

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

puls

LIPIEC-SIERPIEŃ 2022 (nr 327-328)



» Niezbędnik globtrotera
» Wakacje z medycyną podróży
» Wiedzieć, czym są tropiki

» Małpia ospa
– medialna gorączka
» Jet lag – podróże w poprzek czasu

» W kontrze: „rejestr ciąży”
» „Zofiówka” zapomniana
» Bagaż – prof. Jerzy Bralczyk

SPIS TREŚCI

- ▶ NA DZIEŃ DOBRY (str. 2) _____
- ▶ DZIŚ I JUTRO (str. 3) _____
- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 21, 26–29, 51) _____
- 38 Interwencje rzecznika praw lekarza**
– Monika Potocka
- ▶ OPINIE _____
- 4 Niezbędnik globtrotera**
– Paweł Walewski
- 20 Moment zmęczenia**
– Paweł Kowal
- ▶ CHOROBY TROPIKALNE _____
- 6 Wakacje z medycyną podróży**
– Adrian Boguski
- ▶ ZDROWIE PSYCHICZNE _____
- 8 Jet lag – podróże w poprzek czasu**
– Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- ▶ SŁOWA NA ZDROWIE _____
- 10 Bagaż**
– Jerzy Bralczyk
- ▶ CHOROBY ZAKAŻNE _____
- 12 Małpia ospa – medialna gorączka**
– rozmowa z Tomaszem Dzieciatkowskim
- ▶ SYSTEM _____
- 14 Rejestr ciąży. Wiele hałasu o... coś?**
– Małgorzata Solecka
- 33 #SPRAWDZAM Nadmiarowe zgony**
– Małgorzata Solecka
- ▶ „REJESTR CIĄŻ” _____
- 16 W KONTRZE**
– Michał Gontkiewicz
– Michał Balsa
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA _____
- 19 Programy przesiewowe**
– Marek Balicki
- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW _____
- 22 Za nami VI Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne**
– Michał Niepytalski
- ▶ MEDIA _____
- 30 #W_ETERZE**
- ▶ PRAWO _____
- 34 Aktualności prawnomedyczne**
– Filip Niemczyk
- 36 Nieuleczalne a zaskarżone**
– Aleksandra Powierża,
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- ▶ NA PRZESTRZENI LAT _____
- 39 Wiedzieć, czym są tropiki**
– rozmowa z Józefem Knapem
- ▶ HISTORIA _____
- 42 „Zofiówka” zapomniana**
– Adrian Boguski
- ▶ ZABIEGI WIZERUNKOWE _____
- 46 Zdrowe ciało, zdrowy rozsądek**
– rozmowa z Maciejem Orłosiem
- ▶ OJCOWIE LEKARZE _____
- 48 Wspólna wioska**
– rozmowa
z Konradem Pateną
i Jędrzejem Sarneckim
- ▶ W PIGUŁCE (str. 11) _____
- ▶ STANOWISKO PREZYDIUM ORL W WARSZAWIE (str. 18) _____
- ▶ OKIEM NFZ (str. 32) _____
- ▶ WSPOMNIENIA (str. 52) _____
- ▶ BIULETYN ORL (str. 54) _____



Graf. na okładce: M. Turkowska

www.miesiecznik-puls.org.pl



#2022 KICK OFF MEETING

WYJAZD SZKOLENIOWO-INTEGRACYJNY
DLA LEKARZY STAŻYSTÓW

30 WRZEŚNIA – 2 PAŹDZIERNIKA 2022 R.
MIEJSCE: Z-HOTEL BUSINESS & SPA
OTWOCK, UL. WZASOWA 25

ZAPISY:
IZBA-LEKARSKA.PL

CER MED

**ORĘDOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE**
im. prof. Jana Nieśubowicza



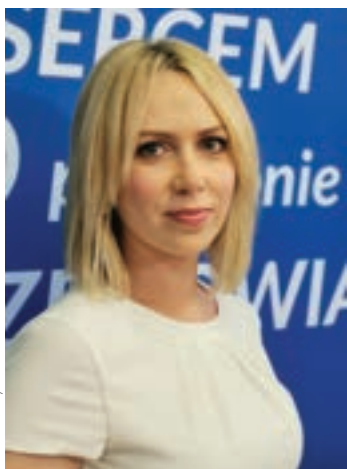
PROGRAM STYPENDIALNY

OIL w Warszawie
Dofinansowanie staży, kursów
i konferencji zagranicznych

więcej: 

termin składania wniosków do 30 września 2022 r.





Fot.: K. Bortyzel

RENATA JEZIÓŁKOWSKA

redaktor naczelna

Tropiki na topie

Aby odpocząć na urlopie, trzeba się do niego solidnie przygotować. Nie chodzi tylko o znalezienie oferty z hotelem blisko plaży czy zaplanowanie transportu z lotniska, ale przede wszystkim o takie „drobiazgi” jak sprawdzenie listy szczepień zalecanych w danym rajach na ziemi. Społeczeństwo spragnione wakacji, bardzo często przymyka oczy na kwestie oczywiste i podstawowe – jak ryzyko zdrowotne. W lipcowo-sierpniowym numerze „Pulsu”, ostatnim pod moją redakcją, koncentrujemy się na temacie gorącym, czyli medycynie podróży.

Rozmawiamy z lekarzami zajmującymi się tą dziedziną medycyny, patrzymy na nią przez pryzmat bardzo małej liczby specjalistów i podejścia pacjentów, do którego niestety można odnieść powiedzenie „mądry Polak po szkodziu”. Przeglądamy się medycynie tropikalnej na przestrzeni lat, ale też nowemu wirusowi, który dotarł do Polski – małpiej ospie wzbudzającej emocje i zainteresowanie mediów. Istotnymi dla zdrowia psychicznego wątkami są *jet lag* i rytm okołodobowy (który możemy nieco regulować) oraz związany z odpoczynkiem... stres.

Nie sięgamy jedynie daleko poza granice kraju, opisujemy również wydarzenia i dyskusje mające miejsce w Polsce. Tematem wzbudzającym kontrowersje był tzw. rejestr ciąż. Czy słusznie? Analizujemy, pytamy o zdanie specjalistów położnictwa i ginekologii. Mówimy #sprawdzam w odniesieniu do informacji o nadmiarowych zgonach i ich przyczynach. Śledzimy ruchy na arenie międzynarodowej w związku z wojną na Ukrainie. Publikujemy aktualności prawnomedyczne, m.in. dotyczące projektu (z którego się wycofano) zaostrzenia kar za nieumyślne błędy medyczne. W „Pulsie” pojawia się wątek mobbingu w ochronie zdrowia – zjawiska, które musi być nagłaśniane i spotykać się z reakcją samorządu zawodowego.

Patrzmy wstecz, by zapoznać Państwa z miejscami związanymi z historią medycyny. Tym razem odwiedziliśmy otwocką „Zofiówkę”. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie planuje kolejne szkolenia i spotkania, na które zaprasza i o których informuje w biuletynie, na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych. To, co się dzieje, oczywiście relacjonujemy. Za nami są m.in. VI Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne oraz kolejne wydarzenia edukacyjne, kulturalne, sportowe. W czerwcu przypadał Dzień Ojca,

z tej okazji przeprowadziliśmy wywiady z ojcami lekarzami, którzy mówili o swoich priorytetach i łączeniu roli taty z pracą zawodową.

Z kolei moja rola redaktor naczelnej „Pulsu” i rzecznika prasowego OIL w Warszawie to temat, którym postanowiłam zakończyć wstępnik. Zamykam ten etap pracy zawodowej, otworzyłam rozdział zatytułowany „Naczelna Izba Lekarska”. Zostałam rzecznikiem prasowym NIL kontynuując pracę dla samorządu lekarskiego w zakresie mediów, strategii komunikacji, działań związanych z informacją, wizerunkiem i promocją. Biorąc pod uwagę ścisłą współpracę między izbami okręgową i naczelną, nie żegnam się z Państwem. Dziękuję serdecznie za 2,5 roku w „Pulsie” i OIL, a jednocześnie cieszę się na nowe wyzwania w innym miejscu, lecz nadal w samorządzie. Mam nadzieję, że chętnie sięgają Państwo po „Puls” pod moją redakcją, że zmiany, które wprowadziłam, zarówno w formie, jak i w treści, są dobrze oceniane.

Dziękuję Piotrowi Pawliszakowi, pełniącemu obecnie funkcję prezesa ORL, życząc mu powodzenia i samych sukcesów we wszelkich wyzwaniach związanych z kierowaniem izbą. Dziękuję Łukaszowi Jankowskiemu – prezesowi NRL, a do niedawna prezesowi ORL w Warszawie – za zaufanie oraz świetną dotychczasową i obecną współpracę. Dziękuję wiceprezesom, którzy z ramienia ORL nadzorowali „Puls” – Jarosławowi Bilińskiemu i Tomaszowi Imieli, z którymi wdrazaliśmy nowe pomysły i którzy zawsze byli wsparciem. Ogromnie dziękuję redakcji „Pulsu” i całemu Działowi Informacji Medialnej za profesjonalizm i znakomitą grę zespołową. Dziękuję wspaniałym pracownikom OIL w Warszawie, zaangażowanym w działalność samorządową lekarzom z OIL i ORL (nowej i poprzedniej kadencji) oraz każdemu czytelnikowi biuletynu. ■

#IzbaDlaLekarzy
#PulsDlaLekarzy



PIOTR PAWLISZAK
pełniący funkcję prezesa ORL w Warszawie

Ad interim (?)

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,
z prawdziwą przyjemnością rozpoczynam wspólną z Państwem podróż swoim inauguracyjnym wstępniakiem na łamach „Pulsu”.

Jakkolwiek obecna sytuacja nosi znamiona pewnej tymczasowości, uważam, że nie dysponujemy czasem na tzw. *watchful waiting*. Praca izby musi przebiegać płynnie, w dotychczasowym trybie. Na bieżąco reagujemy na potrzeby zewnętrzne i dążymy do usprawnienia pracy biura.

Kontynuowane i finalizowane są projekty, które rozpoczęliśmy, jako rada poprzedniej kadencji, ale również planujemy nowe, na kolejne miesiące. Jednym z kluczowych zadań będzie poprawa skuteczności zwalczania mobbingu w placówkach ochrony zdrowia oraz hejtu wobec lekarzy. Aktywnie wspieramy profesjonalizację pionu odpowiedzialności zawodowej przez weryfikację merytoryczną jego obsługi prawnej oraz zaplanowanie działań dydaktycznych. Realizujemy również proces digitalizacji dokumentów i cyfryzacji naszej izby. W najbliższych tygodniach powinna być już aktywna skrzynka odbiorcza na platformie e-PUAP, a na przełomie III i IV kwartału – nowa strona internetowa. Nie zapominamy też o lekarzach seniorach, na jesieni bowiem rozpoczyna działalność Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”. Zapisy niebawem.

Z przyjemnością i dużą uwagą wysłuchamy również Państwa projektów pożądaných zmian w funkcjonowaniu samorządu. Ze względu na doświadczenie korporacyjne, dostrzegam dużą wartość w kreowaniu kultury komunikacji i do tego Państwa zachęcam. Wartością samorządu są inicjatywy, które służą dobru jego członków. Znaczące zróżnicowanie populacji lekarzy sprawia, że w pojedynczych działaniach rzadko udaje się uwzględnić preferencje wszystkich. Pozostajemy jednak otwarci i życzliwi każdemu, kto chciałby zapoczątkować nowy projekt, być głosem konstruktywnej krytyki lub wskazać obszary wymagające adaptacji do bieżących potrzeb środowiska. Ale konieczne jest choćby minimalne zaangażowanie z Państwa strony. I choć ktoś mi kiedyś powiedział: „*świat zmienia się pod wpływem twoich działań, a nie tylko opinii*”, wierzę w możliwość dobrego wykorzystania obu.

Przy okazji chciałbym serdecznie podziękować członkom Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie za obdarzenie mnie zaufaniem i powierzenie zarządzania izbą do czasu wyborów nowego prezesa, które planujemy przeprowadzić jesienią. Dziękuję także pracownikom izby za okazaną życzliwość i profesjonalizm. Wierzę, że to dobre prognozyki na nadchodzącą kadencję. Chciałbym również podziękować dotychczasowej redaktor naczelnej „Pulsu” Renacie Jeziólkowskiej i życzyć ciekawych zawodowych wyzwań w NIL.

Wybór Łukasza Jankowskiego na prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej stwarza unikatową perspektywę konstruktywnej współpracy między Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie a NIL. Właśnie Łukasz zainspirował mnie przed pięcioma laty do zaangażowania się w działalność samorządową, za co bardzo mu dziękuję. Jestem również zbudowany dotychczasową współpracą z nowym przewodniczącym Delegatury Radomskiej. Cieszę się, że patrzymy w tym samym kierunku i widzimy szanse dla rozwoju samorządu ziemi radomskiej, konieczność przywrócenia instytucji rady delegatury oraz poszerzenia składu Prezydium o przewodniczącą tego delegatury.

Wątkiem przewodnim tego numeru „Pulsu” są choroby tropikalne. Temat bardzo dobrze komponuje się z sezonem wakacyjnym. Niezależnie od kierunku wyjazdów, zachęcam Państwa do zapoznania się z aktualną sytuacją epidemiczną (nie tylko COVID-19), zakresem obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych (często trzeba zaplanować je kilka tygodni wcześniej), konieczną profilaktyką przeciwmalaryczną, sposobami radzenia sobie ze zjawiskiem *jet lag* oraz bezpieczeństwem napojów i żywności w miejscu docelowym.

Życzę ciekawej lektury oraz inspirujących podróży. ■



Niezbędnik globtrotera

PAWEŁ WALEWSKI

Trudno sobie wyobrazić, aby po dwuletniej izolacji ludzie nie zechcieli znów podróżować, szczególnie do egzotycznych krajów. Nie zdają sobie jednak sprawy z ryzyka utraty zdrowia.

Dziennikarze medyczni stale piszą o tym, jak zmienia się medycyna: tu nowoczesna onkologia, tam innowacyjna kardiologia, najnowszej generacji sprzęt i pionierskie zabiegi. Czytelników interesują te tematy, bo pewnie mają nadzieję, że nowatorskie metody diagnostyki i leczenia okażą się skuteczniejsze – na wypadek, gdyby sami musieli skorzystać z terapii. Trzymamy więc rękę na pulsie zwłaszcza tych dziedzin, które dla zdrowia publicznego wydają się najatrakcyjniejsze i – jakkolwiek to zabrzmie – najmocniej przyciągają uwagę.

Pod tym względem choroby krążenia oraz nowotwory to niewątpliwy *crème de la crème* dziennikarstwa medycznego. Ale już nie raz spotkałem się z pretensjami przedstawicieli obu specjalności wzajemnie zarzucających sobie (ale przede wszystkim mediom) nadmierne skupienie na tematyce serca lub raka. Onkolodzy uważają, że problemy w ich specjalności są najpilniejsze do rozwiązania, ale wciąż niedoceniane przez dziennikarzy, natomiast kardiolodzy z racji rozpowszechnienia się czynników ryzyka związanych z układem krążenia te zagadnienia uważają za najważniejsze i zbyt mało nagłaśniane w porównaniu z onkologią.

W cieniu rywalizacji dwóch Goliatów niewiele innych dziedzin medycyny potrafi się przebić do świadomości opinii publicznej. Jeśli nawet któraś – jak ostatnio psychiatria dziecięca – trafi na czołówki,

raczej długo się tam nie utrzyma. Zainteresowanie nimi jest, rzecz można, sezonowe. Ale dobre i to, bo niektóre specjalności nawet i na to liczyć nie mogą.

Czy nie dziwi Państwa np. pomijanie w mediach zagadnień związanych z medycyną podróży? To przecież oddzielna gałąź nauki, choć blisko związana z zakaźnictwem, której znacznie powinno być dużo większe, niż wynika ze skromnej liczby notatek prasowych. Wakacje w tropikach w czasach przedpandemicznych weszły w krew niekoniernie wytrawnym podróżnikom, ale mało kto był do nich odpowiednio przygotowany. A media rzadko taką potrzebę sygnalizowały.

Przez ostatnie dwa lata ruch turystyczny w egzotyczne regiony świata wyraźnie osłabł. Tego lata i jesienią może jednak znów przybrać na sile, bo Polacy są spragnieni dalekich podróży. Nie wszystkich na nie będzie stać, lecz nie pieniądze akurat są tu największym problemem. Chodzi raczej o brak potrzeby uzyskania porad medycznych dotyczących przygotowania do takich wyjazdów i nieznaną pułapek, które mogą czyhać podczas egzotycznych eskapad. Skoro nasze media stonią od opisywania chorób, endemicznie występujących w tropikach, klienci biur turystycznych nie wypytyją o szczegóły, a najważniejszym punktem ich dociekań pozostaje odległość hotelu od plaży, nie zaś lista zalecanych szczepień.

Pamiętam powakacyjną konferencję z udziałem kierownika Krajowego Ośrodka Medycyny Tropicznej z Gdyni, który kilka lat temu przedstawiał następującą statystykę (zachowałem w archiwum ku pamięci!): ze 100 tys. wyjeżdżających na czterotygodniowy urlop w tropiki 45 tys. odczuwa na miejscu złe samopoczucie i zażywa leki, 9 tys. musi leżeć w łóżku z powodu choroby, 8 tys. skorzystało



z porady lekarskiej podczas podróży lub zaraz po powrocie, 500 hospitalizowano zagranicą. Dane te pewnie się nie zmieniły i choć pandemia napędlila niektórych większą trwogą o zdrowie, podczas wakacji myślenie o zarazkach i ryzyku ich przenoszenia wyraźnie ustępuje pierwszeństwa bez trosce. Zika, denga, a ostatnio małpia ospa wydają się Polakom tak obce, że nawet pojawienie się ich poza Afryką lub Ameryką Południową nie robi żadnego wrażenia. Tymczasem organizmy mamy po lockdownie, mówiąc z grubszą, mocno wyjąłowione i trzeba liczyć się z tym, że podatność na infekcje egzotycznymi bakcydami może wzrosnąć.

Ale czy poza garstką specjalistów medycyny podróży ktoś się tym przejmie i gotów jest swoich pacjentów uświadamiać? Czy są ułatwienia w znalezieniu kontaktu z punktami dysponującymi aktualną wiedzą o lokalnych zagrożeniach epidemicznych? Próbowałem niedawno na Śląsku znaleźć placówkę, w której szybko

i bez ambarasu podano by szczepionkę przeciwko tężcowi (wraz z polio, krztuścem i błonicą – w jednej dawce przypominającej), i nawet Sanepid nie potrafił wskazać mi właściwego adresu, a niektóre przychodnie odmawiały zdecydowanie. Trudno się zatem dziwić, że tego rodzaju szczepienia – za które ubezpieczony i tak musi немало zapłacić, bo powyżej 120 zł – nie cieszą się zainteresowaniem. Absurdem jest to, że media mają namawiać ludzi, by we własnym interesie pamiętali, iż co dziesięć lat należy uodpornić się na niektóre choroby, a Państwowa Inspekcja Sanitarna i gabinety medycyny rodzinnej odsyłają chętnych z kwitkiem.

Nie ma wątpliwości, że choroby zakaźne są w natarciu, a wywołujące je mikroby, które miały już dawno wyginać, najbardziej korzystają na globalizacji. Ostrzegali przed tym specjaliści chorób zakaźnych na długo przed pojawieniem się koronawirusa, ale politycy i decydenci zbywali ich apele machnięciem ręki, twierdząc (jak wtedy, gdy wykryto w Europie ognisko zawleczonej z Afryki eboli),

Skoro zaczęto ostrzegać przed epidemiami nadciśnienia, cukrzyca, raka i otyłości, kto zwracałby uwagę na tłące się na peryferiach świata epidemie wywołane przez niewidoczne mikroby?

że jesteśmy na wystąpienie licznych zakażeń dobrze przygotowani. Ebola na szczęście do Polski nie dotarła, wystarczył SARS-CoV-2 i zdobyliśmy aż nadto dowodów, że co innego napisać zalecenia, a co innego zaopatrzyć szpital w niezbędne materiały i środki chroniące personel przed zagrożeniem. Wcześniejsze doświadczenia ze szczepionkami przeciwko świńskiej odmianie grypy, których nie kupiła Ewa Kopacz (co niektórzy do dziś uważają za jej sukces na stanowisku ministra zdrowia), nauczyły urzędników, że szkoda wydawać pieniądze na coś, co może w ogóle się nie przydać. Z traktowaniem po macoszemu medycyny podróży jest podobnie – nikomu się nie przydaje przed, dopiero ewentualnie po; a powinno być właśnie na odwrót.

Główną przyczyną zoonoz, czyli chorób odzwierzęcych, jest aktywność ludzi, która prowadzi do szybszego obiegu patogenów w ekosystemie. Ale największym naszym błędem było w ostatnich latach to, że straciliśmy z pola widzenia te zagrożenia, bo przesłoniły je tzw. epidemie chorób cywilizacyjnych. Bo to m.in. wspomniani na początku onkolodzy i kardiologzy przekonali wszystkich, by skoncentrować się na ich dyscyplinach, i nawet pojęcie epidemii, przypisane dawniej wyłącznie zarazkom, rozszerzono na schorzenia, które z tradycyjnie rozumianą zakaźnością nic nie łączy. Skoro zaczęto ostrzegać przed epidemiami nadciśnienia, cukrzyca, raka i otyłości, kto zwracałby uwagę na tłące się na peryferiach świata epidemie wywołane przez niewidoczne mikroby? Nawet w najbardziej zagrożonych krajach Afryki i Azji, gdzie zagrożenie biegunkami wirusowymi czy malarią nigdy nie osłabło, epidemie chorób cywilizacyjnych, związane ze zmianą trybu życia, stały się dużo bardziej palącym problemem.

Przyszła czas, by to złudne wrażenie zmienić. Aż 70 proc. chorób zakaźnych jest pochodzenia odzwierzęcego i najczęściej są skutkiem nieprzemyślnych działań człowieka. Również tego, który z egzotyką ma tylko sezonowy kontakt i dwutygodniową obecność w kurorcie ograniczy do plażowania. Dla lokalnych społeczności turystyka jest źródłem utrzymania, jednak ambicja zrobienia sobie selfi na dziewiczej wyspie najpierw kilku, potem kilkudziesięciu, a wreszcie kilkuset użytkowników Instagramu sprawia, że touroperatorzy postanawiają wybudować w rzadko uczęszczanym miejscu okazały hotel, który przyciągnie jeszcze większe stado turystów. Dzikie zwierzęta będą musiały ze swojego terytorium się wynieść, lecz w rzeczywistości znajdują się bliżej ludzi, stając się celem polowań, handlu, a nawet zwykłej zabawy. I przy okazji kolejnym ogniskiem zarazków. Skrócenie dystansu ułatwia wymianę patogenów, a to zawsze przyspiesza ich ewolucję.

Specjaliści od medycyny podróży i chorób tropikalnych pewnie mogliby i na te aspekty zwracać profilaktycznie swoim pacjentom uwagę. Gdyby tylko ktoś chciał ich słuchać. Gdyby pacjenci wiedzieli, że tacy lekarze też są. ■



Graf. licencja OLL w Warszawie

Autor jest publicystą „Polityki”.

Wakacje z medycyną podróży

ADRIAN BOGUSKI

Jak zaplanować wakacje, by były pełne miłych wspomnień, a jednocześnie bezpieczne w kontekście wybranego przez nas kierunku turystycznego, dowiedzieć się można w coraz częściej odwiedzanych gabinetach lekarzy medycyny podróży.

W czasie przygotowań do tropikalnych wycieczek, a w szczególności przy podejmowaniu nowych wyzwań, np. pierwszej próbie nurkowania czy też wspinaczki, powinniśmy pamiętać o swoim zdrowiu i bezpieczeństwie – mówi dr Karolina Pyziak-Kowalska, specjalista chorób zakaźnych, lekarz medycyny podróży.

Medycyna podróży jest jedną z dyscyplin medycznych, dzięki której turyści wyruszający w wymarzone regiony świata mogą podjąć odpowiednie działania profilaktyczne, by ograniczyć ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych, co służy temu, by wakacje były jak najbardziej udane.

– *Przede wszystkim niezwykle istotne jest zapobieganie chorobom, które występują np. w tropikach zdecydowanie częściej niż w Polsce. Naszym zadaniem jest minimalizacja ryzyka komplikacji zdrowotnych. Informujemy pacjentów, na co zwrócić uwagę w kontekście charakteru wyjazdu i kierunku podróży, jak dostosować podręczną apteczkę do wybranego przez nas kierunku turystycznego, jakie przyjąć szczepienia ochronne (zalecane lub obowiązkowe)* – podkreśla dr Pyziak-Kowalska.

Formalności związane z urlopem załatwiamy często do ostatnich godzin przed wyjazdem, bagatelizując sprawę ochrony własnego zdrowia. Przed wakacjami w tropikach wykonajmy obowiązkowe i zalecane szczepienia oraz wyposażmy się w polecane na różnych forach podróżniczych sprzęt.

– *Na szczepienia przeciwko niektórym chorobom (by przyjąć niezbędną liczbę dawek i uzyskać pożądaną efekt ochronny) potrzeba czasu, co oznacza, że najlepiej przyjąć na pierwszą wizytę do lekarza medycyny podróży co najmniej 4–6 tygodni przed zaplanowanym wyjazdem* – podpowiada dr Pyziak-Ko-

walska. – *Zwróćmy również uwagę, czy w planie naszej podróży jest międzyglądowanie w państwie, w którym podróżujący muszą być zabezpieczeni przeciwko konkretnym chorobom, np. żółtej gorączce. Ze względu na wymogi prawne szczepienie przeciwko żółtej gorączce będzie wymagane od osób, które po pierwsze przybywają do danego kraju bezpośrednio z państwa zagrożonego tą chorobą, po drugie w przypadku kiedy pobyt tranzytowy na lotnisku trwa ponad 12 godzin. Wówczas samo przebywanie w porcie lotniczym wymaga przyjęcia szczepionki przeciwko żółtej gorączce, potwierdzonego wpisem do Międzynarodowej Książeczki Szczepień.*

Co jeszcze warto wiedzieć przed rozpoczęciem wakacyjnej przygody? Dr Pyziak-Kowalska zaznacza: – *W tropikach przede wszystkim jesteśmy wystawieni na silne słońce. Konieczne zatem musimy stosować środki ochrony – okulary, kremy z filtrem, nakrycia głowy. W rejonach tropikalnych występuje zdecydowanie większe ryzyko narażenia na ukąszenia przez różne insekty. Powinniśmy zabrać ze sobą środki odstraszające owady lub różnego rodzaju repelenty stosowane na skórę. Dobrze, by były to środki wypróbowane wcześniej, które nie są dla nas drażniące czy uczulające. Warto przewidzieć, w jakich warunkach będziemy spali. Niekiedy, szczególnie w krajach afrykańskich czy azjatyckich, moskitiery w hotelach nie są w pełni sprawne, jest wiele hoteli o niższym standardzie. Warto więc zabrać ze sobą moskitierę i środki minimalizujące możliwość pokąsania przez komary i w konsekwencji zagrożenie zarażeniem malarią, dengą czy ziką, przeciwko którym nie możemy się zaszczepić.*

Wyparz, ugotuj, obierz

Na wakacjach w tropikach powinniśmy wiedzieć, co jemy. Najlepiej korzystać z żywności zapakowanej i opatrzonej

etykieta. Każdy słyszał już na pewno o zaleceniach lekarzy medycyny podróży dotyczących picia tylko wody butelkowanej lub przegotowanej. Na poznawanie nowych smaków będziemy mogli pozwolić sobie w renomowanych restauracjach – droższych, ale dużo bezpieczniejszych. Musimy uważać na owoce, które były użyte do przyrządzenia szejka owocowego czy smoothie. Często nie mamy możliwości sprawdzenia, czy były umyte właściwie.

Jednym z najczęstszych problemów po powrocie z tropików lub podczas wakacyjnego pobytu w krajach odmiennych klimatycznie od naszego jest biegunka wywołana przez lokalne drobnoustroje. Lekarze medycyny podróży zwracają jednak uwagę, że biegunkę należy traktować jak element obrony organizmu. W tym okresie powinniśmy przede wszystkim zadbać o nawodnienie i uzupełnianie elektrolitów, przeczekać gorszy okres bez stosowania leków zapierających.

