące ze sobą województwa, w zależności od rozmieszczenia tych zakładów.

Rzecznik umieszcza na tablicach informacyjnych na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, klinikach psychiatrycznych, sanatoriach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i innych zakładach leczniczych sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową informację o możliwości korzystania z pomocy rzecznika przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub osobę sprawującą faktyczną opiekę nad pacjentem.

**28 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2423.**

Celem pilotażu jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej na terenie województwa dolnośląskiego i świętokrzyskiego.

Pilotaż trwa 18 miesięcy od dnia następującego po dniu podpisania z NFZ przez świadczeniodawców zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu realizacji pilotażu.

Pilotażem mogą zostać objęci świadczeniobiorcy, u których w okresie realizacji pilotażu rozpoznano nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca (kody jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10: C18-C20, C34, C50, C56, C61).

Wojewódzki ośrodek koordynujący oznacza podmiot leczniczy o największym w danym województwie potencjale w zakresie personelu medycznego oraz sprzętu i aparatury medycznej, wyspecjalizowany w opiece onkologicznej nad świadczeniobiorcą, dysponujący możliwością kompleksowego leczenia onkologicznego i koordynujący opiekę onkologiczną w ramach sieci onkologicznej.

Wojewódzkimi ośrodkami koordynującymi są:

- Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu – na terenie województwa dolnośląskiego,
- Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach – na terenie województwa świętokrzyskiego.

Sieć onkologiczna oznacza strukturę działającą na terenie danego województwa, na którą składają się wojewódzki ośrodek koordynujący z ośrodkami współpracującymi I i II poziomu, które współpracują w zakresie opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym pilotażem.

Ośrodek współpracujący I poziomu oznacza podmiot leczniczy zapewniający udzielanie świadczeń w co najmniej jednym z trzech zakresów: leczenie zabiegowe, chemioterapia, radioterapia onkologiczna, realizujący opiekę onkologiczną i plan leczenia onkologicznego oraz współpracujący z wojewódzkim ośrodkiem koordynującym i ośrodkiem współpracującym II poziomu.

Ośrodek współpracujący II poziomu oznacza podmiot leczniczy zapewniający udzielanie świadczeń w co najmniej dwóch z trzech zakresów: leczenie zabiegowe, chemioterapia, radioterapia onkologiczna, realizujący opiekę onkologiczną i plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy oraz współpracujący z ośrodkiem koordynującym i ośrodkiem współpracującym I poziomu.

Wykaz ośrodków współpracujących I i II poziomu na terenie wymienionych województw określa załącznik do rozporządzenia.

Wojewódzki ośrodek koordynujący oraz ośrodki współpracujące I i II poziomu w danym województwie zawierają porozumienia o współpracy dotyczące sprawowania koordynowanej opieki onkologicznej w ramach pilotażu, w tym wzajemnego przepływu danych:

- pochodzących z raportów statystycznych lub z systemu Rejestru Usług Medycznych NFZ,

- o stanie ogólnym pacjenta,
- o kodzie i stopniu zaawansowania choroby,
- o wyniku badania histopatologicznego.

Wojewódzki ośrodek koordynujący:

- koordynuje opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej,
- organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych pilotażem, w tym wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne w miejscu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę I poziomu, które ustalają plan leczenia onkologicznego,
- w porozumieniu ze świadczeniobiorcą wskazuje świadczeniodawcę realizującego opiekę onkologiczną należącą do danej sieci onkologicznej,
- realizuje plan leczenia onkologicznego,
- wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego, jednego na każdą kolejną rozpoczętą w danym miesiącu liczbę 40 świadczeniobiorców, których obejmuje opieką onkologiczną w ramach pilotażu,
- zapewnia ośrodkom współpracującym I i II poziomu:
  - \* ustalenie świadczeniobiorcom tych ośrodków planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne,
  - \* możliwość skorzystania z porad i konsultacji w przypadkach trudnych klinicznie, m.in. z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych,
- prowadzi infolinię onkologiczną,
- zapewnia możliwość telefonicznego i elektronicznego ustalania terminu oraz zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich,
- gromadzi dane o świadczeniach opieki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych, udzielonych świadczeniobiorcom objętym pilotażem, uzyskane na podstawie ankiety oraz dokonuje analizy tych danych,
- dokonuje bieżącej i okresowej oceny:
  - \* realizacji planów leczenia onkologicznego przez ośrodki współpracujące I i II poziomu,
  - \* organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych przez ośrodki współpracujące II poziomu,
- gromadzi dane na podstawie ankiety satysfakcji świadczeniobiorców z zakresu opieki onkologicznej sprawowanej w ramach sieci onkologicznej i dokonuje ich analizy,
- sporządza i przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu NFZ sprawozdania okresowe i sprawozdanie końcowe ze swojej działalności,
- może koordynować opiekę onkologiczną we współpracy z ośrodkami II poziomu.

