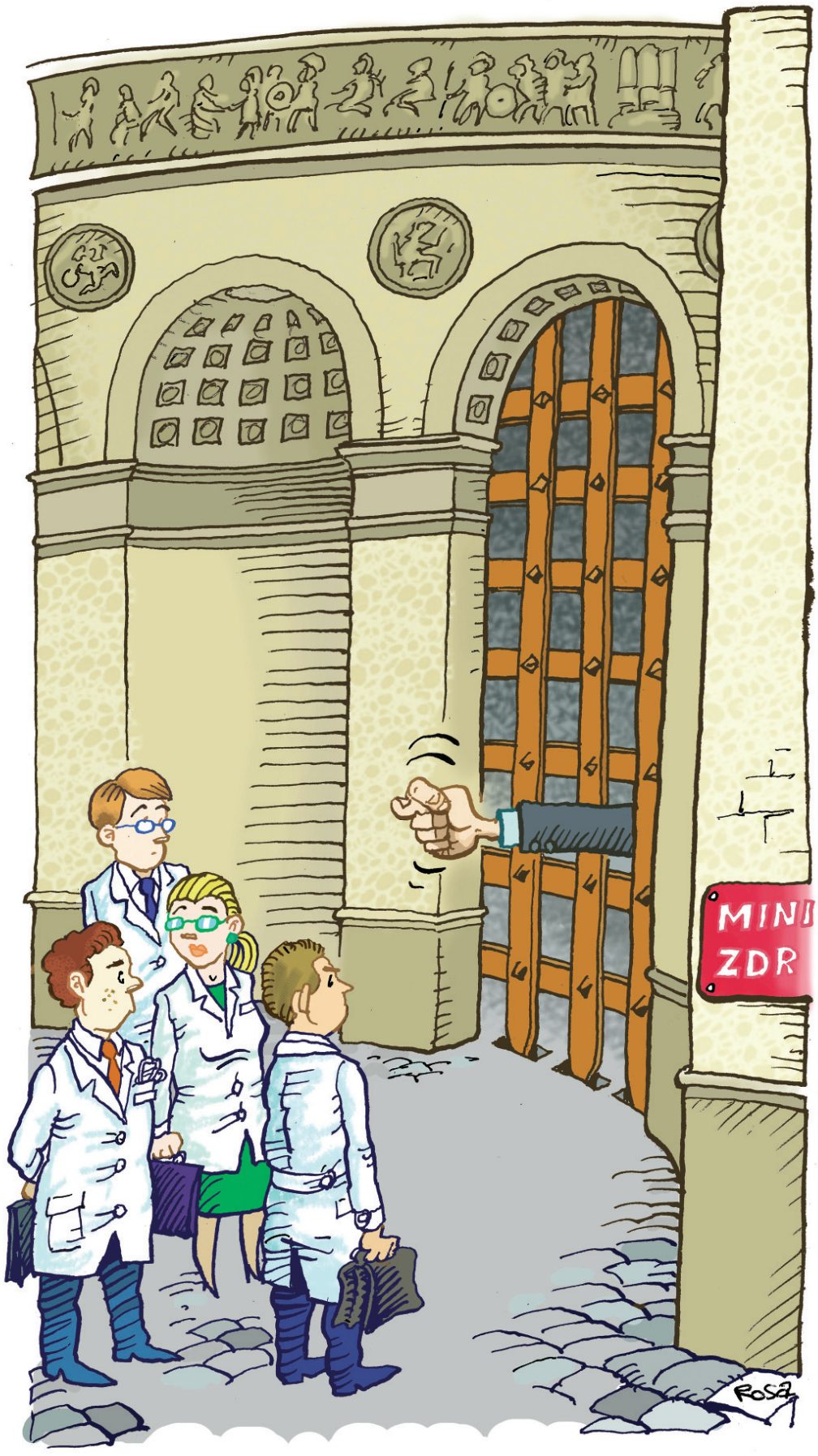
ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

kwiecień 2019 (nr 288)



Powikłania w chirurgii naczyniowej

str. 20, 22

6 proc. PKB na zdrowie: mapa drogowa prowadzi na manowce?

str. 6

Gdy kleszcz wychodzi na żer

W kleszczach boreliozy

str. 28, 30

z naszego kalendarza

1 KWIETNIA	**9.30–11.30**	Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL, Warszawa, ul. Puławska 18
	10.00–16.00	Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL
	19.00–22.00	Próba chóru Medicantus, siedziba OIL
2 KWIETNIA		ŚWIATOWY DZIEŃ AUTYZMU
3 KWIETNIA	**10.00–13.30**	
	i 14.30–17.00	ODZ – szkolenie „E-recepty – wdrożenie do systemu, praktyczne szkolenie z obsługi programu", Delegatura Radomska, Radom, ul. Rwańska 16
	16.00	„Przechodnie na scenie życia" – spotkanie autorskie z poetką Stanisławą Ossowską, Klub Lekarza, Warszawa, ul. Raszyńska 54
4 KWIETNIA	**10.00–14.00**	Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL
5 KWIETNIA	**9.30–11.30**	Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL
	10.00	Dyżur mediatora, siedziba OIL
6 KWIETNIA	**9.00–16.00**	ODZ – szkolenie „Wpływ nadciśnienia tętniczego na serce i układ krążenia", siedziba OIL
7 KWIETNIA		DZIEŃ PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA
		ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA
8 KWIETNIA	**9.30–11.30**	Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL
	10.00–16.00	Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL
	19.00–22.00	Próba chóru Medicantus, siedziba OIL

Wielkanoc AD 2019

Nie bądźcie smutni!
Pamiętajcie, że życie jest misją, obowiązkiem, cierpieniem!
Każdy z nas musi mieć swoje miejsce zmagań.
Jeśli Pan Bóg pragnie, byście pełnili swoją szlachetną misję między tymi ludźmi, znaczy to, że chce się Wami posłużyć, by zasiać dobro w ich sercach.

(św. Józef Moscati)

Fot. licencja Artmedia Partners

Niech myśl Waszego kolegi, wybitnego profesora i medyka pochodzącego z Włoch, będzie dla Was źródłem wielkanocnej refleksji.

Na Świętą Paschę Jezusa składam Wam i Waszym Rodzinom serdeczne życzenia duchowej odnowy, pogłębienia wzajemnych relacji oraz zasłużonego odpoczynku. Przyjmijcie także podziękowania za codzienny profesjonalizm i wrażliwość na cierpienia chorego.

Ks. Arkadiusz Zawistowski
krajowy duszpasterz służby zdrowia

9 KWIETNIA	**17.00**	Spotkanie grupy Balinta, siedziba OIL
10 KWIETNIA	**17.00**	„Melodie świata" – koncert Barbary Malwe, Klub Lekarza, ul. Raszyńska 54
11 KWIETNIA		DZIEŃ OSÓB Z CHOROBĄ PARKINSONA
	10.00–14.00	Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL
12 KWIETNIA	**9.30–11.30**	Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL
	10.00	Dyżur mediatora, siedziba OIL
12–13 KWIETNIA	**15.00**	XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej, II Mistrzostwa Polski Oldboyów, Hala OSiR Wola, Warszawa, ul. Nowowiejska 37b (szczegółowe informacje na stronie OIL w Warszawie)
13 KWIETNIA	**9.00**	**XL Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie** Centrum Konferencyjno-Szkoleniowe Boss, Miedzeszyn, ul. Żwanowieckiej 20
15 KWIETNIA	**10.00–16.00**	Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL
	9.30–16.00	Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL
	14.00	Posiedzenie Komisji Bioetycznej, siedziba OIL
	14.00	Wielkanocne Spotkanie Lekarzy Seniorów, Klub Lekarza, ul. Raszyńska 54
17 KWIETNIA		ŚWIATOWY DZIEŃ CHORYCH NA HEMOFILIĘ
18 KWIETNIA		EUROPEJSKI DZIEŃ PRAW PACJENTA
	10.00–14.00	Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL
19 KWIETNIA	**9.30–11.30**	Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL
	10.00	Dyżur mediatora, siedziba OIL
21–22 KWIETNIA		ŚWIĘTA WIELKANOCNE
24 KWIETNIA		DZIEŃ IMMUNOLOGII
	17.00	„Medycyna ludowa" – spotkanie z etnografką Jadwigą Migdał, Klub Lekarza, ul. Raszyńska 54
25 KWIETNIA	**10.00–14.00**	Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL
	14.00	Posiedzenie Komisji Bioetycznej, siedziba OIL
27 KWIETNIA	**9.00–16.00**	ODZ – szkolenie „Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty", siedziba OIL
28 KWIETNIA	**15.00–17.00**	Sportowa niedziela, Studium Wychowania Fizycznego WAT, ul. Kartezjusza 1
29 KWIETNIA	**9.30–11.30**	Dyżur pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, siedziba OIL
	10.00–16.00	Dyżur rzecznika praw lekarza, siedziba OIL
	19.00–22.00	Próba chóru Medicantus, siedziba OIL

Oddane do druku 11 marca 2018 r.

oprac. *mkr*

Wielkanocne Spotkanie Lekarzy Seniorów

Drodzy Lekarze Seniorzy!
W imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
mam zaszczyt zaprosić Państwa na spotkanie wielkanocne,
które odbędzie się w poniedziałek 15 kwietnia 2019 r. o godz. 14.00
w Klubie Lekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przy ul. Raszyńskiej 54.

Łukasz Jankowski
prezes ORL w Warszawie

CENTRUM KARIERY LEKARZA

OFERTY PRACY

MOŻESZ PRZYJŚĆ DO BIURA OBSŁUGI LEKARZA
I ZAPOZNAĆ SIĘ Z OFERTAMI PRACY
DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW.

OFERTY RÓWNIEŻ NA:

www.izba-lekarska.pl/oferty-pracy

www.facebook.com/centrumkarierylekarza/

Proj. K. Bryda

DOSKONALENIE ZAWODOWE

SZKOLENIA W SIEDZIBIE OIL DLA WYTRWAŁYCH NAGRODY!

TERMINY KURSÓW

3.04.2019	E-recepty – wdrożenie do systemu, praktyczne szkolenie z obsługi programu
6.04.2019	O wpływie nadciśnienia tętniczego na serce i układ krążenia
27.04.2019	Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty
11.05.2019	Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty
18.05.2019	Psychologiczne metody radzenia sobie z bezsennością
18.05.2019	Kwalifikowana pierwsza pomoc medyczna (Radom)
23.05.2019	Czy otyłość to choroba?
25.05.2019	Stany zagrożenia życia w praktyce lekarza
29.06.2019	Cukrzyca wyzwaniem dla lekarzy

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

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

SPIS TREŚCI

DZIŚ I JUTRO (str. 5)

OPINIE

6 **6 proc. PKB na zdrowie: mapa drogowa prowadzi na manowce?** – Małgorzata Solecka

8 **Bez znieczulenia** – Marek Balicki

8 **Jaka piękna katastrofa** – Paweł Walewski

9 **Zawód i rozczarowanie** – Jarosław Biliński

10 **Szacunek dla lekarza i pacjenta, szacunek dla siebie** – Artur Drobniak

KOMISJA DS. LEKARZY DENTYSTÓW

12 **Ważna rola...** – Dariusz Paluszek

14 **V Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne...**

16 **Zdrowie jamy ustnej a cały organizm**

U NAS W SAMORZĄDZIE

1 **Z naszego kalendarza**

18 **Dlaczego samorząd lekarski jest ważny i potrzebny?**

19 **Co Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie daje Ci ekstra?**

TEMAT MIESIĄCA

20 **Konkluzje z V Konferencji „Powikłania w chirurgii naczyniowej i endowaskularnej”**

22 **Powikłania w chirurgii naczyniowej – czy można ich uniknąć?** – Piotr Andziak

Z NASZEJ PRAKTYKI

25 **Leczenie przeciwbólowe chorób narządu ruchu** – Małgorzata Malec-Milewska

32 **Efekt placebo** – Hanna Odziemska

CIEKAWE

21 **Goniec Medyczny** – Jarosław Kosiaty

26 **Doniesienia naukowe** – Zbigniew Wojtasiński

NA CZASIE

28 **Gdy kleszcz wychodzi na żer**

30 **W kleszczach boreliozy**

MOIM ZDANIEM

34 **Rasizm i medycyna** – Jarosław Kosiaty

Rys. na okładce: K. Rosiecki

www.miesiecznik-puls.org.pl

Z MAZOWSZA

36 **Z myślą o radomskich lekarzach**

PRAWO

39 **Niepoczytalność w prawie karnym** – Filip Niemczyk

40 **Analiza przypadków** – Aleksandra Powierża, Karolina Podsiadły-Gęsikowska

42 **Dwie strony barykady** – Przemysław Rawa-Klocek

43 **Nowe przepisy prawne** – Beata Kozyra-Łukasiak

JĘZYK NASZ GIĘTKI

49 **Kilka słów o nazwiskach** – Piotr Müldner-Nieckowski

LEKTURY

50 **XX-wieczna siłaczka** – Małgorzata Skarbek

50 **Poczytajmy o wątrobie** – Paweł Walewski

LITERATURA I ŻYCIE

51 **Kula na wagę złota** – Artur Dziak

MUZY I MY

49 **Posłuchać, zobaczyć...**

52 **Chór integruje**

55 **Medycyna jest kobietą**

LISTY DO REDAKCJI (str. 53)

Z MYŚLĄ O SENIORACH

54 **Gala Przyjaciół Fundacji Pro Seniore**

Delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji!

Szanowne Koleżanki,
Szanowni Koledzy,

zapraszam na

XL Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
który odbędzie się
13 kwietnia 2019 r.
w Centrum Konferencyjno-Szkoleniowym Boss,

w Warszawie (Miedzeszynie),
przy ul. Żwanowieckiej 20
(dojazd: SKM 1, autobusem 146 lub 521).

Rejestracja delegatów rozpocznie się o godz. 8.00,

otwarcie obrad przewidziane jest o godz. 9.00.

Szczegółowe informacje na stronie:
www.izba-lekarska.pl.

Łukasz Jankowski,
prezes ORL w Warszawie

Rys. K. Rosiecki

ŁUKASZ JANKOWSKI
prezes ORL w Warszawie

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Fot. K. Bartyzel

każdy z nas kończył studia z wyobrażeniem o zawodzie lekarza. Z marzeniami o wykonywaniu tego zawodu, z misją pomocy chorym. Dla większości z nas po latach, gdy rzeczywistość ściągnie nas na ziemię, do bezdusznego, nieprzystosowanego i niedoinwestowanego systemu, z marzeń o zawodzie lekarza pozostaje tylko zawód.

Jesteśmy zawiedzeni dostępnością metod leczniczych, brakiem podstawowych wydawałoby się leków i sprzętu. Zawiedzeni tym, że w naszej rzeczywistości leczenie nie jest – bo z powodu niedomogów systemu nie może być – takie jak opisane w książkach i na konferencyjnych wykładach. Zawiedzeni niewystarczającą ilością personelu, liczbą i rozkładem dyżurów, brakiem czasu na doszkalanie, wypłatą. Zawiedzeni, że bezduszny system w centrum nie stawia pacjenta, tylko liczby.

Ogromne protesty środowiska medycznego nie przyniosły spodziewanych efektów. Wierzyliśmy w szybką realizację celu 6,8 proc. PKB na zdrowie, w skrócenie kolejek, w zmniejszenie biurokracji. Wierzyliśmy, że nie będziemy musieli wreszcie określać poziomu refundacji na receptach, a zaoszczędzony czas poświęcimy pacjentowi. Wierzyliśmy, że zawód lekarza odzyska swoją godność i podmiotowość. Uwierzyliśmy w składane nam i poświadczone własnoręcznymi podpisami obietnice polityków.

Zamiast istotnego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia mamy wciąż jeden z najniższych wskaźników w Europie. Wizję odnowionych, oddłużonych szpitali i godnych warunków pracy zastąpiła szara rzeczywistość.

Co dalej? Papierkiem lakmusowym będzie zapewne zaproponowana przez zespół pod kierownictwem wiceprezesa Bilińskiego nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która – biorąc pod uwagę jej dotychczasowe losy – wydaje się być problemem dla resortu zdrowia. Mimo upływu czasu ten akt prawny nie znalazł się jeszcze na ścieżce legislacyjnej, choć stanowczo żądały tego zarówno środowiska związkowe, jak i samorząd lekarski. Czy czeka nas kolejny zawód?

Nawet jeśli tak, będzie on kolejnym punktem odniesienia do możliwych zmian lekarskiej rzeczywistości. Nie poddawajmy się, jako środowisko, w walce o prawidłowo funkcjonującą ochronę zdrowia.

Niech poczucie zawodu, z powodu braku efektu dotychczasowych działań, będzie dla nas motywacją. Motywacją do walki na barykadach protestów, ale przede wszystkim do codziennej – tak przecież ważnej – pracy z pacjentem i zmieniania małymi krokami otaczającego nas świata. Nie dajmy się pokonać rozczarowaniom!

Tej motywacji, a także odpoczynku w gronie rodziny życzę z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych. ■

Rys. K. Rosiecki

Fot. archiwum

6 proc. PKB na zdrowie: mapa drogowa prowadzi na manowce?

MAŁGORZATA SOLECKA

Zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych, uchwaloną w 2017 r. i znowelizowaną niespełna rok temu, nakłady publiczne na zdrowie w 2018 miały wynieść 4,86 proc. PKB. Według danych rządowych ten minimalny próg został nawet przekroczony. Problem polega na tym, że wskaźnik 4,86 proc. odnosi się do PKB z roku 2016. Realny udział wydatków publicznych na zdrowie w PKB z roku ubiegłego to 4,35 proc.

Gdyby wskaźnik 4,86 odnieść do rzeczywistego PKB z 2018 r. (pod koniec lutego GUS podał wstępne szacunki: PKB Polski przekroczył 2,1 bln zł), wydatki na zdrowie byłyby (a raczej musiałyby być) o niemal 12 mld zł wyższe.