– *Wiele zależy również od tego, czy biegunka występuje z gorączką. Często wyjaśniamy pacjentom, jak przyrządzić napoje nawadniające, zawierające niezbędne elektrolity, które mogą poradzić sobie w terenie np. z biegunką, jeżeli nie ma możliwości skorzystania z pomocy medycznej, oraz jakie leki zabrać do apteczki podróży, aby szybko uporać się z problemem. By uniknąć tego typu kłopotów, kierujemy się zasadą „wyparz, ugotuj, obierz”. Warto też skorzystać ze szczepionki przeciwko cholercie, która zapewnia częściową ochronę przed bakteryjnymi biegunkami – zwraca uwagę dr Pyziak-Kowalska.*

Nie tylko węże i pająki

Najczęściej boimy się węży i pajaków, jednak problemy, z którymi przychodzą do lekarza medycyny podróży turyści, często są wywołane przez dużo mniejsze, niewinnie wyglądające lub nawet niewidoczne egzotyczne żyjątka. Larwa skórna wędrująca może pojawić się po jakimś czasie od zakażenia. Pacjenci dopiero po powrocie do domu zauważają kręte korytarzyki, które wiją się pod skórą na stopie lub w okolicy pośladków, czyli w miejscach, którymi zetknęli się z pasożytem ukrytym w piasku. – *Pamiętam pacjentkę, która myślała, że dzieje się coś niepokojącego w związku z zakrzepicą, a miała zmiany typowe dla zakażenia larwą skórną wędrującą w okolicy brzucha, powstałe po kontakcie z piaskiem na plaży, kiedy opalała się, leżąc na brzuchu. Ciekawym przypadkiem jest zakażenie tungozą wywołane przez pchłę piaskową. Jeden z naszych pacjentów po dwóch tygodniach od powrotu z tropików trafił do chirurga i usunięto mu zmianę powstałą pod piątym palcem stopy. Na początku w tym miejscu pojawiła się rosnąca grudka zapalna, potem owrzodzenie. Po usunięciu zmiany okazało się, że zawierała dojrzałą postać samicy pchły piaskowej – wspomina dr Pyziak-Kowalska.*

W Ameryce Południowej możemy spotkać się z mrówką ognistą, której ukąszenie powoduje bardzo dotkliwe palenie i pieczenie skóry. Alergicy na jej ugryzienie mogą zareago-

wać nawet wstrząsem anafilaktycznym. Po ukąszeniu trzeba działać natychmiast, na miejscu, najlepiej skorzystać z pomocy osoby, która zna miejscową florę i faunę. Po dłuższym czasie mogą pojawić się zaburzenia czucia, polykania, mowy, nerwowo-mięśniowe, nieskoordynowane ruchy. Warto zapamiętać wygląd zwierzęcia, które nas ugryzło, a jeżeli to możliwe – zrobić zdjęcie. To bardzo pomoże lekarzowi, który jako pierwszy będzie udzielał nam pomocy.

Pod okiem doświadczonych kolegów

Okres wakacyjny często poświęcamy na spełnienie marzeń lub realizację zadań, na sprostanie którym na co dzień nie znajdujemy czasu. Przygotowujemy się, chodząc na siłownię, biegając lub spacerując, by w końcu zaatakować szczyt w górach lub zejść pod wodę głębiej niż kiedykolwiek. Niektórzy próbują nowego sportu, do którego nie zawsze są dobrze przygotowani. Trzeba znać swoje ograniczenia, kondycję. Dr Pyziak-Kowalska radzi: – *Najlepiej poinformować osobę, z którą np. będziemy nurkować, o naszych kłopotach zdrowotnych. Z nurkowaniem wiąże się kwestia adaptacji, czyli schodzenia na kolejne głębokości w odpowiednim rytmie, oraz nieprzekraczania swojego limitu. Pamiętajmy, że gdy zanurkujemy, musi nam wystarczyć siła do wypłynięcia na powierzchnię. Ktoś może cierpieć na napady paniki w związku z nietolerancją nerwowego napięcia w chwili wynurzania się. Wynurzanie się nie jest bowiem czynnością, którą wykonujemy pośpiesznie, musimy pokonywać każdy metr w odpowiednim tempie, by nie ulec chorobie dekompresyjnej.*

Stan swego zdrowia i przygotowania do wysiłku trzeba brać pod uwagę również, wybierając się w coraz popularniejsze góry wysokie, które kiedyś kojarzyliśmy jedynie z wyprawami alpinistów. Pierwsze objawy choroby wysokościowej mogą pojawić się powyżej 3 tys. m n.p.m. – *Komuś może się wydawać, że jest dobrze przygotowany, ponieważ regularnie ćwiczy. Wybiera się więc w góry mierzące powyżej 3 tys. m n.p.m. i bagatelizuje pojawienie się znacznie obniżonej tolerancji wysiłku, duszności i kaszlu. Tymczasem mogą to być pierwsze symptomy narastającego obrzęku płuc, który grozi niewydolnością oddechową. Podstawą leczenia jest zejście niżej, najlepiej o 1 tys. m. Ważną kwestią jest odpowiednie przygotowanie wycieczki. Podczas wypraw organizowanych przez zawodowców najpewniej można liczyć na podanie tlenu czy specjalistycznych leków oraz użycie worka hiperbarycznego – podkreśla dr Pyziak-Kowalska.*

Gdy taką wycieczkę organizujemy sami, bo góry czy tropiki traktujemy jak znane środowisko, powinniśmy pamiętać, że każda próba przekraczania swoich granic powinna odbywać się pod okiem bardziej doświadczonego kolegi czy przewodnika. Brak takiego towarzysza może sprawić, że nasze zamiłowanie do górskich wędrówek i wspinaczki zostanie przysłonięte niemiłymi wspomnieniami. Przeżycia będą zaś wspaniałe, kiedy do wakacji w górach, nad wodą, w tropikach i w każdym innym miejscu, do którego się wybieramy, odpowiednio się przygotowujemy. Na dobre i bezpieczne wakacje również trzeba się odpowiednio przygotować. ■



Fot. K. Bartyzel

Jet lag – podróże w poprzek czasu

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

Jako dzieci, jakoś około późnego przedszkola, dowiadujemy się, że Ziemia jest okrągła i obraca się wokół własnej osi. Co bardziej kreatywni rodzice lub nauczyciele organizują pokaz z piłką – występującą w roli Ziemi – oraz lampką – grającą w przedstawieniu Słońce. Po takiej prezentacji każde dziecko rozumie już, dlaczego po nocy jest dzień, po dniu noc, znów dzień, noc i tak dalej, od zarania dziejów.

Dzień jest przeznaczony na aktywność, noc na odpoczynek (lub odwrotnie, jeśli jesteś np. nietoperzem). Organizmy zwierząt na Ziemi dostosowały się do okołodobowej, wymuszonej cykliczności zachowań i zmian metabolizmu, w efekcie wytworzyliśmy molekularny mechanizm tzw. centralnego zegara biologicznego. Za rozszyfrowanie tego mechanizmu Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash i Michael W. Young zostali uhonorowani w 2017 r. Nagrodą Nobla.

Zegar biologiczny „nastawiony” jest na cykl okołodobowy wynoszący zwykle nieco więcej niż 24 godziny. Podlega regulacji – możemy go przedstawiać, resynchronizować, ekspozując się na światło, podejmując aktywność fizyczną i umysłową. Do tego wszystkiego dochodzi jeszcze zjawisko indywidualnych preferencji co do

optymalnej pory aktywności, które sprawia, że niektórzy z nas wolą pracę w godzinach porannych i wczesne kładzenie się spać (osoby o chronotypie skowronka), dla innych konieczność wstawania i bycia w jako takiej formie psychofizycznej przed dziesiątą rano jest barbarzyństwem i mają wrażenie, że ich mózg zaczyna działać dobrze dopiero późnym popołudniem (osoby o chronotypie sowy).

Temat nieregularnych godzin pracy i dyżurów nocnych nasuwa się sam, jednak dziś w tej materii ograniczę się wyłącznie do oczywistych kwestii: nieregularna praca w przeróżnych porach dobry nie jest zdrowa, zwiększa bowiem ryzyko chorób układu pokarmowego, krążenia, zaburzeń endokrynologicznych, metabolicznych, psychicznych. Im mniej zarzanych nocy, tym lepiej.

Ale jest lato, kojarzące się z odpoczynkiem, urlopami, wakacjami w egzotycznych miejscach.

Doktor A leci na Florydę, odwiedzić przyjaciela z lat dzieciństwa. Wakacje życia. Niestety, na miejscu okazuje się, że ma kłopot: jego organizm działa uparcie według polskiego czasu! Dotychczas lubiący wieczorne spacerunki i kolacje z przyjaciółmi facet budzi się rześki i gotów do działania o czwartej rano, a po dwudziestej jest półprzytomny i zasypia podczas rozmowy. Sytuacja poprawia się dopiero po kilku dniach, gdy połowa pobytu jest za nim.

Panią doktor B zawsze fascynował Orient. W tym roku udaje jej się w końcu zorganizować wymarzoną podróż – leci do Chin! Mimo wielogodzinnej podróży po przybyciu na miejsce jest tak podekscytowana, że w kolejnych dobach nie może zasnąć w nocy. Gdy nad ranem w końcu zaśnie, nie jest w stanie dobudzić się do wczesnego popołudnia, tracąc piękne poranki, które przecież planowała spędzić zupełnie inaczej. Bo organizm doktor B „jest” nadal w rodzimej strefie czasowej. Kiedy w końcu dostosowuje się, urlop dobiega końca i pora wracać.

”

Na szczęście nie jesteśmy w przypadku podróżowania przez strefy czasowe zupełnie bezradni, możemy korygować rytm okołodobowy, a nawet trochę „oszukiwać” wewnętrzny zegar.

”

Czy doktor A i doktor B powinni spisać swoje urlopy na straty? Jaki jest w ogóle sens jeździć do odległych krain, skoro nasz zegar biologiczny dezorganizuje nam pobyt? Na szczęście nie jesteśmy w przypadku podróżowania przez strefy czasowe zupełnie bezradni, możemy korygować rytm okołodobowy, a nawet trochę „oszukiwać” wewnętrzny zegar. Dysponujemy kilkoma narzędziami resynchronizującymi: światłem, aktywnością fizyczną, społeczną i umysłową oraz melatoniną.

Doktor A podróżuje na zachód. Jeśli chce maksymalnie skorzystać z uroków pobytu na Florydzie, powinien kilka dni przed podróżą zacząć opóźniać swój rytm dobowy, ekspozując się wieczorem na jasne światło (a nawet światło niebieskie, z urządzeń elektronicznych) i kładąc się spać później. Po przybyciu na miejsce, w razie obudzenia się w środku nocy, może zastosować niewielką dawkę melatoniny (rzędu 0,5–1 mg), a po południu i wieczorem powinien zadbać o przebywanie w jasno oświetlonych pomieszczeniach.

Doktor B ma nieco trudniej, bo leci na wschód. Warto, by przed wylotem wstawiała przez kilka dni godzinę wcześniej niż zwykle i rozpoczynała dzień aktywnie, z ekspozycją na światło (np. żwawy spacer). Wieczorem może natomiast stosować jeszcze przed podróżą melatoninę (3–5 mg) na mniej więcej trzy godziny przed położeniem się spać; musi wtedy unikać silnego światła. Podobnie może postępować już na miejscu – melatonina, unikanie światła i pobudzającej aktywności trzy godziny przed snem, a rano aktywność i intensywne światło.

Czy te działania mogą uratować urlopy naszych bohaterów? W pewnym zakresie – tak. Jednak biologii nie da się oszukać i trudno oczekiwać, że przemieszczenie się o 8–9 stref czasowych przebiegnie zupełnie bezboleśnie. Musimy pogodzić się z tym, że przez pierwsze dni wymarzonego urlopu nie będziemy w optymalnej formie psychofizycznej. Jednak stosując się do zaleceń chronobiologów, wspomozemy mechanizmy regulacyjne organizmu, przyspieszymy przestawienie się na nowy czas i „uratujemy” kolejne dni cennego odpoczynku.

Udanych urlopów, zarówno lokalnych, jak i egzotycznych, na drugim końcu świata! ■

O zaburzeniach rytmów okołodobowych szczegółowo piszą eksperci:

Standardy leczenia zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem i Sekcji Psychiatrii Biologicznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, „Psychiatria Polska” 2017, cz. I i II.

O Nagrodzie Nobla dla chronobiologów można poczytać więcej tu:
<http://neuropsychologia.org/>



Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, psychiatra, psychoterapeuta, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów
– tel. 660 672 133 (proszę o SMS, oddzwonienie),
e-mail: pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl

II Konkurs Fotograficzny dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Kategorie:  „Moje miasto”,
 temat dowolny.

Termin nadsyłania prac mija 30 września 2022 r.

Zasady uczestnictwa 

dostępne również na stronie:
www.izba-lekarska.pl

 OKRĘGOWA IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie



Bagaż

Prof. JERZY BRALCZYK

W podróż bierzemy rzeczy potrzebne w podróży i potrzebne tam, dokąd podróżujemy. Te rzeczy to *bagaż*.

Ale choć w samochodach mamy *bagażniki*, motocykle i rowery też *bagażniki* mają, o przedmiotach tam umieszczonych rzadko chyba myślimy jako o *bagażu*. Jak i o tym, co nosimy na plecach, na ramieniu, w rękach. *Bagaż* to raczej to, co jest przewożone publicznymi środkami transportu: koleją, statkiem, samolotem.

Kufry, walizy, sakwojaże, wyposażenie szanujących się podróżnych. Ale i tłumoki, manatki i toboły, wielkie, bezkształtne i nieporządnie wleczone – to wszystko *bagaż*. Rzeczy potrzebne, bez których podróżować się nie da, ale obciążające, ograniczające swobodę ruchów i, co ważniejsze – myśli. O *bagaż* się troszczymy, zwykle nie jesteśmy pewni, czy wszystko, co potrzebne, w nim jest, obawiamy się, że zginie, zostanie zgubiony albo skradziony. Konieczny kłopot.

Dawniej kufry ekspediowało się wcześniej, a w każdym razie nie musiały podróżnym towarzyszyć. Dziś też często walizki i duże torby *nadajemy na bagaż* i inni muszą się nimi opiekować. W innych pojazdach, np. w pociągach, mogą być osobne pomieszczenia na *bagaż*, czasem specjalne części wagonów, ale zwykle lokujemy go na półkach nad naszymi głowami. *Bagaż* jest blisko, ale nie powinien zawadzać.

Nie powinniśmy czuć się nim obciążeni. A nazwa wzięła się od *ju-ków* właśnie, w starofrancuskim *bagages* to były juki. Stąd *bagages* i potem nasz *bagaż*. A gdzieś daleko germańscy przodkowie, z których *bag* i *Pack* się w prostej linii wywodzą.

Nasz *bagaż* w dawnych słownikach odnosił się bodaj najpierw do wojskowości, artylerii zwłaszcza, gdzie sprzęt i amunicja musiały być przemieszczane. *Konie bagażowe*, czyli *juczne*, potem *wozy* i *wagony bagażowe* prze-

wodziły sprzęt wojskowy. Ale szybko się *bagaż* ucywilnił i zaczął odnosić do spakowanych rzeczy podróżnych albo do pakunków, w których te rzeczy się znajdowały. Do dziś możemy mówić i o *bagażu w torbach i walizkach*, i o *bagażu*, który one same stanowią. Różnica zresztą subtelna. W *przechowalniach bagażu* stoją raczej walizy i torby – tam one są *bagażem*. A w podróży *bagaż* się terminologizuje: staje się *bagażem podręcznym* (taki szyk wyrazów, rzeczownik plus przymiotnik, stanowi o precyzji, *osobisty bagaż* to rzecz całkiem osobista, *bagaż osobisty* to już przedmiot oficjalny, podobnie *bagaż podręczny*); mamy wreszcie specjalny *nadbagaż*, który wcale nie jest wyższą formą *bagażu*.

Bagaż jako coś, co nam nieuchronnie towarzyszy w naszej metaforycznej życiowej podróży, ma charakter ambivalentny. Mówimy więc o *bagażu doświadczeń* (często *ogromnym*), o *bagażu wiedzy, nauki, erudycji*. Piękne sprawy, ale czy użycie tu tej *bagażowej* przenośni nie świadczy przypadkiem o tym, że mogą

trochę ciążyć? A co z *bagażem emocjonalnym*, o którym często słyszymy? *Bagaż uprzedzeń, bagaż przesądów* – te już nam wyraźnie przeszkadzają swoim ciężarem. Sieroszewski jakieś 100 lat temu pisał: „*postęp ma granice, bo go wstrzymuje bagaż historyczny i kulturalny*” – taki *bagaż* obciąża całe społeczeństwa. I nie można się od niego łatwo wyzwolić.

I czasem myślimy o *bagażu* jak o czymś, czego dobrze byłoby się pozbyć albo przynajmniej pozbyć się kłopotania o taki *bagaż*. W sztuce Anouilha „*Pasażer bez bagażu*” dotknięty amnezją bohater czuł się lepiej, nie wiedząc, kim jest. A w moim pokoleniu piosenka o wsiadaniu do byle jakiego pociągu, bez dbania o *bagaż* i bilet, pokazywała jakże atrakcyjne wyzwolenie od zmartwień... ■

Sieroszewski jakieś 100 lat temu pisał: „*postęp ma granice, bo go wstrzymuje bagaż historyczny i kulturalny*” – taki *bagaż* obciąża całe społeczeństwa.

W tym numerze „Pulsu” szczególną uwagę poświęcamy ryzyku zdrowotnemu związanemu z podróżowaniem. Dlatego „W pigułce” przedstawiamy aktualności **o chorobach tropikalnych.**

Przestarzałe testy PCR, brak zainteresowania koncernów farmaceutycznych prowadzeniem badań nad skutecznymi metodami leczenia, a przede wszystkim bardzo niska wykrywalność – to najpoważniejsze problemy związane z walką z chorobą Chagasa. Endemiczna dla Ameryki Południowej i Środkowej (choć na skutek globalizacji coraz częściej występująca także w USA, a nawet w Europie) przypadłość jest powodowana przez *Trypanosoma cruzi*, pasożyty żerujące – w zależności od postaci – w osoczu krwi lub w komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego. Najpoważniejszym objawem choroby jest uszkodzenie mięśnia sercowego („na prześwietleniu zobaczyłem serce pacjenta dostownie wielkości piłki do koszykówki” – wspominał lekarz cytowany przez serwis internetowy Szkoły Zdrowia Publicznego amerykańskiego Uniwersytetu Johna Hopkinsa). Choroba może rozwijać się przez dziesięciolecia niezauważona, a gdy objawy wystąpią – w późnym stadium – jest trudna do wyleczenia. W stadium początkowym jednak skuteczność terapii jest bardzo wysoka. Ofiary pasożyta najczęściej nabywają go w wieku dziecięcym, nieraz nawet w okresie płodowym, dlatego tak ważne jest prowadzenie badań przesiewowych u dzieci. Niestety, na przeszkodzie stoi brak funduszy. Choroba z polskiego punktu widzenia egzotyczna, ale główny problem dziwnie znajomy.

Smartfonem w jaglicę! Specjaliści z Research Triangle Institute International opracowali aplikację, która pomaga zdiagnozować końcowe stadium tzw. egipskiego zapalenia spojówek. Mowa tu o *Trachomatous trichiasis*, przypadłości polegającej – w uproszczeniu – na tym, że rzęsy zaczynają rosnąć do wewnątrz powieki, wywołując permanentne podrażnienie oka, a w efekcie jego uszkodzenie, bardzo często prowadzące do ślepoty. Stosując algorytm aplikacji, możemy dokonać analizy fotografii oka chorego. Jej wynik daje rewelacyjne rezultaty – pomaga uzyskać 92 proc. skuteczności leczenia. Zastosowanie aplikacji pozwala szybciej dotrzeć z pomocą do milionów pacjentów, którzy dotąd byli kierowani na zabieg po badaniu tylko przez osoby wyspecjalizowane w rozpoznawaniu *Trachomatous trichiasis*. Jaglica jest chorobą bakteryjną, występującą głównie w krajach północnej Afryki, Indiach, Azji Południowo-Wschodniej. W Europie pojawiła się na początku XIX w., po podboju Egiptu przez wojska Napoleona, stąd potoczna nazwa „egipskie za-

palenie spojówek”. Zakażonych może być nawet 136 mln osób, a na skutek choroby wzrok straciło w całości lub częściowo około 1,9 mln osób.

Pod koniec czerwca w stolicy Rwandy Kigali odbył się szczyt poświęcony malarii i lekceważonym chorobom tropikalnym (*Kigali Summit on Malaria and Neglected Tropical Diseases*). Wzięli w nim udział przedstawiciele prawie 30 państw oraz kilkudziesięciu organizacji międzynarodowych, instytucji działających na rzecz zdrowia publicznego i naukowych. Spotkanie miało na celu podjęcie rozmów o możliwości wyeliminowania chorób tropikalnych. Jednym z formalnych efektów szczytu było przyjęcie przez reprezentowane na nim państwa Deklaracji z Kigali – dokumentu wyznaczającego tzw. mapę drogową do celu, jakim jest zwalczenie malarii i NTD do 2030 r. Za lekceważone choroby tropikalne uważa się 20 schorzeń wskazanych przez WHO. Na liście znajdują się zarówno choroba Chagasa i jaglica, jak i trąd oraz wścieklizna. Na lekceważone choroby tropikalne cierpi około 1,5 mld osób na świecie. Podczas szczytu podjęto m.in. decyzję o przeznaczeniu przynajmniej 18 mld dol. na osiągnięcie celów zapisanych w deklaracji.

Na temat NTD wypowiedziała się na łamach serwisu internetowego Project Syndicate, zbierającego opinie światowych przywódców, wybitnych myślicieli i naukowców, prezydent Tanzanii Samia Suluhu Hassan. W swoim tekście zwróciła uwagę, że wśród wspomnianych 1,5 mld osób cierpiących na NTD ponad jedną trzecią stanowią mieszkańcy krajów Afryki, a najbardziej dotknięta tym problemem jest Tanzania. Leczenia z powodu przynajmniej (!) jednej z tych chorób wymaga około 29 mln mieszkańców tego 64-milionowego kraju. Podkreśliła, jak ważne jest wymienienie w Deklaracji z Kigali kobiet i dziewcząt w grupie szczególnie zagrożonej. Powód jest niestety banalny – ryzyko zakażenia wzrasta wraz z częstotliwością kontaktu z zakażoną wodą, tymczasem właśnie taka woda często służy do prania, które jest w Tanzanii z reguły wykonywane przez kobiety. ■

mn

Źródła: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, UNC Gillings School of Global Public Health, malariantdsummit.org, project-syndicate.org



Fot. archiwum

Małpia ospa – medialna gorączka

Nie ma obecnie potrzeby szczepień populacyjnych w związku z małpią ospą, a problem jest głównie medialny – uspokaja dr hab. n. med. **Tomasz Dzieciatkowski**, specjalista w dziedzinie wirusologii, mikrobiologii i diagnostyki laboratoryjnej, w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

Dlaczego w ogóle rozmawiamy o tzw. małpiej ospie? Dlaczego jest wokół niej tyle szumu, skoro nie wydaje się specjalnie groźna, biorąc pod uwagę statystyki?

Reczywiście w porównaniu z SARS-CoV-2 czy wirusem ospy prawdziwej (czarnej ospy) ospa małpia ma niewielki potencjał epidemiczny, wiąże się z nią daleko mniejsza śmiertelność, więc nie jest to patogen, który spędza wirusologom sen z powiek. O to, dlaczego tak dużo się o nim mówi, należałoby chyba zapytać przedstawicieli mediów. Wydaje mi się, że jednym z powodów jest fakt, że dwa lata pandemii COVID-19 boleśnie przypomniły nam o istnieniu wirusów. Na początku roku na tapecie był wirus Lassa, bo w Wielkiej Brytanii odnotowano trzy zakażenia. Dziś oczywiście już nikt o tym nie pamięta. Teraz małpia ospa jest gorącym tematem. W jej przypadku mamy kilka tysięcy zakażeń, ale na całym świecie.

Nie ma powodów do paniki, lecz mimo to pacjenci pytają. Dobrze więc, by lekarze wiedzieli, jak rozwiązać ich wątpliwości.

Czy istnieją testy wykazujące obecność wirusa małpiej ospy i czy istnieje lek na tę chorobę? Pytanie ważne w kontekście długiej walki z koronawirusem bez leku.

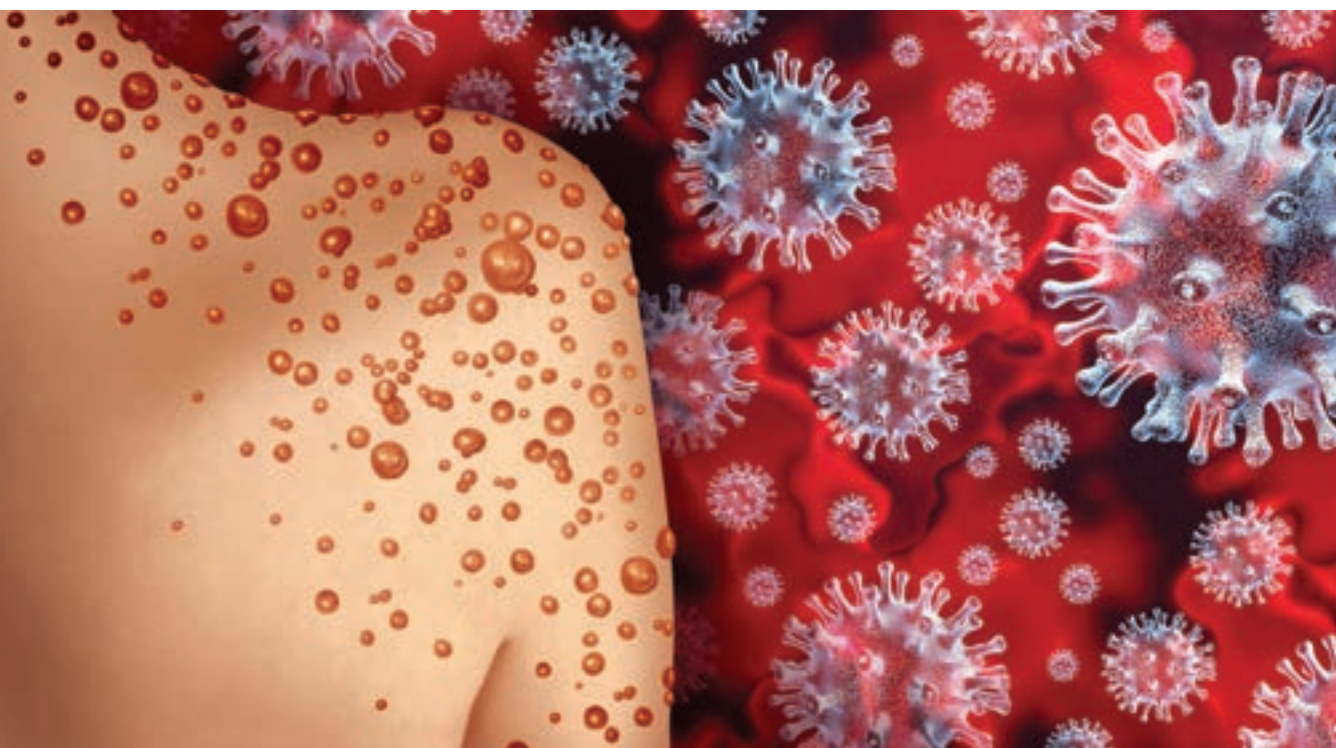
Testy oczywiście są. Badania molekularne wykonuje chociażby jednostka referencyjna, jaką jest Zakład Wirusologii Państwowego Zakładu Higieny. Jeśli natomiast lekarz pierwszego kontaktu ma podejrzenie, że pacjent cierpi na tę właśnie chorobę, zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia powinien odesłać go do szpitala zakaźnego bądź do szpitala z oddziałem chorób zakaźnych.

Co do leczenia: opracowanie celowanych leków doustnych przeciwko SARS-CoV-2 zajęło dwa lata. W Polsce ich obecnie nie mamy, ale to zupełnie inny problem. Natomiast leki przeciwko wirusom ospy są. Należy

jednak wyraźnie podkreślić, że w większości przypadków, zwłaszcza tych w Europie, nie ma potrzeby celowanego leczenia. Hospitalizacja służy przede wszystkim izolacji osób zakażonych. Także szczepionka bezpośrednio chroniąca przed małpią ospą nie istnieje. Niemniej jednak w 70–80 proc. skuteczna jest szczepionka przeciwko ospie prawdziwej. Warto przy tym zauważyć, że od 1980 r., kiedy eradykowano ospę prawdziwą, nigdzie na świecie nie są prowadzone rutynowe szczepienia przeciw wirusowi powodującemu tę chorobę.

Ale ktoś w ogóle te preparaty ma?

Oczywiście. Są nawet ich kolejne generacje, o wiele bezpieczniejsze od stosowanych w przeszłości. Ale podkreślam, że o szczepieniach populacyjnych przeciwko małpiej ospie nie ma w ogóle żadnej mowy, nie ma w tej chwili takiej potrzeby. Zalecane mogą być najwyżej personelowi medycznemu narażonemu na kontakt z zakażonymi i osobom „z kontaktu”.



Kolejne generacje? Po co ktoś nad nimi pracuje, skoro choroba zniknęła?

Fakt, że patogen nie występuje w środowisku, nie znaczy, że ktoś nie dysponuje wirusem, że jakaś organizacja „Widmo” (jak w filmach o Jamesie Bondzie) nie wpadnie na pomysł, by czarna ospę wykorzystać jako broń biologiczną. Dlatego właśnie pracuje się nad szczepionkami, a największym ich dysponentem jest armia amerykańska. My takich zapasów nie mamy i w ogóle w Europie jest ich mało. Przechowywanie większej ich ilości jest cokolwiek bez sensu, bo mają okres ważności, po upływie którego powinny być utylizowane. Badania nad szczepionką prowadzi się również dlatego, że z naukowego punktu widzenia to praca nad bardzo ciekawą rodziną wirusów.

Czy szczepienia przeciwko ospie wietrznej chronią przed ospą małą?

Nie. To należy wyraźnie podkreślić: mamy do czynienia z dwoma zupełnie osobnymi wirusami. Łączy je mniej więcej takie podobieństwo jak nas z karpami.

Wróćmy do tego, że problem małej ospy jest przede wszystkim medialny. Zapewne pojawiły się już jakieś „fakty medialne” – plotki, fake newsy. Słyszał pan je?

