

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

WRZESIEŃ 2024 (nr 353)



› PŁYNIE
W NAS KREW...

› Ambulans z serca

› Polowanie na fentanyl

› Biodro Suprona



Wyszomirski

CR-V

e:HEV

Teraz od

199 000 zł*

ZR-V

e:HEV

Rabat do

29 000 zł



**Honda
Wyszomirski**

**WARSZAWA
ul. Puławska 595
Tel. 22 487 97 00**

**SIEDLCE (serwis)
ul. Terespolska 7
Tel. 25 633 33 55**

www.wyszomirski-honda.pl

*Cena dotyczy wersji 2WD Elegance. Promocja trwa do 31/08/2024 lub do wyczerpania się zapasów. Regularna cena modelu CR-V e:HEV w wersji Elegance 2WD z rocznika 2024 wynosi 224 400 zł. Najniższa cena z 30 dni przed wprowadzeniem obniżki dla wersji Elegance 2WD wynosi 207 900 zł.



HondaWyszomirski

TEMAT Z OKŁADKI:

A może czas na „krewkartę” lub rejestr grupy krwi?

Artur Drobnik

str. 3

Płynie w nas krew...

Anetta Chęcińska

str. 4

Krew

Jerzy Bralczyk

str. 7



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 2 O krwi i nie tylko**
Urszula Wolińska-Kuñaj

- ŚWIATOWY DZIEŃ CHOROBY ALZHEIMERA**
8 Alzheimer: nadzieje na lek...
Maria Libura

SYSTEM

- 10 Idą zmiany w sieci**
Małgorzata Solecka

FELIETON WICEPREZESA

- 12 Bezpieczne wykonywanie zawodu**
Jakub Zakrzewski

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 13 e-Izba**
Michał Gontkiewicz

- 15 Współpraca z Fundacją
„Nie widać po mnie”**
Urszula Wolińska-Kuñaj

- 38 LUTW „Nestor”**

O TYM SIĘ MÓWI

- 16 Krztusiec kontratakuje**
Zespół ds. Szczepień
- 24 Polowanie na fentanyl**
Paweł Walewski

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

- 18 Dokąd zmierza stomatologia?**
rozmowa z Dariuszem Paluszkiem

- 20 Cuda implantologii i protetyki?**
rozmowa z Kornelem Krasnym
i Piotrem Stenderą

BEZDOMNOŚĆ W SYSTEMIE

- 26 Ambulans z serca**
rozmowa z Małgorzatą Matuszewską

PRAWO

- 34 Analiza przypadku**
Karolina Podsiadły-Gęsikowska,
Aleksandra Powierża

- 36 Aktualności prawnomedyczne**
Filip Niemczyk

REFLEKSJE O EUROPIE

- 44 Kostka Rubika układu
Unii Europejskiej**
Dominik Héjj

PO DYŻURZE

- 46 Babie lato, 1875**
rozmowa z Ewą Micke-Broniarek

- 50 Biodro Suprona**
rozmowa z Andrzejem Supronem

O krwi i nie tylko

URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ, redaktor naczelna



Fot. archiwum

Potrzebna krew! – z tym apelem spotykamy się wyjątkowo często. Prośby o oddawanie krwi słyszymy w radiu, w telewizyjnych newsach, wyświetlają się nam w mediach społecznościowych. Choć krwiodawców nie brakuje, jednak stany magazynowe większości grup krwi nie są zadowalające. Dlatego ten numer „Pulsu” postanowiliśmy poświęcić zagadnieniom związanym z krwią.

W artykule „Płynię w nas krew...” Anetty Chęcińskiej znajdują Państwo ciekawe informacje, m.in. o karcie identyfikacyjnej grupy krwi, dzięki której można skrócić czas oczekiwania na transfuzję o ponad godzinę. To „gadżet” mieszczący się w portfelu, może nawet cenniejszy od karty kredytowej...

Krew pod lupę wziął profesor Jerzy Bralczyk. W swoim tekście wyjaśnił etymologię słowa, przywołał pokrewne wyrazy i omówił interesujące związki frazeologiczne.

Paweł Walewski zajął się natomiast ważną kwestią leczenia bólu i sprawą głośnego ostatnio fantanylu.

Ale zapraszam również do lektury lżejszych tekstów. Niedawno zakończyły się igrzyska olimpijskie, pozostaliśmy więc jeszcze chwilę w ich blasku. W rubryce #SPORT (na stronach wydzielonych kolorem beżowym) znajduje się rozmowa ze srebrnym medalistą olimpijskim, wiceprezesem Polskiego Komitetu Olimpijskiego – Andrzejem Supronem. Zapaśnik opowiedział o swojej sportowej historii, oddaniu medalu, zdradził też receptę na zachowanie zdrowia.

W rubryce #KULTURA zamieściliśmy wywiad z Ewą Micke-Broniarek, kuratorką przygotowywanej w Muzeum Narodowym w Warszawie wystawy prac Józefa Chełmońskiego. A tematem wiodącym jest „Babie lato”.

Lato powoli dobiega końca... Moja „pulsowa” droga również. Bardzo dziękuję Państwu za zaangażowanie – cenne wskazówki i uwagi. Dziękuję osobom, z którymi miałam okazję współpracować – prezesom, wiceprezesom, członkom Prezydium ORL w Warszawie, a także wszystkim pracownikom OIL w Warszawie. Gazeta nie ukazałaby się bez zespołu redakcji „Pulsu”, któremu także z całego serca dziękuję. Do zobaczenia, tym razem na antenie telewizyjnej! ●

e-Izba

dla lekarzy i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo

Zaloguj się i sprawdź!



A może czas na „krewkartę” lub rejestr grupy krwi?

ARTUR DROBNIAK, prezes ORL w Warszawie



Fot. J. Kamiński

Grupa krwi to jeden z parametrów laboratoryjnych, który lekarzom jest znany i wykorzystywany niemal w każdej ich specjalizacji. Odkrycie grup krwi przez Karla Landsteinerja w 1901 r., prace Hirsfelda i von Dungerna, którzy stworzyli podstawy nauki o grupach krwi oraz wprowadzili ich oznaczenie symbolami A, B, AB i 0, dzisiejsza możliwość precyzyjnego określenia kompatybilności krwi między dawcą a biorcą zrewolucjonizowały medycynę, czyniąc zabiegi chirurgiczne bezpieczniejszymi i zwiększając szanse na przeżycie pacjentów w stanach nagłego zagrożenia.

Myszę, że każdy adept medycyny, szczególnie dziedzin zabiegowych, wypisywał zapotrzebowanie na krew i jej składniki. Czy jesteśmy tego bardziej, czy mniej świadomi, to krew od dziesiątków lat jest „lekiem” ratującym życie. Wszystkie kraje rozwinięte stworzyły banki krwi, które przechowują krew i jej składniki, a tym samym odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu ciągłości opieki zdrowotnej. Właściwe funkcjonowanie banków krwi w Polsce zależy od regularnych donacji, a świadomość potrzeby krwiodawstwa jest niezbędna do utrzymania odpowiednich jej zapasów.

W sytuacjach nagłych, takich jak wypadki masowe, katastrofy naturalne, operacje o dużym ryzyku utraty krwi, szybki dostęp do odpowiednich zasobów krwi decyduje przecież o życiu pacjentów. W onkologii z kolei chorzy poddawani są często intensywnemu leczeniu, które może prowadzić do anemii lub innych zaburzeń jakościowych i ilościowych składników krwi. Transfuzje są w takich przypadkach stosowane jako terapia wspomagająca, pozwalająca na kontynuowanie leczenia onkologicznego. Dzięki krwiolecznictwu możliwe jest

podtrzymanie funkcji życiowych pacjentów oraz poprawa jakości ich życia.

W praktyce położniczej zawsze uderzała mnie liczba zlecanych badań grupy krwi. Konieczność ich oznaczenia dla pacjentki w ciąży czy operowanej oczywiście jest bezdyskusyjna. Jednakże, jeśli spojrzymy holistycznie na liczbę ciąż i operacji wykonanych w Polsce w ciągu roku, skala przeprowadzania tych badań robi wrażenie. A przecież wydaje się, że koszt zwykłego badania grupy krwi jest niewielki i nieistotny wobec jego roli w procesie leczenia pacjenta.

Uważam, że rozwój baz danych i sposobów prowadzenia rejestrów jest na takim poziomie, iż stworzenie rejestru grupy krwi, powiązane go z numerem PESEL i innymi danymi pacjenta, nie stanowi dużego wyzwania organizacyjnego i kosztowego dla systemu opieki zdrowotnej. Dzięki rozwojowi aplikacji mObywatel czy IKP informacje w nich zawarte są łatwo dostępne, a jednocześnie dobrze zabezpieczone. Można by więc wykorzystać te rozwiązania do prowadzenia rejestru grupy krwi.

Potem niewielkie zmiany w przepisach prawnych wystarczyłyby, by specjaliści medycyjni mogli traktować dane zawarte w takim rejestrze jako wiarygodne i zaczęli używać ich w praktyce klinicznej, zamiast ponawiać oznaczanie grupy krwi pacjentów.

Taka z pozoru prosta rzecz byłaby sukcesem dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Zwiększyłoby bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa, dla nas, lekarzy, byłaby ułatwieniem w pracy i zmniejszeniem biurokracji, a dla jednostek organizacyjnych – ograniczeniem wydatków na diagnostykę laboratoryjną. ●



Płynie w nas krew...

W POLSCE NAJWIĘCEJ OSÓB MA GRUPĘ KRWI A RH+ (32 PROC.) I O RH+ (31 PROC.), TYLKO 2 PROC. POSIADA GRUPĘ B RH-, A 1 PROC. AB RH-. POZOSTAŁE GRUPY KRWI MAJĄ W NASZEJ POPULACJI NASTĘPUJĄCY UDZIAŁ PROCENTOWY: B RH+ 15 PROC., AB RH+ 7 PROC., A RH- 6 PROC. I O RH- 6 PROC.

ZAPOTRZEBOWANIE NA KREW NIE SŁABNIE. STACJE KRWIODAWSTWA PRAWIE ZAWSZE (SZCZEGÓLNI W OKRESIE WAKACYJNYM, GDY LICZBA DAWCÓW JEST MNIEJSZA, A ZAPOTRZEBOWANIE ROŚNIE) APELUJĄ O JEJ DONACJĘ, GDYŻ WCIAŻ JEST NIEZASTĄPIONA W MEDYCYNIE. POTRZEBUJĄ JEJ OFIARY WYPADKÓW, PACJENCI OCZEKUJĄCY NA ZABIEGI OPERACYJNE I PO TRANSPLANTACJACH, OSOBY Z CHOROBYMI ONKOLOGICZNYMI I HEMATOLOGICZNYMI, A TAKŻE SCHORZENIAMI SERCOWO-NACZYNIOWYMI.

tekst **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Krew jest lekiem. Nazywa się ją darem życia. Bywa, że od jak najszybszego jej podania zależy życie pacjenta. Rocznie wykonuje się w Polsce około 1,7 mln transfuzji krwi.

CZY ZNASZ SWOJĄ GRUPĘ KRWI?

Z badania przeprowadzonego w 2021 r. przez Agencję Badań Rynku i Opinii SW Research wynika, że 75 proc. Polaków zna swoją grupę krwi. Odsetek deklarujących wiedzę w tym zakresie rośnie z wiekiem i poziomem wykształcenia. W grupie osób do 24 lat odpowiedź twierdzącą na pytanie o znajomość swojej grupy krwi podało 59 proc. badanych, a w wieku powyżej 50 lat – 84 proc. Wśród osób z wykształceniem podstawowym swoją grupę krwi znało 51 proc. respondentów, z wykształceniem wyższym – 78 proc.

Dlaczego warto znać swoją grupę krwi? Jej oznaczenie jest podstawą doboru krwi do przetoczeń. Jednakże wiedza to jedno, sposób udokumentowania – drugie.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych, wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, lekarz wypisuje zamówienie indywidualne na krew lub jej składniki na podstawie potwierdzonego wyniku badania grupy krwi pacjenta, informacji o poprzednich przetoczeniach oraz szczególnych wskazań dotyczących krwi lub jej składnika. Potwierdzonym wynikiem oznaczenia grupy krwi jest wyłącznie wynik oparty na dwóch badaniach, wykonanych z dwóch próbek krwi pobranych od pacjenta, każdorazowo zidentyfikowanego, w różnym czasie, z dwóch różnych miejsc wkłucia.

Przy zabiegach planowych jest czas na przygotowanie pacjenta, a gdy sytuacja tego wymaga – na przygotowanie krwi. W przypadkach nieprzewidywalnych, ratunkowych, jest inaczej.

GDY LICZY SIĘ CZAS

Udokumentowana informacja o grupie krwi osoby poszkodowanej w wypadku, a także wymagającej pilnego przetoczenia krwi w innej sytuacji medycznej może mieć znaczący wpływ na działania ratujące zdrowie i życie.

O potwierdzenie grupy krwi powinny zadbać kobiety oczekujące dziecka, pary planujące potomstwo. Oznaczenie grupy krwi z czynnikiem Rh należy do pakietu podstawowych badań wykonywanych przez ciężarne do 10. tygodnia ciąży. Oddziały ginekologiczno-położnicze zalecają pacjentkom przed porodem, aby w dokumentacji medycznej, którą zabiorą do szpitala, nie zabrakło oznaczenia grupy krwi wraz z Rh. Potwierdzony wynik takiego badania pozwala szybko wdrożyć niezbędne leczenie (np. w przypadku znacznego krwawienia podczas porodu) lub przeciwdziałać powikłaniom (konflikt serologiczny).

TATUAŻ, MEDALIK, BRANSOLETKA

Informację o swojej grupie krwi niektórzy zapisują na biżuterijnych ozdobach – bransoletkach, zawieszkach, tzw. nieśmiertelnikach, a także w postaci tatuaży. Grupę krwi nierzadko można odczytać z naklejek na kaskach motocyklistów lub karoseriach samochodów.

Jakkolwiek intencje takiego postępowania można uznać za zrozumiałe, a wytłumaczenie zawsze jest podobne: „to na wypadek, gdyby coś mi się stało”, „żeby było wiadomo, jaką krew podać”, warto pamiętać, że dla lekarzy i ratowników medycznych żaden tatuaż ani medalik z grupą krwi nie jest wiarygodnym dowodem prawdziwości danych. Tym bardziej należy przekonywać jak największą liczbę osób do zdobycia dokumentu, który w sposób pewny i zgodny z prawem informuje o grupie krwi. ►►

► KIEDYŚ W DOWODZIE, DZISIAJ...

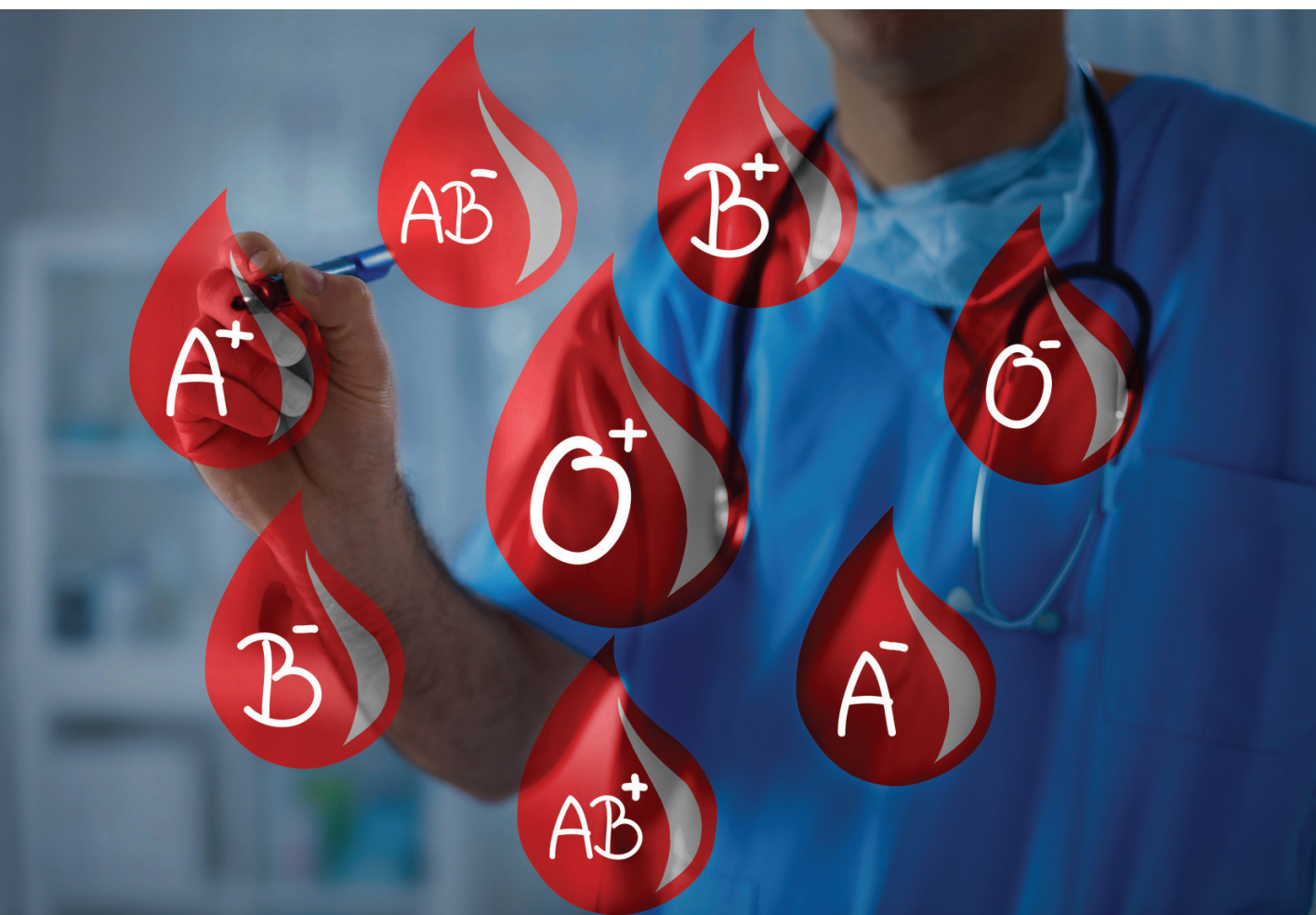
W 2001 r. dowód osobisty w postaci zielonej książeczki (ostatecznie dokumenty o tym wzorze straciły ważność 31 grudnia 2007 r.) został zastąpiony dowodem plastikowym. W starym dokumencie wielu Polaków miało wpisana grupę krwi. W nowym – zabrakło miejsca na tę informację, a także możliwości jej wpisania.

Obecnie za dokument potwierdzający grupę krwi uznaje się, na podstawie wspomnianego rozporządzenia ministra zdrowia: dwa zgodne wyniki badań określonych w rozporządzeniu, wynik zawierający wpisy o dwóch zgodnych oznaczeniach, wynik wpisany w karcie grup krwi oraz wynik wpisany w legitymacji służbowej żołnierzy zawodowych.

Potwierdzony wynik badania grupy krwi wymaga przeprowadzenia dwóch badań krwi. Pacjent może je wykonać w różnym czasie lub dostarczyć wcześniejszy wynik do laboratorium i przeprowadzić badanie jednokrotnie.

Za wydanie karty trzeba zapłacić. Ceny różnią się w zależności od jednostki wydającej, ale na ogół wynoszą około kilkudziesięciu złotych. W regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa dawcy otrzymują kartę bezpłatnie po oddaniu określonej ilości krwi w określonym czasie.

Oznaczenie grupy krwi na podstawie skierowania od lekarza jest finansowane przez NFZ (badanie bez wydawania karty).



Fot. licencja OIL w Warszawie

Posiadanie karty grupy krwi (nazywanej również kartą identyfikacyjną grupy krwi lub krewkartą) jest wygodnym rozwiązaniem. Ma format karty kredytowej, łatwo ją schować z innymi dokumentami, takimi jak dowód osobisty czy prawo jazdy. Wzór podany jest w załączniku do rozporządzenia ministra. Karta opcjonalnie zawiera zdjęcie osoby, dla której jest wydawana, oraz podstawowe informacje: o grupie krwi, a także o wystawcy (nazwę podmiotu leczniczego, pracowni immunologii transfuzjologicznej i dane osoby uprawnionej do dokonania wpisu).

CZY KARTA GRUPY KRWI POWINNA BYĆ DOKUMENTEM POWSZECHNYM?

Posiadanie karty grupy krwi nie jest obowiązkowe, ale warto ją wyrobić i mieć zawsze przy sobie. Może nigdy się nie przydać (oby tak było), ale zawarte w niej informacje pozwolą w krytycznej sytuacji zaoszczędzić lekarzom czas na przygotowanie krwi do przetoczenia. Czas, który nierzadko bywa na wagę złota... i życia. ●

Krew

U NIEKTÓRYCH SAMO SŁOWO WYWOŁUJE NIEPRZYJEMNE REAKCJE, WIELU SŁABNIE NA WIDOK KRWI. KIEDY UŚWIADAMIAMY SOBIE, ŻE SMACZNE PRZECIEŻ CZERNINA I KASZANKA SĄ SPORZĄDZANE NA BAZIE KRWI, APETYT MOŻE ODEJŚĆ. KREW, ŻYCIODAJNY PŁYN, BUDZI ODCZUCIA AMBIWALENTNE.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Słowo także. Dawny słowiański mianownik brzmiał *kry*, dopełniacz – *krve*, co zdecydowało o późniejszej formie podstawowej: *krew*. To słowo wspólne dla wielu języków indoeuropejskich – po grecku *krew* to *kreas*, po łacinie *cruor*. Ale niemiecki ma trochę bulgoczące *blut*, angielski podobne *blood* (ich pochodzenie nie jest jasne), a języki romańskie – *sanguis*, *sangue*, *sang*, może się więc wydawać, że nasza *krew* jest najbardziej *krwista*.

W języku polskim *krew* ma dużą rodzinę wyrazów, istnieje też bardzo wiele *krwawych* frazeologizmów, dużo przysłów i powiedzeń. *Krewni* i inne *pokrewne* wyrazy są z *krwi*, podobnie przymiotniki *krwawy* i *krwisty*, a także *krwki*; czasowniki *ukrwić* i *krwawić* (z licznymi przedrostkami), imiesłowowe *przekrwiony*... W niektórych słowach już trudniej się *krwi* dopatrzeć, inne jawnie nią *broczą* (*broczyć* można tylko *krwią*, niczym innym).

Krew wiąże się z pochodzeniem, ktoś z *naszej krwi* jest nam bliższy, przysłowie *krew nie woda* znaczyło niegdyś, że *krewni* są nam bliżsi niż *niespokrewnieni* (dziś odnosimy je raczej do spraw Erosa). Mówimy *krew* z *krwi*, gdy chcemy podkreślić charakterystyczne dla rodu cechy charakteru, szlachetne pochodzenie zaś łączymy z nietypowym kolorem krwi, *błękit-*

nym mianowicie (to określenie wzięło się z wyraźnie rysujących się niebieskich żył na białych dłoniach). A *czystość krwi* to określenie, które niechlubnie i nieszczęśliwie połączyło się z ideologią rasistowską – chociaż możemy odnosić je mniej ideologicznie do hodowanych zwierząt.

Krew to nasze usposobienie, zwłaszcza gdy jesteśmy *sangwiniczni*, ale nie tylko. Ciekawe, że i *zimna krew* jest dobra, bo łączy się z poważną powściągliwością (taką *krew* dobrze *zachowywać*), i *gorąca*, bo oznacza żywy temperament, a bardzo *gorąca* może być zwana nawet *ognistą*. U takich ludzi *krew* *żywiej krąży w żyłach*, a czasem łatwiej ich, szczególnie gdy jest *nagła*, *zalewa*.

Metaforyczna, przysłowiowa, frazeologiczna *krew* podnosi temperaturę wypowiedzi. To mocne słowo, częste w tekstach kształtujących postawy patriotyczne, zwłaszcza w obliczu zagrożeń. Taka *krew* bywa *męczeńska*, *bratnia*, *serdeczna* i *ofiarna*. „*Krew gra, duch gra*”, „do ostatniej kropli krwi”, „oto dziś dzień krwi i chwały”. Patos lubi *krew*.

A w naszej literaturze, zwłaszcza romantycznej, która tyle lat nas kształtowała, tej patetycznej krwi jest pod dostatkiem. Może nawet za dużo. ●



Polubowne rozstrzygnięcie sporów z pacjentami



Spotkanie z mediatorem możliwe w każdy piątek po wcześniejszym umówieniu się telefonicznie.



22 542 83 29



mediator@oilwaw.org.pl

Alzheimer: nadzieje na lek w cieniu rozproszonej katastrofy humanitarnej

CHOROBA ALZHEIMERA JEST NIE TYLKO NAJCZĘSTSZĄ PRZYCZYNĄ DEMENCJI NA ŚWIECIE, ALE TEŻ NA TYLE ROZPOZNAWALNĄ, ŻE JEJ NAZWA WESZŁA DO JĘZYKA POTOCZNEGO JAKO SYNONIM ZABURZEŃ PAMIĘCI, GDZIE KONKURUJE Z OKREŚLENIEM „SKLEROZA”. TRUDNOŚCI Z PRZYWOŁANIEM NAZWISKA ZNAJOMEGO KWITOWANE WIĘC BYWAJĄ KRÓTKIM KOMENTARZEM: „ALZHEIMER”, PODOBNIEM JAK KŁOPOTY Z ODNALEZIENIEM ODŁOŻONYCH W NIETYPOWE MIEJSCE KLUCZYKÓW DO SAMOCHODU. TO ŻARTOBLIWE UŻYCIEM NIE PASUJE DO DOŚWIADCZENIA OSÓB, U KTÓRYCH ROZPOZNANO TĘ CHOROBE, I ICH BLISKICH.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szatrafski

Zaburzenia pamięci są tylko małym fragmentem konstelacji objawów, które nieuchronnie wykluczają dotkniętych chorobą Alzheimera z dotychczasowego życia, a rodzinę stawiają przed zadaniami i dylematami, na które nie przygotowuje się standardowo bliskich przy przekazywaniu diagnozy. Chory stopniowo traci kontrolę nie tylko nad pamięcią, ale i swoimi zachowaniami, a w końcu nawet czynnościami fizjologicznymi. Wymaga opieki 24 godziny na dobę, a do tego często bywa agresywny wobec najbliższych, którzy niejednokrotnie poświęcili lata pracy zawodowej i życia prywatnego na to, by zapewnić pacjentowi komfort pozostania we własnym domu w ostatnich latach życia.

