

ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

PAŹDZIERNIK 2024 (nr 354)

› WEŹMY SOBIE
ZDROWIE
DO SERCA



› Nowy początek

› Co w jamie ustnej, to w sercu?

› Jak chronić dane medyczne przed hakerami?



TO, CO NAS NAPĘDZA.
NOWE BMW X3 JUŻ ZA 3000 PLN NETTO/MIES.
W BMW COMFORT LEASE.

Dealer BMW Bawaria Motors

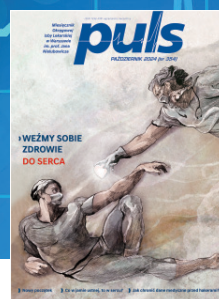
al. Roździeńskiego 204, Katowice, tel.: +48 32 259 18 00
ul. Czerniakowska 47, Warszawa, tel.: +48 22 550 03 00
al. Krakowska 5, Falenty k. Warszawy, tel.: +48 22 250 60 00
al. Grunwaldzka 195, Gdańsk, tel.: +48 58 766 65 00
ul. Okulickiego 6, Piaseczno, tel.: +48 22 550 03 60
www.bmw-bawariamotors.pl



X3 xDrive20: Zużycie paliwa w cyklu mieszanym WLTP w l/100 km: 7,6–6,9; emisja CO₂, cykl mieszaný WLTP w g/km: 172–156.

TEMAT Z OKŁADKI:

- 3 Choroby serca – zagrożenie XX, czy również XXI w.?**
Artur Drobniak
- 4 Weźmy sobie zdrowie do serca**
rozmowa z Arturem Mamcarzem
- 7 Serce**
Jerzy Bralczyk
- 8 Potrzebny jest czas**
rozmowa z Michałem Machowskim
- 14 Co w jamie ustnej, to w sercu?**
rozmowa z Andrzejem Wojtoviczem



Graf. na okładce: K. Matsumoto

SPIS TREŚCI w numerze m.in.:

DZIŚ I JUTRO

- 2 Z sercem o sercu**
Aleksandra Sokalska

SYSTEM

- 10 Będzie KSO 2.0**
Małgorzata Solecka

FELIETON WICEPREZESA

- 12 Jak izba, to (nie) tylko w Warszawie**
Karol Stępniewski

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 13 List intencyjny**
Małgorzata Hnat
- 28 Wręczenie skierowań na staż...**
Dorota Lebedzińska
- 36 Brak nadzoru...**
Monika Potocka

46 Igrzyska w Cetniewie

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

- 16 Gdy unit nie jest już opcją**
Anna Prawdzik

RATOWNICTWO MEDYCZNE

- 18 Kwadrans. I ani sekundy dłużej?**
rozmowa z Marcinem Sanockim

ŚMIERĆ W MEDYCYNIE

- 22 Dobra opieka nad umierającym pacjentem jest naszą powinnością**
rozmowa z Agatą Malendą

LEKARZ NA WOJNIE

- 24 Pomoc humanitarna na celowniku**
Maria Libura

O TYM SIĘ MÓWI

- 26 Nowy początek**
Paweł Walewski

BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

- 30 Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych**
Tomasz Młynarski

BEZPIECZEŃSTWO DANYCH

- 32 Jak chronić dane medyczne przed hakerami?**
Artur Olesch

PO DYŻURZE

- 40 Everest a życie lekarza**
Kryspin Mitura
- 50 Doktor od bakterii**
Małgorzata Szturomska

Z sercem o sercu

ALEKSANDRA SOKALSKA, redaktor naczelna



Fot. G. Stec

Odkąd wieków serce uznawano za siedzibę życia – tam mieściła się nasza siła, uczucia, emocje, czyli wszystko, co stanowiło o naszym istnieniu. Prof. Jerzy Bralczyk pisze w swoim felietonie: „*Jest ono niekwestionowanym siedliskiem uczuć i emocji, a właściwie wszystkiego, co dla nas drogie*”. Jakże zatem można naruszyć tak święty organ? Jak go naprawić, gdy szwankuje? Operować? Przecież taka operacja wiązałaby się z zatrzymaniem pracy serca, czyli śmiercią – sądzono. Na szczęście te czasy mamy już za sobą, a nowoczesna kardiologia pozwala na ratowanie wielu milionów chorych serc. Choć, jak podkreśla prof. dr hab. n. med. Artur Mamczarz w rozmowie z Anetą Chęcińską, podstawą działania każdego lekarza, także kardiologa, powinna być medycyna stylu życia, bo przecież lepiej zapobiegać, niż leczyć.

Tak oczywista w teorii profilaktyka w praktyce jednak już oczywista nie jest. „*Bo ludzie są grzeszni*” – wyjaśnia profesor i trudno mu nie przyznać racji. Kiedy na początku roku kupiłam karnet do siłowni, pierwsza wizyta mnie przeraziła. Już w szatni trudno było znaleźć wolną szafkę, a w sali ze sprzętem do ćwiczeń polowałam na bieżnię i rowerek. Gdy jednak powiedziałam o swoich wątpliwościach tren-

rowi – że może lepiej ograniczyć sprzedaż karnetów, skoro potem trzeba ćwiczyć w tak niekomfortowych warunkach – ten zaśmiał się i zapewnił, że w lutym sytuacja się zmieni. Wiedział, co mówi. Noworoczne postanowienia o naszym zdrowszym stylu życia często mają krótki żywot. Niestety, wiem to także ze swojego doświadczenia...

W tym kontekście bowiem ważne jest także wkładanie serca w to, co się robi. Jeśli znajdziemy takie formy aktywności, które będą nam sprawiały przyjemność i dawały satysfakcję, mamy gwarancję, że ich nie porzucimy. A wtedy zyska nasze serce. Prezes ORL Artur Drobniak w swoim felietonie podkreśla, że Komisja Sportu ORL w Warszawie podejmuje wiele inicjatyw, których celem jest przywracanie równowagi między życiem a pracą oraz profilaktyka zdrowotna. Warto z tej oferty skorzystać i wybrać coś w sam raz dla siebie. Lekarze też muszą dbać o swoje zdrowie i serce.

Tymczasem moje serce mocniej bije – ten numer „Pulsu” bowiem jest dla mnie wyjątkowy, bo pierwszy. Witam Państwa jako nowa redaktor naczelna i zachęcam do lektury wszystkich artykułów. Merytoryczni, wnikliwi i inspirujący autorzy oraz rozmówcy sprawiają, że „Puls” naprawdę czyta się z sercem. ●

e-Izba

dla lekarzy i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo

Zaloguj się i sprawdź!



REGIONALNA
IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
IM. PROF. DR. HENR. NIECHLEWICZA



Choroby serca – zagrożenie XX, czy również XXI w.?

A lekarz też człowiek, który zapomina o swoim sercu.

KIEDY MYŚLIMY O CHOROBACH SERCA, PRZED OCZAMI STAJE NAM OBRAZ STARSZEGO CZŁOWIEKA, ZGARBIONEGO POD CIĘŻAREM LAT I DOŚWIADCZEŃ, MOŻE Z PAPIEROSEM W RĘKĘ I FILIŻANKĄ KAWY LUB KUFLEM PIWA. WYOBRAŻAMY SOBIE, ŻE TO PROBLEM „TYCH STARSZYCH”, KTÓRY MŁODYCH I PEŁNYCH ŻYCIA NIE DOTYCZY. NIC BARDZIEJ MYLNIEGO. WSPÓŁCZESNY ŚWIAT, ZE SWOJĄ SZYBKościĄ, STRESEM I BRAKIEM RÓWNOWAGI MIĘDZY PRACĄ A ODPOCZYNKIEM, NARAŻA NAS WSZYSTKICH, NIEZALEŻNIE OD WIEKU, NA CHOROBY SERCA.

ARTUR DROBNIAK, prezes ORL w Warszawie



Fot. J. Kamiński

Dlatego niezwykle cieszą inicjatywy w naszej lekarskiej społeczności, dzięki którym możemy oderwać się od codziennych obowiązków i aktywnie spędzić czas. Na początku września, przy rewelacyjnej pogodzie i bałtyckiej bryzie, odbyły się Igrzyska Lekarskie w Cetniewie. Niemal 1000 uczestników, wiele konkurencji, mnóstwo radości zwycięzców, bez łez przegranych, najwyższej klasy kontuzjowanych. W dobrze wyposażonym ośrodku przygotowań olimpijskich, przy akompaniamencie gwizdków sędziowskich i bezchmurnym niebie. Rodzinna, piknikowa atmosfera, która towarzyszyła wieczornym sesjom wręczania nagród. Ktoś spyta, czy warto, by izba organizowała takie imprezy? Zdecydowanie warto i bardzo zachęcam wszystkich do wzięcia czynnego udziału w kolejnej olimpiadzie.

Nie sposób nie wspomnieć, że nasza Komisja Sportu stara się rozszerzać ofertę aktywności dla lekarzy i lekarzy dentyistów, członków społeczności Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. We wrześniu rozpoczął się kolejny sezon piłkarskiej Ligi OIL. Przy Komisji Sportu mamy kilka prężnie działających



sekcji, gdzie każdy może znaleźć coś dla siebie. A jeśli czegoś brakuje w naszej ofercie, chętnie pomożemy i sfinansujemy działania nowych sekcji. Potrzebna tylko werwa i ochota.

Wiele inicjatyw, które jako izba podejmujemy, ma na celu właśnie przywracanie równowagi między życiem a pracą. A na koniec zostawiam coś, z czego jako lekarze często nie potrafimy korzystać. Odpoczynek. Pozostając przy tematach kardiologicznych: często zapominamy, że nasze serce potrzebuje przerw w wysiłku, aby się zregenerować, tak samo jak my sami. W świecie, gdzie praca jest wartością nadrzędną, a odpoczynek postrzegany jest jako lenistwo, serce staje się ofiarą trybu życia. Tymczasem nasze serca nie są przystosowane do ciągłego napięcia. Potrzebują spokoju, równowagi, czegoś, co przywróci im naturalny rytm. Ale czy w ogóle mamy na to przestrzeń? Warto się zatrzymać. Warto posłuchać swojego serca – dosłownie i w przenośni. Właśnie tego Wam wszystkim, podczas jesiennych i zimowych wieczorów oraz weekendów, życzę. ●

Weźmy sobie zdrowie do serca



Fot. A. Chęcińska

O NOWOCZESNEJ KARDIOLOGII, INTERDYSCYPLINARNEJ MEDYCYNIE STYLU ŻYCIA, PROFILAKTYCE CHOROÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH I INNYCH SCHORZEŃ, A TAKŻE O TRUDNEJ SZTUCE POROZUMIEWANIA SIĘ LEKARZA Z PACJENTEM I UŻYWANIA ARGUMENTÓW OPARTYCH NA WIEDZY MEDYCZNEJ MÓWI **PROF. DR HAB. N. MED. ARTUR MAMCARZ**, KIEROWNIK III KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I KARDIOLOGII WYDZIAŁU LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W MIĘDZYLESKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W WARSZAWIE.

rozmawiała **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Jakie są największe zdobycze kardiologii i czy pacjenci w Polsce z nich korzystają?

Polska kardiologia od wielu lat jest w europejskiej czołówce. Zdobyciami nowoczesnej medycyny zarządzaemy równie dobrze, jak nasi koledzy w UE. Istotnych ograniczeń dla naszych pacjentów nie ma. Postęp dokonuje się we wszystkich obszarach kardiologii – w zachowawczej, interwencyjnej, w diagnostyce i farmakoterapii. Rozmawiamy w momencie, gdy kończy się Europejski Kongres Kardiologiczny w Londynie, który co roku gromadzi specjalistów chorób sercowo-naczyniowych. Jego celem jest podsumowanie osiągnięć w zakresie badań klinicznych, a także ogłoszenie nowych wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznych. Zespół ekspertów, nasze europejskie dowództwo kardiologiczne, rokrocznie przedstawia kilka dokumentów. W tym roku ogłoszono m.in. wytyczne w zakresie diagnostyki, leczenia i postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Wprowadzono nową kategorię – podwyższone ciśnienie tętnicze.

W leczeniu nadciśnienia stałym problemem jest kwestia tzw. adherencji terapeutycznej, czyli zmotywowania pacjenta do przestrzegania zaleceń farmakologicznych i nefarmakologicznych, utrzymania procesu terapeutycznego, aby zmniejszyć ryzyko powikłań, głównie naczyniowych, czyli udaru mózgu, zawału serca, niewydolności serca. Wytyczne zmieniają się wraz z wynikami badań klinicznych, pojawieniem się nowych leków.

Jak nowoczesna farmakoterapia pomaga w leczeniu pacjentów kardiologicznych?

Zyskałyśmy nowe możliwości oddziaływania w przypadku zaburzeń gospodarki lipidowej, przy podwyższonym stężeniu cholesterolu. Mamy leki z grupy inhibitorów lub modulatorów PCSK9, iniekcyjne. Niektóre podaje się raz na dwa tygodnie, inne raz na miesiąc lub nawet raz na pół roku. Pojawił też się jeszcze nowszy lek – kwas bempediowy. Jest już stosowany w niektórych krajach UE, w Polsce jeszcze nie, choć

został zarejestrowany. Wciąż szukamy nowych możliwości interwencji farmakologicznych po to, aby obniżyć poziom cholesterolu i zmniejszyć ryzyko miażdżycy oraz jej powikłań.

Wprowadzamy w kardiologii również leki, które były wcześniej przeznaczone dla pacjentów diabetologicznych, ale w badaniach potwierdzony został pozytywny wynik terapii nimi w przypadku niewydolności serca i wpływ na rokowanie dotyczące długości i jakości życia pacjenta. Leki wcześniej stosowane wyłącznie w leczeniu cukrzycy, a następnie otyłości, obecnie nabierają znaczenia w prewencji i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów, którzy chorują na cukrzycę albo chorobę otyłościową. Obserwujemy postęp w terapii przeciwkrzepliwej, kolejnym obszarze kardiologii, w którym wykorzystujemy leki z grupy NOAC. Nie są nowe, produkuje się je już kilkanaście lat, ale nowoczesne. Ponieważ dysponujemy preparatami generycznymi, są tańsze, więc łatwiej osiągalne dla pacjentów. Część leków w kardiologii finansuje NFZ, inne dostępne są w programach lekowych, w ramach badań klinicznych.

Czego kardiologia potrzebuje najbardziej?

Staramy się o refundację niektórych leków stosowanych w przypadku niewydolności serca. Kolejnym krokiem będzie ubieganie się o refundowanie preparatów wykorzystywanych w leczeniu otyłości, najbardziej powszechnej epidemiologicznie choroby, której terapia łączy wiele dziedzin medycyny. Refundacja leków, które będą leczyć otyłość, a w konsekwencji zapobiegać innym chorobom, np. onkologicznym, zmianom zwyrodnieniowym stawów, schorzeniom kardiologicznym, jest niezbędna również dla zdrowia publicznego. Wydaje się, że generyki, o których mówiłem, obecnie wystarczają w terapii przeciwkrzepliwej, ale ciągle są leki, których koszty nabycia ponoszą pacjenci, np. w przypadku terapii migotania przedsionków. Wydaje mi się jednak, że w porównaniu z innymi specjalnościami polska kardiologia jest w miarę dobrze sytuowana.

Choroby układu krążenia są główną (szacuje się, że stanowią 45–50 proc. przypadków) przyczyną zgonów, także przedwczesnych. Mimo osiągnięć kardiologii, liczba pacjentów jest ogromna. Dlaczego?

Bo ludzie są grzeszni. Palą papierosy, nie są aktywni fizycznie, nie dbają o dietę, nie wykonują badań kontrolnych, nie stosują się do zaleceń lekarzy. Gdyby postępowali odwrotnie, na pewno byliby zdrowsi, chorowali później. W związku z tym trzeba więcej mówić o stylu życia i dążyć do nauczania medycyny stylu życia, której jestem propagatorem. Mówi się o niej na uczelniach medycznych i szkoleniach podyplomowych, ale chyba wciąż zbyt mało.

Medycyna stylu życia kojarzy się z promocją zdrowia, profilaktyką. Nie jest dziedziną medycyny, raczej pewną koncepcją, wskazaniem postępowania, jak żyć zdrowiej.

Nazwałbym ją specjalizacją niesformalizowaną. Istnieją poświęcone jej zagraniczne towarzystwa naukowe, powstało i Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia, lekarze uczestniczą w szkoleniach, zdobywają certyfikaty polskie i zagraniczne. Ale ma pani rację, że medycyna stylu życia odnosi się do szerokiego obszaru działań medycznych – od edukacji i profilaktyki zdrowotnej po terapię.

Jeżeli mamy wytyczne dotyczące leczenia nadciśnienia, nic nie stoi na przeszkodzie, aby zawarto w nich zalecenia nefarmakologiczne. Powinno się podkreślać, że nie należy palić tytoniu, że trzeba unikać alkoholu, utrzymywać aktywność fizyczną, dbać o właściwy model żywienia, jakość snu, a także o kondycję psychiczną i dobre relacje z ludźmi. Przecież samotność ma wpływ na stan naszego organizmu i może być przyczyną wielu chorób, m.in. depresji. Przykładowo szczepienia są elementem medycyny stylu życia. Dla pacjenta z niewydolnością serca, zaszczepionego przeciwko grypie, pneumokokom, COVID-owi, zachorowanie na zapalenie płuc niesie mniejsze ryzyko zgonu niż dla osoby nieszczepionej. Przebieg choroby też jest łagodniejszy. Mówię więc o tych ►►

- szczepieniach przy każdej okazji, bo sezon jesienny się zbliża, a niezaszczepienie się jest po prostu zawstydzające.

Nie jesteśmy w czołówce społeczeństw, które chętnie się szczepią.

Osoby, które cokolwiek złęgo mówią o szczepieniach w profilaktyce dzieci i młodzieży, młodych dorosłych i osób chorujących, są nieodpowiedzialne i szkodzą zdrowiu publicznemu. Kiedyś podczas Kongresu Zdrowia Publicznego, który obradował na WUM, a jego uczestnicy rozmawiali m.in. o szczepieniach, przed szpitalem pediatrycznym policjanci chronili grupę antyszczepionkowców głoszących hasła, których nawet nie należy przypominać. Moim zdaniem nie powinno się takich demonstracji ochraniać, ale do nich nie dopuszczać, bo szkodzą dobru ogółu.

Szczepienia są jednym z największych osiągnięć medycyny, niewykluczone, że najważniejszym. Wciąż trzeba o tym przypominać. Gdyby policzyć, ile osób uratowały przed kalectwem, przed śmiercią, można by śmiało powiedzieć, że są na podium sukcesów nauk medycznych, może nawet na jego pierwszym miejscu. Szczepienia należą do głównych filarów medycyny stylu życia.

Jak rozmawiać z pacjentem, aby zmienił złe nawyki? Jak przekonać ludzi, aby dbali o zdrowie, słuchali autorytetów medycznych, zaufali lekarzom? W książce „Zdrowy język”, która jest zapisem pana rozmowy z językoznawcą prof. Jerzym Bralczykiem, podkreśla pan, że „dodatkową trudność w komunikacji sprawia fakt, że pacjenci są różni”.

Ta książka jest rozmową lekarza z pacjentem, bo prof. Jerzy Bralczyk do tego się przyznaje. Zresztą doświadczenie bycia pacjentem jest powszechne, niezależne od wykonywanej profesji. Profesor podkreślał znaczenie tego, w jaki sposób i jakiego języka używamy, żeby był zrozumiały dla pacjentów lub potencjalnych pacjentów. Jeżeli rozmawiamy z pacjentem o medycynie stylu życia, ważne jest zmotywowanie go do zmiany nawyków, co jest na pewno trudne. Trzeba podkreślić zalety tej zmiany,

fakt, że wysiłek, który pacjent podejmie, w końcu się opłaci. I choć np. aktywność fizyczna objawi się na początku bólem mięśni, w konsekwencji obniży ryzyko chorób sercowo-naczyniowych czy onkologicznych.

Chyba nie ma jednej dobrej metody, gdyż „nie jesteśmy tak naiwni i nie sądzimy, że każdy, kto zostanie poinformowany o tym, że palenie tytoniu, niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej czy brak szczepień są szkodliwe dla zdrowia, natychmiast zmieni swoje przyzwyczajenia”.*

Przekaz trzeba dostosować do możliwości percepcyjnych rozmówcy. Kiedy byłem dużo młodszy, wydawało mi się, że każdego przekonam do swoich racji. Teraz wiem, że nie przekonam wszystkich do konieczności przyjmowania leków obniżających ciśnienie, przeciwcukrzycowych, do zmiany stylu życia, dbania o dietę, rezygnacji z palenia, ale to nie usprawiedliwia braku działania w tym zakresie.

Bywa, że pacjent chciałby wprowadzić zmiany, ale sam nie potrafi, potrzebuje pomocy terapeutycznej.

Mając świadomość, że nie każdy ze zmianą stylu życia poradzi sobie samodzielnie, musimy wykorzystywać systemowe rozwiązania w ochronie zdrowia. Weźmy przykład leczenia choroby otyłościowej. Systemowym rozwiązaniem jest zespół terapeutyczny, który składa się z lekarza internisty, lekarza rodzinnego (obesitologii jako specjalizacji wciąż nie ma), nierzadko chirurga bariatry, w razie potrzeby konsultantów innych specjalności (nefrologa, diabetologa, kardiologa, ortopedy, stomatologa, onkologa), a także psychologa, dietetyka, fizjoterapeuty. Czasami będzie potrzebny pediatra, bo z otyłością mierzą się również dzieci. Tym sposobem zapewniamy interdyscyplinarne, holistyczne podejście do pacjenta i jego problemów zdrowotnych. Nazywam to spajaniem medycyny.

Epidemia otyłości jest problemem z punktu widzenia zdrowia publicznego, potrzebne są systemowe działania. Warto przekonać decydentów, że każda złotówka zainwestowana w diagnostykę

i terapię otyłości przynosi np. 5,7 zł korzyści w wymiarze społecznym, zawodowym. Takie działania nie mogą trwać miesiąc czy rok, gdyż w przewlekłych chorobach efekt końcowy jest odległy, najczęściej przychodzi po okresie dłuższym niż kadencja polityczna. Plany dotyczące działań na rzecz zdrowia społeczeństwa muszą więc być długofalowe.

Potrzebna jest edukacja już w szkole, w przedszkolu?

Jak najwcześniej. Medycyna stylu życia jest kluczem do prewencji u dzieci, młodzieży. Przykładowo, czym innym jest ruch prewencyjny (aktywność fizyczna), a czym innym ruch w leczeniu otyłości. Pacjent, który ma BMI 50 i zadyszkę podczas zmiany koszuli, nie będzie biegł.

Zmiana utrwalonych zwyczajów jest zdecydowanie trudniejsza niż wypracowanie dobrych nawyków u dzieci w szkole podstawowej lub średniej. Pandemia pokazała, przed jakimi wyzwaniem stoimy. Zamknięci w domach ludzie przestali się ruszać, bo mieli pretekst. Nie wychodzili, gdyż obowiązywał zakaz, pamiętamy, że nawet lasy zamknięto. Skutki są widoczne. W tym czasie pacjent w UE przytył średnio 6–8 kg.

Ale przecież nie tylko o ruch chodzi, lecz o wszystkie filary medycyny stylu życia, o których trzeba mówić, uczyć ich i o nich pamiętać. Warto wziąć sobie sprawę zdrowia do serca.

„Praca kardiologa jest głęboko humanistyczna w tym klasycznym rozumieniu, gdyż dotyka tego, co ludzkie, w sensie dosłownym i przenośnym”.
Wybrałby pan kardiologię ponownie?

Pewnie tak. Nie tylko dlatego, że serce to siedziba uczuć. W kardiologii możemy bardzo poprawiać rokowanie pacjenta przez działania prewencyjne, profilaktyczne, terapeutyczne, także inwazyjne, kardiochirurgiczne. W tej niezwykle ciekawej dziedzinie medycyny wciąż dokonuje się ogromny postęp. ●

* Cytaty pochodzą z wypowiedzi prof. Artura Mamcarza, źródło: J. Bralczyk, A. Mamcarz, *Zdrowy język*, PWN, PZWL.

Serce

W PRAINDOEUROPEJSKIM TO BYŁO COŚ W RODZAJU K'RD-. PO GRECKU KARDIA, PO ŁACINIE CORS, W DOPEŁNIACZU CORDIS. W SŁOWIE KARDIOLOGIA TO SŁYSZYMY. ALE JĘZYKI INDOEUROPEJSKIE DZIELĄ SIĘ NA KENTUMOWE I SATEMOWE – TAM, GDZIE W PIERWSZYCH JEST K- (TAKŻE ZAPISYWANE C-), W DRUGICH JEST S-. NAZWY POCHODZĄ OD RÓŻNEJ WYMOWY LICZEBNIKA STO: PO ŁACINIE TO CENTUM, PO AWESTYJSKU SATEM. JĘZYKI GERMAŃSKIE I ROMAŃSKIE SĄ KENTUMOWE, SŁOWIAŃSKIE SATEMOWE I W PRASŁOWIAŃSKIM TEN, WEDŁUG NIEKTÓRYCH NAJWAŻNIEJSZY, NASZ ORGAN NAZYWANO SRDCE.

tekst **JERZY BRALCZYK**



Fot. K. Bartyzel

Dawni Polacy mówili miękko *sierdce*, potem, pod czeskim wpływem, *serce* stwardniało. W dawnej postaci przypominało *środek* – bo właśnie mieści się w środku człowieka. Dzisiejsze medyczne *osierdzie* czy podniosłe *miłosierdzie* jeszcze i miękkość, i *d* w sobie mają, a w zdrobniałym *serduszku* i w zgrubiałym *serduchu* wciąż słychać to zwarcie w postaci *d*. No i oczywiście w słowie *serdeczny*, tak często nadużywanym, że niektórzy mają go *serdecznie dość* (to jeden z rzadkich negatywnych kontekstów słów z tej *serdecznej* rodziny).