Oczywiście, pojawili się już internetowi pseudospecjaliści chorób zakaźnych z „uniwersytetów” Google’a oraz YouTube’a i zaczęli siać panikę, twierdząc, że objawy małej ospy są dokładnie takie jak zakażenia HIV. To oczywiście bzdura, zakażenie HIV nie daje bowiem żadnych specyficznych objawów. Można spotkać też teorie, że jest to choroba występująca wyłącz-

nie u homoseksualnych mężczyzn. Zapewniam jednak: fakt, że osoba zakażona jest homoseksualna, nie znaczy, iż wirus rozprzestrzenia się tylko wśród osób o tej orientacji. Jest to wyłącznie zbieg okoliczności. Mówimy tu o wirusie rozprzestrzeniającym się przez bezpośredni kontakt, np. otarcie skóry. Oczywiście, także przez kontakt seksualny (ale nie tylko), a poza tym niezależnie od tego, jakich płci przedstawiciele biorą w tym kontakcie udział.

Nigdy jednak do tej pory w podobnie krótkim czasie mała ospa nie rozprzestrzeniła się w tak wielu krajach.

To prawda, należy jednak pamiętać, że pojedyncze przypadki występowania tej endemicznej dla Afryki choroby miały miejsce w przeszłości i to co roku. Sądzę, że w tym roku doszło do nieszczęśliwego przypadku, że ognisko epidemiczne pojawiło się wśród uczestników dużej imprezy w jednym z klubów na Gran Canarii. Międzynarodowe środowisko i sprzyjające bezpośrednim kontaktom okoliczności wydarzenia są najpewniej powodem obecnego globalnego zamieszania. ■

” Pojawili się już internetowi pseudospecjaliści chorób zakaźnych z „uniwersytetów” Google’a oraz YouTube’a i zaczęli siać panikę, twierdząc, że objawy małej ospy są dokładnie takie jak zakażenia HIV. To oczywiście bzdura...

”



Fot. archiwum

Rejestr ciąży. Wiele hałasu o... coś?

MAŁGORZATA SOLECKA

Powstał niepotrzebny ferment, nie zmieniamy żadnego przepisu prawa karnego, nie ma żadnego zagrożenia dla kobiet – przekonywał w czerwcu w Sejmie wiceminister zdrowia Waldemar Kraska, obwiniając opozycję, że na tzw. rejestrze ciąży, który nie istnieje, próbuje zbić polityczny kapitał. Czy jednak rzeczywiście nie ma podstaw do obaw?

W Sejmie 9 czerwca została przedstawiona, na wniosek klubu Lewicy, aktualna informacja dotycząca rozporządzenia ministra zdrowia z 3 czerwca 2022 r. zmieniającego przepisy w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w Systemie Informacji Medycznej oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do SIM, czyli m.in. tworzenia „rejestru ciąży”.

Przemawiając w imieniu wnioskodawców, posłanki Lewicy pytały przede wszystkim o dostęp do „rejestru ciąży”, jakim dysponuje prokuratura. – *Po co pan minister dał prokuraturze dostęp do wrażliwych danych pacjentek? Brak wiary, niechęć i lęk kobiet przed zajściem w ciążę wzrasta – mówiła Daria Gosek-Popiołek.*

– *Pragnę podkreślić z wielką mocą, że wprowadzenie rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w Systemie Informacji Medycznej oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do SIM, nie tworzy rejestru ciąży – tłumaczył Kraska.*

– *Chcemy, aby dane zawarte w Systemie Informacji Medycznej zapewniały pracownikom medycznym jak najszerszy dostęp do danych konkretnego pacjenta. Aby świadczenia medyczne były na jak najwyższym poziomie i by udzielanie dostępu do danych nie odbywało się ze szkodą dla zdrowia pacjenta. Na pewno padną pytania o to, kto jest uprawniony do dostępu do takich danych, więc odpowiadam: po pierwsze pracownik medyczny, który wytworzył daną dokumentację elektroniczną, także pracownik medyczny, który pracuje w danej placówce i będzie odpowiadał np. za dalszą diagnostykę. Trzecią osobą jest lekarz, pielęgniarka lub położna pracujący w POZ. Czwartą osobą jest każdy pracownik medyczny, gdy wystąpił stan zagrożenia życia – wyliczał wiceszef resortu zdrowia. – Nie muszę przekonywać lekarzy, którzy znajdują się na tej sali, jak ważna jest informacja, czy kobieta jest w ciąży, czy nie. Oprócz tego, że będziemy dodawać tę informację, w systemie znajdują się także inne dane medyczne, czyli informacja o wszystkich wizytach, zabiegach i hospitalizacjach.*

Wiceminister Kraska wyjaśnił również, jakie będą dalsze zmiany w systemie: – *Wprowadzamy informacje o wyrobach medycznych zastosowanych u pacjentów, następnie o alergiach i – absolutnie bezcenną – o grupie krwi. Ostatnia informacja dotyczy ciąży. Każdy lekarz zajmujący się pacjentką musi wiedzieć, czy jest ona w ciąży, żeby leczenie nie wyrządziło szkody nie tylko pacjentce, ale i dziecku.*

Wiceministrowi nie udało się jednak przekonać posłanki i posłów opozycji, nie tylko zresztą z Lewicy. Barbara Nowacka (KO) podkreśliła, że obecne pomysły rządu są kolejnym sposobem na zastraszanie: – *Polki boją się zachodzić w ciążę, a wasza propozycja jest kolejnym etapem zastraszania i polityką antykobiecą. Odnosząc się do tych głosów w podsumowaniu dyskusji, Kraska ostro replikował: – Jako parlamentarzysta nie mogę akceptować, aby z mównicy polskiego Sejmu padały kłamstwa. Państwo dzisiaj wielokrotnie, pewnie dziesiątki razy, mówiliście o „rejestrze ciąży”. To jest ewidentne kłamstwo. Nie tworzymy żadnego „rejestru ciąży”, a państwo powtarzacie to kłamstwo, aby przestraszyć polski naród i kobiety. Prokurator będzie miał dostęp do dokumentacji medycznej taki sam jak do tej pory. Przypomniał też, że „w tej chwili dane, które są w systemie, czyli także o wizycie u ginekologa i położnika oraz receptach wystawianych z refundacją dla kobiet w ciąży, skierowaniach na badania okresowe i L4, są w systemie. My dodajemy oddzielną jakby ramkę, aby szybkość informacji w tych stanach zagrożenia życia mogła spowodować optymalne leczenie kobiety i dziecka. Dostęp do informacji medycznej jest taki sam, jak był do tej pory”.*

Wielu lekarzy podpisuje się pod wyjaśnieniami resortu zdrowia. Tomasz Zieliński, wiceprezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, od początku w swoich mediach społecznościowych aktywnie zwalczał zbitkę semantyczną „rejestr ciąży”, tłumacząc – podobnie jak przedstawiciele resortu zdrowia – jak ważna jest, z punktu widzenia medycznego, wiedza o ciąży pacjentki.

Jeśli jednak nic się nie zmienia, po co wprowadzać zmiany? A jeśli są wprowadzane, czy aby na pewno w sposób celowy, a przede wszystkim dobrze zaprojektowany? To tu, abstrahu-



jąc od opozycji i politycznych przepychanek, pojawia się najwięcej wątpliwości ze strony lekarzy. Praktycznie codziennie ktoś na Twitterze lub w innych social mediach lekarskich pyta o obowiązek wprowadzania do SIM informacji o ciąży pacjentki. Pytają dermatolodzy, stomatolodzy, okuliści, którzy już zetknęli się z kobietami informującymi przy okazji wizyty o swojej ciąży, bynajmniej niewidniejącej jeszcze w dokumentacji medycznej. Czy taki lekarz ma prawo (czy też nawet obowiązek) dokonania takiego wpisu? Według Ministerstwa Zdrowia – nie. Resort zdrowia, odpowiadając portalowi Prawo.pl (tuż przed sejmową debatą), stwierdził, że informacje o ciąży będą przekazywane do SIM jedynie wówczas, gdy „*usługodawca uzyska ją w związku z udzieleniem świadczenia zdrowotnego lub realizacją istotnej procedury medycznej*”. Informacja ta będzie daną identyfikującą świadczenie zdrowotne, a jej przekazanie do SIM będzie uzależnione „*od zakresu i specyfiki świadczenia udzielanego przez usługodawcę*”. Mówiąc wprost, lekarz wpisze do systemu fakt ciąży, jeśli potwierdzi go badaniami. Sama deklaracja kobiety nie wystarczy.

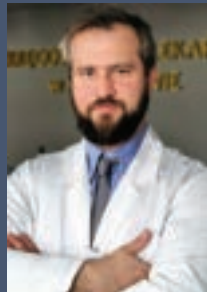
Problem w tym, że – nie pierwszy i zapewne nie ostatni raz – to jedynie interpretacja, czyli prawo powielaczowe. Bo przepis rozporządzenia wydaje się znac-

nie szerszy. Zgodnie z nim rejestr zdarzeń medycznych ma być uzupełniony o informację o ciąży pacjentki, o ile „*usługodawca uzyska ją w związku z udzieleniem świadczenia zdrowotnego lub realizacją istotnej procedury medycznej*”. Czy to znaczy, że jeśli kobieta przekaze dentyście informację o ciąży, co wpłynie na jego decyzję dotyczącą przebiegu leczenia, stomatolog ma odesłać ją do gabinetu ginekologa, by potwierdziła ciążę? Absurd! – twierdzą dentyści.

Lekarze, sceptycznie nastawieni do zmiany przepisów, nie kwestionują sensowności umieszczania w dokumentacji medycznej informacji o ciąży. Zwracają jednak uwagę na niedostatek precyzji – z jednej strony dotyczącej wpisu, z drugiej – jego usunięcia. Kto, kiedy ma prawo (obowiązek) ich dokonania, a przede wszystkim, na jakiej podstawie?

Lekarze, sceptycznie nastawieni do zmiany przepisów, nie kwestionują sensowności umieszczania w dokumentacji medycznej informacji o ciąży.

Z punktu bezpieczeństwa zarówno pacjentki, jak i lekarza ma to kluczowe znaczenie, a próżno szukać takich zapisów w rozporządzeniu. Co więcej, wydaje się, że to właśnie brak precyzji skutkuje łatwością formułowania tez o rzekomym „rejestrze ciąży”. W połączeniu z zaostrzonymi przepisami antyaborcyjnymi jest to mieszanka wybuchowa, która poza wszystkim innym może osłabiać zaufanie między pacjentką a lekarzem. ■



Pacjentki się boją

W KON

MICHAŁ GONTKIEWICZ

specjalista położnictwa i ginekologii, członek Prezydium ORL w Warszawie

Przed wszystkim nie istnieje coś takiego jak rejestr ciąż. Na szczęście. Myśl o tym, że ktoś chciałby rejestrować ciążę w osobnym dokumencie, jest głęboko niepokojąca i słusznie wywołuje opór zarówno pacjentek, jak i personelu medycznego. To, o czym aktualnie głośno w mediach, jest tylko jedną z rubryk wypełnianych przez nas w Systemie Informacji Medycznej na potrzeby karty pacjenta czy też Patient Summary. Konieczność raportowania takich danych wynika z art. 14 dyrektywy Parlamentu Europejskiego o opiece transgranicznej, która zawiera katalog danych zamieszczanych właśnie w Patient Summary. To doskonałe narzędzie agregujące informacje o stanie zdrowia pacjenta i pozwalające skuteczniej udzielać mu pomocy, ale...

No właśnie. Problemem jest to „ale”. Samo narzędzie może być świetnym pomocnikiem medyka zapewniającym szybki dostęp do danych o operacjach, uczuleniach, grupie krwi pacjenta itd., lecz ryzyko niewłaściwego wykorzystania zawartych tam informacji przez osoby bezpośrednio niezwiązane z procesem leczniczym niestety istnieje. Co prawda art. 26 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta ogranicza listę instytucji mających dostęp do danych medycznych, także zawartych w karcie pacjenta, jednak ta lista nadal jest bardzo długa. Poza sędziami i prokuratorami

zawiera także „organy władzy publicznej, w tym rzecznika praw pacjenta, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultantów w ochronie zdrowia” i 12 innych grup. Tego właśnie boją się pacjentki – że wprowadzane w dobrej wierze informacje zostaną wykorzystane przeciwko nim, gdy dojdzie do poronienia lub legalnej aborcji. Zaostrzenie prawa aborcyjnego i działania organizacji antyaborcyjnych już poczyniły dużo złego, wywołując strach kobiet planujących ciążę. Coraz częściej słyszymy pytania w gabinecie „Czy na pewno trzeba tę ciążę rejestrować?”, „A jeśli poronię, jak to będzie zarejestrowane?”. Pacjentka powinna czuć się w gabinecie komfortowo i wiedzieć, że przychodzi do nas po pomoc. A nie bać się, że jeśli usunie ciążę, poroni lub będzie operowana z powodu ciąży ektopowej, zapuka do niej prokurator. W większości krajów Unii Europejskiej takich dylematów nie ma i w 2013 r., gdy opracowywane były dyrektywy Komisji Europejskiej dotyczące Patient Summary, nikt nie brał pod uwagę, że takie problemy mogą się pojawiać.

To niebywale smutne, że o narzędziu, które moim zdaniem jest rewelacyjne i którego wprowadzaniu na naszym rynku przez Centrum E-Zdrowia od początku kibicuję, musimy myśleć również w perspektywie czysto politycznej. To bardzo niedobra droga, która może blokować dalszy rozwój cyfryzacji w ochronie zdrowia. Ale za Patient Summary nadal będę mocno trzymał kciuki i wspierał jego rozwój. Pamiętajmy jednak, że jest to narzędzie tworzone dla pacjentów i personelu medycznego, i tylko do tych dwóch grup powinien zostać ograniczony dostęp do niego.

Co więcej, art. 51 Konstytucji RP podkreśla wrażliwość zbieranych danych o obywatelach, również danych o ich stanie zdrowia oraz byciu lub nie w ciąży. Nakazuje ujawnianie danych na podstawie ustawy, a nie rozporządzenia, co jest o tyle istotne, że proces legislacyjny ustawy pozwoliłby przeprowadzić prawdziwą dyskusję na temat wszystkich wspomnianych wątpliwości i być może chociaż częściowo uspokoił nastroje wśród pacjentek. ■

Warto walczyć o profesjonalny „rejestr ciąży”



Fot. archiwum

MICHAŁ BULSA

specjalista położnictwa i ginekologii, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

W ostatnim czasie media ogólnopolskie żyły tematem tzw. rejestru ciąży. Ma to być próba zaimplementowania w Polsce (w oparciu o zalecenia Komisji Europejskiej) poszerzonej metody raportowania do Systemu Informacji Medycznej istotnych dla pacjenta informacji, dotyczących nie tylko ciąży, ale także alergii, implantów w ciele, grupy krwi oraz dat rozpoczęcia i zakończenia hospitalizacji.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że rozwiązanie to ma silne merytoryczne podstawy. Niejednego medyka o ból głowy przyprawia zbieranie informacji od pacjenta, który nie pamięta, jakie leki przyjmuje, jaki kardiowerter mu wszczepiono lub jakie stenty założono podczas angiografii. Fakt udostępnienia informacji, czy pacjentka jest w ciąży również wydaje się merytorycznie uzasadniony.

Posłużmy się w tym miejscu dwoma przykładami. Pierwsza sytuacja: lekarz rodzinny przepisuje w okresie infekcyjnym leki w ramach teleporady. Podczas rozmowy nie widzi pacjentki, a ona może uznać, że informacja o jej ciąży nie jest istotna. Lekarz w natłoku spraw nie dopyta o ten fakt i może przepisać leki, których przyjmowanie w ciąży jest niedozwolone, np. kodeiny. W przypadku odnotowania zweryfikowanej informacji o ciąży pacjentki system automatycznie poinformowałby lekarza o niebezpieczeństwie związanym z przepisaniem danego farmaceutyku. „Rejestr ciąży” stanowiłby w tym przypadku swojego rodzaju bezpiecznik zarówno dla lekarza, jak i dla pacjentki. Druga sytuacja: kobieta w ciąży traci przytomność. Potwierdzenie informacji o ciąży oraz uzyskanie innej, równie ważnej – o czasie jej trwania, umożliwiłoby szybsze wdrożenie odpowiedniego postępowania, np. rozwiązanie ciąży w przypadku ciąży powyżej granicy przeżycia.

Z drugiej zaś strony istnieje obawa przed wykorzystaniem tej informacji w zupełnie innych celach lub też dostania się danych wrażliwych w niepowołane ręce. Wiele się mówi, zwłaszcza w środowiskach feministycznych, o potencjalnych represjach spowodowanych poronieniem, niezależnie od tego, czy sztucznym, czy naturalnym. Chcąc być sprawiedliwym, należy zauważyć, że aktualnie prokuratura i sądy mają wgląd w dokumentację medyczną, nawet tę w formie papierowej, bez względu na to, czy jest tworzona przez podmiot publiczny, czy prywatny. W dodatku pomysł wszczynania postępowania w każdym przypadku utraty ciąży wydaje się absurdalny. Prokuratura wówczas musiałaby zajmować się wyłącznie tymi przypadkami. A nawet jeśli byłoby to możliwe, musimy pamiętać, że polskie prawo nie przewiduje karaniami kobiety, która poddała się zabiegowi aborcji, więc tym bardziej nie rozumiem aż takich emocji dotyczących „rejestru ciąży”.

Podsumowując, należy zaznaczyć, że każdy rejestr jest tylko narzędziem. Dobrze używane może przynieść wiele korzyści. Zweryfikowane dane wprowadzane do tego systemu przez profesjonalistów medycznych znacznie ułatwiłyby pracę lekarzy. Istnieją także niebezpieczeństwa, np. wpływu tych danych. Należałoby jednak zadać sobie pytanie, które dane są lepiej chronione. Czy te w systemie komputerowym, który odnotowuje każde wejście i wyjście z systemu, czy w formie papierowej... Odpowiedź wydaje się oczywista.

Ja chciałbym, aby pacjentka przychodząca od „innego ginekologa” miała zweryfikowane informacje, jakie nieprawidłowości u niej stwierdzono oraz jakie leczenie jest wymagane. Informatyzacja powinna ułatwiać pracę każdego lekarza. Niestety, obawiam się, że – jak to często bywa – nie podejmiemy do tej kwestii kompleksowo. Odnotowując w systemie sam fakt ciąży, bez innych istotnych kwestii, stworzymy bezsensowny rejestr. Tylko profesjonalny rejestr, zawierający informacje o stosowanych lekach, czasie ich stosowania oraz patologiiach stwierdzanych podczas ciąży, może znacząco poprawić jakość opieki nad pacjentkami. A o to moim zdaniem warto walczyć. ■

Stanowisko Prezydium ORL w Warszawie

z 10 czerwca 2022 r.


w sprawie nałożenia na lekarzy obowiązku wprowadzania do Systemu Informacji Medycznej informacji o ciąży pacjentki

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie wyraża zaniepokojenie nakładaniem na pracowników ochrony zdrowia obowiązku wprowadzania do Systemu Informacji Medycznej informacji o ciąży leczonej osoby.

Fakt zajścia w ciążę jest intymną, prywatną sprawą każdej kobiety, obligatoryjne wprowadzanie do dostępnych osobom postronnym systemów tej informacji może godzić w prawa kobiet. Z medycznego punktu widzenia przydatność umieszczenia informacji w Systemie Informacji

Medycznej wydaje się znikomą, gdyż kobiety w wieku prokreacyjnym należy tak czy inaczej diagnozować i leczyć z uwzględnieniem możliwości obecnej ciąży (aż do jej wykluczenia).

Ponadto należy zauważyć, że postępujące rozszerzanie obowiązku raportowania do Systemu Informacji Medycznej coraz większej ilości danych będzie prowadzić do dalszego obciążania pracą administracyjną lekarzy, co odbywa się kosztem czasu poświęconego pacjentom. ■



**SĄDY OKRĘGOWE W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM
POSZUKUJĄ KANDYDATÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI
LEKARZA SĄDOWEGO LUB BIEGŁEGO SĄDOWEGO.**

Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego lub biegłego sądowego proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl



II Ogólnopolski Konkurs Literacki
dla lekarzy i lekarzy dentyistów
O ZŁOTE PIÓRO ASKLEPIOSA*

temat:
„Mistrz - uczeń w medycynie”

nadsyłanie prac (poezja, proza) do 30 września

Komisja Kultury
WARSZAWA

izba-lekarska.pl

Regulamin konkursu





Programy przesiewowe

MAREK BALICKI

Rozpoznanie zakażenia wirusem HCV daje szansę na wyleczenie w 98 proc. Dzięki temu ryzyko przedwczesnej śmierci z powodu HCV może się zmniejszyć trzykrotnie, rozwoju raka wątroby czterokrotnie, a niewydolności wątroby aż czternastokrotnie. Przyniesie to również korzyści społeczne i budżetowe. Skuteczne leczenie wspomnianego zakażenia jest u nas stosunkowo łatwo dostępne i w pełni bezpłatne, a efektywność kosztowa testowania w kierunku HCV była wielokrotnie weryfikowana i uznawana jest za bezdyskusyjną.

Wydawałoby się więc, że cel WHO – zmniejszenie do roku 2030 liczby nowych zakażeń o 90 proc., a zgonów spowodowanych przez wirus HCV o 65 proc. – powinien być u nas łatwy do osiągnięcia. Jednak rzeczywistość temu przeczy. Żeby cel WHO osiągnąć, trzeba by testować rocznie prawie 3 mln osób, a leczyć około 12 tys. z nich. Okazuje się, że do tego nam daleko, a w dwóch pandemicznych latach sytuacja się jeszcze pogorszyła. W 2019 r. wykrywano w Polsce 3,4 tys. zakażeń, ale w 2021 już trzykrotnie mniej. W efekcie spadła liczba leczonych. Zgodnie z danymi epidemicznymi, mamy w Polsce około 150 tys. osób zakażonych, z których leczonych jest zaledwie ułamek. Roczna liczba zgonów tylko z powodu raka wątrobowokomórkowego zbliżona jest do liczby zgonów w wyniku wypadków drogowych.

Przytoczone alarmujące dane zostały przedstawione przez ekspertów podczas jednego z ostatnich posiedzeń Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP. Jednogłośnie wskazywali, że w Polsce nadal nie mamy systemowo rozwiązanego problemu testowania w kierunku HCV. Pilnie potrzebny jest program badań prze-

siewowych. Większość krajów na podobnym do naszego poziomie rozwoju takie programy realizuje. Wiadomo też, jak to zrobić. Mamy projekt programu zapobiegania marskości i rakowi wątroby wywołanym zakażeniem HCV, opracowany w 2020 r. przez prof. Roberta Flisiaka we współpracy z zarządem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

Tymczasem minister zdrowia stwierdził niedawno w jednej z telewizji, że wysoka liczba zgonów nadmiarowych w Polsce była spowodowana złym stanem zdrowia Polaków, a nie

ograniczoną dostępnością usług zdrowotnych w okresie pandemii. Dodał, że pacjenci, niezależnie od wieku, unikają badań profilaktycznych, dlatego za późno zgłaszają się po pomoc lekarską. Ograniczenia w korzystaniu z opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, co myśli o tym minister, były jednak faktem. Ponadto większość ekspertów ocenia, że koronawirus obnażył

Możemy wyleczyć prawie każdego, jeśli wiemy, że jest zakażony.

wszystkie słabości polskiego systemu ochrony zdrowia, a elementem przesądającym o tragicznym bilansie były błędy decydentów. Minister mówi, że profilaktyka jest ważna. I z tym trudno się nie zgodzić. Przykładowo: wielu tysięcy nadmiarowych zgonów można by uniknąć, gdyby wdrożono program badań przesiewowych w kierunku zakażenia wirusem HCV.

Jedna z uczestniczek wspomnianego spotkania rady, reprezentująca organizację pacjencką, powiedziała: – *Możemy wyleczyć prawie każdego, jeśli wiemy, że jest zakażony. Stworzenie efektywnego systemu testowania to zadanie Ministerstwa Zdrowia. Tej odpowiedzialności nie da się przerzucić ministrowi na barki pacjentów.* ■

Moment zmęczenia

PAWEŁ KOWAL

Jeszcze prezydent Macron i kanclerz Scholz dzwonią do Putina, jeszcze liczą, że ich rozmowa coś zmieni, jakby chcieli uchronić przed ostateczną zagładą „stary świat”, z jego wadami, nie dopuścić do ostatecznego „upokorzenia” Rosji. Chronią świat podupadłych europejskich potęg, które „się rozumieją”.

Rzecz jasna, że krwawy Putin był także dla nich problemem. Od dekad co kilka lat wywoływał jakąś wojnę, za co nakładano na Rosję sankcje, a potem zaczynało się szukanie drogi do spotkania i rozmowy. Ale wiadomo było, czego można się po nim spodziewać.

Putin wiele sobie z telefonów od przywódców Francji i Niemiec nie robi. Stara się nadrabiać straty w wojnie, bo wie, że teraz czas raczej gra na jego korzyść. Ukraińcy dzielnie się bronią, ale każdy kolejny dzień wojny kosztuje ich więcej niż Rosjan. Powoli słabnie zapal Zachodu do wspierania Ukrainy. Zainteresowanie trudnymi tematami w demokratycznych mediach trwa najwyżej kilka tygodni. Potem ludzie szukają informacji o wakacjach i plotek z życia celebrytów, nie chcą już oglądać obrazków z Buczy. Przecież przez kilka lat II wojny światowej ludzie także zajmowali się innymi sprawami niż wieści z frontu.

Putin i jego sztab prowadzą wojny stale. Kiedy przywódcy Zachodu uczyli się prowadzenia kampanii wyborczych, by utrzymać władzę przez kolejne kadencje, na Kremlu uczono się, jak skutecznie napadać na sąsiadów (na Gruzję) czy prowadzić operacje wojskowe (w Syrii). Tak samo ze społeczeństwami: społeczeństwo rosyjskie to przecież ludzie o najbardziej „zmilitaryzowanych” głowach w Europie, bo rządowa telewizja codziennie wstrzykuje im do mózgow

wojenny jad. Nic dziwnego, że poparcie dla wojny jest tam takie duże – nawet według ostrożnych szacunków wsparcie dla Putina deklaruje około 60 proc. Rosjan. Społeczeństwa zachodnie w tym samym czasie skupiały się na szkołach dla dzieci, inwestowaniu z myślą o emeryturze i wakacyjnych planach. Putin i jego ludzie dobrze wiedzą o tych różnicach i dlatego liczą na moment strachu zachodnich przywódców, że przegrają wybory ze względu na kryzys, i znużenia narodów codziennymi wieściami z frontu.

Czy „po Buczy”, czyli ludobójstwie na Ukrainie, można rozmawiać z Putinem? Ludzie mówią: trzeba rozmawiać. Ale czy koniecznie na najwyższych politycznych szczeblach? Czy koniecznie trzeba dawać Putinowi szansę na jeszcze jeden komunikat, że Zachód się z nim liczy i do niego błagalnie wydzwania? Tego lata zadecydują się losy wojny na Ukrainie. Pewny siebie Putin, jak każdy dyktator, przeoczy zapewne moment zagrożenia, gdy stanie się obiektem udanego ataku najbliższych współpracowników, którzy będą chcieli ratować własną skórę. Może usuną Putina lub jedynie odsuną go od władzy, żeby szybko zacząć negocjacje z Zachodem, bo bez niego będzie łatwiej ochronić resztki dawnej świetności Rosji? Oto najbardziej paradoksalny scenariusz: przerwanie wojny, pewnie na kilkanaście miesięcy, maksymalnie kilka lat, co na jakiś czas uchroni resztki tego starego świata, z imperialną Rosją, który tak bardzo boją się utracić Macron i Scholz. ■

Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Pro Seniore wraz z Mazowieckim Oddziałem
Okręgowym Polskiego Czerwonego Krzyża
w Warszawie oferują

WSPARCIE PIEŁĘGNACYJNO-GOSPODARCZE DLA LEKARZY SENIORÓW

- usługi pielęgnacyjne
- pomoc w obowiązkach domowych i codziennych czynnościach
- przeciwdziałanie osamotnieniu



Liczba miejsc jest ograniczona

Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

Serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor” powołany przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Sluchaczem Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego wieku „Nestor” może być członek samorządu zawodowego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, który ukończył 59 lat i złożył deklarację do LUTW „Nestor” dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Deklarację wstąpienia do LUTW (do pobrania ze strony internetowej izby lub na miejscu, w sekretariacie) należy wypełnić i osobiście złożyć u Jolanty Wielgoś w sekretariacie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18 (IV p.), tel.: 22 542 83 55. Przed złożeniem deklaracji, prosimy o zapoznanie się z regulaminem LUTW „Nestor” oraz klauzulą RODO.

Zapisy rozpoczynają się od 2 sierpnia 2022 r.

Wykład inauguracyjny pt. „Idea, powstanie, rozwój i przyszłość uniwersytetów trzeciego wieku” wygłosi 4 października 2022 r. o godz. 11.00 prof. dr hab. Waldemar Wierzbka (sala na parterze w budynku OIL w Warszawie).