Z badań przeprowadzonych w Polsce i na świecie wynika jasny wniosek, że ciężar opieki nieformalnej pozostaje niedocenionym, ukrytym kosztem choroby Alzheimera. Kosztem, który ponoszą rodziny, bo to one najczęściej sprawują nieformalną opiekę, zwykle bez żadnego przygotowania. Poradnik opracowany przez Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera we współpracy z NFZ podaje, że w Polsce oznacza to głównie współmałżonków

pacjentów (70 proc. przypadków). Zdarza się, że rolę tę bierze na siebie niewiele młodsze ródzeństwo pacjenta lub jego dzieci. W tym ostatnim przypadku opiekun, zwykle kobieta, nie rzadko funkcjonuje w „kanapkowym” modelu opieki, udzielając wsparcia zarówno rodzicowi, jak i własnym dzieciom w wychowaniu wnuków. Dodajmy, że powolny postęp choroby oznacza, iż tracąca kolejne funkcje osoba przeciętnie potrzebuje wsparcia przez 8–14 lat. To szmat czasu, więc ryzyko wypalenia opiekunczego jest wysokie. Tymczasem w Polsce brakuje rozwiązań odciążających rodzinę, choćby czasowo. Trudno zarówno o krótkoterminową opiekę wytchnieniową, którą zastępują czasem hospitalizacje, jak i długoterminową, potrzebną szczególnie wówczas, gdy nieformalny opiekun traci zdolność udzielania pomocy niedołączniejącej bliskiej osobie ze względu na własny stan zdrowia (według przywołanego poradnika statystyczny opiekun chorego na Alzheimera w Polsce ma 73 lata!). Każdy, kto miał styczność z praktyką, może sypać smutnymi anegdotami o tym, jak schorowany opiekun nie zdecydował się na leczenie, zażądał wcześniejszego wypisu ze szpitala, odłożył ważne badania z poczucia

odpowiedzialności za bliskiego chorego, ale też z bezradności wobec braku jasnej ścieżki pomocy w sytuacjach kryzysowych. W naszym kraju zaledwie 15–20 proc. chorych trafia do domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych lub prywatnych domów opieki. Nie wynika to jednak z sukcesu deinstytucjonalizacji, tylko z zepchnięcia obowiązku pomocy na rodziny, bez zainteresowania się tym, czy faktycznie mogą tej roli podołać. Mamy powody, by sądzić, że *de facto* w naszej ojczyźnie ma miejsce cicha, rozproszona katastrofa humanitarna, o której wolimy nie wiedzieć, póki nas nie dotyka osobiście.

Podobnie jak przyamyamy oczy na nadużycia wobec osób dotkniętych chorobami wieku podeszłego. Niedawno świętowaliśmy w Polsce 30 lat od przyjęcia Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Prof. Teresa Gardocka wspomina w komentarzu do niej, że problemem też jest fakt, iż wnioski o umieszczenie osoby chorej w ośrodku nie może być złożony przez rodzinę, co miało zabezpieczać przed nadużyciami w kwestiach majątkowych. Jednak wnioski składane przez gminne i miejskie ośrodki pomocy społecznej to bardzo często instrument pozwalający na pozbycie się lokatora mieszkania komunalnego. Do trudności wynikłych z choroby dochodzi ryzyko społeczne, związane z rosnącą z rozwojem choroby podatnością na wykorzystanie.

W tym świetle ważne są nowe technologie lekowe, których twórcy obiecują spowolnienie rozwoju choroby Alzheimera. Jednak i tu pojawia się wiele wątpliwości etycznych. Naukowcy nadal nie rozgryźli dokładnie mechanizmów tej znanej od ponad wieku jednostki chorobowej, gdy więc pierwszy z wprowadzonych na amerykański rynek leków przeznaczony był dla grupy pacjentów w początkowych stadiach choroby, zarazem zaś jego cena mocno ograniczała dostępność dla pacjentów, pojawiły się pytania o sprawiedliwość takiego rozwiązania, jak i zasadność refundacji leku przez ubezpieczycieli. Ci ostatni zwracali uwagę na rozdźwięk między rzeczywistym działaniem leku a przekonaniem opinii publicznej, która uznała lek za „rozwiązanie problemu”. Tymczasem nie zatrzymywał on postępu choroby, jedynie w pewnych przypadkach go spowalniał. To dużo dla zdesperowanego pacjenta, ale zbyt mało, by drogą technologię zaczęto rutynowo stosować w dość powszechnym problemie zdrowotnym. Co więcej, etycy i praktycy kliniczni zwracali uwagę na potencjalne straty pacjenta, który po rozpoczęciu leczenia średnio obiecującą substancją może nie kwalifikować się w przyszłości do badań nad lepiej rokującymi lekami.

Tak czy owak, pod wpływem tych badań mocno zmieniła się koncepcja choroby Alzheimera, którą rozszerza się na fazę bezobjawową, wykrywaną biochemicznymi markerami. Zmia-

ny ich stężeń w płynie mózgowo-rdzeniowym wykrywa się wiele lat przed wystąpieniem objawów choroby (należą do nich określone białka amyloidu i białka tau). Także ta zmiana w rozumieniu choroby Alzheimera budzi liczne kontrowersje. Nadal nie wiadomo bowiem, u których osób z alarmującymi poziomami biomarkerów rozwinię się z czasem sporadycznie występująca choroba Alzheimera, dla tych zaś, u których do tego dojdzie, nie mamy jeszcze skutecznych opcji terapeutycznych. W tej sytuacji powstaje realne zagrożenie wyolbrzymiania przez badaczy i działaczy PR realnej wartości terapeutycznej i prognostycznej posiadanych dziś narzędzi. Warto podkreślić zgubne skutki nieuzasadnionego optymizmu w informacjach o odkryciach naukowych przekazywanych szerokiej publiczności. Rozczarowanie brakiem działających w praktyce klinicznej rozwiązań uderza w zaufanie do medycyny jako takiej, a brak transparentności finansowej niektórych badaczy naraża reputację całego środowiska. Badań nad chorobą Alzheimera nie ominął też niestety kryzys replikacyjny, związany z polityką „publikuj albo gin”¹, jakiej poddani są dziś na całym świecie naukowcy, dodatkowo zachęceni przez uniwersyteckie biura ds. relacji z mediami do ogłaszania

publicznie wyników badań naukowych jako „przełomowych” na bardzo wczesnym etapie prac. Jak dziwić się pacjentom – laikom, sięgającym po tzw. metody alternatywne, skoro od dekad w mediach pojawiają się sensoryjne doniesienia, jakoby skuteczne terapie czekały już za rogiem.

Pogoń za cudowną pigułką (podkreślimy, należy trzymać kciuki za jej wynalezienie!) odwraca przy tym uwagę od mniej medialnych, ale konkretnych działań, które osoby z grup ryzyka, chorzy i ich rodziny mogą podjąć, by dłużej zachować zdrowie i sprawność. O ćwiczeniach fizycznych, zaangażowaniu społecznym,

stymulacji poznawczej czy diecie trudno napisać tekst z sensoryjnym nagłówkiem na czołówkę portalu. Równoległe do „twardych” badań nad substancjami leczniczymi potrzebujemy dziś, jako społeczeństwo, strategii zmiany środowiska życia, które upośledza dobrostan ludzi. Często wymaga to modyfikacji polityki w obszarach zdawałoby się odległych od zdrowia. W dużym badaniu UK Biobank i kanadyjskiego Longitudinal Study of Aging udowodniono np. silny związek izolacji społecznej z przyspieszeniem rozwoju choroby Alzheimera i innych demencji. Powiązania między kapitałem społecznym jednostek a różnymi czynnikami ryzyka choroby Alzheimera i innych demencji zaznaczyły się wyraźne w obu populacjach: jakość i ilość codziennych interakcji społecznych związana była istotnie z kluczowymi czynnikami etiopatologicznymi, co wskazuje na doniosłą rolę społecznych uwarunkowań zdrowia i ich znaczenie w redukcji ryzyka neurodegeneracji. Dobra polityka społeczna okazuje się może niemedialną, ale skuteczną metodą prewencji, także w tym przypadku. ●

Idą zmiany w sieci

NIE BĘDIEMY LIKWIDOWAĆ SZPITALI, ZMIENIMY WARUNKI, W JAKICH FUNKCJONUJĄ – ZAPOWIADAŁA OD MIESIĘCY MINISTER ZDROWIA IZABELA LESZCZYNA.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

Resort zdrowia w sierpniu przekazał do konsultacji publicznych projekt zmian przepisów, które rozluźniają rygory funkcjonowania szpitali w sieci i zwiększają elastyczność form działania. Łatwiej będzie np. wykonywać świadczenia w trybie ambulatoryjnym lub hospitalizacji jednodniowej.

Deregulacja, transformacja, odwracanie piramidy świadczeń – takie mają być filary reform sektora szpitalnictwa, które Ministerstwo Zdrowia chce przeprowadzić, wykorzystując środki z Krajowego Planu Odbudowy. 11 lipca minister zdrowia, na spotkaniu z reprezentantami samorządowców i dyrektorami szpitali, przedstawiała najważniejsze założenia zmian, a miesiąc później ministerstwo opublikowało projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, który wykorzystuje zapowiadane w lipcu zmiany.

Na konsultacje fundamentalnego dla systemu ochrony zdrowia projektu resort przewidział 21 dni, czyli uwagi powinny wpłynąć do 30 sierpnia. Ze względu na specyfikę tego miesiąca i długi weekend można powiedzieć, że czasu na nadsyłanie uwag resort dał wyjątkowo mało. Jednocześnie można się spodziewać, że również proces legislacyjny będzie przebiegał w ekspresowym tempie, ministerstwo nie tai bowiem, że celem jest jak najszybsze uchwalenie przepisów, które pozwolą uruchomić środki z KPO.

Minister nie ukrywała dumy, gdy w lipcu mówiła dziennikarzom, że podczas wspomnianego spotkania usłyszała, iż część koncepcji, wypracowanych przez ministerialny zespół ekspertów, jest jak żywcem przekopiewana z postulatów, które dyrektorzy szpitali formułowali już od lat. Chodzi przede wszystkim o zmiany, które rozluźnią presję kadrową na szpitale, choćby dzięki temu, że będzie można pozostać w sieci zabezpieczenia szpitalnego bez utrzymywania pełnej gotowości do świadczeń w trybie 24/7. Część placówek będzie mogła więc przejść – oficjalnie – na leczenie planowe. Ma powstać wykaz świadczeń możliwych do wykonywania w trybie ambulatoryjnym lub hospitalizacji jednodniowej, a sposób finansowania będzie motywować szpitale do odchodzenia od niekonicznych hospitalizacji. W tej chwili, jak podkreślają eksperci, np. w onkologii większość procedur z punktu widzenia medycznego można byłoby wykonywać ambulatoryjnie, a na pewno

bez zatrzymywania pacjenta choćby na jedną noc w szpitalu, ale tylko hospitalizacja powoduje, że świadczenia się bilansują (lub wręcz przynoszą zysk, dzięki czemu szpitale wieloprofilowe „utrzymują się” z onkologii).

Deregulacja i odwracanie piramidy świadczeń, ale i transformacja, ma zmniejszać kryzys kadrowy, a co za tym idzie – również presję płacową. – *Wielu dyrektorów szpitali żali się na brak lekarzy. Ale często brakuje tych lekarzy dlatego, że trzy powiaty położone bardzo blisko siebie mają trzy szpitale i w każdym jest chirurgia, porodówka, oddział pediatryczny. Proponujemy cały szereg rozwiązań formalnoprawnych, zmian organizacyjnych, legislacyjnych, które ułatwią konsolidację tych szpitali, ale także przekształcanie oddziałów całodobowych, ostrych, w oddziały planowe czy jednodniowe* – mówiła minister zdrowia w lipcu. I rzeczywiście, w przedstawionym projekcie ustawy są zapisy, które ułatwią przekształcanie się szpitali, ale też prowadzenie SP ZOZ jednostkom samorządu terytorialnego oraz ich związkom. Resort tłumaczy, że dzięki temu będzie możliwa nie tylko transformacja, ale również konsolidacja, która wzmocni szpitale.

Nie wszystkie. Ministerstwo nie zakłada „cudu nad Wisłą”. Część szpitali musi się liczyć z koniecznością realizacji programów naprawczych. To przewidywały też projekty przygotowywane jeszcze za czasów, gdy ministrem zdrowia był Adam Niedzielski. Różnica jest taka, że nikt tym razem nie proponuje odebrania samorządom ani prawa do prowadzenia szpitali, ani ich własności (MZ w czasie rządów PiS taką opcję brało pod uwagę przez krótki czas). Przeciwnie, samorzady będą brać ostateczną odpowiedzialność za powodzenie programu, który ma być ściśle nadzorowany. Jeśli jego wdrożenie nie pomoże i szpital będzie odnotowywać stratę netto, kredyt mu udzielony na realizację programu naprawczego nie będzie umorzony, lecz stanie się zob-

wiązaniem samorządu. Taka jest wyjściowa propozycja. Dyrektorzy szpitali i samorządowcy zastrzegają jednak, że warunkiem zgody na takie rozwiązanie są zmiany w taryfikacji świadczeń. Bez nich, jeśli nadal duża część świadczeń będzie wyceniana poniżej kosztów, żaden plan naprawczy nie wybroni szpitala przed stratą netto.

Sierpniowa tura rozmów między dyrektorami szpitali powiatowych – a to one są pod największą presją i to ich w największym stopniu mają dotyczyć zmiany wprowadzone przez tzw. pakiet Leszczyzny – nie przyniosła jednoznacznej odpowiedzi, czy ich oczekiwania (co do podniesienia wycen) zostaną spełnione. Liderzy zaapelowali jednak o podpisywanie aneksów, mimo braku ostatecznych obliczeń, czy środki zaofiarowane w lipcu przez NFZ pokryją całość kosztów tegorocznej operacji podwyżkowej.

To zresztą trudny temat. Bo choć środowisko dyrektorów chwali minister Izabelę Leszczyńską za „gotowość do dialogu” (dosłownie dzień wcześniej przedstawicielki pielęgniarek publicznie oskarżyły szefową resortu o pozorowanie dialogu), nie wszystkie jego postulaty minister zdrowia jest gotowa spełnić. Podczas lipcowego spotkania kilkakrotnie padały propozycje, by „coś zrobić” z wynagrodzeniami: znowelizować, a choćby zamrozić, ustawę podwyżkową. Nałożyć ograniczenie w postaci stawek maksymalnych, jakie mogą otrzymywać lekarze pracujący w publicznym systemie. Pod koniec czerw-

ca identyczne postulaty sformułowali zresztą m.in. eksperci Federacji Przedsiębiorców Polskich, wskazując, że obowiązujący kształt ustawy nie tylko pochłania w praktyce całość nominalnego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, ale wręcz go przekracza.

Przynajmniej w tej pierwszej sprawie minister mówi jednak twarde „nie”. Zmian w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych, jakich życzyliby sobie menedżerowie szpitali (i duża część ekspertów), nie będzie. Nie będzie też najprawdopodobniej zmian, na które czekają pielęgniarki. Obywatelski projekt nowelizacji ustawy podwyżkowej w praktyce przestał bowiem istnieć i choć podkomisja przygotowała jego nowy kształt (w wersji ministerialnej, którą pielęgniarki odrzucają), do przerwy wakacyjnej komisje Zdrowia oraz Finansów Publicznych nie zebrały się, by podjąć decyzję co do jego losów. Czy zrobią to we wrześniu? Po wakacjach, jak się wydaje, głównym tematem w ochronie zdrowia będą po pierwsze reformy przygotowywane przez resort, po drugie – pieniądze, konkretnie składka zdrowotna. Minister finansów tonuje oczekiwania i twierdzi, że obniżka składki zdrowotnej w 2025 r. może wynieść maksymalnie 4 mld zł. Trzecia Droga chciałyby zasadniczych zmian w składce zdrowotnej (czytaj: odważnego obniżenia). Lewica – obniżenia składki zdrowotnej do zera (czyli likwidacji systemu składkowego i finansowania ochrony zdrowia z budżetu). Na czym ostatecznie stanie? I czy system to wytrzyma? ●

©Copyright by OIL w Warszawie. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.

SUN & SNOW
SPRZEDAŻ APARTAMENTÓW

BUDUJ Z NAMI MAJĄTEK SWOJEJ RODZINY

**KUP APARTAMENT NAD MORZEM, W GÓRACH
LUB NA MAZURACH**

**NAJWYŻSZA JAKOŚĆ,
BEZPIECZNE INWESTYCJE**

**INWESTUJ Z LIDEREM RYNKU,
GRUPĄ SUN & SNOW**

**OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY:
OPŁATY NOTARIALNE GRATIS**

**TEL. 539 071 230
WWW.INWESTYCJE.SUNANDSNOW.PL**

REKLAMA

Bezpieczne wykonywanie zawodu

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE WSPIERA SWOICH CZŁONKÓW W RÓŻNYCH ASPEKTACH ICH DZIAŁALNOŚCI. MEDYCY POWINNI WYKONYWAĆ SWOJĄ PRACĘ BEZPIECZNIE I ŚWIADOMIE, DLATEGO WARTO PRZYPOMNIEĆ, CO IZBA MA DO ZAPROPONOWANIA LEKARZOM I LEKARZOM DENTYSTOM.

tekst **JAKUB ZAKRZEWSKI**, wiceprezes ORL w Warszawie



Fot. U. Wołńska-Kulaj

W obliczu dynamicznie zmieniających się przepisów oraz rosnących oczekiwań pacjentów pomoc prawna dla lekarzy staje się nieodzownym elementem codziennej praktyki medycznej.

Program „Prawnik dla lekarza” umożliwia wsparcie około 120 lekarzy miesięcznie. Wachlarz spraw jest bardzo szeroki, od naruszeń dóbr pacjenta po prawo pracy, m.in. analizę umów i klauzul zabronionych, oraz problemy rezydentów związane z organizacją i czasem ich pracy.

Należy pamiętać, że podstawą bezpiecznej praktyki jest obowiązkowe (w przypadku indywidualnej praktyki) i dobrowolne (etat, umowa-zlecenie) ubezpieczenie lekarza i lekarza dentystry, np. od naliczania kosztów niesłusznej refundacji czy kosztów pomocy prawnej. Ubezpieczenie obowiązkowe jest finansowane

przez OIL w Warszawie w ramach opłacanej składki członkowskiej.

Warto wspomnieć również, że każdy lekarz ma obowiązek aktualizowania informacji o miejscu wykonywania działalności leczniczej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą; taki wpis był do niedawna opłacany przez lekarza, obecnie jest refundowany przez OIL w Warszawie.

Niewątpliwie bezpieczne wykonywanie zawodu lekarza jest związane również z ustawicznym kształceniem. Wymagane punkty edukacyjne są potwierdzane

przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie. Lekarze, którzy zdobyli 200 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym (lub 100 punktów edukacyjnych w okresie ogłoszonej epidemii), mogą skorzystać z dodatkowego benefitu przyznawanego z inicjatywy OIL w Warszawie – refundacji szkoleń i materiałów edukacyjnych w wysokości do 2000 zł brutto raz na dwa lata.

Przypominamy też o możliwości skorzystania z pomocy mediatora i okręgowego rzecznika praw lekarza, którzy uczestniczą m.in. w sporach zbiorowych i sprawach dotyczących większej liczby lekarzy, a także w sprawach precdensowych dla środowiska medycznego.

Analiza spraw i pracy Okręgowego Sądu Lekarskiego i Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej może dać członkom izby szerszą wiedzę o aktualnym orzecznictwie i problemach, które dotyczą środowiska lekarskiego.

Omówiłem tylko część zagadnień, które są ważne dla bezpiecznego wykonywania zawodu przez lekarzy i lekarzy dentystry. Wszystkie informacje regularnie przedstawiamy na naszej stronie internetowej i w „Pulsie”. ●

SPORTOWE NIEDZIELE

8, 15, 22, 29 września 2024 r. | w godz. **15.00–17.00**

Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul Kartezjusza 1



Fot. K. Bortyzel

e-Izba

JEDNYM Z CELÓW, KTÓRE PRZYŚWIECAŁY NAM, LEKARZOM, GDY PRZYCHODZILIŚMY DO SAMORZĄDU, BYŁA POPRAWA WYDOLNOŚCI NASZEJ ORGANIZACJI, CYFRYZACJA, A Z CZASEM RÓWNIEŻ AUTOMATYZACJA WIELU ADMINISTRACYJNYCH CZYNNOŚCI.

tekst **MICHAŁ GONTKIEWICZ**

Powielu latach starań i przygotowań wprowadzamy szereg rozwiązań, które znacznie usprawnią kontakt z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie.

Pierwszym prezentowanym Państwu rozwiązaniem jest platforma e-Izba, dzięki której członkowie OIL w Warszawie mogą zdalnie przeglądać i zarządzać swoimi danymi zawartymi w rejestrze oraz informacjami zawodowymi. Dane publikowane na portalu e-Izba są synchronizowane na bieżąco z serwerami samorządu i poza danymi osobowymi zawierają: adres do korespondencji, adres e-mail, miejsca pracy, liczbę rozliczonych punktów edukacyjnych itp. Znajduje się tam również rozliczenie składek oraz indywidualny numer rachunku bankowego.

Oczywiście, sam podgląd danych byłby niewiele wart, gdybyśmy nie mogli modyfikować tych danych. Za pomocą e-Izby zaktualizujemy miejsce wykonywania zawodu, a pracownik izby zweryfikuje i zatwierdzi te informacje, jeśli zaś wystąpią nieprawidłowości lub dane będą niepełne, skontaktujemy się z osobami, których sprawa dotyczy.

Korzystając z e-Izby, zmienimy również formę otrzymywanego „Pulsu” i „Gazety Lekarskiej” z papierowej na elektroniczną (lub na odwrót), a niedługo także na wersję e-Pub wysyłaną bezpośrednio na czytniki e-booków.

Dostęp do portalu wymaga autoryzacji przez profil zaufany, dzięki czemu nasze dane są bezpieczne, a jednocześnie w wiarygodny sposób autoryzujemy zmiany dokonywane w rejestrze. Najprościej i najszybciej zalogujemy się przez zeskanowanie kodu QR w aplikacji mObywatel, w której aktualnie znajdziemy również cyfrową wersję dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza i Lekarza Dentysty. Oczywiście, można zalogować się również przez bank lub ustalony wcześniej login i hasło.

Jednak e-Izba to tylko mały fragment zmian, które już za chwilę zaprezentujemy. Strona internetowa OIL w Warszawie ma całkiem nową szatę graficzną i większą funkcjonalność, ale przede wszystkim zawiera panel lekarza, za pomocą którego wyślemy prawie wszystkie formularze i załatwimy prawie każdą sprawę bez wychodzenia z domu czy pracy.

Dlaczego prawie? Ponieważ do wypełnienia m.in. formularza W-1, czyli Wniosku o przyznanie Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza/Lekarza Dentysty, w wersji papierowej obowiązuje nas prawo. Jednak izba jest przygotowana na zmiany przepisów, a gdy nastąpią, umożliwimy wypełnienie i wysłanie w formie cyfrowej bezpośrednio z naszego portalu także i tego ważnego dokumentu.

E-Izba to również nowa, portalowa jakość dostarczania informacji i aktualności oraz przejrzysta i prosta w obsłudze lektura „Pulsu”.

Dokonując cyfryzacji w izbie, nie zapomnieliśmy o umożliwieniu szybkich i bezpiecznych płatności online, m.in. za liczne imprezy i kursy, które dla Państwa organizujemy. Już teraz zachęcamy do zapoznania się z możliwościami nowego portalu e-Izba.

Przy okazji przypominamy o stałym obowiązku aktualizacji danych osobowych, kontaktowych, uzyskiwanych kwalifikacji oraz wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty wynikającym z art. 49 pkt 6 i 7 Ustawy o izbach lekarskich.

Obowiązek ten w szczególności dotyczy:

- zmiany imion i nazwiska,
- obywatelstwa,
- uzyskania stopnia naukowego,
- uzyskania tytułu naukowego,
- zmiany adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej,
- zmiany adresu do korespondencji,
- podjęcia wykonywania zawodu,
- zaprzestania wykonywania zawodu na terenie RP,
- przejścia na emeryturę lub rentę,
- dokumentacji potwierdzającej wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty.

Nasi pracownicy z przyjemnością pomogą Państwu dokonać niezbędnych czynności również w tradycyjnej formie, pod numerem telefonu 22 542 83 14, 22 542 83 16 lub e-mail: p.rejestracja@oilwaw.org.pl oraz w siedzibie przy ul. Puławskiej 18 w Warszawie.



Serwis e-Izba znajdziecie Państwo pod adresem <https://oilwarszawa.eizba.finn.pl/> lub bezpośrednio na stronie izba-lekarska.pl. ●

Sprawdzam

Ile (z)jedzą lekarze?