Do serca mamy stosunek szczególny. Możemy z nim *rozmawiać*, *przemawiać* do niego i *sluchać* go, a także wzywać do *milczenia*. Uosobiamy je do tego stopnia, że jego nazwę i ludziom nadajemy (a *serdeńkiem* nazywamy już tylko najbliższych). Jest niekwestionowanym siedliskiem uczuć i emocji, a właściwie wszystkiego, co dla nas drogie. Od serca zależy, jaki człowiek jest, bo może mieć serce *lwie*, *gołębie* i *zajęcze*, *twarde*, *kamiennie*, ale i *miękkie jak wosk*. *Wielkie* i *małe*, *otwarte* i *zamknięte*, *pokorne* i *dumne*, *czyste* i *nieczyste*. Takie są serca, jacy ludzie – tacy ludzie, jakie ich serca.

Serce jest organem zmysłów: mówimy, że *czuje*, *słyszy*, *widzi*. Nie smakuje, ale przecież bywa *słodkie*. A nawet *najśodsze* – jako takie funkcjonuje też w sferze religii. I zachowuje się serce jak człowiek: *drży* i *raduje się*, *gniewa się* i *wybacza*, bywa *spokojne* i *poruszone*. Jeżeli czasem sami nie wiemy, co czujemy, możemy

zajrzeć w swoje serce i dowiemy się. Serce to trochę ja sam, ale trochę ten drugi, ten, który może mną kierować. *Ślugą*, niestety, nie bywa, ale przecież może nam *służyć*, oby jak najlepiej i jak najdłużej.

Kiedyś uważano (tak pisał np. nieoceniony biskup Krasiński w swoim „Słowniku synonimów”), że słowo *serce* nie ma synonimów. To niezupełnie prawda. Zwłaszcza wtedy, gdy nam *dokucza*, *doskwiera*, kiedy *mamy z nim problemy*. Wtedy wymyślamy dla niego nazwy, często żartobliwe, wzięte a to z funkcji (*pompka*), a to z dźwięku (*pikawa*). Może staramy się je wzruszyć i rozbawić, jakoś zjednać, a może sygnalizujemy w ten sposób swój dystans do niego...

Lubimy to słowo. I jego symbol, czasem w postaci znaku graficznego, czasem kształtu, który nadajemy naszym wytworom (bardzo często słodkim). Kształt ten niezbyt dokładnie oddaje wygląd tego, co mamy w środku, ale na słowo *serce* reagujemy też wyobrażeniem kształtu.

Nie tylko my, zwierzęta, mamy serce. Serce właściwie może mieć wszystko, czemu choćby metaforycznie i okazjonalnie przypiszemy byt organiczny. I kraj, i miasto, i instytucja. To jest to, co w środku – ale ważniejsze, że to to, co najważniejsze.

A w ogóle to, jak mówi przedwojenna piosenka, „*serce – to najpiękniejsze słowo świata*”. Może to prawda. ●

Potrzebny jest czas

Z **MICHAŁEM MACHOWSKIM**, SPECJALISTĄ W ZAKRESIE KARDIOLOGII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH, SZEFEM ODDZIAŁU INTENSYWNEJ OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE, ROZMAWIA DOROTA LEBIEDZIŃSKA.

Panie doktorze, co panu leży na sercu?

Jest kilka spraw, które chciałbym poruszyć. Pierwsza z nich – to kwestia starzenia się społeczeństwa. Wiele osób, które trafiają na oddziały kardiologiczne, wymaga dalszej opieki. Często są to pacjenci bezdzietni lub tacy, których dzieci wyjechały zagranicę. Taka osoba po wyjściu ze szpitala powinna być umieszczona w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, ewentualnie w domu pomocy społecznej. Wiemy, że na miejsce w tego typu ośrodkach długo się czeka, a to pogarsza „przepustowość” oddziałów kardiologicznych. Druga rzecz, związana ze starzeniem się społeczeństwa, to fakt, że trafiają do nas coraz starsi i ciężiej chorzy pacjenci, z wieloma chorobami współistniejącymi i zespołem kruchości.

Dla porządku ustalmy, z jakimi schorzeniami najczęściej zgłaszają się pacjenci i w jakim wieku?

20-, 30-latkowie z zaburzeniami rytmu, kołataniem serca. Pacjenci po 30. roku życia zgłaszają się z nadciśnieniem tętniczym. Im starszy pacjent, tym częściej obserwujemy rozmaite arytmie, szczególnie migotanie przedsionków i niewydolność serca. Gdzieś po drodze są pacjenci z zespołami wieńcowymi. Ostatnio odnotowujemy duży wzrost liczby rozpoznania zapalenia osierdzia i zapalenia mięśnia sercowego. Wynika to częściowo z dużo większej dostępności diagnostyki. Teraz np. rezonans serca stał się techniką zdecydowanie szerzej stosowaną.

Co w takim razie wynika, z medycznego punktu widzenia, ze starzenia się społeczeństwa?

Z istotnych problemów związanych z faktem, jaka populacja trafia teraz na oddziały, trzeba wspomnieć o terapii uporczywej, terapii daremnej. Jest to termin, który na przestrzeni lat coraz skuteczniej przebija się do świadomości lekarzy. Wydaje się, że doszliśmy do etapu, który wymaga systemowego uporządkowania. Określenia, jak dalece powinniśmy eskalować terapię.

Zawsze pojawia się dylemat w kwestii, do jakiego stopnia intensyfikować leczenie, jak inwazyjnymi technikami wchodzić z terapią. Coraz częściej decydujemy się jednak na leczenie zachowawcze, które jest w gruncie rzeczy sprzeczne z wewnętrznym poczuciem lekarza. Mimo wszystko dąży on przecież do rozwiązania problemu klinicznego z korzyścią dla pacjenta. Powoli uczymy się, że tą korzyścią nie zawsze jest przeprowadzenie operacji wysokiego ryzyka. Czasami to po prostu decyzja o zaprzestaniu dalszych zabiegów i poprawie komfortu schyłku życia. Kolejną sprawą jest przekazanie tej informacji pacjentowi.

Jak pacjenci reagują na informację, że ich życie dobiega końca?

Bardzo różnie, niektórzy ją wypierają. To jest też domena lekarzy, którzy bardzo często lekceważą swoje problemy zdrowotne. Jesteśmy pod tym względem grupą wyjątkową. Mamy tendencję do ignorowania swojego stanu zdrowia i bagatelizowania nawet najbardziej oczywistych złych wyników badań.

Co zrobić, żeby system zadziałał, żeby oddziały kardiologiczne nie musiały zajmować się pacjentem w schyłku życia?

W moim odczuciu to kwestia rozwinięcia specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i jej optymalizacji. Przyjmując w poradni kardiologicznej, widzę, że wiele osób trafia tam zupełnie niepotrzebnie. Według mnie jest to marnotrawstwo zasobów. A zasoby nie są nieskończone. Kolejny problem stanowią pacjenci potrzebujący szybkiej diagnostyki, której zapewnienie im będzie wymagało opóźnienia świadczeń dla pozostałych pacjentów. Ważna jest też sprawa regularności terapii. Część chorych zaprzestaje leczenia. Wraca do niego po paru latach, w tym czasie doświadczając rozmaitych powikłań. Zaniechanie leczenia ma szczególne znaczenie u młodych chorych z nadciśnieniem.

W Polsce wciąż mocno kuleje również rehabilitacja chorych z zawałami serca, choć na przestrzeni ostatnich lat bardzo dużo się zmieniło na plus. Natomiast poważnym problemem jest liczba chorych z niewydolnością serca. W naszym systemie obowiązuje „lekarzocentryzm” – lekarz jest postawiony w centrum opieki nad pacjentem. W innych krajach bardzo dużą rolę odgrywają pielęgniarki, a nawet technicy. Nasz system powinien ewoluować w tym kierunku, ponieważ lekarze nie będą w stanie obsłużyć wszystkich chorych. Problem ten jest bardzo widoczny zwłaszcza w powiatach, gdzie zawsze występuje niedobór kadry lekarskiej.

Starzejemy się jako społeczeństwo, pewne choroby są coraz powszechniejsze i stopniowo ciężar opieki będą przejmowali lekarze rodzinni. Ale w interesie kardiologów leży, żeby wypracowywać schematy współpracy i szkolić lekarzy rodzinnych, by wiedzieli, którego pacjenta pilnie powinien przejąć kardiolog, a któ-



Fot. M. Hrat

regu dalej może prowadzić lekarz rodzinny. To pod opieką lekarzy rodzinnych pacjent pozostaje przez większość czasu.

Czy o systemie opieki zdrowotnej można powiedzieć coś pozytywnego?

Według mnie w Polsce dostępność opieki zdrowotnej jest dobra. Zawsze można porównywać się z krajami, gdzie jest lepsza, ale pamiętajmy, że bez względu na status socjoekonomiczny każdy w Polsce ma zapewnioną (lepszą lub gorszą) opiekę lekarską. Zwłaszcza w szpitalach jest wielu mniej zamożnych pacjentów, którzy wymagają kompleksowych, bardzo drogich procedur. W Stanach Zjednoczonych byłiby pozostawieni sami sobie, bez możliwości leczenia. Z kolei w Skandynawii jest bardzo dobrze rozwinięta opieka ambulatoryjna i to jest ideał, do którego powinniśmy dążyć.

Co trzeba w takim razie zmienić?

Mamy jeden z najlepszych wskaźników przeżywalności po leczeniu za-

wałów w ostrej fazie do 30 dni. Natomiast na szarym końcu jesteśmy, jeśli chodzi o śmiertelność długoterminową. Z doświadczenia wiem, że przy wypisie od razu trzeba ustalić schemat wizyt i dalszą ścieżkę działania, inaczej chory zagubi się w systemie. Wielu pacjentów po zawałach serca nie ma wszczepianych urządzeń typu kardioverter-defibrylator, mimo że są do tego pełne wskazania. Bardzo dużo

W Polsce wciąż mocno kuleje również rehabilitacja chorych z zawałami serca, choć na przestrzeni ostatnich lat bardzo dużo się zmieniło na plus.

zależy od tego, co wydarzy się po wyjściu ze szpitala. Trzeba więc mieć „zapas” personelu i czasu, żeby przyjmować określone grupy pacjentów. Szczególnie dotyczy to chorych z niewydolnością serca, w krótkim okresie po wypisie z placówki. Badania dowodzą, że dopracowanie opieki zaraz po wyjściu chorego ze szpitala, w którym leżał z powodu zaostrzenia nie-

wydolności, przekłada się na rokowanie tego pacjenta. Mam poczucie, że obecnie nie jesteśmy w stanie tego zorganizować albo organizujemy kosztem innych pacjentów. Musimy się nauczyć lepiej zarządzać zasobami systemu i lepiej wyznaczać priorytety opieki nad tymi pacjentami.

Zaopiekowanie się pacjentem w 15–20 minut, bo tyle trwa zwykle wizyta (w zależności od poradni), wymaga ogromnego skupienia lekarza i sprawności sprzętu. Najczęściej psują się drukkarki. I tu znów wypływa nam kwestia mniej oczywistych aspektów optymalizacji systemu. Pielęgniarki i personel pomocniczy mogliby pacjentów uczyć, na co zwracać uwagę w przypadku bólu w klatce piersiowej po zawale serca, kiedy pacjent po zawale serca powinien wzywać karetkę, a kiedy ból nie wynika z chorób serca i wystarczy przyjęcie tabletki przeciwbólowej (i jakiej, jeśli zażywa inne leki). Albo kiedy chory z niewydolnością serca powinien pilnie zgłosić się do lekarza. Na to nie będzie więcej czasu w gabinecie lekarskim. ●

Będzie KSO 2.0

MINISTERSTWO ZDROWIA PRACUJE NAD ZMIANAMI W USTAWIE O KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ. ZAŁOŻENIA DO PROJEKTU MIAŁY BYĆ PRZEDSTAWIONE NA PRZEŁOMIE SIERPNI I WRZEŚNIA, ALE NASTĄPIŁO, NAJWYRAŹNIEJ, OPÓŹNIENIE. TRUDNO UZNAĆ TO ZA SENSACJĘ, CHOĆ NA DUŻE OPÓŹNIENIE RESORT POZWOLIĆ SOBIE NIE MOŻE.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**



Fot. K. Bartyzel

Rąbka tajemnicy uchylono podczas tegorocznej Letniej Akademii Onkologicznej dla Dziennikarzy, która odbyła się 5–7 sierpnia. Konrad Korbiński z Ministerstwa Zdrowia (obecnie dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej, wcześniej wicedyrektor Departamentu Lecznictwa) przypomniał, w jakim miejscu, jeśli chodzi o budowę sieci, jesteśmy: pod koniec lipca opublikowano listę świadczeniodawców, zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej (ten wykaz będzie obowiązywał przez dwa lata). – *Wiele założeń sieci było krytykowanych, ale trzeba powiedzieć jasno, że samo podejście do standaryzacji i stworzenia nowej struktury ośrodków onkologicznych jest działaniem w dobrą stronę. Na pewno nie powinniśmy z niej zrezygnować, jedynie usunąć jej niedoskonałości. Podjęliśmy działania, które są dyskutowane wewnątrz w ramach Krajowej Rady Onkologicznej. To rozwiązania, które przede wszystkim będą uzupełniały pewne braki sieci, a tych braków jest kilka* – powiedział Konrad Korbiński, zapowiadając, że założenia do obszernej nowelizacji zostaną opublikowane na przełomie sierpnia i września (do 9 września takich założeń jednak nie opublikowano).

Wiadomo już, że nowelizacja będzie przebiegać na dwa takt. W pierwszej kolejności mają zostać znowelizowane przepisy dotyczące karty e-DiLO. – *Mamy nadzieję, że w 2025 r. elektroniczna karta DiLO będzie wdrażana. Ma to istotne znaczenie, dlatego że karta DiLO pełni rolę nie tylko nośnika informacji o tym, jak jest prowadzony proces diagnostyczno-terapeutyczny, ale i narzędzia, które umożliwia jego koordynację oraz ma ułatwić pracę onkologom. Tylko wykorzystanie elektronicznej karty DiLO pozwala na automatyzację wpisywania pewnych danych, co odciąży lekarzy i będzie sprzyjało podniesieniu jakości świadczeń* – stwierdził dyrektor Korbiński. Od 1 stycznia 2026 r. karta e-DiLO miałyby być jedynym obowiązującym rozwiązaniem.

Funkcje karty e-DiLO wykraczają daleko poza kwestie techniczne, natomiast w porównaniu z pozostałymi zmianami, o jakich wprowadzeniu myśli ministerstwo, można nowelizację w tej części rzeczwiście uznać za „drobną” czy „techniczną”. – *KSO powinna nie tylko zapewnić standaryzację opieki, równomierne rozmieszczenie ośrodków onkologicznych w Polsce, aby pacjenci mieli nieograniczony i równy dostęp do wysokiej jakości opieki onkologicznej, ale także koordynację i ciągłość opieki na wszystkich etapach diagnostyki i leczenia pacjenta. Obecne przepisy ustawy skupiały się na procesie diagnostyki i terapii, do jej zakończenia w ośrodku szpitalnym* – podkreślił Korbiński. Ministerstwo chce więc rozciągnąć sieć z jednej strony na podstawową opiekę zdrowotną („niezwykle istotny element procesu diagnostyki i profilaktyki chorób onkologicznych”, ale chodzi również o etap opieki kontrolnej po zakończonym leczeniu), z drugiej – na rehabilitację. – *Będziemy tak uzupełniać przepisy, by koordynatorzy byli odpowiedzialni za zapewnienie ciągłości opieki od wczesnej diagnostyki po zakończenie leczenia i opiekę kontrolną* – zaznaczył przedstawiciel resortu.

MZ zapowiada też zmiany w przepisach dotyczących ośrodków SOLO. – *Było wiele głosów krytyki ze świata onkologii, że dzisiejsza struktura sieci ma charakter pionowy, a nie poziomy. W obecnym układzie ośrodki o wyższej referencyjności mają zadania zarządcze albo nadzorujące nad ośrodkami o niższym poziomie referencyjności. W naszej ocenie nie jest to podejście właściwe. Każdy ośrodek zakwalifikowany do SOLO powinien być niezależny, a sieć powinna wspierać współpracę* – powiedział Korbiński. Postulaty dotyczące likwidacji pionowej, czy też „choinkowej”, struktury KSO zgłaszali nie tylko eksperci, ale również organizacje pacjentów – już w trakcie pilotażu. Jednak te głosy przez poprzednie kierownictwo MZ zostały zignorowane.

Jak będzie przebiegać współpraca ośrodków? Ministerstwo nie chce tego przesądzać na poziomie ustawy czy rozporządzeń, przepisy mają tylko określić ramy. – *Chcemy wskazać w przepisach kierunek, ale decyzję o tym, w jakiej formie ta współpraca powinna być realizowana, planujemy pozostawić ośrodkom, bo może nie zawsze ta współpraca musi być sformalizowana* – stwierdził Konrad Korbiński.

Przedstawiciel ministerstwa podkreślił, że dokonana w tej chwili kwalifikacja do poziomów SOLO była konieczna, by uruchomić środki z KPO. Można się jednak spodziewać, że za dwa lata, podczas przygotowywania kolejnego wykazu, emocje będą dużo mniejsze. Ministerstwo chce bowiem nie tylko wypoziomować sieć, ale też spłaszczyć jej strukturę – do dwóch poziomów. Nie wiadomo, czy uda się to w pierwszym podejściu, bo na taką zmianę musi wyrazić zgodę Komisja Europejska. Powód? Poprzedni rząd nie tylko wpisał do kamieni milowych KSO, ale zrobił to z detalami – więc na znaczące zmiany Bruksela musi wyrazić zgodę.

Emocje może uspokoić również decyzja dotycząca premiovania ośrodków, a raczej związku lepszego finansowania z kwalifikacją do wyższego poziomu. – *Nieporozumienia wynikają prawdopodobnie z tego, że wprowadzenie sieci poprzedzone było pilotażem i w ramach tego pilotażu przewidziano dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia onkologicznego pewne współczynniki korygujące. Podczas prowadzenia*

kwalifikacji i po publikacji wykazu pojawiło się pytanie, czy zakwalifikowanie ośrodka do niższego poziomu automatycznie oznacza, że będzie mu przypisany niższy współczynnik korygujący, czyli otrzyma niższe finansowanie – powiedział dyrektor Korbiński. Tymczasem przepisy ustawy już w tej chwili przesądzają, że współczynniki korygujące są związane ze spełnieniem przez ośrodek docelowych wskaźników jakości opieki onkologicznej. – *Celem zastosowania współczynników korygujących jest premiowanie jakości i niezależności, na pewno nie będzie to powiązane z poziomem zabezpieczenia onkologicznego* – wyjaśnił Korbiński.

Jest jeszcze jedna zmiana, która znacząco wpłynie na relacje między ośrodkami SOLO. Choć pod koniec sierpnia MZ opublikowało wykaz 16 ośrodków monitorujących, przygotowywana nowelizacja uwolni ośrodki od funkcji monitorowania jakości. Zadanie to zostanie powierzone odrębnej instytucji. Przedstawiciel resortu mówił, że prawdopodobnie nie będzie powoływana w tym celu żadna nowa agenda, choć trudno w tej chwili przesądzić, komu minister zdrowia ostatecznie powierzy zadanie monitorowania działania Krajowej Sieci Onkologicznej. Nie będzie więc sytuacji, w której jeden szpital jest aktywnie działającym w sieci podmiotem, a jednocześnie zajmuje się monitorowaniem jakości usług świadczonych przez inne podmioty lecznicze. Poza ewidentnym konfliktem interesów, na który zwracali uwagę eksperci, nie bez znaczenia jest fakt, że żaden szpital nie ma doświadczenia w takiej działalności. Doświadczenia oraz narzędzi. ●

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



REKLAMA

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**

Jak izba, to (nie) tylko w Warszawie

TO PARAFRAZA TYTUŁU ZNANEJ NAM WSZYSTKIM PIOSENKI IRENY SANTOR. WYDAJE MI SIĘ JEDNAK, ŻE WARTO W TEN SPOSÓB PRZYPOMNIEĆ, IŻ AKTYWNOŚĆ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ WYKRACZA DALEKO POZA STOLICĘ. DOBRYM PRZYKŁADEM JEST DZIAŁALNOŚĆ DELEGATURY RADOMSKIEJ.

tekst **KAROL STĘPNIEWSKI**, wiceprezes ORL w Warszawie, przewodniczący Delegatury Radomskiej



Fot. archiwum

Zdecydowana większość członków naszego samorządu mieszka i pracuje w Warszawie lub w pobliżu. Najbardziej zainteresowani są zatem działalnością izby w stolicy. Tu można załatwić wszystkie sprawy administracyjne, coraz więcej także internetowo, przez serwis e-Izba.

Natomiast dziś słów kilka o Radomiu. Zapraszam Was na swoistą wycieczkę do jedynej delegatury w strukturach OIL w Warszawie – Delegatury Radomskiej, która obejmuje działaniem południową część województwa mazowieckiego. Kiedyś było to województwo radomskie, po reformie administracyjnej z 1999 r. stało się częścią województwa mazowieckiego.

Nasza siedziba mieści się w pięknej kamienicy przy ul. Rwańskiej 16, w urokliwej części Miasta Kazimierzowskiego, jednej z najstarszych dzielnic Radomia. Sama historia delegatury jest interesująca. Izba w Radomiu została powołana na początku lat 90. ubiegłego wieku, kiedy odradzający się samorząd lekarski decydował o kształcie okręgowych izb lekarskich. Radom stał się wtedy częścią Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie, skąd w 2000 r. trafiliśmy pod skrzydła Warszawy. Okazało się, że była to bardzo słuszna decyzja.

A czym zajmujemy się na co dzień? Tym samym, czym samorządowcy w Warszawie, tylko na mniejszą skalę i w ograniczonym zakresie. Myślę, że można to porównać do głównej siedziby banku i jego filii. Jesteśmy filią największej okręgowej izby lekarskiej w kraju. I jesteśmy z tego dumni! Załatwiamy większość typowych spraw administracyjnych. Wpisy i zmiany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, przyjmowanie wniosków o wydanie Prawa Wykonywania Zawodu, wydawanie dokumentów na staż podyplomowy i późniejsze jego rozliczanie, przyjmowanie wniosków o pożyczki socjalne, zapomogi, odprawy pośmiertne oraz z okazji urodzenia dziecka. Nie starczy miejsca w tym felietonie, żeby wymienić wszystkie sprawy. Muszę jednak wspomnieć o szkoleniach organizowanych

dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Nasza oferta rośnie i jestem przekonany, że nie powiedzieliśmy jeszcze ostatniego słowa. Część szkoleń organizujemy wspólnie z komisjami działającymi przy ORL w Warszawie i z lokalnymi oddziałami towarzystw naukowych znajdującymi się na terenie Delegatury Radomskiej.

Działalność administracyjna i szkoleniowa to nie wszystko. Stałym i ważnym elementem aktywności delegatury są imprezy integrujące środowisko lekarskie. Wspieramy członków izby w realizacji pasji oraz tych dbających o aktywny tryb życia. W Delegaturze Radomskiej stale spotykają się lekarze seniorzy, młodzi adepci naszej profesji i lekarze dentyści. Jest też całe grono lekarzy zainteresowanych historią medycyny, kulturą, sportem. Owocem tych spotkań są m.in. lekarskie imprezy rodzinne, publikacje z zakresu historii medycyny, coroczny turniej tenisa ziemnego i nasze sztandarowe przedsięwzięcie – Otwarte Mistrzostwa Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie. Bieg uliczny, w którym chętnie biorą udział lekarze z całej izby.

Warto dodać, że można aktywnie uczestniczyć w życiu delegatury, korzystać ze wszystkich możliwości, jakie daje (m.in. załatwiać sprawy administracyjne), bez stałej przynależności do niej. Jest to miejsce otwarte dla każdego lekarza i lekarza dentyisty z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Zachęcam do kontaktu z nami i do odwiedzenia naszej siedziby. Każdego ugościmy z należnymi honorami. Zachęcam też do lokalnego działania na rzecz samorządu lekarskiego. Samorząd to my wszyscy!

Izba jest blisko lekarzy. Czasami bliżej, niż myślisz... ●

List intencyjny



Fot. M. Tepernek (WUM)

PRZEDSTAWICIELE OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE, WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO, FUNDACJI RONALDA MCDONALDA ORAZ NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA INTEGRACYJNEGO „ZIELONY LATAWIEC” PODPISALI DOKUMENT O WSPÓŁPRACY. OIL W WARSZAWIE I WUM Z POZYSKANEGO DOFINANSOWANIA ZAPEWNIĄ POKRYCIE CZĘŚCI PRZEDSZKOLNEGO CZESNEGO DLA DZIECI KADRY MEDYCZNEJ. PLACÓWKA ZLOKALIZOWANA BĘDZIE W DOMU RONALDA MCDONALDA.

tekst **MAŁGORZATA HNAT**

Podpisanie listu intencyjnego odbyło się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W uroczystości uczestniczyli m.in. dr n. med. Artur Drobnik, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, prof. dr hab. Piotr Pruszczyk, prorektor WUM ds. nauki i transferu technologii, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Robert Gałązkowski, p.o. rektor WUM, prof. Adam Jelonek, honorowy prezes zarządu Fundacji Ronald McDonalda Polska, Katarzyna Rodziewicz, prezes zarządu i dyrektor wykonawczy fundacji, i państwo Bieleccy – przedstawiciele przedszkola „Zielony Latawiec”, projektu rodzinnego, który rozwijają od 2007 r. Placówka na WUM dla dzieci kadry medycznej będzie pierwszym przyzakładowym przedszkolem w ich działalności.