Oto terminy i tematy kolejnych wykładów, które planowane są w I semestrze roku akademickiego 2022/2023:

- 18.10.22 r. „Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej” – dr Bohdan Zdziennicki, sędzia TK w stanie spoczynku
- 8.11.22 r. „COVID-19 – epidemia globalna” – dr Piotr Wasilewski
- 22.11.22 r. „Medycyna stylu życia a zdrowa starość” – prof. dr hab. Jarosław Pinkas
- 6.12.22 r. „Wybrane aspekty operacji wojskowych poza granicami kraju widziane oczami uczestnika” – płk rez. Leszek Laszczak
- 13.12.22 r. Spotkanie przedświąteczne
- 10.01.23 r. „Podróże Fryderyka Chopina po Polsce i Europie” – Marita Juarez
- 24.01.23 r. „Czym jest dziedziczenie ustawowe, czym testamentowe, czym zaś jest wydziedziczenie” – adwokat Jerzy Krzywicki
- 7.02.23 r. „Zdrowie publiczne – współczesne wyzwania społeczne” – prof. dr hab. Alfred Owoc

Planowane są również zajęcia na basenie i w sali gimnastycznej, wyjścia do teatru, muzeów oraz wycieczki.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

Za nami VI Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

MICHAŁ NIEPYTALSKI



Nareszcie udało się spotkać! – to zdanie powtarzane było niemal przez wszystkich uczestników MSS. Lekarze dentyści z całej Polski po raz szósty zjechali licznie na konferencję naukową organizowaną przez OIL w Warszawie, Komisję ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny i Centrum Kariery Lekarza.

Kilkadziesiąt wykładów, wśród prowadzących gwiazdy polskiej stomatologii. Edukacja, integracja i wymiana doświadczeń, czyli Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne w kilku słowach. Konferencja od lekarzy dla lekarzy rozpoczęła się w piątek 10 czerwca w hotelu Narvil w Serocku. Uroczystość otwarcia poprowadzili: prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, kierownik naukowy konwencji, dziekan



Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i jednocześnie konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, Piotr Pawliszak, p.f. prezesa ORL w Warszawie, oraz dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów. Wszyscy zgodnie wyrażali radość, że wreszcie, po pandemicznej przerwie, udało się zorganizować samorządowe spotkanie naukowe na skalę ogólnopolską. Swoją obecnością zaszczytili VI MSS ponadto przedstawiciele nowo wybranej Naczelnej Rady Lekarskiej – jej prezes Łukasz Jankowski oraz wiceprezes ds. lekarzy dentystów Paweł Barucha.

Piotr Pawliszak w wywiadzie udzielonym podczas konferencji „Pulsowi” podkreślał, że samorząd dostrzega szczególną potrzebę integracji środowiska lekarzy dentyków: *„Specyfika branży jest bowiem taka, że z reguły działają w ramach indywidualnych lub nieco większych, ale wciąż kameralnych, praktyk lekarskich”*.

O korzyściach ze stopniowego powrotu do szkoleń stacjonarnych mówiła prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. *– Jeśli prowadzimy wykład, kontakt z odbiorcami pokazuje nam, czy to, co mówimy, jest dla nich interesujące,*

czy nie. Z sali padają pytania, w kuluarach toczą się dyskusje – stwierdziła. W tym samym tonie wypowiedział się kolejny wykładowca, dr n. med. Piotr Sobiech z Zakładu Stomatologii Dziecięcej WUM. Jego zdaniem sytuacja z ostatnich dwóch lat ograniczyła wymianę poglądów. – Dla rozwoju medycyny ważne jest, by dyskutować, a nawet trochę się pokłócić – zauważył. Na ów twórczy aspekt zwróciła uwagę także prof. dr hab. n. med. Beata Kawala, konsultant krajowy w dziedzinie ortodontyki: – Każde spotkanie stomatologów jest spotkaniem kreatywnym. Uczy nas mówić wspólnym językiem. Wprowadzenie licznych specjalizacji w Polsce spowodowało, że (...) specjaliści brną w swoją dziedzinę, poszukując nowych rozwiązań. MSS i podobne konferencje pozwalają nam dostrzec specyfikę danej specjalizacji, żeby przedstawiciele różnych specjalizacji mogli włączać się w tzw. interdyscyplinarne leczenie. Przykładem udanej współpracy jest dostrzeżenie przez lekarzy dentyków możliwości, jakie daje interceptowane leczenie ortodontyczne. – Bardzo cieszy nas, ortodontów, że lekarze dentyści coraz częściej wysyłają do nas pacjentów nawet w stanach, które jeszcze nie wymagają naszej interwencji. Tylko takie działanie pozwoli przeciwdziałać poważnym wadom zgryzu – zapewniła Beata Kawala.



Konferencja zainteresowała nie tylko lekarzy zrzeszonych w OIL w Warszawie. – *W końcu po to są Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, żeby można było usiąść z przedstawicielami innych izb i porozmawiać np. o wspólnych projektach, wspólnych potrzebach. Jako największa okręgowa izba lekarska w kraju mamy potencjał organizowania takich konferencji – otwartych dla kolegów z całej Polski. A wiadomo, że lekarze dentyści mają wiele podobnych problemów, niezależnie od tego, gdzie pracują – w małym mieście czy w dużym, na północy czy na południu kraju – zauważył Dariusz Paluszek. – Takie spotkanie daje pole do rozmów nie tylko stricte gabinetowych, ale także do omawiania działalności poszczególnych izb okręgowych –* dodała lek. dent. Anna Lella, prezes Warmińsko-Mazurskiej ORL.

W dyskusjach brali udział również przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej. Ich obecność stała się okazją do pytań o plany na przyszłość po niedawnych wyborach do władz samorządu. – *Mam nadzieję, że uda się stworzyć lepsze warunki pracy, że uda się odciążyć lekarza dentyście od zbędnych czynności, które trzeba wykonywać w gabinecie, a które nie są związane z leczeniem, aby stomatolodzy nie poświęcali więcej czasu na „papierologię” niż na pracę z pacjentem. Formalności i zajmowanie się dokumentacją oczywiście są związane z prowadzeniem praktyki, ale ich charakter świadczy o tym, że jesteśmy traktowani jak zwykli przedsiębiorcy. Byłoby to do przyjęcia, gdyśmy tak byli traktowani w każdej sferze. A nie jesteśmy –* mówił nowy wiceprezes NRL ds. lekarzy

dentystów Paweł Barucha. Jego zdaniem decydenci podchodzą do praktyk dentystycznych rynkowo, kiedy jest to dla nich wygodne, np. gdy trzeba nałożyć nowe obciążenia fiskalne lub formalne. Ale zapominają o tej wymuszonej realiami systemu warstwie biznesowej, kiedy chodzi o relację dentysty z pacjentem.

Wykładów podczas MSS było na tyle dużo, że równocześnie musiały odbywać się w trzech salach, dzięki czemu uczestnicy mieli możliwość wyboru najbardziej interesujących ich tematów. Było ich zaś naprawdę wiele. Sporo miejsca poświęcono innowacjom, część wykładowców propagowała rzadko stosowane, a przynoszące powodzenie rozwiązania terapeutyczne. ➤





- tyczne. Chodzi m.in. o autotransplantacje, o których mówili współpracujący ze sobą dr hab. n. med. Ewa Czochońska i dr hab. n. med. Paweł Plakwicz.

Znalazło się nawet miejsce na zagadnienia okołostomatologiczne, chociażby kwestię uzależnień pacjentów i wpływu tego problemu na działania lekarzy dentyków. Wykład wygłosił anestezjolog Adam M. Pietrzak, będący też specjalistą medycyny ratunkowej. Zwrócił ponadto uwagę na kłopot, jakiemu muszą stawić czoła dentyści zajmujący się urazami zębów – niemożność udzielania kompleksowej pomocy. – *Pacjent, który trafi do stomatologa po urazie twarzoczaszki, np. po wypadku na hulajnodze, myśli o interwencji lekarskiej tylko w kontekście uszkodzonych zębów. Bo to wpływa na estetykę jego wyglądu, bo wstydzi się, że wziął udział w wypadku... Powody mogą być różne. Niepytany, nie wspomni więc o bólu w klatce piersiowej czy innej dysfunkcji, która może świadczyć o krwawieniu wewnętrznym. Stomatolog widzi takiego pacjenta krótko, poza tym dostaje konkretne zadanie, nie ma możliwości przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki. Jeśli już zobaczy na prześwietleniu uraz żuchwy i skieruje pacjenta do chirurga, to nie raz, nie dwa pacjent zignoruje zalecenie. Póki nie boli, wydaje mu się żudnie, że nic mu nie jest.*





Pierwszy dzień MSS zakończył się bankietem będącym okazją do przedstawienia znakomitych gości specjalnych, m.in. członków władz innych okręgowych izb lekarskich, konsultantów krajowych i wojewódzkich. Wieczorna uroczystość była najlepszym czasem do spełnienia drugiej po edukacji fundamentalnej roli Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych – integracji środowiska lekarzy dentyistów.



W sobotę odbyły się kolejne wykłady. Część pogrupowano w sesje tematyczne, takie jak poranna sesja implantologiczna, której prowadzącymi byli przedstawiciele Wojskowej Izby Lekarskiej.

W przerwach między wykładami uczestnicy mieli szansę zapoznać się z produktami kilkudziesięciu wystawców prezentujących ofertę firm z branży dentystrycznej. ■



Konferencje, warsztaty, uroczystości i inne przedsięwzięcia z udziałem izby

Przedwakacyjny czas obfitował w wydarzenia, w które OIL w Warszawie bardzo chętnie się angażowała – od konferencji, po doroczne uroczystości. Nie zabrakło także naszych inicjatyw, w tym wielu ciekawych propozycji, które pozwalają nie tylko odpocząć po dyżurze, ale i rozwijać pozamedyczne zainteresowania.

Konferencja Innovation Day

Spotkanie ekspertów poświęcone innowacjom w sektorze medycznym, pt. Innovation Day, odbyło się 23 czerwca pod patronatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Organizatorami byli portal Polityka Zdrowotna i Warsaw New Tech University Foundation. Wśród uczestników znalazła się reprezentująca naszą izbę Maria Libura, członkini Zespołu ds. Studiów Strategicznych ORL.

do silnego spłaszczenia stawek w obrębie poszczególnych zawodów medycznych. – *Co to powoduje? Nasz szpital jest efektywny, czego dowodzi pandemia, podczas której wykonaliśmy niezwiązane z nią, lecz przewidziane w ryczałtowym finansowaniu zabiegi, a jednocześnie prowadziliśmy de facto szpital covidowy. Jednak zachowanie efektywności wymaga tego, że np. pielęgniarka na dyżurze obejmującym centrum urazowe staje do zabiegu 3–4 razy albo częściej. Teraz wyobraźmy sobie szpital, który ryczałt wykonuje powiedzmy w 80 proc., nie*



Fot. M. Niepytalski

Konferencja podzielona została na trzy bloki tematyczne. W pierwszym mówiono o efektywnym zarządzaniu szpitalem. Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gierelak, nawiązując do swojego militarnego doświadczenia, stwierdził: – *W zarządzaniu placówką ochrony zdrowia poruszamy się w obszarze działań taktycznych i operacyjnych, to jest domena takich instytucji, np. szpitala. Ale jest jeszcze trzeci element konieczny dla właściwego zarządzania – strategia, a za nią odpowiada płatnik, regulator. Tak jak na wojnie – nawet najlepsza armia na świecie nie wygra, jeśli nie posiada strategii. A strategię gwarantuje państwo. Regulator musi mieć świadomość, że każda jego decyzja ma określony skutek dla działań taktycznych i operacyjnych szpitali.*

Jakub Kraszewski, dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, zwrócił uwagę właśnie na strategię dotyczącą wynagrodzeń. Jego zdaniem działania państwa uwzględniające mechanizm ich przyznawania doprowadziły

ma izby przyjąć. *Ta sama pielęgniarka mogłaby na dyżurze po prostu spać. Ale system zmusza, żeby w obu przypadkach płacić podobnie. System dystrybucji pieniędzy na wynagrodzenia niepowiązany z liczbą świadczeń jest rozwiązaniem, które dobije polski system ochrony zdrowia, bo będziemy obserwowali niekontrolowane transfery do miejsc, gdzie jest łatwiej – ocenił Kraszewski.*

W kolejnym panelu, poświęconym nowoczesnym kadrom medycznym i kulturze organizacji, głos zabrał m.in. dr n. med. Krzysztof Kurek, członek zarządu Lux Med ds. medycznych, podkreślając ekonomiczną wagę komunikacji z pacjentami. – *Nie chodzi tylko o satysfakcję pacjenta, ale także o jego zrozumienie zaleceń i skłonność do ich przestrzegania. Co oznacza, że komunikacja także wpływa na efektywność kosztową – stwierdził.*

Ostatni panel konferencji, zatytułowany „Medycyna 4.0”, dotyczył cyfryzacji ochrony zdrowia, zarządzania danymi

medycznymi i ich ochrony. Właśnie w nim brała udział Maria Libura z Zespołu ds. Studiów Strategicznych ORL w Warszawie. – *W centrum cyfrowej rewolucji medycznej musi być postawione zaufanie społeczne. Ostatecznym wyzwaniem nie jest świadoma zgoda pojedynczego pacjenta na gromadzenie czy udostępnianie danych, ale demokratyczna kontrola nad tym, co się z nimi dzieje* – podkreśliła ekspertka.

Konferencja odbyła się w warszawskim Cambridge Innovation Center, a oprócz OIL w Warszawie patronowali jej także Ministerstwo Zdrowia i Agencja Badań Medycznych. ■

Cyfrowa ochrona zdrowia

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie gościła ekspertów oraz lekarzy podczas warsztatowego panelu dyskusyjnego pt. „Transformacja cyfrowa ochrony zdrowia a interes społeczny”, który jest jednocześnie roboczą nazwą publikacji przygotowywanej pod redakcją Zespołu ds. Studiów Strategicznych ORL w Warszawie.

O wybranych zagadnieniach dotyczących cyfrowej ochrony zdrowia mówili: Magdalena Władysiuk, Marta Musiałowska, Jan Zygmuntowski, Artur Olesch, Maciej Malenda, Stanisław Iwańczak i Maria Libura. Panel zakończyła dyskusja wszystkich uczestników, nad której przebiegiem czuwali inicjatorzy warsztatów: Maria Libura, przewodnicząca Zespołu ds. Studiów Strategicznych ORL, oraz Tomasz Imiela, wiceprezes ORL w Warszawie. ■



Fot. A. Beguski

Wolffiana – święto TLW

Złożeniem kwiatów pod tablicą upamiętniającą Augusta Ferdynanda Wolffa rozpoczęły się Wolffiana – doroczne święto Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego ku czci pierwszego prezesa.

Dalszy ciąg uroczystości odbywał się w Domu i Klubie Lekarza. W Wolffianach uczestniczyli przedstawiciele samorządu lekarskiego: pełniący funkcję prezesa ORL w Warszawie



Fotografie: M. Niepżytański



Piotr Pawliszak, przewodnicząca Komisji ds. Kultury Bożena Hoffman-Golańska oraz przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Seniorów Włodzimierz Cerański. Prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzy Jurkiewicz podkreślał świetnie układającą się współpracę z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie. Potwierdzeniem tych słów było uhonorowanie Bożeny Hoffman-Golańskiej Medalem Włodzimierza Brodowskiego i Ludwika Paszkiewicza przyznawanym w dowód przyjaźni i za zasługi dla TLW. ■

Dzień Dziecka w Radomiu

Suchy basen z piłeczkami, trampoliny, kącik dla malucha, pionowe i poziome przeszkody oraz cały ocean uśmiechów. Tak wyglądał Dzień Dziecka w Delegaturze Radomskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Impreza z tej okazji odbyła się 28 maja w radomskim Centrum Zabaw Hula Park, a wzięło w niej udział 85 dzieci (z dorosłymi było 150 uczestników). Maluchy doskonale się bawiły, wspinając się po miękkich zabawkach-klockach, starszaki wybierały przede wszystkim profesjonalne batuty i wyższe konstrukcje do wspinania. Rodzice również znaleźli coś dla siebie – czas spędzony w miłym towarzystwie kolegów i koleżanek po fachu. ■



Fot. M. i K. Stepińscy

XIX Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy

Wystawę można było oglądać w Łodzi od 29 maja do 3 czerwca 2022 r.

Wśród lekarzy z całej Polski swoje prace przedstawiali również nasi koledzy: Zofia Bachowska-Musiał, Anna Boszko, Włodzimierz Cerański, Katarzyna Chojnacka-Pniewska, Krysztyna Dowgier-Malinowska, Anna Grzybowska, Wiktoria Mikulska, Paweł Symonowicz, Stefan Welbel i Tadeusz Wolski. Inspiracją były różnorodne kierunki artystyczne: realizm, surrealizm i abstrakcja. Większość prac wykonana została w technice olejnej na płótnie, ale były również prace namalowane akrylem na desce (Tadeusza Wolskiego) oraz tuszem i kredką na papierze (Stefana Welbela).

Laureatem Złotej Palety został Tomasz Lesiak z Łodzi za obrazy olejne pt. „Gruski”. Nasz kolega Tadeusz Wolski został wyróżniony za zbiór prac pt. „Wakacje”. ■



Fot. archiwum

Medicantus

29 maja 2022 r. w kościele p.w. Świętej Rodziny w Warszawie odbył się koncert chóru OIL Medicantus oraz niedawno powstałej Orkiestry Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Dyrygowała Beata Herman – kierownik artystyczny i dyrygent obu zespołów.

Podczas mszy świętej, przy akompaniamencie organisty Pawła Moszkowicza, chór Medicantus i lekarze soliści wykonali dwa dzieła oratoryjne: „Panis Angelicus” Cezara Francka (lekarz rodzinny Krzysztof Moczarski – tenor) oraz „Laudate Dominum” z „Nieszporów” Wolfganga Amadeusza Mozarta (lekarz stomatolog Sylwia Skowrońska-Łańcucka – sopran).

Po mszy świętej odbył się koncert, w trakcie którego po raz pierwszy oficjalnie wystąpiła Orkiestra Warszawskiej Izby Lekarskiej, wykonując temat z filmu „Misja” Ennio Morricone. Następnie znakomita młoda solistka Aleksandra Wittchen – nasz gość – zaśpiewała z udziałem obu zespołów



Fot. archiwum

partię mezzosopranową – modlitwę z operetki Francisca Lopeza „Vierge Marie”. Główną część koncertu stanowił „Magnificat” Antonio Vivaldiego z udziałem obu zespołów i wszystkich solistów, a na finał wykonano utwór „Halleluja” Jerzego Fryderyka Haendla. ■

VIII Mazowieckie Mistrzostwa Lekarzy

26 czerwca lekarze i lekarze dentyści zmierzili się na trasie półmaratonu organizowanego przez Delegaturę Radomską OIL w Warszawie w ramach Mazowieckich Mistrzostw Lekarzy przy okazji 10. Półmaratonu Radomskiego Czerwca`76.



Fot. J. Zielińska-Ziembka

Rywalizowano w siedmiu kategoriach wiekowych. Licząca nieco ponad 21 km trasa prowadziła najładniejszymi ulicami i parkami Radomia. Na mecie w Radomskim Centrum Sportu zawodników witały brawa zebranej publiczności. Na piersi każdego uczestnika, który zakończył bieg, zawisł pamiątkowy medal. Piąte miejsce w kategorii open zdobył reprezentujący OIL w Warszawie dr Andrzej Mroczek. ■

Relacje przygotowali: *ab, bhg, mn, jt, uwk*

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 pozostawi Cię bez pomocy, dlatego zgłoś się
do Rady Funduszu Samopomocy – możesz
uzyskać pomoc finansową.

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

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



KONTAKT TEL.: 22 54 28 333.



izba-lekarska.pl



II LEKARSKI OBÓZ KITESURFINGOWY

3–10 WRZEŚNIA
(TURNUS 1)

10–19 WRZEŚNIA
(TURNUS 2)

PÓŁWYSEP HELSKI, CHAŁUPY, KEMPING ALBATROS

ZGŁOSZENIA E-MAILOWO: D.JAROSZ@OILWAW.ORG.PL

KOSZT POBYTU JEDNEJ OSOBY: 1500 ZŁ

w cenie 10 godzin indywidualnych lekcji z instruktorem
w wypadku złej pogody oferujemy voucher do beztęminatowego wykorzystania

SZCZEGÓLNE INFORMACJE: TEL. 795 560 297

ZAPISY DO 23 SIERPNI



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. JANA NIEMCEWICZA

OIL SPORT EVENT



Wynajmę nowoczesne gabinety lekarskie pod wizyty. Możliwość obsługi rejestracyjnej.
Warszawa – Ursynów, al. KEN 103, lokal u4. Tel.: 786-899-982.

#W_ETERZE

W czerwcu dokonano wyboru pełniącego funkcję prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. O objęciu tego stanowiska przez dotychczasowego wiceprezesa ORL Piotra Pawliszaka informowały największe branżowe media. Przedstawiciele izby w prasie, Internecie oraz telewizji komentowali m.in. sprawy związane z przyznawaniem tzw. dodatków covidowych oraz adaptacji ukraińskich lekarzy w Polsce. Media przytaczały również apele i stanowiska rady dotyczące zagadnień istotnych dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

SAMORZĄD

□ O wyborze wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Piotra Pawliszaka na pełniącego funkcję prezesa ORL informował **Rynek Zdrowia.pl**: „Piotr Pawliszak został wybrany na p.o. prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Łukasz Jankowski, dotychczasowy prezes ORL, objął stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, trzeba było więc uzupełnić wakę”. O nowej funkcji Piotra Pawliszaka pisał również portal **Medycyna Praktyczna.pl**.



□ **Menedżer Zdrowia.pl** podał z kolei nowy skład kierownictwa Naczelnej Rady Lekarskiej, do której weszli członkowie ORL w Warszawie: „3 czerwca ogłoszono skład nowych władz. Znaleźli się w nich: Paweł Doczekalski – zastępca sekretarza i przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy, Monika Potocka – rzecznik praw lekarza, Jan Kowalczyk – przewodniczący Komisji Finansowo-Budżetowej, Mery Topolska-Kotulecka – przewodnicząca Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców, Piotr Pawliszak – przewodniczący Zespołu ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądaných i Szkód w Ochronie Zdrowia, Michał Gontkiewicz – przewodniczący Zespołu ds. E-zdrowia”.

PRAWO I SYSTEM OZ

□ Pełniący funkcję prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Piotr Pawliszak na łamach portalu **Prawo.pl** komentował projekt ustawy Ministerstwa Zdrowia dotyczący wprowadzenia systemu no-fault: „Na pierwszy rzut oka brzmi to dobrze. Lekarze zwracają jednak uwagę, że projekt nie znosi odpowiedzialności karnej personelu, jedynie pozwala łagodniej potraktować zgłaszającego, tymczasem za błędem stoi często cały zespół. Błędne jest traktowanie projektu jako zniesienia odpowiedzialności karnej »sygnalistów«. Jego zapis jedynie nie powoduje automatycznego wszczęcia procedury karnej wobec osoby, która dokonuje zgłoszenia. (...) Nie blokuje on jednak wszczęcia procedury karnej, nawet wobec »sygnalisty«, jeżeli zgłoszenia dokona ktokolwiek inny. Zapis ten niesie ze sobą inne ryzyko – może powodować »wysięg« dotyczący zgłaszania zdarzeń niepożądaných, niszcząc atmosferę zaufania w zespołach”. Wypowiedź Piotra Pawliszaka o systemie no-fault opublikował także **Superepress.pl**.

□ O zasadności i procedurze przyznawania zwolnień lekarskich dla serwisu **Polityka Zdrowotna.com** mówił wiceprezes ORL Tomasz Imiela: „Zastanawiające jest, jak kontrolerzy ZUS będą oceniać zasadność udzielonego zwolnienia lekarskiego? (...) Załóżmy, że ZUS kwestionuje wystawienie LA z powodu kataru. Ale pójść do pracy z niezżytym nosa może doprowadzić do pogłębionej infekcji, a także zarażenia innych pracowników. Przed pandemią było przyzwolenie na to, że chodziło się do pracy z katarą. Teraz się to zmieniło. Dobrze, że mamy możliwość wystawienia zdalnie zwolnienia pacjentowi w takim przypadku i nie musi się on do nas fatygować”. Wypowiedź wiceprezesa ORL w Warszawie na temat zwolnień cytowała również **Wyborcza.pl**.

□ Nieprawidłowości w przyznawaniu dodatków covidowych były tematem wypowiedzi w **Pulsie Medycyny.pl** rzecznik OIL w Warszawie Renaty Jeziólkowskiej: „Podstawowy błąd to niejasne kryteria. Przyznawaniu dodatków covidowych od samego początku towarzyszył chaos. Niejasne zasady powodowały różne interpretacje, na co samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę”. Pisały o tym również **WP.pl** oraz **Onet.pl**.

□ Piotr Winciunas, przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu ORL w Warszawie, podkreślał w rozmowie z **Prawo.pl** konieczność organizowania szkoleń adaptacyjnych dla lekarzy z Ukrainy: „Bez znajomości języka lekarz nie jest w stanie prawidłowo wystawiać recept, skierowań, a przede wszystkim prowadzić pacjenta przez system ochrony zdrowia. (...) Dlatego Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie uważa, że kluczowa jest nie tylko efektywna nauka języka polskiego, ale też staż adaptacyjny i szkolenie z zakresu uwarunkowań administracyjnych naszego systemu. Takiego rozwiązania jednak wciąż brak”.



□ Na antenie **Polskiego Radia**, w audycji z okazji Dnia Matki, Tomasz Imiela zaznaczył potrzebę badań profilaktycznych: – Dla stanu zdrowia naszej mamy duże znaczenie ma wiek. (...) Dlatego warto regularnie mierzyć ciśnienie tętnicze. Raz w roku czy raz na dwa lub trzy lata, jeśli nie ma żadnych czynników ryzyka, należy wykonywać badania stężenia cholesterolu i sprawdzać poziom cukru we krwi. Warto też dbać (już

nawet nie jest tu konieczna pomoc lekarska), żeby mama miała czas dla siebie, a także na wysiłek fizyczny i na to, żeby trochę się poruszać.

□ **Gazeta Lekarska.pl** cytowała wypowiedź Piotra Pawliszaka podczas kongresu „Szczyt Zdrowie” dotyczącą sytuacji zawodowej lekarzy: „O tym, że poziom wynagrodzeń jest bardzo ważny, ale nie najważniejszy, mówił p.o. prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Piotr Pawliszak. Podkreślił, że dla wielu lekarzy niezwykle istotne jest poczucie bycia docenianym w miejscu pracy i dobre relacje z przełożonymi: – Mamy dane mówiące o tym, że 3–4 proc. lekarzy na stanowiskach kierowniczych mobbinguje swoich podwładnych. Jeśli chodzi o jednostki akademickie, to nawet połowa pracowników zetknęła się z mobbingiem. Dodał, że mobbing stanowi jeden z kluczowych tematów, z którym będzie musiała się zmierzyć Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie”.



□ **Rynek Zdrowia** informował o stanowisku ORL w Warszawie w sprawie rozporządzenia dotyczącego rejestrowania ciąży: „Nie milkną echa rozporządzenia (...) podpisanego przez ministra zdrowia 8 czerwca. Swoje stanowisko przekazała właśnie Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie. »Fakt zajścia w ciążę jest intymną, prywatną sprawą każdej kobiety. Obowiązkowe wprowadzanie do dostępnych osobom postronnym systemów tej informacji może godzić w prawa kobiet« – podkreśliło Prezydium ORL”. O stanowisku pisał także portal **Medycyna Praktyczna.pl**.

MSS

□ Serwis **Infodent24.pl** w relacji z MSS przytaczał wypowiedź wiceprezesa ORL, przewodniczącego Komisji ds. Lekarzy Dentystów Dariusza Paluszka: „Tworzymy nieformalną grupę lekarzy dentystów z całej Polski, której zależy na najlepszej wiedzy, ale także która widzi sens podtrzymywania komunikacji, bo właśnie w nieformalnych kontaktach rodzi się wiele cennych inicjatyw, których beneficjentami są stomatolodzy. Takie pomysły nie rodzą się, ale też – co ważne – nie są bez skrępowania omawiane podczas webinarów, spotkań online tak bardzo rozwiniętych w czasach pandemii”.



DZIAŁANIA IZBY

□ **Infodent24.pl** informował także o organizowanych przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie kursach dla lekarzy z dziedziny prawa i psychologii: „Jak poradzić sobie z przewlekłym stresem. OIL w Warszawie wychodzi naprzeciw potrzebom lekarzy i lekarzy dentystów”. Serwis pisał również o treningu balintowskim, którego celem było poznanie sposobów zapobiegania wypaleniu zawodowemu: „OIL w Warszawie organizuje trening balintowski, podczas którego będzie można opanować metody niepoddawania się uczuciom frustracji i bezradności w pracy”. ■

XX Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo

odbędą się w Warszawie, w sobotę 17 września 2022 r.

na stadionie GKS „Świt” przy ul. Oświatowej 12 (na Jelonkach).
Rozpoczną się o godz. 12.00.

Zgłoszenia przyjmują:

Krzyszyna Aniel-Strzyżewska, tel. 602-062-702 lub 22 628 07 15 (soboty i niedzieli)
(z możliwością nagrania informacji)
e-mail: krzyszynaaniel27@gmail.com

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie, Daniel Jarecki, tel. 22 542 93 10

Serdecznie zapraszamy do gry w każdy czwartek w godz. 17.00-20.00
na terenie Szkoły Podstawowej nr 364, im. Konstancji Markiewicz przy ul. Michała Elwiro Andriejowego 1, na Bemowie IV.

Dzięki walorom gry, GRAC W RINGO MOŻE KAŻDY!



Nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej na Mazowszu w 2021 r.

ANDRZEJ TROSZYŃSKI

rzecznik prasowy MOW NFZ



Rada Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ podczas posiedzenia 7 czerwca 2022 r. pozytywnie zaopiniowała roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału za rok 2021.