Zgodnie z ustawą, kwota wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r. musi osiągnąć ustawowy wskaźnik procentowy względem PKB z roku 2017.

To, oficjalnie, kwestia metodologii. Organizacje pracodawców, ale też środowiska medyczne twierdzą, że rząd „oszukał" partnerów społecznych, ukrywając w ustawie informację o metodzie obliczania wskaźnika. To nie do końca prawda, bo zapis o danych publikowanych przez prezesa GUS, jako bazie do obliczeń dokonywanych podczas konstruowania planu finansowego NFZ oraz budżetu państwa, był w projekcie ustawy od początku. Dodano co prawda informację, że obliczenia będą mogły zostać skorygowane, ale zapis „będą mogły" należy czytać raczej jak „nie będą musiały". Nie uzupełniono go bowiem żadnymi konkretami.

Co to oznacza? Gdy wiosną 2018 NFZ układał plan finansowy, a latem – rząd pracował nad budżetem państwa na 2019 r., dostępne były jedynie dane dotyczące PKB w roku 2017. Zgodnie z ustawą, kwota wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r. musi osiągnąć ustawowy wskaźnik procentowy względem PKB z roku 2017.

Ta metodologia w połączeniu z szybkim wzrostem PKB sprawia, że choć nakłady na zdrowie nominalnie rosną (i to dość szybko), ochrona zdrowia nie tylko nie odczuwa realnej poprawy finansowania, ale wręcz przeciwnie – notuje coraz większe problemy i napięcia. Choćby dlatego, że szybki wzrost PKB oznacza również szybki wzrost kosztów, przede wszystkim kosztów pracy. Tymczasem na papierze (czy może raczej w rubrykach Excela) wszystko się zgadza. Ponieważ wskaźnik PKB pokrywany jest w pierwszej kolejności ze spływu składki na ubezpieczenie zdrowotne, a ten o blisko 1 mld zł przekroczył plan finansowy, rząd w ubiegłym roku nie musiał w ogóle „dokładać" do zdrowia (oczywiście poza wydatkami z góry zaplanowanymi w dziale zdrowie, pozostającymi w gestii ministra zdrowia). Jednak w końcu roku, przy okazji nowelizowania ustawy budżetowej, Sejm uchwalił specjalną dotację budżetową na rzecz funduszu rezerwowego NFZ w wysokości 1,8 mld zł. Wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński tłumaczył posłom, że z tych środków zostaną pokryte koszty realizacji nowych zadań funduszu (m.in. programów pilotażowych, np. leczenia udarów oraz koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca). Pieniądze mają być podzielone między oddziały do końca marca... I tu zaczyna się problem.

Jego skalę pokazują dane finansowe Mazowieckiego OW NFZ, z którymi na przełomie lutego i marca zapoznała się rada oddziału. Największy (i nominalnie przynajmniej najbogatszy) oddział w Polsce ma w tym roku do dyspozycji według planu finansowego ponad 12,1 mld zł. W stosunku do roku 2018 – więcej o 750 mln zł. Jednak nie ma mowy, by te środki zostały użyte na to, co powinno być misją funduszu, czyli na poprawianie dostępności świadczeń, zakup nowych technologii

i większej liczby usług. Lwia część pieniędzy została już bowiem rozdysponowana niejako zaocznie, przez nałożenie nowych zadań (nowych, czyli przydzielonych po przyjęciu planu finansowego). „Nowe zadania" to np. wzrost wynagrodzeń dla specjalistów, z pochodnymi (ponad 166 mln zł), wzrost stawek kapitacyjnych i wskaźników w POZ (ponad 158 mln zł). Tylko na podwyżki dla personelu medycznego, wynikające wyłącznie z przyjętych przepisów (NFZ nie uwzględnia głosów dyrektorów szpitali mówiących m.in., że renegocjacji stawek oczekują lekarze kontraktowi), mazowiecki oddział musi znaleźć ponad 895 mln zł. Cztery piąte tej kwoty to koszty podwyżek dla pielęgniarek (z pochodnymi).

Po podliczeniu kosztów realizacji wszystkich zadań i zobowiązań oddział szacuje tegoroczny deficyt na 840 mln zł: około 455 mln zł to wydatki na leczenie szpitalne, 147 mln zł – na POZ i aż 140 mln zł – na programy lekowe i chemioterapię. Jeśli nie pojawią się dodatkowe w stosunku do obowiązującego planu finansowego pieniądze, może zabraknąć środków zarówno na podwyżki dla personelu (przede wszystkim dla pielęgniarek i położnych), jak i na zakup leków oraz świadczeń dla pacjentów. Deficyt w kasie oddziału może stać się przyczyną dramatycznej sytuacji, np. niższego finansowania w drugim półroczu świadczeń odrębnie finansowanych dla szpitali sieciowych. A dla szpitali udzielających świadczeń poza siecią – nawet rozwiązania umów. Członkowie rady dowiedzieli się też, że realne staje się niezapłacenie przez oddział „nadwykonań w świadczeniach nielimitowanych". Jest tajemnicą poliszynela, że NFZ nie płaci szpitalom (a na pewno nie w racjonalnie dających się określić ramach czasowych) za część świadczeń nielimitowanych, w tym onkologicznych i porodów.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia publicznie polemizuje z danymi prezentowanymi przez Mazowiecki OW. Podczas konferencji prasowej, na której minister zdrowia złożył kolejną obietnicę, związaną z wydawaniem pieniędzy (od 1 kwietnia operacje usunięcia zaćmy oraz badania TK i RM nie będą limitowane). Andrzej Jacyna zapewnił, że pieniędzy w funduszu jest więcej, a nie mniej (nikt nie twierdzi, że mniej), że NFZ zamknął rok 2018 nadwyżką, a nie deficytem (nikt nie twierdzi inaczej, choć jeśli podliczyć wszystkie nadwykonania, których rozliczenia domagają się lub będą się domagać szpitale, owa nadwyżka mogłaby się okazać wątpliwa), a oddziały otrzymają dodatkowe pieniądze, bo plan finansowy będzie wszak w ciągu roku nowelizowany. – *Na Mazowsze na pewno trafi około 1 mld zł* – mówił Andrzej Jacyna na początku marca.

Czy trafi „na pewno", okaże się jednak dopiero za kilka miesięcy. Trudno nie zwrócić przy tym uwagi, że podczas konstruowania planu finansowego NFZ na ten rok (i na rok poprzedni również) przyjęto niezwykle optymistyczne założenia makroekonomiczne. Dopuszczalne oczywiście, zgodne z prognozami Ministerstwa Finansów, ale plasujące się blisko górnej granicy prognoz resortu. To zaś oznacza, że większe spowolnienie gospodarcze (związane np. z prawdopodobnym scenariuszem twardego brexitu) może się przełożyć na zmniejszenie dodatkowego spływu składki zdrowotnej, a to przede wszystkim te pieniądze są ową „poduszką finansową", z której fundusz chce pokrywać już istniejące deficyty.

Oczywiście, zawsze pozostaje możliwość wnioskowania o wsparcie bezpośrednio z budżetu państwa. Jednak dofinansowanie wydatków na zdrowie nie mieści się w „Nowej Piątce", obiecanej przez rząd PiS Polakom na kilka miesięcy przed wyborami. Co więcej, na pytanie, z jakich pieniędzy rząd sfinansuje cele „Nowej Piątki" (m.in. 500+ na każde dziecko), Kancelaria Premiera w oficjalnych materiałach odpowiada, że jednym ze źródeł mają być oszczędności poczynione dzięki... uszczelnieniu NFZ. Oszczędności, opierając się na prezentacji, którą przedstawiał premier Mateusz Morawiecki, szacowane na 1 mld, może nawet 2 mld zł. ■

Graf. K. Bryda

Fot. archiwum

Bez znieczulenia

MAREK BALICKI

Najwyższa Izba Kontroli znów zajęła się ochroną zdrowia, tym razem bardziej systemowo. Pod hasłem „Co dalej z polską służbą zdrowia?" odbyła się w lutym, w siedzibie NIK, debata z udziałem kilkudziesięciu ekspertów, samorządowców, polityków, menedżerów, a także przedstawicieli organizacji pacjenckich. Była to już piąta dyskusja panelowa zorganizowana przez izbę w tej sprawie w ostatnich miesiącach. Zaprezentowano na niej propozycje zmian będące rezultatem wcześniejszych spotkań, a także ustaleń około 40 kontroli.

Prezes NIK Krzysztof Kwiatkowski, otwierając debatę, powiedział, że system ochrony zdrowia w Polsce nie jest przyjazny dla pacjenta, stwarza problemy osobom kierującym placówkami zdrowotnymi i ich personelowi, nie zapewnia efektywnego wykorzystania środków publicznych. Diagnoza miażdżąca, ale ze względu na wyniki licznych ostatnio kontroli nie powinna nikogo zaskakiwać.

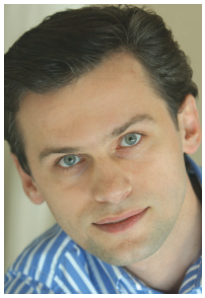
W ocenie izby pierwszym krokiem do poprawy sytuacji powinno być opracowanie długookresowej strategii wyznaczającej kierunki rozwoju ochrony zdrowia w Polsce. Chodzi o zerwanie z powszechną w ciągu ostatnich 20 lat praktyką dokonywania zmian doraźnie. Strategia ma nie tylko określić wizję rozwoju systemu stanowiącą reakcję na wyzwania demograficzne i epidemiologiczne, ale również uzyskać powszechną akceptację społeczną.

Trudno nie zgodzić się z postulatem określenia przez rząd długofalowej strategii polityki zdrowotnej państwa. Powinna jednak podlegać okresowej ewaluacji i koniecznym modyfikacjom. Wynika to chociażby z dużej dynamiki zmian w otoczeniu systemu i w warunkach jego działania. Tak samo trudno będzie się ustrzec działań odpowiadających na potrzeby chwili i to niezależnie od opcji politycznej rządzących. Realna polityka ma po prostu swoje prawa.

Spoglądając z pewnej perspektywy, odnosi się wrażenie, że korekty wprowadzone w ostatnim dwudziestoleciu, postrzegane przez NIK jako przypadkowe i doraźne, co prawda nie zawsze były udane, ale raczej nie zmieniały zasadniczego kierunku wytyczonego przez tzw. wielką reformę rządu Jerzego Buzka z 1999 r. Reguły rynku wewnętrznego lepiej lub gorzej nadal funkcjonują.

Dzisiaj na pierwszy plan wysuwają się kwestie zasadnicze, wynikające z nieuporządkowania systemu w zakresie zadań, odpowiedzialności i kompetencji. Decyzje o kierunku uprządkowania tych spraw, np. wyboru modelu samorządowego, będą miały charakter bez wątpienia polityczny.

Nie budziła większych kontrowersji problematyka, którą przyszła strategia powinna uwzględniać. Wiele nowych elementów wniosła też ciekawa dyskusja. Ma to być wykorzystane w finalnej wersji megainformacji. Czekamy więc z niecierpliwością na jej ogłoszenie. ■


Fot. archiwum

Jaka piękna katastrofa

PAWEŁ WALEWSKI

Robert Biedroń, lider ruchu Wiosna, obiecał Polakom, że będą czekali na wizyty u lekarzy specjalistów maksymalnie 30 dni, a jeśli termin zostanie przekroczony, NFZ sfinansuje konsultację prywatną.

Marcin Sobotka, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL, zapowiada w roku wyborczym kolejne protesty lekarzy – w maju manifestacja, we wrześniu ponowne wypowiadanie klauzuli opt-out. Minister zdrowia nie wywiązuje się bowiem z podpisanego porozumienia w sprawie reform (chodzi głównie o finansowanie opieki zdrowotnej), więc młodzi lekarze chcą mu o nim wymownie przypomnieć.

Trudno będzie Biedroniowi, po ewentualnym zwycięstwie wyborczym, zrealizować obietnicę, jeśli Sobotka jeszcze bardziej ograniczy dostęp do lekarzy. Przypomnę na podstawie ostatnich danych OECD, że w naszym kraju na 1 tys. mieszkańców przypada 2,3 lekarza, czyli mniej niż we wszystkich pozostałych krajach UE. A nie zanosi się na powrót emigrantów. Na nadliczbowej pracy opiera się dziś cały niedofinansowany system, więc jeśli rezydenci będą go dalej chcieli porządkować, skracanie kolejek raczej się nie uda. Zwłaszcza że wbrew temu, co mieli zapisane w porozumieniu z ministrem, wydatki na opiekę zdrowotną rosną na papierze, a w kasie NFZ coraz większa dziura. Zdaniem rezydentów, którzy nauczyli się całkiem dobrze liczyć, rząd manipuluje wskaźnikami, aby wydać mniej niż przewidywała zawarta umowa.

Obawiam się, że czeka nas niedługo prawdziwy festiwal obietnic i każda partia startująca w wyborach będzie chciała przebić Biedronia.

Można oczywiście zapytać, dlaczego kolejna ekipa połamała sobie zęby na zdrowiu i dlaczego rzeczywistość okazała się trudniejsza do zmiany (np. skrócenie kolejek do leczenia lub zahamowanie odpływu lekarzy) niż wynikało z zapowiedzi i obietnic. Najwyraźniej bilans niespełnionych oczekiwań rośnie. Dlatego Robert Biedroń w kampanii wyborczej może nam śmiało ofiarować Niderlandy. ■

Autor jest publicystą „Polityki".

Twitter: @Walewski_P

WYNURZENIA I IDEOLOGIE. FELIETONY DO PRZEMYŚLENIA

Zawód i rozczarowanie

Fot. K. Bartyzel

JAROSŁAW BILIŃSKI
wiceprezes ORL w Warszawie

Czujecie Państwo zawód, rozczarowanie, złość? Czy przyczyniła się do tych emocji ostatnia okładka „Pulsu"? Jestem przekonany, że marcowy numer magazynu otworzyło więcej kolegów i koleżanek lekarzy niż zwykle. Ciekawość nie pozwoliła przejść obojętnie wobec zapowiadanych tak nachalnie zmian, wobec rzucającego się w oczy hasła budzącego lęk, podniecenie i ciekawość (jak domniemywam).

Zapewne wielu z Państwa oczekiwało, że na stronach poprzedniego numeru „Pulsu" wyczytacie coś przewrotowego, odmiennego, być może strasznego, a być może niewiarygodnie dobrego, systemowego – koniec biurokracji, sekretarka medyczna dla każdego lekarza, minimalna pensja trzy średnie krajowe, finansowanie systemu na poziomie 10 proc. PKB za rok! I co? Nic z tego. Dowiedzieliście się Państwo o planowanych zmianach kolegium redakcyjnego (istotnych i projektowanych dla Państwa), o zmianach w kilku dziedzinach życia medycznego, przeczytaliście felietony, które nakłaniały do myślenia, ale bez wątpienia przeżyliście zawód. Rozczarował Was brak „łamiącej wiadomości", gorącego newsa, burzącej mury informacji. Przepraszam. Taki był zamysł.

Tak, chcieliśmy w Państwu wzbudzić poczucie rozczarowania i zawodu. Mam nadzieję, że czujecie to po raz ostatni. Powtarzam bowiem, że zmiany pozytywne nie wydarzą się bez Państwa zaangażowania. Mamy na to niezliczone dowody, które można by ująć już w rys historyczny. Ostatnio dowody aż wchodzą przez okna, pchają nam się do świadomości – okazuje się, że ustawa 6 proc., którą po ciężkich bojach wywalczyliśmy, jest tylko atrapą – wartość PKB sprzed dwóch lat, uwzględniona w tej ustawie, pozostawia nas na tym samym, nędznym poziomie finansowania ochrony zdrowia. Myślenie życzeniowe tutaj nie pomaga, minister i rząd mógł przecież z własnej woli wyegzekwować wskaźnik prognozowany na dany rok. Próżno jednak szukać dobrej woli wobec systemu ochrony zdrowia! Przeżywamy kolejny zawód, a następne „wychodzą z telewizora" – żadna partia polityczna nie przedstawiła dotychczas kompleksowo pomysłu na reformę ochrony zdrowia, zawierającą jasne jak słońce, postulowane od lat założenia. Żadna! I nie łudźcie się Państwo – nie przedstawi!

Równie boleśnie odbieram historię projektu ustawy zmieniającej system kształcenia podyplomowego lekarzy i prawa pracy, którą wypracował ministerialny zespół pod moim kierownictwem. Co się z nim stało? Z projektem, który miał być wielką reformą na plus, zmianą wręcz zbawienną?! Myślicie Państwo, że bez konkretnych nacisków ta ustawa wejdzie w życie? Nie łudźmy się i tu! Jesteśmy na szarym końcu w kolejce petentów po priorytety państwa i pieniądze z naszych składek i podatków.

Zawiedziecie się kolejny raz, przeżyjecie kolejny zawód, jeśli czegoś nie zrobicie! W roku wyborczym nie można pozostawać biernym, bo zmiany nas ominą, a przyjdą być może te gorsze. Niedługo pojawią się plakaty wskazujące, który polityk kandyduje do instytucji europejskich z Państwa regionu. Nie wyobrażam sobie, że nie pójdziecie na spotkanie z nim/nią i nie zadacie pytań o ochronę zdrowia, np. czy będąc europosłem, doprowadzi do tego, żeby przynajmniej średnia unijna nakładów na ochronę zdrowia stała się faktem w Polsce już teraz. Może połączycie się lokalnie w grupę, weźmiecie transparent nawołujący do zainteresowania się ochroną zdrowia i zalejecie te osoby pytaniami, postawicie pod ścianą, aby ochrona zdrowia była numerem jeden.