– Dzisiejsze podpisanie listu intencyjnego na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, dotyczące współpracy w zakresie organizacji przedszkola, jest realizacją jednego z punktów mojego programu wyborczego. Chodzi o to, aby przedszkola powstawały przy dużych ośrodkach pracy lekarzy. Traktuję to jako program pilotażowy. (...) Jeżeli inne jednostki kliniczne czy duże szpitale będą chciały otwierać takie miejsca przy swoich zakła-

dach pracy, jako prezes ORL deklaruje pomoc w ich organizacji, a może nawet we współfinansowaniu – powiedział prezes Drobnik.

Zwrócił uwagę, że młode pokolenia dostrzegają potrzebę *work life balance*, aby jak najwięcej czasu spędzać ze swoimi dziećmi i uczestniczyć w ich dojrzwaniu oraz rozwoju. – Z całą pewnością położenie przedszkola w pobliżu miejsca pracy i elastyczne godziny odbioru pociech są wartością dodaną – podsumował prezes ORL w Warszawie.

– Planujemy szybkie wdrożenie porozumień, aby już tej jesieni można było obniżyć koszt czesnego dla naszych pracowników oraz dla pracowników podmiotów leczniczych WUM. Myślę, że my, jako przedstawiciele uczelni, musimy patrzeć nie tylko na to, co się dzieje w godzinach pracy, ale także na to, co dzieje się poza nimi, i myśleć o szerokim wspieraniu ludzi – dodał prof. Pruszczyk.

Przedszkole integracyjne „Zielony Latawiec” mieści się na terenie Kampusu Banacha, przy ul. ks. Trojedna 2b, w części budynku Domu Ronald McDonalda. Przeznaczone jest dla dzieci od 2. do 5. roku życia. Przewidziano w nim 30 miejsc. ●

Co w jamie ustnej, to w sercu?



Fot. archiwum

DR N. MED. DARIUSZ PALUSZEK,
WICEPREZES ORL W WARSZAWIE
DS. LEKARZY DENTYSTÓW,
ROZMAWIA Z **PROF. ANDRZEJEM
WOJTOWICZEM**, KONSULTANTEM
WOJEWÓDZKIM W DZIEDZINIE
CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ
WUM, M.IN. O TYM, JAK PERIO-
PATOGENY ZWIĄZANE Z CHOROBYMI
PRZYĘBIA MOGĄ PRZYCZYNIĆ SIĘ
DO ROZWOJU MIAŻDŻYCY,
O INTERDYSCYPLINARNEJ WSPÓŁ-
PRACY LEKARZA DENTYSTY
I KARDIOLOGA ORAZ PLANOWA-
NYCH ZMIANACH W KSZTAŁCENIU
STUDENTÓW STOMATOLOGII.

Badania wskazują, że bakteryjne patogeny z poddziąsłowego biofilmu i reakcja zapalna, którą wywołują, mogą wpływać na rozwój zmian miażdżycowych i powodują zwiększone ryzyko problemów sercowo-naczyniowych. Na czym polega ten mechanizm?

Bakterie związane z chorobami przyzębia, czyli periopatogeny (np. *Porphyromonas gingivalis* i *Treponema denticola*), mogą przyczyniać się do rozwoju miażdżycy przez mechanizmy zapalne, które wpływają na naczynia krwionośne. Tę korelację potwierdza wiele badań i publikacji krajowych oraz zagranicznych (np. praca habilitacyjna dr. hab. n. med. Macieja Czerniuka z UCS-WUM). Wciąż jest to obszar intensywnych badań w dziedzinie medycyny oraz stomatologii.

Proces zapalny w organizmie powstaje, ponieważ patogeny z jamy ustnej mogą migrować do układu krwionośnego, wywołując reakcję immunologiczną, co prowadzi do przewlekłego zapalenia, uszkodzenia śródbłonna naczyń i inicjowania procesu odkładania się lipidów tworzących blaszki miażdżycowe.

Bakterie mogą bezpośrednio wnikać w blaszki miażdżycowe, uaktywniać lokalne komórki układu odpornościowego i przyspieszać rozwój zmian miażdżycowych. Dochodzi do produkcji cytokin prozapalnych, niestabilności blaszek, a to z kolei prowadzi do ich pęknięcia i odrywania się, co zwiększa prawdopodobieństwo zawału serca lub udaru.

Co powinien zrobić lekarz dentysta, gdy trafi do niego pacjent z chorobą układu krążenia?

Po badaniu przedmiotowym pacjenta i wywiadzie lekarz dentysta zobowiązany jest do analizy informacji, przekazanych podczas wizyty i pozyskanych z dokumentacji, dotyczących przewlekłych chorób układu sercowo-naczyniowego: nadciśnienia, zaburzeń krzepnięcia i innych.

Niebagatelną rolę odgrywa lekarz dentysta jako edukator pacjenta. Powinien w ramach profilaktyki uświadamiać, jak ważne są higiena jamy ustnej i wizyty kontrolne, oraz informować o związku między chorobami przyzębia a problemami sercowo-naczyniowymi.

Natomiast w przypadku zaawansowanego zapalenia przyzębia lekarz dentysta może zaordynować terapię antybakteryjną, zarówno miejscową (*skaling*, *root planing*), jak i ogólnoustrojową (antybiotyki), aby zredukować w ten sposób licz-

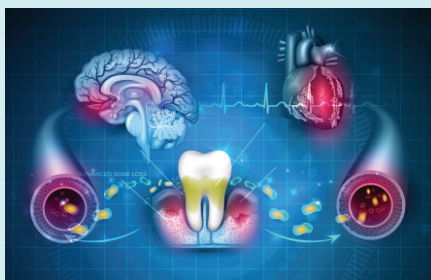
bę periopatogenów. W kontekście zaawansowanej miażdżycy szczególnie ważna jest współpraca interdyscyplinarna lekarza dentystry i kardiologa, aby zapewnić choremu jak najlepszą opiekę. Należy dostosować leczenie stomatologiczne do ogólnego stanu zdrowia i w przypadku planowania zabiegu chirurgicznego zadbać o przygotowanie pacjenta przez lekarza prowadzącego. Jednak pamiętajmy, że odpowiedzialność za wykonanie zabiegu chirurgicznego spoczywa na lekarzu dentyście. Istnieją wskazania do wykonania np. ekstrakcji w warunkach szpitalnych w przypadku małopłytkowości, wysokiego poziomu INR (powyżej 3) i groźby krwawień lub krwotoków (Pruszczyk i wsp., 2016, Konsensus Kardiologiczno-Stomatologiczny).

Jakie narzędzia pomagają oszacować ryzyko postępu choroby sercowo-naczyniowej u pacjentów z chorobami przyzębia?

Jak już wspomniałem, wymaga to podejścia interdyscyplinarnego, łączącego diagnozy stomatologiczną i kardiologiczną. W ocenie ryzyka postępu choroby sercowo-naczyniowej kluczowe znaczenie ma ustalenie stopnia zaawansowania choroby przyzębia. U pacjentów z długotrwałym stanem zapalnym w jamie ustnej, objawiającym się utratą przyczepu łącznotkankowego i głębokimi kieszonkami przyzębnymi, istnieje większe ryzyko rozwoju stanów zapalnych. W ich ocenie pomocne są badania laboratoryjne obejmujące markery, takie jak: CRP (C-reaktywne białko), IL-6 (interleukina-6) oraz TNF- α (czynnik martwicy nowotworów).

U pacjentów z podwyższonym ryzykiem miażdżycy warto rozważyć bardziej zaawansowane techniki obrazowania, np. badanie ultrasonograficzne naczyń (np. USG tętnic szyjnych) w celu stwierdzenia obecności blaszek miażdżycowych i oceny grubości ściany naczynia (IMT – Intima-Media Thickness).

W niektórych przypadkach można zlecić badania genetyczne, które pozwalają ustalić, jakie są predyspozycje danej osoby do reakcji zapalnej, lub badania mikrobiologiczne, aby precyzyjnie określić rodzaj występujących periopatogenów, które mogą mieć wpływ na stan serca i naczyń.



Jakie szanse na leczenie implantoprotetyczne mają pacjenci cierpiący na choroby układu krążenia pochodzenia miażdżycowego (ASCVD)? Czy są grupą wykluczoną z tego rodzaju terapii?

Leczenie implantoprotetyczne w takim przypadku jest bezpieczne pod warunkiem odpowiedniego przygotowania, współpracy z kardiologiem i zastosowania środków ostrożności. Należy starannie ocenić stan zdrowia chorego, kontrolować ryzyko powikłań i przeprowadzać zabieg w sposób minimalizujący stres. Ale trzeba pamiętać, że przeciwwskazań do leczenia implantoprotetycznego u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego jest sporo. Ci z niestabilną chorobą wieńcową, niewyównaną niewydolnością serca, ostrym zawałem serca nie są kandydatami do takiej terapii. W przypadku pacjentów po świeżo przeżytym zawałe, angioplastyce, wszczepieniu stentu lub po operacji pomostowania wieńcowego (bypass) należy odroczyć implantację przynajmniej o 6–12 miesięcy.

Natomiast istnieje cała grupa pacjentów z innymi problemami, m.in.: z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, arytmia, w trakcie terapii lekami przeciwzakrzepowymi, ze sztucznymi zastawkami serca, obniżoną odpornością (immunoniekompentni) i zwiększonym ryzykiem zapalenia wsierdza (np. z wadami serca), z silnymi reakcjami na leki znieczulające. Oni narażeni są zwykle na zwiększone ryzyko powikłań po zabiegu – problemy z gojeniem, osteointegracją implantu.

Czy planowane są zmiany w nauczaniu stomatologii w Polsce, także jeśli chodzi o multidyscyplinarność tej dziedziny medycyny i standardy światowe?

Obserwujemy dynamiczny rozwój edukacji stomatologicznej w naszym kraju, a udoskonalenie systemu kształcenia lekarzy dentystry ma na celu lepsze przystosowanie ich do wymogów współczesnej medycyny międzynarodowej oraz rynku pracy. W krajach zachodnich, zwłaszcza w Niemczech, Wielkiej Brytanii i Skandynawii, wdrażane są programy profilaktyki zdrowotnej, które uwzględniają regularne oceny stanu zdrowia jamy ustnej u pacjentów z grup ryzyka. Osobom z chorobami sercowo-naczyniowymi zaleca się regularne wizyty kontrolne u dentystry i leczenie periodontologiczne w celu minimalizacji ryzyka. W Europie Zachodniej standardem staje się podejście łączące opiekę stomatologiczną i kardiologiczną. I właśnie zgodnie z takimi tendencjami chcemy kształcić studentów stomatologii.

Najważniejsze kierunki planowanych zmian obejmą m.in. korekty programu i metodologii nauczania (nauka oparta na symulacjach i wirtualnej rzeczywistości) oraz nacisk na wspomnianą interdyscyplinarność. Współczesny lekarz dentystry powinien mieć wiedzę z zakresu medycyny ogólnej – z kardiologii, diabetologii, onkologii itd., ponieważ schorzenia jamy ustnej są często związane z chorobami ogólnoustrojowymi.

Przewidujemy również: przeformułowanie kształcenia w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, periodontologii i ortodoncji; wprowadzenie edukacji w zakresie komunikacji i zarządzania gabinetem; zwiększenie wiedzy w dziedzinie zdrowia psychicznego i holistycznej opieki nad pacjentem; rozwój badań naukowych i nacisk na *evidence-based dentistry* [stomatologię opartą na dowodach – przyp. red.]; realizację nowych wytycznych dotyczących staży podyplomowych.

W ramach zajęć z nowych technologii w stomatologii chcielibyśmy rozszerzyć program nauczania o stomatologię cyfrową, CAD/CAM (komputerowe projektowanie i modelowanie), druk 3D oraz laseroterapię. Studenci będą kształceni w zakresie obsługi nowoczesnych urządzeń i programów, które zmieniają sposób leczenia pacjentów. ●

Gdy unit nie jest już opcją

POPRAWA ERGONOMII PRACY W STOMATOLOGII, NOWOCZESNE ROZWIĄZANIA SPRZĘTOWE, NOWE METODY PRZEPROWADZANIA ZABIEGÓW, A TAKŻE KORZYSTANIE PRZEZ LEKARZY DENTYSTÓW ZE WSPARCIA FIZJOTERAPEUTÓW, Z PEWNOŚCIĄ POZYTYWNE WPŁYWAJĄ NA MOŻLIWOŚĆ DŁUŻSZEJ PRACY W ZDROWIU.

tekst **ANNA PRAWDZIK**



Fot. U. Wołńska-Kula

Dane GUS z 2022 r. dowodzą, że 37,6 proc. lekarzy dentyistów pracujących bezpośrednio z pacjentem ma 50–69 lat. Co jednak będzie, gdy wystąpi konieczność zakończenia pracy w gabinecie na długo przed osiągnięciem wieku emerytalnego? Czynniki wynikające z charakterystyki pracy, ale też niezwiązane z wykonywanym zawodem mogą stać się przyczyną czasowej lub całkowitej niezdolności do pracy, a także niepełnosprawności.

Ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy to gwarancja jakości opieki medycznej. Nabywanie wiedzy (nie tylko medycznej, lecz również z zakresu prawa, marketingu i zarządzania), stosowanie sprzętu i nowych rozwiązań dotyczących przeprowadzania zabiegów, przeszkalanie w tym zakresie członków personelu medycznego w gabinecie, rozwój kompetencji miękkich – to tylko część zagadnień, które lekarz dentyista musi łączyć w procesie doskonalenia zawodowego.

Posiadanie tak szerokiego zakresu umiejętności wydaje się stawiać lekarza dentyistę, który traci możliwość wykonywania pracy zabiegowej, w dobrej pozycji do poszukiwania nowych perspektyw zawodowych. W 2023 r. lekarze dentyści uzyskali prawo do uczestniczenia w szkoleniach specjalizacyjnych z zakresu psychoterapii. Innym rozwiązaniem jest działalność dydaktyczna i naukowa. Jednakże dla wielu lekarzy dentyistów niemożność pracy z pacjentami przy unicie nadal oznacza koniec drogi zawodowej związanej z medycyną. Powszechne zainteresowanie ubezpieczeniami odzwierciedla, jak poważnym i rzeczywistym problemem w tej grupie zawodowej jest perspektywa całkowitej niezdolności do pracy.

Pozostanie w medycynie może wymagać od lekarzy dentyistów z niepełnosprawnościami obrania nowego kierunku działań. Aktualnie lekarze dentyści w Polsce wybierają spośród ośmiu specjalizacji. Wśród nich znajdują się zdrowie publiczne i epidemiologia, które umożliwiają pracę niezabiegową. W niektórych krajach przewiduje się możliwość rozwoju lekarzy dentyistów w nawet kilkunastu specjalizacjach. Mikrobiologia, mikrobiologia jamy ustnej oraz radiologia stomatologiczna – to

specjalizacje uznane za ścieżki zawodowe lekarzy dentyistów przez kilkadziesiąt państw.

W Polsce specjalizacja z mikrobiologii lekarskiej dostępna jest wyłącznie dla absolwentów kierunku lekarskiego. Rozważano umożliwienie lekarzom dentyistom wyboru tej specjalizacji lub stworzenie specjalizacji z mikrobiologii jamy ustnej, jednak bez efektu. Innym dyskutowanym pomysłem było utworzenie specjalizacji z radiologii stomatologicznej.

Elementy mikrobiologii i radiologii stomatologicznej stanowią nieodzowny fragment pracy lekarza dentyisty. Możliwość kształcenia się w tych kierunkach w ramach szkolenia specjalizacyjnego wydaje się naturalnym i oczekiwanym następstwem rozwoju tych dziedzin w kontekście stomatologii. Lekarzom dentyistom z niepełnosprawnościami nowe specjalizacje zapewniłyby kontynuowanie pracy w medycynie z wykorzystaniem posiadanej wiedzy i doświadczenia.

Kluczowe jest, aby środowisko medyczne i decydenci dostrzegali konieczność rozszerzenia wachlarza propozycji rozwoju zawodowego dla lekarzy dentyistów, co pozwoli na pełniejsze wykorzystywanie potencjału tej grupy zawodowej, z uwzględnieniem lekarzy dentyistów z niepełnosprawnościami. Rozwój radiologii stomatologicznej oraz mikrobiologii, a jednocześnie powiązanie tych dziedzin ze stomatologią wydają się być przesłankami do utworzenia stosownych dróg szkolenia specjalizacyjnego. Poszukiwanie przez lekarzy dentyistów możliwości wykorzystania posiadanych kompetencji do działania na rzecz zdrowia pacjentów to tylko potwierdzenie, że wybór zawodu lekarza jest więcej niż wyborem zawodu, jest wyborem życia związanego z medycyną. ●



Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja dla dzieci członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

W ramach ubezpieczenia zapewniamy m.in. wypłatę środków w razie ciężkiej choroby i nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie NNW PZU Edukacja daje możliwość ochrony życia i zdrowia Twoich dzieci.

Dla kogo jest ubezpieczenie NNW PZU Edukacja

Ubezpieczamy:

- ✓ dzieci od dnia narodzin, niezależnie od tego, czy są w żłobkach, przedszkolach czy klubach dziecięcych,
- ✓ uczniów szkół podstawowych i średnich,
- ✓ studentów do 25. roku życia.

Jak działa ubezpieczenie dla dzieci, młodzieży i studentów



Wypłacamy pieniądze w razie następstw nieprzewidzianych zdarzeń. Nasze ubezpieczenie obejmuje nie tylko **następstwa popularnych złamań czy zwichnięć, ale także m.in. ukąszeń, pogryzień, oparzeń i wstrząśnienia mózgu.**



Jeśli wypadek zdarzy się **w czasie wycieczki szkolnej, wypłacimy wyższe odszkodowanie** niż w razie każdego innego wypadku – 1,5% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu.



Ponosimy odpowiedzialność również za **wypadki komunikacyjne na wodzie i w powietrzu, a także za wypadki spowodowane uprawianiem sportów** (rekreacyjnie, wyczynowo, zawodowo) – nawet tych wysokiego ryzyka.



Zwracamy koszty **zakupu sprzętu ortopedycznego i odbudowy zębów stałych** uszkodzonych podczas wypadku.



Po nieszczęśliwym wypadku nie trzeba szukać pomocy na własną rękę – na terenie Polski **możemy zorganizować i opłacić m.in. konsultacje lekarskie czy domowe wizyty fizjoterapeuty i pielęgniarki.**



Zapewniamy wsparcie również, **gdy dziecko poważnie zachoruje** na jedną z chorób objętych zakresem ubezpieczenia, m. in. cukrzycę typu 1, neuroboreliozę czy wściekliznę. **Wypłacamy pieniądze także w razie wystąpienia pocovidowego zespołu PIMS-TS.**



Zarówno po wypadku dziecka, jak i w ciężkiej chorobie możemy zorganizować dla niego i opłacić **pomoc psychologiczną** (do kwoty 2000 zł) oraz **korepetycje** (do kwoty 1200 zł).



Aby otrzymać świadczenia za drobne urazy (do 0,5% sumy ubezpieczenia), które wymagają jednorazowej interwencji lekarza, **nie trzeba odbywać wizyty kontrolnej.**

Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie



Wszędzie – na całym świecie 24/7. Wypłacimy świadczenie niezależnie od tego, czy do zdarzenia dojdzie **w domu, w szkole, na boisku, na obozie sportowym czy podczas wakacji za granicą.**

Aby przystąpić do ubezpieczenia wejdź na stronę ins-med.pl.

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



22 494 36 50, 577 930 370,
577 930 380, 577 930 560
(opłata zgodna z taryfą operatora)



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



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

ins INS Services

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczenia NNW PZU Edukacja, dostępnych na pzu.pl.

MATERIAŁ MARKETINGOWY

Kwadrans. I ani sekundy dłużej?

O 15 MINUTACH NA PRZYJĘCIE PACJENTA, Z PUNKTU WIDZENIA PRACOWNIKA POGOTOWIA ORAZ LEKARZA PRZEJMUJĄCEGO PACJENTÓW OD ZAŁOGI AMBULANSU, MÓWI **MARCIN SANOCKI**, SPECJALISTA PEDIATRII I CHORÓB PŁUC DZIECI, LEKARZ ODDZIAŁU KLINICZNEGO PNEUMONOLOGII I ALERGOLOGII WIEKU DZIECIĘCEGO I PEDIATRII DZIECIĘCEGO SZPITALA KLINICZNEGO W WARSZAWIE, A TAKŻE ZASTĘPCA DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH POWIATOWEJ STACJI RATOWNICTWA MEDYCZNEGO POWIATU WARSZAWSKIEGO ZACHODNIEGO W BŁONIU.

rozmawiała **ANETTA CHĘCIŃSKA**

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym czeka na zmiany. Jedną z regulacji zawartych w nowelizacji, która z pewnością będzie miała znaczenie dla organizacji pracy szpitalnych oddziałów ratunkowych, jest wprowadzenie wymogu przyjęcia do szpitala pacjenta przywiezionego przez zespół ratownictwa medycznego w czasie nie dłuższym niż 15 minut. Ten czas będzie liczony od momentu przybycia ZRM do placówki. Co o owym kwadransie na przekazanie pacjenta przez ratowników medycznych pod opiekę SOR sądzą bezpośrednio zaangażowani w działanie medycy?

Pracuje pan w pogotowiu ratunkowym, a także na oddziale szpitalnym. Spójrzmy na SOR z obu perspektyw. Czy przejęcie każdego pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego zgodnie z zapisanym w projekcie nowelizacji czasem jest możliwe?

Będzie to może nie nierealne, ale trudne, bo problem jest złożony. Mam doświadczenie z pracy na SOR pediatrycznym. Tam raczej nie zdarzają się długie przestoje, kolejki karetek. Zawsze staramy się pomóc dzieciom jak najszybciej, mimo że pełniemy również dyżury urazowe dla dużej części mieszkańców Warszawy. Znam jednak również sytuację w placówkach dla dorosłych, ponieważ w rejonie operacyjnym pogotowia ratunkowego w Błoniu jednym ze szpitalnych oddziałów ratunkowych, do których wozimy pacjentów, jest SOR w Szpitalu Bielańskim. Zdarzało się, że czas oczekiwania na zarejestrowanie nasze-

go podopiecznego i podjęcie jakichkolwiek działań wobec niego wynosił 3–4 godziny.

Ten czas oczekiwania wynikał z...

Niewydolności całego systemu. Przecież wiemy, że karetki pogotowia często są traktowane jak środek transportu na badanie, a pacjenci zgłaszający się na SOR powinni być przyjęci ze swoimi problemami zdrowotnymi w poradni POZ. Niejednokrotnie stan pacjenta nie wymaga pilnego przewozu do szpitala, ale rodzina wywiera tak dużą presję na ratowników, że chorego zabierają. W sezonie infekcyjnym bywa, że dochodzi do niewydolności oddziałów, które nie są w stanie tak dużej liczby pacjentów w krótkim czasie przyjąć, leczyć, wypisać i szybko przyjmować kolejnych. Odgórne założenie, że w ciągu 15 minut od przyjazdu karetki pacjent ma być zarejestrowany na SOR, bo przepis do tego się sprowadza, jest więc problematyczne.

Karetki nie powinny stać zbyt długo na podjeździe do szpitala, ale być w akcji. Zgoda, obawiam się jednak, że szybkie przejęcie pacjenta będzie okupione silną frustracją pracowników szpitalnego oddziału ratunkowego, który z SOR szybko zmieni się w SOR-townię. Aby sprostać regule 15 minut, pacjentów będzie trzeba jak najszybciej przekazywać dalej, żeby zrobić miejsce na przyjęcie następnych. Z drugiej strony zespoły ratownictwa dostaną dość mocny argument, żeby jeszcze bardziej naciskać na SOR, by przyspieszył działanie. Sytuacja, gdy zespół ambulansu czeka ponad 2 godziny, bo nie ma miejsca w szpitalu, a pacjent musi do niego trafić, może rodzić pewną frustrację również wśród ratowników, którzy doskonale rozumieją, że ich rolą jest działanie. Przyznam jednak, że część kadry ratowniczej, i nie da się jej pominąć, im dłużej stoi w miejscu, tym bardziej jest zadowolona. Może się zatem okazać, że gdy zaczniemy wymagać od wszystkich



Fot. G. Stec

jednakowego zaangażowania w pracę, zacznie się problem z obsadą zespołów ratownictwa medycznego.

A skąd wspomniane 15 minut? I jak będzie liczone to „od do”?

Nie wiem, co jest podstawą przyjęcia takiej wartości, aczkolwiek te kwadranse są dość często spotykane w zasadach opieki nad pacjentem. Sądzę więc, że ma to uzasadnienie chociażby w wytycznych postępowania w medycynie ratunkowej.

Natomiast w praktyce każdy zespół ratownictwa medycznego ma dostęp do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego i jednym kliknięciem na tablecie potwierdza, że jest w szpitalu z pacjentem.

Myszę, że ten czas będzie weryfikowany – o której godzinie zespół dojechał do szpitala, o której dokonano wpisu pacjenta do dokumentacji placówki itd. Systemy są ze sobą skomunikowane przez platformę P1. I takie krzyżowe porównania dokumentacji, przez MZ czy NFZ, będą z pewnością przeprowadzane. Skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala, skrócenie czasu pobytu pacjenta na SOR ma przecież przyczynić się do poprawy jakości opieki zdrowotnej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w stanowisku z 19 lipca 2024 r. zgłosiło zastrzeżenia do proponowanego zapisu, argumentując, że czas 15 minut na przyjęcie pacjenta „może negatywnie wpływać na prawa innych pacjentów, którzy

w świetle wiedzy medycznej mogą wymagać pilniejszego zaopatrzenia”.