Prognoza wpływów środków ze składki zdrowotnej zakładała większy budżet niż w poprzednim roku, co było m.in. efektem przewidywanych wskaźników makroekonomicznych na 2021 r. oraz środków pochodzących z funduszu przeciwdziałania COVID-19. Prezes funduszu może w ciągu roku, o ile zajdą ku temu obiektywne przesłanki, wprowadzać do planu zmiany, które tym razem zaowocowały zwiększeniem nakładów na kwotę prawie 5,8 mld zł.

Przychody ujęte w planie zrealizowano na poziomie 14,56 mld zł:

- przychody ze składek – 10 mld zł,
- pozostałe przychody – 4,1 mld zł (głównie COVID),
- inne przychody (ratownictwo medyczne, Fundusz Medyczny, pozostałe) – 460 mln zł.

Warto również dodać, że zadania, takie jak ryczałt PSZ (podstawowe szpitalne zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej), świadczenia wysokospecjalistyczne, lecznictwo uzdrowiskowe, programy pilotażowe, podwyżki dla personelu medycznego, finansowane są z planu finansowego centrali, na podstawie upoważnień udzielanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim. W efekcie Mazowiecki Oddział Wojewódzki w 2021 r. dysponował kwotą większą o 4,5 mld zł w stosunku do ujętej w planie finansowym.

Łącznie koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na Mazowszu wyniosły 16 957 014,39 tys. zł i wzrosły w stosunku do roku poprzedniego o 17,32 proc.



Co ważne, również koszty świadczeń opieki zdrowotnej (łącznie plan finansowy i upoważnienia centrali) z wyłączeniem środków przeznaczonych na walkę z COVID-19 były o 1 072 061,07 tys. zł wyższe niż w roku poprzednim, co odpowiada dynamice na poziomie 108,1 proc. Procentowo największe wzrosły koszty świadczeń w rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (o 46,52 proc.), podstawowa opieka zdrowotna (o 28,83 proc.) i leczenie stomatologiczne (o 20,66 proc.). Świadczy to o mozolnym, ale konsekwentnym dążeniu do odwracania piramidy świadczeń opieki zdrowotnej. Na walkę z pandemią na Mazowszu wydaliśmy zaś na przestrzeni roku 3,88 mld zł, z tego 1,5 mld zł na świadczenia i gotowość do ich udzielania, 585 mln zł na testy, 400 mln zł na szczepienia oraz – w ramach pozostałych kosztów – 1,3 mld zł na dodatkowe świadczenie pieniężne dla personelu.

W 2021 r. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ w ramach procesów renegotjacji sfinansował nadwykonania na łączną kwotę ponad 1 mld zł, dokładnie 1 146 998 160,34 zł. To rekordowa kwota w historii MOW NFZ, o 30 proc. wyższa od dotychczasowego lidera, jakim był rok 2019 z 885 mln zł sfinansowanych nadwykonań. Przeprowadzane po kolejnych zakończonych kwartałach procesy alokacji i renegotjacji umów wychodziły naprzeciw oczekiwaniom świadczeniodawców, którzy wzięli na swoje barki trud likwidowania wywołanego pandemią COVID-19 deficytu zdrowotnego w innych obszarach.

Sytuacja finansowa pozwoliła nie tylko zaproponować świadczeniodawcom sfinansowanie prawie wszystkich świadczeń wykonanych ponad limit (na dzień przedstawiania sprawozdania radzie niesfinansowane i niezrzeszone nadwykonania sięgały zaledwie 9,7 mln zł), ale także zwiększyć wycenę wybranych rodzajów świadczeń. Cena za punkt w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wzrosła od 1 lipca 2021 r. z 1,08 do 1,16 zł, podobnie (od 1.11.2021 r.) cena za punkt w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a od 1.12.2021 r. mogliśmy sobie pozwolić na podniesienie wycen w psychiatrii stacjonarnej o 25 proc. Wszystkie te działania były możliwe przy zaangażowaniu i współpracy pionów finansowego, medycznego i służb mundurowych, a co warto podkreślić i upowszechniać – koszty administracyjne MOW NFZ wyniosły w roku 2021 zaledwie 0,5 proc. kosztów ogółem. ■

#SPRAWDZAM

Nadmiarowe zgony

MAŁGORZATA SOLECKA

W połowie czerwca Eurostat podał najnowsze, kwietniowe, dane na temat nadmiarowych zgonów w Unii Europejskiej.

W porównaniu ze średnią z lat 2016–2019 liczba takich zgonów wzrosła o 10 proc.

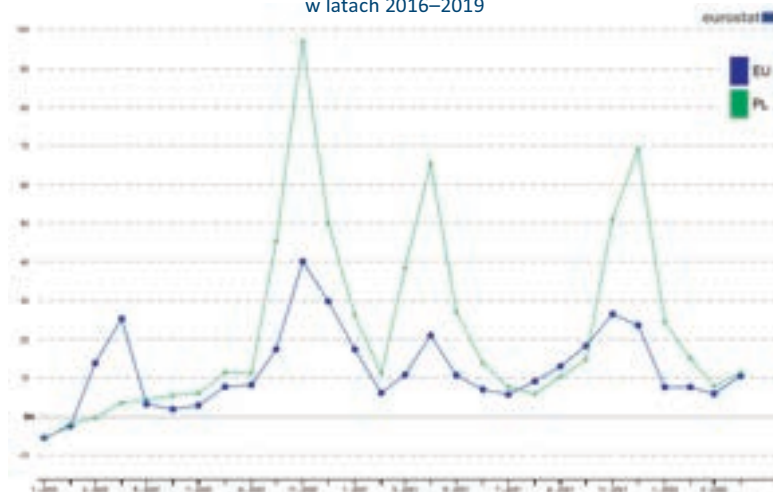
Polska plasuje się niemal w unijnej średniej (11 proc.), ale powodów do optymizmu brak.

Rozpiętość między poszczególnymi krajami członkowskimi jest ogromna: Szwecja odnotowała ujemny wskaźnik zgonów nadmiarowych w kwietniu (-5 proc.), Grecja – wyższy aż o 28 proc. Blisko granicy 20 proc. znalazły się m.in. Irlandia i Austria. Na tym tle nasze 11 proc. wygląda całkiem nieźle. Jednak trzeba na nie spojrzeć szerzej, przez pryzmat ostatnich już ponad dwóch lat. Od jesieni 2020 r. Polska w kolejnych falach osiągała poziom nadmiernej liczby zgonów 2,5 razy, a nawet blisko trzykrotnie wyższy niż unijna średnia. Z danych Eurostatu i OECD wynika, że Polska ma jeden z największych wśród krajów wysoko rozwiniętych wskaźników nadmiarowej umieralności.

Minister zdrowia Adam Niedzielski od pewnego czasu – w ostatnich tygodniach zwłaszcza – dobitnie powtarza tezę, że odpo-

Miesięczna nadmierna śmiertelność

Procent dodatkowych zgonów
w porównaniu ze średnimi miesięcznymi zgonami
w latach 2016–2019



wiedzialni za nadmierną liczbę zgonów są sami Polacy. Jego zdaniem z przeanalizowanych (przez urzędników Ministerstwa Zdrowia oraz NIZP PZH PIB) danych wynika, że tak duża liczba nadmiarowych zgonów jest „spowodowana złym stanem zdrowia Polaków, a nie ograniczoną dostępnością pomocy lekarskiej w trakcie pandemii”. Zły stan zdrowia zaś, znów, nie jest winą niedoskonałego systemu ochrony zdrowia, ograniczonej dostępności świadczeń, tylko złymi nawykami zdrowotnymi, zaniedbaniami w profilaktyce, unikaniem badań *etc.* Oręż do ręki ministrowi włożyli zresztą sami obywatele, nie kwapiąc się do udziału we flagowym programie Profilaktyka 40 Plus (według danych MZ wzięło w nim udział do tej pory około 600 tys. z 20 mln uprawnionych). Minister mówi o konieczności zmiany paradygmatu, ogłasza przedłużenie programu dla 40+ i wzmocnienie medycyny pracy. I, jakżeby mogło zabraknąć tego elementu, powołuje zespół, którego zadaniem będzie analiza sytuacji zdrowotnej ludności w czasie pandemii oraz ocena jej konsekwencji zdrowotnych. W skład zespołu wchodzi wyłącznie urzędnicy resortu i instytucji podległych Ministerstwu Zdrowia. I już dziś można postawić dolary przeciw orzechom, że wszystkie tezy ministra znajdą potwierdzenie w raporcie.

Niezależni eksperci mówią jednak, że choć obciążenia zdrowotne społeczeństwa (nie tylko polskiego, w gorszym stanie zdrowia od społeczeństw Europy Zachodniej i Południowej jest większość mieszkańców dawnego bloku komunistycznego) z pewnością miały znaczenie dla przebiegu pandemii, kluczowe dla bilansu zgonów są zupełnie inne czynniki. Po pierwsze, błędy w walce z pandemią (odwołanie zagrożenia latem 2020 r. z przyczyn politycznych i zmarnowany czas, który powinien zostać przeznaczony na przygotowanie do jej kolejnych fal, pochopna decyzja o otwarciu niegotowych do działania w warunkach pandemii szkół, błędna strategia testowania ogłoszona przez Adama Niedzielskiego na początku września 2020 r. – żeby wymienić tylko te, które zaowocowały potężną falą zakażeń i zgonów jesienią 2020). Po drugie, źle zaprojektowany program szczepień, co przełożyło się na jeden z najniższych w UE poziomów zaszczepienia. Po trzecie, fatalne prowadzenie i komunikacja, które uniemożliwiły egzekwowanie stosowania środków bezpieczeństwa (maseczek, limitów *itd.*).

To, że eksperci mają rację, a nie minister (lub więcej racji niż on), obrazują wykresy zgonów nadmiarowych. W Polsce wypiętrzają się one trzykrotnie, osiągając wartości 2,5–3 razy większe niż unijna średnia. Skumulowane w czasie zgony są następstwem bardzo wysokiej liczby zakażeń, której nikt – ani władze, ani społeczeństwo – nie mogło (lub nie chciało) zapobiegać. Ani nawet o niej wiedzieć, bo niby skąd, skoro w testowaniu sięgnęliśmy dna. A konkretnie – 99. miejsca w świecie (z wynikiem nieco ponad 964 tys. testów na 1 mln mieszkańców, gdy wskaźnik minimum 1 mln testów zanotowało 97 krajów świata). ■



AKTUALNOŚCI PRAWNOMEDYCZNE

FILIP NIEMCZYK, adwokat

Nie będzie zaostrenia kar dla lekarzy

Komisja Nadzwyczajna ds. Nowelizacji Prawa Karnego wbrew stanowisku Ministerstwa Sprawiedliwości przyjęła poprawkę, zgodnie z którą wycofano z projektu zmian w kodeksie karnym¹ nowelizację art. 155. Wszystko wskazuje zatem, że w najbliższym czasie nie dojdzie do zaostrenia kary za przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci, które w pewnych sytuacjach może być przypisane lekarzowi, który popełni błąd skutkujący zgonem pacjenta. Nie wzrośnie zatem ryzyko poniesienia przez lekarza kary bezwzględnej pozbawienia wolności.

Do wycofania się z kontrowersyjnego projektu odniosła się Naczelna Rada Lekarska.² W komunikacie z 9 czerwca 2022 r. wskazała, że decyzyja ta stanowi dobry prognostyk w kontekście postulowanego przez lekarzy wprowadzenia systemu opartego na bezpieczeństwie leczenia, koncentrującego się na szybkiej ścieżce uzyskania rekompensaty dla pacjenta oraz identyfikowaniu i eliminowaniu błędów w przyszłości. Zdaniem NRL kierunek zmian w prawie polegający na zaostreniu kar powodowałby dodatkową presję, wpływając na nasilenie się zjawiska medycyny asekuracyjnej i spychałby na margines sprawę jakości w opiece zdrowotnej.

Kwestię odpowiedzialności karnej lekarzy za błędy w leczeniu warto zestawić z danymi statystycznymi. Z informacji przekazanych przez Prokuraturę Krajową³ wynika, że w latach 2018–2021 na terenie całego kraju organy ścigania zarejestrowały odpowiednio: 5739, 5905, 5464 i 5206 spraw związanych z błędami medycznymi, przy czym około 60 proc. z nich dotyczyło sytuacji, w których zgodnie z treścią zawiadomienia o przestępstwie błąd medyczny skutkował śmiercią pacjenta. Co więcej, w 2020 r. z 5464 zgłoszonych spraw jedynie w przypadku 1797 wszczęto dochodzenie lub śledztwo, a tylko w 199 przypadkach dostarczyło ono podstaw do złożenia w sądzie aktu oskarżenia. Dane z 2021 r. są zbliżone – na 1751 wszczętych postępowań na drogę sądową prokuratorzy skierowali jedynie 216 spraw. Dane wskazują zatem, że liczba spraw dotyczących błędów lekarskich, toczących się w postępowaniu karnym, utrzymuje się od kilku lat na podobnym poziomie,⁴ a w latach 2020–2021, czyli w okresie epidemii COVID-19, liczba zawiadomień nieznacznie spadła.

Wymienione dane prowadzą do kilku wniosków. Po pierwsze, konsekwencją złożenia zawiadomienia o możliwości popełnienia przez lekarza przestępstwa statystycznie bardzo rzadko jest skierowanie do sądu aktu oskarżenia. W niemal 70 proc. przypadków sama treść zawiadomienia wystarcza, by przyjąć, że do popełnienia przestępstwa nie doszło. Uzasadnione podejrzenie popełnienia czynu zabronionego dotyczy tylko około 30 proc. zawiadomień, przy czym jedynie co dziewiąte znajduje potwierdzenie w toku postępowania przygotowawczego i skutkuje postawieniem lekarza w stan oskarżenia. Postępowanie karne jest przy tym instrumentem nieefektywnym w zapobieganiu błędom medycznym. Śledztwa w sprawach medycznych często prowadzone są przez wyspecjalizowane zespoły prokuratorskie ds. błędów i wiążą się ze znacznym nakładem czasu i środków. Mimo to rzadko ich rezultatem jest wykrycie błędu. Wreszcie, utrzymująca się na zbliżonym poziomie liczba aktów oskarżenia kierowanych przeciwko lekarzom wskazuje, że represyjna polityka karna nie przyczynia się do istotnego zmniejszenia liczby zdarzeń medycznych kwalifikowanych jako zawiniony błąd w rozumieniu prawa karnego.

Zmiany w specustawie dotyczącej pomocy obywatelom Ukrainy

Do Sejmu wpłynął projekt zmian w ustawie o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.⁵ W projekcie przewidziano możliwość ukończenia nieodpłatnego kursu języka polskiego przez obywateli Ukrainy starających się o prawo wykonywania zawodu lekarza w Polsce. Kursy takie miałyby być organizowane przez okręgowe izby lekarskie, przy czym obywatel Ukrainy mógłby wziąć udział nie więcej niż w trzech szkoleniach. Do projektu pozytywnie odniosło się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.⁶ W stanowisku z 3 czerwca 2022 r. wskazano jednak, że podmiotami uprawnionymi do organizacji szkoleń powinny być również Naczelna Rada Lekarska oraz Wojskowa Izba lekarska, które posiadają duży potencjał szkoleniowy, odpowiednią bazę szkoleniową oraz doświadczenie w organizacji szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentyistów.

Nowe zasady zakupu leków

21 maja 2022 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych.⁷ Nowa regulacja rozszerza grupę podmiotów uprawnionych do nabywania leków bezpośrednio w hurtowniach. Wynika z niej w szczególności, że podmioty lecznicze, które wykonują ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, będą mogły kupować produkty lecznicze w pełnym asortymencie. W nowych przepisach uwzględniono możliwość nabywania przez podmioty lecznicze, niektórych lekarzy i lekarzy dentyistów produktów leczniczych zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe. Nadto podmioty lecznicze, lekarze, pielęgniarki i felczerzy otrzymali prawo zakupu w hurtowniach farmaceutycznych leków wydawanych z przepisu lekarza. Na listę uprawnionych do dokonywania zakupów w hurtowniach farmaceutycznych wpisano również podmioty lecznicze utworzone przez ministra sprawiedliwości oraz ministra obrony narodowej.

Rzecznik praw obywatelskich zwraca uwagę na sytuację w DPS

RPO zwrócił się do ministra zdrowia o uregulowanie kwestii niestandardowych form opieki w domach pomocy społecznej.⁸ Jest to konsekwencja wizytacji, jakie zespół biura rzecznika przeprowadził w tego rodzaju placówkach. Zaobserwowano m.in. formy postępowania z pensjonariuszami nieprzewidzia-

ne w przepisach prawa, np. zakładanie pasów na ręce lub skarpetek na dłoń w celu uniknięcia dotykania miejsc chorobowo zmienionych, przywiązywanie za rękę paskiem do łóżka dla zapobieżenia wypadnięciu lub wyrwaniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii (tzw. PEG), zabezpieczanie przed upadkiem oraz osunięciem się osób mających trudności z utrzymaniem pozycji siedzącej za pomocą ręczników, prześcieradeł, pasów biodrowych lub rajstop mocowanych do foteli, krzeseł i wózków inwalidzkich, na których siedzą takie osoby. Zdaniem rzecznika owe praktyki świadczą o systemowym problemie stosowania przez personel placówek metod, które – choć nie zostały wymienione w ustawie z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁹ – faktycznie ograniczają wolność osób im poddanych. To stwarza zaś ryzyko nadmiernej i niekontrolowanej ingerencji w wolność jednostki.

Rozporządzenie w sprawie przetwarzania danych medycznych

3 czerwca 2022 r. opublikowane zostało rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w Systemie Informacji Medycznej oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do SIM.¹⁰ Akt wzbudził wiele kontrowersji w przestrzeni publicznej ze względu na przyjęte w nim rozwiązanie, zgodnie z którym od 1 października 2022 r. obligatoryjne będzie raportowanie ciąży jako jednej z danych zbieranych przez personel medyczny do Systemu Informacji Medycznej. Ponieważ nie jest wykluczony dostęp do systemu przez sądy i prokuratury, wyrażano obawy związane

z obligatoryjną rejestracją ciąży. Restrykcyjne regulacje dotyczące przerywania ciąży i represyjne działania podejmowane przez organy ścigania mogą skłaniać kobiety do ukrywania tej informacji przed lekarzem. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia zastrzeżenia te nie są uzasadnione, a rozporządzenie stanowi implementację przepisów unijnych. W uzasadnieniu omawianego aktu prawnego wskazano m.in., że przekazywanie do SIM informacji o ciąży ma szczególną wagę, ponieważ jest związane z kwestią bezpieczeństwa kobiety ciężarnej, a informacja, że pacjentka jest w ciąży, to zwrócenie uwagi na konieczność zachowania odpowiedniej dbałości i staranności w doborze proponowanych badań dodatkowych i zleczanych leków. ■

¹ Druk nr 2024 z 22 lutego 2022 r., <https://orka.sejm.gov.pl/> (dostęp: 21.06.2022).

² <https://nil.org.pl/> (dostęp: 21.06.2022).

³ <https://politykazdrowotna.com/> (dostęp: 21.06.2022).

⁴ <https://pk.gov.pl/> (dostęp: 21.06.2022).

⁵ <https://orka.sejm.gov.pl/> (dostęp: 21.06.2022).

⁶ <https://nil.org.pl/> (dostęp: 21.06.2022).

⁷ DzU z 2022 r., poz. 1077.

⁸ <https://bip.brpo.gov.pl/> (dostęp: 21.06.2022).

⁹ DzU z 2022 r., poz. 974.

¹⁰ <https://legislacja.rcl.gov.pl/> (dostęp: 21.06.2022).





Nieuleczalne a zaskarżone

Analiza przypadku

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA – radca prawny

Zapewne każdy lekarz nieraz był w sytuacji, kiedy leczenie nieoperacyjne, tzw. zachowawcze, nie poskutkowało, wobec czego musiał podjąć decyzję o leczeniu operacyjnym, które rzecz jasna wiąże się z większym ryzykiem. Czasem jednak i operacja nie przynosi oczekiwanych przez pacjenta efektów.

19 listopada 2008 r. pani W. zgłosiła się do NZOZ w K. z rozpoznaniem palucha koślawego stopy lewej w celu leczenia operacyjnego. Zabieg osteotomii podgłównowej I k. MT wg Kramera przeprowadzony został przez dr. S. W tym samym dniu pacjentka została wypisana z zaleceniem ograniczenia aktywności do czasu kontroli ortopedycznej.

Leczenie pani W. kontynuowała w ZOZ w R., gdzie lekarzem prowadzącym był również dr S. Podczas kolejnych wizyt poszkodowana zgłaszała brak poprawy po zabiegu operacyjnym, a nawet nasilenie bólu. W związku z podejrzeniem zrostu opóźnionego I kości śródstopia 25 kwietnia 2009 r. została ponownie przyjęta do NZOZ w K., gdzie w trybie jednodniowym przeprowadzono rewizję miejscową osteotomii, stwierdzono zrost I k. MT, wykonano plastykę oraz ustabilizowano skorygowane ustawienie palucha drutem.

W 2010 r. pani W. rozpoczęła leczenie u specjalisty ortopedii i traumatologii

lek. J., który stwierdził przeciążenie główki II kości śródstopia z modzelem pod nią i z płaskostopiem poprzecznym, w związku z czym zasugerował przeprowadzenie zabiegu korygującego ustawienie II kości śródstopia – osteotomię.

Brak poprawy stanu zdrowia sprawił, że pacjentka zarzuciła dr. S. niewłaściwe leczenie. Była zdania, że w wyniku błędu podczas pierwszej operacji jej stan zdrowia nie poprawił się, a nawet się pogorszył. Pojawiły się tzw. dzikie stawy, zwyrodnienia, zrost jest nieprawidłowy, co w dalszym ciągu pogłębia dolegliwości bólowe i utrudnia poruszanie się, ograniczając możliwość wykonywania prostych czynności. W tym stanie rzeczy pani W. wystosowała roszczenie w wysokości 50 tys. zł tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania. Ze względu na podniesione zarzuty wystąpiono do biegłego o ocenę prawidłowości postępowania dr. S.

W wydanej na podstawie dokumentacji medycznej opinii orzecznik wyjaśnił, że wskazaniem do leczenia operacyjnego były kilkuletnie dolegliwości bólowe wynikające z nabytej wady obu stóp (ogólnie: płaskostopie podłużne i poprzeczne z wtórnymi zmianami zwyrodnieniowymi w stawach stóp). Podejmowane próby leczenia zachowawczego nie przyniosły poprawy, dlatego po wykonaniu koniecznej diagnostyki radiologicznej zakwalifikowano panią W. do leczenia operacyjnego. Było to postępowanie prawidłowe. Zabiegi, jak wynika z dokumentacji, przeprowadzono z uwzględnieniem wszystkich koniecznych warunków: pacjentka była odpowiednio przygotowana, świadoma procedury, której się poddawała, lekarz wykonujący miał stosowne uprawnienia i doświadczenie. Kwalifikacja do rodzaju operacji była prawidłowa. Stosownie do stopnia deformacji wybrano zabieg operacyjny z grupy osteotomii skracających. Polegał na odwróceniu kierunku przemieszczenia patologicznego przez zmianę kierunku osi palucha (wycięcie wyrostki kostnej), plastyce torebki stawowej, wydłużeniu mięśnia wtórnie deformującego kierunek palucha oraz na takim skośnym skróceniu promienia I stopy przez nacięcie i przemieszczenie odłamu dalszego, by chora uzyskała mniejsze przyparcie w stawach (działanie przeciwbólowe). Wobec braku satysfakcji pani W. oraz w wyniku

niezadowalającego obrazu radiologicznego (podejrzenia braku zrostu przesuniętych w pierwszej operacji odłamów kostnych) zakwalifikowano pacjentkę do reoperacji. Lekarz planował ewentualne zespolenie płytkowe. Śródoperacyjnie to powikłanie nie potwierdziło się – wystąpił zrost kostny. Wykonano więc jedynie plastykę tkanek miękkich palucha mającą na celu zwiększenie jego ruchomości. W tym stanie rzeczy lekarz orzecznik stwierdził prawidłowe postępowanie chirurgiczne podczas operacji rewizyjnej.

Orzecznik ocenił, że problemy zdrowotne pani W. w żadnym stopniu nie wynikały z zawinionego błędu lekarza, lecz były skutkiem wewnętrznych schorzeń o wieloletnim przebiegu. Zmiany zwyrodnieniowe wynikają z długoletnich zmian zapalno-przeciążeniowych stóp, a uzyskany ostatecznie zrost kostny był prawidłowy. W tej sytuacji nie uznano winy lekarza i odmówiono pani W. wypłaty świadczeń.

Pytanie redakcji: Czy lekarze ponoszą odpowiedzialność za nieosiągnięcie oczekiwanego przez pacjenta rezultatu terapii?

Odpowiedź prawnika lekarza: Przede wszystkim należy wyjaśnić, że lekarz zobowiązany jest do starannego działania, ale nie odpowiada za efekty leczenia. W wyroku z 29 paź-

dziernika 2003 r. Sąd Najwyższy stwierdził, że lekarz powinien przeprowadzać zabiegi operacyjne zgodnie ze sztuką i nauką lekarską oraz z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalisty. Warto też pamiętać, że zachowanie należytej staranności obejmuje cały zakres czynności podejmowanych przez lekarza, nie tylko na etapie zabiegów operacyjnych, ale również badań diagnostycznych.

Pytanie redakcji: Dlaczego lekarz nie odpowiada co do zasady za wynik leczenia?

Odpowiedź prawnika lekarza: Bardzo dobrze wyjaśnił tę kwestię Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 3 marca 1998 r. Wskazał, że wymagania wysokiej staranności, jakiej oczekuje się od lekarzy, nie mogą przekładać się na przypisywanie im obowiązków praktycznie niemożliwych do wykonania. Z pewnego rodzaju czynnościami medycznymi nieodłącznie wiąże się bowiem zwiększone ryzyko powstania szkody, którego niejednokrotnie nie da się wyłączyć ani uniknąć, nawet przy zachowaniu maksymalnej staranności. ■

Podsiadły  Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radnicka sp. z o.o.

PRAWNIK & LEKARZA

www.prawniklekarza.pl



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

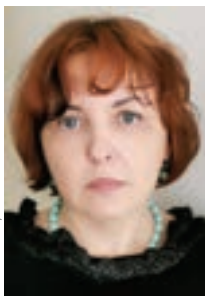
BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

Dla lekarzy i lekarzy dentyistów
członków OIL w Warszawie

Dyżury prawników odbywają się:

w poniedziałek w godz. 10.00–18.00
od wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00

Adres: Warszawa, ul. Puławska 18 (wejście C)
Kontakt: pawnikdialekarza@oilwaw.org.pl
728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



Fot. K. Bartyzel

Interwencje rzecznika praw lekarza

MONIKA POTOCKA
rzecznik praw lekarza

Szanowne Koleżanki i Koledzy Lekarze, jako rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza reprezentuję Wasze interesy na podstawie uchwały nr 471/P-VIII/19 z 17 kwietnia 2019 r., art. 2 ust. 2 oraz art. 5 pkt 14 ustawy o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.).

W ostatnim czasie coraz częściej lekarze zgłaszają do mojego biura sprawy związane z mobbingiem. Dotyczą często ośrodków akademickich, ale nie tylko. W naszym środowisku zdarza się, że osoby na ekspozowanych stanowiskach, zwłaszcza z tytułami profesorskimi, czują się bezkarne i nadużywają swojej władzy, szczególnie w stosunku do osób im podległych, takich jak studenci i młodzi lekarze. W ten sposób naruszają godność wykonywanego zawodu nauczyciela i lekarza.

Niedopuszczalne jest zastraszanie podwładnych, studentów, współpracowników, które staje się przyczyną zaniżonej oceny własnej przydatności zawodowej, a często powoduje ich ośmieszenie oraz poniżenie. W efekcie wywołuje ogromną frustrację, doprowadza do chorób somatycznych u ofiar mobbingu, z którymi muszą zmagać się latami. Karygodne jest utrudnianie doskonalenia zawodowego przez uniemożliwianie uczestniczenia w kursach, konferencjach, a zwłaszcza wysługiwanie się młodszymi kolegami w swoich prywatnych sprawach. Świadczy to o całkowitym braku szacunku, który jest podstawą wszelkich prawidłowych stosunków międzyludzkich. Moim zdaniem to zachowania niegodne, a w środowisku lekarskim wręcz skandaliczne. Mają miejsce niestety od dawna, ale dopiero w ostatnich latach zaczęto z nimi skutecznie walczyć w naszym środowisku.

Bardzo cieszy mnie fakt, że młodzi lekarze nie godzą się na takie traktowanie i zwracają się o pomoc do swojego rzecznika.

Pomagam w zebraniu materiału dowodowego, doradzam, w jaki sposób i do jakich organów należy się zwracać, moje biuro zapewnia pełną pomoc prawną w tym zakresie, a ja, jako rzecznik, osobiście interweniuję w konkretnych sprawach. Ostatnia prowadzona przeze mnie sprawa dotyczyła kierownika kliniki i zakończyła się rezygnacją ze współpracy z lekarzem mobberem oraz postawieniem mu zarzutów przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Skończyła się bezkarnością w krzywdzeniu młodych lekarzy. Są to trudne sprawy, zwłaszcza że środowisko lekarskie opiera się przed ich rzetelnym wyjaśnianiem. Częstokroć osoby zobligowane do dochodzenia prawdy z racji funkcji sprawowanych w danym ośrodku akademickim lub podmiocie medycznym nie są zainteresowane należyтым wyjaśnieniem problemu. Usiłuje się nie dopuszczać do postępowania dowodów z zeznań świadków, np. sztucznie zawężając okres zdarzeń, aby zmarginalizować sprawę i nie wyciągać konsekwencji względem mobbera, a nawet podaje się w wątpliwość sam fakt ewidentnego mobbingu.