DWADZIEŚCIA MILIARDÓW CZY STO, ILE BYŚMY DOŁOŻYLI DO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA, WSZYSTKO ZJEDZĄ LEKARZE – STWIERDZIŁ NA ANTENIE POLSKIEGO RADIA POSEŁ KOALICJI OBYWATELSKIEJ PRZEMYSŁAW WITEK.

tekst MAŁGORZATA SOLECKA

Można śmiało stwierdzić, że niezbyt znany poseł, który w tej kadencji debiutuje na Wiejskiej, wszedł „z drzwiami” do debaty publicznej, przynajmniej w obszarze ochrony zdrowia. Wypowiedź padła w bardzo konkretnym momencie i w jeszcze bardziej konkretnym kontekście – kształcenia lekarzy. Kilka dni wcześniej do opinii publicznej trafiły informacje o pierwszych wynikach nadzwyczajnego audytu Polskiej Komisji Akredytacyjnej na uczelniach, które uruchomiły kierunki lekarskie w roku akademickim 2023/2024 bez jej pozytywnej oceny. Minister nauki cały czas pręży muskuły i zarzeka się, że placówki, które nie otrzymają pozytywnej opinii po audycie, lekarzy kształcić nie będą mogły, ale już dwie uczelnie mogą odetchnąć z ulgą. Uniwersytet Kaliski i Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej pozytywną ocenę dostały.

Można podejrzewać, że poseł Przemysław Witek kibicuje pozostałym. – *Dotychczas każda próba korygowania reformy ochrony zdrowia kończyła się tym, że środki „zjadał” biały personel, głównie lekarze. I co należy zrobić? Należy zrobić jedną rzecz. My musimy jak najszybciej wprowadzić na rynek jak najwięcej lekarzy* – kontynuował swoje rozważania na temat apetytów finansowych medyków. Nie omieszkał też stwierdzić, że wolałby móc dostać się do słabszego lekarza, niż nie móc się dostać do żadnego.

Oczywiście, poseł KO nie mówi niczego, czego byśmy wcześniej nie słyszeli... z ust choćby Przemysława Czarnka, ministra edukacji i nauki w rządzie Prawa i Sprawiedliwości (nie do przecenienia jest na tym polu rola Ministerstwa Zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem ministrów Adama Niedzielskiego i Piotra Brombera). W ostatnich latach nie raz i nie dwa mówiono o lekarzach zdolnych do „przejedzenia” wszystkich dodatkowych środków pojawiających się w systemie i o tym, że lepszy lekarz wykształcony na uczelni nieakademickiej, który zostanie „na wsi”, a w każdym razie blisko wsi, tam, gdzie otrzymał dyplom (politycy nie zdobywali się jednak na pełną szczerłość i nie mówili, dlaczego lekarze wykształceni w „nowych” szkołach nie będą wyjeżdżać do większych ośrodków), co przełoży się – zdaniem tych, którzy

podejmowali decyzje w latach 2022–2023 – na zwiększenie dostępności lekarzy poza największymi miastami. Chyba jednak po raz pierwszy ktoś powiedział wprost to, o czym czytaliśmy między wierszami: zwiększona „produkcja” lekarzy ma spowodować obniżenie kosztów ich pracy. Logiczne, ale że też akurat polityk Koalicji Obywatelskiej postawił tę kropkę nad „i”...

Nadszczerłość w polityce bywa kosztowną wadą (choć niestety nie zawsze). Niewątpliwie wypowiedź Przemysława Witka (podobnie jak nieco wcześniejsze słowa wiceministra Jerzego Szafrańcowa, wypowiedziane w jeszcze bardziej oficjalnych okolicznościach, bo podczas posiedzenia Komisji Zdrowia, że „lekarze lubią pieniądze”) stawiają znak zapytania zarówno przy planach rządu Donalda Tuska w zakresie ochrony zdrowia, jak i intencjach dotyczących środowiska lekarskiego. Niby człowiek wiedział, a jednak się ludził – chciałoby się powiedzieć, wspominając zarówno zmasowaną krytykę, jaką posłowie obecnie rządzącej koalicji, w tym senatorowie) KO, wyrażali wobec rządu PiS, gdy przeprowadzał kolejne projekty zmian w ustawie – Prawo o szkolnictwie wyższym, liberalizujące kryteria uruchamiania kierunków lekarskich, jak i składane przed wyborami obietnice przywrócenia systemowi kształcenia lekarzy właściwych ram. Ale przecież wspomnieć by należało również choćby propozycję Senatu z wiosny 2022 r., gdy rząd PiS nowelizował ustawę o wynagrodzeniach minimalnych. Opozycyjna wówczas większość senacka szczerze zaproponowała podniesienie wszystkim zawodom współczynników w tabeli o 20 proc. Wtedy nie padały argumenty o „zjadaniu” środków w systemie ochrony zdrowia przez biały personel.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski po wypowiedziach posła Witka zaapelował do premiera: „*Proszę o pomoc Pana Premiera w wyjaśnieniu sytuacji i zapobieganiu kolejnym próbom dyskredytacji naszej grupy zawodowej*”. Kolejne tygodnie, miesiące może, pokażą, czy wypowiedzi posła i wiceministra, na które wskazuje w piśmie szef samorządu lekarskiego, były wypadkiem przy pracy, czy też może nową rzeczywistością, w jakiej lekarze będą się musieli odnaleźć. Ale czy aby na pewno nową? ●

Współpraca z Fundacją „Nie widać po mnie”



OIL W WARSZAWIE NAWIĄZAŁA WSPÓŁPRACĘ Z FUNDACJĄ „NIE WIDĄC PO MNIE”. W RAMACH POROZUMIENIA CZŁONKOWIE NASZEJ IZBY, A TAKŻE ICH DZIECI, BĘDĄ MOGLI KORZYSTAĆ Z KILKU PROGRAMÓW.

tekst **URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ**

Dokument podpisano 19 czerwca. W wydarzeniu uczestniczyli: Urszula Szybowicz, założycielka i prezes Fundacji „Nie widać po mnie”, Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie, a także Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, pełnomocnik izby ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków.

– *Współpraca z Fundacją „Nie widać po mnie” poszerza prowadzone przez izbę działania w zakresie pomocy psychologicznej dla lekarzy i lekarzy dentyków z różnymi problemami. Gwarantuje nieodpłatne wsparcie psychologiczne dla członków samorządu lekarskiego w Warszawie. Wierzymy, że uda nam się stale rozwijać te działania i obejmować nimi coraz więcej osób potrzebujących* – podsumował Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie.

OTO PROGRAMY, W RAMACH KTÓRYCH MOŻNA UZYSKAĆ POMOC:

Program „W(y)spa – wsparcie psychologiczne medyków”

Członkowie OIL w Warszawie mogą korzystać z bezpłatnych materiałów edukacyjnych, warsztatów i szkoleń, m.in. z zakresu komunikacji, z nastawieniem na profilaktykę zdrowia psychicznego i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu.

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla osób po 60. roku życia z województwa mazowieckiego na lata 2023–2025”*

Lekarzom i lekarzom dentyków w wieku senioralnym zapewniane są konsultacje diagnostyczne w kierunku depresji. Osoby z potwierdzonymi objawami będą mogły odbyć terapię (15 godzin bezpłatnych spotkań ze specjalistą).

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”*

Dzieci członków naszej izby mogą skorzystać z pomocy specjalistów zdrowia psychicznego. Program dotyczy osób w wieku 12–21 lat z zaburzeniami depresyjnymi. Zapewniane są konsultacje diagnostyczne, a także – jeśli będą wskazane – terapia obejmująca 25 spotkań ze specjalistą.

– *Mamy psychologów, psychoterapeutów i psychiatrów pracujących w całej Polsce. To oznacza, że lekarze z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, którzy nie mieszkają w stolicy, też będą mogli skorzystać z ich pomocy, np. stacjonarnie w Radomiu czy Siedlcach* – wyjaśniła Urszula Szybowicz, założycielka i prezes fundacji, dyrektor operacyjny Polskiej Federacji Szpitali, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia. ●

* Programy finansowane z budżetu województwa mazowieckiego.



Fot. E. Trybus

Krztusiec kontratakuję

KRZTUSIEC (KOKLUSZ) TO OSTRA ZAKAŻNA CHOROBA UKŁADU ODDECHOWEGO WYWOŁYWANA PRZEZ BAKTERIE – PAŁECZKI KRZTUŚCA (*BORDETELLA PERTUSSIS*). DO ZAKAŻENIA DOCHODZI DROGĄ KROPELKOWĄ. PO WNIKNIĘCIU DO ORGANIZMU BAKTERIE PRZEDOSTAJĄ SIĘ DO TKANEK, GDZIE NAMNAŻAJĄ SIĘ, PRODUKUJĄC TOKSYNĘ KRZTUŚCOWĄ ORAZ INNE CZYNNIKI ZJADLIWOŚCI. NAJWIĘKSZA ZARAŻLIWOŚĆ WYSTĘPUJE W PIERWSZYCH 2 TYGODNIACH CHOROBY, ALE MOŻE SIĘ UTRZYMYWAĆ PRZEZ 3–4 TYGODNIE, PRZY CZYM WŁAŚCIWA ANTYBIOTYKOTERAPIA SKRACA JĄ DO 5 DNI. W PRZYPADKU OSOBY WRAŻLIWEJ NA ZACHOROWANIE PO KONTAKCIE Z CHORYM RYZYKO ZAPADNIĘCIA NA KRZTUSIEC PRZEKRACZA 80 PROC.

tekst **ZESPÓŁ DS. SZCZEPIEŃ**

Początkowo objawy przypominają infekcję górnych dróg oddechowych z gorączką, kaszlem, bólem gardła i złym samopoczuciem. Po 1–2 tygodniach następuje faza napadów kaszlu. To najważniejszy objaw krztuśca, kaszel jest bardzo silny, napadowy, zwykle towarzyszy mu duszność i świst wdechowy, a często również wymioty pod koniec napadu.

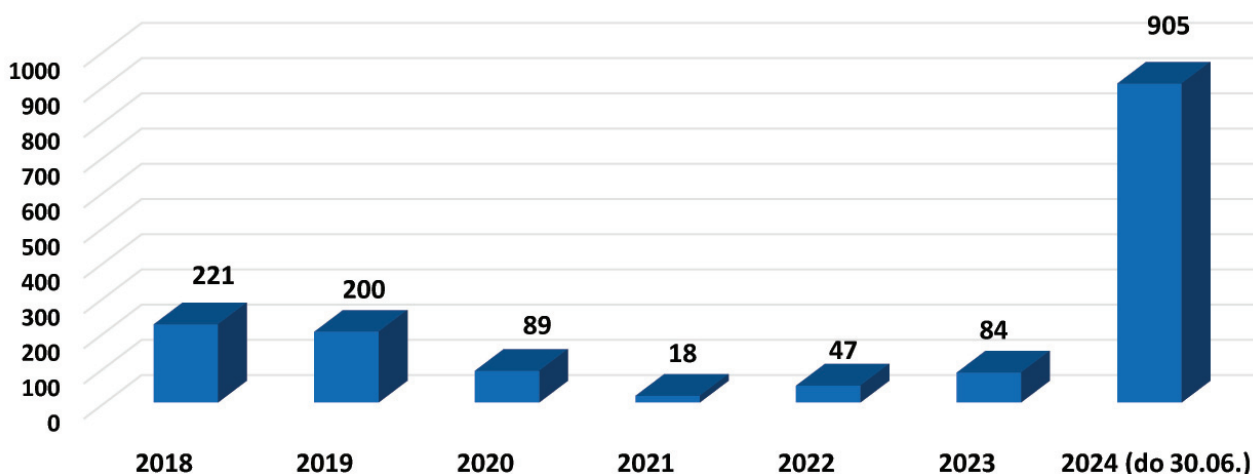
Krztusiec jest szczególnie niebezpieczny dla niemowląt i małych dzieci. Powikłania obejmują zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, drgawki, encefalopatię krztuścową, a nawet zgon. U osób dorosłych i starszych dzieci powikłaniami bywają złamania żeber, przepukliny.

W Polsce obserwujemy zauważalny wzrost liczby zakażeń krztuścem. Notowany jest również w województwie mazowieckim, gdzie występują ogniska epidemiczne.

Bordetella pertussis jest bakterią wrażliwą, dlatego pobrany materiał powinien zostać przetransportowany w temperaturze otoczenia do laboratorium mikrobiologicznego w ciągu 4 godzin od pobrania. Dopuszczalny czas transportu wynosi 48 godzin w przypadku zastosowania wskazanego podłoża transportowego (tj. podłoża Reagana Lowe'a).

Krztusiec jest chorobą podlegającą obowiązkowemu zgłoszeniu do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

Liczba zachorowań na krztusiec w woj. mazowieckim w latach 2018–2024



Opracowanie: ONE WSSE w Warszawie. Dane na podstawie dwutygodniowych sprawozdań MZ-56 z PSSE woj. mazowieckiego

Diagnostyka laboratoryjna krztuśca			
Rodzaj badania	Materiał biologiczny	Czas wykonania od pojawienia się kaszlu	Grupa wiekowa i uwagi
Hodowla	wymaz z nosowej części gardła	<3 tyg. (najlepiej wykonać w ciągu 2 tyg.)	w każdym wieku
PCR	wymaz z nosowej części gardła	<3 tyg. (można wykonać do 4 tyg., ale zmniejsza się czułość)	w każdym wieku
Badanie serologiczne (IgA i IgG)	surowica	>2 tyg. (do 8 tyg.)	młodzież i dorośli; nie należy wykonywać u osób zaszczepionych przeciwko krztuścowi w ostatnim roku

Każdy przypadek lub podejrzenie choroby musi zostać zgłoszony w ciągu 24 godzin. Pozwala to organom inspekcji sanitarnej na podjęcie działań przeciwepidemicznych, przecięcie dróg szerzenia się patogenu i transmisji zakażeń przez ograniczenie kontaktów osoby chorej z otoczeniem, skierowanie jej do lekarza i wdrożenie profilaktyki poekspozycyjnej wobec osób będących w bezpośredniej styczności z chorym.

Profilaktyka krztuśca polega na regularnych szczepieniach ochronnych. U dzieci szczepienie jest obowiązkowe w ramach Programu Szczepień Ochronnych.

Osobie dorosłej, która w przeszłości otrzymała pełne szczepienie przeciwko krztuścowi, zaleca się kolejne szczepienia co 10 lat, a kobietom w ciąży – między 27. a 36. tygodniem jej trwania. Do szczepienia można stosować dostępne w Polsce preparaty Adacel lub Boostrix.

Po zaszczepieniu się członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie mają możliwość uzyskania zwrotu kosztu zakupu szczepionki w ramach programu „Szczepienia w OIL WAW”. ●



USŁUGI KSIĘGOWE



W ramach opłacanej składki **lekarze i lekarze dentyści mogą skorzystać z dofinansowania kompleksowych usług księgowych.**



Prowadź księgowość z OIL.

Usługi księgowe dla lekarzy przedsiębiorców za 150 zł/mies.
(pozostałą kwotę pokrywa izba).



Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.



Fot. M. Hnat

Dokąd zmierza stomatologia?

CO MIESIĄC W „PULSIE” **DARIUSZ PALUSZEK**, WICEPREZES OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE DS. LEKARZY DENTYSTÓW, PROWADZI ROZMOWY Z PRZEDSTAWICIELAMI RÓŻNYCH DZIEDZIN STOMATOLOGII. TYM RAZEM ON SAM UDZIELIŁ WYWIADU MAŁGORZACIE HNAT, M.IN. O KONDYCJI I PRZYSZŁOŚCI ŚRODOWISKA LEKARZY DENTYSTÓW: ZAGROŻENIACH, PUŁAPKACH LEGISLACYJNYCH ZGOTOWANYCH PRZEZ USTAWODAWCĘ.

Potrzeba nam w Polsce więcej lekarzy dentystów i osób wykonujących zawody medyczne w zakresie stomatologii?

W 2020 r. liczba mieszkańców w Polsce lekarzy dentystów mających Prawo Wykonywania Zawodu wynosiła 42,9 tys., co w porównaniu z danymi z 2019 r. oznaczało wzrost o 400 osób – to dane Głównego Urzędu Statystycznego. Natomiast Naczelna Izba Lekarska utrzymuje, że w naszym kraju 10 lekarzy dentystów przypada na 10 tys. mieszkańców. Wygląda więc na to, że wysuwamy się na

prowadzenie w Europie. Z kolei według danych Eurostatu w 2022 r. w Unii Europejskiej dyplomy zdobyło 14 313 dentystów, co odpowiada 3,2 medyka na 100 tys. mieszkańców.

Uważam, że nie ma potrzeby pojawienia się na rynku polskim większej grupy lekarzy dentystów. Zresztą placówki ich kształcące nie powstają jak grzyby po deszczu, bo edukacja w tej dziedzinie jest bardzo droga, dużo droższa niż kształcenie lekarza ogólnego.

Jak zatem przebiega obecnie szkolenie lekarzy dentystów?

Proces edukacji rozpoczyna się od pięcioletnich studiów I stopnia, kończy się uzyskaniem tytułu magistra. Program nauczania obejmuje zarówno przedmioty teoretyczne, jak i praktyczne. Przez cały okres studiów przyszli lekarze dentyści uczestniczą w praktykach klinicznych. Studia kończą się egzaminem (to warunek uzyskania Prawa Wykonywania Zawodu). Później absolwenci odbywają roczny staż podyplomowy w placówkach medycznych. Dopiero wtedy lekarz dentysta może samodzielnie wykonywać zawód. Nikomu jednak nie trzeba tłumaczyć, że ten zawód wymaga ustawicznego kształcenia podyplo-

mowego, specjalizacji, kursów itp. Samorządy lekarskie, a przede wszystkim Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, odgrywają ogromną rolę w organizowaniu szkoleń specjalizacyjnych. Niebagatelne znaczenie, jeśli chodzi o potencjał przekazywania wiedzy i zaplecze konsultacyjne, mają towarzystwa naukowe.

Jakie szanse na rynku pracy mają dziś w Polsce świeżo upieczony absolwent kierunku lekarsko-dentystycznego lub lekarz dentysta z krótką praktyką?

Proszę mi wierzyć, że doświadczeni lekarze dentyści, z długoletnią praktyką, dadzą sobie radę, ale młodzi, którzy rozpoczynają swoją drogę zawodową lub prowadzą praktykę od kilku lat, na pewno doświadczą konsekwencji obecnej zawilej sytuacji w stomatologii.

Czego powinno obawiać się środowisko lekarzy dentystów?

Zbyt dużej liczby gabinetów lekarskich przy zmniejszającej się sile nabywczego społeczeństwa, przyjmowania do pracy lekarzy i lekarzy dentystów z zagranicy na podstawie warunkowego Prawa Wykonywania Zawodu, ustawy o niektórych zawodach medycznych, która dopuściła m.in. asystentki stomatologiczne i higienistki do wykonywania pewnych procedur medycznych [26 marca 2024 r. zaczęła obowiązywać zasadnicza część ustawy z 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych – przyp. red.]. Jesteśmy obecnie na etapie tworzenia rozporządzeń, które określą kompetencje tych nowych grup zawodowych.

Ustawodawca przyznaje samodzielność niektórym zawodom medycznym, a lekarze dentyści po cichu się na to zgadzają. Sami prowadzą zajęcia dla higienistek czy asystentek stomatologicznych w szkołach prywatnych, a mimo to dziwią się, że one zakładają własne gabinety i sieci placówek, które zajmują się higienizacją, profilaktyką zdrowia. Pacjent już do nas, lekarzy dentystów, się po to nie zgłasza.

Co z lekarzami z zagranicy, którzy w Polsce pracują?

Inne zagrożenie to powstawanie klinik z obcym kapitałem, gdzie pracują lekarze z zagranicy, z warunkowym PWZ. Nie mówię tu o Prawie Wykonywania Zawodu zdobywanym na drodze rekomendowanej przez samorząd lekarski i uczelnię medyczną, czyli o pełnej nostryfikacji dyplomu, z egzaminem językowym i całym formalnym kursem. Osoby, które obecnie pracują na warunkowym PWZ, uzyskują je w jednym regionie Polski, a pracują w zupełnie innym. Nikt im tego nie zabroni.

Paradoksem jest, że przy niedoborze świadczeń stomatologicznych w publicznej opiece medycznej (NFZ), mamy zbyt wielkie zagęszczenie prywatnych gabinetów lekarskich w dużych miastach. W pewnym momencie prowadzący te gabinety zaczną cierpieć na niedobór pacjentów, to tylko kwestia czasu.

Przypomnę, że praktycznie wszyscy lekarze dentyści prowadzą indywidualną działalność gospodarczą, czyli nie mają etatu. Lekarze ogólni, zatrudnieni na etacie w szpitalu, mają szansę wynegocjować bardzo dobre stawki, przekraczające znacznie dochody lekarzy dentyków. Poza tym my sami ograniczamy sobie zakres wykonywanych usług, godząc się na przekazanie ich przedstawicielom innych zawodów medycznych lub lekarzom z zagranicy. Rząd i ustawodawca na to pozwalają wbrew logice i zasadom panującym w Europie czy Stanach Zjednoczonych.

Według pana lekarze dentyści są podzieleni w kwestii zgody na wykonywanie niektórych procedur medycznych przez higienistki i asystentki?

W stomatologii powstała sytuacja patowa: Naczelna Izba Lekarska i Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie oraz część lekarzy dentystów sprzeciwiają się autonomii nowych zawodów medycznych. Rada ds. Rozwoju Stomatologii apeluje, aby zaniechano nadawania samodzielności higienistkom oraz asystentkom stomatologicznym i stworzono nową definicję systemu nadzoru. Nadzór ma polegać nie na tym, żeby lekarz dentysta wskazywał, co należy

zrobić (wówczas zrobi to sam), ale by zlecał i kontrolował proces leczenia oraz wziął odpowiedzialność za jego efekty. Uważam, że nastał czas, kiedy lekarze dentyści powinni stanąć murem za samodzielnością wykonywania swojego zawodu. Niestety, nie wszyscy mówią jednym głosem.

Dane Ministerstwa Zdrowia dowodzą, że przez ostatnich pięć lat liczba lekarzy dentyków współpracujących z NFZ zmniejszyła się o 13 proc. W jakim kierunku zmierza polska stomatologia?

Przywołane przez panią badania pokazują, że liczba lekarzy dentyków współpracujących z NFZ (ogółem) w 2023 r. wynosiła 13,9 tys., co daje 0,37 na 1 tys. mieszkańców. Dla porównania w 2018 r. było ich 15,9 tys., czyli 0,41 na 1 tys. mieszkańców.

NFZ, któremu brakuje środków na finansowanie procedur medycznych związanych ze stomatologią, będzie je ciągle ograniczał i całkowicie wypchnie świadczenia stomatologiczne na rynek komercyjny. Ten proces już trwa. Rozwiązaniem dla NFZ i dla ustawodawców jest szukanie pracowników, którzy wykonają tanio komercyjne procedury medyczne w ramach stomatologii. Przykładowo: higienistki zajmą się profilaktyką i promocją zdrowia. Jednak nikt do końca nie określił, na czym ta profilaktyka ma polegać. Czy ma to być profilaktyka lub promocja zabiegowa, czy może przekazywanie wiedzy teoretycznej o zabiegach w jamie ustnej?

Tymczasem pozostaje jeszcze problem placówek medycznych świadczących usługi stomatologiczne w ramach NFZ. Myślę, że takie ośrodki, jak funkcjonujące obecnie Uniwersyteckie Centrum Stomatologii WUM i kilka mniejszych, które poza działalnością leczniczą prowadzą zajęcia kształcące lekarzy, uzyskują kontrakty z NFZ. Już teraz mamy problem w niektórych powiatach, w mniejszych miejscowościach, ponieważ NFZ nie ma podpisanych umów z lekarzami dentykami. Za proponowane przez NFZ stawki nikt nie chce pracować. ●

Cuda implantologii i protetyki?

O TAJNIKACH IMPLANTOPROTETYKI, CUDACH NATURY, NA JAKIE LICZĄ IMPLANTOLOG I PROTETYK, A TAKŻE O PEWNEJ „SPRZECZNOŚCI INTERESÓW” MIĘDZY NIMI, ALE I HARMONIJNEJ WSPÓŁPRACY PODCZAS LECZENIA IMPLANTOLOGICZNEGO MÓWIĄ **DR HAB. N. MED. KORNEŁ KRASNY**, CHIRURG STOMATOLOG, IMPLANTOLOG, PREZES OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA IMPLANTOLOGII STOMATOLOGICZNEJ, ORAZ **DR N. MED. PIOTR STENDERA**, SPECJALISTA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ, CZŁONEK POLSKIEGO TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO I EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ.

rozmawiała **MAŁGORZATA HNAT**

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz, implantolog, wieloletni prezes OSIS, powiedział:
„Jeden cud podczas jednego zabiegu w jeden dzień”.
Jak to rozumieć?

Dr hab. n. med. Kornel Krasny:

Z perspektywy implantologa rozumiem te słowa następująco: mimo że w chirurgii stomatologicznej przestrzegamy procedur najściślej, jak można w danych warunkach, liczymy na cud biologii – że organizm pacjenta zaakceptuje wykonany zabieg czy zastosowany biomateriał i po danym etapie leczenia resztę zostawiamy naturze. Trzeba podkreślić, że w implantologii efekty pracy lekarza dentysty są zauważalne dopiero po wielu miesiącach, a nawet po wielu latach.

Gdybyśmy prześledzili procedurę implantologiczną, przekonaliśmy się, że na każdym jej etapie mamy do czynienia z cudami natury: najpierw, gdy usuwamy ząb i liczymy, że powstanie w tym miejscu kość. Następnie, jeśli jest za mało kości, wykonujemy augmentację.