Nie wiadomo, na ile zdeterminowane będzie obecne kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, żeby wymóg 15 minut zachować. Obawiam się, że będzie trudno przeforsować jakiegokolwiek zmiany. Mam też wrażenie, że te wartości są uśredniane dla całej Polski. Tymczasem inaczej sprawa wygląda w dużej aglomeracji, inaczej – w mniejszych ośrodkach powiatowych. Szpitalne oddziały ratunkowe w Warszawie są z góry na straconej pozycji, bo jest ich zbyt mało w stosunku do liczby pacjentów. Ze względu na liczbę ludności stolicy (mieszkańców, przyjezdnych) szacowaną na 4 mln, nie ma szans, aby oddziały w Warszawie sprostały ministe- ►►

- ryalnym wymogom. Zaproponowane we wspomnianym stanowisku NRL 30 minut z kolei to trochę zbyt długo, ale może to być propozycja trochę na zapas, żeby po negocjacjach zejść np. do 20.

Za przekroczenie limitu będą kary?

Przepisy są tak sformułowane, że w przypadku nieprzestrzegania czasu płatnik, czyli NFZ, może nałożyć karę umowną lub zakwestionować finansowanie SOR. Z jednej strony dążymy do tego, żeby tych oddziałów było więcej, żeby były dostępne, a z drugiej – grozi się odebraniem kontraktu. Dobra wiadomość jest taka, że planuje się podwyższenie kwoty ryczałtu dla SOR. Trzeba jednak pamiętać, że oddział oddziałowi nierówny. I tu znów wracamy do dysproporcji między jednostkami. W dużych miastach pacjentów zgłaszających się na SOR jest więcej, bo np. nie dostali się do lekarza w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo z nocnej pomocy zostali skierowani na oddział. Jednak ich zdrowiu nie zagraża niebezpieczeństwo i jako tzw. pacjen-

tom zielonym, z długim czasem oczekiwania, udziela się im konsultacji na szpitalnym oddziale ratunkowym. To też przyczynia się do obciążania personelu i zwiększania kosztów. Wyraźnie widać to w pediatrii, bo jeśli dziecko dotarło do szpitala, to zazwyczaj ktoś miał istotne obawy, co do jego stanu zdrowia. Wówczas diagnostyka zwykle wykracza poza badanie lekarskie. Nie jestem pewien, jakie rozwiązanie problemu planuje ustawodawca.

Pacjentów, którzy traktują SOR jak nocną przychodnię, wciąż jest zbyt wielu?

Zdecydowanie tak. W sezonie infekcyjnym przychodzą z katarem, nieraz czekają kilka godzin, nierazko się nie rejestrują i rezygnują, widząc kolejkę. A przecież na SOR powinni być przyjęci ci, którzy faktycznie wymagają hospitalizacji. Średnio z 200 pacjentów konsultowanych w moim szpitalu (łącznie tutaj SOR „czerwony”, chirurgiczny i pediatryczny) przyjmowanych jest 20 rzeczywiście w trybie ostrym. Jednak

pozostali idą do domu po uzyskaniu porady lub podstawowej pomocy w ramach SOR, ale ich obsługa pochłania czas i siły personelu. Jeśli pacjentów, np. w sezonie infekcyjnym, jest bardzo wielu i dochodzi jeszcze przyjęcie pacjenta, którego przywiezie karetka, w ciągu 15 minut, trudno pogodzić wszystkie zadania.

Skracanie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala jest z pewnością ideą słuszną. Pytanie, jak osiągnąć cel?

Wprowadzenie regulacji ogólnych bez uwzględnienia realiów przyjmowania pacjentów z karetek, przypomina próbę naprawy silnika samochodu przez bałaganik. Zgadzam się, że czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala bywa zbyt długi. Uważam jednak, że najpierw trzeba zadbać o większą obsadę oddziałów, tym samym o lepsze dofinansowanie SOR, żeby w tych pierwszych minutach więcej osób mogło zająć się pacjentem. Takie podejście byłoby bardziej produktywnie niż ogólna regulacja. ●

KICK OFF Meeting

Wyjazd szkoleniowo-integracyjny dla lekarzy stażystów

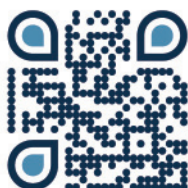


Z-Hotel Business & Spa
Otwock



5–6 października 2024 r.

Zapisy
i informacje:
izba-lekarska.pl

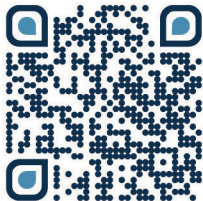




USŁUGI KSIĘGOWE



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.



Zapraszamy na szkolenia !

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na szkolenia.
Są bezpłatne lub dofinansowane, za wszystkie zdobywa się punkty edukacyjne.

Październik 2024

- 12.10.** - Kurs resuscytacji. Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci (EPALS)
- 12.10.** - Podstawowa ocena serca. USG Płuc Point of Care
- 15.10.** - Zaburzenia połykania jako problem interdyscyplinarny

Listopad 2024

- 16.11.** - Kurs resuscytacji. Zaawansowane czynności resuscytacyjne u dorosłych (ALS)
- 17.11.** - Zagadnienia medycyny pola walki, część I podstawowa
- 23.11.** - Włókno kompozytowe w odcinku bocznym i przednim – proste rozwiązania w różnych przypadkach klinicznych
- 24.11.** - Zagadnienia medycyny pola walki, część II rozszerzona



Na wszystkie szkolenia wymagane są zapisy:



SZCZEPIMY – CHRONIMY – BEZPŁATNE SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE DLA LEKARZY

W ramach akcji „Szczepimy – chronimy” Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie po raz siódmy zaprasza swoich członków na bezpłatne szczepienia przeciwko grypie.

TERMIN SZCZEPIEŃ: 1–31 października (z wyjątkiem 9 i 10 października oraz sobót i niedziel).

Szczepienia będą wykonywane w sześciu przychodniach na warszawskim Mokotowie. Wyboru lokalizacji i terminu należy dokonać za pośrednictwem formularza na stronie OIL. Seniorzy mogą się zarejestrować telefonicznie, pod numerem: 22 542 83 33.

Dobra opieka nad umierającym pacjentem jest naszą powinnością

Z DR N. MED. AGATĄ MALENDĄ, SPECJALISTKĄ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH, HEMATOLOGIĄ, ZAJMUJĄCĄ SIĘ RÓWNIEŻ OPIEKĄ PALIATYWNĄ, ROZMAWIA DOROTA LEBIEDZIŃSKA.



Czy lekarz może przygotować pacjenta i rodzinę na śmierć?

Proces umierania i śmierci jest indywidualnym przeżyciem każdego człowieka. Myślę zatem, że twierdząca odpowiedź na to pytanie byłaby przesadą. Żaden lekarz, pielęgniarka, psycholog czy duchowny w pojedynkę nie są w stanie przygotować pacjenta oraz jego rodziny na śmierć, a co za tym idzie na żałobę. Przede wszystkim dlatego, że nie możemy przewidzieć, jak te momenty będą w rzeczywistości wyglądały. W mojej opinii możemy jednak nie dokładać cierpienia lub chociażby nie przeszkadzać w tych procesach. Czy możemy pomóc? Tak. I nie mam tutaj na myśli skracania czasu odchodzenia czy jego wydłużania. Śmierć przyjdzie wtedy, kiedy jest jej czas. Jako lekarze możemy jednak sprawić, aby pacjenta nie bolało, aby nie odczuwał duszności, aby nie było mu zimno, aby nie był głodny, aby czuł się zauważony i ważny, aby – jeżeli tego chce – umierał w obecności bliskich. Możemy też po prostu odpowiadać na jego pytania: czy ja już umieram? jak to będzie przebiegało? czy jeżeli będę potrzebował, podacie mi leki?

Jak zaopiekować się umierającym pacjentem? Na co zwrócić szczególną uwagę?

Przede wszystkim zaakceptować, że ten konkretny pacjent może umrzeć. I nie bać się tego. Jeżeli mamy świadomość,

Fot. archiwum

że choroba jest nieuleczalna, że wykorzystaliśmy wszystkie możliwości, że podejmowanie kolejnych interwencji przysporzy choremu więcej cierpienia niż przyniesie ulgi, warto dopuścić do siebie myśl, że najlepsze, co teraz możemy zrobić, to pozwolić temu człowiekowi odejść. Jeżeli pacjent jest przytomny, usiąść i porozmawiać z nim o tym. Powiedzieć, że kolejna chemioterapia, radioterapia, zabieg operacyjny mogą spowodować tyle działań niepożądanych, że będzie czuł się gorzej niż dotychczas, a choroba w najlepszym wypadku jedynie na chwilę spowolni. Pokazać inne możliwości: spędzenie ostatnich chwil życia z najbliższymi, opiekę hospicyjną. I pozwolić choremu wybrać. Tylko, aby to zrobić, trzeba najpierw samemu uznać, że te inne możliwości nie są jedynie pozostawieniem chorego samemu sobie. I że często są znacznie lepsze dla pacjenta niż intensyfikacja terapii. Choć postęp medycyny wydaje się nieograniczony, ma jednak swój kres. Dlatego w naszych działaniach podkreślamy konieczność zaprzestania terapii daremnej czy uporczywej.

Jak rozmawiać z rodziną o umieraniu, jak przygotować ją na odejście osoby bliskiej, dziecka? Czy w ogóle można to zrobić?

Niestety, nie istnieje uniwersalny schemat rozmowy, którą można w takich sytuacjach przeprowadzić. Z moich doświadczeń wynika, że każda rodzina jest inna i do każdej trzeba podejść inaczej. Jedynie słuchanie sprawdza się zawsze. I obserwowanie. Przede wszystkim pacjenta. Jeżeli jest świadomy, pytamy go, czy i z kim mamy porozmawiać na temat jego stanu. Nadal zdarza się, że rodzina pacjenta prosi: – *Pani doktor, proszę mu nic nie mówić. My wiemy. Ale on umrze, gdy się dowiedzie.* Tylko że często on już umiera. Pamiętajmy o tym, że nasza opieka dotyczy konkretnego człowieka i to on jest naszym „przewodnikiem”. On decyduje, ile chce wiedzieć i ile mamy przekazać innym, a my jesteśmy zobowiązani dostosować komunikat do niego. Przekazać informację o rokowaniu oraz umieraniu w sposób, który zrozumie. Ja na pytanie: – *Pani doktor, czy*

ja umieram?, często odpowiadam: – *Nie wiem. A jak pan czuje?* I ludzie odpowiadają różnie. Często mówią, że tak, czują, że umierają, i mają rację. Często mówią, że tak, ale potrzebują jeszcze chwili, żeby się pożegnać. A często mówią, że chyba tak, ale jeszcze nie chcą, i czy ja coś mogę zrobić. I mogę: podać tlen, aby nie odczuwali duszności, leki, aby nie bolało, sprawić, aby ich lęk był mniejszy, zapytać, czy chcą, abym zadzwoniła do rodziny. Ale powstrzymać śmierci nie mogę.

Jeżeli pacjent jest nieprzytomny, nie zapytamy go o to, kogo poinformować o jego odchodzeniu. Informujemy upoważnione osoby. Choć tak naprawdę nigdy nie mamy pewności, czego chciałby pacjent w takiej sytuacji. Dlatego tak ważne jest prowadzenie tych rozmów wcześniej i poznawanie naszych chorych. Dlatego tak bardzo nam zależy na wprowadzeniu oświadczeń *pro futuro* oraz stanowiska pełnomocnika zdrowia pacjenta. Abyśmy nie zgadywali, tylko wiedzieli, czego chciałby pacjent.

A rozmowy z rodziną? Przede wszystkim należy być szczerym. I wobec siebie, i wobec osób, z którymi rozmawiamy. Nie kłamać. Nie obiecywać czegoś, czego nie jesteśmy w stanie zrobić. I słuchać. Pobyć trochę w tej niewygodzie, trudnych emocjach, czasami złości, czasami zaprzeczeniu, często wielkiej rozpaczy. Te wszystkie emocje, nawet kiedy wydają się wymierzone w nas, nie nas dotyczą. Najlepsze, co możemy zrobić, to pozwolić owym emocjom przepłynąć. Ale na to potrzebny jest czas. A w warunkach, w jakich pracujemy, to towar deficytowy. Warto więc pracować w zespole, czy w wiosce, jak ją nazywamy na naszych konferencjach.

Jak takie emocje odbijają się na lekarzu, na jego psychice?

Jeżeli młody lekarz zderza się ze śmiercią pacjenta po raz pierwszy, a nie ma z kim o tym porozmawiać, poprosić o pomoc, czuje się samotny i bezsilny. W toku edukacji uczeni jesteśmy przede wszystkim robić „coś”, walczyć o życie, ratować, nie poddawać się. Śmierć pacjenta wydaje nam się

porażką. Co więcej, wciąż słyszymy, że jest porażką: „*Pacjent i lekarz przegrali walkę z nowotworem*”. „*Był dzielny, ale choroba go pokonała*”. „*Medycyna okazała się bezradna*”. Trudno więc odczuwać cokolwiek innego niż bezsilność i frustrację, że nam się nie udało. Młodzi lekarze coraz częściej wybierają dziedziny medycyny, w których rzadko spotykają się z pacjentem umierającym. A jeżeli się spotykają, wolą odwrócić oczy, przekazać go pod opiekę hospicyjną i nie zastanawiać się, co było dalej. Czasem czytają epitafia o treści: „*X zmarł w dniu Y. Powiadomiamia pogrążona w smutku rodzina*”. I tyle. Ale te emocje w człowieku pozostają i przychodzą w najmniej spodziewanym momencie.

Jak lekarz znosi taką presję?

Często nie znosi. Jest zmęczony, sfrustrowany, wypalony, myśli o zmianie zawodu. Albo zaczyna działać automatycznie, nie widzi już człowieka, tylko procedurę medyczną: uszkodzenie nerek -> dializa, zatrzymanie oddechu -> reanimacja i respiratoroterapia, brak możliwości karmienia -> sonda. A przy tym wszystkim nie rozmawia ani z pacjentem, ani z jego rodziną, ani ze współpracownikami, ani z samym sobą. A rozmowa to podstawa. Działanie w pojedynkę jest bardzo wyczerpujące. Trudno to wytrzymać.

Dlatego organizujemy konferencje. Aby pokazać, że można inaczej. Chcemy, aby nasi słuchacze uwierzyli, że dobra opieka nad umierającym pacjentem to nasza powinność, a terapia daremna jest naprawdę daremna i czas, który na nią przeznaczamy, warto wykorzystać w inny sposób. Ze rozmowy o umieraniu, śmierci czy żałobie wzbogacają nasze życie i sprawiają, że bardziej je doceniamy. A co najważniejsze – nikt z nas nie jest wszechmogący, a każdy człowiek kiedyś umrze. Pragniemy rozbudzić myśl, że tak samo jak walczyliśmy o życie naszych pacjentów, tak samo powinniśmy walczyć o ich dobrą i godną śmierć. A jest ona możliwa tylko wtedy, kiedy zadbamy o nas samych, zespoły, w których pracujemy, oraz nawiążemy dialog z pacjentami i ich rodzinami. ●

Pomoc humanitarna na celowniku

PERSONEL MEDYCZNY, PRACOWNICY I WOLONTARIUSZE ORGANIZACJI POMOCOWYCH CORAZ CZĘŚCIEJ STAJĄ SIĘ CELEM ATAKÓW W OBSZARACH OBJĘTYCH KONFLIKTAMI ZBROJNYMI. NIESIENIE POMOCY MEDYCZNEJ I HUMANITARNEJ W TAKICH STREFACH STAJE SIĘ DZIAŁANIEM PODWÓJNIE RYZYKOWNYM.

tekst **MARIA LIBURA**



Fot. J. Szełfranski

Już nie tylko przypadkowa kula, zmęczenie i trudne warunki na zniszczonych wojną terenach stają na przeszkodzie wypełnianiu ważnej misji. Znak czerwonego krzyża lub czerwonego półksiężyca, zamiast chronić, zamienia czasem działaczy w żywe tarcze. Tylko w roku 2023 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) odnotowała 1520 ataków na oznakowane placówki opieki medycznej, w wyniku których zginęło nie mniej niż 750 pacjentów i niosących im pomoc medyków, a 1250 osób zostało rannych.

Rok 2023 był też najbardziej dramatyczny pod względem liczby ofiar śmiertelnych wśród pracowników organizacji humanitarnych; według bazy danych Aid Worker Security zginęło ich 280. Niestety, wiele wskazuje na to, że w 2024 r. ten niechlubny rekord może zostać pobity. Do połowy września na całym świecie zginęło już 200 pracowników organizacji humanitarnych, zaangażowanych w dostarczanie żywności, wody i środków medycznych ludności cywilnej w rejonach objętych kryzysem.

Większość tych wydarzeń przechodzi praktycznie bez echa, odnotowują je tylko media lokalne. Nagłaśnia się jedynie wyjątkowo dramatyczne przypadki, kiedy ofiarami są obywatele państw wysoko rozwiniętych, takie jak niesławny atak na konwój World Central Kitchen w Strefie Gazy, dokonany 1 kwietnia 2024 r. przez Siły Obronne Izraela. Wśród zabitych znalazł się m.in. Polak, a incydent spotkał się z szerokim potępieniem międzynarodowym, zarówno ze strony Unii Europejskiej, jak Wielkiej Brytanii i Chin. Tragedie miejscowych wolontariuszy bez zagranicznego paszportu pozostają zwykle cichym tłem ponurych scen teatrów wojennych.

Doszliśmy do momentu, w którym odbiorcom treści medialnych opatrzyły się już nawet zdjęcia zbombardowanych szpitali dziecięcych. Media społecznościowe i powszechna dostępność smartfonów pozwalają rejestrować dramaty i zbrodnie. Cóż jednak daje powszechna, czasem nawet natychmiastowa dostępność tych informacji, skoro odbiorcy tracą wrażliwość na coraz bardziej drastyczne bodźce, przełączając z rosnącą obojętnością rolę z kolejnej masakry „gdzieś na świecie” na streaming horroru na ulubionej platformie cyfrowej?

Normalizacja przemocy wobec cywilów, załóg medycznych i niosących pomoc to proces, który cofa nas w poszanowaniu praw człowieka o dekady. Gwarancje przysługujące personelowi i placówkom medycznym na mocy prawa międzynarodowego są regularnie lekceważone, bez większych reperkusji dla naruszających te normy – zauważył doktor Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor generalny WHO, w komentarzu na portalu Al Jazeera opublikowanym z okazji Światowego Dnia Pomocy Humanitarnej. Tymczasem zniszczenie nawet jednego szpitala w rejonach objętych konfliktem rodzi ogromne ryzyko dla życia i zdrowia ludzi, którzy pozostają bez pomocy w cierpieniu. Co więcej, nasilenie ataków na teoretycznie objętych specjalną ochroną pracowników służb medycznych odstrasza od podejmowania działań o charakterze humanitarnym, pogarszając trudną sytuację ludności cywilnej w strefie działań zbrojnych.

Oczywiście, takie barbarzyńskie akty mają długą historię. Wiemy to dobrze w Polsce. W końcu II wojnę światową 1 września 1939 r. rozpoczął nalot niemieckiego lotnictwa na

odpowiednio oznakowany Szpital Wszystkich Świętych w Wieluniu. 32 osoby, które zginęły w wyniku tego bestialstwa – pacjenci i pracownicy szpitala – stanowiły pierwsze ofiary II wojny światowej. Wydarzenie to przepowiadało jeszcze straszniejsze zbrodnie dokonywane na ludności cywilnej przez niemieckiego okupanta.

Portal attacksonhealthukraine.org podaje, że od inwazji Rosji na Ukrainę w lutym 2022 r. odnotowano 1521 rosyjskich ataków na ukraińską infrastrukturę medyczną. W ich efekcie zniszczone lub poważnie uszkodzone zostały 773 szpitale i przychodnie. Co najmniej 234 pracowników sektora zdrowia zginęło, wielu zostało rannych. Pracujący na Ukrainie polscy ratownicy medyczni wskazują, że oznakowanie wozu jako ambulansu bywa większym zagrożeniem niż jazda samochodem wojskowym; zamiast powstrzymać przed atakiem, podnosi ryzyko stania się celem. Oddalamy się niebezpiecznie od wypracowanych z trudem zwyczajów i przyjętych konwencji międzynarodowych, które hamować miały instrumentalizację cierpienia jako broni samej w sobie.

A przecież idea Czerwonego Krzyża wyrosła z przekonania, że wyraźne oznakowanie neutralnych osób niosących z własnej woli pomoc ofiarom wojny zapewni im szacunek i ochroni przed agresją. Stworzył ową ideę Henry Dunant po naocznej, bezpośredniej konfrontacji z cierpieniem rannych i umierających na polu bitwy. Ten szwajcarski kupiec z Genewy podczas podró-

ży w 1859 r. znalazł się zbiegiem okoliczności w pobliżu miasteczka Solferino niedługo po tym, gdy krwawą, wielogodziną bitwą stoczyła tam armia austriacka z siłami francusko-włoskimi. Straty po obu stronach były przerażające: armia austriacka zanotowała 2352 zabitych, 10 645 rannych i 6944 zaginionych, połączone siły francusko-sardyńskie miały 2313 zabitych, 12 102 rannych i 2786 zaginionych.

Pod Solferino nie tylko nie miał kto zbierać ciał poległych, ale nawet tysiącom rannych pozostawało czekać na litościwą śmierć. Dunant mimo braku przeszkolenia medycznego włączył się w pomoc przeżywającym męczarnie żołnierzom, a oglądanie bezmiaru cierpienia kazało mu potem napisać książkę „Wspomnienie Solferino”. Wezwał w niej do utworzenia składającej się z ochotników formacji przygotowanej do pomocy w warunkach wojny i katastrof. Rozumiejąc wagę bezpieczeństwa wolontariuszy, zaproponował specjalny, dobrze widoczny znak – czerwony krzyż, sygnalizujący neutralność niosących ulgę w cierpieniu. Za ten pomysł i liczne wysiłki na rzecz jego realizacji został Dunant zasłużenie pierwszym laureatem Pokojowej Nagrody Nobla w 1901 r. Taka symboliczna gwarancja działa jednak wyłącznie wówczas, gdy wszystkie strony konfliktu dostrzegają wartość ograniczania cierpienia i darzą szacunkiem tych, którzy z poświęceniem realizują taką misję. Rosnąca liczba umyślnych ataków na personel medyczny i humanitarny sugeruje, że ta wspólna siatka wartości po raz kolejny w historii niebezpiecznie ulega atrofii. ●



MONTE SOL
RESIDENCE

**Kup luksusowy
apartament
z widokiem
na Karkonosze**

Najwyższy standard
w sercu Szklarskiej Poręby



BASEN
ZEWNETRZNY



SPA



MOŻLIWOŚĆ INSTALACJI
PRYWATNEJ SAUNY

OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY:
OPŁATY NOTARIALNE GRATIS



REKLAMA

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

Nowy początek

CZY TEGOROCZNĄ JESIENIĄ POLACY ZACZNĄ TRAKTOWAĆ COVID-19 JAK INNE CHOROBY ZAKAŻNE? WIEDZA TO NAJSILNIEJSZA BROŃ PRZED ZARAZKAMI. BRAK NASZEJ WYOBRAŹNI JEST ICH NAJWIĘKSZYM SPRZYMIERZENCEM.

tekst **PAWEŁ WALEWSKI**



Fot. L. Zych/„Polityka”

Autor jest publicystą „Polityki”.

Wyraźne zwiększenie się liczby zakażeń koronawirusem w połowie sierpnia było zaskoczeniem dla wielu Polaków. Jedni o nim już zapomnieli, inni przygotowani byli na pojawienie się fali przeziębień wraz z grypą dopiero jesienią. Ostatnia rzecz, do której chciałoby się powracać w środku lata, to wspomnienia wakacji spędzanych w zamknięciu w domach. Wizja noszenia masek do tego stopnia źle się kojarzy, że gdy główny inspektor sanitarny mimochodem wspomniał o takim zaleceniu, natychmiast naraził się na hejt, jakby zapowiadał kolejny lockdown.

Choć od początku pandemii minęły cztery lata i dawno zniesiono wszelkie restrykcje (korzystając z faktu, że wirus został lepiej poznany i jego obecne mutacje są mniej groźne, a spora część populacji zaszczepiła się lub naturalnie uodporniła), postcovidowa trauma nie mija. Jest nadal potężna i ludzie reagują na choroby zakaźne silnymi emocjami. Może nie paniką, ale

zdumieniem: to koronawirus jeszcze nam zagraża? Ktoś z jego powodu może umrzeć? Trzeba nosić maseczki?

Kiedy o covidzie nikt nie słyszał, ignorowanie zarazków było na porządku dziennym. Polskie społeczeństwo, tak jak cała Europa, żyło w błogim przekonaniu, że mamy XXI w. i żadne plagi nam nie grożą. Mało kogo zastanawiało, dlaczego nastolatki wciąż umierają na powikłania pogrypowe, tak jak ich rówieśnicy podczas wielkiej epidemii grypy hiszpanki 100 lat temu. Złota era szczepień, jaką przeżywaliśmy w ubiegłym stuleciu, oraz rozkwit antybiotyków uspiły czujność, więc zaczęto lekceważyć choroby zakaźne, koncentrując się na raku i chorobach układu krążenia. Katastrofalne epidemie AIDS, SARS, grypy H5N1 tylko co jakiś czas zmieniały to nastawienie i dopiero COVID-19 przypomniał światu, do czego prowadzi ignorowanie zagrożenia.