Po zakończeniu okresu rozliczeniowego określonego przez NFZ wojewódzkie ośrodki koordynujące oraz ośrodki współpracujące II poziomu, w których działały wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne, przekazują do oddziału wojewódzkiego funduszu szczegółowe zestawienie oceny kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej.

Podmiotem obowiązującym do wdrażania, finansowania, monitorowania i ewaluacji pilotażu jest NFZ. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach pilotażu

odbywa się zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczącymi systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, zawartymi w ramach leczenia onkologicznego ze świadczeniodawcami w zakresie leczenia szpitalnego na obowiązujących w tych umowach warunkach, z wykorzystaniem współczynników korygujących:

- \* 1,05 – dla ośrodka współpracującego I poziomu,
- \* 1,175 – dla ośrodka współpracującego II poziomu,
- \* 1,35 – dla ośrodka koordynującego województwa dolnośląskiego,
- \* 1,30 – dla ośrodka koordynującego województwa świętokrzyskiego.

**30 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2381.**

Podmioty lecznicze niespełniające 30 grudnia 2018 r. wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii, dostosują się do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w terminie nie dłuższym niż do 31 grudnia 2021 r.

Lekarz będący przed 30 grudnia 2018 r. kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niebędący specjalistą w anestezjologii i intensywnej terapii, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do 31 grudnia 2021 r.

Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które 30 grudnia 2018 r. nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do 31 grudnia 2021 r.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które 30 grudnia 2018 r. nie spełniają wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia, dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia”, dostosują się do tych wymagań do 31 grudnia 2021 r.

**30 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej NFZ, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2470.**

**31 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia**

**wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnictwa lecznictwa uzdrowiskowego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2375.**

Zakłady i urzędnictwa lecznictwa uzdrowiskowego należy dostosować do wymagań określonych w rozporządzeniu w terminie nie dłuższym niż do 31 grudnia 2021 r.

**31 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2410.**

**31 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2475.**

**31 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia i ministra spraw wewnętrznych i administracji z 28 grudnia 2018 r. w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2472.**

**31 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2459.**

Rozporządzenie określa:

- sposób dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposób dokonywania oceny zasadności jego zastosowania,
- sposób przeprowadzania oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej,
- rodzaje i wzory dokumentów stosowanych przy wykonywaniu tych czynności.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego dokumentuje się w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego.

Karta zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje:

- stwierdzenie zastosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem jego rodzaju albo rodzajów oraz przyczyny zastosowania,
- wskazanie czasu trwania przymusu bezpośredniego, w tym daty i godziny rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania, oraz uzasadnienie poszczególnych okresów jego przedłużania – jeżeli dotyczy,
- opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza lub lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany, a także imienia i nazwiska oraz stanowiska osoby stosującej przymus bezpośredni,



- imię i nazwisko osób: zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, nadzorującej jego wykonanie, zatwierdzającej jego zastosowanie, podejmującej decyzję o zaprzestaniu jego stosowania, a także przedłużającej stosowanie przymusu bezpośredniego – jeżeli dotyczy,
- potwierdzenie przekazania dokumentacji medycznej podmiotowi oceniającemu zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego.

Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej obejmuje informacje dotyczące zachowania, w tym przyjęcia posiłku oraz płynu, snu, a także parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

Ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośrednio uprawniony lekarz przeprowadza na podstawie karty zastosowania przymusu bezpośredniego oraz innej przekazanej dokumentacji medycznej, jeżeli zawarte w niej wpisy mają znaczenie dla zastosowanego przymusu bezpośredniego, uwzględniając przy ocenie wymagania określone w ustawie oraz aktualny stan wiedzy medycznej.

Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośrednio obejmuje:

- ocenę istnienia podstawy prawnej i faktycznej do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego,
- ocenę zasadności zastosowanego rodzaju środka przymusu bezpośredniego,
- ocenę prawidłowości zastosowanej procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia, m.in. zasadności czasu stosowania poszczególnych środków przymusu bezpośredniego o charakterze ciągłym,
- ocenę sposobu działania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta – jeżeli dotyczy,
- ocenę prawidłowego udokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego.

Ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośrednio uprawniony lekarz zamieszcza w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego.

Karta zastosowania przymusu bezpośredniego oraz ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej stanowią załączniki do indywidualnej dokumentacji medycznej osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni.

**1 stycznia 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2019 r., opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1662.**

**1 stycznia 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1756.**

**1 stycznia 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń**

**gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2012.**

**1 stycznia 2019 r. weszła w życie ustawa z 13 września 2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 2024.**

Ustawa określa zasady działania Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Podstawową działalnością CMKP jest kształcenie podyplomowe w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, prowadzenie badań naukowych oraz prac rozwojowych w tym obszarze.