Kolejny cud biologii – gdy na nadbudowanej kości powstanie kość własna pacjenta. Trzeci zdarza się wtedy, kiedy wkręciliśmy implanty i własna kość pacjenta połączyła się biologicznie z implantem. Im więcej cudów oczekujemy od natury, tym leczenie bywa trudniejsze i bardziej skomplikowane. Dlatego najlepiej w jednym zabiegu wykonywać jak najmniej procedur, oczekiwać jak najmniej cudów.

Panie doktorze, cuda w protetyce się zdarzają?

Dr n. med. Piotr Stendera:

Uważam, że cudów nie ma ani w protetyce stomatologicznej, ani w chirurgii stomatologicznej, ani w periodontologii. Myślę, że prof. Wojtowicz mówił o przypadku, gdy uzyskamy pozytywny wynik leczenia, choć warunki były na granicy kryteriów kwalifikacji do tego leczenia. I to – według mnie – nazwał cudem. W stomatologii powiedzenie „przede wszystkim nie szkodzić” oznacza nie szkodzić naturze. My, lekarze dentyści, możemy dużo, ale reszty musi dokonać rzeczywistość biologii.

Protetyka stomatologiczna działa w krótszej przestrzeni czasu niż implantologia. Wyniki naszego leczenia znane są wcześniej, ale – jak mawia pani prof. dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka, kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej WUM – protetyczne leczenie pacjenta rozpoczyna się, a nie kończy, w momencie oddania uzupełnień. Dlatego również w naszej pracy potrzebne są długotrwałe obserwacje, bo one weryfikują efekty naszej pracy.

Zastosowanie implantu ma wiele ograniczeń.

K.K.: Istnieją ograniczenia ogólne – pacjent zgłasza niestabilną chorobę ogólnoustrojową i wtedy włączenie leczenia implantologicznego jest niemożliwe lub przynajmniej należy je odroczyć. Istnieją też bezwzględne uwarunkowania – gdy pacjent nie powinien mieć nigdy wkręconego implantu, czy też względne – gdy trzeba nadbudować kość lub podleczyć stan zapalny, a więc należy przygotować pacjenta na „wprowadzenie implantu”. To właściwie w zaleceniach się nie zmieniło od lat i nie powinno się o tym zapominać.



Fot. K. Bielecka

Największe niebezpieczeństwa w leczeniu implantologicznym według protetyka?

P.S.: Wydaje mi się, że zagrożeniem w implantologii, generującym najwięcej problemów i powikłań, jest separacja części chirurgicznej leczenia od protezy. Implant sam w sobie nie jest celem, naszym celem pozostaje optymalne uzupełnienie braków w uzębieniu. Nie chodzi też o to, kto ważniejszy – protetyk czy chirurg. Pozycja implantu jest niezwykle istotna dla osiągnięcia właściwych rezultatów leczenia, a niektóre okoliczności związane z leczeniem implantologicznym (np. ustawienie zębów sąsiednich, warunki zvarciowe, szerokość luki itp.) mogą stanowić pewnego rodzaju utrudnienia.

Ile jest prawdy w doniesieniach o podziale środowiska lekarzy dentystów na implantologów i tych, którzy leczą wyłącznie „konwencjonalnie”?

P.S.: Uważam, że zupełnie niepotrzebnie wprowadzono ten sztuczny podział.

Każdy z nas w swojej specjalności wykonuje wiele zabiegów nieimplantologicznych. Jestem pewien, że pan prof. Krasny przeprowadza codziennie ekstrakcje zębów, resekcje wierzchołka, podcięcia wędzidełka, dłutowania zębów mądrości, zanim zajmie się tym jednym–dwoma pacjentami implantologicznymi. Podobnie w protetyce stomatologicznej – wykonanie wypełnień wspartych na implantach stanowi tylko ułamek naszej działalności.

Trzeba wyraźnie powiedzieć, że funkcjonujący w środowisku podział uzupełnień na konwencjonalne i wsparte na implantach powoli się zaciera. Uzupełnienia wsparte na implantach, a nie na własnym uzębieniu pacjenta, stały się obecnie również rozwiązaniami konwencjonalnymi.

Jak powinna przebiegać modelowa droga zawodowa implantologa?

K.K.: W mojej praktyce zawodowej głównym zajęciem jest implantologia i augmentacja kości, ale rzeczywiście, pracę zawodową zaczynałem od podsta-

wowych zabiegów, wymienionych przez dr. Piotra Stenderę, i kolejno przechodziłem do bardziej skomplikowanych. Część lekarzy dentystów od razu po studiach zabiera się do wykonywania implantów. Trzeba natomiast zacząć od tej absolutnej podstawy. Ja dopiero po pięciu latach pracy klinicznej, w tym w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Warszawie, przystąpiłem do wykonywania zabiegów implantologicznych. Doświadczenie w przeprowadzaniu dużych zabiegów pozwoliło mi, jako chirurgowi, leczyć również powikłania, których w medycynie nie da się przecież uniknąć.

O implantologii mówi się, że jest interdyscyplinarną dziedziną stomatologii, wymaga współpracy lekarzy dentystów wielu specjalizacji. Kiedy podczas leczenia pojawia się między nimi „sprzeczność interesów”?

P.S.: Mam sporo refleksji dotyczących spojrzenia na pracę chirurga stomatologicznego od strony protetyki, zwłaszcza ►►

- ▶ w aspekcie leczenia implantologicznego. Przykładem może być kwestia „estetyki różowej” i wpływu stanu tkanek miękkich na finalny efekt estetyczny w implantoprotetyce.

Często odnoszę wrażenie, że dla chirurga pewną preferencją jest szczelne, mocne zaszyte płata śluzówkowo-okostnowego. Gwarantuje ono prawidłowość gojenia – w aspekcie krótkoczasowym, ale również prawidłowość osseointegracji, co jest wartością nadrzędną. Jednak owo ciasne zaszyte może doprowadzić do zaniku brodawek dziąsłowych, co negatywnie wpływa na osiągnięty później efekt estetyczny.

Ponadto podczas prelekcji pokazuję często slajd, który obrazuje różne śruby gojące o różnych wysokościach i średnicach dla danej platformy implantu. I pytam: po które automatycznie wysunie się ręka chirurga podczas zabiegu odsłonięcia implantu? Po najwyższy i najdłuższy; najwyższy – ponieważ pozostawia duży margines tkanek miękkich i umożliwia prawidłowe gojenie się dziąsła; najdłuższy – bo jego zastosowanie w najmniejszym stopniu grozi zamknięciem dziąsła nad odsłoniętym implantem. Z kolei dla mnie, protetyka, łącznik długi oznacza problemy z dostosowaniem dotychczasowej protezy tymczasowej, a wąski – problemy z po-

braniem wycisku do uzupełnienia długoczasowego.

Oto klasyczny przykład „sprzeczności interesów”. Dlatego właśnie lekarze dentyści różnych specjalizacji muszą współpracować...

K.K.: Chirurdzy stomatologiczni, implantolodzy współpracują ściśle z protetykami, ale oczywiście grono jest szersze, ponieważ obejmuje także periodontologów (udzielają informacji o ewentualnych chorobach przyzębia, schorzeniach błon śluzowych w jamie ustnej, kwalifikują

Trzeba wyraźnie powiedzieć, że funkcjonujący w środowisku podział uzupełnień na konwencjonalne i wsparte na implantach powoli się zaciera.

zęby do usunięcia, wskazują, czy kość znajduje się na prawidłowym poziomie), ortodontów (ponieważ z powodu braków zębowych zęby własne pacjenta ulegają przemieszczeniu, wielu z nich potrzebuje wstępnego leczenia ortodontycznego), specjalistów stomatologii zachowawczej (wyjaśniają, czy na pewno istniejące ogniska infekcji są w trakcie leczenia i nie zagrażają pacjentowi, nie są stanem zapalnym i, oczywiście, czy ząb

na pewno trzeba usunąć, czy nie ma możliwości jego dobudowy zachowawczej czy protetycznej). Musimy pamiętać, że ząb własny pacjenta jest najważniejszy.

Co z perspektywy protetyka wskazałby pan jako kluczowe we współpracy z implantologiem?

P.S.: Bardzo ważnym zagadnieniem, o którym mało się mówi, są uzupełnienia tymczasowe. Leczenie implantologiczne trwa długo, zwłaszcza jeżeli jest związane z augmentacją, a pacjent nie może być pozbawiony ani funkcji użębienia, ani jego walorów estetycznych. Uzupełnienia tymczasowe są niezwykle istotne zarówno dla osseointegracji implantów, jak i dla stanu oraz ukształtowania tkanek miękkich, a także dla prawidłowości przebudowy przeszczepów, którą możemy – mimo dokładnego zaplanowania i przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego augmentacji – całkowicie zniweczyć nieprawidłowo wykonanym uzupełnieniem tymczasowym.

Pan prof. Krasny organizował w ubiegłym roku Kongres Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej w Jachrance. Hasłem przewodnim było „Zacznij z wizją końca”. Takie podejście wprowadza naturalną równowagę między naszymi specjalnościami. ●



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.
Zgłoś się do Rady Funduszu Samopomocy – możesz uzyskać pomoc finansową.**

- Gdy urodzi Ci się dziecko

Rada Funduszu Samopomocy wspomże Cię w pierwszych miesiącach wychowania Twojego dziecka.

SKORZYTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!

 **22 542 83 33**

 **izba-lekarska.pl**

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.

Granice (nie)sprawności

W STOMATOLOGII OGRANICZENIE SPRAWNOŚCI MOŻE BYĆ POSTRZEGANE JAKO PERSPEKTYWA PRZEKREŚLENIA NA ZAWSZE PLANÓW I AMBICJI ZAWODOWYCH. PROFESJA LEKARZA DENTYSTY STAWIA WYZWANIA NIE TYLKO W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI I PROFILAKTYKI, LECZ PRZEDE WSZYSTKIM – WYKONYWANIA ZABIEGÓW.

tekst **ANNA PRAWDZIK**



Fot. U. Wolińska-Kujaj

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty obejmuje zapis o przyznaniu PWZ osobie, która „posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty”. Całocielowe spełnianie tego warunku to plan wart zrealizowania, czy jednak istnieje zawodowa polisa NNW?

Dbalność o ergonomię pracy stanowi filar niezbędny w pracy lekarza dentysty, niemal równie ważny jak konieczność ustawicznego rozwoju zawodowego. Rozwój zawodowy determinuje jakość świadczonych usług stomatologicznych, profilaktyka prozdrowotna – długość okresu pracy w zdrowiu. Zaniedbanie ergonomii pracy prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych, m.in. dotyczących układu ruchu oraz obwodowego układu nerwowego. Nie mniej niebezpieczne mogą okazać się popularne wśród dentystów sporty ekstre-

malne, które bywają kontuzjogenne. Wiele niekorzystnych następstw zdrowotnych niesie ze sobą przewlekły stres, związany z łączeniem roli lekarza i przedsiębiorcy.

Czasowe lub trwałe pogorszenie się stanu zdrowia w przebiegu wykonywania zawodu lekarza dentysty to nierzadkie zjawisko, dlatego ubezpieczenia w tym zakresie stanowią jedną z podstawowych propozycji firm ubezpieczeniowych dla tej grupy zawodowej. Nawet w przypadku posiadania ubezpieczenia zobowiązania kredytowe czy koszty prowadzenia gabinetu bywają przyczyną poszukiwania przez lekarzy dentystów kompromisowych rozwiązań pomiędzy koniecznością podejmowania pracy a wygospodarowaniem czasu na regenerację.

Współczesna koncepcja indywidualnej percepcji niepełnosprawności skupia się na rozróżnieniu zakresów ograniczeń i ocenie raczej zdolności do pracy niż niezdolności. Wydaje się jednak, że kwestii niepełnosprawności wśród wykonujących zawód lekarza dentysty poświęca się uwagę w stopniu nieadekwatnym do rzeczywistej skali zjawiska. Podkreśleniem rangi tematu w środowisku lekarskim było powołanie w 2023 r. pełnomocnika NRL ds. lekarzy z niepełnosprawnościami.

W pracy lekarza w obszarze zabiegowym wydaje się nie być miejsca na fizyczną niepełnosprawność. Nawet doświadczeni lekarze bywają zmuszeni do odejścia z zawodu po doznaniu uszczerbku na zdrowiu. Przebranżowienie, praca w zarządzaniu, psychoterapii – to niektóre rozwiązania. Czy można jednak pozostać w zawodzie? Teleporady stomatologiczne stanowią rozwijającą się formę pomocy pacjentom – dane GUS pokazują, że w 2022 r. udzielono 43,3 tys. tego rodzaju konsultacji, w 2023 zaś ich liczba wzrosła do 55 tys., choć nadal nie przekraczała 0,5 proc. ogółu teleporad medycznych. Może to być jedna z alternatywnych dróg realizacji zawodowej, podobnie jak praca naukowa czy prowadzenie webinarów. Potencjalnym polem rozwoju dla doświadczonych klinicystów, którzy nie mogą kontynuować pracy w gabinecie, jest radiologia stomatologiczna. Postęp techniczny i merytoryczny w tym zakresie stwarzają interesujące możliwości, choć aktualnie radiologia stomatologiczna nie stanowi odrębnej specjalizacji.

Rozróżnienie konkretnych aspektów niepełnosprawności i poszukiwanie możliwości, zamiast ograniczeń, pomaga rozwijać potencjał jednostki z wykorzystaniem wszelkich posiadanych zasobów. Wyzwaniem staje się zatem stworzenie systemowych rozwiązań, które umożliwią lekarzom dentystom z niepełnosprawnościami lub ograniczoną sprawnością kontynuowanie kariery zawodowej. Konieczne wydaje się rozszerzenie oferty wsparcia, zarówno na płaszczyźnie prawnej, jak i praktycznej – od dostosowania miejsc pracy po rozwój ścieżek zawodowych. Kompleksowe podejście pozwoli w pełni wykorzystać doświadczenie i kompetencje lekarzy dentystów, zapewniając im godne warunki pracy w zgodzie ze stanem zdrowia. ●

Polowanie na fentanyl

OPIOIDY ZAWSZE MIAŁY W POLSCE ZŁĄ PRASĘ. TAK ZWANA OPIOIDOFOBIA – WŚRÓD PACJENTÓW, ICH RODZIN, ALE TEŻ LEKARZY – POGRAŻAŁA NAS W OTCHŁANI NIEUMIEJĘTNOŚCI RADZENIA SOBIE Z BÓLEM. DO MOMENTU, GDY POJAWIŁY SIĘ RECEPTOMATY...

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/"Polityka"

Autor jest publicystą „Polityki”.

Kto pamięta sympozja towarzystw naukowych zajmujących się leczeniem bólu lub medycyną paliatywną sprzed kilkunastu lat, ten musi mieć jeszcze przed oczami slajdy, na których wykładowcy prezentowali najpierw drabinę analgetyczną WHO, a następnie drabinę wykorzystywania w różnych krajach najsilniejszych leków opioidowych. Polska zajmowała na niej najniższy szczebel, co z kolei na konferencjach prasowych z udziałem mediów przedstawiano jako okoliczność wstydlivą i powód do zażenowania na arenie międzynarodowej. Dziennikarze medyczni czuli się więc w obowiązku odczarowywać opioidy przed opinią publiczną, a ponieważ – na szczęście! – w swoich artykułach i audycjach nie wystawiają recept, wypowiadali się w nich ochoczo eksperci, którzy przytaczali dane o niskim zużyciu morfiny, fentanylu, a później oksykodonu.

Z tego chóru odstawał jednak głos dr. Jerzego Jarosza, ówczesnego kierownika Zakładu Medycyny Paliatywnej i Poradni Leczenia Bólu w warszawskim Centrum Onkologii, który twierdził, że nie można zużycia opioidów uważać za miernik jakości kuracji przeciwbólowych. W Polsce stosowano je wówczas u zaledwie 5 proc. pacjentów cierpiących na ból nowotworowy, podczas gdy w Danii i Belgii były podawane u ponad połowy takich chorych, a mimo to 60 proc. z nich wcale nie czuło się usatysfakcjonowanych leczeniem. – *Dobra kontrola bólu nie zależy od leków, jeśli są niewłaściwie stosowane* – powtarzał dr Jarosz. I choć zgadzał się generalnie z wygłoszoną przez większość specjalistów tezą, że zużycie opioidów powinno w Polsce wzrosnąć, uczuła nas, piszących o tym w mediach, że potrzebna jest granica rozsądku w ich stosowaniu.

Niemal cały świat miał wtedy problem ze źle leczonym bólem. Ale teraz ma problem z opioidami. Wydaje się, że mniejszy mają jednak eksperci. 15 lat temu musieli przekonywać cierpiących pacjentów do swoich kompetencji, by uwierzyli im, że silne leki opioidowe (we właściwych wskazaniach i dawkach) mogą przynosić ukojenie, a teraz wypada im stać w obronie chorych, protestować przed nazwywaniem ich

narkomanami i zaświadczać swoim autorytetem, że nie podaje im się trucizny.

Fragment artykułu z jednej z gazet: „*Ci, którzy biorą fentanyl, powinni się bać. Jeszcze nie wiedzą, w co się wpakowali*”. Z innej: „*Fentanyl jest wyjątkowo silnym i bardzo niebezpiecznym opioidem, który już w śladowej ilości może być zabójczy*”. Od jednego z lekarzy terapii przeciwbólowych w onkologii słyszę, że od wiosny, kiedy w polskich mediach odnotowano fentanylowy rozgłos, wywołany przestępczą działalnością ludzi stojących za swobodnym wystawianiem recept na leki narkotyczne (celowo używam tej nazwy, bo działalność tzw. receptomatów służyła przeważnie osobom uzależnionym od rozmaitych medykamentów), coraz więcej osób odmawia przyjmowania leków przeciwbólowych, nawet za cenę cierpienia. Lęk przed ich przyjmowaniem przez pacjentów ze skrajnym bólem bierze się stąd, że żaden nie chce być zrównany z narkomanem: jakiś dziennikarz napisał, że w śladowej ilości (*sic!*) może zabić, a czy mój lekarz, który mi go zaleca, o tym wie? Czy dobrze robię, przyjmując taki lek?

Istnieje różnica między walką z opioidofobią a tą, którą należy prowadzić przeciw stosowaniu opioidów poza wskazaniami medycznymi. Fentanyl stał się synonimem wszelkiego zła, jakie może przynieść farmakoterapia bólu, a przecież jest grupa chorych, która odnosi korzyści z takiego leczenia. Czy więc nie stygmatyzujemy jej, ostrzegając innych przed nadużyciami? Wiem, jak wielu lekarzom nie podobały się niedawne doniesienia medialne na temat fentanylowego podziemia i przykłady wyłudzenia recept przez Internet. Krytykowano nas, dziennikarzy, że malujemy obraz, w którym nie ma już miejsca na rozsądne użycie fentanylu w przypadkach koniecznych, bo wszyscy są napiętnowani i każdy, kto sięga po fentanyl w swojej praktyce, wyrządza pacjentowi krzywdę.

Z jednej strony, zwłaszcza w środowiskach wiejskich, utrzymuje się przesąd, że stosowanie przez lekarza morfiny lub fentanylu to krok w stronę uśmiercenia chorego. Z drugiej – mamy badania, z których wynika, że właśnie polska wieś zdobywa te leki pokątnie i faszkuje się nimi w zastępstwie bardziej wyrafinowanych środków odurzających, które łatwiej można zdobyć w mieście. Oczywiście, każde uogólnienie problemu wykrzywia obraz rzeczywistości, a punkt widzenia zależy od miejsca pracy, z którego się ją obserwuje. Specjaliści zaprawieni w kuracjach bólu, mający do czynienia z najtrudniejszymi przypadkami, wypowiadać się będą na temat fentanylu zupełnie inaczej niż ci, którzy zatrudnieni są na oddziałach toksykologii, gdzie trafiają ofiary nadużyć oraz popełnianych podczas terapii błędów.

we Francji. Przecież amerykański kryzys opioidowy wywołały nie tylko narkotykowe kartele. Spory w tym udział miało niefrasobliwe wystawianie recept na oksykodon i fentanyl przez licencjonowanych lekarzy, wskutek czego życie straciło kilkaset tysięcy osób, a końca tej katastrofy za oceanem nie widać. W Polsce nowe przepisy mają uniemożliwić sprzedawanie opioidów przez receptomaty, więc podczas teleporad trudniej będzie je zdobyć. Minister zdrowia Izabela Leszczyna zapewnia, że nie ograniczy to ich dostępności dla osób, które ich potrzebują. Jeśli bowiem ktoś wymaga kuracji najsilniejszymi opioidami, powinien znajdować się pod kontrolą swojego lekarza, który będzie monitorować jej przebieg. Celne spostrzeżenie! Tylko czy znów nie generalizując problemu, który być może jest prosty do rozwiązania z punktu widzenia takiej aglomeracji jak Warszawa (gdzie skorzystanie ze świadczeń anesteziologicznych lub poradni leczenia przeciwbólowego jest względnie łatwe), a nie miejscowości, w których jedyny kontakt z dobrym specjalistą zapewnia wciąż telemedycyna? Dobrym pomysłem będzie zakaz pierwszorazowego przepisywania leków opioidowych w toku teleporady. Kontynuację leczenia dobrze by było jednak umożliwić nie tylko lekarzom rodzinnym pracującym w POZ, ale też specjalistom (pytanie, czy rzeczywiście wszystkim?).

Chodzi o to, by nie wylać dziecka z kąpielą. I nie stworzyć systemu, w którym skorzystanie z możliwości leczenia bólu, tego o największym nasileniu, stanie się znów na tyle skomplikowane, że chorzy pozostaną bez skutecznej pomocy, a lekarze będą woleli odstąpić od takiej kuracji. Przecież już teraz, odkąd NFZ urządzi lekarzom kontrolę ordynacji, przypominające polowanie z nagonką, wielu z nich nie chce być zakładnikami urzędniczej interpretacji wskazań refundacyjnych. Wolą nie pracować na styku z funduszem i dlatego wystawiają pacjentom, nawet ze wskazaniami do przewlekłego leczenia bólu, pełnopłatne recepty, na czym chorzy sporo tracą. Czy zatem nowe regulacje nie spowodują, że opioidofobia, którą podobno powinniśmy ograniczać wśród chorych, zostanie spotęgowana nadmierną ostrożnością lub wręcz asekuracją ze strony nawet kompetentnych specjalistów? Naczelna Rada Lekarska dała Ministerstwu Zdrowia

spory kredyt zaufania, by pomysły, jakie znajdują się jesienią w nowych regulacjach, mających rozwiązać problem dostępu do fentanylu oraz innych silnych leków bez wskazań medycznych, okazały się skuteczne i trafne. Czas pokaże, kto na tych rozwiązaniach straci, a kto zyska. ●

Ministerstwo Zdrowia zareagowało na fentanylowy boom, jaki zaczęły opisywać media. Choć naraziło to rzetelnych medyków i dużą część pacjentów na stygmatyzację, taka reakcja wydaje się konieczna, by nie dopuścić do sytuacji, na którą przymykano oczy w Stanach Zjednoczonych lub



Fot. licencja OIL w Warszawie



Fotografie: Fundacja AzS

Ambulans z serca

– JAK DŁUGO PRACUJESZ DLA FUNDACJI AMBULANS Z SERCA? – OKOŁO CZTERECH LAT – MOJA ROZMÓWCZYNI **MAŁGORZATA MATUSZEWSKA** ODGARNIA Z CZOŁA RÓŻOWO-NIEBIESKI KOSMYK ODWAŻNIE STYLIZOWANYCH WŁOSÓW. NA CO DZIEŃ JEST LEKARZEM SPECJALISTĄ MEDYCYNY RODZINNEJ, PRACUJE W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ. W KARETCE FUNDACJI PEŁNI DYŻUR KILKA RAZY W MIESIĄCU, JEST WOLONTARIUSZKĄ.

rozmawiała **HANNA ODZIEMSKA**

Jacy oni są, wasi bezdomni pacjenci?

Różni. Wiek: 18–80 lat. Nie ma nieletnich, bo według polskiego prawa dzieci nie mogą być bezdomne. Zresztą, poprawnie nie nazywa się tych ludzi bezdomnymi. To są osoby w kryzysie bezdomności, czasem

też w kryzysie ubóstwa lub kryzysie uchodźczym. Ich problemem jest wykluczenie, na różnym podłożu, najczęściej spowodowane przez alkohol, narkotyki, choroby psychiczne, zaburzenia osobowości. Pracownicy socjalni, zwani streetworkerami, znajdują w terenie potrzebujących i dają nam znać, gdzie jechać. Nie leczymy ich, tylko świad-

czymy dla nich środowiskowe usługi medyczne.

Kto wchodzi w skład załogi waszej karetki?

Lekarze, studenci medycyny, ratownicy medyczni, pielęgniarki, osoby z ukończonym kursem kwalifikowanej pierwszej

pomocy... Wolontariusze. Ludzie, którzy połknęli bakcyła niesienia pomocy osobom w kryzysie.

Jakiej pomocy udzielacie?

Streetworker wskazuje nam, gdzie znajduje się potrzebujący pomocy. Po dotarciu na miejsce najpierw określamy potrzeby. Badanie lekarskie odbywa się zawsze za zgodą pacjenta. Potem podejmujemy decyzję – czy badana osoba ma postać w miejscu naszej interwencji, czy mamy skierować ją na diagnostykę ambulatoryjną, czy jechać do szpitala. Niektórzy są ubezpieczeni, można ich diagnozować w POZ, dla nieubezpieczonych jest przychodnia Stowarzyszenia „Jesteśmy nadzieją”.

Jakie są główne problemy zdrowotne osób bezdomnych?