WIRUS TO NIE METEORYT

Zbiorowa mądrość jest efektem refleksji, czasu i doświadczenia. Ponoć człowiek może osiągnąć mądrość po dziesięcioleciach, a wspólnota po wiekach. SARS-CoV-2 stanowił przez pewien czas nowość, choć historia jego powstania wcale nie wydaje się oryginalna. Od czarnej śmierci po polio i gruźlicę najgroźniejsze patogeny przemieszczały się zawsze po cichu, przenoszone przez zwierzęta lub pozornie zdrowych ludzi. Podobne opowieści dotyczą dżumy, żółtej febry, eboli itp. Można by się z nich wiele nauczyć w kwestii, jak skuteczniej reagować na kolejną pandemię. Dystans, izolacja, stosowanie zabezpieczeń na

usta i nos to nie są wcale wymysły nowoczesnego zakaźnictwa. Ale czy z tych doświadczeń ludzkość wyciągała kiedykolwiek wnioski? Wygląda na to, że nie. Bo nie tylko historycy medycyny są ignorowani, na głos specjalistów opinia publiczna też pozostaje głucha (lub tak pewna swoich racji, że eksperckie zalecenia z miejsca poddawane są krytyce, co pokazuje wspomniany przykład protestu przeciw maseczkom).

Przez lata, zanim pojawił się COVID-19, wmawiano ludziom, że powinni obawiać się w różnych częściach świata SARS i MERS, ziki i eboli, wysoce zjadliwej ptasiej grypy H5N1. Nigdy nie była to jednak groźba globalna. Być może obawiano się czegoś niewłaściwego, zapominając, że wybuchu pandemii nie powoduje nieznaną bestia, lecz przyczynia się do tego sam człowiek. A mówiąc precyzyjniej: warunki, które wokół siebie tworzy, ułatwiające zarazkom ekspansję w podobny sposób, jaki miał miejsce od zarania dziejów.

Pandemia grypy H1N1 w 2009 r. była wytworem ludzkiej fabryki chorób. Najprawdopodobniej zrodziła się na ogromnej fermie świń w meksykańskim stanie Veracruz, należącej częściowo do Smithfield Foods, gigantycznego amerykańskiego konglomeratu zajmującego się hodowlą trzody chlewnej i pakowaniem mięsa. Z kolei „fabryka chorób” na hurtowym rynku owoców morza w Wuhan jest uważana za źródło COVID-19, ponieważ jej specyficzne warunki sprzyjały ewolucji nowego zakaźnego wirusa ludzkiego. Zwierzęta zamknięte w zatłoczonych klatkach, robotnicy stłoczeni razem z nimi, ciągle napływ gości na targ nie mogły stworzyć lepszych warunków fabrycznych dla wzmocnienia wirusa i służyły jako kanał jego szybkiego rozprzestrzeniania się. Globalny transport w naszym połączonym świecie zrobił resztę.

Może gdyby o tym stale przypominać pacjentom, mniej byłoby zaskoczonych, że ewolucja covidu nie ustala i będziemy z koronawirusami

żyć tak, jak z innymi bakcydami wywołującymi przeziębienia lub zakażenia górnych dróg oddechowych? Chyba najbardziej przerażającym aspektem tej pandemii jest dwoistość: z jednej strony nadmierny strach, jaki wciąż wywołuje, a z drugiej – kompletne lekceważenie i pomijanie środków ostrożności. Nawet grypa z 1918 r., w stosunkowo krótkim czasie, utraciła swoją wielką śmiertelność i stała się zwykłą gripą, która jest z nami do dzisiaj. Ile czasu zajmie oswojenie się z covidem i nauczenie ludzi postrzegania go w kategoriach infekcji, która może się przydarzyć przez cały rok (choć ze względu na powikłania i konsekwencje lepiej, by tak się nie stało)?

NIE BĘDZIE HAPPY ENDU

Zgodnie z długą tradycją, próbując zrozumieć pandemię, większość badaczy i klinicystów skupia się na bezpośrednio obserwowanych szczegółach. W samym środku katastrofalnego wybuchu choroby, kiedy szuka się wskazówek umożliwiających skuteczną profilaktykę i kontrolę, to skupienie jest zrozumiałe i konieczne. Jednak w obliczu złożonych interakcji społecznych i ekologicznych, przy długotrwałych staraniach o zdobycie mądrości, nauka skoncentrowana na jednym celu niewiele pomaga. Aby covid nie wywoływał już więcej histerii, ale nie był też źródłem niepotrzebnych zgonów wśród najsłabszych, potrzeba czegoś więcej – edukacji.

W wywiadzie udzielonym w maju 2020 r. lekarz Ali Khan, były dyrektor Biura ds. Gotowości i Reagowania Zdrowia Publicznego w amerykańskich Centrach Kontroli i Prewencji

Chorób, odpowiadał na pytanie, co spowodowało tak katastrofalnie nieudaną globalną reakcję na COVID-19 w 2020 r.? Czy był to brak informacji naukowych, czy brak pieniędzy? – *Chodziło o brak wyobraźni* – odparł Khan.

Od tamtej pory minęły cztery lata i sytuacja, choć zetknięcie z nowymi wariantami omikrona jest dużo mniej ryzykowne, nadal przypomina przejażdżkę rollercoasterem, a jak wiadomo, nie wszyscy ją dobrze znoszą. Szybka kolejka górską, z wysokimi wzniesieniami, stromymi spadkami i gwałtownymi zakrętami, doskonale obrazuje naturalny przebieg pandemii – jej dość regularne fale, które układają się w kształcie sinuoid, ale też odzwierciedla związane z nimi zmagania i emocje.

Moment, w jakim się znaleźliśmy, nie jest ani przełomowy, ani nieznan z historii wcześniejszej walki z epidemiami. Z jednej strony nie jesteśmy już w najniebezpieczniejszej fazie pandemii i wraz z rosnącą liczbą ozdowieńców oraz zaszczepionych na trasie naszego wagonika będą łagodniejsze podjazdy. Ale wiadomo też, że odporność ludzi z czasem słabnie, starszych i chorych przewlekle nie brakuje. Za każdym więc razem, gdy pojawi się nowy wariant wirusa (jak w sierpniu KP.2, wywodzący się z linii JN.1), mocno tym wagonikiem zatrzęsie i trzeba będzie zwiększyć środki bezpieczeństwa, by minąć kolejną przeszkodę.

Czy istnieje mądrość, która sprostą temu zadaniu? Czy nasze społeczeństwo ma na tyle wyobraźni, by się temu nie sprzeciwić? ●

STOMASZ

PIĘKNY,
NIEPRAWDAŻ?

na rynku
38lat
450
inwestycji

DOMY Z BALI

www.stomasz.pl **PRODUCENT**

REKLAMA

Wręczenie skierowań na staż podyplomowy

12 WRZEŚNIA 2024 R. 809 LEKARZY I 170 LEKARZY DENTYSTÓW ODEBRAŁO W AULI WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SKIEROWANIA NA STAŻE PODYPLOMOWE.

tekst **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Spotkanie rozpoczęło się krótką częścią oficjalną z udziałem przedstawicieli Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – dr. n. med. Artura Drobnika, prezesa ORL w Warszawie, i dr. n. med. Dariusza Paluszka, wiceprezesa ORL. Obecni byli również Piotr Winciunas, przewodniczący Komisji Rejestracji i PWZ ORL, oraz lek. Małgorzata Terlecka-Maciejewska. Warszawski Uniwersytet Medyczny reprezentowali p.o. rektor prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Robert Gałązkowski, prof. dr hab. n. med. Piotr Pruszczyk, prorektor ds. nauki i transferu technologii, dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk oraz prodziekan tego wydziału prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek. Spotkanie prowadziła Iwona Dziedzic-Gawryś, dyrektor komunikacji i mediów OIL w Warszawie.

Na wstępie prezes ORL Artur Drobnik zwrócił się do stażystów: – *To symboliczny moment początku waszej kariery lekarskiej. Za kilka lat będziecie wspominać tę chwilę z nutą*

satysfakcji. Będzie to droga pełna wyzwań. Intensywny okres, w którym będziecie mogli zastosować zdobytą wiedzę, ale też czas nowych przyjaźni i przyzwyczajania się do kultury pracy w jednostkach ochrony zdrowia. Nauczycie się pracować pod presją czasu i podejmowania decyzji. (...) Integrujemy środowisko lekarskie i wspieramy się nawzajem. Tutaj, w izbie, możecie liczyć na pomoc prawną, doradztwo zawodowe oraz szeroką ofertę szkoleń i kursów specjalistycznych, które pomogą wam rozwijać kompetencje i umiejętności.

Następnie zebranych powitał p.o. rektor WUM: – *Każdy z was przez lata studiów zdobywał wiedzę, doskonalił umiejętności i rozwijał pasję do medycyny. Praca, determinacja i poświęcenie przyniosły wam ogromny sukces, ale to, co najważniejsze, dopiero przed wami. Nie tylko techniczne umiejętności i wiedza będą waszym atutem, ale też empatia, troska i zrozumienie drugiego człowieka. Te cechy czynią z lekarza prawdziwego profesjonalistę.*



Fot. G. Stęć

Głos zabrał także wiceprezes ORL Dariusz Paluszek: – *Witam państwa na nowej drodze życia. Od tego momentu zaczynacie pracować sami. Najbliższy czas to czas nauki samodzielnej pracy z pacjentem, człowiekiem, który przyszedł po poradę i szuka pomocy.*

Na zakończenie dr Małgorzata Terlecka-Maciejewska powiedziała: – *Nadszedł początek państwa wielkiej przygody, wymagającej odwagi, determinacji i pasji. Jako starsza koleżanka, mogę zapewnić, że stres i niepewność nie znikną. One są wpisane w tę podróż. Jednak pamiętajcie, że każda podróż wymaga pierwszego kroku. A wiem, że na to wyzwanie jesteście państwo gotowi.*

O krótką wypowiedź poprosiliśmy Annę Grochowską, absolwentkę kierunku lekarskiego WUM, tegoroczną stażystkę w Szpitalu Wolskim: – *Z prawdziwą ekscytacją myślę o naj-*

bliższych miesiącach, jest to zwieńczenie sześciu ciężkich lat nauki. Teraz możemy tak naprawdę przekuć tę wiedzę na pracę z pacjentem. Jest to wielkie wyzwanie, ale też satysfakcja. Jestem psychologiem, więc dla mnie medycyna jest nową ścieżką, która daje odmienną perspektywę. Patrzę z nadzieją w przyszłość.

W warszawskich szpitalach przygotowano 367 miejsc dla lekarzy, a w podmiotach prowadzących staż dla lekarzy dentyistów – 152 miejsca. Natomiast na całym terenie działania OIL w Warszawie jest 846 miejsc stażowych dla lekarzy w szpitalach oraz 236 miejsc stażowych dla lekarzy dentyistów.

Wszystkim stażystom zgromadzonym w auli Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wydano karty stażu podyplomowego, skierowania na staż podyplomowy, każdy otrzymał Kodeks Etyki Lekarskiej. ●



Fot. G. Stec, A. Jurowski, WUM

Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych

OD BLISKO ROKU PRZY RZECZNIKU PRAW PACJENTA DZIAŁA FUNDUSZ KOMPENSACYJNY ZDARZEŃ MEDYCZNYCH. DZIĘKI JEGO UTWORZENIU PACJENCI, KTÓRZY DOZNALI SZKODY ZWIĄZANEJ Z LECZENIEM, MOGĄ LICZYĆ NA SZYBKIE WSPARCIE FINANSOWE, BEZ WCHODZENIA W SPÓR ZE SZPITALEM I BEZ KONIECZNOŚCI UDOWADNIANIA JEGO WINY. ROZWIĄZANIE TO, WZOROWANE NA STOSOWANYCH W INNYCH PAŃSTWACH, ZWŁASZCZA SKANDYNAWSKICH, SKUPIA SIĘ NA ANALIZIE PRZYCZYN ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO, NIE NA KARACH I SANKCJACH. DAJE WIĘC SZANSĘ NA POPRAWĘ BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW ORAZ STOPNIOWE ZMNIEJSZENIE LICZBY SPRAW W SĄDACH I PROKURATURACH. WAŻNĄ ROLĘ W TYM MODELU ODGRYWAJĄ LEKARZE DOKONUJĄCY MERYTORYCZNEJ OCENY WSPIERAJĄCEJ DECYZJE WYDAWANE PRZEZ RZECZNIKA.

tekst **TOMASZ MŁYNARSKI**, dyrektor Departamentu Świadczeń Kompensacyjnych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta



Fot. archiwum

Już w pierwszym roku funkcjonowania nowego trybu pozasądowego do rzecznika wpłynęło ponad 900 wniosków, a zatem więcej niż trafiało do niedawno zlikwidowanych 16 wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Rzecznik przyznał dotąd ponad 2,8 mln zł odszkodowań blisko 50 osobom. Średnia wysokość świadczenia wynosi 60 tys. zł. We wszystkich przypadkach kwota rekompensaty została zaakceptowana przez wnioskodawcę, co jest równoznaczne ze zrzczeniem się roszczeń odszkodowawczych.

SPRAWY OBJĘTE FUNDUSZEM KOMPENSACYJNYM

Fundusz Kompensacyjny jest finansowany z odpisu ze składki zdrowotnej przekazywanej przez NFZ. Obejmuje zdarzenia medyczne, do których doszło:

- w szpitalu (nie dotyczy więc świadczeń ambulatoryjnych ani świadczeń stacjonarnych, innych niż szpitalne),

- w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (nie obejmuje zatem świadczeń realizowanych na zasadach komercyjnych),
- nie wcześniej niż 6 września 2023 r., wcześniejsze zaś – pod warunkiem, że wnioskodawca dowiedział się o szkodzie po tym terminie.

Pacjent ma prawo złożyć wniosek o przyznanie świadczenia w razie uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zakażenia szpitalnego. W takim przypadku może liczyć na świadczenie kompensacyjne w wysokości do 222 800 zł (wyjściowa kwota przewidziana w ustawie to 200 tys., jednak jest ona corocznie waloryzowana). W przypadku śmierci pacjenta z powodu zdarzenia medycznego wnioski mogą złożyć jego rodzice, dzieci oraz małżonek niepozostający w separacji lub osoba pozostająca z nim we wspólnym pożyciu. Maksymalna wysokość świadczenia wynosi wówczas 111 400 zł. Nie można skorzystać z tego trybu, jeśli otrzymało się już odszkodowanie lub skierowało sprawę do sądu.



Zamieszczona na stronie internetowej rzecznika anonimowa ankieta pozwala sprawdzić, czy dana sprawa pozostaje w zakresie działania funduszu. Można tam również znaleźć wzór wniosku oraz instrukcję jego wypełnienia i złożenia.

POSTĘPOWANIE TOCZĄCE SIĘ PRZED RZECZNIKIEM

Wniosek do rzecznika można wnieść w ciągu roku od dnia, w którym stwierdzono rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała, zakażenie szpitalne lub nastąpiła śmierć pacjenta, ale nie później niż trzy lata od zdarzenia. Jedyne koszty postępowania to ryczałtowa opłata za złożenie wniosku w wysokości 335 zł.

Rzecznik rozpatruje sprawę w trybie postępowania administracyjnego. Jego jedyną stroną jest wnioskodawca, który nie musi prowadzić sporu z placówką medyczną. W postępowaniu tym nie ustala się winy podmiotu leczniczego. Istotne jest, czy uszczerbku na zdrowiu pacjenta lub jego śmierci można było z wysokim prawdopodobieństwem uniknąć, gdyby świadczenie zdrowotne zostało udzielone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo też gdyby została zastosowana inna dostępna metoda diagnostyczna lub lecznicza. Świadczenie się nie należy, jeśli doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę.

Ciężar postępowania spoczywa na rzeczniku, który gromadzi dokumentację medyczną oraz zdobywa informacje i wyjaśnienia od podmiotów biorących udział w leczeniu pacjenta. Chodzi zatem nie tylko o szpital, którego dotyczy wniosek. Każda placówka ma obowiązek współpracy z rzecznikiem, a jeśli utrudnia zbadanie sprawy, naraża się na karę pieniężną. Kolejnym krokiem jest pozyskanie opinii medycznej oceniającej, czy doszło do zdarzenia medycznego, a zatem, czy szkody można było uniknąć.

DECYZJA

Termin na wydanie decyzji wynosi trzy miesiące plus czas na uzupełnienie informacji oraz oczekiwanie na przedłożenie niezbędnych dokumentów i wyjaśnień. Wnioskodawcy służy odwołanie od decyzji. Rozpatruje ją niezależna komisja, składająca się z dziewięciu członków z wykształceniem prawniczym lub medycznym, reprezentujących różne środowiska, w tym samorząd lekarski.

Jeśli decyzja jest pozytywna, wnioskodawca może w ciągu 30 dni przyjąć świadczenie lub zrezygnować z niego. Przyjęcie świadczenia oznacza zrzeczenie się roszczenia o odszkodowanie i zadośćuczynienie. Pacjent, który doznał poważnych następstw zdarzenia medycznego, otrzymuje dodatkowo od rzecznika zaświadczenie, które przez określony czas uprawnia do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej.

PERSPEKTYWA SZPITALA

O wypłacie świadczenia rzecznik informuje szpital, którego dotyczy wniosek. Zgodnie z ustawą placówka ma w takim przypadku obowiązek przeprowadzić analizę przyczyn zdarzenia medycznego oraz wdrożyć działania mające na celu zapobieżenie podobnym zdarzeniom w przyszłości. Decyzja rzecznika zapewnia szpitalom obiektywną, opartą na fachowej wiedzy medycznej, informację o zdarzeniach niepożądanych skutkujących szkodą. Może zatem stać się elementem wspierającym system jakości i bezpieczeństwa, ale też być źródłem danych do analiz oraz rekomendacji służących zapewnieniu bezpieczeństwa dla całego systemu ochrony zdrowia.

Z punktu widzenia szpitali i personelu medycznego nowy model kompensacji szkód medycznych oznacza m.in. ograniczenie liczby sporów prawnych, niższe ryzyko utraty reputacji, obniżenie kosztów odszkodowań, kosztów prawnych i sądowych, szansę na zapłatę niższej składki za polisę OC. W dalszej perspektywie, wraz ze wzrostem liczby spraw procedowanych w tym trybie, można liczyć również na zmniejszenie się liczby zawiadomień kierowanych przez poszkodowanych do prokuratury, na większe bezpieczeństwo prawne i komfort pracy personelu medycznego, lepsze warunki zgłaszania zdarzeń niepożądanych i ich analizowania, a wreszcie poprawę bezpieczeństwa pacjentów oraz obniżenie bieżących wydatków szpitali.

WSPÓŁPRACA Z EKSPERTAMI Z ZAKRESU MEDYCZYNY

Kluczowa dla powodzenia całego przedsięwzięcia, w tym jakości wydawanych rozstrzygnięć, jest współpraca rzecznika z ekspertami z różnych dziedzin medycyny, którzy oceniają, czy w danej sprawie doszło do zdarzenia medycznego. Zajmują się tym lekarze oraz osoby wykonujące inne zawody medyczne, powołani przez rzecznika w skład działającego przy nim Zespołu ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Zadaniem eksperta jest wydanie zwizjętej, konkretnej opinii na bazie udostępnionej online dokumentacji. Zgodnie z rozporządzeniem, wynagrodzenie za sporządzenie opinii wynosi 1165 zł brutto. Obciążenie liczbą opiniowanych spraw jest uzgadniane indywidualnie z każdym z ekspertów.



Wspomniany zespół liczy już blisko 130 doświadczonych ekspertów. Aktualny skład – patrz QR kod.

Grono to jest sukcesywnie powiększane.

Lekarze zainteresowani dołączeniem do zespołu mogą zgłaszać swoje kandydatury e-mailem (pod adresem: kompensacja@rpp.gov.pl). Jesteśmy otwarci na współpracę z lekarzami wszystkich specjalizacji związanych ze świadczeniami szpitalnymi, zwłaszcza z takich dziedzin, jak medycyna ratunkowa, ortopedia, neurochirurgia, urologia, kardiologia inwazyjna, chirurgia i epidemiologia (zakażenia szpitalne). ●

Jak chronić dane medyczne przed hakerami?

Porady dla lekarzy

ATAKI NA OCHRONĘ ZDROWIA STANOWIĄ AŻ 53 PROC. WSZYSTKICH INCYDENTÓW CYBERNETYCZNYCH – WYNIKA Z NOWYCH DANYCH AGENCJI DS. CYBERBEZPIECZEŃSTWA UNII EUROPEJSKIEJ (ENISA). MIMO ROSNĄCEJ SKALI ZAGROŻEŃ CYBERNETYCZNYCH, SKUTECZNA OCHRONA DANYCH JEST PROSTSZA, NIŻ SIĘ WYDAJE – WYSTARCZY KIEROWAĆ SIĘ KILKOMA PODSTAWOWYMI ZASADAMI.

tekst **ARTUR OLESCH**



Fot. L. Ostermann

DUŻE KOSZTY ATAKÓW HAKERSKICH NA INDYWIDUALNE PRAKTYKI LEKARSKIE

Hakerzy rzadko biorą za cel małe praktyki lekarskie, bo po prostu im się to nie opłaca (w przypadku szpitali suma żądanego okupu może być znacznie większa). Ale to nie oznacza, że są bezpieczne. Coraz częściej padają ofiarą masowych ataków typu phishing oraz złośliwego oprogramowania. Wystarczy przez nieuwagę kliknąć w załącznik albo e-mail, a wirus blokuje dostęp do danych, np. kartotek pacjentów, i wykrada je.

Tego typu incydenty nie trafiają na czołówki gazet, ale mogą mieć poważne konsekwencje: problemy z ciągłością leczenia pacjentów, zakłócenia działalności praktyki lekarskiej (łącznie z koniecznością jej zamknięcia na kilka dni), wysokie koszty pomocy udzielanej przez informatyków, bezpowrotną utratę danych. Nie wspominając o niebezpieczeństwie podjęcia błędnej decyzji medycznej w wyniku niekompletnych danych i karach finansowych, np. nakładanych przez Urząd Ochrony Danych Osobowych.

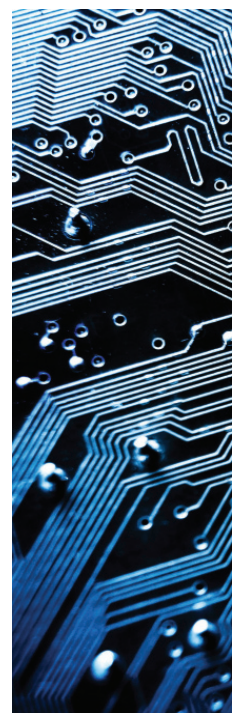
Udany atak hakerski wiąże się ze stresem, powoduje stratę czasu i pieniędzy. UODO co jakiś czas nakłada kary na placówki medyczne w efekcie nienależytej staranności w zakresie ochrony danych. Przykładem jest sprawa z sierpnia 2024 r., gdy UODO ukarał Spółkę

American Heart of Poland SA, ponieważ źle szacowała ryzyko wycieku danych i nie przestrzegła własnej polityki ich bezpieczeństwa. W efekcie hakerzy uzyskali dostęp do danych osobowych około 21 tys. osób. Również w sierpniu tego roku prezes UODO nałożył karę 40 tys. zł na Samodzielny Publiczny ZOZ w Pajęcznie. W wyniku ataku hakerskiego placówka straciła dostęp do danych pacjentów i pracowników, a działania naprawcze podjęła dopiero po fakcie.

WIELOWARSTWOWA OCHRONA DANYCH

Najlepszą metodą ochrony danych jest tzw. model sera szwajcarskiego. Zakłada on, że nie ma jednego sposobu zapewniającego 100-proc. ochronę przed cyberatakami. Ale im więcej warstw zabezpieczeń, tym większa szczelność systemu. Składają się na niego następujące elementy:

- **technologia:** aktualne systemy operacyjne i antywirusowe, automatyczne tworzenie kopii zapasowych (najlepiej w chmurze), systemy antywirusowe, mocne hasła dostępu, wirtualne sieci prywatne VPN (w przypadku pracy mobilnej);



• **ludzie:** wiedza na temat zagrożeń i ochrony przed nimi, czyli np. umiejętność rozpoznania wiadomości typu phishing, znajomość procedur w przypadku ataku cybernetycznego;

• **procedury:** opracowanie polityki ochrony danych zgodnej z RODO, plany postępowania. Każda placówka musi przeprowadzić weryfikację gromadzonych i przetwarzanych danych. Ogromną pomocą jest zatwierdzony przez UODO „Kodeks postępowania dotyczącego ochrony danych osobowych przetwarzanych w małych placówkach medycznych” opracowany przez Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie.

OD CZEGO ZACZAĆ?

Lekarze nie muszą być informatykami i poświęcać długich godzin na zapewnienie bezpieczeństwa danych, aby dobrze chronić się przed hakerami. Wystarczy kilka podstawowych zasad:

- wdrożenie reguł RODO, zgodnie z kodeksem Porozumienia Zielonogórskiego,
- inny komputer do pracy, a inny do spraw prywatnych,
- aktualny system operacyjny, czyli Windows 11,
- na bieżąco aktualizowany system gabinetowy,

- program antywirusowy,
- mocne i systematycznie zmieniane hasło,
- podwójna autentyfikacja do krytycznych danych,
- kopia zapasowa bazy danych w chmurze.

Poziom ochrony danych automatycznie się podniesie, gdy komputer albo laptop z systemem gabinetowym wykorzystywany będzie tylko do celów służbowych. Znaczna część ata-

ków ransomware zaczyna się od kliknięcia w link w zainfekowanej wiadomości e-mail albo na stronie internetowej. Brak dostępu do e-maili automatycznie likwiduje to zagrożenie.