Wierzę w nas głęboko. Już dość żalu, zawodu i rozczarowań. Nawet jeśli trzeba będzie wyjść na ulice, zróbmy wszystko, by partia Zdrowie wygrała wszystkie najbliższe wybory. Toć intelektualiści też wychodzili w historii Polski na ulice. Kiedy idzie o zdrowie, warto poświęcić się i wyjść ze strefy komfortu. Aby było lepiej. Bez nas bowiem będzie tylko żal i zawód. ■

SZACUNEK DLA LEKARZA I PACJENTA, SZACUNEK DLA SIEBIE

Fot. archiwum

ARTUR DROBNIAK
zastępca sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, członek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, Klinika Endokrynologii Ginekologicznej WUM

W poprzednim numerze „Pulsu" zacząłem dyskusję o fundamentalnej relacji leżącej u podstaw naszego zawodu – wzajemnym szacunku. Nie spodziewałem się wówczas, że ledwie kilka dni po powstaniu artykułu wybuchnie odbijający się echem w całej Polsce skandal w bydgoskim „Bizielu".

Dla nieznających tematu krótko opiszę wydarzenia. Dr Bartosz Fiałek – przewodniczący OT OZZL Regionu Kujawsko-Pomorskiego, zgłaszał w dyrekcji Szpitala Klinicznego nr 2 w Bydgoszczy problem prawny, polegający na nielegalnym odsyłaniu lekarzy dyżurujących na swoich oddziałach na SOR, co zagrażało bezpieczeństwu pacjentów i lekarzy. Jego pisma pozostawały bez odpowiedzi. Dr Fiałek, zgodnie z obowiązującym prawem, zgłosił nieprawidłowości Państwowej Inspekcji Pracy. Zwrócił się w tej sprawie do OIL w Bydgoszczy i uzyskał poparcie.

Wydawać by się mogło, że tak poprowadzone postępowanie zaowocuje szybką poprawą sytuacji w „Bizielu". Jednakże konsekwencje sprawy były zaskakująco przykre. Dr. Fiałka wezwano do dyrekcji, gdzie został przez dyrektora placówki (również lekarza!) znieważony. Grożono mu zwolnieniem i utrudnieniem znalezienia pracy w innej placówce. Pewnie o sprawie nie zrobiłoby się głośno, gdyby nie fakt, że dr Bartosz Fiałek nagrał rozmowę z dyrektorem. Przed upublicznieniem nagrania poprosił dyrekcję o pisemne wycofanie się z gróźb, co spotkało się z odmową. Po tym fakcie Zarząd Krajowy OZZL wywiesił w Bydgoszczy billboardy wspierające dr. Fiałka, a nagranie zostało upublicznione (jest na stronie internetowej OZZL). Ruszyła lawina medialna... Artykuły w głównych serwisach internetowych, prasie ogólnopolskiej, nagrania dla głównych kanałów informacyjnych. Okazało się, że lekarzowi dbającemu o bezpieczeństwo pacjentów się grozi! Nagle wyszło na jaw postępowanie, z którym stykamy się od lat.

Drodzy Czytelnicy, nie chcę oceniać strony etycznej postępowania dr. Fiałka, czyli nagrania rozmowy. Wydaje się, że został postawiony pod ścianą i nagrania były jedyną dostępną mu formą obrony. Czy zatem problem leżał po jego stronie, do czego próbują nas przekonywać niektórzy „mędrcy"? Zdecydowanie nie! Mówimy, podobnie jak OZZL, zdecydowane NIE dla poniżania lekarzy i pacjentów!

Niestety, problem tkwi w naszej uległej postawie i braku odpowiedzi na razy wymierzane z różnych stron, ale również w chorej mentalności niektórych dyrektorów placówek przekonanych o swojej nieomylności, wszechwładzy i poczuciu bezkarności.

Zastanówcie się Państwo, czy nie byliście w którymś momencie kariery zawodowej postawieni w podobnej sytuacji? Poznając dzięki działalności samorządowej różne historie i śledząc dyskusje na forum Porozumienia Rezydentów, dochodzę niestety do przekonania, że takie sytuacje, szczególnie w czasie protestu rezydentów, były częste na terenie całego kraju. Wiemy, że dyrektorzy niejednokrotnie mają związane ręce z uwagi na braki kadrowe i niedofinansowanie placówek, którymi zarządzają. Czy jednak ich często agresywne działania powinny być skierowane na biały personel i powodować pogarszanie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych? Czy dyrektorzy placówek, którzy stanowią realną siłę, nie powinni wpływać na decydentów, żądając natychmiastowego zwiększenia finansowania i szukania rozwiązań, które wreszcie zakończą pracę ponad siły i w atmosferze nieustającej niepewności?

Okazało się, że lekarzowi dbającemu o bezpieczeństwo pacjentów się grozi! Nagle wyszło na jaw postępowanie, z którym stykamy się od lat.

Po wielu latach dopiero w tym roku dyrektorzy szpitali powiatowych stojących na skraju bankructwa głośno zaprotestowali przeciwko takiemu stanowi rzeczy. Jak się to skończyło? Uzyskali obietnice dofinansowania. Jednak ich sugestie, że przyczyną problemów są podwyżki dla pracowników, i przerzucanie się procentami budżetów, jakie wydają na pensje białego personelu, były w mojej ocenie godne pożałowania. Przepraszam Państwa, KTO lub CO leczy i pomaga w szpitalu? Mury, toalety, administracja? Nie, to biały personel i leki. To chyba oczywiste, że na pensje pracowników (nadal rażąco niskie w stosunku do kwalifikacji i w porównaniu z wynagrodzeniami w krajach UE) jest przeznaczana większość środków, którymi dysponują placówki medyczne. Ale dyrektorzy w swojej „pomroczności" o tym zapominają, narażając się na śmieszność przez swoje wypowiedzi.

Podsumowując: Koleżanki i Koledzy nie dajmy się dyrektorom znieważać, przestańmy wreszcie schylać głowę. Szukajmy nici porozumienia, rozmawiajmy z nimi i nakłaniajmy ich do współprotestowania, jeśli będzie taka potrzeba. I najważniejsze – róbmy to na płaszczyźnie partnerskiej, we wzajemnym szacunku i zrozumieniu. Jeśli jesteście poniżani, reagujcie.

SZANUJMY SIĘ WRESZCIE! NIE DAJMY SOBĄ POMIATAĆ! TO DZIĘKI NASZEJ PRACY, A NIE DYREKTORÓW, SZPITAL „ZARABIA"!

Proszę, choćby w dowód uznania za odwagę i nagłośnienie medialne problemu traktowania białego personelu w Polsce, o podpisanie listu poparcia dla dr. Bartosza Fiałka na **www.petycjeonline.com**. ■

Fot. archiwum

Czeski sukces

PAWEŁ KOWAL

Ludzie uwielbiają rankingi i może szczególnie dla tego im wierzą, że sami ich nie sporządzają, nie mają pojęcia, ile w rankingu można popełnić błędów i uproszczeń. Nie ma powodu, by kłaniać się rankingom, jak zbuntowani biblijni wędrowcy bożkom na pustyni, ale warto zwrócić uwagę na trend.

Kolejny uznany i cytowany w Polsce szeroko ranking pokazuje, że z naszą służbą zdrowia nie dzieje się dobrze. Redakcja „Bloomberga" corocznie sporządza ranking efektywności funkcjonowania ochrony zdrowia. W tym za 2018 rok na czele listy, jak można się było spodziewać, Hongkong i Singapur. Państwom tym odpowiednio przydzielono 87,3 oraz 85,6 pkt, Hiszpania, trzecia w zestawieniu, ma prawie 20 pkt mniej. Zostały wzięte pod uwagę tylko bogatsze kraje i tylko te z populacją powyżej 5 mln oraz średnią przewidywaną długością życia minimum 70 lat. Po zastosowaniu tych, cokolwiek by mówić, wyśrubowanych kryteriów na placu boju pozostało ponad 50 silnych gospodarek. Dobrze wypadły: Włochy, Korea Południowa, Izrael, Japonia...

A gdzie Polska? Na 24. miejscu. Potwierdza się niestety spadek efektywności służby zdrowia w naszym kraju widoczny w rozmaitych zestawieniach – w tym wypadku spadek o sześć pozycji w ciągu roku.

Na tym tle wraca dyskusja o wysokości środków z budżetu przeznaczanych w poszczególnych państwach na ochronę zdrowia i dramatyczne pytanie, dlaczego przykładowo Czesi wydają na ochronę zdrowia 7,8 proc. PKB, a my wciąż poniżej 5 proc.? 80 proc. Czechów jest zadowolonych z ochrony zdrowia, która zbliża się do zachodnich norm. Udało im się przeprowadzić akcję, po której i personel, i pacjenci mają dobrze ustawiony system ochrony zdrowia, a zarządzanie tą dziedziną nie wymaga od państwa napuszczania na siebie lekarzy i pielęgniarek, młodych lekarzy i starszych stażem, a pacjentów na całą służbę zdrowia. Nawet Polacy są zadowoleni z czeskiej służby zdrowia. Masowo wyjeżdżają na operacje, za które bardziej opłaca się zapłacić w Pradze czy Ostrawie niż w prywatnej klinice w Polsce.

W Czechach zaczęło się od uznania przez polityków, że najważniejsze jest zdrowie. Potem było zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia, następnie podwyższenie składek dla obywateli, potem podwyżki dla personelu. Nie jest zaskakujące, że Polska gorzej radzi sobie z finansowaniem służby zdrowia niż Hongkong, ale powstaje pytanie, dlaczego polski i czeski system ochrony zdrowia podryfowały w kompletnie różnych kierunkach. Może to nasza niezdolność do działania systemowego? Może na tym przykładzie przyjdzie nam uwierzyć w coś takiego jak charakter narodowy? Łatwiej bowiem się wysyła przelew z 500+, niż przebudowuje cały system, planuje na lata do przodu bez natychmiastowego efektu w postaci zachwytu obywateli, którym wpłynie do portfela jeszcze trochę gotówki z budżetu. Ale jutro będą, jak byli, odcięci od kosztownej terapii ratującej życie. Rozwiązań czeskiej zagadki jest kilka, lecz prawda jest jedna: pierwszy krok to uznać, że jednak najważniejsze jest zdrowie i więcej pieniędzy na służbę zdrowia, a nie iluzja trzynastej emerytury, bo z pustego i Salomon nie naleje. ■

REKLAMA

Fot. kb

Ważna rola w ochronie zdrowia

DARIUSZ PALUSZEK
wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Obchodzony 20 marca Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej to z pewnością okazja do podkreślenia, jak ważna dla zdrowia społeczeństwa jest profilaktyka stomatologiczna i jak istotną rolę pełnią lekarze dentyści. O tym, że stan zdrowia jamy ustnej ma wpływ na cały organizm człowieka, stomatolodzy przypominają nie od dzisiaj. Niejednokrotnie to lekarze dentyści rozpoznają choroby ogólnoustrojowe na podstawie objawów, które zaobserwują w jamie ustnej. Tymczasem w realiach rodzimego systemu ochrony zdrowia my, stomatolodzy, jesteśmy traktowani po macoszemu i tak samo przez system traktowani są nasi pacjenci.

Zarówno dla decydentów odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej państwa, jak i dla płatnika, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia, stomatologia jest obszarem, najdelikatniej mówiąc, dalekim od priorytetowego.

Choć środki na stomatologię w budżecie NFZ są zbyt małe w stosunku do potrzeb, a wyceny procedur nieadekwatne do realiów, lekarze dentyści chcą leczyć w ramach kontraktu z publicznym płatnikiem. Zdajemy sobie bowiem sprawę, że nie wszystkich, którzy potrzebują naszej pomocy, stać na leczenie odpłatne. Bolejemy również nad niemożnością zapewnienia pacjentom w ramach środków z NFZ leczenia na europejskim poziomie, zgodnie ze współczesnymi standardami w stomatologii, o czym już pisałem na łamach „Pulsu". Dlaczego problemy stomatologii są zbywane? Czy w kasie funduszu brakuje pieniędzy, czy tylko urzędnikom brakuje empatii? A może zrozumienia dla wagi tego obszaru medycyny? Stomatologia jest niezbędna dla zdrowia obywateli, ale przesunięta do sektora prywatnego, nieszczególnie interesuje decydentów.

Przez 20 lat pracowałem w ośrodku medycyny sportowej. Obowiązkowe kontrole lekarskie, które przechodzili sportowcy, obejmowały m.in. wizytę w gabinecie dentysty, a tym samym gwarantowały zadbanie o zdrowie jamy ustnej grupy młodych ludzi. Ale przepisy się zmieniają. W ramach nowych regulacji zaświadczenie dopuszczające do uprawiania sportu można uzyskać u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. To jeden z przykładów wykluczenia społecznego z opieki stomatologicznej przez nieprzemyślane działania. Zapytam raz jeszcze, dlaczego tak się dzieje? Być może w opinii urzędników jesteśmy grupą lekarzy, którzy od czasu do czasu są pacjentom potrzebni, ale nie stanowią ważnego ogniwa w łańcuchu ochrony zdrowia. A może nie dość silnie upominamy się o swoje?

Musimy zdać sobie sprawę, że nasza postawa ma ogromne znaczenie. Pracujemy w rozproszeniu, nie będziemy protestowali tak, jak zrobili to lekarze rezydenci, nie pójdziemy na czarno ubrani pod gmach Sejmu, aby w wyrazie frustracji spalić fotel dentystyczny, nie zamanifestujemy jak górnicy czy rolnicy.

Jesteśmy grupą lekarzy ciężko pracujących na zaufanie pacjentów, na nasz zawodowy autorytet. Jednocześnie, będąc bardzo istotną częścią systemu ochrony zdrowia, chcąc w pełni i na jak najwyższym poziomie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, uczestniczyć w opiece nad pacjentem, musimy przekonywać społeczeństwo, jak ważną pełnimy rolę. Musimy przekonywać lekarzy – kolegów innych specjalności, pracujących w różnych miejscach, szpitalach, przychodniach, gabinetach prywatnych, ale też posłów, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, NFZ, organów samorządowych, wszystkich, którzy mają wpływ na politykę zdrowotną w Polsce, że praca lekarzy dentystów jest ważna w aspekcie ogólnego zdrowia człowieka.

O tych, a także wielu innych ważnych dla nas kwestiach będziemy rozmawiali w czerwcu, podczas V Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych, na które serdecznie zapraszam. ■

Zapraszamy na XIII Międzynarodową Konferencję Zachód–Wschód

organizowaną przez Wydział Lekarsko-Dentystyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która odbędzie się **12 kwietnia 2019 r.** o godz. 9.30 w Auli im. prof. Janusza Piekarczyka w Centrum Dydaktycznym WUM, ul. Księcia Trojdena 2a.
Przewodniczącą komitetu naukowego i organizacyjnego konferencji jest prof. dr hab. n. med. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, dziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego WUM, współorganizatorem – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

Dariusz Paluszek
wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Koleżankom i Kolegom,
Lekarzom i Lekarzom Dentystom,
Czytelnikom „Pulsu"
życzymy
radosnej, pogodnej,
niosącej nadzieję
Wielkanocy.

Dariusz Paluszek,
wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów,
oraz Komisja ds. Lekarzy Dentystów

Fot. licencja Artmedia Partners

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

Fot. archiwum

Justyna Kwitkiewicz, lekarz dentysta

W samorządzie lekarskim działa od VIII kadencji. W Komisji ds. Lekarzy Dentystów pełni funkcję zastępcy sekretarza. Jest członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej i członkiem Rady Funduszu Samopomocy, a także delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy.

Chciałabym, aby izby lekarskie bardziej integrowały społeczność lekarską dzięki różnym projektom realizowanym przez samorząd. Zależy mi na integracji lekarzy dentystów i z dużym zaangażowaniem włączyłam się w organizację V Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych, gdzie jest czas nie tylko na wykłady i warsztaty, lecz także na integrację, do czego serdecznie zachęcam.

Fot. archiwum

Dr n. med. **Elżbieta Małkiewicz**, lekarz dentysta

Z samorządem lekarskim związana od V kadencji. Była członkiem Komisji ds. Lekarzy Dentystów V, VI i VII kadencji (w VI kadencji pełniła funkcję sekretarza). Obecnie jest członkiem Zespołu ds. Świadczeń Komisji Stomatologicznej NIL i delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy.

Chcę skupić się na zagadnieniach związanych z kontraktowaniem i finansowaniem świadczeń stomatologicznych. Uważam, że wartość kontraktów, szczególnie specjalistycznych, jest zbyt niska, a wiele świadczeń wyceniono poniżej kosztów ich realizacji. Dlatego część lekarzy dentystów nie zawiera umów z NFZ. Stan zdrowia jamy ustnej polskiej populacji jest niezadowalający, a wynika to m.in. z niedostatecznej dostępności opieki stomatologicznej.

Pragnę zająć się także problematyką kształcenia przed- i podyplomowego. Jego prawidłowa realizacja pozwala bowiem zarówno uzyskiwać, jak i rozwijać kwalifikacje zawodowe. Niezwykle ważna jest dla mnie etyka zawodu lekarza dentysty, której zasady zamierzam upowszechniać. ■

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne – już po raz piąty

Graf. licencja Artmedia Partners

14–16 czerwca 2019 r. w hotelu Narvil w Serocku odbędą się V Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne.

W gronie prelegentów znajdą się zarówno wykładowcy akademiccy, jak i lekarze praktycy.