Na pierwszym miejscu plasuje się niewydolność żylna kończyn dolnych, niekiedy nawet „stopa okopowa”. Oni często śpią na siedząco, więc nawet u młodych zastawki żylnie długo nie wytrzymują, tworzą się obrzęki, pęcherze, z których leje się płyn surowiczy, nadkażenia, owrzodzenia. W przypadku dużych zaniedbań – muchoza, ponieważ brak higieny i ubytki tkanek to dobre środowisko dla larw owadów, zwłaszcza much. Opatrywanie chorych kończyn to nasza podstawowa działalność. Poza tym nasi podopieczni cierpią na inne choroby, takie same, jak pozostała część społeczeństwa. Często występuje cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, przewlekła obturacyjna choroba płucna, późno rozpoznane nowotwory, częściej niż w pozostałej populacji wirusowe zapalenie wątroby typu C, zakażenie HIV, wyniszczenie przez alkohol, padaczka poalkoholowa. Jeśli nasz lekarz stwierdzi, że pacjent wymaga hospitalizacji, wzywamy zespół ratownictwa lub sami wieziemy go do szpitala. Poza stanami bezpośredniego zagrożenia życia, gdy nie ma na to czasu, zawsze staramy się, żeby pacjent dojechał do szpitala umyty i zawozimy go najpierw do łóżka.

Skąd biorą się ludzie w kryzysie bezdomności?

Jest takie powiedzenie: „Tylko trzy niezapłacone raty kredytu dzielą cię od bezdomności”. Kiedy mówisz: bezdomny, widzisz w wyobraźni starego, bardzo zaniedbanego człowieka, wydzielającego przykry zapach, i od razu masz skojarzenie, że to alkoholik. To tylko część prawdy. Młodzi bezdomni rekrutują się z podopiecznych rodzin zastępczych i domów dziecka, rodzin patologicznych i własnych domów, z których wyrzucili ich rodzice.

Gosiu, to, co mówisz, jest dla mnie szokujące. Jaki powód może mieć rodzic, żeby wyrzucić z domu własne dziecko? Czyba nie ciąży? Przecież żyjemy w XXI w.

Ciąża może nie, ale nieheteronormatywność, homoseksualność czy transeksualność dziecka, które dokonało przed rodzicem coming outu, już tak. Wielu rodziców nie jest w stanie tego udźwignąć. Trudno to zrozumieć, ale nie należy oceniać.

Jest jakiś sposób na wyjście z bezdomności?

Dla tych, którzy są zmotywowani, tak. Zajmują się nimi ośrodki integracji społecznej osób w kryzysie bezdomności. Bezdomny, który trafia do ośrodka, musi być przede wszystkim trzeźwy. Ośrodek zapewnia normalne warunki sanitarne – podopiecznych nie trzeba zachęcać do mycia, chętnie korzystają ze środków higieny i czystych ubrań. Niektórym udaje się znaleźć pracę, wtedy trudnym momentem jest pierwsza wypłata, bo może stać się zapalnikiem powrotu do nałogu. Czasowe powroty do normalnego życia i upadki, z ponownym „zanurzeniem się” w kryzysie, to większość historii tych osób.

Pamiętasz jakieś szczególnie poruszające historie?

Tak. Dwudziestoletnia dziewczyna z rodziny alkoholików, wychowana w rodzinie zastępczej, po której opuszczeniu weszła w kryzys bezdomności, poznała chłopaka, zaszła w ciążę i urodziła dziecko, wychowuje je teraz matka chłopaka. Dziewczyna ma zaburzenia osobowości, sama zgłosiła się do

szpitala psychiatrycznego, ale po wyjściu wróciła do bezdomności. Albo znaleziony przez nas pod mostem chłopak, który został przez ojca wyrzucony z domu, jak tylko skończył 18 lat. Potem był alkohol, narkotyki, zakład karny. Po wyjściu z więzienia wpadł pod tramwaj, przeżył, ale po wyjściu ze szpitala zamieszkał pod mostem, tam go poznaliśmy, przy zmianie opatrunku. Trafił do schroniska Caritas, znalazł pracę.

Czyli są historie z happy endem?

Happy end trzeba zawsze traktować ostrożnie. Oni często ponownie znajdują się w sytuacjach trudnych, ale potrafią też po raz kolejny zawalczyć o siebie. Czasem happy end jest niepełny, ale najlepszy, na jaki można liczyć. Przykładowo: czterdziestolatek – alkoholik, zakażony HIV i jednocześnie chory na porfirię, wykluczony społecznie z powodu odstraszonego wyglądu, bez szansy na znalezienie pracy, bez możliwości podróżowania komunikacją. Trafił do ośrodka, otrzymał pomoc medyczną, w ośrodku ma zajęcia, nie pije.

A bez happy endu?

Dwudziestopięcioletnia mieszkająca na terenie ogródków działkowych. Wezwanie było do ciężarnej, a okazało się, że pacjentka cierpi na wodobrzusz i żółtaczkę. Jest uzależniona od narkotyków. Trafiła do szpitala, jej matka – jak się okazało, wspierająca, ale bezsilna – aktywnie włączała się w próby pomocy. Rok później dziewczynę znaleziono martwą na śmietniku. Happy endu nie było też w przypadku pięćdziesięcioletnia, którego mieszkaniem był materac w krzakach przy restauracji znanej sieciówki. Udzielaliśmy mu doraźnej pomocy, ale regularnie odmawiał przeniesienia się do ośrodka. Zmarł na swoim materacu. Albo dwudziestoczworoletni chłopak ze spektrum autyzmu i chorobą alkoholową, który brał też narkotyki. Mówił, że pije, bo jak wypije, to czuje się „fajnie”. Czekał na umieszczenie w ośrodku. Nie doczekał. Zmarł po zażyciu narkotyków, które pewnie wziął, żeby znów poczuć się „fajnie”.



► **Czy twoim zdaniem w Polsce łatwo stać się bezdomnym? Powszechnie uważa się, że takie ryzyko jest w Stanach Zjednoczonych, ale tam państwo nie jest tak opiekuńcze jak u nas.**

Masz na myśli te trzy raty kredytu? To powiem ci, że wśród naszych bezdomnych są też emeryci, którzy stracili mieszkanie, kiedy przeszli już na emeryturę. Choćby nasza podopieczna, dziewięćdziesięciosześcioletnia pani, która, mając lat siedemdziesiąt, sprzedała mieszkanie „za dożywocie”, ale wybuchł pożar i mieszkanie się spaliło. Miała zaburzenia otępienne, nie miała rodziny. Udało się umieścić ją w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Co jest dla ciebie najtrudniejsze w tej pracy?

Opieka nad młodymi bezdomnymi, w wieku moich dzieci. Mają potencjał, by normalnie żyć, nie są jeszcze wyniszczeni, ale mają problemy, które pchają ich w kryzys. To mnie poraża.

A co w twojej pracy jest najlepsze?

Kiedy ktoś, kogo zgarnęliśmy z ulicy, wybiega nam na spotkanie podczas wizyty w ośrodku, czysty i z błyskiem radości w oczach.

Czy wasz zespół ma jakieś potrzeby, czegoś wam brak?

Przede wszystkim potrzebni są ludzie do pracy. Lekarze, ratownicy, pielęgniarki, wolontariusze z pasją. Pilnie potrzebujemy psychiatry. Poza tym zawsze potrzebujemy materiałów opatrunkowych, w każdej ilości, bo to worek bez dna.

Co będzie dobrym podsumowaniem naszej rozmowy?

Jeden z naszych podopiecznych, emeryt, któremu udało się wyjść z kryzysu bezdomności i zamieszkać w ośrodku, kiedyś powiedział: – *Żeby tak ludzie, patrząc na bezdomnego, dostrzegali, że pod warstwą brudu i odrażającego odoru kryje się ludzki dramat, jakaś historia życia, ale też godność – po prostu człowiek.* ●



REFUNDACJA SZCZEPIEŃ DLA SENIORÓW



Informacje podstawowe

Refundacja obejmuje lekarzy i lekarzy dentyistów, członków OIL w Warszawie, którzy ukończyli 70 lat. Zwrot kosztów wynosi do 750 zł na osobę.

Należy złożyć wniosek o przyznanie dofinansowania obejmującego każdą szczepionkę, która jest rekomendowana i zalecana. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych w budżecie Zespołu ds. Szczepień ORL w Warszawie na szczepienia ochronne dla lekarzy i lekarzy dentyistów z OIL w Warszawie.

Ważne: Każdemu seniorowi lekarzowi i seniorowi lekarzowi dentyście przysługuje prawo złożenia dwóch wniosków o dofinansowanie w ciągu roku kalendarzowego. O przyznaniu refundacji decyduje kolejność zgłoszeń.




Składanie wniosków

Dokumenty do złożenia:

- wniosek o dofinansowanie szczepienia ochronnego (formularz na stronie izba-lekarska.pl, w zakładce Zespołu ds. Szczepień),
- kserokopie dokumentów finansowych (paragonu lub faktury) potwierdzających zakup szczepionki,
- zaświadczenie lekarskie lub inne dokumenty poświadczające przyjęcie szczepionki.

Uwaga: należy wypełnić pierwszą i drugą stronę wniosku, tj. klauzulę zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Jak złożyć wniosek:

-  elektronicznie – pod adresem: szczepienia@oilwaw.org.pl,
-  pocztą,
-  osobiście, w siedzibie OIL w Warszawie.



Inteligencja otoczenia w gabinecie lekarskim: AI obserwuje, słucha i bada

JESZCZE DO NIEDAWNA TO BYŁA TYLKO WIZJA PRZYSZŁOŚCI. ALE DZIĘKI ROZWOJOWI GENERATYWNEJ SZTUCZNEJ INTELIGENCJI, DO OCHRONY ZDROWIA WCHODZI *AMBIENT INTELLIGENCE*. CZY NOWA TECHNOLOGIA UWOLNI LEKARZY OD KLAWIATURY I UŁATWI OPIEKĘ NAD PACJENTEM?

tekst **ARTUR OLESCH**



Fot. L. Ostermann

KLIKANIE ZAMIAST ROZMOWY

Choć elektroniczna dokumentacja medyczna jest niezbędna, aby uzyskać pełny obraz stanu zdrowia pacjenta, sposób jej tworzenia pozostawia dużo do życzenia. Według różnych badań czynności administracyjne, na które składa się przede wszystkim dokumentowanie przebiegu wizyty, pochłaniają od 30 do nawet 60 proc. czasu wizyty.

Najpierw lekarz przegląda historię choroby, wędrując po różnych zakładkach, potem rejestruje wywiad z pacjentem, następnie wprowadza informacje o rozpoznaniu i dane o zrealizowanej usłudze do rozliczeń z NFZ, wystawia receptę, skierowanie, zwolnienie lekarskie. Nawet dla osoby sprawnie posługującej się komputerem wszystkie te zadania sumują się w kilkadziesiąt kliknięć i kilka minut przed komputerem w ramach dziesięćminutowej wizyty.

Nikt nie ma wątpliwości, że komputer jest o wiele lepszą alternatywą papieru, bo raz zapisane dane można wykorzystać ponownie, a część dokumentów powstaje automatycznie. Lekarze są jednak przeciążeni czynnościami dokumentacyjnymi, a do tego przybywa im pracy. Z ostatniego badania Elsevier wynika, że od 2023 do 2024 r. statystyczna liczba przyjmowanych dziennie pacjentów zwiększyła się o dwie osoby. Trudno oczekiwać innego trendu w kolejnych latach. Biurokracja prowadzi

do wypalenia zawodowego i nieefektywności w i tak już przeciążonym systemie ochrony zdrowia. Ma to zmienić kolejny etap cyfryzacji pracy lekarza, czyli inteligencja otoczenia i AI. Pierwsze pilotaże są obiecujące.

WIZYTA PACJENTA BEZ BIUROKRACJI

Kaiser Permanente – amerykańskie konsorcjum zintegrowanej opieki zdrowotnej – udostępnił lekarzom system do automatycznego generowania dokumentacji pacjenta oparty na generatywnej AI. Przez 10 tygodni, w ramach 303 266 wizyt pacjentów, testowało go 3442 lekarzy.

Jak działa ów system? Aplikacja na smartfona transkrybuje rozmowę lekarza z pacjentem, a następnie dane są przekazywane do usługi chmurowej. Tam, za pomocą technologii przetwarzania języka naturalnego, są przyporządkowywane do poszczególnych kategorii w EDM, np.: leki, rozpoznania, zalecenia dla pacjenta. Na końcu lekarz zatwierdza poprawność wpisów lub je koryguje i uzupełnia. Przed każdą wizytą, wspomaganą inteligencją otoczenia, pacjent musiał wyrazić zgodę na taki tryb postępowania.

Wyniki testów zebrano w pracy naukowej opublikowanej w marcu 2024 r. na łamach „Nejm Catalyst: Ambient Artificial Intelligence Scribes to Alleviate the Burden of Clinical Documentation”. Jakość notatek była na bardzo

wysokim poziomie, często przewyższała dokładnością zapisy tworzone manualnie. Lekarze podkreślali, że podczas wizyty wspomaganiej AI mogli poświęcić więcej czasu pacjentowi. 81 proc. pacjentów stwierdziło, że ich lekarz spędził mniej czasu przed komputerem niż podczas klasycznej wizyty. W konkluzjach z badania wskazano, że „notatki oparte na inteligencji otoczenia mogą zmniejszyć obciążenie lekarzy, a w programie pilotażowym odnotowano ograniczenie ilości czasu spędzanego na tworzeniu dokumentacji medycznej”.

DLACZEGO NIE W POLSCE?

Rozwiązania oparte na idei *ambient intelligence* na razie wdrażane są przez duże ośrodki medyczne, zwłaszcza w USA. Przykładowo, jesienią 2023 r. Stanford Health Care uruchomił testowo podobny jak w Kaiser Permanente system AI, który w kilka sekund przetwarza rozmowy na notatki w EDM.

Pilotaż z udziałem 48 lekarzy zakończył się pozytywnymi wnioskami: 96 proc. lekarzy stwierdziło, że technologia jest łatwa w użyciu, a 78 proc. – że przyspieszyła proces sporządzania notatek klinicznych. Dwie trzecie lekarzy podkreśliło, że system pozwala zaoszczędzić czas. Stanford Health Care planuje udostępnić aplikację wszystkim pracownikom medycznym – lekarzom, pielęgniarkom, asystentom, lekarzom rezydentom i studentom medycyny.

Zanim z tego typu rozwiązań będą mogli korzystać lekarze w Polsce, trzeba pokonać kilka przeszkód. Pierwszą z nich są ograniczenia modeli generatywnej AI, które dużo lepiej radzą sobie z językiem angielskim niż z polskim. Wynika to z wolumenu danych użytych do wytrenowania genAI (generative AI), czyli systemów takich jak ChatGPT (OpenAI), Gemini (Google) albo Llam (Meta). Pokonanie tej przeszkody jest jednak tylko kwestią czasu. Równolegle trwają prace nad specjalistycznymi modelami przeznaczonymi dla ochrony zdrowia, takimi jak Med-PaLM (Google).

Drugą barierą jest konieczność korzystania z rozwiązań chmurowych, gdzie algorytmy AI przetwarzają dane (wyjątkiem są proste systemy transkrypcji działające na lokalnych serwerach). Według badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przeprowadzonego w 2023 r. przez Centrum e-Zdrowia, tylko około 15 proc. placówek ochrony zdrowia w Polsce korzysta z usług chmurowych. I ostatnia sprawa – wątpliwości co do zgodności z regulacjami dotyczącymi przetwarzania danych, w tym RODO. Choć teoretycznie nie ma przeszkód w analizie danych w bezpiecznej chmurze zlokalizowanej w Europie, nikt na razie nie chce wychodzić przed szereg. Nie oznacza to jednak, że systemy IT dla ochrony zdrowia krajowych dostawców w ogóle nie korzystają z AI. Istnieją już przecież pierwsze rozwiązania AI podsumowujące obszernie informacje z ulotek o lekach.

INTELIGENCJA OTOCZENIA MOŻE ZNACZNIE WIĘCEJ

Tworzenie dokumentacji medycznej na podstawie rozmowy to zaledwie ułamek tego, co zapewnia ta technologia.

Sama nazwa wskazuje, że chodzi o inteligentne zbieranie danych ze środowiska, w którym przebywa pacjent. W przypadku systemów do automatycznego tworzenia e-dokumentacji medycznej analizowany jest tylko jeden parametr: głos. Ale istnieje wiele innych biomarkerów, które można wychwycić, stosując czujniki, kamery i urządzenia do noszenia.

Przykładowo: wyobraźmy sobie gabinet lekarski naszpikowany sensorami. Kamery analizują ruchy i mimikę twarzy, mikrofony wylapują niesłyszalne elementy głosu, inteligentne krzesło wykonuje pomiary m.in. ciśnienia krwi, tętna, temperatury ciała. Przeanalizowane przez AI dane umożliwiają lekarzowi lepszy wgląd w stan zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta jeszcze przed wykonaniem szczegółowych badań laboratoryjnych albo obrazowych. Dane z otoczenia mogą być zbierane jeszcze wcześniej, w domu pacjenta albo w poczekalni placówki medycznej.

W szpitalach systemy *ambient intelligence* mogą analizować ruchy pacjentów, ostrzegając o potencjalnych upadkach, albo pracę zespołu chirurgów na sali operacyjnej, kontrolując przestrzeganie procedur przedoperacyjnych oraz tworząc raporty pooperacyjne do oceny zabiegu. Istnieją już algorytmy AI, które prognozują ryzyko wystąpienia sepsy u pacjenta przebywającego na OIOM. Z kolei najlepszym przykładem wykorzystania inteligencji otoczenia w domu są algorytmy w smartwatchach, które automatycznie wzywają pomoc w chwili upadku pacjenta albo wykrywają pierwsze sygnały mogące świadczyć o arytmii.

Takich rozwiązań systematycznie przybywa, bo naukowcy odkrywają coraz więcej nieznanych dotąd biomarkerów. Niektóre badania naukowe sugerują, że zmiany głosu mogą świadczyć o rozwoju chorób psychicznych, a fluktuacje faz snu – o chorobach przewlekłych lub zakaźnych. Naukowcy dowiedli, że głos może być stosowany w badaniach przesiewowych chorób neurodegeneracyjnych albo nawet cukrzycy i to z całkiem dużą dokładnością.

Na pełny rozwój inteligencji otoczenia wspierającej zdrowie trzeba będzie poczekać do momentu, gdy ochrona zdrowia osiągnie wysoki poziom cyfryzacji, czyli dane w ekosystemie zdrowia będą przepływały swobodnie między różnymi systemami i urządzeniami, także stosowanymi przez pacjentów.

Technika ma też swoje ciemne strony: im więcej czujników w otoczeniu, tym większe prawdopodobieństwo naruszenia prywatności pacjenta i konieczność instalowania silnych systemów zabezpieczeń. Zastosowanie tego typu rozwiązań w placówkach ochrony zdrowia musi odbywać się zawsze za zgodą pacjenta. Nie mogą też być wykorzystywane do np. profilowania, co na szczęście reguluje niedawno uchwalony europejski Akt w sprawie AI.

Eksperti są zgodni, że w następnych 5–15 latach systemy inteligencji otoczenia czeka szybki rozwój. ●

Naruszanie praw pracowniczych

DO BIURA RZECZNIKA PRAW LEKARZA WPŁYNEŁO ZGŁOSZENIE DOTYCZĄCE NARUSZENIA PRAW PRACOWNICZYCH LEKARZY ZATRUDNIONYCH W JEDNYM Z PODWARSZAWSKICH SZPITALI. MEDYCY INFORMOWALI O NIEPRAWIDŁOWYM ROZLICZANIU CZASU PRACY LEKARZY REZYDENTÓW ORAZ WSTECZNYM PODPISYWANIU KLAUZUL *OPT-OUT*.

tekst **MONIKA POTOCKA**, rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL



Fot. K. Bartyzel

Zwróciłam się do właściwego oddziału Okręgowego Inspektoratu Pracy w Warszawie o wszczęcie postępowania kontrolnego pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów w zakresie czasu pracy, a także „zejść” po dyżurze oraz potrącania wynagrodzeń za „zejścia”. Podkreśliłam konieczność sprawdzenia dokumentacji dotyczącej Oddziału Ginekologii i Położnictwa, Neonatologii oraz Chorób Wewnętrznych w tym szpitalu.

Z oświadczeń lekarzy wynika, że podpisywali klauzule *opt-out* dopiero po wykonaniu świadczenia, co jest niezgodne z przepisami. We wspomnianym szpitalu w Wołominie czas „zejścia” rezydentów z dyżuru traktowano jak dzień wolny i nie wliczano go do czasu pracy, co oczywiście wiązało się ze stratą finansową dla lekarzy.

Na oddziałach szpitala były sporządzane również harmonogramy pracy lekarzy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, bez podpisanej przez lekarza klauzuli *opt-out*.

W sprawie tych nieprawidłowości zwróciłam się również do Ministerstwa Zdrowia, które wskazało, że żaden pracownik nie może, jeśli nie wyraził zgody na piśmie, zostać zobowiązany do pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo, ma również prawo taką zgodę wycofać.

W odpowiedzi na moją interwencję Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła w szpitalu kontrolę obejmującą akta osobowe, ewidencję czasu pracy, harmonogramy czasu pracy oraz karty wynagrodzeń losowo wybranych pracowników.

Kontrola wykazała nieprawidłowości dotyczące planowania czasu pracy, pracy przekraczającej 48 godzin tygodniowo oraz brak podpisanych klauzul *opt-out*. Nie zapewniano pracownikom wolnej niedzieli co najmniej raz w miesiącu, dyżury medyczne nie były właściwie rozliczane.

W rezultacie PIP zastosowała wobec pracodawcy środki prawne nakazujące wyeliminowanie nieprawidłowości oraz naliczenie i wypłacenie pracownikom dodatków za dyżury. ●



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?



Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

Dyżury rzecznik praw lekarza
Moniki Potockiej



środy i czwartki 12.00–16.00



rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl



512 331 230 | 691 224 246

THE ONE

BY SUN & SNOW

Kup luksusowy apartament w najlepszej lokalizacji nad morzem

USTRONIE MORSKIE
50 KROKÓW DO PLAŻY



BASEN



SPA



RESTAURACJA



SIŁOWNIA



OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY:
OPŁATY NOTARIALNE GRATIS

TEL. 539 071 230
WWW.INWESTYCJE.SUNANDSNOW.PL

REKLAMA

KICK OFF Meeting

Wyjazd szkoleniowo-integracyjny dla lekarzy stażystów

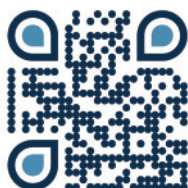


Z-Hotel Business & Spa
Otwock



5-6 października 2024 r.

Zapisy
i informacje:
izba-lekarska.pl



Analiza przypadku

tekst **KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA**, adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA, radca prawny



Fotografie: archiwum

Pacjentka w latach 2006–2012 leczyła się w ramach opieki komercyjnej u lekarza ginekologa. Wizyty miały charakter nieregularny i doraźny. Pierwsza odbyła się 8 sierpnia 2006 r., kolejna 8 maja 2007. Podczas tej wizyty pacjentka odmówiła badania ginekologicznego, ponieważ zostało wykonane niedawno przez innego lekarza. Przedłożyła wynik badania cytologicznego z kwietnia 2007 r., które wskazało grupę według skali Papanicolaou. Przedstawiła też wyniki badania USG/TV, w których stwierdzono istnienie mięśniaka. Zaordynowano leczenie i zalecono przyjscie na następną wizytę z wynikami badań laboratoryjnych (odbyła się 1 sierpnia 2007).

Podczas wizyty 16 października 2007 r. ustalono, że pacjentka odstawiła zapisany lek. Po wykonaniu badania zalecono leczenie przeciwnzapalne oraz badania laboratoryjne, ponieważ nie zostały wykonane mimo zaleceń. Kolejna wizyta miała miejsce 18 listopada 2008. Pacjentka dostarczyła wyniki badania cytologicznego z 5 listopada 2008 ze wskazaniem grupy według Papanicolaou oraz USG/TV wykonane przez innego lekarza, który zdiagnozował obecność mięśniaka. Ze względu na plamienia zlecono hormonoterapię. 21 stycznia 2009 r. pacjentka poinformowała lekarza, że nie toleruje hormonoterapii, więc przepisał inny lek.

22 października 2009 r. pacjentka dostarczyła wynik USG/TV, który wykazywał, że doszło do ucisku mięśniaka na błonę śluzową macicy. Ponieważ dopatrzone się u pacjentki objawów anemii, pozwany zlecił leczenie krwiotwórcze.

W czasie wizyty 14 marca 2010 r. stwierdzono poprawę morfologii krwi, chociaż nadal występowała niedokrwistość. Pacjentka skarżyła się na plamienia, względnie krwawienia, a w badaniu ginekologicznym stwierdzono progresję mięśniaka. Lekarz ginekolog uznał, że konieczne jest wykonanie operacji ginekologicznej poprzedzonej badaniem cytologicznym oraz ewentualnym badaniem rezonansem magnetycznym. 14 lipca 2010 r. chora poinformowała lekarza o nieregularnych krwawieniach. Lekarz po raz kolejny opisał procedurę leczenia operacyjnego, aby usunąć mięśniaka, oraz wydał powtórne skierowanie na badania laboratoryjne, na które pacjentka się nie zgłosiła, mimo wcześniejszych zaleceń.

Zwrócił uwagę na możliwość wykonania rezonansu magnetycznego oraz na życzenie pacjentki pobrał materiał do badań cytologicznych.

Po tygodniu poinformowano pacjentkę o możliwości odbioru wyników badania cytologicznego. Pobrany materiał został oddany do analizy do laboratorium i sporządzono dokument opatrzonej datą 15 lipca 2010 r. Stwierdzono w nim: „*obraz odpowiadający grupie według skali Papanicolaou. Komórki dysplastyczne małego i średniego stopnia. Wskazane dalsze badania. Niespecyficzna mikroflora-koki*”.