Komputer musi być wyposażony w aktualny system operacyjny, czyli Windows 11. Pamiętajmy, że od października 2025 r. Windows 10 przestanie być serwisowany i korzystanie z niego będzie oznaczać wystawianie się na ataki hakerów. Windows 11 daje silną ochronę, bo ma wbudowane dobre rozwiązanie antywirusowe Microsoft Defender. Mimo to, przyda się dodatkowy program antywirusowy. Płatne wersje kosztują zazwyczaj 100–150 zł rocznie na jeden komputer, ale dodatkowo ułatwiają systematyczną konserwację komputera albo uruchomienie sieci prywatnej VPN, która jest wskazana przy pracy mobilnej.

Aktualne powinno być też oprogramowanie gabinetowe. Aby spać spokojnie, najlepiej skorzystać z opcji automatycznego tworzenia kopii zapasowej danych (backup) w chmurze. Taką opcję oferują dobrzy dostawcy IT. Nawet jeśli hakerzy zablokują komputer albo ulegnie on awarii, można będzie kontynuować pracę na innym urządzeniu i to bez utraty danych. Zdecydowanie bardziej opłaca się zainwestować w backup w chmurze, niż np. kupować drogie ubezpieczenie od zdarzeń cybernetycznych.

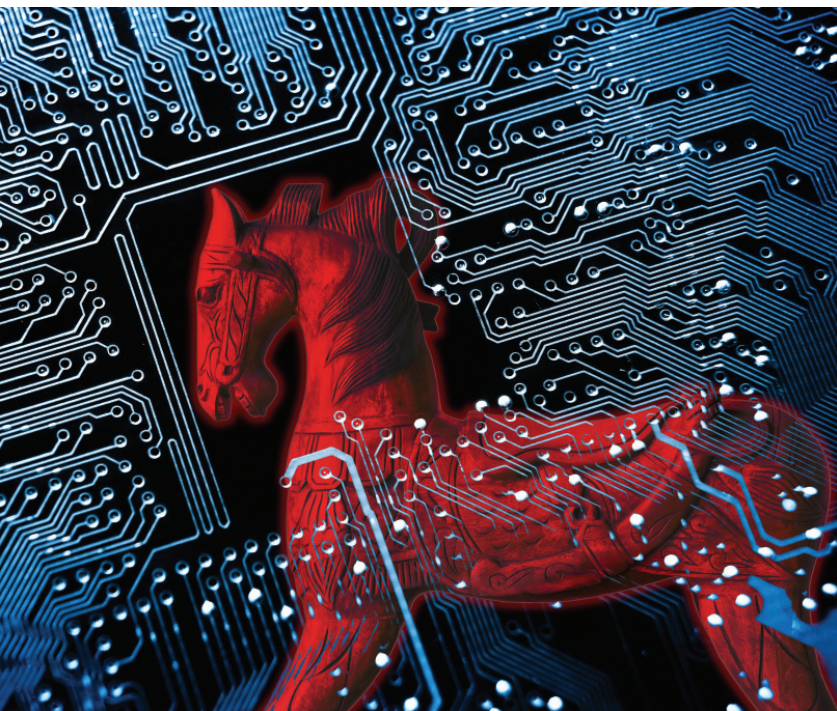
Nie zapominajmy również o systematycznej zmianie hasła. Jest to uciążliwe, ale mocne hasło stanowi jedno z najlepszych zabezpieczeń przed kradzieżą danych.

CO ZROBIĆ, GDY JUŻ DOJDZIE DO ATAKU?

Dobre zabezpieczenia znacznie minimalizują ryzyko udanego ataku hakerskiego, nie chronią przed nim jednak w 100 proc. Pierwszą czynnością w przypadku ataku hakerów jest pilny kontakt telefoniczny z zespołem CSIRT Centrum e-Zdrowia (e-mail: csirt@cez.gov.pl) w celu uzyskania szybkiego wsparcia w formie zdalnej konsultacji.

Ustawa o Krajowym Systemie Cyberbezpieczeństwa nakłada obowiązek formalnego zgłoszenia incydentu do UODO (zgłoszenie nie musi zawierać wszystkich informacji, można je uzupełniać na bieżąco). Wiele osób boi się, że dokonując zgłoszenia, naraża się na karę, gdy zostaną stwierdzone niedociągnięcia w ochronie danych. Warto jednak pamiętać, że większość kar wynika z zaniechania lub opóźnionego zgłoszenia. Dobra współpraca z UODO zwiększa prawdopodobieństwo, że sprawa zakończy się upomnieniem, a nie karą finansową.

Pod żadnym pozorem nie należy próbować płacić okupu. Powód jest pragmatyczny: nawet po wpłacie nie ma gwarancji, że hakerzy odblokują dostęp do komputera. Warto też mieć sprawdzonego informatyka, który pomoże przywrócić pracę komputera i odzyskać dane. ●



Grat. licencja OIL w Warszawie



Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

tekst **FILIP NIEMCZYK**, adwokat

KOMUNIKAT UODO W SPRAWIE STANDARDÓW OCHRONY MAŁOLETNICH W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych opublikował obszerny komunikat,* w którym przypomniał, że każdy podmiot leczniczy, w którym przebywają lub mogą przebywać małoletni, do 15 sierpnia 2024 r. miał obowiązek opracowania i wdrożenia procedury związanej z ich ochroną, zwanej Standardami Ochrony Małoletnich. Obowiązki w tym zakresie określają przepisy (zmienione w 2023) ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.*

UODO zwraca przy tym uwagę, że pracodawca musi uzyskać informacje, czy dane przyszłego pracownika lub osoby dopuszczanej do działalności z udziałem małoletnich są zamieszczone w rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja ds. Przeciwdziałania Wykorzystaniu Seksualnemu Małoletnich Poniżej Lat 15 wydała postanowienie o wpisie do rejestru.* Osoba, która podejmuje pracę, musi przedstawić również informacje o swojej karalności. Takie dane podlegają ochronie.

Komunikat prezesa UODO zawiera wiele wskazówek w zakresie ochrony danych osobowych przy opracowywaniu dokumentacji i wdrażaniu procedur związanych z ochroną małoletnich. Minimalizacja niebezpieczeństwa niewłaściwego przetwarzania danych osobowych dla przyjęcia i realizacji standardów ochrony małoletnich ma polegać na przeprowadzeniu analizy ryzyka oraz weryfikacji dotąd obowiązującej w placówce polityki ochrony danych. Taka analiza powinna odpowiadać na pytanie, co złego może stać się z danymi, jak bardzo jest to prawdopodobne i jakie negatywne konsekwencje w takich przypadkach może ponieść instytucja, ale także osoby, których dane dotyczą.

W kontekście nowych przepisów trzeba także zweryfikować i zaktualizować kategorie osób, których dane są przetwarzane, oraz zakres zbieranych i przetwarzanych danych osobowych. Należy wyznaczyć osoby działające z upoważnienia administratora, mające dostęp do danych osobowych i zajmujące się realizacją zadań wynikających z nowych przepisów dotyczących standardu ochrony małoletnich, przyznać im odpowiednie zakresy upoważnień, zobowiązać do zachowania poufności danych oraz zweryfikować sposoby przekazywania poleceń administratora. Konieczne jest również upewnienie się, że ustalone sposoby przetwarzania danych są znane osobom wyznaczonym i zrozumiałe dla nich dzięki odbyciu stosownych szkoleń i treningów przetwarzania danych osobowych, ze szczególnym uwzględnieniem danych wrażliwych.

Prezes UODO przypomina także, że miejsca do rozmowy z dziećmi muszą zapewniać poufność. Tam, gdzie to możliwe, trzeba dane anonimizować, aby wykluczyć ryzyko identyfikacji osób fizycznych. Dostęp do danych mogą mieć tylko pracownicy, których zakres zadań to uzasadnia, a aktualność uprawnień trzeba sprawdzać regularnie. Dane osobowe nie powinny być archiwizowane w urządzeniach, w których brak odpowiednich zabezpieczeń. Nie powinno się robić kopii, bo to tworzy dodatkowe ryzyko.

Warto przypomnieć, że za dopuszczenie do pracy osoby z orzeczonym zakazem zajmowania stanowisk związanych z wychowaniem, edukacją, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi grozi kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.

KOMUNIKAT UODO O NAŁOŻENIU KARY W ZWIĄZKU Z WYCIEKIEM DANYCH PACJENTÓW

Urząd Ochrony Danych Osobowych poinformował* o wydaniu decyzji, mocą której nałożył na spółkę wykonującą działalność leczniczą karę w wysokości prawie 1,5 mln zł w związku

z wyciekami danych osobowych 21 tys. osób – pacjentów oraz pracowników spółki. Prezes UODO ustalił, że doszło do tego, ponieważ firma ta źle szacowała ryzyko wycieku danych. Poza tym podczas pandemii COVID-19 nie przestrzegano własnej polityki bezpieczeństwa danych. W związku z tym nieuprawnione osoby uzyskały dostęp do danych obejmujących nazwisko, imię, imiona rodziców, nazwisko rodowe matki, datę urodzenia, dane dotyczące zarobków lub posiadanego majątku, dane dotyczące zdrowia, numer rachunku bankowego, adres zamieszkania lub pobytu, numer PESEL, nazwę użytkownika lub hasło, serię i numer dowodu osobistego, numer telefonu oraz adres e-mail. O wycieku danych spółka dowiedziała się od hakerów, którzy zażądali kilku milionów dolarów okupu za nieujawnienie przechwyconych informacji. Firma powiadomiła o incydencie prezesa UODO oraz osoby, których dane wyciekły.

W toku czynności wyjaśniających i kontrolnych ustalono, że spółka nie wdrożyła wszystkich niezbędnych środków służących ochronie przetwarzanych przez nią danych, a ponadto nie była w stanie ustalić przyczyny wycieku. Nie przestrzegano własnych zaleceń dotyczących bezpieczeństwa danych, a informacje m.in. o wynikach testów na COVID-19 klientów trzymano na dyskach sieciowych, choć powinny być przechowywane w specjalnym systemie przeznaczonym do przetwarzania danych dotyczących zdrowia. Oprogramowanie na serwerach przedsiębiorstwa nie zostało zaktualizowane przez niedopatrzenie informatyków, dlatego w systemie informatycznym powstała luka, która mogła przyczynić się do przejęcia urządzeń przez hakerów.

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI INFORMUJE O SŁABEJ OCHRONIE SZPITALI PRZED CYBERATAKAMI

Najwyższa Izba Kontroli podała* wyniki kontroli przeprowadzonej w sześciu szpitalach i jednym ośrodku zdrowia na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, które wskazują wiele nieprawidłowości oraz słabą ochronę danych osobowych pacjentów w tych placówkach.

W jednej ze wspomnianych placówek nie wdrożono systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, nie uruchomiono systemu, który zapewniałby systematyczne szacowanie ryzyka wystąpienia incydentu, nieterminowo aktualizowano dokumentację dotyczącą cyberbezpieczeństwa systemu informacyjnego oraz nieterminowo zamieszczono na stronie internetowej szpitala objaśnienie dla użytkowników w zakresie zagrożeń i sposobów zabezpieczania się przed nimi. W innej placówce ustalono, że 435 pracowników miało dostęp do danych medycznych bez stosownych upoważnień. W większości kontrolowanych podmiotów każdy użytkownik miał swobodny dostęp do danych osobowych pacjentów, wyników badań laboratoryjnych, informacji o rodzajach i terminach wykonanych zabiegów, zaleconych badań diagnostycznych, uzasadnienia konieczności niezwłocznej hospitalizacji, skierowania do szpitala, danych lekarza za pośrednictwem stanowisk komputerowych wykorzystywanych przez lekarzy i pielęgniarki.

NIK przedstawiła łącznie 21 wniosków pokontrolnych. Według stanu na 20 maja 2024 r. zostało zrealizowanych siedem, a 14 pozostawało w realizacji.

URZĄD OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW W SPRAWIE FAŁSZYWYCH OPINII W INTERNECIE

Prezes UOKiK poinformował* o wydaniu dwóch decyzji dotyczących podmiotów publikujących w Internecie fałszywe opinie, m.in. na portalu Znany Lekarz. Z ustaleń organu wynika, że firmy te, działając na zlecenie przedsiębiorców, zamieszczały wpisy, pozorując, że są to opinie rzeczywistych pacjentów. Wskazano, że takie opinie wprowadzały w błąd, a na procederze publikowania fałszywych opinii tracili zarówno konsumenci, jak i uczciwi przedsiębiorcy, którzy w sposób zgodny z prawem zbierali komentarze. Prezes UOKiK uznał, że doszło do naruszenia zbiorowych interesów konsumentów i nałożył na wspomniane firmy kary finansowe. Decyzje nie są prawomocne, a przedsiębiorcy mogą odwołać się do sądu.

MINISTERSTWO ZDROWIA POPRAWI ROZPORZĄDZENIE DOTYCZĄCE RECEPT NA LEKI OPIOIDOWE

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło do konsultacji publicznych projekt zmian w rozporządzeniu w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje,* regulującym m.in. wystawianie recept na leki opioidowe w trybie zdalnym. Do projektu odniosło się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w stanowisku* z 26 sierpnia 2024 r. Wskazano w nim, że samorząd lekarski popiera ideę wzmocnienia nadzoru nad preskrypcją leków zawierających środki odurzające i inne wymienione w tym akcie, a obawę i sprzeciw środowiska lekarskiego budzi działalność firm zajmujących się wystawianiem na masową skalę recept na te leki bez odpowiedniego zbadania pacjenta.

Zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt spotkał się jednak z paroma istotnymi zastrzeżeniami NRL. Po pierwsze, dotyczy wyłącznie kilku wymienionych w nim substancji i nie stanowi systemowego rozwiązania funkcjonowania receptomatów. Po drugie, przewiduje, że wystawienie recepty na wspomniane substancje będzie wymagało osobistego zbadania pacjenta. Wymóg ten nie będzie dotyczył lekarzy POZ. Wykluczeni zostają zatem przepisem rozporządzenia lekarze, którzy prowadzą praktykę lekarską inną niż z zakresu POZ, a którzy zarazem nie prowadzą działalności w formie receptomatu. Pacjenci tych lekarzy utracą możliwość uzyskania recepty na kontynuację farmakoterapii środkami wymienionymi w załączniku do rozporządzenia bez wizyty w gabinecie lekarskim. Ogranicza to dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych i prowadzi do dyskryminacji znacznej grupy lekarzy i ich pacjentów. ●

* Źródła:



Brak nadzoru nad lekarzami niespecjalistami

WACHLARZ SPRAW ZGŁASZANYCH DO BIURA RZECZNIKA PRAW LEKARZA OBEJMUJE BARDZO WIELE PROBLEMÓW, KTÓRE POWODUJĄ, ŻE PRACA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW CZĘSTO NIEPOTRZEBNIE WIĄŻE SIĘ Z DODATKOWYM STRESEM. CO WAŻNIEJSZE, PROBLEMY TE STANOWIĄ BEZPOŚREDNIE ZAGROŻENIE DLA ZDROWIA I ŻYCIA PACJENTÓW.

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



Fot. K. Bortyzel

Do Biura Rzecznika Praw Lekarza wpłynęło zgłoszenie dotyczące nieprawidłowości w sposobie leczenia pacjentów na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii jednego z warszawskich szpitali. Na oddziale podejmowano decyzje narzucające lekarzom ograniczanie zleceń na dodatkowe badania, brak było nadzoru nad procedurami wykonywanymi przez lekarzy niespecjalistów (w tym rezydentów), występował też niedobór specjalistów.

Lekarzom bez specjalizacji nakazywano samodzielne znieczulanie pacjentów, bez odpowiedniego nadzoru. Nie zapewniano jednolitej organizacji pracy, przede wszystkim z powodu ciągłych zmian decyzji odnoszących się do stosowanych metod leczenia. Taki stan rzeczy doprowadził do rezygnacji z pracy wielu lekarzy. W mojej ocenie wymienione nieprawidłowości są naruszeniem obowiązującego prawa, zwróciłam się zatem do Narodowego Funduszu Zdrowia o przeprowadzenie w placówce kontroli.

Należy podkreślić, że Biuro Rzecznika Praw Lekarza przekazało do NFZ konkretne przykłady nieprawidłowości w obsadzie personelu. O przeprowadzenie kontroli wnioskował również rzecznik praw pacjenta.

Terenowy Wydział Kontroli VII w Warszawie przeprowadził postępowanie kontrolne, w wyniku którego stwierdzono liczne nieprawidłowości, m.in. brak personelu o odpowiednich kwalifikacjach w dziedzinie anestezjologii, anestezjologii i reanimacji, anestezjologii i intensywnej terapii.

Zweryfikowano indywidualną dokumentację, grafiki pracy lekarzy, dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu, PWZ, wykaz raportów lekarskich, protokoły pielęgniarek operacyjnych, karty przebiegu znieczulenia pacjentów.

NFZ wydał świadczeniodawcy zalecenia pokontrolne oraz nałożył karę pieniężną. ●



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

Sprawdzam

Chmury nad ustawą podwyżkową?

NIE MAMY ZA CO LECZYĆ, WYNAGRODZENIA W NIEKTÓRYCH SZPITALACH POWIATOWYCH POCHŁANIAJĄ 95 PROC. PRZYCHODÓW Z NFZ. USTAWA O WYNAGRODZENIACH MINIMALNYCH NAS KRZYWDZI – MÓWIŁ PO SPOTKANIU Z MINISTER IZABELĄ LESZCZYŃĄ SZEF ORGANIZACJI DYREKTORÓW SZPITALI POWIATOWYCH. – LECZĄ LEKARZE, LECZY PERSONEL MEDYCZNY, NIE SZPITALA I NIE DYREKTORZY – RIPOSTUJĄ ORGANIZACJE LEKARSKIE.

tekst **MAŁGORZATA SOLECKA**

Fakty są takie: ustawa o wynagrodzeniach minimalnych, a raczej jej nowelizacja z 2021 r., przyniosła szpitalom ogromne problemy. Podwyższenie współczynników pracy urealniło podwyżki w ochronie zdrowia, choć warto pamiętać, że gdy wiosną 2022 r. ustawa była procedowana przez Senat, ówczesna opozycja, dominująca w izbie wyższej, zwiększyła współczynniki o 20 proc., by chronić pensje medyków przed inflacją. Gest o tyle szlachetny, co pusty, bo przecież było oczywiste, że większość sejmowa poprawkę Senatu odrzuci.

Dziś ta sama opozycja, ale już „w butach” koalicji rządzącej, nie pali się do podwyższania współczynników (na pierwszym wrześniowym posiedzeniu Sejmu mają się rozstrzygnąć losy obywatelskiego projektu nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach i nie jest wykluczone, że Sejm po prostu projekt odrzuci, a nawet jeśli zostanie uchwalony, to w postaci dalekiej od wyjściowej propozycji pielęgniarzek). Co więcej, minister zdrowia Izabela Leszczyńska wtóruje dyrektorom podmiotów leczniczych, przypominając, że ustawa jest tak skonstruowana, że podwyżki wyprzedzają wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Powód? Kwota bazowa to średnie wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw za rok poprzedni (czyli n-1), natomiast minimalne gwarantowane ustawą nakłady na ochronę zdrowia odnoszą się do PKB sprzed dwóch lat (n-2).

Drugi fakt: posłowie obecnej koalicji rządzącej, gdy byli jeszcze opozycją, nie raz i nie dwa na kolejnych etapach prac nad ustawą podwyżkową podnosili brak mechanizmu finansowania podwyżek. Słyszeli równie konsekwentną odpowiedź – finansowanie jest, właśnie ze wzrostu nakładów. Wielu parlamentarzystów, ale też ekspertów, podważało to wyjaśnienie. Już w latach 2022–2023 wskazywali, że koszty realizacji ustawy i wzrost nakładów na ochronę zdrowia „rozjeżdżają się”.

Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, ma więc rację, mówiąc o wadliwości ustawy. Tyle tylko że ona nie krzywdzi wcale szpitali, a na pewno – nie przede wszystkim. Ustawa jest krzywdząca głównie dla pacjentów i dlatego już w lipcu kilkadziesiąt organizacji pacjentów zwróciło się do premiera Donalda Tuska z apelem dotyczącym szeroko rozumianego finansowania systemu ochrony zdrowia. Jednym z elementów tego apelu był punkt odnoszący się do gwarancji przeznaczania minimum połowy wzrostu nakładów wprost na poprawę dostępności leczenia. W tym nowych terapii.

Rację mają również lekarze, którzy przypominają (szpitalom, ale też po części pacjentom), że nie ma leczenia bez pracy personelu medycznego. To nie szpitale leczą – rzecz jest oczywista. Jeśli pracownicy medyczni nie będą godnie wynagradzani, zaczną odchodzić z systemu publicznego. Przerabialiśmy to i w pewnym stopniu nadal przerabiamy. Słaba dostępność świadczeń AOS jest tego (choć nie tylko tego) dowodem.

Fakt trzeci: apel pacjentów, formalny i zaopatrzony podpisami, w zasadzie pozostał bez echa. Nie doczekał się zaszczytu odpowiedzi z Kancelarii Premiera, bo został przekierowany do Ministerstwa Zdrowia. Odpowiedź resortu (ach, ten sezon urlopowy) podpisał wiceminister Marek Kos. Nie przyniosła zbyt wielu konkretów. Dużo bardziej rezonują głosy dyrektorów szpitali, bo po rozmowie z nimi minister zdrowia zapowiedziała spotkanie – z udziałem premiera, być może – którego jednym z głównych tematów mają być dalsze losy ustawy podwyżkowej.

Dyrektorzy chcą jej wstrzymania, zamrożenia lub znaczącej modyfikacji. Nie ma wątpliwości, że profesjonaliści medyczni będą z wielką uwagą śledzić kolejne deklaracje polityczne w tej sprawie. Deklaracje, a może i decyzje. ●

(Nie) przychodzi lekarz do lekarza

JESTEŚMY TRUDNYMI PACJENTAMI. ŁACIŃSKIE SŁOWO *PATIENS* OZNACZA KOGOŚ, KTO CIERPI, A MY WYBITNIE NIE LUBIMY CIERPIEĆ. ŻYJEMY W CIĄGŁEJ GONITWIE MIĘDZY KILKOMI MIEJSCAMI PRACY, PRZEPLATANEJ OD CZASU DO CZASU AKTYWNIEM SPĘDZANYM URLOPEM, NIE MAMY CIERPLIWOŚCI ANI ŻADNEJ PRZESTRZENI ŻYCIOWEJ NA WŁASNE CIERPIENIE. A KIEDY CIERPIENIE PRZYCHODZI, DŁUGO PRÓBUJEMY JE IGNOROWAĆ I NAIWNIE WIERZYM W SWOJĄ NIEZNISZCZALNOŚĆ.

tekst **HANNA ODZIEMSKA**



Fot. U. Wołńska-Kulaj

Michał, specjalista medycyny rodzinnej, łączył pracę lekarza POZ i prowadzenie gabinetu USG, co dawało mu zajęcie od rana do wieczora przez cały tydzień i dodatkowo w soboty. Sympatyczny, wesołego usposobienia, taki luzak. Podkrwawiał sobie w cichości bielizny aż do dnia, kiedy biały lekarski fartuch przesiąkł mu krwią z tyłu, trochę poniżej pleców. Wtedy zrozumiał, że żarty się skończyły, i zrobił kolonoskopię. Potem była operacja, stomia i dalsze leczenie onkologiczne. Na pytanie, czemu wcześniej nie wykonał badań, odpowiada, że nie miał czasu, bo splanca dwa kredyty i musi pracować.

Ewa pracuje w szpitalu, na oddziale chorób zakaźnych. Miała dużo stresów: przemocowy mąż, potem rozwód, walka o dzieci i podział majątku. Pewnego wieczoru, kiedy była sama w domu, poczuła duszność. Była tak słaba, że ledwie zdołała przejść kilka kroków, aby sięgnąć po telefon. Zadzwoiła do brata, też lekarza, który akurat miał dyżur w szpitalu. Opisała swoje objawy i poprosiła, żeby przyjechał podać jej jakieś leki, najlepiej dożylnie. Brat kazał jej natychmiast wezwać zespół ratunkowy.

– *Co ty mówisz!* – oburzyła się Ewa. – *Przecież oni mają tam co robić, nie będę zajmować miejsca komuś, kto naprawdę potrzebuje pomocy!*

Brat był nieugięty i Ewa w końcu wezwała karetkę. Miała masywną zatorowość płucną i szczęście, że ugięła się pod presją brata.

Karol leczył nadciśnienie od czasów studiów. Podczas rezydentury w szpitalu jego życie było w zasadzie ciągłą pracą, z krótkimi przerwami na odespanie dyżurów i zrobienie prania. W pokoju lekarskim zawsze były próbki leków, więc kiedy kończył mu się ramipryl, sięgał po amlodypinę lub indapamid. Leczył się – podobnie jak niektórzy koledzy i koleżanki z oddziału – tym, co było w szufladzie. Badań nie robił, bo po co, a zresztą nie było czasu, podobnie jak na wystawienie sobie recepty, bo przecież do tego trzeba zrobić dokumentację. Miał jasną karnację, więc zaczerwienienie twarzy i szyi rzuciło się w oczy. Kiedy poczuł w końcu ból w klatce piersiowej i wpadł w panikę, pozwolił zmierzyć sobie ciśnienie. Skurczowe było powyżej 200 mm Hg.

– *Kto cię leczył?* – pytała zbulwersowana koleżanka.

Nie odpowiedział, bo „doktor Szuflada” to jeszcze większy wstyd niż „doktor Google”.

Teresa jest pediatrą, a przy tym dziarską, energiczną siedemdziesięcioletką i ciepłą emocjonalnie osobą, w pełni oddaną swoim małym pacjentom. Dzieci i wnuki odchowane, więc można zająć się swoją pasją – pracą.