W programie poruszymy m.in. następujące tematy:

- Chirurgia śluzówkowo-dziąsłowa w interdyscyplinarnym leczeniu pacjentów – dr hab. n. med. Paweł Plakwicz
- Leczenie ortodontyczne pacjentów z chorobami przyzębia – dr hab. n. med. Ewa Czochrowska
- Niechirurgiczne metody leczenia chorób przyzębia – dr hab. n. med. Jan Kowalski
- Sposoby na bielszy uśmiech – szybko, prosto i skutecznie – dr Zbigniew Adamczyk
- Stan psychoemocjonalny u pacjentów stomatologicznych – wstępne postępowanie lecznicze u osób z objawami dysfunkcji w obrębie narządu żucia – dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka
- Aparaty wysuwające żuchwę w leczeniu obturacyjnego bezdechu sennego – dr Monika Wojda
- Powikłania w leczeniu implantoprotetycznym – dr n. med. Kornel Krasny
- Interdyscyplinarna diagnostyka pacjenta stomatologicznego – prof. dr hab. n. med. Jolanta Pytko-Polończyk
- Leczenie i diagnostyka zapaleń przyzębia w aspekcie nowej klasyfikacji – dr n. med. Małgorzata Nędzi-Góra
- Wskazania i algorytm postępowania w przygotowaniu pacjentów do zabiegu kortykotomii – dr n. med. Konrad Walerzak, dr n. med. Monika Walerzak
- Współpraca chirurga i ortodonty w planowaniu i leczeniu pacjentów z wadami zgryzu i nieprawidłowościami zębowymi – dr n. med. Krzysztof Kukuła
- Giomery oraz technologia PRG – bioaktywna koncepcja materiałów odtwórczych i profilaktycznych – dr n. med. Przemysław Grodecki
- Dylematy lekarza endodonty – usunąć czy podjąć próbę leczenia kanałowego – na podstawie przypadków własnych – dr n. med. Agnieszka Kozuń

- Świadome, kierowane anatomią opracowanie przestrzeni endodontycznej z wykorzystaniem E3 AZURE
  – omówienie klinicznych przypadków
  – dr n. med. Michał Jegier
- Estetyka uzupełnień stałych – technologie CAD/CAM w odniesieniu do technik konwencjonalnych
  – porozumienie ponad podziałami
  – Tomasz Dąbrowski
- Agenezja zębów w aspekcie dysplazji ektodermalnej. Diagnostyka, różnicowanie, leczenie
  – prof. dr hab. n. med. Małgorzata Zadurska
- Przedwczesna utrata zębów mlecznych u dzieci. Utrzymywacze przestrzeni
  – dr n. med. Barbara Pietrzak-Bilińska
- Rozległe rekonstrukcje z podniesieniem zwarcia
  – czynniki ryzyka, możliwości i ograniczenia
  – dr n. med. Aneta Doliwa-Augustowska

Ponadto swoje wykłady zapowiedzieli:

prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak,
prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk,
dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek,
dr n. med. Marcin Aluchna, dr Remigiusz Budziłło,
dr Mariusz Cięciara i dr Jacek Woszczyk.

W PROGRAMIE V MSS NIEDZIELNA SPECJALNA SESJA POŚWIĘCONA MEDYCYNIE ESTETYCZNEJ

Zajęcia z pierwszej pomocy w gabinecie dentystycznym poprowadzi dr Adam Pietrzak.

Informacje o pakietach:

PAKIET P1

● 990 zł (z noclegami, dla lekarzy dentystów członków OIL w Warszawie) obejmuje:
- udział w wykładach (całodzienne wykłady w trzech salach)
- przerwy kawowe podczas wszystkich dni wykładów przez cały dzień
- lunch – specjalności szefa kuchni hotelu Narvil (14–15.06) w formie bufetu
- udział w uroczystej kolacji ze specjalnie dobranym menu i zabawie przy muzyce na żywo (14.06)
- udział w kolacji grillowej przy muzyce na żywo (15.06)
- zakwaterowanie (dwa noclegi ze śniadaniem w pokoju dwuosobowym, dopłata do pokoju jednoosobowego – 300 zł)

PAKIET P1Z

● 1550 zł (z noclegami, dla lekarzy dentystów niebędących członkami OIL w Warszawie) obejmuje:
- udział w wykładach (całodzienne wykłady w trzech salach)
- przerwy kawowe podczas wszystkich dni wykładów przez cały dzień
- lunch – specjalności szefa kuchni hotelu Narvil (14–15.06) w formie bufetu
- udział w uroczystej kolacji ze specjalnie dobranym menu i zabawie przy muzyce na żywo (14.06)
- udział w kolacji grillowej przy muzyce na żywo (15.06)
- zakwaterowanie (dwa noclegi ze śniadaniem w pokoju dwuosobowym, dopłata do pokoju jednoosobowego – 300 zł).

PAKIET P2

● 430 zł (bez noclegów, dla lekarzy dentystów będących członkami OIL w Warszawie) obejmuje:
- udział w wykładach (całodzienne wykłady w trzech salach)
- przerwy kawowe podczas wszystkich dni wykładów przez cały dzień
- lunch – specjalności szefa kuchni hotelu Narvil (14–15.06) w formie bufetu

PAKIET P2Z

● 680 zł (bez noclegów, dla lekarzy dentystów niebędących członkami OIL w Warszawie) obejmuje:
- udział w wykładach (całodzienne wykłady w trzech salach)
- przerwy kawowe podczas wszystkich dni wykładów przez cały dzień
- lunch – specjalności szefa kuchni hotelu Narvil (14–15.06) w formie bufetu

PAKIET PS

● 280 zł (dla lekarzy stażystów) obejmuje:
- udział w wykładach (całodzienne wykłady w trzech salach)
- przerwy kawowe podczas wszystkich dni wykładów przez cały dzień
- lunch – specjalności szefa kuchni hotelu Narvil (14–15.06) w formie bufetu

Informacje dotyczące spraw organizacyjnych:

Joanna Kalupa, tel. 22-542-83-81,
rejestracja.mss@oilwaw.org.pl

Informacje dla wystawców i partnerów komercyjnych:

Renata Klimkowska, tel. 668-373-100,
marketing@oilwaw.org.pl

Liczba miejsc ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Obowiązuje tylko rejestracja elektroniczna.

Warunki rezygnacji:
do 13.04.2019 r. – zwrot 50 proc. opłaty,
od 14.04.2019 r. – nie zwracamy opłat.

Współorganizatorem V Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych jest CERMED Centrum Rozwoju Medycyny sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, lok. 111, który jest beneficjentem płatności za konferencję. ■

Światowy Dzień
Zdrowia Jamy Ustnej

Zdrowie jamy ustnej a cały organizm

Blisko 200 lekarzy dentystów uczestniczyło w konferencji „Postępowanie profilaktyczno-lecznicze w różnych dziedzinach stomatologii" zorganizowanej przez Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie i Wydział Lekarsko-Dentystyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. Prelegenci poruszali zagadnienia dotyczące zdrowia jamy ustnej i objawów chorób ogólnoustrojowych w jej obrębie, stomatologii zachowawczej, endodoncji i ortodoncji. Omawiali kwestie współpracy lekarzy dentystów ze specjalistami innych dziedzin medycyny, a także udziału stomatologów w rozpoznawaniu wielu chorób. Mówili o profilaktyce i potrzebie edukacji społeczeństwa.

– *Próchnica jest chorobą transmisyjną* – przypomniała lek. dent. Angelika Kobylińska z Zakładu Stomatologii Dziecięcej WUM. Podkreśliła, że bakterie są przenoszone do jamy ustnej dziecka najczęściej od opiekuna, np. w wyniku wspólnego używania sztućców lub przez pocałunek, m.in. całowanie rączek dziecka, które ono wkłada potem do ust. Prelegentka zaznaczyła, że stan zapalny w jamie ustnej ciężarnej zagraża prawidłowemu rozwojowi jej dziecka. – *Leczenie można przeprowadzać w każdym trymestrze, ale najbezpieczniej w drugim* – przekonywała.

– *Wczesne objawy nowotworów jamy ustnej są nieswoiste i bywają lekceważone, zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy* – mówiła lek. dent. Agnieszka Kwaśniewska z Zakładu Stomatologii Zintegrowanej, wskazując potrzebę prowadzenia skriningu. Wśród czynników zwiększających ryzyko nowotworów jamy ustnej i gardła wymieniła spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, infekcje grzybicze i wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Podkreśliła, że pomocny w badaniu może być protokół obserwacji (uzupełniony dokumentacją fotograficzną i mapą jamy ustnej wskazującą lokalizację zmiany), który pozwala podczas wizyt kontrolnych precyzyjnie porównywać zmiany chorobowe.

Na problem nadużywania antybiotyków w praktyce dentystycznej zwracał uwagę lek. dent. Bartosz Leończak z Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej CePeLek. Przypomniał, że są nowe rekomendacje Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Narodowego Programu Ochrony Antybiotykowej w zakresie stosowania antybiotyków w stomatologii.

O wpływie procedur endodontycznych na biomechanikę zębiny korzeniowej mówiła lek. dent. Wioletta Bielas z Zakładu Stomatologii Zachowawczej, a lek. dent. Anna Kwiatkowska opowiadała o rozpoznawaniu resorpcji wewnętrznej zębów i decyzjach terapeutycznych.

Przedstawicielki Zakładu Ortodoncji omówiły zależności między chorobami jamy ustnej a innymi schorzeniami, m.in. genetycznymi. Na przykładzie leczonej ortodontycznie nastoletniej pacjentki z zespołem Pradera-Williego lek. dent. Anna Widmańska-Grzywaczewska dowodziła, jakie znakomite efekty terapeutyczne przynosi interdyscyplinarna współpraca pediatry, endokrynologa, psychologa, ortodonty oraz świadomych rodziców, przestrzegających zaleceń lekarskich.

– *Ze względu na charakterystyczne zmiany w układzie stomatognatycznym, mogące towarzyszyć rodzinnej polipowatości gruczolakowatej (FAP), lekarz stomatolog może być pierwszą osobą wysuwającą podejrzenie tej choroby* – mówiła lek. dent. Dorota Kuśmierczyk, opisując historię pacjentki zgłoszonej do leczenia ortodontycznego z powodu mnogich zębiaków i zatrzymanych zębów stałych. W omawianym przypadku badania specjalistyczne potwierdziły wcześniejsze podejrzenia zespołu Gardnera. Na związek między wadami zgryzu a skoliozą idiopatyczną wskazywała lek. dent. Małgorzata Laskowska: – *Konieczne jest włączenie opieki ortodontycznej i pedodontycznej, jako stałego elementu, do interdyscyplinarnego postępowania ogólnomedycznego pacjentów ze skoliozą*.

Jeden z wykładów poświęcono zdrowiu personelu medycznego i niewłaściwej pozycji ciała podczas pracy. Waldemar Ćwirzeń z Zakładu Propedeutyki i Profilaktyki Stomatologicznej omówił wyniki badania obciążenia odcinka lędźwiowego kręgosłupa higienistek stomatologicznych i wskazał konieczność przeciwdziałania jego negatywnym skutkom zdrowotnym. Spośród 210 osób poddanych badaniu 56,2 proc. narażonych było na duże ryzyko obciążeń, 10 proc. – na bardzo duże, 32,8 proc. – na średnie. Tylko u 1 proc. higienistek obciążenie określono jako małe.

Kampania PTS „Polska mówi #aaa" w tym roku skupia się na propagowaniu ograniczenia spożycia cukru, a także na profilaktyce onkologicznej. Prezes Oddziału Warszawskiego PTS dr hab. n. med. Leopold Wagner zachęcał zebranych do włączenia się do akcji. – *Bez działań ogólnopaństwowych niczego nie zmienimy* – argumentował.

Lek. dent. Piotr Kuchta, członek Prezydium Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, zachęcał do rejestrowania się i udziału w V Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych organizowanych przez OIL w Warszawie, które odbędą się 14–16 czerwca 2019 r. w Serocku.

Uczestnicy konferencji otrzymali punkty edukacyjne. ■

ach

CZY PACJENT W CELU POBRANIA KRWI MUSI LEŻEĆ W SZPITALU TRZY DNI?

Nie tylko nie musi, ale nie może. Zgodnie z art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniobiorca ma prawo do leczenia w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel terapii nie może być osiągnięty w leczeniu ambulatoryjnym. Oznacza to, że hospitalizacja w celu przeprowadzenia badania możliwego do wykonania w trybie ambulatoryjnym jest bezzasadna. Niestety, zdarzają się praktyki kierowania na oddział szpitalny jedynie po to, by wykonać pacjentowi tomografię komputerową, gastroskopię lub badanie echokardiograficzne serca. Można tutaj wskazać dwie główne przyczyny takiego stanu rzeczy. Po pierwsze – kolejki oczekujących na świadczenia ambulatoryjne, które w przypadku niektórych badań lub podmiotów leczniczych sięgają kilku miesięcy. Po drugie – kwestie finansowe. To samo badanie, wykonane w ramach hospitalizacji – choćby jednodniowej – jest lepiej finansowane przez NFZ niż ambulatoryjne, nawet po uwzględnieniu dodatkowych kosztów związanych z pobytem pacjenta na oddziale.

W wyniku przeprowadzonych w ubiegłym roku przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ kontroli 2824 hospitalizacji trwających do dwóch dni zakwestionowano prawie jedną trzecią świadczeń.

A teraz odpowiedź na drugą część pytania – dlaczego trzy dni? Tutaj również główną przyczyną są finanse. W katalogu grup JGP dla każdego świadczenia wskazana jest wartość punktowa hospitalizacji oraz – dla części świadczeń – wartość punktowa hospitalizacji poniżej trzech dni pobytu, wynosząca zwykłe 50–90 proc. wartości hospitalizacji dłuższej niż dwa dni. Ta druga wartość wynika z oszacowania rozkładu kosztów ponoszonych przez szpital w poszczególnych dniach pobytu pacjenta w ramach danego świadczenia. Właśnie ten „schodek" w wycenie sprawia, że często pacjenci leżą dłużej niż powinni.

Przykładowo, do połowy 2018 r. dla świadczeń z sekcji P – Choroby dzieci finansowanie pobytu krótszego niż trzy dni było ustalone na 65 proc. pełnej wartości hospitalizacji, natomiast od 1 lipca 2018 NFZ płaci tyle samo, niezależnie od czasu trwania hospitalizacji. W wyniku tej zmiany liczba świadczeń jednodniowych wzrosła prawie dwukrotnie, co oznacza, że część pobytów dłuższych niż jeden dzień nie wynikała ze wskazań medycznych, lecz jedynie ze względów finansowych.

Prace analityczne służące optymalizacji kosztów i wycen świadczeń zdrowotnych są stale prowadzone i niewątpliwie ich efektem będą kolejne zmiany w wycenie katalogu świadczeń szpitalnych. ■

Wojciech Modzelewski,
zastępca dyrektora ds. służb mundurowych i świadczeniobiorców

DOSTĘP DO REHABILITACJI

Wiele kontrowersji narosło wokół wyników postępowań konkursowych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, które Mazowiecki Oddział Wojewódzki przeprowadzał w latach 2017–2018. Szczególnie krytyczne głosy dotyczą świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym.

Do czasu ogłoszenia nowych konkursów dostępność świadczeń ambulatoryjnych była różna w różnych częściach województwa. W realizacji usług brały udział wyspecjalizowane podmioty, których wysokie kontrakty powodowały koncentrację realizacji świadczeń w kilku powiatach województwa mazowieckiego. Efektem była sięgająca dwunastokrotności różnica w dostępie do świadczeń mierzona jako nakłady na 10 tys. mieszkańców w powiatach. Trzeba pamiętać, że w przypadku trybu ambulatoryjnego pacjent musi codziennie dojechać do placówki medycznej.

Przy planowaniu postępowań konkursowych punktem wyjścia dla MOW NFZ było obliczenie kwot postępowań w ten sposób, by przynajmniej częściowo zmniejszyć różnice dostępności pomiędzy powiatami. Drugim czynnikiem, wpływającym na obliczenia do konkursu, było wydzielenie fizjoterapii ambulatoryjnej w trybie domowym jako odrębnego zakresu świadczeń – wcześniej świadczenia domowe realizowane były obowiązkowo w ramach zakresu ambulatoryjnego. Konsekwencją był podział środków, przeznaczonych na zabiegi fizjoterapii, w każdym powiecie na dwa odrębne postępowania.

Jednak, porównując nakłady na rehabilitację ambulatoryjną i domową, trzeba zauważyć, że minimalna dostępność (czyli liczba punktów przeznaczonych na zabiegi na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych powiatach) wzrosła z 36 tys. w 2015 r. do ponad 86 tys. w 2018. Jednocześnie średnie nakłady na rehabilitację w województwie mazowieckim zwiększyły się z 260 do 300 tys. punktów. Jednocześnie wydzielenie fizjoterapii domowej jako odrębnego zakresu świadczeń pozwoliło na przeznaczenie ponad 8 proc. środków na zabiegi realizowane w domu (poprzednio obowiązujące przepisy nakazywały przeznaczenie 2 proc. wartości kontraktów na świadczenia w domu pacjenta, co i tak często było omijane przez świadczeniodawców).

Tak przeprowadzone konkursy w naszym przekonaniu poprawiły dostępność świadczeń dla pacjentów. ■

Michał Dzięgielewski,
zastępca dyrektora ds. medycznych

DLACZEGO SAMORZĄD LEKARSKI JEST WAŻNY I POTRZEBNY?

ODPOWIEDZIALNOŚĆ (w tym ustawowe obowiązki)

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

TRADYCJA

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

ELITARNOŚĆ

- Jest powołany ustawowo
- Świadczy o szczególnej randze zawodu zaufania publicznego

MISJA

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

POTRZEBUJESZ POMOCY?

ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO

Jeśli czujesz, że ten problem dotyczy Ciebie...

MOŻEMY CI POMÓC

Zwróć się do specjalistów OIL w Warszawie.

Dyskretna, bezpłatna konsultacja i terapia.

ZADZWOŃ:

koordynator Monika Potocka,
OIL w Warszawie, tel.: 512-331-230
wypaleniezawodowe@oilwaw.org.pl

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

60 zł → lekarze i lekarze dentyści

10 zł → lekarze stażyści

ZASADY ZWOLNIEŃ ZE SKŁADEK I NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH:

www.izba-lekarska.pl /skladki/twoj-numer-konta/

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

CO OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE DAJE CI EKSTRA?