W gabinecie prowadzonym przez pozwanego nie informowano o złych wynikach badania cytologicznego w przypadku bierności pacjentek. Najczęściej dowiadywały się o nich podczas kolejnej wizyty. Wynik badania cytologicznego został zatem dołączony do karteczki pacjentki, której historię omawiamy, ponieważ go nie odebrała. Nie zadzwoniła, aby dowiedzieć się, czy i jaki jest wynik badania, nie umówiła się na kolejną wizytę, nie poddała się operacji, aby usunąć mięśniaki, ani nie wykonała zleconego przez ginekologa badania NMR.

Następna wizyta miała miejsce 20 grudnia 2011 r. Wtedy wydano wyniki badania cytologicznego z 14 lipca 2010, a lekarz stwierdził krwawienie z dróg rodnych, ciężką anemię i widocznie gorsze samopoczucie pacjentki.

Dalszemu leczeniu pacjentka została poddana w szpitalu, gdzie 3 stycznia 2012 r. wykonano u niej łyżeczkowanie jamy macicy i pobrano wycinki do badań. 4 stycznia na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano raka płaskonabłonkowego. Hospitalizacja trwała od 18 do 27 stycznia 2012 r.

19 stycznia 2012 r. przeprowadzono u pacjentki zabieg operacyjny histerektomii. Następnie otrzymała leczenie: chemio- i radioterapię. 26 września 2012 zmarła. Przyczyną jej śmierci był nowotwór złośliwy szyjki macicy z przerzutami do innych narządów.

Mąż zmarłej pacjentki zawiadomił prokuraturę o możliwości popełnienia przestępstwa. Prokuratura zarzuciła lekarzowi nieumyślne narażenie pacjentki na niebezpieczeństwo utraty życia, ponieważ zaniechał zalecenia w należytym terminie koniecznych badań diagnostycznych i czynności terapeutycznych. Sąd karny I i II instancji uniewinnił lekarza ginekologa od zarzucanego mu przestępstwa z art. 160 §3 k.k. w związku z art. 160 §1 k.k. (narażenie człowieka na niebezpieczeństwo).

Następnie mąż pacjentki wystąpił z powództwem cywilnym przeciwko lekarzowi. Domagał się 500 tys. zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć małżonki. Twierdził, że lekarz przez niezawiadomienie pacjentki o negatywnych wynikach cytologii przyczynił się do jej śmierci, zmniejszając szanse na wyleczenie nowotworu. W odpowiedzi na pozw lekarz i jego pełnomocnik podnieśli, że pacjentka nie była pod stałą opieką medyczną tego lekarza, gdyż jej wizyty były nieregularne i w znacznych odstępach czasu. Poza tym przedstawiała badania wykonywane przez innych lekarzy ginekologów oraz często odmawiała przeprowadzenia przez pozwanego badania ginekologicznego. Lekarz podkreślił, że po pobraniu materiału do badań cytologicznych każda pacjentka jest obowiązkowo informowana o możliwości odbioru wyników po tygodniu, by omówić je z lekarzem i ewentualnie wdrożyć leczenie.

Jak zawsze w sprawach związanych z medycyną, został powołany biegły lekarz. Ustalił, że nie lekarz, lecz pacjentka miała obowiązek dopilnowania wykonania zaleconych badań, odebrania wyniku badania cytologicznego, umówienia się na kolejną wizytę. Biegły uznał, że nie było możliwości jednoznacznej oceny stadium zaawansowania nowotworu w dniu pobierania materiału do badania, a zatem ustalenia, czy zaistniałe opóźnienie miało istotne znaczenie dla rokowań chorej,

w stopniu znaczącym zmniejszając szanse terapeutyczne. Biegły podkreślił, że określona u pacjentki grupa według Papanicolaou nie oznacza choroby nowotworowej szyjki macicy. Taki stan kliniczny może poprzedzać rozwój raka, ale może również wycofać się bez istotnych, trwałych skutków zdrowotnych. Sąd ustalił również, że chora była „trudną” pacjentką, niewspółpracującą. Odmawiała badania, odstawiała leki, wizyty były nieregularne. Gdyby zdecydowała się na operację usunięcia mięśniaków, mogłoby to wpłynąć na jej stan zdrowia. Wobec tych ustaleń sąd zdecydował się oddalić powództwo.

Pytanie redakcji: Przytoczona sprawa była trudna zarówno dla rodziny, jak i dla lekarza, gdyż zakończyła się śmiercią pacjentki. Czy faktycznie lekarz mógł zawinąć, nie zawiadamiając pacjentki?

Odpowiedź prawnika lekarza: W omawianej sprawie sąd rozważał, czy lekarz miał taki obowiązek w kontekście prawnym, gdyż tylko w takiej sytuacji można by postawić mu zarzut niedochowania należytej staranności. Sąd jednak uznał, że nie ma norm prawnych, które obligowałyby lekarza poradni do poszukiwania pacjentów z własnej inicjatywy. Lekarz dochował należytej staranności, wydawał zalecenia, kierował na badania i proponował leczenie operacyjne. Niestety, pacjentka nie wykonywała jego poleceń. Lekarz nie miał obowiązku zapoznania się z badaniami, jeśli pacjentka nie umówiła się na wizytę. Mąż zmarłej chciał obarczyć lekarza odpowiedzialnością finansową za jej śmierć, jednak było to niesłuszne, gdyż nie zachodził związek przyczynowy między działaniem lekarza a śmiercią pacjentki. W oparciu o opinię biegłego sąd uznał, że wyniki cytologii nie wskazywały również jednoznacznie diagnozy, że pacjentka ma nowotwór. ●

Podsiadły  Powierża **PRAWNIK § LEKARZA**
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

www.prawniklekarza.pl



KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ



Lekarzu, możesz skorzystać
z usług doradcy podatkowego
w ramach opłaconej składki członkowskiej.



Umów się na konsultację



Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat

RZECZNIK PRAW PACJENTA PRZEJĄŁ SPRAWY WOJEWÓDZKICH KOMISJI DS. ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH I ROZPOCZĄŁ WYPŁATY Z FUNDUSZU KOMPENSACYJNEGO

Od 1 lipca 2024 r. na mocy Ustawy z 16 czerwca 2023 o zmianie Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz niektórych innych ustaw* zlikwidowane zostały wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, które od 2012 r. funkcjonowały w ramach struktury urzędów wojewódzkich. Postępowania, które toczyły się przed komisjami, a nie zostały niezakończone do 30 czerwca 2024, przejął rzecznik praw pacjenta. Biuro rzecznika poinformowało,* że jest tych spraw 370. Obecnie trwa gromadzenie ich akt z poszczególnych urzędów wojewódzkich.

Likwidacja komisji wynika z wprowadzenia we wrześniu 2023 r. nowej procedury związanej z działalnością Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, którą zajmuje się rzecznik praw pacjenta. Dopiero 18 czerwca 2024 weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta,* w którym określono wysokość stawek stosowanych w przypadku różnych typów zdarzeń. Rzecznik poinformował,* że w ciągu tygodnia od wejścia w życie wspomnianego rozporządzenia przysłał świadczenia pacjentom i ich bliskim w wysokości ponad 1 mln zł.

Pośród pierwszych decyzji rzecznika dotyczących świadczeń znalazła się sprawa dziecka cierpiącego na rzadką chorobę wrodzoną – achondroplazję. W trakcie operacji wykonywanej w związku z nieprawidłowym rozwojem kośćca doszło do uszkodzenia ważnego nerwu, co spowodowało niedowład nogi wymagający wieloletniej rehabilitacji. Poszkodowanej zostało przyznane świadczenie w wysokości 96 tys. zł. Otrzyma także dokument uprawniający do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej. Inna decyzja dotyczyła śmierci 44-letniego pacjenta, który po wypadku samochodowym trafił w ciężkim stanie do szpitala. Jego leczenie na oddziale intensywnej terapii utrudniło zakażenie trzema szczepami bakterii. Z tego powodu stan pacjenta drastycznie się pogorszył, co doprowadziło do jego śmierci. Dwoje małoletnich dzieci zmarłego otrzymało po 90 tys. zł, a jego żona – 80 tys. zł.

ZMIANA ROZPORZĄDZENIA DOTYCZĄCEGO RECEPT

20 lipca 2024 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie recept.* Nowe przepisy umożliwiły

osobie realizującej receptę określenie postaci jednostki dawkowania produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, a także wydanie dwukrotnie większej niż dotychczas liczby opakowań produktu leczniczego albo wyrobu medycznego, w przypadku nieokreślenia na receptę sposobu dawkowania w wymagany sposób. Zasady te nie będą miały zastosowania do recept, na których przepisano produkt leczniczy zawierający środek odurzający lub substancję psychotropową, w zakresie których sposób dawkowania musi być podany zgodnie z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.*

MONITORING W GABINETACH LEKARSKICH

Rzecznik praw obywatelskich poinformował* o wpływających do jego biura skargach dotyczących zakresu znowelizowanych przepisów ustawy o działalności leczniczej,* które poszerzają uprawnienia kierowników podmiotów leczniczych w zakresie stosowania monitoringu wizyjnego w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 23 ustawy kierownik podmiotu może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub zapewnienia im bezpieczeństwa, dzięki urządzeniom rejestrującym obraz, uwzględniając konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta (m.in. przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych), potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych. Przepisy pozwalają na przechowywanie nagranych obrazów, uzyskanego w wyniku monitoringu, przez czas nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.

W związku ze wskazanymi przepisami rzecznik zwrócił się 13 czerwca 2024 r. do ministra

zdrowia z pismem, w którym podkreślił, że wykorzystywanie monitoringu w podmiotach leczniczych trzeba uznać za istotną ingerencję w prawo do prywatności pacjenta. W ocenie rzecznika regulacje dopuszczające zastosowanie monitoringu w każdym pomieszczeniu, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne, wskazanym przez kierownika podmiotu leczniczego, budzą uzasadnione wątpliwości z perspektywy proporcjonalności dopuszczalnych ograniczeń prawa do prywatności i ochrony danych osobowych, w tym określonych przepisami Konstytucji RP.

Ministerstwo Zdrowia udzieliło odpowiedzi 3 lipca 2024 r.,* w której wskazano, że przesłanką do rozszerzenia możliwości stosowania monitoringu w podmiotach prowadzących działalność leczniczą było zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów. Można tu podać wiele przykładów. Monitoring prowadzony w czasie rzeczywistym na oddziałach może wpłynąć na szybszą reakcję personelu np. jeśli pacjent przewróci się na korytarzu lub w sali chorych. Nagrania pola operacyjnego mogą służyć analizie jakościowej udzielanego świadczenia. Monitoring pozwala także ograniczać występowanie działań niepożądanych, związanych z podażą tlenu u pacjentów przebywających na oddziałach nadzoru pooperacyjnego, anestezjologii, intensywnej terapii. Monitoring pomieszczenia zabiegowego może być pomocny w przypadku absencji personelu oraz jest narzędziem do zarządzania zasobami bloku operacyjnego. Służy kontroli przestrzegania zasad profilaktyki epidemiologicznej, ale również zapewnia bezpieczeństwo pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych.

Ministerstwo Zdrowia podkreśliło, że w świetle aktualnej regulacji w każdym przypadku kierownik musi zważyć wartości: z jednej strony bezpieczeństwo pacjenta, z drugiej – poszanowanie jego intymności i prywatności. Omawiane przepisy zawsze muszą być odczytywane, interpretowane i stosowane zgodnie z duchem i literą konstytucji, w szczególności przepisów dotyczących poszanowania godności człowieka oraz ochrony prawnej życia prywatnego.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH W SPRAWIE LEKARZY SĄDOWYCH I STAWEK WYNAGRODZENIA BIEGŁYCH

RPO zwrócił się w ostatnim czasie do Ministerstwa Sprawiedliwości w dwóch istotnych kwestiach dotyczących udziału lekarzy w wymiarze sprawiedliwości.

Pierwszym zagadnieniem* jest brak lekarzy sądowych, którzy posiadają uprawnienia do wydawania zaświadczeń potwierdzających zdolność albo niezdolność do stawiennictwa na rozprawach i posiedzeniach sądów. W rezultacie obywatele nie mają realnej możliwości usprawiedliwienia niestawiennictwa w toku postępowania sądowego z powodu choroby, a w rezultacie narażeni są na negatywne konsekwencje procesowe niestawiennictwa. Ministerstwo Sprawiedliwości udzieliło odpowiedzi,* z której wynika, że w okręgach Sądów Okręgowych w Gorzowie Wielkopolskim, Ostrołęce, Rybniku, Rzeszowie, Słupsku, Sosnowcu, Suwałkach i Zielonej Górze nie ma aktualnie żadnego lekarza sądowego, co niewątpliwie związane jest niskimi stawkami wynagrodzenia oraz wysokimi wymaganiami w zakresie kompetencji. Ministerstwo zapowiedziało podjęcie prac, których wynik będzie zależeć m.in. od możliwości budżetowych państwa.

Drugim zagadnieniem* jest problem wynagrodzeń niewspółmiernie niskich do nakładu pracy oraz wiedzy wymaganej od biegłego sądowego. Rzecznik zwrócił uwagę, że rolą ustawodawcy jest dbanie o sprawność postępowań sądowych, także przez zapewnienie odpowiedniej liczby biegłych o należyтым profesjonalizmie. Zignorowanie tego problemu przez ostatnie dziesięciolecia doprowadziło do obniżenia rangi i prestiżu zawodu, jak również pauperyzacji biegłych. W rezultacie rzecznik zwrócił się o analizę problematyki i ponowne rozważenie zainicjowania działań legislacyjnych, które rozwiązałyby tę kwestię. ●

* Źródła:



Program stypendialny OIL w Warszawie

Więcej informacji



Skorzystaj z dofinansowania
staży, kursów i konferencji zagranicznych

- nabór wniosków do **30 września 2024 r.**
- maksymalna kwota dofinansowania **7500 zł**



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

WYKŁADY PLANOWANE W I SEMESTRZE III ROKU AKADEMICKIEGO (2024/2025)

- 8.10.2024 r., godz. 12.00 Inauguracja roku akademickiego,**
wykład „Etyka ryzyka w eksperymencie medycznym z udziałem człowieka”
wygłosi prof. dr hab. Paweł Łuków
- 22.10 2024 r., godz. 11.00** „Sztuczna inteligencja w medycynie”
– dr Jakub Chwiećko
- 5.11.2024 r., godz. 11.00** „Zmiany w jamie ustnej w przebiegu niektórych chorób ogólnoustrojowych”
– dr Emilia Klein-Dembek
- 19.11.2024 r., godz. 11.00** „Po co są wybory w samorządzie”
– dr Mery Topolska-Kotulecka
- 3.12.2024 r., godz. 11.00** „Kultura w nauczaniu kardynała Stefana Wyszyńskiego”
– prof. dr hab. Edward Jarmoch
- 17.12.2024 r., godz. 11.00** Spotkanie przedświąteczne
- 7.01.2025 r., godz. 11.00** „ABC wirusowych zapaleń wątroby”
– dr n. med. Barbara Kowalik-Mikołajewska
- 21.01.2025 r., godz. 11.00** „Aspekty prawne i kryminalistyczne sprawy Bielaja vel Ślęzi”
– płk dr Marek Pużycki
- 4.02.2025 r., godz. 11.00** „Motocyklowa podróż do Japonii. Kobieta na motocyklu”
– mgr Anna Jackowska-Pluta

Liczba miejsc ograniczona.

Udział w zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych.

W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22-542-83-33.



Fot. K. Skindler

W każdy poniedziałek zapraszamy do Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM, przy ul. Księcia Trojdena 2c, na zajęcia „Zdrowy kręgosłup metodą FMS” (sala 2.79 na I piętrze), a od 7 października w każdy poniedziałek i czwartek, o godz. 11.00, na zajęcia gimnastyczne. Konieczne jest obuwie na zmianę, dla komfortu warto też zabrać strój sportowy, wodę i ręcznik do położenia na matę.

„Nestor” w Nieborowie i Arkadii

SŁUCHACZE LEKARSKIEGO UNIwersytetu TRZECIEGO WIEKU „NESTOR”
29 CZERWCA UDALI SIĘ NA WYCIECZKĘ DO NIEBOROWA I ARKADII.

tekst **ELŻBIETA MAŁKIEWICZ**

Wzmianki o Nieborowie sięgają końca XIII w., kiedy w świeżo założonej wsi wybudowano kościół i dwór należący do rodu Nieborowskich herbu Prawda. W 1694 r. dobra wraz z dworem odkupił od Nieborowskich kardynał Michał Stefan Radziejowski i wznosił w miejscu dworu barokowy pałac.

Pałac zmieniał właścicieli, a wraz z nimi zmieniał się wystrój obiektu. Ostatecznie właścicielem dóbr nieborowskich i pałacu został Michał Hieronim Radziwiłł, a po jego śmierci kolejni potomkowie rodu Radziwiłłów.

Ostatnim właścicielem był Janusz Radziwiłł, który z Nieborowa uczynił w okresie dwudziestolecia międzywojennego podwarszawską rezydencję, odwiedzaną przez znanych polityków i inne osobistości życia publicznego w Polsce.

Niedaleko Nieborowa znajduje się założony w 1778 r. przez księżnę Helenę Radziwiłłową ogród romantyczny, nazwany przez nią Arkadią. Należy do pierwszych w Polsce ogrodów sentymentalno-romantycznych powstałych pod wpływem szkoły angielsko-chińskiej. Jednocześnie jest jednym z niewielu tego typu obiektów w Europie, które przetrwały w nieznacznie zmienionym kształcie.

Od 1945 r. zespół pałacowo-ogrodowy w Nieborowie i ogród romantyczny w Arkadii są własnością Skarbu Państwa w wie-



Fot. D. Jarosz

czystym użytkowaniu Muzeum Narodowego w Warszawie. W głównym budynku znajduje się obecnie muzeum wnętrz rezydencji pałacowej z XVII–XIX w., oparte na ocalałym wyposażeniu pałacu i jego kolekcjach (rzeźb, obrazów, grafiki, mebli, brązów, porcelany, szkła, sreber, zegarów, tkanin i zbiorów bibliotecznych).

Po zwiedzeniu pałacu i obejrzeniu licznie zgromadzonych w nim zabytków uczestnicy wycieczki, zachęteni pogodą, spacerowali po przepięknych ogrodach. Wyjazd był bardzo udany. ●



OIL SPORT MISTRZ



PROGRAM NAGRÓD DLA NAJLEPSZYCH SPORTOWCÓW LEKARZY

- Daj sobie szansę na zdobycie nagród w postaci voucherów na zakupy sprzętu sportowego o wartości 1 tys. zł
- Z programu korzystać mogą również dzieci lekarzy, które w dniu złożenia wniosku nie ukończyły 18. roku życia
- **termin składania wniosków upływa 30 września 2024 r.**

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie, tel.: 795 560 297



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

Regulamin i wniosek:  



DRUK RECEPT

Recepty *pro auctore i pro familia*
dla lekarzy seniorów
drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej
w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18,
WYŁĄCZNIE
W KAŻDĄ ŚRODĘ W GODZ. 12.00–15.00.



 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

 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 2024 r.



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 2024 r.



Obiady w Klubie Lekarza

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza
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, przy ul. Raszyńskiej 54.

Dodatkowe informacje:
Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.



XXIII Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy

OD 3 DO 12 CZERWCA 2024 R. W OŚRODKU MŁYNCZYSKO (GM. POŚWIĘTNE, POW. OPOCZNO) TRWAŁ PLENER MALARSKI POD EGIDĄ OŚRODKA KULTURY I DZIEDZICTWA HISTORYCZNEGO NRL. UCZESTNICZYŁO W NIM 21 MALUJĄCYCH LEKARZY. GRUPA WARSZAWSKA LICZYŁA 11 OSÓB.

organizator pleneru **WŁODZIMIERZ CERAŃSKI**

Ośrodek był doskonałym miejscem do działalności artystycznej, zaoferował świetne warunki lokalowe i wyżywienie. Na wernisażu wystawiono 113 prac. Nasi lekarze przedstawili 41 obrazów, w większości na płótnie – można powiedzieć *genius loci*.

Wernisaż usławił swą obecnością profesor ASP Jerzy Nowosielski (udzielał wspaniałych konsultacji) z żoną Barbarą, historykiem sztuki (oprowadziła nas po miejscowej bazylice – sanktuarium). Plener był wyjątkowo udany, również dzięki wspaniałym właścicielom i pracownikom ośrodka. ●





Fot. E. Szporaga

X Mistrzostwa Mazowska Lekarzy

w Półmaratonie

Delegatura Radomska OIL w Warszawie zorganizowała kolejne – już X – Otwarte Mistrzostwa Mazowska Lekarzy w Półmaratonie. Bieg odbył się 16 czerwca w ramach Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76. Na starcie stanęło 30 lekarzy i lekarzy dentyistów.

W kategorii **open kobiet** najszybciej trasę półmaratonu prowadzącą ulicami Radomia pokonały: **Joanna Kowalska, Anna Zaremba i Justyna Bocheńska.**

W kategorii **open mężczyzn** trzy pierwsze miejsca zajęli kolejno:

Marcin Walencik, Michał Smyka i Cezary Pakuła.

W tegorocznych zawodach wzięła udział także nowa grupa – lekarzy, którzy dopiero rozpoczynają przygodę z bieganiem. Dla nich Delegatura Radomska przewidziała trasę pięciokilometrową. Najszybsi w tej kategorii byli: **Grzegorz Krawczyk, Kacper Stolarek i Tomasz Orczykowski.** ●

V Lekarski Rajd Rowerowy

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentyistów wraz z rodzinami 21 września.

- 11.00 – zbiórka uczestników na Polanie Rekreacyjnej Jakubów (przy budynku dyrekcji Kampinoskiego Parku Narodowego, Izabelin, ul. Tetmajera 38), podział cyklistów według tras i rozpoczęcie rajdu
- 11.00–14.00 – gry i zabawy rodzinne
- 12.00–16.00 – ognisko i grill

Kontakt: 795 560 297, 22 54 28 333. Szczegóły i zapisy na stronie internetowej izby.

Organizator zastrzega sobie możliwość odwołania imprezy lub zmiany jej terminu z przyczyn od niego niezależnych. W razie zaistnienia takiej sytuacji zarejestrowani uczestnicy zostaną o niej poinformowani e-mailem.



Sekcja Ringo Komisji ds. Sportu ORL w Warszawie

XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo, odbędą się **14 września 2024 r.**, w godzinach 12.00–15.00, na stadionie GKS „Świt”, w Warszawie, przy ul. Oświatowej 12. Zapewniamy posiłek regeneracyjny.

Zgłoszenia przyjmuje przewodnicząca Lekarskiego Klubu Ringo Krystyna Anioł-Strzyżewska, tel.: 600-362-792, 22-638-87-15 całodobowo (możliwość nagrania informacji),

e-mail: krystynaaniol27@gmail.com oraz Daniel Jarosz, Komisja ds. Sportu ORL, tel.: 22-542-83-30.

Serdecznie zapraszamy do gry w każdy czwartek, w godz. 17.00–20.00, na terenie Szkoły Podstawowej nr 364 im. Konstancji Markiewicz, w Warszawie, przy ul. M.E. Andriollego 1. Dzięki walorom gry **GRAC W RINGO MOŻE KAŻDY!** ●

Krystyna Anioł-Strzyżewska

Samoobrona dla lekarzy



Fotografie: D. Jarosz

Przejawów agresji i hejtu w stosunku do lekarzy nie brakuje. Dlatego tak ważne, by w sytuacji kryzysowej zachować zimną krew.

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie już czwarty raz zorganizowała cykl szkoleń „Samoobrona dla lekarzy”. Medycy wzięli udział w siedmiu treningach. Wiedzę zdobywali pod okiem Borysa Czyhina, byłego funkcjonariusza sił specjalnych, instruktora bojowych systemów walki wręcz oraz specjalisty ds. bezpieczeństwa. Kurs był okazją do poznania rodzajów agresji i różnych form ataku fizycznego. Nie zabrakło symulowanych starć. W ramach ćwiczeń można było dowiedzieć się, jak reagować np. w przypadku napaści w gabinecie lekarskim. Kurs zapewniał również okazję przetestowania swojej siły i granic wytrzymałości. Co ważne – samoobrona uczy przede wszystkim samokontroli. W sytuacji krytycznej najważniejsze są opanowanie strachu i pewność siebie.

Zajęcia odbywały się w hali sportowej Zespołu Szkół nr 7 im. Szczepana Bońkowskiego, w Warszawie, przy ul. Chłodnej 36/46. ●



Kostka Rubika układa Unię Europejską

KRÓTKA PRZERWA W FELIETONACH, KTÓRA SPOWODOWANA BYŁA CYKLEM WYDAWNICZYM „PULSU”, DAJE NIECO WIĘCEJ PRZESTRZENI NA PRZYJRZENIE SIĘ NOWEMU EUROPEJSKIEMU ROZDANIU.

tekst **DOMINIK HÉJJ**



Fot. M. Starzyński

Autor jest politologiem, autorem książki „Węgry na nowo”.

W momencie, w którym będą Państwo czytać ten numer „Pulsu”, przewodnicząca Komisji Europejskiej Ursula von der Leyen głowiąc się będzie nad kandydatami na komisarzy europejskich proponowanymi przez poszczególne państwa członkowskie. Wskazanie było jedno – należało przedstawić po dwóch kandydatów, najlepiej kobietę i mężczyznę. Polski rząd zaproponował w połowie sierpnia Piotra Serafina, obecnego szefa Stałego Przedstawicielstwa RP przy Unii Europejskiej w Brukseli. W nowej Komisji Europejskiej być może decydować będzie o unijnym budżecie. To tym bardziej istotne, że w niedługim czasie rozpoczną się rozmowy dotyczące kolejnej perspektywy finansowej (2028–2034).