– *A kiedy pani doktor robiła kolonoskopię?* – usłyszała podczas wizyty u koleżanki, do której poszła „tylko po skierowanie na morfologię”. Oczywiście, nigdy nie robiła kolonoskopii. Ciśnienie tętnicze na wizycie – 170/100 mm Hg.

Leków nie bierze, bo „dobrze się czuje”. Bała się tej kolonoskopii, bardziej może wyniku niż samego badania, ale wyszło dobrze, więc jest z siebie dumna. Pochwaliła się koledze pulmonologowi, od którego usłyszała sarkastyczne:

– *To lepiej rzuć fajki, bo bronchoskopia może ci się już tak nie spodobać.*

Maria, anestezjolożka, po przejściu na emeryturę odeszła ze szpitala i dorabiała dyżurami w POZ. Chociaż poruszała się przy pomocy kul łokciowych, była twarda, pracowała pełną parą. Nie leczyła się, bo mówiła, że „*tylko nogi ma chore, reszta jest w porządku*”. Pewnego dnia podczas pracy po zbądaniu pacjentki siadła jak zwykle do komputera wystawić recepty i zalecenia, ale nie zdążyła. Osunęła się na fotelu. Uplętnęła dłuższa chwila, zanim zszokowana pacjentka zorientowała się, że coś jest nie tak, i pobięła po pomoc. Wykonano resuscytację, przyjechał zespół ratownictwa. Nie udało się...

Córka Antoniego, neurologa po sześćdziesiątce, zdecydowała się wezwać do domu lekarza rodzinnego, kiedy ojciec po kilku miesiącach pogarszającej się sprawności pewnego poranka nie zdołał wstać z łóżka. To nie było w jego stylu, zawsze obowiązkowy, nigdy nie spóźniał się do pracy. Tego dnia nie był w stanie wstać ani do pracy, ani do toalety. Lekarz rodzinny stwierdził niedowład kończyn dolnych, wystawił skierowanie do szpitala i wezwał karetkę przewozową. Okazało się, że Antoni ma głęboką niedokrwistość z niedoboru witaminy B12, a ostatnią morfologię robił dziesięć lat temu.
– *No przecież pracowałem, nie było czasu na badanie się. Zresztą dobrze się czułem* – tłumaczył się córce.

Marek, chirurg po czterdziestce, też się nie badał, za to dużo palił. Pewnego dnia, już po skończonych zabiegach, wyszedł na papierosa, po czym wrócił do pokoju lekarskiego i dziwnie się poczuł, jakby słabo. Zdecydował, że zostawi samochód na

szpitalnym parkingu i poprosił kolegę z oddziału o podwiezienie do domu. Rozmawiali w czasie jazdy, Marek jak zwykle narzekał na zarobki i przeciążenie pracą, od czasu do czasu rzucił jakiś żart. Nagle przestał się odzywać. Kolega zatrzymał się, wyciągnął go z auta i zaczął reanimować, ktoś wezwał ratownictwo, ale było za późno...

Do mojego gabinetu wchodzi Monika, laryngolożka.

– *Miałam iść do dermatologa, ale pomyślałam, że może ty mi więcej powiesz. Zobacz.*

Na tułowiu i kończynach ma rozsiane wykwity półpaśca, po obu stronach ciała. Badam ją, po czym przez dłuższą chwilę w milczeniu patrzymy sobie w oczy i wiem, że obie mamy tę samą myśl: czy to nie rewelator nowotworu.

– *Szukamy* – mówię, wystawiając jej skierowania na diagnostykę – *w nadziei, że nie znajdziemy.*

– *Wiesz* – mówi Monika – *jeśli jestem chora, to ta wiedza i tak mnie nie ominie. Wiem, zawałiłam, od kilku ładnych lat nie robiłam nawet morfologii. Tylko praca, dom, doktorat... Ale jeśli coś mam, to wolę wiedzieć. Jeśli to final countdown, chcę znać mój limit, uporządkować sprawy.*

Jesteśmy naprawdę trudnymi pacjentami, nikt z nas nie chciałby takich leczyć. Nie stosujemy profilaktyki, nie przestrzegamy dyscypliny w wykonywaniu zaleceń, nie badamy się. Oczywiście, są chlubne wyjątki, ale zjawisko „szewca bez butów” vel „lekarza bez leczenia” jest dość powszechne w naszym środowisku. A przecież tak dbamy o pacjentów, badamy, zalecamy, edukujemy. Tymczasem samych siebie nie traktujemy jak lekarza pacjenta, bardziej jak XIX-wieczny właściciel fabryki robotników. I jak się dobrze zastanowić, to znane powiedzenie: „*Lekarzu, lecz się sam*”, przestaje bawić. ●



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.

SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!

 **22 542 83 33**

 **izba-lekarska.pl**

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.



Fot. licencja OIL w Warszawie

20 MAJA 2024 R. PROF. DR HAB. MED. KRYSPIŃ MITURA, CHIRURG Z UNIWERSYTETU W SIEDLCACH, ORDYNATOR ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ SIEDLECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO, DOTARŁ NA SZCZYT MOUNT EVEREST (8848 M N.P.M.), GDZIE ZATKNAŁ FLAGĘ TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH. OD CZASU PIERWSZEGO WEJŚCIA WANDY RUTKIEWICZ W 1978 R. ZALEDWIE 66 POLAKÓW STANĘŁO NA NAJWYŻSZYM SZCZYCIE ZIEMI. OTO OPOWIEŚĆ O TYM, JAK CZUĆ SIĘ KOMFORTOWO W NIEKOMFORTOWYCH WARUNKACH, ORAZ CO EVEREST MA WSPÓLNEGO Z MEDYCYNĄ.

tekst **KRYSPIŃ MITURA**



Fot. archiwum autora

EVEREST A STEREOTYPY

Większość osób na pytanie o pierwsze skojarzenie z Everestem odpowiada – kolejki, śmieci i pozostawione pod szczytem zwłoki wspinaczy. W dniu mojego wejścia na szczyt dotarło tam niespełna 20 osób.

Było pusto, cicho, majestatycznie, refleksyjnie. Jednak dzień później nagrano film, który szybko zyskał internetową popularność, przedstawiający kolejkę kilkudziesięciu osób w drodze na szczyt. Na filmie nie widać jednak różnicy w czasie między pierwszą wspinającą się osobą a ostatnią, która na tym odcinku wynosi niemal dwie godziny. Idzie się powoli, rzadko kiedy uda się kogoś wyprzedzić. Ale oglądając ten film, mamy wrażenie, że ta wędrówka przypomina wejście na Giewont lub Rysy w sezonie.

Tyle że na Evereście taki film można nagrać tylko w jednym dniu w roku, w optymalnym oknie pogodowym. Ale wrażenie tłoku pozostaje.

Niejeden pytany, dlaczego wspinaczka może się kojarzyć z opieką zdrowotną, stwierdzi: kolejki, łapówki, „*bez względu na to, ile się dosypie do systemu, i tak wszystko przejedzą*”. Nie wierzymy w te frazesy. Sami rzetelnie oceniamy siebie i innych.

EVEREST A ZDROWIE

Dyżury, szpital, poradnia, kurtuazyjnie udzielane porady dla rodziny i znajomych. Powrót do domu dla większości z nas oznacza zaledwie kilka godzin w bezpiecznym azylu. Organizm woła o regenerację, odpoczynek i sen. Kanapa lub fotel zwykle spełniają niewygod-

rowane wieczorne oczekiwania od życia. Często łapiemy się na tym, że nie ma już miejsca na aktywność prozdrowotną, sport, zmuszenie się do wstania z kanapy. Wyznaczenie sobie celu pozwala znaleźć siły do podejmowania aktywności sportowej. Codzienny spacer, bieżnia, rower lub pływanie kilka razy w tygodniu z pewnością zaowocują powrotem sił, chęci do działania i satysfakcją z tego, że nie poddaliśmy się marazmowi. Celem nie musi być Everest. Cele możemy wyznaczać sami z palety naszych pasji.

Przed wyprawą należało się przygotować na ewentualne urazy, odmrożenia i podjęcie ekstremalnego wysiłku fizycznego. W trakcie wyprawy, podczas ataku szczytowego, masa ciała spadła mi o 18 kg na skutek ogromnego wysiłku i odwodnienia. Aby zminimalizować ryzyko niepowodzenia, niezbędny był długotrwały intensywny okres przygotowawczy. To właśnie wyznaczony cel pozwalał przeciwstawić się zmęczeniu, które ogarnia nas po wyjściu z pracy. Chcąc żyć w zdrowiu, żyjmy w pełni.

EVEREST A STYL ŻYCIA

Za szczególnie cenną umiejętność uważam zdolność szybkiego odrywania myśli od codziennych rozterek i problemów na rzecz znacznie przyjemniejszego planowania przyszłości lub rozmyślenia o swoich pasjach. Dla mnie są to m.in. wysokie góry, ale dla innych być może muzyka, teatr, kajaki, malarstwo lub film, które w zupełności wystarczą do uzdrowienia myśli. W naszym zawodzie tak często spotykamy ludzi cierpiących, że należy ze szczególną troską dbać o każdy powód do uśmiechu po wyjściu z pracy.

EVEREST A WYPALENIE ZAWODOWE

Wykonywanie zawodu lekarza wiąże się nieodłącznie z wysokim ryzykiem wypalenia zawodowego. Skupienie się na pracy, poświęcenie na rzecz wykonywanego zawodu zdrowych relacji z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi nieuchronnie prowadzą do spadku zaangażowania zawodowego, utraty chęci do pracy i zwątpienia w sens obranej ścieżki życiowej. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy bywa mimowolne zaprzepaszczenie swoich szans na rozwój pasji lub pielęgnowanie relacji z innymi. Profesja i pasja powinny wzajemnie się przenikać, zachwianie tej równowagi w którąkolwiek stronę nie pozwala nam w pełni się realizować. Warto pracować ciężko i robić wielkie rzeczy, ale nie można zapominać, że małe rzeczy powinny nas tak samo cieszyć i dawać codzienną satysfakcję. Warto zbudować w sobie *perpetuum mobile* zasilane pasją i pracą. Kolejność nieprzypadkowa. Polecam tę recepturę. Dawkować codziennie.

EVEREST A MEDYCYNA

Chcąc osiągnąć sukces zawodowy w medycynie, musimy zmierzyć się z szeregiem niecodziennych wyzwań. Zdobywamy stopniowo niezbędne doświadczenie, podejmując się coraz trudniejszych interwencji, przez wiele tygodni lub miesięcy przygotowujemy się do ważnego wydarzenia, jakim jest egzamin specjalizacyjny. Nierzadko wiąże się to z dłuższą rozłąką z rodziną, a w najlepszym przypadku z jej zaniedbywaniem, ale do tego jesteśmy zwykle już przyzwyczajeni przez lata spędzone na dyżurach. To wszystko wywołuje permanentne zmęczenie i wyczerpanie. Ale, aby zrealizować wyznaczone cele, musimy sprostać tym wyzwaniom. Należy kompleksowo podejść do wszystkich aspektów tego długofalowego planu działania. Działamy systemowo, krok po kroku.

A teraz zamieńmy w tym akapicie określenie „sukces zawodowy w medycynie” na „spełnienie wysokogórskich marzeń”, a „egzamin specjalizacyjny” na „atak szczytowy”. To właśnie realizacja naszych pasji może stanowić poligon, na którym przygotowujemy się do wyzwań stawianych przez nasz zawód.

EVEREST A CHIRURGIA

Kryzys kadrowy w chirurgii stał się faktem. Zainteresowanie tą fascynującą dziedziną medycyny systematycznie spadało wśród młodzieży. Z licznych powodów tego stanu rzeczy wymienia się najczęściej stresujący charakter pracy, wysiłek fizyczny, konieczność poświęceń, częste powroty do domu długo po tym, jak inni koledzy opuścili szpital. Ale satysfakcja z dobrze przeprowadzonej interwencji pozwala części z nas zrekompensować te niedogodności. Młody człowiek, który czuje potrzebę aktywnego działania, pracy na wyższych obrotach, kocha przygody i jest gotowy stawiać kolejny krok w nieznaną, z pewnością odnajdzie się w chirurgii. W sobie zaś musi znaleźć wytrwałość, cierpliwość i zdolność do precyzyjnego działania.

Te same cechy, które pozwalają zostać chirurgiem, są niezbędne do sięgania po najwyższe cele, zarówno w przenośni, jak i w znaczeniu geograficznym. Dla mnie każdy chirurg odchodzący od stołu operacyjnego w poczuciu dobrze wykonanej interwencji właśnie wszedł na Everest. ●



Fot. archiwum autora

Szpitalne zagrożeniem dla węgierskiego premiera

ŻYCZLIWY ZESPÓŁ REDAKCYJNY „PULSU” POZWALA MI W CO DRUGIM NUMERZE PISAĆ O PAŃSTWIE, KTÓREGO POLITYKĘ STARAM SIĘ PRZEDSTAWIAĆ W NAJDROBNIJSZYCH SZCZEGÓŁACH – O WĘGRZECH. A ŻE TEMAT, KTÓRY CHCIAŁBYM PAŃSTWU ZAPROPONOWAĆ W TYM MIESIĄCU, BARDZO ŚCIŚLE WIĄŻE SIĘ Z OCHRONĄ ZDROWIA, TYM BARDZIEJ ZMIERZAM DO BRZEGU (DUNAJU).

tekst **DOMINIK HÉJJ**



Fot. M. Starzyński

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

O Péterze Magyarze pisałem przed wakacjami. To były beneficjent systemu Viktora Orbána, który opływał w dostatek w roli biznesmena, a także męża minister sprawiedliwości Judit Vargi. Koniec małżeństwa okazał się być także końcem jego wpływów. Odcięty od przywilejów, postanowił rzucić wyzwanie Orbánowi. W barwach partii TISZA wystartował w wyborach do Parlamentu Europejskiego, w których uzyskał bardzo dobry wynik. Jego ugrupowanie jest obecnie najsilniejszą partią opozycyjną. I chociaż na bezpośrednie starcie Magyara i Orbána przyjdzie czekać aż do wyborów parlamentarnych wiosną 2026 r., węgierski premier już na początku września 2024, w czasie zamkniętego spotkania, mówił, że pojawienie się Magyara ma daleko idące konsekwencje (dotychczas bagatelizował jego istnienie).

Jednym z postulatów wchodzącego na scenę polityczną biznesmena było uzdrowienie sytuacji w ochronie zdrowia. Węgrzy od lat wskazują to zagadnienie jako jedno z największych zmartwień, które ich trapią. Według danych OECD z 2022 r. Węgry na ochronę zdrowia wydają około 2840 dol. na osobę (Polska – blisko 2972 dol.). Są to wyniki sytuujące Węgry w absolutnej końcówce stawki. Według danych KSH (Centralnego Urzędu Statystycznego) na ochronę zdrowia (w tym także m.in. na leki) Węgry przeznaczają 6,7 proc. PKB, czyli mniej niż w 2020 r. (7,3 proc.) i 2021 (7,4 proc.). Spadają także nakłady na państwową ochronę zdrowia. Węgierskie władze po 2010 r. uznały, a pomysł wspierał Viktor Orbán, by do wydatków na ochronę zdrowia

wpłeść... budowę stadionów. Uznano ją bowiem za działanie profilaktyczne, które obniży nakłady na leczenie. Rzecz w tym, że stadiony powstawały jak grzyby po deszczu, czego nijak nie można powiedzieć o szpitalach. Warto jeszcze przypomnieć, że sprawy związane z polityką zdrowotną nie są na Węgrzech podległe ministerstwu zdrowia (bo wiem takiego nie ma...), ale Ministerstwu Spraw Wewnętrznych.

W 2023 r. przeprowadzono daleko idącą reformę samorządu lekarskiego, środowiska, które było jednym z najbardziej zagorzałych krytyków polityki zdrowotnej rządu. Zniesiono obowiązkowe członkostwo w samorządzie zawodowym. By pozostać jego członkiem, trzeba było złożyć ponowny wniosek o akces. Jednocześnie zmieniono przepisy związane z etyką lekarską. Niegdyś ten obszar medycyny pozostawał w gestii Węgierskiej Izby Lekarskiej, jednakże wraz z nowelizacją ustawy przekazano go Naukowej Radzie Zdrowia, która podlega węgierskiemu MSW. Od lat zauważalny jest odpływ lekarzy i to mimo obowiązku odpracowania po ukończeniu studiów państwowych co najmniej roku w państwowym systemie. Rząd chwali się, że w ciągu dwóch lat zdecydowanie zwiększył uposażenie lekarzy na wszystkich poziomach kariery zawodowej. Lekarze jednak biją na alarm: system opieki zdrowotnej jest skrajnie niedofinansowany. Biorąc pod uwagę roczne nakłady na komunikację rządu, plakaty, spoty reklamowe, wszystko, co opozycja określa mianem propagandy, środki finansowe przeznaczane na ochronę zdrowia wydają się jeszcze niższe.

Największy rywal Viktora Orbána, Péter Magyar, w mediach społecznościowych wezwał do zgłaszania nieprawidłowości w szpitalach. Aktywna grupa sympatyków partii TISZA załaziła media społecznościowe zdjęciami obskurnych szpitali. Zwraca uwagę fakt, że nie są to szpitale w małych miejscowościach, ale nawet w miastach komiackich (wojewódzkich), także w samym Budapeszcie. Ciekające dachy, nieszczelne okna, odpadający tynk, grzyb na ścianach, wszystko zestawione z luksusowymi warunkami, w których wręcz pławią się politycy Fidesz-KDNP. Zwolennicy, a także sam lider partii TISZA, skoncentrowali się na jeszcze jednym problemie – temperatury panującej w salach szpitalnych. Magyar jeździł od szpitala do szpitala, pokazując, że w sali operacyjnej temperatura nierzadko przekraczała 30, a nawet 35 st. C (rząd twierdzi, że celowo mierzył ją np. na oszklonej klatce schodowej i w najbardziej rozgrzanych częściach pomieszczeń). Magyar nie tylko biegał z termometrem, ale również spotykał się z dyrektorami szpitali, którzy opowiadali mu o problemach, z jakimi się borykają. Dla jednej z placówek zorganizował zbiórkę, a następnie swym charakterystycznym, nieco leciwym formem transitem, pomalowanym w kolorach węgierskiej flagi, dostarczył m.in. wentylatory, ale też rzeczy tak podstawowe jak papier toaletowy i ręczniki papierowe.

Magyar rzucił wyzwanie podsekretarzowi stanu odpowiedzialnemu za ochronę zdrowia (Péterowi Takácsowi), by odwiedził z nim jeden ze szpitali. Placówkę nieprzypadkową, bo szpital, w którym leczeni są politycy. Chciał porównać warunki, w których leczeni są „zwykli Węgrzy”, z zapewnianymi pacjentom vipowskiej części Północnopeszteńskiego Centrum Szpitalnego-Szpitala Wojskowego w Budapeszcie. Wejście do tej części jednak mu uniemożliwiono (zwiedził część „zwykłą”). Potem, w kolejnych placówkach, zakazywano mu wchodzenia z rejestratorem obrazu i dźwięku.

Problem niedofinansowania ochrony zdrowia dotyka wszystkich Węgrów, bez względu na sympatie polityczne. Stanowi zatem ogromne zagrożenie dla rządzących, katalizator złych emocji, tym większy, że koalicja Fidesz-KDNP

rządzi nieprzerwanie od 2010 r. Magyar jest szczególnie groźny dla Orbána, bowiem korzystał z przywilejów systemu, z którym teraz prowadzi walkę. Rząd ma tego świadomość, dlatego na „kampanię szpitalną” lidera ugrupowania TISZA odpowiedział kontratakami. Prorządowe media opublikowały konkretne dane o tym, ile razy członkowie najbliższej rodziny Magyara korzystali z vipowskiej ochrony zdrowia (sam zainteresowany temu zaprzecza). Opozycyjny portal internetowy Telex zwrócił się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z pytaniem, dlaczego dane wrażliwe, związane z pacjentami (rodziną Magyara), zostały upublicznione. W odpowiedzi podkreślono, że Péter Magyar stał się osobą publiczną i musi liczyć się z tym, że część informacji o jego życiu zostanie podana do wiadomości społeczeństwa. Ale to nie koniec „odbijania piłeczki”.

Sekretarz stanu odpowiedzialny za zdrowie, wspomniany już Péter Takács, stwierdził w telewizyjnym programie „Bayer show” (prowadzonym przez jednego z największych propagandystów – Zsolta Bayera), że gniew obywateli i ostra krytyka ochrony zdrowia związane są z tym, że osoby, które muszą z niej skorzystać, czują się źle, a zatem łatwiej się złością... Dodał także, że długo czeka się na np. badanie USG w miejscowościach, w których rządzi opozycja. Warto wiedzieć, że jest ich dużo mniej, niż tych, w których władzę sprawuje koalicja Fidesz-KDNP. Natomiast długie oczekiwanie na operację zdaniem ministra wynika z tego, że pacjent nie chce poddać się zabiegowi w innym szpitalu w kraju. Spuentował, że spośród krajów OECD to Węgry najbardziej szanują lekarzy. Temu jednak przeczą opinie środowiska lekarskiego. Na początku września resort spraw wewnętrznych przesłał Węgierskiej Izbie Lekarskiej projekt zmian w organizacji pracy. Przewiduje on m.in. zwiększenie (z dwóch do sześciu) liczby obowiązkowych dyżurów, niewliczanie do czasu pracy przerwy na lunch (zatem dzienny czas pracy zostałby wydłużony o 30 minut). Środowisko lekarskie krytykuje założenia zmian, wskazując, że to kolejny etap „wyciskania” z pracujących w ochronie zdrowia „ostatniej kropli krwi”. Strona rządowa nie zaprosiła do konsultacji związków zawodowych. ●



KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ

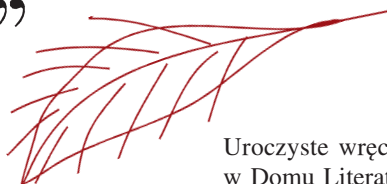


Lekarzu, możesz skorzystać
z usług doradcy podatkowego
w ramach opłaconej składki członkowskiej.



Umów się na konsultację

Rozstrzygnięcie XV Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls słowa”



KATEGORIA: POEZJA

- I miejsce – **Bolesław Sawicki**
II miejsce – **Witold Kopeć**
III miejsce – **Ewa Gluza**
Wyróżnienie – **Joanna Czajkowska-Ślasko**
Wyróżnienie w gazecie „Własnym Głosem”
– **Anna Pituch-Noworolska**

KATEGORIA: PROZA

- I miejsce – **Kasia Wierzbicka**
II miejsce – **Agnieszka Kania**
III miejsce – **Monika Szymczakowska**

Uroczyste wręczenie nagród odbędzie się 12 października w Domu Literatury, przy Krakowskim Przedmieściu 87/89, podczas Warszawskiej Jesieni Poezji.

W PROGRAMIE:

- 15.00 Ogłoszenie wyników XV Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls słowa” dla lekarzy i lekarzy dentyistów
15.30 Spektakl poetycki „Molekuły wrażliwości 7” prezentujący nagrodzone prace w interpretacji Iwony Rulewicz i Macieja Zuchowicza
16.30 Koncert muzyczny zespołu Kisieleński Trio ●

Zapraszamy na jubileuszowe XXV Mistrzostwa Lekarzy w Brydzu Sportowym



Zawody odbędą się 11–12 października 2024 r. w Warszawie, w Centrum Sportów Umysłowych, przy ul. Polinezyjskiej 10. Wszystkie przewidziane turnieje – indywidualny, par na impy i maxy, mają formułę otwartą.

Zgodnie z regulaminem PZBS zdobywcy trzech pierwszych miejsc otrzymają medale i dyplomy. Przewidziano także medale, nagrody i puchary dla najlepszych lekarzy w punktacji długofalowej oraz dla najlepszej zawodniczki. ●

Szczegóły i regulamin na stronie izby



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



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 Łukasz Sosnowski
- 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 Ślezi”
– 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.

Igrzyska w Cetniewie

Do nadmorskiego Cetniewa na XXI Igrzyska Lekarskie przyjechało blisko 800 osób. Impreza odbywała się między 4 a 7 września, a sportowcy o olimpijskie medale konkurowali w kilkunastu dyscyplinach, m.in.: pływaniu, kolarstwie, tenisie, badmintonie, brydżu oraz grach zespołowych – siatkówce, siatkówce plażowej, piłce nożnej. Nie zabrakło też zmagania najmłodszych, którzy biegali, skakali i pływali, walcząc o złote, srebrne i brązowe krążki. – *To bardzo ważne, by w czasach biegów między jednym a drugim miejscem pracy i skoków przez biurokratyczne przeszkody lekarze znaleźli czas na prawdziwy sport w swoim życiu. XXI Igrzyska Lekarskie były wielkim lekarskim świętem, dającym doskonałą okazję do integracji, rywalizacji i promocji zdrowego trybu życia* – podsumował Krzysztof Herman, wiceprezes ORL w Warszawie, przewodniczący Komisji Sportu.





W czasie, gdy zawodnicy walczyli na boiskach, trasach lądowych i wodnych, tuż obok odbywali wyjazdowe posiedzenie członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej. Debatowano m.in.: nad zmianami w Regulaminie Rzecznika Praw Lekarza, stanem budowy systemu e-wyborów, kontrowersjami i wątpliwościami samorządu lekarskiego dotyczącymi zmian ustawowych w zakresie finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej. ●

„Peer Gynt” w Narodowym

Teatr Wielki Opera Narodowa na 25 października szykuje premierę baletu w dwóch aktach „Peer Gynt”. Okazuje się, że poemat, który sprawia trudności inscenizatorom, jest idealnym materiałem na spektakl baletowy. Choreografię do „Peer Gynta” stworzył słoweński tancerz pochodzenia rumuńskiego Edward Clug w 2015 r., muzyka zaś jest dziełem norweskiego kompozytora i pianisty Edvarda Griega.