Proj. K. Bryda

PROGRAM

FitProfit

BY WYSZŁO CI NA ZDROWIE

LUBISZ UPRAWIAĆ SPORT?
CHCESZ KORZYSTAĆ TANIEJ Z OBIEKTÓW SPORTOWO-REKREACYJNYCH?
ZAMÓW KARTĘ FitProfit I CIESZ SIĘ WOLNYM CZASEM!

ZGŁOŚ SIĘ:

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

OC REFUNDOWANE PRZEZ OIL W WARSZAWIE W SKŁADCE NA SAMORZĄD LEKARSKI!

ZGŁOŚ SIĘ JUŻ DZIŚ!

Program grupowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentystów, członków OIL w Warszawie

Szczegółowe informacje i formularz na stronie:
www.izba-lekarska.pl,
a także u operatora programu w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18;
Punkt Obsługi Lekarza April Polska Medbroker,
tel. (+48) 508-504-318, 508-725-727,
e-mail: lekarz.medbroker@pl.april.com

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

GDY ZMARŁ TWÓJ BLISKI, KTÓRY BYŁ LEKARZEM LUB LEKARZEM DENTYSTĄ

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

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie nie pozostawi Cię bez pomocy, dlatego zgłoś się do Rady Funduszu Samopomocy – możesz uzyskać pomoc finansową.

www.izba-lekarska.pl
(zakładka Rady Funduszu Samopomocy)
Kontakt tel.: 22-542-83-33.

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

www.izba-lekarska.pl
(zakładka Rady Funduszu Samopomocy)

Fot. licencja Artmedia Partners

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

Konkluzje z V Konferencji „Powikłania w chirurgii naczyniowej i endowaskularnej”

PATRONAT puls

Z prof. dr. hab. n. med. Walerianem Staszkiewiczem
z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Fot. archiwum

Panie profesorze, jaka była geneza tegorocznej konferencji?

Razem z dr. n. med. Włodzimierzem Hendigerem zorganizowaliśmy kolejne interdyscyplinarne spotkanie lekarzy zajmujących się chorobami naczyń, którego celem była wymiana doświadczeń na temat najtrudniejszych sytuacji klinicznych – powikłań związanych z leczeniem operacyjnym, zarówno klasycznym, jak i wewnątrznaczyniowym. Konferencja miała charakter szkoleniowy i naukowy.

Czym różniła się od poprzednich?

Obserwujemy bardzo szybki rozwój metod leczenia i technik, szczególnie wewnątrznaczyniowych. Od czasu poprzedniej konferencji otrzymaliśmy odległe wyniki leczenia za pomocą różnego sprzętu. Część metod nie wytrzymała próby czasu i ze względu na spowodowanie powikłań została odrzucona. Ale obecnie mamy pacjentów leczonych tymi metodami i problemy z powikłaniami, które u nich wystąpiły, trzeba pilnie rozwiązywać. Coraz szersze zastosowanie mają metody leczenia wewnątrznaczyniowego w chorobach żył: zarówno przewlekłych, powikłaniach zakrzepowo-zatorowych, jak również tzw. malformacjach naczyniowych. To nowe wyzwanie dla chirurgów naczyniowych i radiologów interwencyjnych.

Jaki jest dorobek spotkania i jak wpłynie na pracę chirurgów naczyniowych, na sprawy organizacyjne, legislacyjne?

W konferencji wzięło udział 370 lekarzy różnych specjalności zajmujących się chorobami naczyń. Przedstawiono

64 prezentacje dotyczące najtrudniejszych sytuacji klinicznych. Inspirujące, twórcze dyskusje koordynowało 36 ekspertów należących do grona czołowych polskich i zagranicznych naukowców i praktyków. Były reprezentowane wszystkie środowiska i ośrodki, zarówno kliniczne, jak i regionalne, zajmujące się chorobami naczyń. Dużo mówiono o potrzebie kompleksowej oceny wskazań i wyboru metod leczenia oraz właściwego doboru sprzętu, szczególnie do zabiegów wewnątrznaczyniowych. Najważniejszą wartością takiej konferencji jest dyskusja, czyli możliwość wymiany poglądów, korzystania z opinii różnych ośrodków, spotkanie z czołowymi ekspertami mającymi duże doświadczenie, którzy biorą udział w wieloośrodkowych badaniach krajowych i międzynarodowych. Podkreślano potrzebę wnikliwej oceny metod i jakości leczenia, a szczególnie kontroli pacjentów po przebytych operacjach klasycznych i wewnątrznaczyniowych.

Jak wnioski z konferencji oddziałują na pracę lekarzy innych specjalności?

Choroby układu naczyniowego dotyczą całego człowieka, a nie poszczególnych narządów czy organów. Metody zabiegowe służą do leczenia skutków zaburzeń naczyniowych. Ale choć w wielu przypadkach mają zasadnicze znaczenie, nie mogą być jedynymi metodami. Choroby naczyń wymagają leczenia kompleksowego przez lekarzy różnych specjalności, również niezabiegowych. Stąd konieczność edukacji zarówno lekarzy, ale i pacjentów. Po co popełniać błędy i leczyć powikłania, skoro można korzystać z doświadczenia innych. Szczególnie ważna jest szybka ocena sytuacji i podjęcie właściwych decyzji. Nowym zagadnieniem, podkreślanym również podczas konferencji, była możliwość, a nawet konieczność, leczenia wewnątrznaczyniowego w urazach układu naczyniowego w wyniku wypadków komunikacyjnych i konfliktów zbrojnych.

Do specjalistów wykonujących zabiegi wewnątrznaczyniowe dołączyli lekarze dyscyplin uznawanych dotychczas za zachowawcze, m.in. kardiolodzy, neurolodzy i radiolodzy. Czy jest to dobry kierunek rozwoju?

Obserwujemy obecnie w wielu przypadkach rezygnację z interdyscyplinarnego podejmowania decyzji terapeutycznych, tzw. konsyliów lekarzy różnych specjalności. A jest to możliwość wyboru optymalnej metody leczenia. Leczenie zabiegowe, wewnątrznaczyniowe, powinno być przeprowadzone w tych szpitalach, w których istnieje możliwość natychmiastowej interwencji zabiegowej, np. konwersji do operacji klasycznej w razie powikłań. Często tylko tak możemy uratować chorego.

Czy wprowadzenie nowych metod i sprzętu, np. stentów warstwowych, balonów lekowych, stentgraftów, zmniejszyło częstość powikłań?

Pacjenta interesuje doraźny efekt operacji, ale ważny jest również efekt odległy, po 2, 3, 5 i więcej latach. I tu pojawia się problem, ponieważ często wtedy, gdy obserwujemy odległe wyniki leczenia, stosowane są już inne urządzenia lub ich nowe generacje. Niestety, niekiedy jesteśmy zmuszeni korzystać ze sprzętu, który znajduje się na bloku operacyjnym, a nie z takiego, który byłby bardziej przydatny w konkretnej sytuacji. Duże znaczenie mają też istniejące warunki ekonomiczne i wysokie koszty procedur. W wielu rejonach kraju trudno dostać się do chirurga naczyniowego i część chorych zgłasza się z zaawansowaną chorobą naczyniową. W dalszym ciągu obserwujemy niski poziom wiedzy z zakresu angiologii wśród lekarzy POZ. Postęp techniczny jest w chirurgii naczyniowej niezwykle szybki, stąd konieczność utworzenia rejestru operacji naczyniowych pozwalającego oceniać efekty leczenia. W Polsce nadal mamy duże trudności w ocenie odległych wyników, bo to dość złożony problem organizacyjny i ekonomiczny. ■

GONIEC MEDYCZNY

Drony będą transportować krew

Za kilka miesięcy jeden z toruńskich szpitali weźmie udział w projekcie transportu krwi do szpitala w Warszawie za pomocą dronów.

Czyste powietrze

Zdaniem prof. Cezarego Pałczyńskiego z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii UM w Łodzi brak klinów napowietrzających powoduje zaleganie w miastach szkodliwych dla człowieka cząsteczek, szczególnie tych emitowanych przez transport drogowy.

Więcej cukru

Przeciętny Polak spożywa rocznie aż o 12 kg więcej przetworzonego cukru niż dziesięć lat temu – wynika z najnowszego raportu resortu zdrowia. W 2008 r. jego spożycie w Polsce wyniosło około 38,4 kg.

Rak nie lubi cebuli

Spożywanie czosnku, porów i cebuli może zmniejszać ryzyko zachorowania na raka jelita grubego – informuje czasopismo „Asia Pacific Journal of Clinical Oncology”.

W ciąży lepiej nie używaj szminki

Kontakt z wykorzystywanymi w produktach codziennego użytku i kosmetykach ftalanami na etapie życia płodowego lub wczesnego dzieciństwa koreluje z późniejszymi problemami motorycznymi u dzieci.

Fot. archiwum

Powikłania w ch – czy można ich

Prof. dr hab. n. med. **PIOTR ANDZIAK**
kierownik II Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii CMKP,
kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej CSK MSWiA w Warszawie

W jaki sposób można zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych?

Kilka wymienionych w dalszej części tekstu punktów wydaje się mieć zasadnicze znaczenie. Przede wszystkim należy przestrzegać wskazań i przeciwwskazań do operacji. Bardzo precyzyjnie określają je wytyczne międzynarodowych towarzystw naukowych, przygotowywane przez zespoły wybitnych specjalistów w oparciu o najnowsze wyniki badań klinicznych i metaanaliz. Cykliczna aktualizacja tych dokumentów sprawia, że są źródłem najnowszej wiedzy pozwalającej podejmować decyzje kliniczne dotyczące rozpoznawania i leczenia wszystkich chorób tętnic i żył obwodowych.

Wytyczne

Najnowsze wytyczne, opisujące zasady leczenia chorób tętnic obwodowych, tętnic szyjnych i aorty, dokładnie określają wskazania do operacji klasycznych i wewnątrznaczyniowych w zależności od stanu ogólnego, warunków anatomicznych i rodzaju zmian patologicznych. Dopuszczalne są odstępstwa od wskazań i przeciwwskazań do operacji, pod warunkiem, że decyzję w granicach rozsądku i bezpieczeństwa podejmuje osoba z niezbędnym doświadczeniem. By zakwalifikować pacjenta do operacji, konieczna jest właściwa diagnostyka i przygotowanie chorego. Wytyczne dokładnie określają metody oraz ścieżkę diagnostyczną obowiązującą w danej jednostce chorobowej. Zasadniczą decyzję o rodzaju stosowanego leczenia należy podjąć dopiero po postawieniu ostatecznego rozpoznania. Błąd popełniony na etapie kwalifikacji do operacji może skutkować poważnymi powikłaniami śród- i pooperacyjnymi. Podobnie o kwalifikacji i wyborze sposobu leczenia, klasycznym lub wewnątrznaczyniowym, decyduje ogólny stan chorego. Operacje wewnątrznaczyniowe, jako metody małoinwazyjne, są często jedyną szansą na leczenie operacyjne dla osób obciążonych wieloma chorobami współistniejącymi, zwiększającymi ryzyko powikłań po operacjach klasycznych, ale tego ryzyka nie wykluczają.

Technika operacyjna wykonującego zabieg chirurga jako czynnik mający znaczący wpływ na częstość występowania powikłań

Chirurg nabywa umiejętności technicznych latami, wykonując dziesiątki, setki operacji. Od początku okresu szkolenia specjalizacyjnego w każdym z nas kształtują się automatyzmy, które warunkują prawidłowe poruszanie się chirurga w polu operacyjnym. Ich rozwijanie i utrwalanie przez codzienne wykonywanie operacji gwarantuje pewność ruchów i minimalizację ryzyka popełnienia błędu technicznego lub podjęcia błędnej decyzji podczas operacji.

Znieczulenie

Ogromnie ważnym elementem leczenia operacyjnego jest rodzaj zastosowanego znieczulenia oraz opieka pooperacyjna na oddziale intensywnego nadzoru. W chirurgii naczyniowej dobra współpraca z zespołem anestezjologicznym ma kluczowe znaczenie dla wyników leczenia i częstości występowania powikłań śród- i pooperacyjnych. Wpływa na to specyfika wykonywanych operacji, podczas których szczególnie ważne jest utrzymanie stabilnego ciśnienia tętniczego krwi oraz dostosowywanie jego wartości do rodzaju zabiegu.

Powikłania w chirurgii naczyniowej wynikające z funkcji układu tętniczego i żylnego

Krwawienie z miejsca operowanego lub zakrzep operowanej tętnicy, dwa najczęściej występujące wczesne powikłania pooperacyjne, są jednakowo groźne. Pierwsze stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia chorego, drugie może być przyczyną niebezpiecznych zmian w narządach zaopatrywanych w krew przez operowaną tętnicę. Wśród najpoważniejszych należy wymienić udar niedokrwienny w przypadku pooperacyjnego zakrzepu

irurgii naczyniowej uniknąć?

> Pytanie wydaje się retoryczne, jednak odpowiedź jest jednoznaczna – powikłań nie da się wyeliminować zupełnie. Wszystkie działania w dyscyplinach zabiegowych, także w chirurgii naczyniowej, są związane z obecnością wczesnych i odległych powikłań. Jednak można i należy dążyć do zminimalizowania odsetka powikłań.

tętnicy szyjnej wewnętrznej, niedokrwienie nerki po wewnątrznaczyniowych operacjach na aorcie lub tętnicy nerkowej oraz niedokrwienie kończyn po klasycznych i wewnątrznaczyniowych operacjach rekonstrukcyjnych. Zarówno krwawienie, jak i zakrzep operowanej tętnicy wymagają pilnego wykonania ponownej operacji.

Do najniebezpieczniejszych powikłań odległych należy zakażenie protezy naczyniowej wykonanej ze sztucznego tworzywa. Takie protezy najczęściej ulegają zakażeniu podczas operacji, zwykle w wyniku kontaktu ze skórą. Znacznie rzadziej – drogą krwiopochodną lub przez ciągłość w przebiegu zakażenia rozwijającego się w jej sąsiedztwie. Bezwzględne przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki zmniejsza ryzyko wystąpienia tego typu powikłań. Następstwem zakażenia są zwykle krwotoki septyczne, zespoleniowe tętniaki rzekome oraz często podstępnie przebiegające zakażenie uogólnione. Mimo ogromnego rozwoju technicznego i technologicznego w zakresie produkcji protez, także wewnątrznaczyniowych, coraz większych postępów w anestezjologii i intensywnej terapii oraz dostępności nowych generacji antybiotyków, odsetek zgonów i amputacji kończyn u chorych dotkniętych zakażeniem protez naczyniowych utrzymuje się na stałym, wysokim poziomie. Dotychczas nie określono najlepszego sposobu postępowania z tą grupą chorych, chociaż zastosowanie własnopochodnych żył do wytworzenia protezy mającej zastąpić zakażoną protezę z tworzywa sztucznego wydaje się najbardziej uzasadnione. Nie mniejszym zagrożeniem dla życia chorych są przetoki między protezami naczyniowymi a przewodem pokarmowym, będące często przyczyną masywnych krwotoków do przewodu pokarmowego. W obu przedstawionych sytuacjach jedynym właściwym postępowaniem jest leczenie operacyjne, często podejmowane ze wskazań nagłych lub pilnych.

Natomiast późne zwężenia i niedrożności protez naczyniowych i stentów implantowanych do tętnic obwodowych mogą być przyczyną ostrego lub stopniowo nasilającego się niedokrwienia narządów lub kończyn dolnych. W tych przypadkach ponowna operacja, klasyczna lub wewnątrznaczyniowa, często jest jedynym skutecznym sposobem leczenia.

Trzeba wyraźnie podkreślić, że powikłania występują zarówno po operacjach klasycznych, jak i wewnątrznaczyniowych. Po wewnątrznaczyniowych nawet częściej. Nie można zatem przedstawiać choremu operacji wewnątrznaczyniowej jako metody obarczonej mniejszym ryzykiem powikłań. Fakt, że jest to operacja mniej inwazyjna, wcale nie oznacza, że powikłania, które po niej występują, są mniej groźne lub zdarzają się rzadziej. Decydując się na operację wewnątrznaczyniową, chory musi mieć świadomość zarówno odsetka możliwych powikłań, jak i istnienia innych metod leczenia, m.in. operacji klasycznej lub leczenia farmakologicznego. Jest to szczególnie ważne obecnie, kiedy operacje wewnątrznaczyniowe stanowią 70 proc., a w niektórych obszarach układu naczyniowego nawet ponad 90 proc. wszystkich zabiegów.

Błąd

Czy powikłanie występujące we wczesnym lub odległym okresie pooperacyjnym jest efektem błędu? I tak, i nie. Jeśli powikłanie wystąpiło mimo kwalifikacji do operacji zgodnej z obowiązującymi wytycznymi, podczas przeprowadzania zabiegu dochowano należytej staranności i w czasie całego procesu leczenia nie doszło do zaniedbania lub zaniechania niezbędnych czynności, powikłanie nie będzie traktowane jak błąd. Jeśli natomiast zakwalifikowaliśmy chorego do operacji wbrew obowiązującym wskazaniom i przeciwwskazaniom lub podczas operacji i całego procesu leczenia doszło do zaniedbań, zaniechań bądź nie dołożono należytej staranności, powikłanie może zostać zakwalifikowane jako błąd. ■

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Leczenie biologiczne – *primum docere*

W poprzednim numerze (3/2019) „Pulsu" czytelnicy mieli możliwość zapoznania się z wynikami ankiety przeprowadzonej przez dr I. Wrześniewską-Wal wśród uczestników kursów dla lekarzy (175 osób), organizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Odpowiedzi ankietowanych stanowią dobrą okazję do przypomnienia kilku podstawowych faktów dotyczących wybranych aspektów leczenia biologicznego.