Wracam do tytułu. Skąd kostka Rubika? To symbol węgierskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Budapeszt funkcję tę dzierży dumnie od 1 lipca 2024 r. Po Węgrzech przewodnictwo w pracach Rady przejmie Polska,

z czym zarówno w Warszawie, jak i w UE wiązane są duże nadzieje. Ernő Rubik swoją kostkę wymyślił pół wieku temu. Rekord Guinnessa w układaniu wersji 3x3 wynosi obecnie nieco ponad 3 sek. Jednak każdy, kto próbował ją ułożyć, wie, że sprawa to czasem spore trudności, szczególnie z zawiązanymi oczami albo z rękami za plecami (i takie rekordy się bije). Czasem łatwiej ją wręcz rozłożyć i złożyć ponownie za pomocą narzędzi. I taki sposób układania kostki Rubika najbardziej przypomina to, co dzieje się obecnie wokół Węgier i samej prezydencji. W czasie wakacji węgierski premier zdążył przeprowadzić „misję dyplomatyczną”, którą krytykowała jednoznacznie cała (poza Słowacją) Unia Europejska. Unijni ambasadorowie, zresztą na wniosek Polski, zastanawiali się nad możliwościami pozbawienia Węgier dalszego prawa sprawowania prezydencji (po kilkudziesięciu godzinach jej trwania!). Takich możliwości formalnych jednak nie było. Prezydencja jednak jest *de facto* bojkotowana. Liderzy UE najprawdopodobniej nie będą przyjeżdżać na Węgry na zaproszenie tamtejszych władz. Kijów, Moskwa, Pekin, Waszyngton – to punkty na mapie „tourné” Viktora Orbána, w ramach którego premier, zgodnie ze swoją deklaracją, sondował możliwości zakończenia konfliktu na Ukrainie. Niestety, brak w tej rubryce miejsca na przedstawienie w szczegółach różnic w postrzeganiu przez Polskę i Węgry

rosyjskiego zagrożenia, a także ich wizji zawarcia pokoju. Skracając rzecz do jednego zdania: węgierska wizja zakończenia wojny sprowadza się do poddania się Ukrainy. Orbánowi zarzucają (z początkiem lipca) przede wszystkim, że podczas podróży kreuje się na negocjatora z ramienia Unii Europejskiej. Wizerunek ten podkreślano m.in. zamieszczaniem loga prezydencji w materiałach prasowych. Budowaniu przez premiera opowieści o jego roli „głównego negocjatora” służy (prawdę mówiąc) skąpa wiedza dotycząca zakresu kompetencji kraju sprawującego prezydencję w Radzie Unii Europejskiej i różnic między nią a Radą Europejską. W tym galimatiasie jest jeszcze, zupełnie niezwiązana z Unią Europejską – Rada Europy.

UŁOŻONY PARLAMENT

Wspomnianą kostkę Rubika wykorzystać można również do zilustrowania sposobu tworzenia frakcji w Parlamencie Europejskim. Interesujące zmiany nie dotyczą jednak największych frakcji. Przypomnę, że na długo przed wyborami do Parlamentu Europejskiego politycy, analitycy, ale i czasem obywatele, wyrażali niepokój przed umocnieniem się w następstwie tych wyborów sił sceptycznych wobec Unii Europejskiej, czasem wręcz otwarcie antyunijnych. W rzeczywistości, chociaż stronnictwa te odniosły zwycięstwa lokalne, np. w Austrii, Francji, na Węgrzech, większość w Parlamencie Europejskim wciąż stanowią środowiska polityczne, które podzielają polskie postrzeganie rzeczywistości i bezpieczeństwa. Należy jednak odnotować, że dotychczas trzecia co do wielkości frakcja liberalów (Odnówić Europę) spadła pod względem liczby europosłów na piątą pozycję. Ostateczny kształt grup politycznych w Parlamencie Europejskim ujawnił się w związku z pierwszym posiedzeniem nowej kadencji – 16 lipca 2024 r., i przedstawia się następująco:

Skrót	Nazwa partii	Liczba miejsc (na 720)	Odsetek uzyskanych miejsc
EPL	Grupa Europejskiej Partii Ludowej	188	26,11
S&D	Grupa Postępowego Sojuszu Socjalistów i Demokratów w PE	136	18,89
PfE	Patrioci dla Europy	84	11,67
EKR	Europejscy Konserwatyści i Reformatorzy	78	10,83
Renew Europe	Grupa Odnowić Europę	77	10,69
Zieloni/WSE	Grupa Zielonych/Wolne Przymierze Europejskie	53	7,36
The Left	Grupa Lewicy w Parlamencie Europejskim – GUE/NGL	46	6,39
NI	Niezrzeszeni	33	4,58
ESN	Europa Suwerennych Narodów	25	3,47

Na tym tle interesująca jest grupa Patrioci dla Europy, która powstała w Wiedniu, 30 czerwca 2024 r. Jej inicjatorami byli trzej politycy: Czech – były i zapewne przyszły premier Andrej Babiš, były austriacki minister spraw wewnętrznych Herbert Kickl, przewodniczący Wolnościowej Partii Austrii (FPÖ) i wreszcie Viktor Orbán, którego przedstawiać nie trzeba. Powstanie nowej frakcji to spełnienie marzenia Orbána. Od kiedy w 2021 r. wyszedł z Europejskiej Partii Ludowej, kuszony był dołączeniem do jakiejś frakcji (głównie Europejskich Konserwatystów i Reformatorów, w którym zrzeszone jest Prawo i Sprawiedliwość). Orbán jednak swojego marzenia nie porzucił, nawet gdy stan posiadania europosłów uszczuplił się po wyborach w 2024 r. o dwa mandaty. Patrioci dla Europy są jednoznacznie kojarzeni z Orbánem, co jest jego ogromnym sukcesem wizerunkowym. Nie zmienia tego nawet fakt, że formalna funkcja lidera tej grupy politycznej przypadła szefowi Zjednoczenia Narodowego Jordanowi Bardelli. To, że do tworzącej się frakcji przyłączyła się partia Marine LePen, jest dużą nobilitacją.

Jednakże Patrioci dla Europy objęci zostali tzw. kordonem sanitarnym. Oznacza to, że inne frakcje uniemożliwiły wybór przedstawicieli tej grupy do Prezydium Parlamentu Europejskiego, a także części komisji. Przewodniczącą Parlamentu Europejskiego została Roberta Metsola, która funkcję tę pełni od stycznia 2022 r. Wybrano również 14 wiceprzewodniczących, z których troje pochodzi z Europejskiej Partii Ludowej (w gronie tym jest Ewa Kopacz), pięciu wywodzi się z socjalistów, po dwóch wiceprzewodniczących mają grupy liberałów i konserwatystów z Europejskiej Partii Konserwatystów i Reformatorów, a po jednym przedstawicielu otrzymała Lewica i Zieloni. Czwarta największa frakcja – właśnie Patrioci dla Europy – nie została uwzględniona. Fakt ten uważany jest przez polityków zrzeszonych w tej grupie za niedemokratyczny i nieuwzględniający mandatu społecznego, jaki partie wchodzące w skład tej grupy uzyskały w wyborach w swoich państwach.

JAKA BĘDZIE KOLEJNA KOMISJA EUROPEJSKA?

18 lipca Ursulę von der Leyen wybrano (większością 401 głosów) na przewodniczącą Komisji Europejskiej w kadencji

2024–2029. Priorytety, jakie zarysowała w swoim przemówieniu, dotyczyły kontynuacji Europejskiego Zielonego Ładu, komponentu obronności i bezpieczeństwa, zwiększenia dostępności mieszkaniowej, rozpoczęcia rozmów na temat zmian traktatów (wątek ten poruszałem we wcześniejszym felietonie w „Pulsie”).

W samym przemówieniu o kwestiach związanych ze zdrowiem nie było wiele mowy. Pojawiły się natomiast w „wytocznych politycznych” na lata 2024–2029 opublikowanych na stronach Komisji Europejskiej. Przewodnicząca zaproponowała np. Critical Medicines Act, który stanowić ma remedium na niedobory leków. W raporcie zapisano: „*UE zmaga się z poważnymi niedoborami wyrobów medycznych i leków*”, [chodzi o to, by] „*zmniejszyć zależności związane z krytycznymi lekami i składnikami, szczególnie w przypadku, gdy istnieje tylko kilku producentów dostarczających leki*”. Ma to być główna lekcja wyciągnięta z pandemii COVID-19. Projekt ten (według deklaracji) koordynować będzie Frank Vandenbroucke, który ma szansę otrzymania w nowej Komisji Europejskiej teki komisarza ds. zdrowia.

Wśród innych propozycji jest także europejski plan działania na rzecz cyberbezpieczeństwa szpitali i podmiotów świadczących opiekę zdrowotną. Ma zostać zrealizowany w ciągu pierwszych 100 dni od powstania Komisji Europejskiej. Utworzonej we wrześniu 2021 r. Dyrekcji Generalnej Komisji Europejskiej ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (Health Emergency Preparedness and Response Authority – HERA) polecono opracowanie nowej strategii wspierania medycznych środków zaradczych, w tym zdolności do reagowania na zagrożenia chemiczne, biologiczne, radiologiczne i nuklearne. HERA stanowi kluczowy filar Europejskiej Unii Zdrowotnej. W kadencji 2024–2029 ma zostać w pełni wdrożony europejski plan walki z rakiem (Cancer Action Plan). Zapowiedziano także (acz bez szczegółów) opracowanie planów dotyczących chorób układu krążenia i zdrowia psychicznego. To ostatnie zagadnienie przewinęło się także w głównym wystąpieniu Ursuli von der Leyen w kontekście COVID-19 oraz rozwoju sztucznej inteligencji i jej wpływu na rzeczywistość społeczną. ●

Babie lato, 1875

NAZWA TEGO ZJAWISKA POCHODZI OD PORÓWNIANIA PAJĘCZYCH NICI DO CIENKICH I DELIKATNYCH WŁOSÓW STARSZYCH KOBIET. BABIE LATO POTRAFI ZACHWYCIĆ. JÓZEFA CHEŁMOŃSKIEGO URZEKŁO DO TEGO STOPNIA, ŻE NAMALOWAŁ OBRAZ, KTÓRY HIPNOTYZUJE RÓWNIE MOCNO JAK SAMA NIĆ PRZĘDNA, UNOSZĄCA SIĘ LEKKO W POWIETRZU. HISTORIA POTRAFI JEDNAK ZASKOCZYĆ. SŁYNNNE „BABIE LATO” POCZĄTKOWO NIE PORWAŁO PUBLICZNOŚCI, O CZYM OPOWIADA **EWA MICKE-BRONIAREK**, KURATOR PRZYGOTOWYWANEJ W MUZEUM NARODOWYM W WARSZAWIE WYSTAWY PRAC JÓZEFA CHEŁMOŃSKIEGO.

rozmawia **URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ**

„Babie lato” znamy choćby ze szkolnych podręczników, jest jednym z obrazów najczęściej reprodukowanych w Polsce. W 1875 r., gdy dzieło Chełmońskiego zostało przedstawione szerokiej publiczności, delikatnie mówiąc nie zachwyliło...

Pierwszy raz można je było oglądać na wystawie w warszawskiej Zachęcie. Nie spotkało się z pozytywnymi reakcjami, ale wzbudziło zainteresowanie, wywołało kontrowersje, a to już dużo. W 1875 r. malarstwo polskie było jeszcze bardzo idealistyczne. Realizm narodził się we Francji, do nas jeszcze wówczas nie dotarł. Kobiety na obrazach przedstawiano według dwóch kanonów. Był to wizerunek postaci uduchowionej, niemalże pozbawionej cielesności (kanon wywodzący się ze sztuki romantycznej) albo kobiety o posągowych kształtach, idealnych proporcjach, bez skaz, nieujawniającej głębszych uczuć (kanon wywodzący się ze sztuki akademickiej). A tu nagle oczom oglądających wystawę ukazała się chłopka... Przede wszystkim było to wyjście poza obowiązujące ramy. Gdy sięgano do tematyki wiejskiej, wybierano raczej sceny z życia dworku szlacheckiego, a nie z wiejskiej zagrody. Po drugie, nagle zaprzeczono przekonaniu, że chłop powinien pracować. W głowach nie mieściło się, że wiejska dziewczyna leży,

marzy, chwytając babie lato. Powinna pilnować stada krów, które widać w tle. Scenę opisuje zgryźliwa wypowiedź Lucjana Siemieńskiego, konserwatywnego recenzenta krakowskiego „Czasu”: *„Poetyczna pajęczyna, która może tyle marzeń obudzić w dziewczęciu, warta była trochę idealniejszej istoty, nie mówię już sylfidy, ale przynajmniej prostej śmiertelniczki z umytlimi nogami. Bosa nóżka stokroć wdzięczniejsza dla malarza niż najładniejszy trzewik, ale warunek, że powinna być umyta”*.^{*} Poza tym Chełmońskiemu zarzucano pewien rodzaj nadmiernej swobody, niechlujność w sposobie nakładania farby i opracowywania szczegółów. Krytycy pisali, że chlastał farbą, co dziś brzmi paradoksalnie. Dziś historycy sztuki uznają „Babie lato” za jeden z najbardziej akademickich obrazów artysty, gdzie linie konturu są dopracowane, precyzyjnie położony światłocień. Nie podobał się również koloryt dzieła – jasny, rzekomo mdły.

Co zainspirowało Józefa Chełmońskiego do namalowania tej sceny?

Z pewnością wyjazd na Ukrainę. Miał rodzinę w majątku Lechaczycha na Podolu. Tam chłonał wrażenia. Zastanawiające jest, że z pobytu na Ukrainie właściwie nie ma szkiców, rysunków. Nie wiemy, czy zaginęły, czy w ogóle nie powstały. Być może to, co widział,

zachował w pamięci. A pamięć wzrokową miał fenomenalną.

Jakie były losy obrazu po wystawie w Zachęcie?

Wiemy, że w 1884 r. Chełmoński zabrał „Babie lato” do Paryża. Około 1885 r. dzieło kupił kolekcjoner Ignacy Korwin-Milewski. W 1924 obraz trafił do Józefa Wyganowskiego, w maju tego samego roku odkupiło go Muzeum Narodowe w Warszawie.

Państwo pracują nad nową wystawą dzieł Chełmońskiego.

Tak, monograficzna wystawa „Józef Chełmoński” będzie dostępna dla publiczności od 27 września. Poprzednią monografię zorganizowano 37 lat temu, w Muzeum Narodowym w Poznaniu. Dawno temu. Józefowi Chełmońskiemu należy się porządna, szeroko zakrojona wystawa i przygotowanie wszechstronnie opracowanego katalogu. Ekspozycję utworzą dzieła z wielu muzeów polskich, a także z kolekcji prywatnych i kilku muzeów zagranicznych. Chełmoński był bardzo płodnym malarzem, niestety nie da się pokazać wszystkiego, bo potrzebna byłaby dwukrotnie większa przestrzeń ekspozycyjna, niż ta, którą dysponujemy. Z bólem serca zrezygnowaliśmy z niektórych obrazów. Pokażemy te, które najwię-



Józef Chełmoński
„Babie lato”, 1875
olej, płótno
Muzeum Narodowe w Warszawie

cej mówią o jego twórczości. Tą wystawą chcemy też odrobinę zmienić postrzeżenie Chełmońskiego. Autorzy publikacji, nazwijmy to popularnonaukowych, stworzyli pewien mit: Chełmoński – malarz narodowy, Chełmoński – samouk, który tworzył pod wpływem intuicji. To przekłamanie wizerunku artysty. Miał za sobą wykształcenie akademickie, był świadomy najnowszych prądów rozwijających się w sztuce we Francji w latach 70., 80. XIX w. Chcemy ukazać jego prawdziwy wizerunek. Dzieła będzie można oglądać w gmachu Muzeum Narodowego w Warszawie do 26 stycznia 2025 r. Współautorem wystawy jest Wojciech Głowacki.

A jakim człowiekiem był malarz? Ponoć dość gwałtownym.

Owszem, miał stosunkowo trudny i gwałtowny charakter. Nie chodzi o to, że robił karczemne awantury, ale emocje w nim grały i dawał temu wyraz. Tak było w młodości, gdy mieszkał w Warszawie, potem w Paryżu. Natomiast po powrocie z Francji i osiedleniu się w Kuklówce na Mazowszu – nastąpiła dość radykalna zmiana osobowości Chełmońskiego. Wyciszył się, odsunął od ludzi, nasiliła się jego religijność i skłonność do kontemplacji. Zbliżył się do postawy franciszkańskiej. Naturę postrzegał jako dzieło Boga, do tego doszło ogromne uwraź-

liwienie na życie zwierząt. Potrafił domagać się od Jana Górskiego, zaprzyjawnionego właściciela Woli Pękoszewskiej, żeby coś zrobił, bo zima, ostry mróz, ptaki wymierają. Miał na myśli – o ile dobrze pamiętam – drażnienie dziupli w pniach drzew. Świadectwem takiej postawy Chełmońskiego są słynne „Kuropatwy”. Istnieją również anegdoty o remoncie zabudowań gospodarczych w Kuklówce. Podobno artysta przeprowadził wtedy konie do pomieszczeń w dworku. Stworzył im idealne warunki do życia. Zmarł 6 kwietnia 1914 r. w wieku 64 lat. ●

* L. Siemieński, *Z wystawy obrazów i rzeźb*, „Czas” nr 142/1875.

„Panna Julie” w Teatrze Polskim

We wrześniu na afiszu Teatru Polskiego im. Arnolda Szyfmana premiera „Panny Julie”, sztuki na podstawie słynnego dramatu Augusta Strindberga, napisanego w 1888 r.

Akcja „Panny Julie” toczy się w noc świętojańską. Bohaterowie przekraczają kolejne granice, szczególnie te moralne. Na pierwszym miejscu są emocje i pragnienia, a nie rozum i logika.

„Panna Julie – młoda hrabianka, uwikłana we własne lęki i niepokoje, prowadzi niebezpieczną erotyczną grę, w którą wciąga służącego Jeana. Romans ma być dla niej próbą ukojenia nienazwanej tęsknoty, którą coraz boleśniej odczuwa. Za czym tęskni? Czego naprawdę pragnie? Co znajdzie, przekroczywszy granicę, której nie wolno jej było naruszyć? U Strindberga pod powierzchnią słów kryją się myśli, które krzyczą głośniejsz niż słowa” – informuje Teatr Polski w Warszawie.

Premiera 19 września na Scenie Kameralnej. Reżyseruje Anna Skuratowicz. W roli Panny Julie Irmina Liszkowska. ●



„Hasior. Trwałość przeżycia”

To ostatni moment, by wybrać się do Zamku Królewskiego w Warszawie (konkretnie do Biblioteki Królewskiej) i obejrzeć wystawę gromadzącą najciekawsze i najznakomitsze dzieła Władysława Hasiora.

Prace artysty, które tworzą ekspozycję, zostały wypożyczone z polskich muzeów (m.in. z Muzeum Tatrzańskiego im. Doktora Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem) i zbiorów prywatnych. To ponad 90 eksponatów. Ukazują szerokie spektrum poszukiwań twórczych Hasiora.

– *Prezentując sztukę współczesną, chcemy poszerzyć krąg osób zainteresowanych Zamkiem Królewskim. Sami także jesteśmy ciekawi, jak sztuka współczesna prezentuje się w historycznych wnętrzach. Otwarta na zakończenie jubileuszu 50-lecia wystawa prac Hasiora nawiązuje do pierwszej wystawy artysty, jeszcze w surowych murach dopiero co odbudowanego zamku w 1974 r., pełnej dramatyzmu i drapieżności wbrew wszelkim wcześniejszym założeniom estetycznym*



Władysław Hasior
„Ofelia z Białego Dunajca”
1990
Muzeum Tatrzańskie
w Zakopanem

w sztuce – mówi prof. Wojciech Fałkowski, dyrektor Zamku Królewskiego w Warszawie.

Finisaż wystawy „Hasior. Trwałość przeżycia” 8 września. ●

Czujnik metanu poszuka życia na Marsie i chorób w oddechu

Inżynierowie z WAT opracowali laserowy czujnik metanu, bazujący na absorpcji promieniowania optycznego w zakresie długofalowej podczerwieni. Może być pomocny w szukaniu dowodów na istnienie życia poza Ziemią, można go też zastosować w monitorowaniu zanieczyszczeń środowiska, lokalizowania wycieków z rurociągów przesyłowych i w medycynie – poinformowała uczelnia.

Naukowcy z Wojskowej Akademii Technicznej szukali możliwości wykrywania metanu w zakresie długofalowej podczerwieni. „Dłuższe fale skuteczniej przenikają przez warstwy zasłaniające, takie jak aerozole i pyły, co może być istotną zaletą w badaniach atmosfery różnych planet, na przykład Marsa” – mówi płk dr hab. inż. Jacek Wojtas z Instytutu Optoelektroniki WAT, cytowany na stronie uczelni.

Jak tłumaczy, metan uznawany jest za produkt uboczny rozkładu materii organicznej, a jego obecność w atmosferze planety jest traktowana przez naukowców za pierwszy dowód życia. Wykrywanie tego gazu nie jest jednak łatwe, ponieważ występuje on najczęściej w śladowych ilościach. Czujniki, które do tego służą, powinny być zatem niezwykle precyzyjne.

Wymagania te spełniają metody optyczne, które wykorzystują zjawisko absorpcji promieniowania laserowego do pomiaru śladowych stężeń gazów. Zapewniają one bardzo szybkie pomiary, duże zakresy dynamiczne i wysoką selektywność. Co więcej, dzięki różnicowym procedurom pomiarowym, nie są wymagane okresowe kalibracje i wymiana zużytych części. Dzięki najnowszym osiągnięciom w technologiach optoelektronicznych czujniki optyczne mogą być kompaktowe i energooszczędne.

KOSMOS I ZDROWIE

„Metan jest bardzo ważną substancją, ponieważ jest to składnik gazu ziemnego, wykorzystywanego jako źródło paliwa do wytwarzania energii elektrycznej i ogrzewania, drugi po dwutlenku węgla najczęściej występujący gaz cieplarniany, odpowiadający za ponad jedną trzecią dzisiejszego antropogenicznego ocieplenia klimatu” – wyjaśnia prof. Jacek Wojtas.

Szacuje się, że nawet 23 proc. objętości globalnych emisji antropogenicznych metanu w 2020 r. pochodziło z procesu wydobycia węgla. Jest on uwalniany

do atmosfery, aby zmniejszyć ryzyko wybuchu. Może również pochodzić ze źródeł naturalnych, takich jak tereny podmokłe, lub być generowanym przez działalność człowieka, w tym przez rolnictwo i gospodarkę ściekową.

Metan jest również ważnym składnikiem wydychanego przez ludzi powietrza, co może wskazywać na stany chorobowe, takie jak dysbioza jelit, przewlekłe zapalenie trzustki, wzdęcia czynnościowe, biegunka, zaparcia i podejrzwane zespoły złego wchłaniania. Dlatego potrzebne są czułe i niezawodne czujniki do dokładnego monitorowania zanieczyszczenia środowiska, zapewnienia jego czystości jako paliwa, lokalizowania wycieków z rurociągów przesyłowych i diagnozowania chorób ludzkich poprzez analizę oddechu.

NOWE PRZYRZĄDY

Z KRAJOWYCH KOMPONENTÓW

Obecnie optyczne przyrządy do wykrywania metanu wykorzystują głównie zakres spektralny krótkofalowej i średniofalowej podczerwieni. Wyniki pierwszej demonstracji wykrywania niewielkich ilości metanu w długofalowej podczerwieni zostały opisane w czasopiśmie „Measurement”.

Naukowcy z zespołu prof. Wojtasa zidentyfikowali nieznane wcześniej pasmo absorpcyjne, uzyskali granicę wykrywalności 0,063 ppb (od angielskiego *parts per billion*, co oznacza liczbę części na miliard) przy krótkim czasie uśredniania wynoszącym 28,1 sekundy oraz osiągnęli blisko dwa razy lepszą selektywność niż w wypadku najczęściej wybieranego pasma. Autor badań podkreśla, że układ eksperymentalny umożliwił pomiary współczynników absorpcji w szerokim zakresie długości fal oraz dla różnych ciśnień.

„Chciałbym, aby była możliwość wdrożenia nie tylko wyników tych badań, lecz także wielu innych, które przeprowadziliśmy razem z moim zespołem. Ich celem zawsze są wymierne efekty oraz użyteczność, a także dążenie do opracowania innowacyjnych produktów, w których kluczowymi elementami są krajowe komponenty” – podsumował prof. Jacek Wojtas. □

Nauka w Polsce, Marek Matacz

Źródło: Serwis Nauka w Polsce – naukawpolsce.pl

Biodro Suprona



Fot. archiwum prywatne

JEST SREBRNYM MEDALISTĄ OLIMPIJSKIM, MISTRZEM ŚWIATA, DWUKROTNYM MISTRZEM EUROPY, SZESNASTOKROTNYM MEDALISTĄ MISTRZOSTW EUROPY I ŚWIATA ORAZ TRZYNASTOKROTNYM MISTRZEM POLSKI W ZAPASACH.

ANDRZEJ SUPRON – LEGENDA POLSKIEGO SPORTU – NIE ZWALNIA TEMPA, WCIAŻ JEST AKTYWNY I DZIELI SIĘ Z NAMI SWOJĄ RECEPTĄ NA ZDROWIE.

rozmawiała **URSZULA WOLIŃSKA-KUŁAJ**

Stanowisko prezesa Polskiego Związku Zapasniczego, a także wiceprezesa Polskiego Komitetu Olimpijskiego wymaga ogromnego zaangażowania, ale to niejedyna pana działalność?