Jako rzecznik praw lekarza zawsze będę walczyła z niesprawiedliwością w Waszym, Koleżanki i Koledzy, imieniu. Proszę, zgłaszajcie do mnie wszystkie tego rodzaju przypadki, nie obawiajcie się, możecie liczyć na pełną dyskrecję i szeroko zakrojone wsparcie. Tylko nasze solidarne przeciwstawianie się złu doprowadzi do jego eliminacji. ■

Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?
Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

Dyżury rzecznik Moniki Potockiej ✖ poniedziałki 10.00-14.00 ✖ czwartki 10.00-16.00

☎ tel.: 512 331 230
☎ tel. działu prawnego RPL: 691 224 246
✉ e-mail: rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl



**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE**
Im. prof. Jana Nielubowicza



Fot. archiwum

Wiedzieć, czym są tropiki

Co przynosi w takich chwilach największą ulgę? Właściwie może nam doraźnie pomóc jedynie to, że ktoś nas okryje. Ale nie po prostu okryje kocem, derką lub kołdrą. Chodzi o to, żeby okrycie przygniatało nas swoim ciężarem, żeby zamykało nas w jakiejś ściskającej formie, żeby nas miażdżyło. Właśnie o byciu miażdżonym marzymy w tej chwili. Chcielibyśmy, żeby przetoczył się po nas walec drogowy! – sugestywnie opisywał przebieg malarii w „Hebanie” Ryszard Kapuściński. O chorobach tropikalnych, przyczynach powstania, o rozwoju i potrzebach medycyny tropikalnej w Polsce z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej, kmdr. por. Straży Granicznej i profesorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego **Józefem Knapem** rozmawia Adrian Boguski.

Panie profesorze, skąd wzięła się medycyna tropikalna?

Narodziła się w wyniku poznawania przez człowieka Ziemi, docierania do odległych kontynentów, dzięki wyprawom Vasco da Gamy, Magellana, Kolumba i Henryka Żeglarza, który był chyba najśmielszym z odkrywców. Towarzyszyli im lekarze okrętowi obserwujący schorzenia, które dotykały ludy zamieszkujące odkrywane tereny. W okresie wielkich wypraw miały również miejsce migracje białych ludzi do Afryki, m.in. do Angoli i Mozambiku. Później istotny wpływ na rozwój medycyny tropikalnej – i to jest jej brzydsze oblicze – miał kolonializm. Aby zaadaptować Europejczyków

do klimatu tropikalnego i uchronić przed chorobami, nadwornicy musieli przede wszystkim obserwować ludy tubylcze. Warto podkreślić, że polska medycyna tropikalna jest zrodzona bez grzechu kolonializmu i nie jest to nasza piękna legenda, mit o wspaniałości Polaków. Jeżeli uczestniczyli w procesie kolonizacji, to dlatego, że uciekli do Afryki w czasie zaborów lub zostali powołani do służby imperialnym Prusom czy Rosji.

Jak przeciwdziałano chorobom tropikalnym przy ówczesnych możliwościach medycyny?

Najważniejszą rolę odgrywała obserwacja. Od bardzo dawna było wiadomo,

że w Afryce, Azji, Indiach największym zagrożeniem jest malaria, czyli zimnica. Ja przechorowałem malarię – ma się 41 st. C, a człowiekowi jest tak zimno, że w największym upale prosi o przykrycie kocem. Trząsałem się tak mocno, że czterech żołnierzy musieli mnie trzymać, by lekarz, chiński dentysta, dla którego to był chleb powszedni, mógł podać mi dożylnie lekarstwo (chininę), które uratowało mi życie. Przede wszystkim więc obserwowano i sięgano do doświadczenia, empirii. Wiadomo było np., że Indianie stosują wyciąg z kory drzewa chinowca, który okazał się niezwykle skutecznym lekiem na malarię. Specyfik docenili, będący w doskonałych kontaktach z miejscowymi, misjonarze. Wyleczyli ➤

➤ nim gubernatora, którego żona przewiozła lek do Europy. Przez kilkaset lat proszek z chininy był głównym środkiem w walce z malarią. Dopiero nie tak dawno, dzięki pracy chińskiej noblistki, zaczęliśmy przechodzić na inny lek pierwszego podania – wyciąg z liści pięknego drzewa *Artemisia annua*, czyli artemizynę.

Zachodnie wybrzeże Afryki nazwano cmentarzem białego człowieka.

Liberia, Sierra Leone, Gwinea i inne państwa tego regionu rzeczywiście były i są cmentarzem białego człowieka. Warunki są skrajnie trudne, malaria jest lekooporna, właśnie tam miała miejsce przed kilku laty wielka epidemia choroby ebola. Bardziej przyjazne białemu człowiekowi są wschodnie, a zwłaszcza południowo-wschodnie tereny Afryki – od Etiopii, Kenii, Tanzanii przez Mozambik i Zimbabwe do RPA. Wszędzie tam działali i zasłużyli się Polacy.

Jak radzili sobie polscy pionierzy medycyny w tropikach?

Pierwsi Polacy w tropikach byli misjonarzami. Na Czarnym Lądzie pojawili się w XV–XVI w. Niektórzy zawędrowali do Goa w Indiach, pracowali również na terenach kolonii portugalskich w Chinach. Wszyscy zostawili po sobie ślad. W XII w., wcześniej niż Marco Polo (1254–1324), do Chin dotarł polski mnich Benedykt Polak (około 1200 – po 1251), który opracował pierwszy, bogato ilustrowany opis chińskiej medycyny oraz leczniczych roślin. Chińczycy bardzo to doceniają, kilka lat temu zorganizowali w Szanghaju wielką wystawę na cześć Polaka i jego dzieła. W roku 1830 wojska rosyjskie tłumiące powstanie listopadowe przywlekły nieznaną dotąd cholera. Jej skuteczne zwalczanie zawdzięczamy lekarzom pod wodzą gen. prof. Karola Kaczkowskiego (1797–1867), profesora UW, wielkiego klinicysty i epidemiologa.

Pamiętamy także wielką postać ojca Jana Beyzyma (1850–1912), który pojechał na Madagaskar opiekować się trędowatymi. Pracował tam kilkanaście lat. Zmarł z powodu powikłań malarycznych.

A co działo się z tymi, którzy zostali wcieleni do wojsk zaborców?

Carska Rosja kierowała swój imperializm na wschód i południe (Kaukaz, Azja Środkowa), zajęła Syberię, dążyła w kierunku Mongolii, walcząc z Chinami, zajęła Mandżurię. Dotarła w swej ekspansji na wybrzeże Pacyfiku. Polak, dr med. Antoni Sadowski, rosyjski generał, w 1830 r. obronił na Uniwersytecie Warszawskim doktorat pt. „Die lepra boreali occidentali, Siberii endemica”, który jest najpewniej pierwszą polską rozprawą doktorską dotyczącą trądu. Polacy, oficerowie lekarze wcieleni do rosyjskiego wojska, walczyli m.in. w starciach podczas powstań bokserów, w wojnie rosyjsko-japońskiej. W Mandżurii zderzyli się z pandemią dżumy. Zwalczali tę chorobę bohatersko, wnosząc też wielki wkład w poznanie jej etiopatogenezy (m.in. prof. Talko-Hryncewicz, dr Bogucki, dr Wyżnikiewicz – jej ofiara, dr Jakóbkiewicz, prof. Jan Antoni Rabczewski). Uchodźcy spod zaborów są do dziś cytowani za zasługi dla medycyny Brazylii, Meksyku i USA.

Jednym z najlepszych na świecie znawców dżumy był, pracujący wśród Polaków w Charbinie (Mandżuria), dr med. Józef Jakóbkiewicz (1892–1953), współtwórca polskiej medycyny morskiej i tropikalnej, a od 1937 r. pierwszy kierownik Instytutu Higieny Morskiej i Tropikalnej (obecnie Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej IMMiT) w Gdyni.

Kto tworzył podstawy medycyny tropikalnej w Polsce w XX w.?

Dzięki wspomnianym wielkim postaciom polskiej medycyny tropikalnej wychowano pokolenia naszych nauczycieli. Jednym z nich był płk dr Wincenty Jerzy Babecki (1890–1980), od 1956 r. profesor higieny i epidemiologii AM w Warszawie, wybitny znawca tropików. Prof. Wojciech Krotoski (1937–2016), syn konsula II RP w Rydze, który po II wojnie światowej został w Stanach Zjednoczonych, za odkrycie tzw. hyponozoitów malarii (kluczowych m.in. dla stworzenia szczepionki) został w roku 1989 kandydatem do Nagrody Nobla. Znajomość trądu „odziedziczył” po pracujących na Łotwie polskich le-

karzach, np. dr. med. Ryszardzie Biehl-lerze (1851–1934) kierującym leprozorium w Rydze, gdy trąd pozostawał nieuleczalny. Choroba, zlikwidowana w Polsce do XVI w., do tej pory występuje sporadycznie w krajach nadbałtyckich, zwłaszcza na Łotwie i w Estonii.

Po wojnie wciąż działali dr Jakóbkiewicz, prof. Wiktor Bincer i prof. Babecki. Na uczelni warszawskiej pracował wielki internista, autor podręcznika o chorobach zakaźnych w Brazylii, prof. Andrzej Biernacki (1900–1963). Nasz nauczyciel, specjalista krajowy chorób tropikalnych i znawca tropików, prof. Bertold Kassur (1906–1982) stworzył ośrodek tropikalny, który następnie był kierowany przez znakomitego eksperta medycyny tropikalnej dr. med. Krzysztofa Dziubińskiego. Dziubiński, autor unikatowego do dziś filmu naukowego „Trąd”, nakręconego w ugandyjskim leprozorium, doprowadził medycynę tropikalną w Warszawie do poziomu światowego. Doktorem honoris causa WUM został światowej sławy znawca parazytologii tropikalnej, prof. Zbigniew Pawłowski (1926–2019).

Z warszawskiej Katedry i Kliniki Dermatologicznej wywodzą się dwie znakomite znawczynie dermatologii tropikalnej. Prof. Anna Koźmińska-Kubarska (1917–2011) przez ćwierćwiecze kierowała akademicką dermatologią w stolicy Zairu, jest autorką klasycznej już w Polsce monografii „Dermatologia i wenerologia tropikalna”. Dr med. Maria Kowalska-Bubnow (1923–2015) to wybitna znawczyni trądu, która rozpoczęła zorganizowane zwalczanie tej choroby w Libii, doprowadzając m.in. do otwarcia nowoczesnego Lepra Center w Trypolisie. Od wielu lat leprozorium w Jawodaya (Indie) kieruje dr Helena Pyz z Warszawy.

Nietrudno się domyślić, że tacy specjaliści inspirowali kolejne pokolenia medyków zainteresowanych tropikami.

Czołowym znawcą tropików w tej chwili jest prof. Waław Nahorski z Gdyni. Do poprzedniego pokolenia należał prof. Zdzisław Dziubek, uczeń Kassura i nauczyciel wielu z nas. Naszym starszym kolegą był arcybiskup dr Henryk Hoser, gruntownie wyszkolony w me-

dycynie tropikalnej przez Francuzów i pracujący w Rwandzie. Obecnie Kliniką Chorób Tropikalnych WUM kieruje prof. Alicja Wiercińska-Drapała, Zakładem Mikrobiologii Stomatologicznej Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego – prof. Maria Wróblewska, znawczyni mikrobiologii trądu, która swe umiejętności w diagnostyce laboratoryjnej chorób tropikalnych nabyła, pracując przez 12 lat w RPA i doktoryzując się na Uniwersytecie w Pretorii.

Jakie jest obecnie zapotrzebowanie na specjalistów medycyny tropikalnej w Polsce?

W pięciomilionowej populacji Warszawy i województwa mazowieckiego jest pięciu specjalistów chorób tropikalnych, wliczając niezwykle doświadczonych seniorów, dr. Dziubińskiego i dr. Romualda Goraja. Dopiero ostatnio dwie młode znakomite lekarki ukończyły pod moim kierunkiem specjalizację medycyny morskiej i tropikalnej: Gabriela Majkut i Milena Dorosz. Milena co roku wyjeżdża do Birmy (Myanma) i jako lekarz pogotowia wodnego pływa po 100 km w jedną stronę, by udzielać pomocy chorym.

Zainteresowanie młodych lekarzy chorobami tropikalnymi jest małe, a zapotrzebowanie duże (co najmniej 10–15 osób). Coraz więcej ludzi z krajów tropikalnych przyjeżdża do Polski, tymczasem u nas działają tylko trzy akademickie centra, wszystkie niedoinwestowane. Ośrodek w Gdyni był wspaniały, jednak COVID bardzo skomplikował jego pracę. Zakład w Poznaniu boryka się z trudnymi warunkami lokalowymi. Warszawski Wojewódzki Szpital Zakaźny z klinikami WUM to świetnie wyposażony ośrodek, ze znakomitą kadrą i 140-letnią tradycją. Nie posiada jednak akredytacji do prowadzenia specjalizacji z medycyny morskiej i tropikalnej, co powoduje, że uzyskanie tej specjalizacji jest bardzo skomplikowane. Kiedy lekarz po wieloletnim pobycie w tropikach pragnie zdobyć tę specjalizację, ministerstwo, a także Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wymagają spełnienia warunków formalnych oderwanych od rzeczywistości. Do specjalizacji dopuszcza się natomiast osoby, które tropiki być może oglądały... z okien autokaru.

Poradnie medycyny podróży, które nie czują się na siłach nawet zdiagnozować taką osobę, powinny odesłać ją do szpitala zakaźnego...

A w przypadkach malarii czy zapalenia opon mózgowych i mózgu liczą się godziny.

Medycyna tropikalna jest trudna, wymaga wiedzy, ale i doświadczenia. Pełniąc drugą kadencję funkcje konsultanta wojewódzkiego, czuję się często „panem bez ziemi”. A choroby tropikalne są do nas stale przywlekane: HIV, COVID-19 i, ostatnio, małopía ospa. Malaria przynosi w Polsce śmiertelność 12 razy większą niż w krajach Europy Zachodniej. Przeciętny lekarz nie jest przygotowany do rozpoznania malarii. Dwa lata temu, po wieloletniej przerwie, pojawiły się u nas dwa przypadki trądu. Groźną chorobą jest leiszmanioza trzewna (*kala-azar*), której można się nabawić także we Włoszech, Hiszpanii, Grecji, a która – nierozpoznana – zawsze kończy się śmiercią. Stale rozpoznajemy parazytozy, zarówno pierwotniakowe (np. amebozę, bąblowice), jak i robaczyce, w tym ogólnoustrojowe (schistosomozy, filariozy, węgorczyce *etc.*). Co roku kilkadziesiąt tysięcy osób przywozi biegunki tropikalne, rzadziej wirusowe zapalenia wątroby (głównie A, C, E), gruźlicę, także wielolekooporną, wielolekooporne szczepy bakterii, np. *Klebsiella New Delhi*. Przywozimy wiele chorób wirusowych, zarówno rodziomych, lecz u nas już rzadkich, np. odrę, jak i egzotycznych, z których najgroźniejsza jest denga, powszechna w Azji Południowo-Wschodniej. Wciąż zagrażają choroba Heinego-Medina i błonica. Misje pokojowe i stabilizacyjne Wojska Polskiego spowodowały rozwój wojskowej medycyny tropikalnej w Polsce. Jej powojennym twórcą był Brunon Kierznikowicz, a jedną z wybitnych postaci płk dr Jerzy Banach.

Czy jakimś rozwiązaniem problemu jest coraz popularniejsza medycyna podróży?

Problem ma dwa oblicza. Każdy Polak wyjeżdżający w tropiki winien mieć zapewnione bezpieczeństwo: szczepieniami i odpowiednią wiedzą, a każdy powracający, o ile choruje, winien mieć możliwość właściwej diagnozy, leczenia, także ewentualnej izolacji. Pojedynczy specjaliści „tropikalni” nie są w stanie zaspokoić zapotrzebowania. Od lat dążymy do tego, aby liczba specjalistów była większa, ale stawia się nam wspomniane bezsensowne przeszkody.

Jako próba wyjścia z impasu pojawiła się forma pośrednia między kliniczną medycyną tropikalną a doradztwem zdrowotnym i szczepieniem przeciw chorobom egzotycznym, czyli tzw. medycyna podróży. Stała się modna, a więc wysoce opłacalna dla niektórych, nie zawsze kierujących się dobrem pacjenta. Nie jest ona jednak ani specjalnością, ani nawet umiejętnością, określoną w akcie wykonawczym do znowelizowanej 19 marca 2021 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Z jednej strony rzetelnie uprawiana medycyna podróży jest zjawiskiem korzystnym, choć doraźnym, z drugiej strony jednak zapleczem merytorycznym medyków podróży są jedynie kursy różnej wartości (godne uznania prowadzą np. Gdynia i Poznań). W Warszawie jest dziś sporo przychodni medycyny podróży, które zajmują się szczepieniem i wysyłaniem ludzi w tropiki. W tym zakresie, jak sprawdzałem, działają z reguły dobrze. Gorzej, kiedy turysta wróci chory. Poradnie medycyny podróży, które nie czują się na siłach nawet zdiagnozować taką osobę, powinny odesłać ją do szpitala zakaźnego (co nie zawsze robią). A w przypadkach malarii czy zapalenia opon mózgowych i mózgu liczą się godziny. Każdy lekarz powinien zapytać pacjenta, czy nie był (ostatnio, ale także dawniej) w gorącej strefie klimatycznej. Kolejną sprawą jest przekazywanie podstaw medycyny tropikalnej na studiach oraz lekarzom rodzinnym. Ponadto uważam, że zainteresowanym lekarzom medycyny podróży należy ułatwić uzyskanie „naszej” specjalizacji. Chodzi więc o zachowanie równowagi, właściwych proporcji między potrzebami doraźnymi a perspektywicznymi, aby nie sprawdziło się słynne (i prawdziwe) powiedzenie Kopernika, że pieniądź lepszy jest wypierany przez pieniądź gorszy. ■

„Zofiówka” zapomniana

ADRIAN BOGUSKI

„Inferno? Zapewne, lecz bardzo niegroźne i mało wrzaskliwe” – pisał w 1935 r. o „Zofiówce” Cezary Jellenta, krytyk literacki i artystyczny, autor „Otwockich sosen”. I choć z pewnością nie miał na myśli wydarzeń, które w ciągu mniej niż dekady od zapisania tych słów będą rozgrywać się na terenie zakładu-uzdrowiska, odniesienie do „Piekła” Dantego przerażająco trafnie opisuje historię popularnego w latach 30. XX w. Zakładu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Żydów.

W czym tkwi magiczne działanie Otwocka?

Odpowiedź brzmi mniej więcej tak: *Sosna otwocka ma większą ilość igieł i jest bogatsza w chlorofil, czyli czynnik najbardziej twórczy przy wytwarzaniu tlenu. Ale powietrze otwockie obfituje nie tylko w tlen, lecz i w ozon, który posiada w cząsteczce molekularnej aż trzy atomy tlenu, gdy normalne powietrze zawiera tylko dwa. Skojarzenie i wzajemne działanie gleby i lasów, tworzące powietrze suche, o dużej zawartości tlenu i ozonu, jest tym magicznym uzdrowicielem. (...) Dzięki lepszemu utlenianiu krwi, zmniejsza się objętość ciałek krwi, zawartość w niej białka, tłuszczu i cukru, ewentualnie i ilość erytrocytów, jednym słowem, zmniejsza się wpływ czynników powodujących wzmożenie tarcia krwi na skutek jej zwiększonej lepkości. (...) Ma też Otwock zdrową wodę, porównywaną z górską. Nie wymaga ona uzdatniania, chlorowania czy ozonowania. Nadaje się do picia prosto z kranu. Suchość powietrza jest pochodną przepuszczalności piasków, a jego czystość i aromat to zasługa otwockich sosen”* – zachwalał w kronice Jellenta, związany z miastem ziemi czerskiej.

Nie dziwi więc, że właśnie Otwock pod koniec XIX w. stał się uzdrowiskowym zagłębieniem Polski. W okresie od 1890 do 1938 r. właściwości nie tylko opisywane przez Jellentę, ale również przedstawiane w obserwacjach biologów i publikacjach lekarzy, traktujących o pozytywnym wpływie otwockiego klimatu na stan zdrowia np. gruźlików, umożliwiły powstanie w mieście nad rzeką Świder 98 uzdrowisk i dwóch zakładów psychiatrycznych.

„Zofiówka”

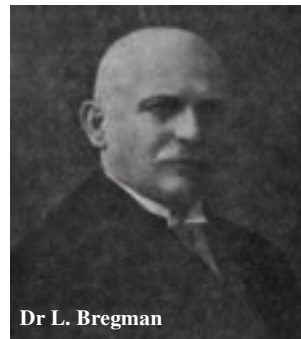
Zaczął się od powołania Towarzystwa Opieki nad Ubogimi, Nerwowo i Umysłowo Chorymi Żydami w 1906 r. przez Adama Wizela, warszawskiego psychiatrę, Samuela Goldflama, uznanego neurologa i działacza społecznego, Ludwika Bregmana, neurologa, autora podręcznika „Diagnostyka chorób nerwowych”, oraz Adolfa Weisblatema, budowniczego m.in. lubelskich wodociągów. Nie mniej ważną postacią dla powstania pierwszego zakładu dla umysłowo chorych na terenie Otwocka była Zofia Endelman, która na co dzień pracowała z pacjentami z zaburzeniami nerwowymi i psychicznymi. Dzięki środkom, które Zofia przekazała towarzystwu na



Dr A. Wizel



Dr S. Goldflam



Dr L. Bregman

Fotografie: Wikimedia Commons

”

Cztery lata przed II wojną światową Zakład dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Żydów w Otwocku z 275 łózkami był największym tego typu szpitalem w Polsce.

”

zakup 17-hektarowej działki, wcześniej sprzedawszy własną biżuterię, w 1908 r. powstał pawilon męski dla chorych nerwowo i umysłowo Żydów, a ośrodek zyskał popularną do dziś nazwę. Dzięki kolejnemu darczyńcy Hermanowi Poznańskiemu dwa lata później towarzystwo wybudowało drugi pawilon, tym razem przeznaczony dla kobiet. W 1926 r. powstał kolejny. Cztery lata przed II wojną światową Zakład dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Żydów w Otwocku z 275 łózkami był największym tego typu szpitalem w Polsce. Większość pacjentów mogła w „Zofiówce” leczyć się za darmo. Koszty opieki nad nimi pokrywały bowiem właściwe dla ich miejsca zamieszkania gminy żydowskie lub samo towarzystwo. Nie wielką liczbę pacjentów utrzymywały w ośrodku rodziny.

Pierwszym kierownikiem zakładu był dr Samuel Goldflam, który – czerpiąc przykład z niemieckiego psychiatry Hermana Simona – zainicjował charakterystyczną później dla „Zofiówki” terapię pracą. Większość pacjentów ośrodka uczestniczyło w zajęciach w kuchni, szwalniach, w ogrodzie warzywnym utworzonym na terenie zakładu.

„Pracują przy wyrobieniu cegieł z piasku i cementu przed ich wypaleniem. Kilku oto pcha przed sobą taczki po desce wąskiej, która i od strycharza normalnego wymagałaby pewnego napięcia uwagi. Myśl, czyli jej namiastka, z rozpięchłej, rozrzuconej, jak się piasek rozrzuca łopatką po gołolędzi – stała się związaną, sprzęgła się i stała się celową i owocną. (...) Wszyscy – lub prawie wszyscy – a jest ich, płci obojga, przeszło 200, coś robią, wszyscy »spokojni« dają się ująć w karby koordynacji, porządku i tadu, wprząc w jakąś więź solidarności, w jakiś rytm socjalny. Kobiety szyją, coś tam ściągają z kawałków przykrojonych przez instruktorkę i oto wkrótce jest gotowa porządna bluzka” – wspomina Jellenta po wizycie w „Zofiówce”.

To jednak tylko część pacjentów otwockiego zakładu. Zza wysokiego parkanu zbudowanego z ostro zakończonych desek dochodzą „jęki, krzyki, no i oczywiście także śpiewy i coś tam się burzy, miota i klnie (...) Typy obłąkańców męskich? Były przeraźliwie smutne”.

Autor otwockiej kroniki opisał swoje wrażenia, gdy „Zofiówką” kierował Jakub Frostig (od 1932 r.), znany w świecie psychiatrii przede wszystkim dzięki wprowadzeniu do polskiej praktyki psychiatrycznej leczenia schizofrenii śpiączkami insulinowymi. Australijski psychiatra Reginald Ellery w liście z podróży naukowej po Europie w 1936 r. kompletował praktyki dyrektora ośrodka, pisząc, że w wielu krajach stosowano leczenie insulinowe, ale nigdzie nie było tak dobrze zorganizowane jak w Otwocku, pod kierunkiem dr. Jakuba Frostiga. Jego efekty należały do najlepszych, jakie Ellery zaobserwował. W pewnym stopniu wynikały z entuzjastycznego podejścia Frostiga do tej metody leczenia. W dodatku wpoił on swoim lekarzom taką samą wiarę.

Według opisu Jellenty w okresie, gdy dyrektorem był Frostig, w zakładzie przestały funkcjonować separátky, łóżka siatkowe, kaftany bezpieczeństwa itp. Wówczas leczono w nim 370–



380 chorych. I choć nie należał do najbogatszych szpitali, wprowadzono najnowocześniejsze metody leczenia. Dziennikarz „Naszego Przeglądu” opisał je w artykule z 1938 r. Po insulinoterapii drugi stosowany środek stanowił kardiazol.

„Na dany przez lekarza dyżurnego znak prowadzona przez pielęgniarki wchodzi chora, niespokojnym wzrokiem zaszczutego zwierzątka rozglądając się dokoła. Po chwili przytrzymywana przez pielęgniarki, leży już na łóżku, wpatrzona w dokonującego zabiegu lekarza. Badanie serca, ciśnienia krwi i dożylnie wkłucie szpryczką z kardiazolem. Wszyscy usuwają się. Chora zdradza coraz większy niepokój, poczyna bełkotać, wydaje krzyk – i milknie raptownie. Wstrząsana drgawkami, miota się na łóżku, nogi jej się kurczą, palce rąk splatają, pod drżącymi powiekami pierzchają źrenice, tampon z waty śpiesznie wsunięty między zęby zapobiega uduszeniu, gdy rozpoczyna się straszliwe, jak w agonii, rżenie. – Zabieg z kardiazolu, czyniący na laiku tak ciężkie wrażenie – mówi dr. Frydman, wyprowadzając mnie z sali – choroby znoszą na ogół dość dobrze. Stosowany na terenie »Zofiówki« od roku, nie spowodował jeszcze żadnego śmiertelnego wypadku. W 20 minut po zastrzyku mija zamroczenie i chorey po kilkugodzinnym odpoczynku udaje się na spacer”.

Trzecim sposobem leczenia było podawanie pacjentom w stanach osłupienia błękitu metylowego. Ogromny wpływ na zdrowie podopiecznych, cierpiących często na skorelowane ze sobą schizofrenię i gruźlicę, miało również otwockie powietrze.

„Życie niewarte życia”

Niespełna rok przed II wojną światową, po wyjeździe Frostiga do USA, kierownictwo „Zofiówki” objęli Stefan Miller oraz Włodzimierz Kaufman (szef personelu). Po napaści Niemiec na Polskę hitlerowcy już we wrześniu rozpoczęli eksterminację pacjentów zakładów psychiatrycznych na terenach zachodnich wcielonych do Rzeszy. Prof. Tadeusz Nasierowski pisze w „Zagładzie chorych psychicznie”, że ściśle określony plan likwidacji życia niewartego życia (Akcja T4) zakładał przejmowanie kierownictwa w szpitalach przez niemieckich dyrektorów, którzy wydawali zarządzenia o zakazie wypisywania pacjentów z placówek. Podzielono ich również na trzy kategorie – chorych Żydów, przewlekle chorych i chorych zdolnych do pracy. Żydów i przewlekle chorych zabijano ➤



od razu lub transportowano do miejsc, które pozwalały na natychmiastowe pochowanie ofiar. Z czasem niemieckie oddziały specjalizujące się w eksterminacji „nieużytecznych wariatów”, kierowane przez SS Obersturmführera Herberta Langego, wywoziły pacjentów do gazowych bunkrów. Jeszcze później hitlerowcy opracowali mechanizm zagazowywania ofiar w specjalnych samochodach. Ruszały spod szpitali prosto do miejsc masowych grobów, uśmiercając w drodze pacjentów dostającym się do komory w tyle furgonetki tlenkiem węgla lub spalinami.

Podczas gdy w Kraju Warty trwało przemysłowe likwidowanie „niewartych życia”, na terenie Generalnego Gubernatorstwa, w którym położony był Otwock, Niemcy chorych psychicznie rozstrzeliwali, głodzili, podawali im skopolaminę i doprowadzali do zaniedbań higienicznych, co powodowało rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych.