4 proc. badanych lekarzy nie znało wskazań do stosowania leków biologicznych.

Leki biologiczne mogą być stosowane m.in. w leczeniu: chorób nowotworowych, zawałów, udarów, cukrzycy, chorób autoimmunologicznych, takich jak: toczeń układowy, układowe zapalenie naczyń, reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów, choroba Hashimoto, łuszczyca, sarkoidoza, stwardnienie rozsiane. Mają zastosowanie także w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit.

21 proc. badanych lekarzy nie znało odpowiedzi na pytanie, czy produkt biopodobny jest tym samym co lek generyczny.

Leków biopodobnych nie powinno się nazywać lekami odtwórczymi (generykami). Leki odtwórcze zawierają chemicznie zdefiniowane substancje czynne, które – poza tym, że są wytwarzane przez innego producenta – nie różnią się niczym od produktu referencyjnego. Produkt biopodobny to biologiczny produkt leczniczy, który zawiera nie identyczną, lecz podobną wersję substancji aktywnej dopuszczonego do obrotu produktu referencyjnego. Na wartość terapeutyczną leków biopodobnych wpływa każdy etap procesu wytwarzania. Przed dopuszczeniem do obrotu konieczne jest wykazanie podobieństwa produktu biopodobnego do produktu referencyjnego w zakresie jakości, aktywności biologicznej, bezpieczeństwa i skuteczności.

62 proc. badanych lekarzy wskazało brak pewności co do działania leków biopodobnych w kontekście zamiennictwa.

Leki biopodobne, jak wszystkie inne, podlegają drobiazgowej procedurze dopuszczania do obrotu, której celem jest ustalenie, że między lekiem biologicznym a biopodobnym nie ma istotnych różnic w zakresie jakości, bezpieczeństwa i skuteczności. Problem stanowi jednak zjawisko automatycznego zamiennictwa, którym nie powinny być obejmowane leki biologiczne. Mechaniczna zamiana leków, dopuszczalna w oparciu o tożsamość chemicznej substancji czynnej, nie podlega dyskusji. Z uwagi jednak na immunogenny charakter, relatywnie krótki czas obecności na rynku oraz związany z tym proces obserwacji i monitorowania leków biologicznych każdą decyzję o zamianie leku powinien podejmować lekarz prowadzący w porozumieniu z pacjentem.

57 proc. badanych lekarzy nie znało odpowiedzi na pytanie, czy zastępowanie leków biologicznych biopodobnymi narusza prawa pacjenta.

W decyzji z 11.06.2018 r. (nr RzPP-WPR.45.95.2017.MMA) rzecznik praw pacjenta stwierdził, że praktyki polegające na uzależnieniu terapii wyłącznie od wyniku przetargu, czyli od kryteriów ekonomicznych, a bez uwzględnienia aktualnego stanu wiedzy medycznej, naruszają zbiorowe prawa pacjentów. Szpital w ramach świadczeń opieki zdrowotnej powinien zapewnić pacjentowi produkt leczniczy refundowany ze środków publicznych, jeżeli jego zastosowania wymaga aktualna wiedza medyczna, przede wszystkim w przypadku kontynuacji leczenia. W razie zmiany produktu leczniczego pacjent powinien mieć możliwość powrotu do poprzednio stosowanego, w szczególności jeżeli dojdzie do nowych, niewystępujących wcześniej działań niepożądanych bądź zmniejszenia skuteczności leczenia. Jeżeli podmiot leczniczy, mimo wystąpienia ww. okoliczności, w dalszym ciągu udziela świadczeń w ten sam sposób, tj. choć zaobserwowano działania niepożądane bądź zmniejszenie skuteczności leczenia, nie zmienia zastosowanego produktu leczniczego, działa niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a tym samym narusza przepis art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Szpital powinien zagwarantować, aby wszelkie decyzje o zamianie leku biologicznego były podejmowane przez lekarza prowadzącego w konsultacji z pacjentem. Istotne jest, aby pacjenci faktycznie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczącej przewidzianego leczenia biologicznego drogą konsultowania z lekarzem prowadzącym, farmaceutą lub wyspecjalizowaną pielęgniarką wszystkich kwestii związanych z zamianą jednego leku biologicznego na inny. Podsumowując, zastępowanie leków biologicznych biopodobnymi nie narusza praw pacjentów, o ile tego typu procedura medyczna przeprowadzana jest z uwzględnieniem aktualnego stanu wiedzy medycznej lekarza prowadzącego. Automatyczna zamiana wspomniane prawa narusza. Warto dodać, że Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z 27.11.2018 r. utrzymał w mocy decyzję RPP (VII SA/Wa 1940/18).

Dr hab. **Marek Świerczyński**, prof. UKSW
i mgr **Zbigniew Więckowski**
– pracownicy Katedry Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego, WPiA UKSW

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

Fot. archiwum

Leczenie przeciwbólowe chorób narządu ruchu

CZ. I

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

Zespoły bólowe narządu ruchu są najczęściej występującym rodzajem bólu przewlekłego. Mogą być wynikiem powtarzanych przeciążeń i mikrourazów tkanek miękkich, choroby zwyrodnieniowej stawów, układowych chorób tkanki łącznej, procesów zapalnych, osteoporozy, fibromialgii, choroby nowotworowej lub urazów. Najczęściej ból w narządzie ruchu jest wynikiem choroby zwyrodnieniowej stawów OA – osteoartrozy (ponad 80 proc. ludzi po 50. roku życia ma już radiologiczne zmiany w stawach) i choroby kręgosłupa, a zwłaszcza jego dolnego odcinka LBP – *low back pain.* Kręgosłup jest najczęstszą lokalizacją zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających. Zmiany mogą dotyczyć krążków międzykręgowych (*spondylosis*) i/lub stawów międzywyrostkowych (*spondyloarthrosis*).

Głównymi czynnikami ryzyka rozwoju bólu w narządzie ruchu są: wiek, płeć żeńska, predyspozycje genetyczne i współistniejąca depresja/lęk. Ból w narządzie ruchu należy do tzw. bólu receptorowego. Często ma również charakter zapalny, dlatego jego leczenie wymaga dołączenia (w okresach zaostrzenia dolegliwości) leków z grupy niesteroidowych przeciwzapalnych – NLPZ. U 30–40 proc. chorych z bólem w narządzie ruchu współistnieje również ból o typie neuropatycznym, ponieważ stan zapalny generować może tego rodzaju ból, nawet bez strukturalnego uszkodzenia nerwów. Ów fakt musimy uwzględnić w terapii, a daje on podstawy do włączenia leków przeciwdepresyjnych (zwłaszcza duloksetyny) i przeciwdrgawkowych (gabapentyny/pregabaliny).

Większość chorych z bólem w narządzie ruchu jest w wieku podeszłym. Trudności leczenia bólu w tej grupie wiekowej wynikają z jednej strony z problemów w komunikacji (zaburzenia funkcji poznawczych), z drugiej strony z obawy przed interakcjami, nietolerancją leków i działaniami niepożądanymi wynikającymi z wielochorobowości, politerapii i pogarszającej się funkcji narządów (nerek, wątroby). Sukces terapii zależy od dobrej oceny bólu (patomechanizmu, natężenia, charakteru, lokalizacji) i indywidualnego jej dostosowania.

Leczenie bólu przewlekłego zwykle rozpoczyna sam pacjent, który bazuje na własnych doświadczeniach oraz podpowiedziach osób z najbliższego otoczenia. Eksperymentowanie z terapią jest przyczyną wielu groźnych powikłań. Z drugiej strony lekarze często lekceważą ból, a obawy przed powikłaniami terapii przedkładają nad cierpienie, którego doznaje pacjent. Mnogość chorób towarzyszących oraz występowanie bólu z różnych układów powodują polipragmazję, która związana jest z większym i zauważalnym odsetkiem objawów niepożądanych, większą toksycznością i licznymi interakcjami. Zmiana wrażliwości i reakcji na farmaceutyki nakazuje indywidualizację leczenia, by minimalizować skutki uboczne. Zawsze należy mieć na uwadze nasilenie objawów chorobowych przez leki stosowane z innych powodów. Częstym zjawiskiem jest leczenie bólów wywodzących się z różnych układów przez wielu lekarzy. Prowadzi to do nieporozumień, ordynowania leków z tych samych grup. Do najczęstszych działań niepożądanych pojawiających się podczas terapii wielolekowej należą: zaburzenia poziomu glukozy, wahania ciśnienia tętniczego krwi, zaburzenia rytmu serca, nasilenie niewydolności krążenia, objawów depresji i lęku, zmiana progu drgawkowego, zatrzymanie lub nietrzymanie moczu, zaburzenia równowagi, upadki, zaburzenia krzepnięcia krwi i zaparcie stolca.

LECZENIE OA

Obraz kliniczny choroby zwyrodnieniowej stawów zależy od lokalizacji zmian i stopnia zaawansowania choroby. Podstawowe objawy OA to ból przewlekły z okresowymi zaostrzeniami, sztywność i ograniczenie ruchomości stawu oraz jego deformacja. Leczenie OA powinno być wielokierunkowe i obejmować zarówno metody niefarmakologiczne, jak i farmakologiczne, jeśli istnieją wskazania – to również metody interwencyjne (blokady, blokady dostawowe i okołostawowe, termolezje), a w zaawansowanym okresie choroby – leczenie chirurgiczne. W terapii należy uwzględniać występujące u chorego czynniki ryzyka OA (otyłość, rodzaj aktywności fizycznej, wady wrodzone) oraz ogólne czynniki ryzyka (wiek, płeć, współistniejące choroby, stosowane leki, stopień natężenia bólu i stopień niepełnosprawności). Naturalny przebieg choroby i oczekiwania pacjenta zmieniają się w czasie, więc leczenie nie powinno opierać się na sztywnych zasadach. Musi być okresowo weryfikowane i dostosowywane do aktualnej sytuacji i oczekiwań chorego. ■

Piśmiennictwo u autorki.

doniesienia naukowe

Nie trzeba zwlekać z kolejną ciążą

Czy po urodzeniu martwego dziecka kobieta powinna odczekać co najmniej dwa lata do kolejnej ciąży? Nie ma takiej potrzeby – sugerują najnowsze badania przeprowadzone w Australii, Norwegii i Finlandii. Decyzja o tym bardziej zależy od stanu psychicznego kobiety niż od jej fizjologii po nieudanym porodzie.

Przekonuje o tym prof. Annette Regan z Curtin University w Perth w Australii. Przeanalizowała razem ze swym zespołem 14,4 tys. przypadków kobiet, które w ostatnich 37 latach urodziły martwe dziecko po 22. tygodniu ciąży.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca, by kobieta po urodzeniu żywego dziecka odczekała co najmniej dwa lata z kolejnym poczęciem, a w przypadku poronienia – pół roku. Nie ma jednak oficjalnych wskazań, jak postępować po narodzinach martwego dziecka. Sugeruje się jedynie, że należy odczekać z kolejną ciążą przynajmniej rok albo nawet dwa lata.

– *Są w literaturze jedynie dowody na to* – zwraca uwagę prof. Cynthia Gyamfi-Bannerman z Columbia University Irving Medical Center – *że po poronieniu i przedwczesnym porodzie kolejna ciąża przed upływem pół roku bardziej grozi urodzeniem wcześniaka i komplikacjami*.

(bit.ly/2UcpgUL, „Lancet" z lutego 2019)

Więcej lekarzy – lepsza diagnoza

Pacjenci często wolą się konsultować z co najmniej dwoma lekarzami, żeby mieć pewność co do trafności diagnozy, choć nie zawsze w ten sposób ją zyskują. Ale wydaje się, że również lekarze powinni prowadzić konsultacje z kolegami. Przekonują o tym badania, które przeprowadził prof. Michael Barnett z Harvard T.H. Chan School of Public Health, posługując się tzw. crowdsourcingiem.

Crowdsourcing, wykorzystujący zasadę „razem wiemy więcej", coraz częściej stosowany jest w różnych dziedzinach, ale okazuje się szczególnie przydatny w medycynie. We wspomnianych badaniach analizowano, jak dziewięciu specjalistów może online postawić wspólną diagnozę. Przesyłano historię choroby pacjenta, wyniki jego badań. Następnie porównywano trafność diagnozy, jaką postawił jeden lekarz, z ustaloną w ramach crowdsourcingu. Działanie zgodnie z zasadą „razem wiemy więcej" okazało się skuteczniejsze. Samodzielnie lekarze stawiali właściwą diagnozę średnio w 62,5 proc. przypadków, w grupie dziewięcioosobowej – w 85,6 proc.

Nie wiadomo jeszcze jak tę metodę zastosować w codziennej praktyce medycznej, jednak prof. Barnett nie ma wątpliwości, że to właściwy kierunek.

(bit.ly/2Uby11m, „JAMA Network Open" z marca 2019)

Seks i cukrzyca

Coraz więcej badań wskazuje na wieloraką poprawę stanu zdrowia pacjentów po operacji bariatrycznej. Obserwacje przeprowadzone w Danii wykazały, że wyłączenie żołądkowe typu Roux-en-Y (RYGB) u trzech czwartych operowanych doprowadza do remisji cukrzycy w ciągu roku po zabiegu.

Nie jest to zaskakujące, bo podobne były wyniki wcześniejszych badań, jednak duńskie obserwacje pod kierunkiem prof. Lene'a Ringa Madsena z Uniwersytetu Aarhus przeprowadzono na większej grupie 1111 pacjentów (operowanych w latach 2006–2015). Wykazały one, że po sześciu miesiącach u 65 proc. operowanych nastąpiło cofnięcie się cukrzycy, a po roku – u 74 proc.

Po pięciu latach u 27 proc. badanych objawy cukrzycy wróciły, ale u innych pacjentów nastąpiła remisja po dłuższym okresie niż rok. W sumie grupa chorych z remisją tej choroby była cały czas podobna – u trzech czwartych nastąpiła poprawa. W tych samych badaniach dowiedziono, że u pacjentów z remisją choroby mniejsze było ryzyko powikłań krążeniowych cukrzycy doprowadzających do uszkodzenia nerek i wzroku.

W innym badaniu, przeprowadzonym w USA, wykazano, że operacje bariatryczne (różnego typu) zwiększają satysfakcję z życia seksualnego. To bardzo istotne, ponieważ prawie 70 proc. kobiet oraz ponad 73 proc. mężczyzn kwalifikujących się do tych zabiegów narzeka na zaburzenia seksualne, takie jak spadek popędu.

Operowanych pacjentów zapytano o kontakty seksualne przed operacją i po niej. Okazało się, że w ciągu roku poprawiły się u połowy badanych (u 56 proc. kobiet i prawie 50 proc. mężczyzn). Twierdzili, że po zabiegu odczuwali większe libido oraz większą satysfakcję z seksu. U większości poprawa utrzymywała się przez pięć lat.

(bit.ly/2UePjdZ, „Diabetologia" z lutego 2019, bit.ly/2Iwbz1y, bit.ly/2XhBYDA, „JAMA Surgery" z lutego 2019)

Joga dobra na nadciśnienie

Joga, szczególnie w połączeniu z ćwiczeniami oddechowymi i relaksacyjnymi, chroni przed nadciśnieniem tętniczym krwi i pomaga obniżyć ciśnienie, gdy jest już zbyt wysokie. Wystarczy ją stosować trzy razy w tygodniu. Przekonuje o tym metaanaliza 49 badań, którymi objęto ponad 3,5 tys. osób ze średnim ciśnieniem 119/81 mmHg (u jednych było jeszcze prawidłowe, ale podwyższone, u innych już za wysokie).

Główny autor raportu z badań Yin Wu z University of Connecticut w Storrs twierdzi, że joga jest równie korzystna dla układu krążenia. U badanych zmniejszała ciśnienie skurczowe średnio o 5 mmHg, a rozkurczowe – o 3,9 mmHg. Podjęcie dodatkowo ćwiczeń oddechowych i relaksacyjnych poprawiało ten wynik odpowiednio o 11 i 6 mmHg.

(bit.ly/2BUUSXO, bit.ly/2Ejzkof, bit.ly/2BYnRtJ, „Mayo Clinic Proceedings" z lutego 2019) ■

Zbigniew Wojtasiński

Diagnozowanie HCV - wyzwanie dla lekarzy

dr Jakub Klapaczyński, dr Jakub Dawidowski
Oddział Chorób Wewnętrznych i Hepatologii
Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA

Mimo postępu terapeutycznego, jaki dokonał się w ostatnich latach, zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) dalej stanowi istotny problem zdrowotny. Szacuje się, że w Polsce zakażonych HCV jest ok. 150 000 osób (0,4% populacji), jednak zdecydowana większość chorych nie jest tego świadoma. Wynika to w głównej mierze z faktu, że przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) przebiega zazwyczaj bezobjawowo przez wiele lat. Jawne klinicznie powikłania pozawątrobowe, takie jak zapalenie naczyń w przebiegu krioglobulinemii czy chłoniaki z limfocytów B również nie są częste.

Zakażenia HCV zwykle rozpoznawane są przypadkowo, np. w czasie badań przesiewowych u kobiet w ciąży, przed planowanymi zabiegami operacyjnymi, u potencjalnych krwiodawców czy w toku diagnostyki hipertransaminazemii. Przebieg naturalny przewlekłego zakażenia HCV jest bardzo zróżnicowany: od niewielkiego włóknienia wątroby po rozwój marskości (do 20% chorych), a w jej przebiegu niewydolności wątroby i raka wątrobowokomórkowego.