CMKP prowadzi, na zasadach określonych w ustawie z 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, kształcenie na studiach podyplomowych, może prowadzić kształcenie doktorantów oraz inne formy kształcenia.

Centrum samodzielnie organizuje i realizuje elementy kształcenia podyplomowego lekarzy, lekarzy dentyistów, farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych oraz innych osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych, które wykonują zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, z wyłączeniem kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Omawiana jednostka koordynuje oraz kontroluje zadania realizowane przez inne podmioty, m.in. spełnianie warunków prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego oraz realizację procesu szkolenia specjalizacyjnego, a także, na zasadach określonych w tych przepisach, nadaje i cofa uprawnienia do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

CMKP realizuje inne zadania, zgodne z zakresem swojej działalności zlecone przez ministra zdrowia, oraz uczestniczy w sprawowaniu opieki medycznej w zakresie i formach określonych w przepisach ustawy o działalności leczniczej.

Nadzór nad utworzonym CMKP sprawuje minister zdrowia.

Likwiduje się Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie utworzone na podstawie przepisów dotychczasowych.

Osoby, które rozpoczęły szkolenie specjalizacyjne w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie utworzonym na podstawie przepisów dotychczasowych, kontynuują szkolenie specjalizacyjne w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego.

Pierwsza kadencja organów Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i kierowników jednostek organizacyjnych oraz ich zastępców trwa do 31 sierpnia 2020 r.

**1 stycznia 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 grudnia 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. 2364.**

Rozporządzenie uchyla przepis §10a załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiący, że od 1 stycznia 2019 r. świadczeniodawca jest obowiązany do prowadzenia w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy

z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta:

1) historii choroby – w przypadku świadczeniodawcy wykonującego działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne,

2) historii zdrowia i choroby – w przypadku świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem świadczeniodawcy realizującego umowę w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki indywidualnej.

W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia wskazano, że proponowana zmiana wynika z faktu, iż świadczeniodawcy nie są obecnie dostatecznie przygotowani do wypełnienia obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej historii choroby oraz historii zdrowia i choroby.

Przytoczony przepis dotyczył wyłącznie wymienionych w nim świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z NFZ.

**1 stycznia 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2376.**

Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia

może, w celu zapewnienia właściwej opieki oraz organizacji pracy, zatrudnić opiekuna medycznego, ratownika medycznego, sekretarkę medyczną.

Liczba i kwalifikacje wspomnianych pracowników są ustalane przez świadczeniodawcę z uwzględnieniem profili i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych, liczby i bieżącego wykorzystania łóżek, wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.

Rozporządzenie wprowadza również zmiany w załączniku nr 4, zawierającym wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń.

**1 stycznia 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 grudnia 2018 r. w sprawie szczegółowego wzoru zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2414.**

**11 stycznia 2019 r. weszło w życie część przepisów ustawy z 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, opublikowanej w DzU z 2018 r., poz. 2429.** ■



**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 Drobnik, Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, Bartłomiej Iwańczyk, Maria Kłosińska, Krzysztof Madej, Piotr Sobiech

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Janina Jankowska, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Filip Niemczyk, Przemysław Rawa-Kłoczek, Małgorzata Solecka, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

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

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

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

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

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.



## Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

**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](mailto: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

**Zastępca 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](mailto:odz@oilwaw.org.pl)

**Marketing i reklama:** tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00, e-mail: [marketing@oilwaw.org.pl](mailto:marketing@oilwaw.org.pl)

**Dział Informacji Medialnej:** tel. 22-542-83-83

**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](http://www.izba-lekarska.pl)

- Aparat MRI 3T marki Philips z technologią dStream
- Szeroki zakres badań
- Krótki czas badania
- Tunel o średnicy 70 cm
- Dedykowane cewki do wszystkich obszarów badania, w tym do wszystkich stawów
- Mapowanie chrząstki
- Arthrografia MR
- Rezonans serca
- Spektroskopia
- Perfuzja mózgowia
- Wieloparametryczne badania prostaty

## REZONANS MAGNETYCZNY 3T

# CENTRUM MEDYCYNY SPORTOWEJ

Centrum Medycyny Sportowej to ośrodek leczniczo-rehabilitacyjny, specjalizujący się w leczeniu urazów ortopedycznych. CMS wykorzystuje najnowocześniejsze technologie w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji.

Warszawa, ul. Wawelska 5

## TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

- Aparat TK marki Philips 64-rzędowy, 128-warstwowy
- Szeroki zakres badań
- Krótki czas badania
- Arthrografia TK
- Ocena implantów i protez stawowych z redukcją artefaktów
- Duży wachlarz badań naczyniowych: arteriografia, wenografia, diagnostyka zespołów uciskowych
- Badanie kości skroniowych u dzieci i dorosłych