Po wybuchu wojny część personelu medycznego „Zofiówki” udała się na tereny okupowane przez Sowieców. Ich miejsce zajęli lekarze uciekający z zachodu i centrum Polski przed eksterminacją. W zakładzie zostali m.in. kierownicy. Panowała bieda. Adolf Mazur, kierownik szpitalny, w relacji przekazanej instytutowi Jad Waszem napisał: „w szpitalu zastałem coś strasznego (...) brak wody i żywność się wyczerpała. (...) Śmiertelność była straszna z braku lekarstw i żywności, i braku pieniędzy”. Większość rodzin żydowskich i gmin nie miała już środków, by płacić za leczenie. Żydowski kronikarz Emanuel Ringelblum zanotował wówczas: „Jest tam [w „Zofiówce” – przyp. red.] dwudziestu kilku pacjentów chorych na zakaźną chorobę afrykańską. Ludzie ci gniją żywcem, na wpół zdziczali, wyłącznie kobiety, wychudzone, wykrzywione, potworne twarze. Straszny fetor”. Za Nasierowskim warto przypomnieć, że w grudniu 1940 r. z powodu niewypłacalności Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie pod zarządem Niemców zajęła ruchomości szpitala, m.in. łóżka.

W styczniu 1941 r. Niemcy utworzyli w Otwocku getto, w którego skład weszła „Zofiówka”. Pięć miesięcy później z powodu rzekomej epidemii tyfusu getta nie mógł opuścić

żaden mieszkaniec, choć do ośrodka nadal z całej GG przywożono żydowskich pacjentów. Fatalne warunki w zakładzie pogorszyły się jeszcze bardziej. W korespondencji i rozmowach telefonicznych z Prezydium Żydowskiej Samopomocy Społecznej Miller podkreślał: „Zakład jest zupełnie bez grosza, nie mamy na kawałek chleba (...) nie wolno nam dopuścić teraz do likwidacji jednej z tak nielicznych instytucji żydowskich, jedynej dla umyślowo chorych Żydów w Generalnej Guberni (...) nie wolno nam obciążyć swego ludzkiego sumienia niedołą tych, którzy dla siebie z racji swego kalectwa ratunku znaleźć nie potrafili i za których my wyłączną ponosimy odpowiedzialność”.

Żydowska Samopomoc Społeczna pozostawiała prośby Millera bez odpowiedzi. Instytucja z trudem prowadziła własną działalność. Nasierowski podaje, że rezultatem pogarszających się warunków w „Zofiówce” była śmierć spowodowana głodem i wyziębieniem 210 spośród 406 pacjentów w okresie od 1 czerwca do 16 listopada 1941 r. Niemcy jednak nadal zwozili chorych Żydów z innych zakładów.

Aby ratować ośrodek i polepszyć warunki, dr Miller utworzył w „Zofiówce” dom wypoczynkowy dla zamożnych Żydów. Z przebywania w najpiękniejszym w całym Otwocku parku leśnym (jak pisał Jellenta) korzystali m.in. żydowscy policjanci i żydowscy agenci gestapo, prominentne osobowości getta oraz inteligencja żydowska.

„Każdy z nas, przebywających w getcie, po paromiesięcznym tam pobycie w mniejszym lub większym stopniu zasługiwał na wysłanie do »Zofiówki«. Ludzie zasobni zaczęli więc garnąć się do tej jedynej oazy spokoju. Przed wojną rzecz jasna nikt z klepkami w porządku nie pojechałby na wywczasy do szpitala dla wariatów. Tymczasem obecnie ludzie ogromnie chwaliли sobie pobyt w »Zofiówce«. Nie mąciło spokoju trwające dniami i nocami wycie wariatów ani okoliczności, że chorzy nie niebezpieczni dla otoczenia promenowali po ogrodzie i rozmawiali z przybyłymi dla wypoczynku” – pisał Stanisław Adler na podstawie relacji Ludmiły Fiszhaut-Zeldowicz, która przebywała w „Zofiówce” kilka dni w 1941 r.

Adler wspomina również o nadużyciach, w które przerodził się pomysł Millera. Dla uzyskania środków od gminy i wzmocnienia pozycji kierownika „Zofiówki” lekarz urządzał dla wypoczywających gości, a szczególnie urzędników Rady Żydowskiej, wystawne przyjęcia, które musiały słono kosztować. Według relacji żydowskiego adwokata, opisującego życie w warszawskim getcie, pieniądze na organizację tych spotkań dyrektor pozyskiwał z ograniczania racji żywnościowych pacjentów. Z tego powodu głód znowu dziesiątkował chorych z otwockiego ośrodka. Samemu Adlerowi zaproponowano pobyt w „Zofiówce” za 30 zł dziennie. Być może ta kwota nie wydawałaby się gorsząca w ówczesnym kontekście gospodarczo-społecznym, gdyby nie fakt, że oficjalna cena za dobę w uzdrowiskowej części ośrodka wynosiła 80 zł.

„W związku z przeżyciami wojennymi liczba chorych wśród ludności żydowskiej ustawicznie wzrastała. I nie było wiado-

mo, co z nimi począć. Były wypadki tym straszniejsze, że przecież chory w rzadkich tylko wypadkach mieszkał sam w pokoju. Przeważnie przebywał wraz z paroma zdrowymi. Zdarzały się więc wypadki wypuszczenia czy wręcz wyrzucania furiatów na ulicę, w złudnej nadziei, że odpowiednio zaopiekuje się nimi SP (...) lecz tam rozkładano ręce: miejsc wolnych w »Zofiówce« brak, a szpitale nie są przeznaczone dla chronicznie chorych. Zdarzały się więc wypadki, że furiata zamurowywano w oddzielnym pokoju, do którego przez specjalny otwór podawano mu pożywienie. Jak po paru miesiącach wyglądał taki pokój, nietrudno sobie wyobrazić. Ryki wariata zapępniały całą kamienicę, jedno podanie do opieki społecznej ścigało drugie i jeżeli prezes komitetu domowego był odpowiednio ustosunkowany, względnie nieszczęśliwa rodzina chorego mogła zaoferować jakieś sumy na pokrycie części kosztów pobytu chorego w »Zofiówce«, następowało uspokojenie” – opisywał mroczne oblicze zakładu Adler.

Inferno

Najczarniejsze chwile w historii otwockiego ośrodka miały jednak dopiero nadejść. 19 sierpnia 1942 r. Niemcy wraz z Ukraińcami z Ochotniczego Oddziału SS rozpoczęli likwidację getta w Otwocku. Dzień wcześniej jeden z żydowskich policjantów, niejaki Pietrać, zawiadomił dyrekcję zakładu o planowanej akcji. Miller, ujawniając przed pacjentami, co miało nadejść, otworzył wszystkie sale, dając chorym szansę na ucieczkę. W obawie przed okrucieństwem hitlerowców w nocy przed likwidacją kilku pacjentów odebrało sobie życie. Również trzech lekarzy – dr Maślanko, dr Lewinówna i szef personelu dr Kaufman – ubrało się na białą, położyło do łóżka i zażyło cyjanek potasu. W dzień likwidacji pacjentów spędzono na plac. 108 osób rozstrzelano na miejscu. Według relacji podziemnej gazety „Nowy Dzień” wielu pensjonariuszy podtrzymywało innych na duchu, dodając im odwagi w obliczu śmierci. Po egzekucji chorych umyślowo Żydów i wtłoczeniu pozostałych do wagonów, które jechały do Treblinki, sami zażyli truciznę. Dr Millero-wi wraz z żoną udało się uciec do Mińska Mazowieckiego, jednak gdy również tam Niemcy zaczęły likwidować getto, małżeństwo popełniło samobójstwo.

Według informacji zawartych w pracy prof. Nasierowskiego podczas II wojny światowej Niemcy zabili w polskich szpitalach psychiatrycznych 13 tys. pacjentów. Kolejne 7 tys. osób chorych psychicznie zginęło z rąk hitlerowców w ośrodkach opieki, domach spokojnej starości i podobnych miejscach.

Niedługo po wymordowaniu pacjentów i personelu „Zofiówki” Niemcy podjęli próbę zorganizowania w otwockim zakładzie ośrodka Lebensbornheim-Ostland, gdzie dobierano w pary osoby o stosownym pochodzeniu i wyglądzie, aby rozwijać „rasę nadludzi”. Pozostawione budynki miały być przeznaczone dla 100 matek, 150 dzieci, na oddział położniczy, żłobek i dom dziecka. W ośrodku planowano również germanizację polskich dzieci i przystosowanie ich do adopcji w niemieckich rodzinach. Te chore plany „produkcji nowego człowieka” na szczęście nigdy nie zostały urzeczywistnione.



Po wkroczeniu Armii Czerwonej na Mazowsze „Zofiówkę” oddano miastu, które przeznaczyły środki na remont zakładu i zaadaptowało go na Socjalistyczny Ośrodek Szkoleniowy, a następnie Centralną Szkołę Aktywu ZMP. Na przełomie 1955 r., wykorzystując niezmiennie właściwości otwockiej przyrody, w budynkach „Zofiówki” utworzono Państwowe Sanatorium Przeciwgruźlicze im. Stefana Okrzei dla młodzieży w wieku powyżej 15 lat, z sanatoryjnym liceum. Po 1967 r. ośrodek młodzieżowy przeznaczono dla dorosłych gruźlików. 18 lat później zakład stał się filią Zespołu Neuropsychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Zagórzcu i tym samym powrócił do swojego pierwotnego zadania. Z racji wielu skierowań do poradni zdrowia psychicznego w „Zofiówce” powstała wówczas szkoła dla uczniów klas V–VIII. W 1995 r. ośrodek przekształcony został w Oddział dla Młodocianych Uzależnionych, który niebawem przeniesiono do zagórskich oddziałów pulmonologii, psychiatrii i neuropsychiatrii. Od tamtego czasu budynki „Zofiówki” niszczeją, stając się przedmiotem miejskich legend o duchach i paranormalnych zjawiskach. Zakład, który barwnie opisywał Jellenta, nazywając najpiękniejszą atrakcją Otwocka, a o którego powstanie starało się wielu społeczników i lekarzy, straszy dziś zaniedbaniem. Można sądzić, że prawdziwe inferno, którym swojego czasu stała się „Zofiówka”, musi okropnie wyglądać. Jednak czy dzisiejszy stan dawnego Zakładu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Żydów nie jest symbolem naszej wygodnicko-tchórzliwej niechęci do osób borykających się z chorobami psychicznymi, która pozwala pozostawić je w ostatnim kręgu piekła samotności, zaniedbania i stygmatyzacji? ■

Bibliografia:

- S. Adler, *Żadna bлага, żadne kłamstwo. Wspomnienia z warszawskiego getta*, Warszawa 2018.
- B. Engelking, J. Leosik, *Getto warszawskie. Przewodnik po nieistniejącym mieście*, Warszawa 2013.
- C. Jellenta, *Sosny Otwockie. Obraz miasta i uzdrowiska*, Warszawa 1935.
- List Müllera do Frostiga, Münsingen, 12.10.1936 r.
- T. Nasierowski, *Zagłada osób z zaburzeniami psychicznymi w okupowanej Polsce*, Warszawa 2018.
- Wizyta w Zofiówce*, „Nasz przegląd” nr 285 (8615), Warszawa 1938.



Fot. archiwum

Wakacje wiążą się z odpoczynkiem, ale również presją, której wiele osób ulega. To m.in. presja, by dobrze wyglądać na plaży, do urlopu „ogarnąć się”. Z drugiej strony coraz częściej mówi się o *body positive*. O tym, jak temat sylwetki w kontekście zdrowia przedstawiany jest w mediach, z **Maciejem Orłosiem** rozmawia Renata Jeziółkowska.

Chudość, nadwaga, otyłość a media i stereotypy. Jakie jest obecnie podejście do kwestii związanych z sylwetką i jak się zmieniło?

Ciekawym zagadnieniem jest trend *body positive*, ale mam wrażenie, że wątek ten trochę przycichł. Obecnie media odchodzą od promowania tego, co niezdrowe, czyli radykalnych diet i głodówek, ale również szkodliwych nawyków żywieniowych i braku ruchu prowadzących do otyłości. Oczywiście, pomijam tu uwarunkowania zdrowotne, na które nie mamy wpływu – wówczas akceptacja ma zupełnie inny sens. Odnoszę wrażenie, że podejście do ludzkiego ciała jest coraz bardziej zrównoważone, wynika z coraz większej świadomości zdrowotnej. Przesadna chudość, np. modelek na wybiegach, postrzegana jest obecnie jako zjawisko, które może razić, a nie jako wzór do naśladowania. Nie mówi-

my o szczupłej sylwetce, lecz o chudości. Dawniej w świecie mody czy w reklamach raczej nie widywaliśmy osób o przeciętnej figurze czy o okrągłych kształtach. Teraz to się zmieniło. Ale nadal wśród modelek są głównie kobiety, które nie wyglądają jak większość kobiet. *Body positive* w sensie niepromowania jedynie „idealnych” sylwetek jest zasadne, ale trzeba mieć na uwadze, by nie sprowadzało się do bezrefleksyjnej akceptacji ciała takim, jakie ono jest, bez brania pod uwagę aspektów zdrowotnych. Media powinny bardziej eksponować ten problem. Ważna zmiana stereotypów polega na tym, że pamiętając, iż otyłość może wynikać z poważnych problemów zdrowotnych, nie piętnuje się osób tęgich, coraz rzadziej używane jest słowo „grubas”, a częściej podkreślany aspekt zdrowotny i rola konsultacji z lekarzem.

Obserwując to, co dzieje się np. w mediach społecznościowych,

mamy wrażenie, że mniej istotny jest cel w postaci sylwetki idealnej, a na znaczeniu zyskują „efekty uboczne”, czyli prowadzenie zdrowego stylu życia. Zbilansowane posiłki, sport...

Internet sprzyja na pewno zwiększaniu świadomości w kwestii np. nawyków żywieniowych. I wiele osób zmienia nawyki, ale należy zdawać sobie sprawę z istnienia „bańki medialnej”. Poza gronem osób faktycznie przechodzących metamorfozy mamy bowiem statystyki dotyczące przykładowo otyłości polskich dzieci, które są pod tym względem w europejskiej czołówce. Nie można więc mówić o powszechnym dążeniu do zmian nawyków przez Polaków. Ale rzeczywiście promowane są postawy prozdrowotne i bardzo dobrze, że celebryci chwalą się uprawianiem sportu, jedzeniem zdrowych produktów. Na szczęście jedzenie hamburgerów i leżenie godzinami na kanapie z wielką paczką chipsów nie należy do pokazywanych w Internecie zwyczajów ludzi chcących uchodzić za autorytety.

Ruch i zdrowa dieta coraz częściej leżą w obszarze zainteresowań influencerów.

Ogromnym powodzeniem cieszą się kanały i profile takich osób jak Anna Lewandowska. Instagram, YouTube, podcasty, programy kulinarne w telewizji to świetne narzędzia do rozpowszechniania postaw prozdrowotnych.

Coraz więcej lekarzy jest aktywnych w sieci.

I tak powinno być, bo dobrze prowadzone przez lekarza konto w mediach społecznościowych oznacza wiarygodny przekaz i dotarcie z prozdrowotnymi informacjami do dużej liczby osób. Odbiorców na pewno zainteresuje lekarz ze zdolnościami medialnymi, komunikacyjnymi, który swój przekaz potrafi atrakcyjnie „opakować”. Powinien wówczas pamiętać, by mówić w sposób prosty i zrozumiały, dostosować język do odbiorcy. Przemawiać do wyobraźni, podawać przykłady, przedstawiać ciągi przyczynowo-skutkowe – wyniki spożywania wartościowego produktu albo robienia codziennie 10 tys. kroków.

Nagrywanie tanecznych filmików na TikToku to dobry pomysł? Tego typu formy może nie przystoją?

Ja uważam, że cel uświęca środki. Trzeba zastanowić się, do kogo chcemy trafić z przekazem, i dostosować do tego narzędzia. Cóż złego jest w TikToku? Umożliwia przecież nagrywanie np. króciutkich porad zdrowotnych w interesującej formie. TikTok zmusza do stosowania atrakcyjnego „opakowania”, myślę, że można tam znaleźć dobrą formułę przekazywania ważnych treści. Tak samo jest z Instagramem, Facebookiem.

Wracając do kwestii cielesności w reklamie, w mediach: czy przekazy są bardziej subtelne, nie ma aż tak nachalnego epatowania seksualnością jak dawniej?

Tak sądzę. Zdarza się jednak, że trafię na coś zaskakującego i zastanawiam się, czy faktycznie tak wiele się zmieniło. Gdy jeżdżę po Polsce, widuję billboardy, na których np. zakład wulkanizacyj-

ny reklamuje dziewczyna w stroju kąpielowym, stojąca przy oponach. Taki obraz ciągle gdzieś tam się pojawia, choć wydawałoby się, że te czasy minęły. W mediach głównego nurtu faktycznie jest inaczej, ale nie można powiedzieć, że mamy inną epokę pod tym względem.

Gdy martwimy się o czyjeś zdrowie, jak nawiązać do kwestii spadku czy wzrostu masy ciała?

To sprawy delikatne, wymagające wyczucia. Inaczej jest w przypadku relacji przyjacielskich, rodzinnych, inaczej, gdy nie mamy bliskiego kontaktu z osobą, której chcielibyśmy zwrócić uwagę. Łatwo wyciągnąć pochopne wnioski i kogoś urazić, trafić w jego czuły punkt. Waga ciała to też obszar, który musi być omawiany w rozmowie lekarza z pacjentem. W większości nie lubimy być oceniani, dlatego profesjonalna postawa jest tu kluczowa. Poza tym coraz częściej mówi się o tym, że lekarz powinien być doradcą zdrowotnym pacjenta.

Sezon plażowy to jeszcze jedno „wyzwanie”. Opalenizna...

Znam osoby, które sądzą, że muszą opalić się przed wyjściem na plażę... Coś oczywistego, czyli że ze słońcem trzeba bardzo uważać, bo może być niebezpieczne i niezdrowe, okazuje się nie przemawiać do wyobraźni. Niestety, wciąż zdarza się wystawianie się na słońce bez blokad i leżenie plackiem, smażenie się godzinami. W kwestii edukacji jest tu wiele do zrobienia.

Efekt opalenizny a wizerunek. Dawniej w mediach widywało się bardziej opalonych ludzi.

Pewnie wynika to z rosnącej wiedzy. Z troski o kondycję skóry, obaw przed konsekwencjami opalania się. W mediach promowana jest ochrona przed słońcem – unikanie go w newralgicznych godzinach, stosowanie kremów z wysokimi filtrami. Choć widok plażowiczów w upalne dni i istnienie solarów wydają się temu przeczyć... ■

HONDA
Wyszomirski

Najbardziej elektryzujące hybrydy

Sprawdź nasze samochody dostępne od ręki.
Liczba sztuk ograniczona.

5 LAT GWARANCJI
Honda TECHNOLOGY

Honda Wyszomirski
WARSZAWA, ul. Puławska 595, tel. 22 487 97 00
SIEDLCE, ul. Terespolska 7, tel. 25 633 33 55
www.wyszomirski-honda.pl

REKLAMA

Wspólna wioska

*Posiadanie rodziny zawsze stawiałem wysoko. Brałem ją też pod uwagę przy wyborze specjalizacji. Po latach studiów można się rozeznać, które specjalizacje bardziej, a które mniej sprzyjają sprawom rodzinnym – mówi **Konrad Patena**, specjalista chorób wewnętrznych.*

Jędrzej Sarnecki, radiolog z Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, dodaje: – *Dla lekarzy zawsze istnieje pokusa i możliwości, by pracować niemal bez przerwy. Relacja z moimi dziećmi uczy mnie, by podchodzić z humorem do trudnych sytuacji. Bywa oczywiście ciężko, dzieci mają swoje problemy, a my różne obowiązki, ale staramy się przede wszystkim być razem.* O roli ojca, podziale obowiązków zawodowych i rodzinnych oraz codziennym życiu z okazji Dnia Ojca z Konradem Pateną, tatą sześciolatniego Tomka, czteroletniej Oli i niespełna rocznego Adasia, oraz Jędrzejem Sarneckim, ojcem pięcioletniego Jonasza i trzyletniej Asi, rozmawia Adrian Boguski.

Jakie zmiany w panów życiu przyniosło pojawienie się pierwszego dziecka?

K.P.: To była końcówka mojej rezydentury w Klinice Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Transplantologii Klinicznej CSK MSWiA. Wielu moich współpracowników miało dzieci, ojcowie angażowali się w życie rodzinne, ale ja byłem pierwszym, który wziął urlop rodzicielski. Spotkałem się z bardzo pozytywnym odbiorem ze strony zespołu i kierownika, prof. Andrzeja Rydzewskiego. Nie jest to w medycynie reguła, niektórzy szefowie nie akceptują wpływu ojcostwa na dyspozycyjność pracownika. Na szczęście coraz częściej dostrzegam, że ta postawa odchodzi w zapomnienie. Ja nie mogę narzekać na utrudnienia, bo praca nigdy nie stanowiła przeszkody w moim rodzicielstwie, ani kiedy pracowałem w szpitalu, ani po przeniesieniu się do pracy w przychodni.

J.S.: Nasz syn Jonasz urodził się, gdy byłem na pierwszym roku specjalizacji. Trudno jednak powiedzieć, że moje życie zmieniło się diametralnie, ponieważ wcześniej też prowadziłem dość dynamiczny tryb życia i chyba nie zdążyłem się przyzwyczaić do pełnej stabilizacji. W pierwszych dwóch latach po narodzinach synka dość dużo podróżowaliśmy, jeździliśmy na konferencje. Praca mojej żony, która zajmuje się historią sztuki na Uniwersytecie Warszawskim, jest również związana z podróżowaniem i uczestnictwem w różnego

rodzaju spotkaniach. Dużo większą zmianę naszej codzienności odczuliśmy, kiedy pojawiła się córeczka Asia. Podróżowanie z dwójkiem maluchów było o wiele trudniejsze.

Zmiana miejsca pracy ze szpitala na przychodnię wynikała z faktu, że rodzina się powiększyła?

K.P.: W pewnym stopniu. W szpitalu mógłbym powiedzieć, że mam dziecko w wieku do lat czterech i dyżurować nie będę, ale sam nie czułbym się komfortowo, rezygnując na długi okres z tego ważnego elementu pracy oddziału. Odkąd podjąłem pracę w przychodni, ta kwestia nie stanowiła już problemu. Jeśli chcę dyżurować, żeby „nie zapomnieć” leczenia szpitalnego, mogę układać dyżury według swojego uznania. Praca w przychodni jest bardziej usystematyzowana, co pozwala precyzyjniej zaplanować czas dla dzieci. W szpitalu godziny rozpoczęcia lub zakończenia pracy są nieco bardziej elastyczne, niekiedy można wyjść wcześniej niż z przychodni, gdzie pacjenci są umówieni do końca dnia. W obu tych miejscach jednak dało się łączyć obowiązki lekarza i rodzica.

Jak przebiegało przygotowywanie się do egzaminu specjalizacyjnego z dwójkiem maluchów w domu?

J.S.: To nie lada wyzwanie. Trudno wygospodarować odpowiednio dużo czasu

na naukę, kiedy rano pracuje się w szpitalu, a po południu opiekuje się dziećmi. Wykorzystywałem po prostu każdą wolną chwilę, by się uczyć. „Raczkujące” ojcostwo zdecydowanie pozbawiło mnie złudzeń co do możliwości nauki w studenckim, całodniowym trybie. Okres specjalizacji wydłużył mi się o kilka miesięcy ze względu na urlopy rodzicielskie, które brałem, by opiekować się Jonaszem i Asią, wyjechać z nimi na dłuższe wakacje. Moja żona prowadziła wówczas ważne badania terenowe.

Często mówi się, że zawody związane z odpowiedzialnością społeczną trudno pogodzić z rolą rodzica.

K.P.: W dużej mierze zależy to od środowiska pracy. Niestety, nadal są miejsca, gdzie nie ma zrozumienia dla matek i ojców lekarzy. Niektórych wciąż szokuje, że w czasie choroby dziecka to ojciec zostaje w domu. Przedstawiciele kilku dziedzin medycznych rzeczywiście mają problem z wypełnianiem obowiązków rodzinnych, np. chirurg transplantolog, który musi być na każde wezwanie do pobrania. Zdziwiłbym się, gdyby ktoś na oddziale pediatrycznym robił problemy lekarzowi, dlatego że potrzebuje czasu na zajmowanie się dziećmi, chociaż i tak pewnie bywa. Podejrzewam, że na anesteziologii czy wspomnianej chirurgii prędzej można się spotkać z mniej przychylną podstawą wobec zaangażowanych ojców. Na szczęście interna jest bardziej przyjazna.



Usystematyzował pan czas pracy po urodzeniu się dzieci?

J.S.: Teraz, gdy zdobyłem specjalizację, grafik zajęć bardziej zależy ode mnie. Staram się także jak najmniej pracować popołudniami, kiedy dzieciaki wychodzą z przedszkola. W zasadzie główna zmiana polega na tym, że w ostatnim czasie zrezygnowałem z dyżurów, także nocnych, które znacząco utrudniały mi przebywanie z rodziną i godzenie obowiązków. Do tej pory dyżurowałem dwa, trzy razy w miesiącu. W porównaniu z częścią kolegów ograniczyłem godziny pracy.

Opieka nad dzieckiem w domu nie jest zadaniem mężczyzny. Spotkał się pan kiedyś z takim podejściem?

K.P.: Nie musiałem iść bardzo pod prąd, ponieważ dziś taki pogląd na rolę ojca jest rozpowszechniony. To raczej archetyp samca macho jest w odwrocie. Nikt się specjalnie nie dziwił, że więcej czasu chcę poświęcić rodzinie. Wiadomo, że zawsze trzeba wypracować kompromis. Może nie decydowałbym się na dwuletni urlop wychowawczy, bo praca jest moją pasją, ale kilka miesięcy poświęconych opiece nad dzieckiem, by pogłębić z nim więź, ma dla mnie ogromne znaczenie. Właśnie teraz, podczas ostatniego kwartału mojego urlopu rodzicielskiego, w życiu Adasia wiele się dzieje – zaczyna rozwijać się ruchowo i eksperymentować z pierwszymi

słowa. Bardzo fajnie być przy tym. Na pracę zawsze jest czas, a niektórych rzeczy w życiu cofnąć ani powtórzyć się nie da. Zależy mi również, by mieć wpływ na edukację dzieci, na razie na bardzo wczesnym etapie. Jestem przewodniczącym rady rodziców w przedszkolu, do którego chodzą Ola i Tomek. Zostałem nim w czasie pandemii. Wówczas tematy zdrowotne wciąż pojawiały się na zebraniach rady i moje zawodowe doświadczenie bardzo się przydawało.

Jak dzielicie obowiązki rodzinne z żonami?

K.P.: Moja żona jest specjalistką medycyny nuklearnej, wykonuje również USG. Pracuje według ustalonych grafików, dlatego łatwo jej łączyć obowiązki lekarki i matki. Bez niej mógłbym się chwalić swoim ojcostwem, ale nie wszystko w domu byłoby w porządku. Rodzicielstwo to zdecydowanie praca w duecie. Każdy potrzebuje odpoczynku i wsparcia drugiego z rodziców. Kiedy Adaś postanawia zacząć dzień o czwartej rano, staram się go zabrać do drugiego pokoju, żeby żona mogła się wyspać. Jeśli ona jedzie na konferencję, ja zostaję z dziećmi na weekend.

J.S.: Zazwyczaj synchronizujemy nasze kalendarze tak, by zawsze któreś z nas opiekowało się dziećmi. Problemy pojawiają się wtedy, kiedy ktoś musi zostać w domu z chorym dzieckiem,

ponieważ planując naszą codzienność, zakładamy, że maluchy chodzą do przedszkola. Niekiedy jedno z nas bierze urlop, by drugie mogło poświęcić się ważnemu wyzwaniu w pracy. Moim zdaniem wszystko zależy od priorytetów, w pracy nikt nie jest niezastąpiony. Świat się nie zawali, kiedy mężczyzna pójdzie na urlop ojcowski, mimo że będzie to przez jakiś czas niewygodne dla zespołu lub nawet obarczy większą liczbą obowiązków współpracowników.

Tata jednak nie tylko daje dzieciom siebie, ale wiele od nich czerpie. Czym jest dla pana ojcostwo?

K.P.: Jednym z zadań ojca jest pokazanie dobrego wzoru rodzicielstwa. W mojej rodzinie zawsze postaci męskie były pozytywne. Bardzo szanuję swojego tatę i jego tatę, czyli dziadka, który już nie żyje. Oni zawsze byli dla mnie wzorem pracowitości, opiekuńczości. Tworzyli ognisko domowe, którego atmosferę chcę przekazać dalej. To jest coś, co dziecko musi zobaczyć i odczuć. Nie opowiemy mu, jakim należy być, jak należy się zachowywać, ono powinno obserwować to na naszym przykładzie. Zaczęłam udzielać się w przedszkolu również po to, żeby Tomek, Ola i za jakiś czas Adaś mogli zobaczyć, że angażowanie się jest bardzo ważne. Ostatecznie najważniejsze, co po nas zostanie, to dzieci, więc dobrze, żeby mogły przejąć wzorce, które wydają nam się słuszne. ➤

➤ Jak realizujecie tę ideę?