Ponieważ nie dysponujemy możliwościami pewnego wyselekcjonowania chorych, u których infekcja HCV doprowadzi do rozwoju istotnych dla zdrowia powikłań, wskazane jest leczenie każdej zakażonej osoby. Strategia ta powinna przyczynić się do istotnego zmniejszenia puli wirusa w populacji skutkującego mniejszym ryzykiem nowych zakażeń, a w niedalekiej przyszłości (wg WHO optymalnie do 2030r.) do uczynienia z WZW C choroby rzadkiej. Oczywiście cel ten nie może być osiągnięty bez poprawy wykrywalności zakażenia.

Niska rozpoznawalność zakażenia HCV jest główną barierą dostępu do leczenia, bowiem nowoczesne terapie HCV są w Polsce od kilku lat dostępne bez ograniczeń i refundowane przez NFZ. Są to tzw. leki bezpośrednio działające na wirusa (ang. *direct acting antivirals*, DAAs), charakteryzujące się bardzo wysoką skutecznością (sięgającą 98-100%), przy braku istotnych działań niepożądanych czy interakcji z innymi lekami. Obecnie dysponujemy skutecznym i bezpiecznym schematem lekowym dla każdego zakażonego, niezależnie od zaawansowania choroby, genotypu wirusa, wieku chorego czy chorób towarzyszących. Terapia polega na stosowaniu leków doustnych raz na dobę i zazwyczaj trwa 8-12 tygodni, w przypadku pacjentów wcześniej nieleczonych.

Pierwszy etap rozpoznawania zakażenia, czyli potwierdzenie obecności przeciwciał anty-HCV odbywa się głównie w gabinetach, ale również przesiewowo w oddziałach szpitalnych czy stacjach krwiodawstwa.

Agencja Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji uznała za zasadne rekomendowanie badań diagnostycznych w kierunku HCV osobom:

- po przetoczeniach krwi przed 1992 rokiem,
- z wywiadem stosowania dożylnych środków odurzających,
- hospitalizowanym więcej niż 3 razy w życiu,
- przebywającym obecnie lub w przeszłości w placówkach karnych,
- zgłaszającym się do punktów anonimowego testowania w kierunku zakażenia HIV,
- ze zwiększoną aktywnością aminotransferaz,
- z podejrzeniem jakiejkolwiek choroby wątroby.

Dodatni wynik badania na obecność przeciwciał anty-HCV nie jest równoznaczny z wykryciem aktywnego zakażenia. Może się okazać, że wirus został samoistnie wyeliminowany z organizmu. Przeciwciała w takim przypadku utrzymują się zwykle przez wiele lat.

Dlatego kolejnym krokiem po wykazaniu obecności przeciwciał anty-HCV winno być skierowanie chorego do specjalistycznej poradni chorób zakaźnych, gdzie możliwe będzie wykonanie badania potwierdzającego zakażenie – wykrycie RNA wirusa.

Chorzy z potwierdzonym zakażeniem HCV (czyli dodatnim wynikiem RNA HCV) są kwalifikowani w ramach poradni i oddziałów specjalistycznych do terapii. Całość szczegółowych badań diagnostycznych niezbędnych do rozpoczęcia leczenia (jak oznaczenie genotypu i wiremii HCV czy ocena zaawansowania włóknienia wątroby), jest finansowana w ramach programu leczenia przewlekłego WZW C i nie obciąża lekarza kierującego ani pacjenta.

Chory ma zapewnioną opiekę poradni i dopiero po upewnieniu się, że 12 tygodni od zakończenia leczenia RNA wirusa jest niewykrywalne, otrzymuje pisemną opinię o wyleczeniu.

W dobie szeroko dostępnych współczesnych terapii zakażenia HCV, głównym wyzwaniem jest więc wykrywanie osób zakażonych i ich dalsze kierowanie do odpowiednich placówek. Bez pokonania tej bariery, eliminacja wirusa z polskiej populacji nie będzie możliwa.

Artykuł został przygotowany w ramach działań informacyjnych nt. zakażenia HCV prowadzonych przez Gilead Sciences Poland.

HCV/PL/19-01/PM/1077

EPC/PL/18-10/PM/1567

Gdy kleszcz wychodzi na żer

W Polsce występuję 19 gatunków kleszczy. Ludzi najczęściej atakują: kleszcz pospolity i łąkowy. Gdy robi się cieplej, już przy 5–7° C ruszają na żer. Można je spotkać nie tylko na łąkach czy w lasach, ale i w miejskich parkach, na skwerach, w ogródkach i na trawnikach. Według ekspertów kleszczy przybywa, w Europie i w Polsce, a wśród nich wzrasta liczba zakażonych wirusem kleszczowego zapalenia mózgu (KZM), nosicielem może być już co szósty. O problemach zdrowotnych, jakie bywają konsekwencją ukłucia przez kleszcza, i profilaktyce chorób odkleszczowych rozmawiali eksperci podczas konferencji zorganizowanej w ramach kampanii „Nie igraj z kleszczem. Wygraj z kleszczowym zapaleniem mózgu".

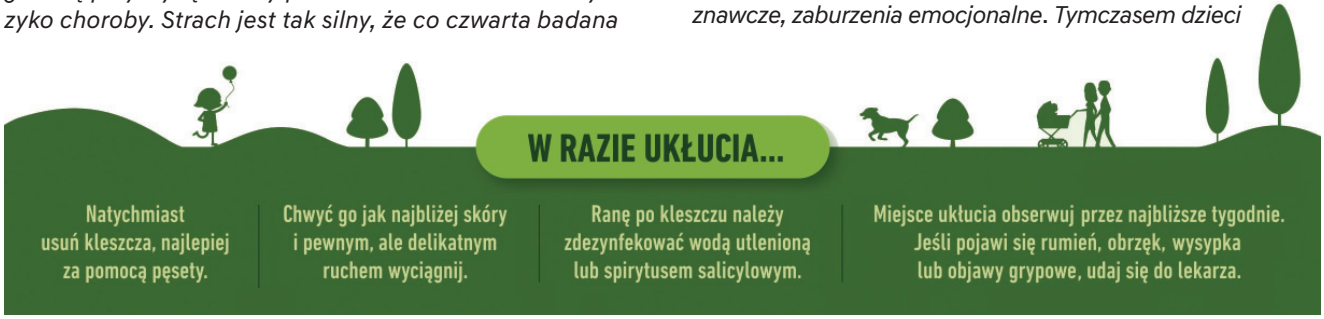
Strach przed chorobą

Z badania wiedzy Polaków na temat kleszczy i kleszczowego zapalenia mózgu (SW Resarche) wynika, że kleszcze budzą obawę, ale wiele jest do zrobienia w kwestii edukacji i profilaktyki. – *Ludzie się boją* – mówi dr Tomasz Sobierajski, socjolog z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, autor raportu ze wspomnianego badania – *ale ważne, to nie fobia, tylko lęk przed zapadnięciem na choroby przenoszone przez kleszcze. 94 proc. badanych za główną przyczynę obawy przed kleszczem wskazało ryzyko choroby. Strach jest tak silny, że co czwarta badana osoba deklarowała, że rezygnuje z aktywności na terenach występowania kleszczy.*

Trzech na dziesięciu pytanych twierdziło, że ma wiedzę teoretyczną i praktyczną na temat postępowania w razie ukąszenia przez kleszcza, sześciu na dziesięciu wskazywało, że samodzielnie usuwało kleszcza, ale około 30 proc. badanych udawało się po pomoc do lekarza lub pielęgniarki. W przypadku chorób odkleszczowych najwięcej pytanych wymieniało boreliozę (87 proc.) i kleszczowe zapalenie mózgu (około 50 proc.). Najmniejszy strach przed kleszczami deklarowali mieszkańcy województwa pomorskiego i najliczniej twierdzili, że mają bardzo dużą wiedzę na ich temat. Natomiast najbardziej bali się kleszczy mieszkańcy województwa podlaskiego i śląskiego, ale ci drudzy mieli największą świadomość, że przed kleszczowym zapaleniem mózgu można się uchronić dzięki szczepieniu. Jako formę ochrony przed kleszczami i chorobami odkleszczowymi badani wybierali odzież okrywająca ciało, kontrolę ciała po powrocie do domu, preparaty odstraszające. – *Tylko 8 proc. badanych wskazało szczepienie jako formę profilaktyki przed kleszczowym zapaleniem mózgu* – stwierdził dr T. Sobierajski.

Co zapewnia ochronę?

– *Zapalenie mózgu jest chorobą, która dużo w życiu zmienia* – podkreślał dr hab. n. med. Ernest Kuchar z Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, przywołując przypadki kliniczne kilkuletnich pacjentów. – *Wpływa na rozwój dziecka, na jego przyszłe zdolności poznawcze, zaburzenia emocjonalne. Tymczasem dzieci*



Graf.: organizator kampanii

są grupą ryzyka narażoną na kontakt z kleszczem w związku z częstym przebywaniem na placach zabaw, w terenie.

Zaznaczył też, że szybkie usunięcie kleszcza z ciała chroni przed boreliozą, która jest chorobą bakteryjną i przewlekłą, przed zachorowaniem na kleszczowe zapalenie mózgu ochronę zapewnia szczepienie, a szczepić można już od drugiego roku życia. – *Skuteczność szczepionek jest bardzo duża* – przekonywał. – *Zostały opracowane w latach 70. XX w. w Austrii. Tamtejsza populacja jest zaszczepiona w ponad 90 proc.* Dr Kuchar zwracał uwagę, że w Polsce ze szczepienia przeciw KZM korzysta około 1 proc. populacji (takie są dane uzyskane od producentów szczepionek na podstawie wyników sprzedaży) i tylko w ramach szczepień zleconych przez pracodawcę. W tej grupie są przede wszystkim leśnicy, żołnierze, strażacy, funkcjonariusze Straży Granicznej, czyli osoby pracujące w środowisku, w którym bytują kleszcze.

O objawach KZM i skutkach choroby mówiła prof. dr hab. n. med. Joanna Zajkowska z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Wskazywała, że w pierwszym etapie choroby występuje gorączka, bóle głowy, objawy grypowe, w następnym – objawy neurologiczne. – *Konsekwencje KZM są często nieodwracalne, choroba może prowadzić do porażeń, utraty słuchu, zaburzeń oddechowych i zgonu.* Prof. J. Zajkowska przyznała, że testy serologiczne służą potwierdzeniu epidemiologii choroby, zleca je lekarz, gdy chory trafi do szpitala. – *Nie zalecałabym tych badań pacjentom ambulatoryjnym czy „na życzenie”* – wyjaśniła. Podkreśliła, że walki z wirusem KZM nie ułatwia niedoszacowanie liczby osób zakażonych, gdyż lekarze często nie potwierdzają przyczyn zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Powodem są koszty badań serologicznych oraz konieczność przesyłania próbek tylko do jednego z trzech działających w Polsce laboratoriów.

Jak oswajać z kleszczem?

Dr inż. Anna Wierzbicka z Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu przekonywała, że ważny jest kontakt naukowców i lekarzy ze społeczeństwem, aby mówić o zagrożeniach zdrowotnych związanych z kleszczami, ale też oswajać z zagadnieniem. Przyznała, że pomocne byłoby utworzenie infolinii, na której dyżurny znawca tematu radziłaby, jak usunąć kleszcza (według zaleceń ekspertów – jak najszybciej, za pomocą pęsety, a ranę zdezynfekować), na jakie objawy po usunięciu zwracać uwagę, kiedy udać się po niezbędną pomoc medyczną.

30 marca został ustanowiony Ogólnopolskim Dniem Świadomości KZM. Celem inicjatywy organizacji pacjenckich oraz ośrodków naukowych i instytucji zajmujących się zdrowiem publicznym jest zwrócenie uwagi na problem, jakim jest kleszczowe zapalenie mózgu, a także podjęcie działań profilaktycznych i edukacyjnych w celu przeciwdziałania zachorowaniom. ■ ***ach***

REKLAMA

Fot. archiwum

W kleszczach boreliozy

z Ernestem Kucharem, kierownikiem Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, rozmawia Alicja Kostecka.

Co to za choroba – borelioza?

Borelioza jest chorobą odzwierzęcą wywoływaną przez bakterię *Borrelia burgdorferi*, którą może zakazić kleszcz przez ukąszenie. Kleszcze to bezwzględne pasożyty z rodziny pajęczaków, które żywią się krwią. Głównym źródłem pożywienia są dla nich drobne gryzonie. Kleszcze są nosicielami wielu chorób, ale w Polsce w obecnej sytuacji epidemiologicznej istotne są tylko dwie: borelioza z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu. W naszym kraju odnotowuje się rocznie około 20 tys. przypadków boreliozy i kilkaset przypadków kleszczowego zapalenia mózgu. Borelioza została poznana dość późno, bo w 1983 r., kiedy amerykański naukowiec Willy Burgdorfer wyizolował z kleszczy krętki *Ixodes dammini*, które później w uznaniu jego zasług nazwano *Borrelía burgdorferí.* [...]

Lekarze jakiej specjalności powinni leczyć boreliozę?

[...] Zdecydowana większość (80 proc.) przypadków boreliozy objawia się rumieniem wędrującym, dlatego chorobę tę muszą znać dermatolodzy i lekarze pierwszego kontaktu, czyli pediatrzy, interniści, lekarze rodzinni. Jako wieloukładowa choroba bakteryjna z trudną diagnostyką serologiczną, borelioza z natury rzeczy jest domeną lekarzy zakaźników, ale jej objawy obejmują także skórę, stawy, układ krążenia i układ nerwowy.

W jaki sposób diagnozuje się boreliozę?

[...] Rozpoznanie wymaga badań serologicznych, ale jeśli powstaje rumień wędrujący, jego obraz jest tak charakterystyczny, że wystarczy, aby zdiagnozować boreliozę. Poza tym badania serologiczne na wczesnym etapie po ukąszeniu mogą nie wykazać przeciwciał. Pacjenci z rumieniem wędrującym mogą trafić do dermatologa. Objaw ten występuje kilka dni po ukłuciu – po minimum 3–30 dniach, rzadko do 3 miesięcy. Nie chodzi tu jednak o odczyn alergiczny, jak reakcja na ślinę kleszcza, lecz o rzeczywisty, powiększający się rumień infekcyjny, który wynika z zakażenia drobnoustrojem. Taki rumień, w odróżnieniu od reakcji alergicznej, nie ustępuje po kilku dniach, ale powiększa się i może mieć nawet od kilkunastu do kilkudziesięciu centymetrów średnicy. Rumień wędrujący zwykle nie boli ani nie swędzi. [...]

W jaki sposób leczy się boreliozę?

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, boreliozę leczy się antybiotykami przez co najmniej 5 tygodni. Ponadto polecam niedawno wydane rekomendacje brytyjskie NICE 2018, według których leczenie powinno trwać zawsze minimum 3 tygodnie, a dawki antybiotyków powinny być wysokie, wyższe niż dotąd rekomendowane. U dorosłych stosuje się 1,0 g amoksycykliny trzy razy na dobę, u dzieci 30 mg/kg m.c. trzy razy na dobę. Dorosłym podaje się też doksycyklinę – 200 mg na dobę w jednej lub dwóch dawkach. Nie ma doniesień na temat antybiotykooporności, choć zdarzają się niepowodzenia terapii związane z zaburzeniami wchłaniania antybiotyków. [...]

A co w sytuacji, jeśli nie wystąpił rumień wędrujący i przeoczyliśmy ukąszenie kleszcza?

Zdarza się, że po ukłuciu przez kleszcza nie ma charakterystycznego rumienia, lecz pojawia się postać rozsiana choroby i występują objawy skórne lub porażenie nerwów, zwykle czaszkowych, rzadziej obwodowych. W takiej sytuacji również stosujemy antybiotyki, a w przypadku powikłań neurologicznych pacjent powinien trafić do neurologa lub lekarza chorób zakaźnych. W poważniejszych przypadkach borelioza wymaga leczenia dożylnego, które trwa także 3 tygodnie. Odpowiedź na leczenie może być powolna, a objawy mogą ustąpić niecałkowicie, ale ponowna

antybiotykoterapia nie jest zalecana, jeśli obraz kliniczny i badania laboratoryjne nie wskazują jednoznacznie na nawrót choroby, np. związany z kolejnym zakażeniem. W przypadku nawrotu objawów lub w razie reinfekcji zaleca się ponowną antybiotykoterapię doustną lub dożylną, w zależności od postaci klinicznej choroby.

Co się dzieje, jeśli borelioza nie jest leczona?

Rokowanie w boreliozie jest umiarkowanie optymistyczne. To choroba przewlekła, u większości pacjentów kończy się jednak wyleczeniem. W zasadzie zdrowy organizm zwykle jest w stanie zwalczyć krętki *Borrelia spp*. Często możemy spotkać pacjentów, którzy w przeszłości mieli kontakt z krętkami wywołującymi boreliozę, ale obecnie nie mają żadnych objawów poza dodatnim odczynem serologicznym. Z tego wniosek, że organizm prawdopodobnie sam zwalczył zakażenie. Jest to częste zjawisko, około 10 proc. polskiej populacji i aż 50 proc. mieszkańców Białowieskiego Parku Narodowego ma dodatnie wyniki swoistych przeciwciał w kierunku *Borrelia*, ale nie ma żadnych objawów i nie choruje na boreliozę.

Czy leczenie dzieci jest inne niż dorosłych?

U dzieci do 8. roku życia nie stosujemy doksycykliny. Antybiotykoterapia trwa tak samo długo – co najmniej 3 tygodnie. Poza tym postępowanie jest podobne. Warto wspomnieć, że u dzieci nie występuje zanikowe zapalenie skóry. [...]

W jaki sposób możemy zapobiegać boreliozie? Czy istnieją szczepienia, które mogą zapobiec chorobom przenoszonym przez kleszcze?