Rozmawiamy w bardzo gorącym okresie, bo tuż przed rozpoczęciem Igrzysk Olimpijskich w Paryżu. Dla sportowca to najważniejsza impreza w czterolecu, czasem w życiu. Jesteśmy zmobilizowani, z całych sił wal-

czyliśmy o kwalifikacje. Ziściły się słowa barona Pierre'a de Coubertina, pomysłodawcy nowożytnych igrzysk, że sam w nich udział jest ogromnym sukcesem. Niegdyś praktycznie wszystkie reprezentacje brały udział w rywalizacji, dziś już

jednak trzeba spełnić wyśrubowane kryteria. A w sportach walki decydują rankingi. Zawody bardzo się rozbudowały. Doszło do tego, że do programu olimpijskiego może wejść nowa dyscyplina, tylko jeśli któraś z niego wypadnie.

W 2013 r. zwrócił pan swój srebrny medal w ramach protestu przed wykreśleniem zapasów z programu IO.

Ja i zawodnik z Bułgarii rzeczywiście zwróciliśmy swoje olimpijskie trofea. Uznałem, że medal jest symbolem przynależności do rodziny olimpijskiej, i jeżeli ta rodzina mnie nie chce, to ja odaję swój medal.

Zapasy pozostały jednak w programie IO.

Często słyszę pytanie: – Panie Andrzeju, ale czy oddali panu medal? Od razu odpowiadam, że nie, nie oddali. Nie martwię się tym, ponieważ trafiłby do naszego Muzeum Sportu i Turystyki w Warszawie, a w rezultacie znalazł się w Muzeum Olimpijskim w Lozannie, w gablocie medali zwróconych. Mistrzów olimpijskich było wielu, zwróconych medali jest siedem, może osiem. W tym jeden nasz, polski – mój.

Który ze zdobytych medali jest dla pana najważniejszy albo ma szczególne znaczenie?

Mógłbym się długo zastanawiać, czy faktycznie ten srebrny olimpijski, czy może złoty medal z mistrzostw świata, czy ten pierwszy z mistrzostw Europy, który – jak się okazało – nabrał szczególnego znaczenia nie tylko ze względu na zdobyte miejsce, ale również dlatego, że to był pierwszy złoty medal i wiązał się z pierwszym odegraniem polskiego hymnu dla zapasów po wojnie. Medal igrzysk olimpijskich jest ważny również z innego powodu – posiadacze otrzymują świadectwo olimpijskie, my to nazywamy olimpijską emeryturą.

Sport, zapasy – to całe pana życie. Inny scenariusz wchodził w ogóle w grę?

Zadecydował przypadek. W czasach szkoły podstawowej kilku rówieśników

trenowało zapasy. Kolega mówi: – *Andrzeju, dołączmy*. A zawsze w tym gronie rywalizowaliśmy w biegach naokoło kompleksu szkoła-żłobek lub grając w siatkówkę. W szkole zresztą dużo uwagi przywiązywano do kultury fizycznej. Poszliśmy więc zobaczyć te zapasy... Chłopaki rozkładają materace. Podeszliśmy do trenera: – *Proszę pana chcieliśmy się zapisać na zapasy*. Zapytał, ile mamy lat. Dodaliśmy sobie po dwa lata, w obawie, że mamy za mało. Uśmiechnął się. Poszliśmy do szatni rozebrać się, patrzymy – brudne nogi, jak to na podwórku. Przechabawna to była historia, ale tak rozpoczęła się moja przygoda z zapasami.

Grałem jeszcze w koszykówkę. Wybrałem zajęcia w Pałacu Młodzieży (w PKiN), bo tam raz w tygodniu chodziło się na basen. Teraz – z pozycji trenera – wiem, że to było świetne połączenie, trochę przypadkowe, ale bardzo rozsądne. Żle jest, gdy dzieci skupiają się tylko na jednej dyscyplinie. Moja wnuczka mieszka w Stanach Zjednoczonych, gra w tenisa. Zaproponowałem synowi, żeby zapisał ją jeszcze np. na basen. Poszła. Po dwóch tygodniach wygrywała już zawody. Trening uzupełniający jest naprawdę ważny i może bardzo pomóc w budowaniu formy. Poza tym to odskocznia od rutyny, wyzbycie się monotonii. W dodatku pracują inne partie mięśni.

Cieszę się, że trafiłem na zapasy. To wspaniały sport. Wzmacniają psychofizycznie, pozwalają nabrać pewności siebie. Do tego pracuje cały aparat ruchowy (bardzo symetrycznie), wyrabia się koordynacja ruchowa i przestrzenna, pracujemy też nad równowagą, siłą rąk i nóg. W krajach wysokorozwiniętych zapasy są w programach szkół.

Kiedys miałem okazję poznać Kirka Douglasa, promował swój film w Portugalii, a ja uczestniczyłem w konferencji MKOl. Zaczepiłem go, powiedziałem, że jestem z Polski. Zainteresował się. Zapytał, skąd znam angielski. Wyjaśniłem, że byłem kilka razy w Stanach Zjednoczonych, powiedziałem również, że to dla mnie szczęśliwy kraj, gdyż zdobyłem tam tytuł mistrza świata w zapasach. Był podekscytowany, bo też trenował zapasy, był nawet w olimpijskiej

reprezentacji, miał jechać na igrzyska, ale w tym samym czasie podpisał kontrakt z wytwórnią filmową.

W wywiadach podkreśla pan, że zapasy to piękny sport.

Zapasy są piękne ze względu na akcje techniczne. W kanonach techniki zapasniczej niektóre chwytty nazywane są od nazwiska zawodnika, który je wykonywał (wręcz perfekcyjnie). Ja wykonywałem rzut przez biodro, bardzo skutecznie, i Amerykanie mianowali ten chwyt „biodrem Suprona”. Niezręcznie mi mówić o sobie, ale tak było. Uznawano mnie za technicznego zawodnika. Śmieję się, że przez sport wyprzedziłem swoją edukację. Jeszcze nie skończyłem technikum, a już byłem najlepszym technikiem w Europie (gdzie tytuł wręczył mi ówczesny książę, a późniejszy król Szwecji – Gustaw). Jeszcze nie skończyłem uczelni, a już okrzyknięto mnie profesorem zapasów – po zwycięstwie w mistrzostwach świata, podczas których wygrałem wszystkie walki przed czasem, nie tracąc przy tym ani jednego punktu.

Jaka jest druga strona medalu? Częste kontuzje?

Sport ma więcej pozytywów niż negatywów, jeśli chodzi o zdrowie. Zawsze powtarzam – dla czynów trzeba poświęceń, a straty są przewidziane statystycznie. My, sportowcy, pracujemy na wysokich obrotach, mamy tzw. serce sportowca – mięsień sercowy jest o wiele większy niż u przeciętnego człowieka. Kontuzja zazwyczaj wynika z błędu, niefortunnej akcji. Zapasy wbrew pozorom są najbezpieczniejszą dyscypliną sportów walki, u nas nie ma uderzeń, nie ma duszeń, łamań, czyli dźwigni. Zdarzają się zderzenia głowami, czasem zwichnie się rękę czy bark, ale to wszystko. Tak w sporcie bywa.

Motor mam zdrowy, jedynie podzespoły czasem zawodzą – a to kolana bolą, a to łokcie. Zmęczenie materiału. Ale najistotniejsze jest to, żeby nie przestać ćwiczyć, bo serce sportowca w dalszym ciągu potrzebuje dobrego pompowania krwi. Ruch jest zbawienny, a jeśli dodamy do tego uśmiech, to mamy receptę na zdrowie i długie życie. ●

**UCHWAŁA NR 180/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 8 MAJA 2024 R.**

**w sprawie powołania rady programowej
„Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza Puls”**

Na podstawie art. 25 pkt 10 i pkt 16 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342, t.j. ze zm.), w zw. z §4 pkt 12 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, stanowiącego załącznik do Uchwały nr 13/Z-IX/23 XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 1 kwietnia 2023 r., a także w zw. z Uchwałą nr 93/R-IX/22 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 6 lipca 2022 r. w sprawie powierzenia pani Urszuli Wolińskiej-Kułaj funkcji redaktora naczelnego „Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza Puls” – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie powołuje radę programową „Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza Puls” w następującym składzie:

- 1) kol. Krzysztof Herman,
- 2) kol. Paweł Doczekalski,
- 3) kol. Grzegorz Gut,
- 4) red. Kamila Hoszcz-Komar,
- 5) kol. Michał Machowski,
- 6) kol. Elżbieta Małkiewicz,
- 7) kol. Konrad Patena,
- 8) kol. Anna Szarla,
- 9) kol. Karol Stępniewski,
- 10) red. Urszula Wolińska-Kułaj.

§2

Traci moc Uchwała nr 173/R-IX/22 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 14 grudnia 2022 r. w sprawie zmiany Uchwały nr 95/R-IX/22 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 6 lipca 2022 r. w sprawie powołania rady programowej „Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza Puls”.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 298/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 22 MAJA 2024 R.**

**w sprawie rekomendowania
XLVII Nadzwyczajnemu Okręgowemu
Zjazdowi Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza
przyjęcia sprawozdania
z wykonania budżetu za rok 2023**

Na podstawie art. 23 ust. 2 pkt 1 oraz art. 25 pkt 6 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) – uchwała się, co następuje:

§1

Rekomenduje się XLVII Nadzwyczajnemu Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza przyjęcie sprawozdania z wykonania budżetu za rok 2023, które stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 299/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 22 MAJA 2024 R.**

**w sprawie rekomendowania
XLVII Nadzwyczajnemu Okręgowemu
Zjazdowi Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza
przyjęcia planu budżetu na rok 2024**

Na podstawie art. 23 ust. 2 pkt 1 oraz art. 25 pkt 6 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) – uchwała się, co następuje:

§1

Rekomenduje się XLVII Nadzwyczajnemu Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza przyjęcie planu budżetu na rok 2024, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 308/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
Z 19 CZERWCA 2024 R.**

**w sprawie powołania pełnomocnika
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
ds. przeciwdziałania dyskryminacji**

Na podstawie art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 2021 r., poz. 1314 t.j.) – uchwała się, co następuje:

§1

1. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza powołuje się pełnomocnika ds. przeciwdziałania dyskryminacji.

2. Na stanowisko pełnomocnika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ds. przeciwdziałania dyskryminacji powołuje się kol. Roberta Madejka.

§2

Pełnomocnikowi, o którym mowa w §1, powierza się następujące zadania:

- 1) inicjowanie i monitorowanie działań na rzecz równego traktowania i zapobiegania dyskryminacji, w szczególności ze względu na płeć, tożsamość płciową, orientację seksualną, pochodzenie etniczne, niepełnosprawność, status ekonomiczny, wyznanie religijne,
- 2) podnoszenie świadomości na temat równości, różnorodności oraz istnienia nieświadomych uprzedzeń z tym związanych, poprzez m.in. własne publikacje, programy szkoleń dla pracowników,
- 3) zasięganie opinii, wspieranie działalności grup, organizacji i środowisk działających na rzecz osób dyskryminowanych z powodów, o których mowa w pkt 1.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 312/R-IX/24 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 19 CZERWCA 2024 R.

w sprawie zasad przyznawania dofinansowania szczępień ochronnych dla seniorów lekarzy i seniorów lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 25 pkt 10, w zw. z art. 5 pkt 23 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t. j.), niniejszym uchwała się, co następuje:

§1

1. Wyraża się zgodę na dofinansowanie szczepień ochronnych dla seniorów lekarzy i seniorów lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Za seniora lekarza i seniora lekarza dentyistę uważa się osobę, która ukończyła 70. rok życia.
3. Warunkiem przyznania dofinansowania szczepień ochronnych dla seniorów lekarzy i seniorów lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, o których mowa w ust. 2, jest złożenie wniosku o przyznanie dofinansowania obejmujące każdą szczepionkę, która jest rekomendowana i zalecana. Wzór wniosku wraz z klauzulą RODO stanowią załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Dofinansowanie, o którym mowa w §1, przyznawane jest w wysokości do 750 zł na jedną osobę, przy czym każdemu seniorowi lekarzowi i seniorowi lekarzowi dentyście przysługuje prawo do złożenia dwóch wniosków o dofinansowanie w ciągu roku kalendarzowego.

§3

Zastrzega się, że dofinansowanie, o którym mowa w §1, będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych w budżecie Zespołu ds. Szczepień Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na szczepienia ochronne dla

lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, tj. 50 tys. zł brutto do końca roku kalendarzowego. Ponadto o przyznaniu dofinansowania decyduje kolejność zgłoszeń.

§4

Wykonanie uchwały powierza się Zespołowi ds. Szczepień Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 314/R-IX/24 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 19 CZERWCA 2024 R.

w sprawie powołania pełnomocnika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ds. opieki senioralnej i geriatry

Na podstawie art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 2021 r., poz. 1314 t.j.) – uchwała się, co następuje:

§1

1. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza powołuje się pełnomocnika ds. opieki senioralnej i geriatry.
2. Na stanowisko pełnomocnika OIL w Warszawie ds. opieki senioralnej i geriatry powołuje się kol. Agnieszkę Skoczylas.

§2

Pełnomocnikowi, o którym mowa w §1, powierza się następujące zadania:

- 1) promocja geriatry w środowisku lekarskim,
- 2) organizacja i prowadzenie szkoleń z zakresu geriatry i umiejętności niezbędnych do pracy z pacjentem w podeszłym wieku,
- 3) współpraca z podmiotami zaangażowanymi w opiekę senioralną,
- 4) podejmowanie działań na rzecz poprawy opieki nad lekarzami seniorami,
- 5) współpraca naukowa z ośrodkami naukowymi,
- 6) wykonywanie innych zadań z zakresu geriatry i opieki senioralnej powierzonych przez prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie bądź upoważnione przez niego osoby.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie rekomenduje nowe zagadnienia, dotyczące zdrowia i medycyny, do nauczania w szkołach

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie na posiedzeniu 17 lipca podjęła uchwałę w sprawie uwzględnienia w nauczaniu nowego przedmiotu „edukacja zdrowotna” określonych zagadnień z obszaru medycyny i zdrowia. Wprowadzenie edu-

kacji zdrowotnej na etapie szkoły podstawowej od lat było postulatem samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. ORL przedstawiła rekomendacje dotyczące uwzględnienia w programie nauczania zagadnień z zakresu medycyny i zdrowia. Postulaty zostały skierowane do odpowiednich ministerstw i ich jednostek: Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Nowy przedmiot „edukacja zdrowotna” zostanie wprowadzony do polskich szkół już we wrześniu 2025 r. Będzie wykładany w szkołach podstawowych, klasach 4–8 i w klasach 1–2 szkół ponadpodstawowych. Przedmiot obejmować będzie m.in. wiedzę o zdrowiu psychicznym i fizycznym, zdrowym odżywianiu, profilaktyce oraz problematykę uzależnień. Zastąpi dotychczasowe „wychowanie do życia w rodzinie”. Zapowiedziano również wsparcie edukacyjne (studia, kursy) dla kadry pedagogicznej.

– *W ocenie samorządu lekarskiego decyzja minister Barbary Nowackiej jest przełomowym momentem w edukacji polskiego społeczeństwa. Od dawna podkreślamy konieczność profilaktyki, uczenia zdrowych nawyków i dbania o zdrowie, zwłaszcza wśród najmłodszych. Wierzymy, że obecne pokolenie dzieci może być w tym przypadku czynnikiem wywołującym pozytywne zmiany dla całych rodzin. Dlatego bardzo zależy nam, aby ten przedmiot przyniósł korzyści całemu społeczeństwu. Jestem pewny, że w dalszej perspektywie wpłynie to korzystnie na zdrowie obywateli oraz usprawni funkcjonowanie całego sektora ochrony zdrowia* – komentuje dr n. med. Artur Drobnik, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

UCHWAŁA NR 370/R-IX/24 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 17 LIPCA 2024 R.

w sprawie rekomendowania uwzględnienia w przedmiocie „edukacja zdrowotna” określonych zagadnień z obszaru medycyny i zdrowia

Na podstawie art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 t.j.) w zw. z §9 pkt 2 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do Uchwały nr 13/Z-IX/23 XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 1 kwietnia 2023 r., uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie z zadowoleniem przyjmuje oświadczenie minister edukacji Barbary Nowackiej o wprowadzeniu od 1 września 2025 r. do podstawy programowej nowego przedmiotu „edukacja zdrowotna”, który obejmować ma m.in. zdrowie psychiczne i fizyczne, zdrowe odżywianie, profilaktykę, problematykę uzależnień.

Wprowadzenie na etapie nauki w szkołach podstawowych kształcenia z zakresu zdrowia od lat stanowiło postulat samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

Nauczanie dzieci i młodzieży w zakresie dbania o zdrowie, podstawowych zasad profilaktyki, badań diagnostycznych i leczenia oraz zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej przyniesie poprawę zdrowia polskiego społeczeństwa i działania całego sektora ochrony zdrowia.

Jednocześnie, kierując się potrzebą osiągnięcia wymienionych celów, rekomenduje się ministrowi edukacji uwzględnienie w podstawie programowej kształcenia ogólnego lub programie nauczania do danych zajęć edukacyjnych z zakresu kształcenia ogólnego przedmiotu „edukacja zdrowotna” zagadnień z obszaru medycyny i zdrowia wskazanych w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały.

§2

Stanowisko wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
lek. **Jacek Sowiński**

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
dr n. med. **Artur Drobnik**

WYKONANIE ORZECZENIA OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO W WARSZAWIE Z 4 KWIETNIA 2024 R.

W wykonaniu pkt 2 orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 4 kwietnia 2024 r. w sprawie OS.L.Wu/2/2023 w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lek. Anny Goździewskiej i na podstawie art. 84 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich niniejszym informuje się, iż lekarz Anna Goździewska została uznana winną tego, że 29 czerwca 2022 r. podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w (...) podczas planowanego zabiegu operacyjnego septokonchoplastyki, wbrew ciężącemu na niej obowiązkowi opieki nad pacjentem (...), dopuściła się medycznego błędu diagnostycznego i terapeutycznego polegającego na niecelowanej intubacji przełyku skutkującej spowodowaniem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (...) w postaci ciężkiego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, tj. popełnienia przewinienia zawodowego z art. 8 KEL w zb. z art. 4 i 30 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty w zb. z art. 8 Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta w zw. z art. 53 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

Za to na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 5 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich lek. Anna Goździewska została ukarana karą ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza w ten sposób, że nie może udzielać świadczeń anestezjologicznych i w ramach intensywnej terapii bez nadzoru lekarza specjalisty z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii przez okres dwóch lat. ●



Z przykrością zawiadamiamy,
że 28.05.2024 r.
zmarł lekarz

Piotr Hryniewiecki

długoletni pracownik przychodni
w Piasecznie przy ul. Fabrycznej 1.

W latach 70. XX w.
był kierownikiem pogotowia ratunkowego,
radnym Rady Miejskiej w Piasecznie
w latach 1994–1998,
przewodniczącym
Komisji Zdrowia i Opieki Społecznej.
Rodzina i przyjaciele



Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że 25 lipca 2024 r., w wieku 94 lat, zmarł

profesor Waław Droszcz

ceniony lekarz,
wybitny pneumonolog, alergolog, internista.
Honorowy członek Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.
Założyciel i wieloletni kierownik
współczesnej Kliniki Chorób Wewnętrznych,
Pneumonologii i Alergologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
Zapamiętamy Go jako wizjonera, wybitnego naukowca,
nauczyciela wielu pokoleń lekarzy.
Dla środowiska medycznego to nieodżałowana strata.
Zarząd Główny i członkowie Polskiego Towarzystwa
Chorób Płuc składają kondolencje Rodzinie
i najbliższym Pana Profesora.



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: Urszula Wolińska-Kuñaj – u.wolinska@oilwaw.org.pl

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

PUBLICYSTYKA: Małgorzata Hnat

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Dominik Héjj, Maria Libura, Filip Niemczyk, Artur Olesch, Sebastian Sikorski, Małgorzata Solecka, Łukasz Święcicki, 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:** Prodax Sp. z o.o.

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.
Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.
Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

©Copyright by OIL w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.

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

OGŁOSZENIE

Sprzedam w pełni wyposażony gabinet stomatologiczny na obrzeżach Warszawy. Tel.: 690-895-515.



NOWOŚĆ 2024

Ubezpieczenie OC w składce

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zapewnia lekarzom **bezpłatnie (w ramach opłacanej składki członkowskiej)** ochronę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) lekarza lub dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jeśli lekarz nie podlega ubezpieczeniu obowiązkowemu.

NOWOŚĆ
W 2024 roku zakres ubezpieczenia **został dodatkowo rozszerzony o zwrot kosztów nieprawidłowej refundacji.**

📄👤 **Każdy ubezpieczony lekarz otrzyma do 20% zniżki na wybrane ubezpieczenia (m.in. komunikacyjne, mieszkaniowe, turystyczne).**

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy

Gwarantujemy Ci pełną ochronę nie tylko podczas wykonywania zawodu, gdy może dojść do szkody w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych lub ich zaniechania niezgodnego z prawem, ale także w życiu prywatnym.

📄👤 **Ubezpieczenie utraty dochodu** – odszkodowanie nawet do 180 tys. zł

👨⚖️ **Ubezpieczenie ochrony prawnej** nawet do 500 tys. zł

🏥 **Ubezpieczenie OC nadwyżkowe** – zakres ubezpieczenia możesz rozszerzyć o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną do wysokości aż 6 mln zł

👤 **Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)** związane z ekspozycją na HIV/WZW

☂️ **Ubezpieczenie PZU Wojażer** dla lekarzy na cały rok

Korzyści z ubezpieczenia

- ✓ Podstawowy zakres ochrony prawnej
- ✓ Szeroki zakres ubezpieczenia
- ✓ Wysokie sumy gwarancyjne – aż do 6 mln zł
- ✓ Preferencyjna składka ustalona dla lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- ✓ Przeznaczona specjalnie dla lekarzy ścieżka obsługi szkód
- ✓ Dostęp do polisy w dowolnym momencie i z dowolnego miejsca
- ✓ Uprozczone formalności i oszczędność czasu
- ✓ Aplikacja online do zawierania ubezpieczeń
- ✓ Dedykowana infolinia/czat
- ✓ Możliwość opłacania składki online

ins INS Services

PZU SA jest reprezentowany przez INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

- ✓ dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50, 577 930 370, 577 930 380 lub 577 930 560 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- ✓ pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- ✓ za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w poszczególnych aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń (OWU) wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU, dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”. Promocja jest skierowana do lekarzy przystępujących do programu do końca trwania ubezpieczenia. Szczegóły promocji znajdziesz również w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

MATERIAŁ
MARKETINGOWY





OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Artur Drobniak PREZES ORL
Krzysztof Herman WICEPREZES ORL
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Luczkiwicz PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Winciuнас PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Jan Krzysztof Kowalczyk SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO
Elżbieta Latoszek-Banasiak PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

KONTAKT	RECEPCJA tel. 22-542-83-48
	SEKRETARIAT tel. 22-542-83-40 22-542-83-42 22-542-83-82 22-542-83-55
	BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22-542-83-31
	BIURO OROZ tel. 22-542-83-22 22-542-83-24 22-542-83-27
	KASA tel. 22-542-83-34 czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 12.00 do 12.30)
	SKŁADKI tel. 22-542-83-38 22-542-83-39 22-542-83-78 22-542-83-96
	OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22-542-83-20 22-542-83-21
	OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22-542-83-28
KOMISJE STAŁE	REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22-542-83-16 22-542-83-14
	PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22-542-83-18 22-542-83-19
	LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-55
	OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22-541-83-31
	KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22-542-83-30
KOMISJA BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22-542-83-12	
KOMISJA DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22-542-83-32 staz@oilwaw.org.pl	
KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE	MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ, MATEK LEKAREK, MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA, SZCZEPIEŃ KOMISJA DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ skladki@oilwaw.org.pl
	Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22-542-83-90 22-542-83-33
POZOSTAŁE	SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22-542-83-30
	OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22-542-83-71 22-542-83-75 22-542-83-76 22-542-83-77 odz@oilwaw.org.pl
	RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22-542-83-33
	DZIAŁ MEDIÓW I STRATEGII KOMUNIKACJI tel. 22-542-83-83 PEŁNOMOCNIK Iwona Kania RZECZNIK PRASOWA Urszula Wolińska-Kułaż u.wolinska@oilwaw.org.pl
	MARKETING I REKLAMA tel. 22-542-83-53 668-373-100 marketing@oilwaw.org.pl DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48-331-36-62 faks 48-331-17-30 poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 środa i czwartek w godz. 9.00–17.00

02-512 Warszawa | ul. Puławska 18 | tel. 22-542-83-48
biuro@oilwaw.org.pl
NIP 522-00-02-357





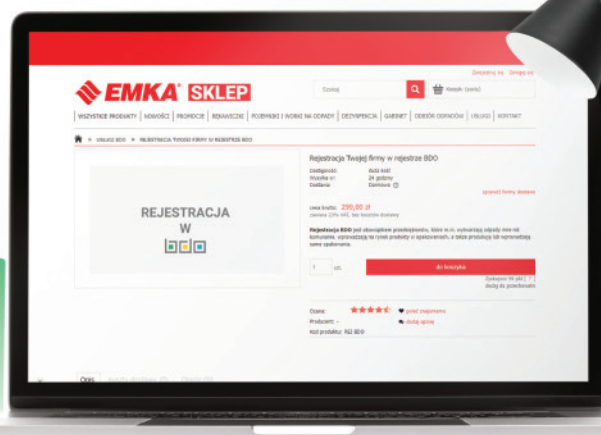
CLARA

PROTECTING HANDS
CARING HEARTS

NOWOŚĆ Jednorazowe rękawiczki nitrylowe

www.emka.com.pl/sklep/clara

REJESTRACJA BDO



Z nami sprawnie zarejestrujesz swoją firmę w BDO

emka-sklep.com.pl/uslugi-bdo