„Peer Gynt” to dramat napisany wierszem, opowiadający o losach egoisty, kłamczucha i antybohatera, który ma za nic miłość pięknej dziewczyny. *„Dzięki prawdziwej fascynacji Cluga niejednoznaczny w wymowie poematem dramatycznym Ibsena powstał spektakl surrealistyczny z elementami teatru absurdu, niepozabawiony mrokiem, ale wypełniony także dużą dozą ironii. Choreografowi udało się zobrazować w spektaklu dwie strony Peer Gynta, który jest jednocześnie baśniową feerią, ale i opowieścią o wewnętrznej drodze do dojrzałości. Przedstawienie to działa zatem w niezwykle sposób – pokazuje fantastyczny świat, który okazuje się bardzo bliski współczesności”* – czytamy na stronie Teatru Narodowego.



Fot. E. Krasucka



Fot. P. Morawiec

Pałac Krasińskich zaprasza. A jest co obejrzeć

Po raz pierwszy jeden z najpiękniejszych pałaców Warszawy został otwarty dla zwiedzających. Pałac Rzeczypospolitej przy pl. Krasińskich, bo o nim mowa, prezentuje najcenniejsze obiekty ze skarbca Biblioteki Narodowej.

Przez sześć dni w tygodniu (z wyjątkiem wtorków), od godz. 11 do 19, w barokowych wnętrzach pałacu można oglądać zabytki polskiego i światowego piśmiennictwa, m.in.: „Kazania świętokrzyskie”, „Psałterz floriański”, „Rocznik świętokrzyski dawny”, rękopisy kronik Galla Anonima i Wincentego Kadłubka, a także średniowieczne i renesansowe dzieła iluminatorów europejskich, w tym słynną „Sforziadę”. W udo-

stępionych zbiorach znajdują się też unikatowe rękopisy, np. jedyny autograf utworu Jana Kochanowskiego, „Balladyna” Juliusza Słowackiego, „Oda do młodości” Adama Mickiewicza oraz zbiory rękopisów Cypriana Kamila Norwida, Zbigniewa Herberta i Czesława Miłosza. Nie zabrakło rękopisów utworów Fryderyka Chopina i Henryka Mikołaja Góreckiego oraz oryginałów utworów Agnieszki Osieckiej i Jacka Kaczmarskiego.

Wstęp na wystawę jest bezpłatny. W październiku natomiast do obejrzenia wystawa czasowa poświęcona twórcy „Pana Cogito”, Zbigniewowi Herbertowi. ●

Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek

KIEDY: _____
12 października 2024 r.

GDZIE: _____
NIL
ul. Jana III Sobieskiego 110
w Warszawie

TRYB HYBRYDOWY

Więcej
informacji



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

NIL Naczelna
Izba Lekarska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów
na trening balintowski.

Terminy spotkań w 2024 r.:



- **18 października** | godz. **18.00–20.30**
- **15 listopada** | godz. **18.00–20.30**
- **6 grudnia** | godz. **18.00–20.30**

Szczegółowe
informacje
i zapisy
na stronie



Spotkania stacjonarne w siedzibie
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
przy ul. Puławskiej 18.

Doktor od bakterii

DO NAUK ŚCISŁYCH, KTÓRE WYWARŁY OGROMNY WPŁYW NA ROZWÓJ MEDYCYNY I DOKONAŁY W NIEJ SPEKTAKULARNYCH PRZEWROTÓW, ZDECYDOWANIE NALEŻY BAKTERIOLOGIA. WSZAK PRACE NAUKOWE, NP. PASTEURA, DOWIODŁY, ŻE PRZYCZYNA WIELU CHORÓB SĄ DROBNE ŻYJĄTKA, NIEKTÓRE TAK MALEŃKIE, ŻE WIDOCZNE TYLKO PRZEZ SZKŁA POWIĘKSZAJĄCE BARDZO DOBREGO MIKROSKOPU O ODPOWIEDNICH PARAMETRACH.

tekst **MAŁGORZATA SZTUROMSKA**



Fot. archiwum

Nadrodze skrupulatnych badań wysnuto rewolucyjny dla świata wniosek, że te mikroorganizmy są przyczyną chorób, także pandemii przynoszących śmierć w męczarniach milionom ludzi. Badania naukowców francuskich i niemieckich, np. Kocha, wprowadziły świat w nową erę medycyny. Oczywiście, do sukcesów Kocha i Pasteura przyczynili się także inni, których tu ze względu na wielość badań i teorii trudno wymienić. Pierwszym bakteriologiem Polakiem był, jak podają źródła, Odo Feliks Kazimierz Bujwid, absolwent Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, uczeń Roberta Kocha, a także student paryskiego instytutu Ludwika Pasteura.

Doktor Bujwid otworzył w Warszawie instytut badań nad wścieklizną i stację badań produktów żywnościowych pod kątem ich przydatności do spożycia. Jego asystentem, a potem następcą w instytucie warszawskim, został dr Władysław Palmirski.

DAMA Z PORTRETU

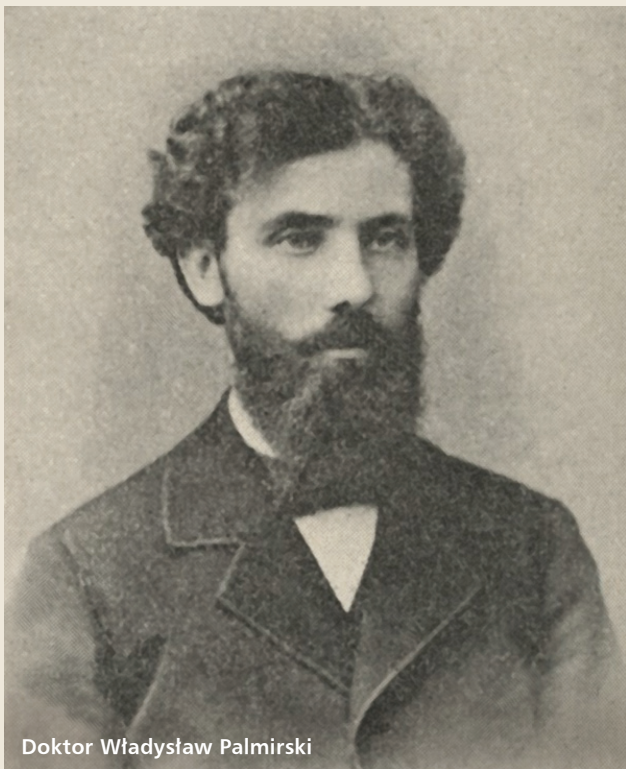
Do wsi Głusków pod Piasecznem przyjeżdżam wiosną 2015 r. Mały drewniany domek, wjeżdżam na podwórko, od razu wychodzi właściciel i pomaga mi zaparkować samochód. Mam tu spotkanie z panią Janiną Niemczyk, która opowie mi o dawnych właścicielach okolicznych wsi: Gołkowa, Głuska, Wólki Prackiej, Złotokłosu. Pani Janina ma 90 lat i jest skrupulatną nauczycielką historii okolic i gawędziarką, której się słucha z zapartym tchem. Na koniec naszego spotkania pokazuje pamiętki. Moździerz z przetopionego działka armatniego, bo wiele takich działek poniewierano się porzuconych na polach wokół Głuska po bitwie

sierpniowej 1914 r., lampy naftowe, przy których uczyła się do matury, bo prąd we wsi zainstalowano dopiero w 1951. Na ścianach kilka portretów i ten jeden, przykuwający uwagę. Młoda dziewczyna o wyjątkowej urodzie spogląda z portretu na pokój, w którym kiedyś mieszkała, bo dom państwa Niemczyków to już dom stuletni, a portret jest z 1916 r. Pytam, kim jest ta piękność, z której oblicza emanuje spokój. – *To moja mama Michalina, wtedy osiemnastoletnia panna* – odpowiada Janina i dodaje – *uratowana przez doktora Palmirskiego*. Michalina urodziła się jako jedno z piętnastorga dzieci w rodzinie Lewandowskich, z których przeżyło tylko troje. Wydawała się być dzieckiem silnym, odpornym na choroby. Miała sześć lat, gdy dostała wysokiej gorączki. W tym czasie zmarła jej młodsza siostra leczona przez piaseczyńskiego lekarza. W okolicach Piaseczna panował wówczas wśród dzieci dyfteryt i zgónów było tak wiele, że nie nadążano z pogrzebami. Zrozpaczeni rodzice bali się jechać do miasta, ale ktoś im powiedział, że w Wólce Prackiej jest naukowiec nazywany doktorem, który zajmuje się hodowlą zwierząt, więc może pomóc. Nie było łatwo się dostać do majątku naukowca, bo poczynił wiele zabezpieczeń przed zarazą, ale jakimś cudem rodzicom udało się spotkać z dr. Palmirskim. Początkowo odmówił leczenia, ale w końcu uległ prośbom. Zbadał dziecko i podał preparat. Michalina przeżyła.

ŚLADAMI DOKTORA

WŁADYSŁAWA PALMIRSKIEGO

Szukam śladów doktora Palmirskiego w historii bakteriologii. Na przełomie wieków XIX i XX w wielu dziennikach można znaleźć krótkie notatki prasowe dotyczące osób pokąsanych



Fot. Polona

Doktor Władysław Palmirski

przez wściekle zwierzęta. Kończą się informacją, że osoby te zostały przewiezione do instytutu dr. Władysława Palmirskiego w Warszawie. W „Gazecie Handlowej” z lutego 1897 r. natrafiam na roczną statystykę instytutu. Otóż w ciągu roku zakład bakteriologiczny dr. Palmirskiego przyjął 1200 osób pokąsa-

nych przez wściekle lub podejrzane o wściekliwość zwierzęta (psy, koty, wieprze, konie, krowy, gryznie i wilki). W 1896 r. 936 osób poddano kuracji zalecanej przez Palmirskiego, zgodnie ze wskazaniem dr. Pasteura. Z osób tych zaledwie trzy w czasie kuracji (bardzo ciężko pogryzione przez wściegłego wilka) i dwie po kuracji zmarły. 931 osobom uratowano życie! Czyż to nie zdumiewa, zważywszy na stan wiedzy o bakteriach i wirusach w tym czasie?

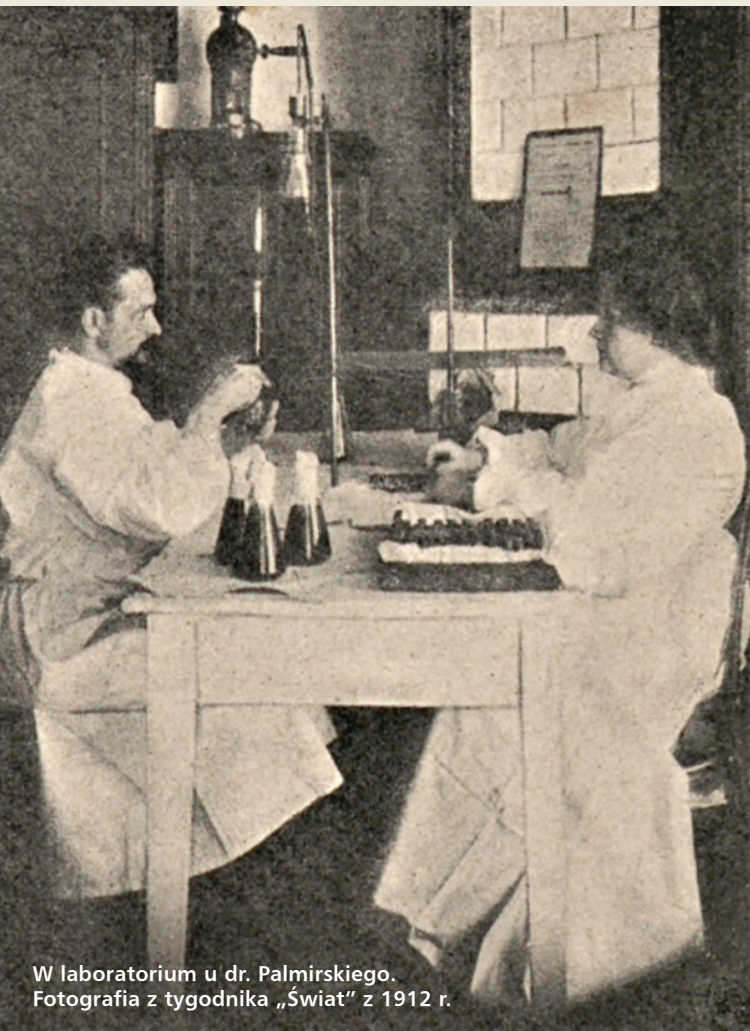
Jest rok 1900 i na łamach prasy trwa ożywiona dyskusja na temat szczepionek przeciwko wścieklicznie. Rozlegają się głosy krytyczne, przeciwnicy szczepień twierdzą, że są osoby, które podczas pasteurowskiej kuracji zostały zarażone wodowstrętem (inna nazwa wściekliczny) i zmarły. Doktor Palmirski na łamach „Kroniki Lekarskiej” stanowczo temu zaprzecza, przytaczając przykłady i liczby. Oświadcza, że nikt nie poniósł śmierci w wyniku „wstrzyknięć pasteurowskich”. Co do szczepień ochronnych ludzkość będzie miała wątpliwości przez następnych 115 lat. Cóż, jeszcze na początku XXI w. nie wszyscy będą wierzyć w istnienie bakterii i wirusów...

HISTORIA POWSTANIA PRACOWNI

Zanim jednak Palmirski uratuje tak wiele osób po zarażeniu wściekliczną, w czerwcu 1886 r. prof. Odo Bujwid założy warszawską pracownię bakteriologiczną. Jej wzorem jest instytut Pasteura w Paryżu i berliński Roberta Kocha. Natomiast inicjatywę upowszechnienia szczepień metodą Pasteura w naszym kraju zawdzięczamy prof. Chałubińskiemu, który zachęcił warszawskiego lekarza, późniejszego profesora Wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie, dr. Bujwida do wyjazdu do instytutu Pasteura na koszt Kasy Pomocy Naukowej ▶▶



Zespół naukowców współpracujących z dr. Palmirskim (siedzi w pierwszym rzędzie, drugi od lewej). Fotografia z tygodnika „Świat” z 1912 r.



W laboratorium u dr. Palmirskiego.
Fotografia z tygodnika „Świat” z 1912 r.

► im. Mianowskiego. Odo Bujwid ostatecznie osiadł w Krakowie, a warszawską placówkę poprowadził jego uczeń i asystent, czyli właśnie Władysław Palmirski.

Własną pracownię serologiczną Palmirski tworzy w 1895 r. Prowadzi w niej też, co ważne, badania żywności oraz wnętrzości ludzkich i zwierzęcych przysyłanych do instytutu w celu potwierdzenia lub wykluczenia zarażenia chorobą. Píše też instrukcje dla sanitariuszy i władz okręgów, jak w przypadku epidemii postępować. Zaleca higienę pomieszczeń mieszkalnych i gospodarczych, likwidację kałuż, dołów ze stojącą wodą, przegotowanie wody do picia itd., co w przypadku

rozprzestrzeniania się np. cholery miało najistotniejsze znaczenie. W Wólce Prackiej doktor buduje dla okolicznej ludności łaźnię publiczną, dając innym właścicielom majątków przykład odpowiedniej, skutecznej walki z epidemiami. W tygodniku „Świat” z 1912 r. czytamy: „Ogółem przez 17 lat istnienia pracowni wyrobu surowic dr Palmirski puścił w świat przeszło milion flakonów surowicy dyfterytycznej, t.j., średnio biorąc, przeszło pół miliona dzieci leczonych było tą surowicą. Przeciętnie rozchodziło się rocznie 60 tys. flakonów, a rynki zbytu, poza Królestwem i Litwą, obejmowały gubernię kijowską, Kaukaz i Syberję”. W roku 1911 warszawski instytut pasteurowski obchodzi 25-lecie swojego istnienia i nadal jest prowadzony przez Władysława Palmirskiego. Powstaje także placówka przyjmująca na kurację pokąsanych przez wściekłe zwierzęta pacjentów. Do 1897 r. jest ona jedynym takim miejscem na terenie Królestwa i Litwy.

DWÓR I GOSPODARSTWO W WÓLCE PRACKIEJ

Lecznym środkiem przeciw wścieklicznie jest wówczas określona dawka preparatu pobranego z rdzenia królika pasteurowskiego, umyślnie zarażonego wściekliczną i padłego na wścieklicznę. W tym celu rocznie potrzebnych jest około tysiąca królików. Zwierzęta hoduje się w folwarku w Wólce Prackiej, nieopodal Piaseczna. Majątek ten, kupiony przez Palmirskiego prawdopodobnie w latach 1896–1900, pełni funkcję placówki naukowej z laboratorium, na której potrzeby stworzono hodowlę koni i królików. W parku obok stajni stoi dworek – siedziba Władysława i jego żony Julii.

W gospodarstwie, we wzorowo zorganizowanej murowanej stajni, znajdują się osobne boksy dla każdego konia. W czasach największego zapotrzebowania na surowicę hoduje się tam 60 koni. Produkuje się też surowicę dyfteryjną, przeciwężcową i szkarlatynową. Dwa razy w tygodniu przyjeżdża z Warszawy pracownik instytutu i odbiera flakony z surowicą. Czytamy w prasie ciekawe opisy wizyt w Wólce Prackiej naukowców z całego świata. Przyjeżdżali pociągiem do Piaseczna i ze stacji wąskotorówki byli odbierani przez gospodarza Wólki Prackiej, wsiadali w bryczki i podróżowali do folwarku. Chwalili wzorowo prowadzony folwark, dużą dbałość o zwierzęta.

Na próżno dziś szukać pamiątek po Palmirskich w Wólce Prackiej. W Internecie też mało informacji o naukowcu, któremu życie zawdzięczają setki tysięcy ludzi. Jednak jest coś pocieszającego – pamięć mieszkańców Wólki Prackiej i Głoskowa o doktorze. Pamięć, która trwa do dziś. ●

**ZAPRASZAMY NA SPOTKANIE Z OKAZJI 45-LECIA UKOŃCZENIA STUDIÓW
absolwentów Akademii Medycznej w Warszawie, wydziału lekarskiego, rocznika 1979,**

które odbędzie się 16 listopada 2024 r., o godzinie 19.00,
w restauracji Róża Wiatrów, w Warszawie przy ul. Wał Miedzeszyński 377.

Koszt spotkania 490 zł.

Kontakt z organizatorami: Joanna Pawłowska, tel.: 600 394 505, e-mail: j.pawlowska@ipczd.pl

**UCHWAŁA NR 11/Z-IX/24
XLVII NADZWYCZAJNEGO
OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 8 CZERWCA 2024 R.**

**w sprawie przyznania tytułu Honorowego Delegata
kol. Aleksandrze Słabik-Ledóchowskiej**

Na podstawie art. 24 ust. 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1342 ze zm.) w zw. z Uchwałą nr 5 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 1 marca 1996 r. w sprawie przyznawania tytułu Honorowego Delegata i przywilejów związanych z tym tytułem – uchwała się, co następuje:

§1

Zważywszy na całokształt działalności kol. Aleksandry Słabik-Ledóchowskiej oraz uznając jej szczególnie zasługi na rzecz samorządu lekarskiego, XLVII Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza przyznaje kol. Aleksandrze Słabik-Ledóchowskiej tytuł Honorowego Delegata.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz zjazdu **Bartosz Jerczak**
Sekretarz zjazdu **Zuzanna Wojdyńska**
Zastępca przewodniczącego zjazdu **Karol Stępniewski**
Przewodniczący zjazdu **Łukasz Jankowski**

**UCHWAŁA NR 362/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 17 LIPCA 2024 R.**

**w sprawie powołania Ośrodka Strategii i Analiz
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

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 §29 ust. 5 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby 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., uchwała się, co następuje:

§1

Powołuje się Ośrodek Strategii i Analiz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.

§2

1. Podstawową funkcją Ośrodka Strategii i Analiz, o którym mowa w §1, jest doradztwo prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w zakresie przyszłości izby, a w szczególności jej roli, organizacji i zadań, jak również roli i przyszłości systemów ochrony zdrowia.
2. Do zadań Ośrodka Strategii i Analiz należy w szczególności:
 - gromadzenie informacji wspomagających procesy zarządzania izbą oraz monitoring osiągania wyznaczonych celów strategicznych,
 - gromadzenie informacji wspomagających procesy zarządzania systemami ochrony zdrowia,

- wykonywanie analiz i porównań systemów ochrony zdrowia w Polsce i innych krajach, w tym sytuacji kadrowej i zapotrzebowania na kadry medyczne, oraz innych analiz *ad hoc*, w zależności od kierunków wyznaczonych przez prezesa ORL,
- sporządzanie ankiet na potrzeby przeprowadzanych badań,
- sporządzanie corocznego raportu dotyczącego realizacji strategii izby,
- monitorowanie, operacjonalizacja i ewaluacja realizacji celów izby,
- opracowywanie końcowych raportów z realizacji poszczególnych analiz,
- ocena ryzyka, szans oraz zagrożeń wynikających z podjęcia określonych działań,
- rekomendowanie zarządowi najkorzystniejszych rozwiązań,
- ustalanie celów strategicznych i nawiązywanie współpracy ze środowiskiem naukowym, ośrodkami służby zdrowia oraz przedstawicielami władzy ustawodawczej i samorządowej,
- współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi izby w ramach prowadzonych analiz w obszarze ich działania,
- współpraca z Naczelną Izbą Lekarską w ramach wspólnych projektów badawczych,
- współpraca z dostawcami zewnętrznymi w celu doboru oraz uzyskania wycen dla analizowanych rozwiązań,
- dobór metodologii w celu zapewnienia optymalnych rezultatów z przeprowadzanych badań i analiz,
- opracowywanie materiałów do publikacji w mediach OIL.

§3

Ośrodek Strategii i Analiz realizuje swoje zadania na zlecenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, Prezydium ORL w Warszawie, komisji ORL w Warszawie, zespołów ORL w Warszawie. W przypadku podmiotów zewnętrznych – wyłącznie po akceptacji Prezydium ORL w Warszawie.

§4

Uchwała wchodzi w życie 1 sierpnia 2024 r.

**UCHWAŁA NR 365/R-IX/24
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE Z 17 LIPCA 2024 R.**

**w sprawie powołania
zastępcy rzecznika praw lekarza
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

Na podstawie art. 25 pkt 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021 r., poz. 1314 t.j.) oraz na podstawie §4 pkt 20 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. Jana Nielubowicza, stanowiącego załącznik do Uchwały nr 13/Z-IX/23 XLI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 1 kwietnia 2023 r., uchwała się, co następuje:

§1

Na stanowisko zastępcy rzecznika praw lekarza OIL w Warszawie powołuje się kol. Małgorzatę Zarachowicz.

§2


Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORL lek. **Jacek Sowiński**
Prezes ORL dr n. med. **Artur Drobnik**

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

31 grudnia 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

31 grudnia 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.



OKRĘGOWA IZBA LECARSKA
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:

Aleksandra Sokalska

ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:

Dorota Lebedzińska

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: Produx Sp. z o.o.

KOREKTA: Lidia Sadowska-Szlaga

DRUK: Elanders Polska Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie
prawo do adyustacji 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.



Z głębokim żalem żegnamy wspaniałego neurologa

dr. n. med. Przemysław Richtera

ordynatora Oddziału Neurologii
z Pododdziałem Udarowym
Szpitala Kolejowego w Pruszkowie.

Składamy wyrazy głębokiego współczucia
najbliższej Rodzinie i łączymy się z Nią w cierpieniu.

Nie ma słów, które wyraziłyby nasz smutek.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci
jako charyzmatyczny lekarz, serdeczny szef
oraz cudowny człowiek.

Nigdy nie zapomnimy Jego optymizmu,
uśmiechu i poczucia humoru.

Pracownicy oddziału



Wyrazy głębokiego współczucia dla
dr. Magdaleny Skal bani
oraz całej Rodziny
z powodu nagłej śmierci

dr. Dariusza Skal bani

w imieniu własnym
oraz radomskiego środowiska lekarskiego
składa Karol Stępniewski,
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
przewodniczący Delegatury Radomskiej.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 31 lipca 2024 r. w wieku 62 lat zmarła

śp. Elżbieta Grażyna Wodzyńska

lekarz stomatolog.

Córka z rodziną

OGŁOSZENIE

Sprzedam gabinet lekarski (ginekologia i chirurgia) lub jego wyposażenie.
Warszawa-Tarchomin. Tel.: 501 133 790




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.**


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



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

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 Drobnik 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-Łuczkiwicz 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
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 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





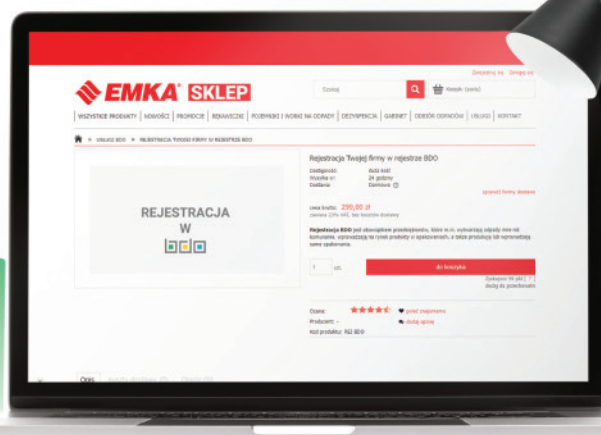
CLARA

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