K.P.: Ważne, by dzieci uczestniczyły w naszej codzienności. Normalne dla nas jest, że dzieci są obecne podczas odwiedzin naszych znajomych. Bardzo dużo gramy w planszówki. Na początku dzieciaki bawiły się tylko elementami, teraz rozumieją już podstawowe zasady, a za jakiś czas będą wiedziały znacznie więcej. Dzieci potrzebują oczywiście czasu przeznaczonego tylko dla nich. To często bywa męczące, ale nie musi trwać długo. Dzieci lubią być zaangażowane, więc można je zachęcać do prac wykonywanych przez dorosłych. Takie zajęcia są dla nich dużą atrakcją. Zabawa polega np. na tym, że pieczemy ciasto jogurtowe, rozkładamy talerze albo sadzimy kwiatki. Oczywiście, trzeba włożyć pewien wysiłek w wykonywanie tych czynności z dziećmi, bo wiadomo, że pieczenie ciasta z dwojgiem przedszkolaków będzie trwało dłużej, podobnie jak sprzątanie. Ale ta praca wszystkim przyniesie pożytek. Unikamy dzielenia czasu na przeznaczony tylko na dziecięce sprawy i czas tylko dla dorosłych, kiedy dzieci muszą oglądać bajkę czy bawić się same w pokoju, bo my teraz sprzątamy, zmywamy, gotujemy itd. Przy odrobinie magii, zamieniającej te codzienne czynności we współzawodnictwo, przygodę, niespodziankę, domowe zajęcia stają się dla dzieci atrakcyjne. Dzięki temu wszystko po trochu jest zabawą i codziennością – życiem naszej małej wioski.

Wioski zbudowanej razem z dziećmi, a nie wokół nich.

K.P.: Tak. Chcemy zachować ostrożność, by nie koncentrować całego życia na dzieciach. Bardzo łatwo wpaść w tę pułapkę i powysyłać je na różne zajęcia dodatkowe. Uważamy, że dzieci dużo czasu spędzają w przedszkolu, potem będą spędzały go w szkole, a dla ich rozwoju nie jest potrzebna ścisła organizacja czasu wolnego. Z jednej strony to odbiera chwile, w których byłyby z nami, z drugiej – nas też denerwowałby obowiązek dowożenia dzieci na daną godzinę w odpowiednie miejsce. Wydaje nam się, że jesteśmy wystarczająco kompetentni w różnych dziedzinach, by samodzielnie gwarantować im rozwój

Na koniec dnia, kiedy dzieci są już w łózkach, a nam zostaje cały wieczór, bywamy tak wyczerpani, że marnujemy go, przewijając kciukiem informacje na ekranie telefonu.

poza zajęciami – zabierać na wycieczki rowerowe lub na basen albo opowiadać o kosmosie. Na etapie przedszkola na pewno jesteśmy w stanie z naszą wiedzą zaciekawić je historią starożytną czy pokazać ćwiczenie, którego nie znały. Staramy się przede wszystkim zapewnić dzieciom naszą obecność i reagować na ich potrzeby. Rodzicielstwo nie jest łatwe, dzieci wymagają zaangażowania. Ważne jednak, by zadbać również o siebie, mieć prawo do gorszego dnia, do odpoczynku. Spokojny rodzic jest dla dziecka bardziej wartościowy niż taki, który wprawdzie zapewni mu liczne atrakcje, ale jest na krawędzi załamania.

Jak znaleźć czas tylko dla siebie?

K.P.: Trzeba planować czas wolny. Oboje z żoną bez żadnego usprawiedliwienia się możemy powiedzieć, że potrzebujemy np. trzech godzin, by wyjść do kina lub zrobić coś dla siebie w domu. Kiedy żona idzie poczytać książkę do sypialni, mały zostaje ze mną i robimy coś wspólnie. Niekiedy godzina dla siebie daje już duże odprężenie. Dzieci też mają swoje przerwy. Wielką zaletą posiadania więcej niż jednego dziecka jest to, że rodzeństwo potrafi bawić się ze sobą. Czasem orientujemy się dopiero po dwóch godzinach, że maluchy się nie pokazują. Przyznam jednak, że na koniec dnia, kiedy dzieci są już w łózkach, a nam zostaje cały wieczór, bywamy tak wyczerpani, że marnujemy go, przewijając kciukiem informacje na ekranie telefonu. Odpoczywamy na pewno lepiej, kiedy wolny czas sobie zaplanujemy.

J.S.: Dużo trudniej znaleźć czas na pracę dodatkową w domu, ale nie jest to niemożliwe. Niedawno obroniłem doktorat. Mój wolny czas zależy od wsparcia żony, która zajmie się dziećmi, i odwrotnie. Bardzo rzadko mamy okazję wyjść gdzieś wspólnie. Niekiedy udaje

nam się po prostu porozmawiać wieczorem, kiedy dzieci pójdą spać. Myślę jednak, że z czasem będzie coraz łatwiej. Dzieci są zazwyczaj zaangażowane we wszystko, co dzieje się w domu, ale coraz częściej zaczynają się bawić same ze sobą. Potrafią tak spędzić trochę czasu, a my wtedy podpatrujemy ich pomysły, które są bardzo inspirujące i przynoszą nam dużo uciechy.

Zawsze chciał pan mieć dzieci?

J.S.: Odkąd pamiętam ważny był dla mnie czas spędzony z rodziną i od dawna myślałem o założeniu swojej. Chce być ojcem obecnym w życiu dzieci. Relacja z nimi uczy mnie, by podchodzić z humorem do różnych trudnych sytuacji. Bywa oczywiście ciężko, dzieci mają swoje problemy, a my mamy różne obowiązki, ale staramy się przede wszystkim być razem i nie rezygnować ze wspólnych wyjazdów, o których wspominałem na początku. Niedawno otrzymałem wiadomość, że dostałem się na trzymiesięczny staż do Wiednia, i nie wyobrażam sobie, żebym pojechał tam sam. Organizujemy wyjazd tak, by całą rodziną zamieszkać w Austrii.

Z każdym kolejnym dzieckiem jest się coraz lepszym ojcem?

K.P.: Na pewno spokojniejszym. Na początku przede wszystkim towarzyszyły mi niepokój i mniejsza świadomość, co oznacza rodzicielstwo. Wyszukiwałem książki o wychowaniu i o tym, jak postępować, by dziecko było dokładnie takie, jakie chcemy. Rzeczywistość zweryfikowała założenia dosyć brutalnie. Dziecko rządzi się swoimi prawami i z zadaniowego myślenia o kształtowaniu go trzeba zrezygnować. Kiedy mieliśmy tylko Tomka, niektóre jego zachowania mnie frustrowały, ponieważ chciałem, żeby był bardziej podobny do mnie. Potem pojawiła się Ola, która ma radykalnie inny charakter. I to skupienie na cechach Tomka od razu się rozproszyło. Tomek jest sobą, Ola jest sobą i teraz Adaś również robi wiele rzeczy po swojemu. Nikt nie musi być taki, jak sobie wymyśliłem. Jedno z nich ma jakąś cechę, którą lubię, inne drugą, a trzecie kolejną. Obserwowanie rozwoju ich wzajemnych relacji jest bardzo kształcące i wzbogacające. ■



Chór Medicantus

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów
do wspólnego śpiewania.

Próby odbywają się w poniedziałki od godz. 19.00
w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18,
w Sali im. Szenajcha.

e-mail: dyrygent.smim@interia.pl
krzysztof.moczarski@gmail.com
tel.: 501 213 438, 507 058 683




**FUNDACJA
PRO SENIORE**
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE

Dofinansowanie wyrobów medycznych

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali
dofinansowania zakupu wyrobów medycznych
z NFZ ani z PFRON, do ubiegania się
o dofinansowanie oferowane przez naszą izbę
(szczegóły i regulamin na stronie
Fundacji Pro Seniore).

Termin składania wniosków upływa
30 września 2022 r.




**FUNDACJA
PRO SENIORE**
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE

zapraszamy seniorów lekarzy/lekarzy dentystów
w poniedziałki i czwartki w godz. 12.00–14.00
na dofinansowane przez OIL w Warszawie
obiady do Klubu Lekarza w Warszawie,
ul. Raszyńska 54.



Dodatkowe informacje:
Renata Sobolewska, tel.: 22 542 83 06



**FUNDACJA
PRO SENIORE**
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE

Koleżanki i Koledzy,
uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się
przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy przynależą
do OIL w Warszawie, ukończyli 60. rok życia
i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej,
o dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych
i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.
(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

Termin składania wniosków upływa
30 września 2022 r.



Fundacja Pro Seniore, 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel.: 22-542-83-30, e-mail: proseniore@oilwaw.org.pl



**Marianna
Waczyńska-Zacierka**
(1937–2021)

„Wspomnienie jest formą spotkania”
Khalil Gibran

8 lipca 2021 r. na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach z głębokim żalem i smutkiem pożegnaliśmy Mariannę Waczyńską-Zacierkę, oddanego lekarza i człowieka wielu cnót. Urodziła się 14 sierpnia 1937 r. w Chlewskiej Woli w województwie świętokrzyskim. Dzieciństwo spędziła w swojej rodzinnej miejscowości, tam także przeżyła lata wojennej zawieruchy.

Po wojnie, ukończywszy szkołę podstawową, uczęszczała do liceum ogólnokształcącego w Jędrzejowie, skąd po zdanej w 1955 r. maturze wyjechała na studia medyczne w Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze-Rokitnicy. Ukończyła je w 1964 r., w ich ramach odbyła dwa staże: w 1962 – dziesięciomiesięczny, przeddyplomowy w Szpitalu na Solcu w Warszawie, oraz podyplomowy, roczny w dziedzinie fizjatrii w Sanatorium Przeciwgruźliczym w Otwocku. W tymże sanatorium pracowała dwa lata i rozpoczęła specjalizację z chorób wewnętrznych/pulmonologii. W latach 1968–2004 związana była z Sanepidem. Początkowo pracowała w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Aninie, gdzie rozpoczęła staż specjalistyczny II stopnia w dziedzinie higieny pracy, a później na Bielanych (ul. Kochanowskiego). Była także zastępcą kierownika Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej przy ul. Żelaznej i kierownikiem Działu Higieny Pracy.

Uzyskane specjalizacje (choroby wewnętrzne, pulmonologia, higiena pracy/medycyna pracy) umożliwiały współpracę z różnymi placówkami medycznymi na stanowiskach le-

karza medycyny pracy lub lekarza rodzinnego. W roku 1973 krótko pracowała w Wojewódzkiej Przychodni Medycyny Pracy Przemysłowej w Warszawie oraz na Oddziale Chorób Zawodowych Kliniki Ośrodka Medycyny Pracy Budowlanych „Warszawa”. W okresie 1993–2007 zatrudniona była jako lekarz medycyny pracy w Szpitalu Dermatologicznym im. św. Łazarza przy ul. Leszno 15. W 2007 r., po likwidacji szpitala, razem z personelem poradni dermatologicznej podjęła pracę w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście przy ul. Ciółka 11. Funkcję lekarza medycyny pracy pełniła aż do roku 2014. Była bardzo doświadczonej, zawsze chętnym do pomocy lekarzem i do ostatnich dni dobrze wspominała swoją pracę.

Marianna należała do lekarzy potrafiących skutecznie pogodzić intensywność pracy zawodowej ze stałym pogłębianiem wiedzy oraz tworzeniem pełnej, szczęśliwej rodziny. Stale poszerzała i uzupełniała wiedzę medyczną. Brała udział w konferencjach naukowych, a swój zawód traktowała jak powołanie, pracowała tak długo, jak pozwalało Jej na to zdrowie.

Nawet wtedy, gdy zakończyła już pracę lekarza rodzinnego i medycyny pracy, pozostała lekarzem dla wszystkich ludzi, którzy tego potrzebowali. Wykazywała się bardzo wysokim poziomem empatii, za co wszyscy Ją cenili, a kultura osobista była najbardziej wyrazistą cechą, po której wszyscy rozpoznawali Mariannę. Pacjenci, sąsiedzi, znajomi cenili Ją za nieustającą chęć pomocy, wysokie kompetencje i przyjazny charakter.

Kochała muzykę klasyczną i literaturę, nie stroniła od brydżowych rozgrywek, gdy została do nich zaproszona. Dbała o swój rozwój osobisty, nie zaniedbując przy tym rodziny i przyjaciół. Mieszkała w Warszawie, gdzie realizowała swoje powołanie jako lekarz, nie traciła jednak kontaktu z rodzeństwem, z którym do ostatnich dni życia utrzymywała bardzo bliskie relacje.

Niezłomnie przez 55 lat małżeństwa wspierała swojego męża Jana Zacierkę w jego działalności zawodowej oraz na niwie społecznej. Mieli jedną córkę Elżbietę oraz wnuka Grzegorza.

Zawsze elegancka, lubiąca ludzi i swoją pracę, najbardziej ceniła możliwość spędzania czasu z najbliższą rodziną, którą kochała bezgranicznie, co zawsze będzie Jej pamiętane.

Marianna zmarła w swoim mieszkaniu podczas snu 30 czerwca 2021 r. Siostra, żegnając przy grobie Mariannę, zwróciła się do dwojga Jej potomków tymi słowami: „*Nikt nigdy już nie będzie kochał was obojga tak mocno i bezpamiętnie, jak kochała was wasza mama i babcia*”.

Trudno pogodzić się z tak nagłym Jej odejściem.

Grzegorz Szamrej



Naszej Koleżance **dr Ewie Miękus-Pączek**
składamy wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Mamy.

Ewo, w tych trudnych dla Ciebie chwilach
jesteśmy z Tobą.

Dariusz Paluszek,
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
ds. lekarzy dentystów,
koleżanki i koledzy z Komisji ds. Lekarzy Dentystów



Elżbieta Hillbricht-Jędrzejewska (1935–2022)

Zmarła moja najukochańsza przyjaciółka Elżbieta Hillbricht-Jędrzejewska, lekarz stomatolog.

Była człowiekiem o nadzwyczajnej charyzmie. Jej rodzice, wywodzący się z zamożnego mieszczaństwa i inteligencji, pochodzili z dawnego zaboru austriackiego. Matka Maria, z domu Szwalbach, ojciec Stanisław Hillbricht, sędzia, kierownik Wydziału Prokuratury Generalnej. Elżbieta urodziła się w Warszawie 5 stycznia 1935 r., miała starszą siostrę Annę, która była moją rówieśniczką. Mieszkaliśmy w sąsiednich domach przy pl. Narutowicza.

W czerwcu 1939 r. obie z Hanką zdałyśmy do drugiego oddziału prywatnej Szkoły Powszechnej im. Wandy Szachtmajerowej. Wybuchła wojna. Lekcje odbywały się w prywatnym mieszkaniu. Wiedzę uzupełniano nam w domu, częściej u państwa Hillbrichtów, ponieważ moja matka pracowała, była historykiem (tajne nauczanie). Bawiłam się dużo z Elżunią, którą nazywałyśmy Dzidunią. Była wątła, wymagała opieki, zaczęła się uczyć w szkole prowadzonej przez Zgromadzenie Sióstr Najświętszego Serca Jezusa Sacré Coeur, wypędzone ze Lwowa. Potem do czwartego oddziału przeniesiono też Hankę i mnie. Elżunia szybko dorastała wśród nas. Wakacje często spędzaliśmy w sąsiednich domkach letniskowych w Świdrze. W lecie 1944 r., ze względu na zbliżający się front, państwo Hillbrichtowie zostali w Warszawie. Wybuch powstania zastał ich w domu, ciężkie walki o pl. Narutowicza przerażały dziewczynki. 9 sierpnia 1944 wypędzono ich z domu na Zieleniak. Stamtąd przez Pruszków dotarli do Krakowa, gdzie mieli rodzinę. Hanka i Elżunia poszły do szkoły sióstr urszulanek. W roku 1948 rodzina wróciła do Warszawy, zamieszkała przy ul. Gdańskiej 2. W roku szkolnym 1949/1950 obie

Hillbrichtówny przeniosły się do Liceum im. Sempołowskiej, w czerwcu 1951 Elżbieta zdała maturę, a następnie dostała się na Wydział Stomatologiczny przy Akademii Medycznej w Krakowie. Na trzecim roku studiów udało się Elżbiecie przenieść do Warszawy i powrócić do domu, do matki i siostry.

W listopadzie 1955 r. Elżbieta Hillbricht uzyskała dyplom ukończenia Akademii Medycznej w Warszawie i tytuł lekarza dentysty. Otrzymała nakaz pracy w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia, w poradni międzyszkolnej w Radzyminie, później w przychodni na Starym Mieście. Codzienne dojazdy podmiejską kolejką, a potem wędrowka do pracy przez pola dla młodej dziewczyny były trudne, ale Ela zносиła je cierpliwie. 8 lutego 1959 r. wyszła za mąż za Sławomira Jędrzejewskiego. Od stycznia 1960 r. do marca 1964 pracowała w zorganizowanej w baraku przychodni stomatologicznej dla dzieci przy ul. Elektoralnej 26. I stopień specjalizacji zdobyła w 1961 r.

W 1963 urodziła syna Pawła. Po kilku latach Jej przychodnię przeniesiono na ul. Grzybowską 34, gdzie znajdowała się Przychodnia Rejonowa i Przychodnia Przeciwgruźlicza. Wola była dzielnicą robotniczą i większość matek przyprawdzających dzieci do poradni stomatologicznej pracowała w okolicznych fabrykach w systemie trójzmianowym. Elżbieta przystosowywała godziny przyjęć dzieci do czasu, którym dysponowały matki, często pracowała po godzinach. Starła się również wykonać kilka zabiegów podczas jednej wizyty. Była lubiana przez koleżanki, personel pomocniczy, matki i dzieci, pracowała zawsze ofiarnie, choć miała na głowie prowadzenie domu i opiekę nad dzieckiem. W maju 1970 r. urodziła syna Marcina. II stopień specjalizacji uzyskała w 1974 r. Prowadziła dom otwarty, organizowała spotkania towarzyskie z przyjaciółmi i żywo uczestniczyła w życiu kulturalnym, chodząc do teatrów, na koncerty.

Przeszła na emeryturę w marcu 1999 r. Poświęcała czas wnuczkom, najpierw córkom Pawła, które wychowywała od okresu niemowlęctwa (mieszkali po sąsiedzku), a potem Marcina. Była zawsze oddaną przyjaciółką, znajdowała czas na pomoc ukochanej siostrze, przyjaciółom i sąsiadom. W 2010 r. zachorowała na raka oskrzeli. Kiedy u męża w roku 2017 zdiagnozowano alzheimera, mimo własnych cierpień, z oddaniem się nim opiekowała. Poświęcała czas także swoim prawnukom.

Jednak Jej stan zdrowia pogarszał się, zmarła 15 lutego 2022 r. zakażona chorobą COVID-19.

Barbara Ostaszewska-Chrzanowska



Dr Ewie Miękus-Pączek

wyrazy najgłębszego współczucia i słowa wsparcia
w trudnych chwilach związanych ze śmiercią

Mamy

składa Piotr Pawliszak,
p.f. prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.

**Obwieszczenie nr 10/2022/IX
Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie
z 2 czerwca 2022 r.
w sprawie ogłoszenia wyników wyborów
na pełniące funkcję prezesa
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) oraz §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. obwieszczenie nr 2/22/VIII prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 lutego 2022 r.), obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonych 2 czerwca 2022 r. wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, ogłasza się, że na pełniące funkcję prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie został wybrany:

Piotr Pawliszak – lekarz.

§2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

**Wiceprzewodnicząca
Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
lek. Małgorzata Skomska-Pawliszak**



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Renata Jeziółkowska – tel. 22-542-83-81, r.jeziolkowska@oilwaw.org.pl

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

PUBLICYSTYKA: Adrian Boguski – a.boguski@oilwaw.org.pl, Michał Niepytalski – m.niepytalski@oilwaw.org.pl, Urszula Wolińska-Kuñaj – u.wolinska@oilwaw.org.pl

ZDJĘCIA: Karolina Bartyzel – k.bartyzel@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Filip Niemczyk, Maciej Orłoś, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski

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

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Artmedia Partners **GRAFIKI:** Mateusz Chrzanowski

KOREKTA: Lidia Sadowska-Szlaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

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. Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.



Dr Ewie Miękus-Pączek
wyrazi współczucia z powodu śmierci

Mamy

składa
radomskie środowisko lekarzy
oraz Karol Stępniewski,
przewodniczący Delegatury Radomskiej.



Naszej Koleżance
dr Magdalenie Jakubczak-Morawskiej
wyrazi najgłębszego współczucia oraz słowa otuchy
po stracie

Mamy

składają koleżanki i koledzy
z radiologii Szpitala Medicover.



PRACA DLA LEKARZY

**Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza** zaprasza do
przeglądania publikowanych ogłoszeń
dotyczących zatrudnienia lekarzy:

Na stronie WWW OIL w Warszawie:

www.izba-lekarska.pl
→ praca dla lekarzy
→ wyszukiwarka ogłoszeń

**Na profilu facebookowym Centrum Kariery
Lekarza:**

www.facebook.com
→ @centrumkarierylekarza

**Na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie**

**C E R
M E D**
CENTRUM ROZWOJU PROFESYJNY



**Zapraszamy pracodawców
do publikacji ogłoszeń.**

Jeśli chcesz poznać więcej szczegółów,
zadzwoń do nas:

22 542 83 53 lub **668 373 100**,
lub napisz: praca@oilwaw.org.pl



Specjalna kompleksowa oferta ubezpieczeń dla lekarzy i lekarzy dentyistów

PZU Dom

z naszym ubezpieczeniem domu lub mieszkania możesz spokojnie cieszyć się wakacjami

- **ubezpieczenie od wszystkich ryzyk** (w tym na wypadek kradzieży, zalania, przepięcia lub włamania),
- ubezpieczenie można uzupełnić o **ubezpieczenie OC w życiu prywatnym**, które obejmuje m.in. szkody wyrządzone przez dzieci do 13. roku życia,
- zamiast wypłaty odszkodowania można wybrać **naprawę szkody przez ekipę remontową**,
- ubezpieczenie można rozszerzyć o **ochronę prawną**, która w wariantcie Super gwarantuje dodatkową ochronę danych osobowych,
- dzięki współpracy z BIK posiadacze polisy dostaną **powiadomienia SMS-em lub e-mailem o próbie wyłudzenia** kredytu lub pożyczki z wykorzystaniem ich danych,
- **atrakcyjna oferta cenowa** – ubezpieczenie domu już od 12 zł miesięcznie w abonamencie.

PZU Wojażer

zadbaj o spokojny urlop z ubezpieczeniem turystycznym

- **pokrycie kosztów leczenia** w razie wypadku, nagłego zachorowania oraz zaostrzenia choroby przewlekłej,
- zorganizowanie pomocy **w Polsce lub za granicą**,
- pokrycie kosztów **odszukania klienta lub zorganizowania akcji ratowniczej**,
- podczas zagranicznego wyjazdu trwającego do 30 dni, ubezpieczenie chroni również w przypadku **nagłego zachorowania na COVID-19**,
- w zakresie ubezpieczenia możliwa jest **kontynuacja leczenia po powrocie do domu**,
- ubezpieczenie można uzupełnić o **ochronę na wypadek konieczności rezygnacji** lub skrócenia wyjazdu.

Karta Klienta PZU

Każdy lekarz, który przystąpił do programu ubezpieczeń dla OIL w Warszawie w zakresie ubezpieczenia OC obowiązkowego lub OC dobrowolnego uprawniony jest do **20% zniżki** m.in. na produkt PZU Dom oraz PZU Wojażer.

Obsługa kompleksowa przez **INS Services** – lidera w ubezpieczeniach dla lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce:



+48 22 494 36 50 • +48 577 930 370
+48 577 930 380 • +48 577 930 560

biuro@ins-med.pl
ins-med.pl

Punkt obsługi: siedziba OIL w Warszawie, ul. Puławska 18 (Biuro Obsługi Lekarza)



Pełniący funkcję prezesa ORL w Warszawie Piotr Pawliszak, tel. 22-542-83-42

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków Dariusz Paluszek, tel. 22-542-83-55

Wiceprezes ORL Tomasz Imiela, tel. 22-542-83-82

Przewodniczący Delegatury Radomskiej Karol Stepiński, tel. 48-331-36-62

Sekretariat tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42

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

Pełnomocnik prezesa ORL ds. operacyjnych Piotr Wincianus, tel. 22-54-28-345

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 przewodniczący Roman Jasiński, tel. 22-542-83-20, 22-542-83-21

Okręgowa Komisja Rewizyjna przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak, tel. 22-542-83-28

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

Księgowość tel. 22-542-83-35, 22-542-83-79, 22-542-83-54

Kasa tel. 22-542-83-34

czynna: wtorek – czwartek w godz. 9:00 – 16:00 (przerwa od godz. 13:00 do 13:30)

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

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

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

Okręgowa Komisja Wyborcza tel. 22-541-83-31

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 przy OIL w Warszawie tel. 22-542-83-12

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

Komisja ds. Nauki i Kształcenia tel. 22-54-83-33

Komisja Współpracy z Zagranicą tel. 22-542-83-90

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

Komisja Młodych Lekarzy tel. 22-542-83-80

Komisja ds. Kultury tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Sportu tel. 22-542-83-33

Rzecznik praw lekarza tel. 22-542-83-28

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków tel. 660-672-133

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków

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

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

Mediator tel. 22-542-83-29

Zespół ds. Wypalenia Zawodowego tel. 22-542-83-80

Zespół ds. Matek Lekarek tel. 22-542-83-80

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

Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia tel. 22-542-83-90

Grupa Balinta tel. 22-54-83-80

Dział Informacji Medialnej tel. 22-542-83-83, **rzecznik prasowy** Renata Jeziółkowska, tel. 660-679-737

Marketing i reklama tel. 22-542-83-53, 668-373-100, e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30

poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 7.30–15.30, środa w godz. 8.00–16.00

Fundacja Pro Seniore tel. 22-542-83-30





30 Środkowoeuropejska Wystawa
Produktów Stomatologicznych
EXPO ŁÓDŹ, 22-24.09.2022

Wystawa i aż dwa programy edukacyjne na 30-lecie CEDE!

zarejestruj się na www.cede.pl

cede.pl



Dr n. med.
Bartosz Sulborski



Dr Adam Eisner



Dr Radi Masri

Stomatologia estetyczna: Przegląd nowości w zakresie uzupełnień pełnoceramicznych. | *Dr Adam Eisner*

Współczesne leczenie z zastosowaniem implantów stomatologicznych: Cyfrowy proces postępowania klinicznego i komplikacje. | *Dr Radi Masri*

Praktyczne wskazówki ułatwiające leczenie protetyczne, zwiększające jego przewidywalność i opłacalność. | *Dr Carl F. Driscoll*

Perypetie związane z terapią implantologiczną. | *Dr Sylvan Feldman*

Endodoncja kliniczna dla stomatologa zachowawczego. | *Dr Bradley A. Trattner*

Określanie ryzyka wystąpienia peri-implantitis u pacjenta. | *Dr Harlan J. Shiau*



Dr Carl
F. Driscoll



Dr Bradley
A. Trattner



Dr Sylvan
Feldman



Dr Harlan
J. Shiau



Prof. dr hab.
Mariusz Lipski



Dr n. med. Maciej
Kuźmiński

SEMINARIUM: Zachowanie zębów: Regeneracja przyzębia w praktyce klinicznej | *Dr Harlan J. Shiau*

Trudne leczenie endodontyczne: szeroki otwór wierzchołkowy, niegojąca się zmiana zapalna, perforacja, zobliterowany kanał korzeniowy. | *Prof. dr hab. Mariusz Lipski*

Powikłania w leczeniu endodontycznym. Jak ich unikać i jak rozwiązać problem. | *Dr n. med. Maciej Kuźmiński*

WARSZTAT: Użycie mikroskopu i maszynowe opracowanie kanałów. Kurs podstawowy. | *Dr n. med. Maciej Kuźmiński*

WARSZTAT: Powtórne leczenie endodontyczne pod mikroskopem. Kurs zaawansowany. | *Dr n. med. Maciej Kuźmiński*



**FORUM CYFROWE
BE DIGITAL**
SMART DENTISTRY | 22-24.09.2022

forumbedigital.pl

W programie m.in.:

Technologie przyrostowe w cyfrowej stomatologii. Trendy technologiczne oraz aktualne możliwości druku 3D. *CadXpert*

Pozyskiwanie idealnego położenia implantów w kości za pomocą PIC Dental. *Natrodent*

Skaner wewnętrzny w protetyce i implantoprotetyce. *Optident*

Encode 2.0 – jak z pomocą wielofunkcyjnej śruby gojącej poprawić estetykę i skrócić liczbę wizyt pacjenta? *Silesia Dental*

Prace przykręcane (mosty, belki, łączniki indywidualne) z przekierowanym kanałem śruby. *Zfx Wrocław*

Zastosowanie implantów indywidualnych u pacjentów ze znacznym ubytkiem kości. *INTEGRA IMPLANTS*

Performance Powder for additive manufacturing in Med-Tech. *S&S Scheftner GmbH*

Pełno-konturowe rekonstrukcje wsparte na implantach z wykorzystaniem cyfrowego protokołu 3Shape. *3Shape*

Cyfrowy protokół pracy – przypadek implantoprotetyczny na belce podwójnie przykręcanej. *Zirkonzahn*

Cyfrowy know-how. Od skanu do finalnego uzupełnienia. *Meditrans*

Rozległe struktury monolityczne z tlenku cyrkonu zaprojektowane na skanie wewnętrznym. *HOL-DENTAL DEPOT (sesja PTTD)*

Cyfrowe protezy – technologiczna rewolucja w laboratorium i gabinecie stomatologicznym. *Ivoclar (sesja PTTD)*

Hybrid Workflow Print & Mill: innowacyjne rozwiązania dla cyfrowej protetyki z zastosowaniem oprogramowania Millbox/Cimsystem. *Mikran*

Next step. Wykonywanie prac protetycznych w gabinecie w oparciu o skaner wewnętrzny. *Dentsply Sirona*