W praktyce drobnoustroje chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze mogą powodować dwie ważne choroby: boreliozę i kleszczowe zapalenie mózgu. Kleszczowemu zapaleniu mózgu możemy skutecznie zapobiec, stosując szczepionkę. Nie ma natomiast szczepień zapobiegających boreliozie. Na świecie były prowadzone próby opracowania szczepionek przeciwko tej chorobie, ale dotąd kończyły się niepowodzeniem. Jedyny sposób, jaki nam pozostaje, to ochrona przed ukąszeniem przez kleszcze, czyli unikanie terenów, gdzie jest ich dużo, i osłanianie ciała odzieżą. Ponadto istnieją skuteczne środki odstraszające kleszcze. Polecam permetrynę, którą impregnuje się odzież, oraz ikarydynę, którą stosuje się na skórę. Należy też pamiętać, że bakterie *Borrelia* żyją w jelicie kleszcza i przekształcają się w postać inwazyjną dopiero wtedy, gdy poczują krew wypitą przez kleszcza, co zajmuje im kilka godzin. Po przekształceniu krętki *Borrelia* są w stanie wraz ze śliną kleszcza wniknąć do krwiobiegu człowieka. Proces ten trwa kilkanaście godzin, więc jeśli uda nam się w tym czasie usunąć kleszcza, nie dojdzie do zakażenia. Dlatego po powrocie z lasu i terenów podmokłych powinniśmy oglądać całą skórę i gdy zauważymy kleszcza, po prostu go szybko usunąć. Jeśli wykonamy to w czasie 24 godzin, ryzyko boreliozy jest nikłe [...] ■

Pełna wersja wywiadu w „Menedżerze Zdrowia" nr 8–9/2018.

Koniec medyczny

Dyrektor i rezydent

„Pan się wpi...ala nie w to, co potrzeba. Ja się zastanowię, jak panu ulżyć w specjalizacji. Ja sobie nie życzę, żeby taki człowiek pracował w tym szpitalu. Ja pana z paragrafu po prostu wyrzucę!" – powiedział dyrektor jednego ze szpitali uniwersyteckich do lekarza rezydenta, który zgłosił nieprawidłowości na SOR.

Kardiolog zmarł na dyżurze

Znane są już wstępne wyniki sekcji zwłok 39-lekarza, który zmarł na dyżurze w pleszewskim szpitalu. Zgon nastąpił wskutek ustania akcji serca. Choć kardiolog zmarł z przyczyn naturalnych, prokuratura prowadzi w tej sprawie śledztwo dotyczące narażenia zdrowia i życia pracownika, który był na dyżurze 40 godzin bez przerwy.

RODO i lekarze

Niektórzy medycy nie życzą sobie, by ich nazwisko widniało na drzwiach gabinetu. Pewien lekarz sprzeciwiał się, by w Internecie była informacja o tym, kiedy dyżuruje. Argumentował, że dzięki temu złodzieje będą wiedzieli, że nie ma go w domu. Eksperci przypominają jednak, że wykonującym zawód zaufania publicznego nie należy się taka ochrona.

Cukrzyca

Według autorów najnowszego raportu „Cukier, otyłość, konsekwencje", przygotowanego przez Departament Analiz NFZ, w 2017 r. zanotowano 4,2 tys. hospitalizacji w związku z tzw. dużą amputacją stopy cukrzycowej. To znaczy, że pacjenci tracą kończyny średnio raz na dwie godziny!

Handel marihuaną

W Internecie kwitnie nielegalny handel medyczną marihuaną w oryginalnych opakowaniach firmy Spectrum Cannabis. Już zyskał miano „niekończących się pudełeczek".

Grzywny za niezaszczepienie dzieci

Naczelny Sąd Administracyjny odrzucił wnioski antyszczepionkowców, którzy zaskarżyli decyzję wojewody o nałożeniu na nich grzywien. Według wcześniejszych wyroków obowiązek poddania dzieci szczepieniom ochronnym ma oparcie w konstytucji.

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

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

Fot. archiwum

Efekt placebo

HANNA ODZIEMSKA
lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

Efekt placebo bywa najlepszym przyjacielem lekarza, szczególnie w chwilach bezsilności terapeutycznej. „Placebo" po łacinie znaczy „będę się podobał", po naszemu „będzie pan zadowolony". Wynalazek genialny, nie wymaga pokonania żmudnych procedur Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, nie ma działań niepożądanych, nie wchodzi w interakcję z NFZ. Oczywiście, ten cudowny lek można zastosować w pewnych warunkach. Przede wszystkim potrzebny jest pacjent – zdrowy hipochondryk, i charyzma serwującego.

Popołudnie w przychodni, do gabinetu wchodzi stały bywalec, pan Kazimierz.

– *Pani doktór, ja się od wczoraj trzęsę* – i, faktycznie, trzęsie się. – *Może by pani doktór wezwała karetkę, żeby mnie zabrali do szpitala.*

Zachowuję lodowaty spokój, chociaż pan Kazio jest dziś 45. pacjentem, którego przyjmuję, i jadę już na rezerwie stoickiego spokoju. Badanie przedmiotowe bez istotnych odchyleń, znakomite ciśnienie tętnicze… Ale się trzęsie, i to spektakularnie. Jedyne narzędzie diagnostyczne o tej porze w przychodni to EKG. Patrzę przez dłuższą chwilę na zapis i, nie dowierzając już sobie samej, robię szybką teletransmisję do zaprzyjaźnionego kardiologa *via* popularny komunikator w smartfonie. Po chwili odbieram telefon.

– *Czego ty chcesz się dopatrzyć w tym EKG?* – śmieje się Krzysztof. – *Jest zupełnie prawidłowe.*

Opowiadam, z czym zgłosił się pan Kazimierz.

– *Daj mu hydroksyzynę i za pół godziny mu przejdzie* – radzi kolega.

Hydroksyzyna nie działa. Za to działa konsylium: ja, pielęgniarka z zabiegowego i zdalnie kolega Krzysztof. Sytuacja kliniczna wygląda tak: pan Kazimierz ma wyraźne drżenie, kiedy o tym mówi. Za tydzień ma operację ortopedyczną, sam przyznaje, że „może to nerwy". Kiedy prosi o recepty na stałe leki, drżenie ustępuje jak ręką odjął. Neguje wszelkie bóle i inne niepokojące objawy. Na moje polecenie pielęgniarka jeszcze mierzy mu temperaturę ciała. Jest 37,3 st. C. Z uwagi na płeć pacjenta w grę wchodzi jedynie paracetamol albo szpital.

Paracetamol nie działa. Konsylium wobec swojej indolencji podejmuje desperacką decyzję – pacjent otrzyma doustnie preparaty potasu i magnezu. Tuż obok przychodni, w tym samym budynku, mamy aptekę. Wystawiam receptę w składzie: znany preparat potasu w niebieskich kapsułkach i znany preparat magnezu z witaminą B6, całość za kwotę niespełna 50 zł. Pan Kazio znika na chwilę, po czym wraca z lekami. Przyjmuje leki: dwie tabletki i dwie kapsułki, zgodnie z moim zaleceniem. Czekamy. To znaczy pacjent czeka w gabinecie zabiegowym, ja przyjmuję kolejnych pacjentów. Po pewnym czasie ponownie siada przede mną. Uśmiechnięty, spokojny. Ani śladu drżenia.

– *Dziękuję pani doktór, dopiero te ostatnie dwa leki pomogły, już się nie trzęsę. Ale pani magister w aptece powiedziała, że to są leki z górnej półki* – w głosie pana Kazimierza słychać dumę i pełną satysfakcję. Pan Kazio, nie trzęsąc się więcej, zdrowy wsiada na rower i odjeżdża do domu, a ja idę do apteki przekazać wyrazy podziwu dla umiejętności marketingowych pani magister.

Kilka dni później kolejne popołudnie w przychodni. Pielęgniarka wzywa mnie pilnie do gabinetu zabiegowego. Na kozetce siedzi pacjentka. Pobudzona, hiperwentyluje się.

– *Mam ciągłe skurcze, pani doktor, wszystkie mięśnie mi się kurczą*.

Swoją drogą popołudnia w przychodni bywają upojne.

Badanie przedmiotowe, EKG. Tym razem nie angażuję Krzysztofa, jestem dopiero po 37. pacjencie i mój krytyczny osąd jeszcze działa. Wszystko jest w normie.

– *Ale mi się w środku mięśnie kurczą* – mówi pacjentka – *i dlatego na zewnątrz nic nie widać*.

Algorytm hydroksyzynowo-paracetamolowy nie działa. Włączamy algorytm górnej półki. Dorzucamy w pakiecie calcium w syropie. Plus oczywiście charyzmatyczną panią magister z apteki. Po niedługim czasie nasza pacjentka komunikuje nam uszczęśliwiona, że „mięśnie już się nie kurczą". Czas, jaki upłynął od chwili, kiedy przyjęła leki, a także ich farmakokinetyka, nie dają złudzeń, że jest to coś więcej niż efekt placebo. Tak czy

Rys. P. Woźniak

owak, zawsze liczy się wynik, a ten wynik napawa dumą i satysfakcją. Pacjentka wsiada zdrowa do samochodu i odjeżdża do domu.

Każdy z nas ma takich pacjentów – somatyzujących, agrawujących swoje objawy, lękowych. Zajmują naszą uwagę, czas, środki diagnostyczne, bywają zagadką nie do rozwikłania. Może to psychiatra powinien być lekarzem pierwszego kontaktu i dokonywać screeningu? Prawdopodobnie nie uchroniłoby to jednak nikogo z nas przed syndromem popołudnia w przychodni. Zdrowy pacjent z zaburzeniami zachowania pojawi się wszędzie i o każdej porze, tu nie ma profilaktyki. Trafi do poradni, na NPL albo SOR i spędzi nam sen z powiek, ponieważ nie ma stuprocentowych metod natychmiastowej weryfikacji jego subiektywnych objawów. Będziemy go diagnozować wielokierunkowo i nierzadko kosztochłonnie, aż do momentu, kiedy wykluczymy wszystkie zagrożenia i stanie się jasne, że jego problem jest tylko wytworem chwilowej dysfunkcji mózgu. Przecież naszym zadaniem i misją jest raczej wykonać wiele niekoniecznych działań diagnostycznych niż raz nie dopełnić tego jednego koniecznego, które może zdecydować o czyimś życiu i zdrowiu.

Nie zmienia to faktu, że dla tej szczególnej kategorii pacjentów, jaką są nasi ukochani zdrowi hipochondrycy, powinno się dokonać oficjalnej rejestracji tak niezwykle skutecznego środka, jakim jest placebo. Naturalnie ze statusem leku, a nie suplementu. I jakąś wykwintną, zaczerpniętą z wyrafinowanych słowników nazwą handlową. W polskojęzycznej wersji proponuję: „ĄĘ”. Postać farmaceutyczna do wyboru: tabletki, kapsułki i krople doustne, przed użyciem skonsultuj się z lekarzem i farmaceutą. Wszakże jest to lek z aptecznej górnej półki. ■

Fot. archiwum

Rasizm i medycyna

JAROSŁAW KOSIATY

Cold Spring Harbor Laboratory to prywatny ośrodek naukowy non profit, prowadzący badania w dziedzinie onkologii, neurobiologii, genetyki roślin, genomiki i bioinformatyki (z siedzibą w USA). Przez wiele lat kierownikiem placówki był James Watson, amerykański genetyk i biochemik, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny (1962). Światowe media obiegła zaskakująca wiadomość: na początku bieżącego roku CSHL pozbawiło Watsona wszelkich tytułów honorowych.

Kontrowersyjne poglądy

W marcu 1953 r., mając zaledwie 25 lat, James Watson (z Francisem Crickiem, Rosalind Franklin oraz Maurice'em Wilkinsem) opracował model budowy przestrzennej podwójnej helisy DNA. Watson należał do pomysłodawców i został pierwszym kierownikiem programu The Human Genome Project, którego celem było zsekwencjonowanie pełnego genomu człowieka. Ponad 50 lat później, 14 października 2007 r., „The Sunday Times" opublikował wywiad z 79-letnim Watsonem, w którym wyraził on wątpliwości, co do rozwoju Afryki: *„polityka społeczna w tej kwestii opiera się na przekonaniu, że przedstawiciele rasy czarnej dorównują inteligencją przedstawicielom rasy białej. Tymczasem badania pokazują, że jest inaczej".*

Utrata wszystkich tytułów

Po tej wypowiedzi rada CSHL zawiesiła Jamesa Watsona w obowiązkach dyrektora, a Science Museum w Londynie i Uniwersytet Edynburski odwołały jego wykłady. Watson przeprosił wówczas za swoje słowa, jednak później powrócił do dawnych twierdzeń. Dlatego na początku bieżącego roku instytucja, którą kierował przez lata, pozbawiła 91-letniego naukowca wszelkich tytułów honorowych. W oświadczeniu kierownictwa zaznaczono, że placówka *„jednoznacznie odrzuca niepotwierdzone i lekkomyślne, osobiste opinie dr. Jamesa D. Watsona na temat przynależności etnicznej i genetyki".* Stwierdzono, że *„słowa dr. Watsona są karygodne, nie znajdują potwierdzenia w badaniach naukowych".*

Co myślą inni

Po opublikowaniu tej informacji na łamach portalu dla lekarzy Esculap.com otrzymaliśmy wiele listów i komentarzy. Oto jeden z nich: *„Czy stwierdzenie, że najwięcej laureatów Nagrody Nobla jest rasy białej i żółtej, a znikoma liczba czarnej jest faktem statystycznym, czy rasizmem? Czy statystycznie wyższe IQ u rasy żółtej niż u białej i czarnej jest rasizmem? Czy fakt, że rasa czarna nie stworzyła żadnej rozwiniętej cywilizacji do XX w. jest faktem, czy rasizmem? Pan profesor stwierdza oczywiste fakty, ale niezgodne z poprawnością polityczną. Nie ma już na świecie czegoś takiego jak prawda. Została utopiona w szambie polityki, poprawności i lewicowej (komunistycznej) mentalności rządzących. PS. Około 190 Żydów (łącznie jest ich blisko 15 mln) otrzymało Nobla, muzułmanów 4 na 1,5 mld. I co to jest? Rasizm?".*

Mało znane fakty

W odpowiedzi napisałem: Szanowny Panie (...), Pana wpis na temat wkładu różny ras w światową naukę i rozwój naszej cywilizacji w oparciu jedynie o liczbę laureatów Nagrody Nobla mija się niestety z prawdą. Przypomnę kilka faktów historycznych.

Na scenę wchodzą Arabowie

Kiedy na Zachodzie wszelkie próby podważania religijnych dogmatów i prowadzenia badań są surowo karane, palmę pierwszeństwa w rozwoju nauk ścisłych i medycyny przejmują Arabowie. W VII w. podbijają Bliski Wschód, Afrykę Północną i część Półwyspu Iberyjskiego. Są jednak otwarci na nowe idee i wiedzę, a islamscy kalifowie stają się protektorami nauki (gromadzą m.in. greckie manuskrypty i ich syryjskie tłumaczenia, a także pisma sprowadzane z Indii). Uczeni arabscy rozwijają antyczną wiedzę z zakresu astronomii, geografii, matematyki i medycyny, przewyższając szybko starożytnych mistrzów. Oto kilka przykładów z dziedziny medycyny.

Abulcasis (936–1013) – jeden z największych chirurgów muzułmańskich przełomu I i II tysiąclecia. Jest wynalazcą wielu metod operacyjnych, jako pierwszy wykonuje tracheotomię, opisuje ciążę pozamaciczną, raka piersi i zjawisko dziedziczenia hemofilii. Jest autorem pierwszego, bogato ilustrowanego, podręcznika medycyny „Kitab At-Tasrif" (zawierającego m.in. opisy i ryciny ponad 200 narzędzi chirurgicznych!). Dzieło to, przetłumaczone na łacinę w XII w. przez Gerarda z Cremony, jest przez wiele stuleci podstawowym podręcznikiem medycyny i chirurgii, popularniejszym nawet od prac Galena. Abulcasis ma także istotny udział w rozwoju stomatologii – już w 1000 r. szczegółowo opisuje, w jaki sposób należy wykonywać zabiegi replantacji wybitych i przemieszczonych zębów.

Awicenna, właśc. Ibn Sina (980–1037), jest autorem 450 książek, opisuje wąglika i gruźlicę, odkrywa znaczenie higieny i dietetyki. Jego „Kanon medycyny" jest używany jako podręcznik na uczelniach medycznych aż do końca XVIII w. (!).

Warto podkreślić, że w ówczesnym świecie arabskim lekarze kształcą się w świeckich szpitalach, a okres nauki przyszłego medyka obejmuje długie studia i zdawanie odpowiednich egzaminów. Jeden z pierwszych szpitali powstaje już w 706 r. w Damaszku, kolejny w 982 r. w Bagdadzie. Do Europy ideę szpitalnictwa przywożą dopiero wiele lat później krzyżowcy. Do pierwszych europejskich szpitali należą: Szpital św. Bartłomieja (założony w Londynie w 1123 r.), Hôtel Dieu (ufundowany przez Ludwika XII w. Paryżu, 1231) oraz Santa Maria Nuova (Florencja, 1288 r.).

Arabowie mają także wspaniałych astronomów, inżynierów i matematyków. Autorem jednego z największych przełomów w matematyce jest **Muhammad ibn Musa al-Chuwarizmi (780–850)**. Dzięki jego pracom zaczęto stosować na Bliskim Wschodzie pochodzące z Indii dziesiętny system liczenia i pozycyjny system zapisu liczb, które wkrótce dotrą do Europy. Z czasem cyfry arabskie wypierają na naszym kontynencie cyfry rzymskie. Muhammad wprowadza także i wyjaśnia pojęcia zera (którego wcześniej nie znali Rzymianie), ułamków oraz funkcje trygonometryczne sinus i tangens. Ciekawostka: termin algebra pochodzi z tytułu jego dzieła „Al-kitab al-muchtasar fi hisab al-dżabr wa-al-mukabala" („Krótka księga o rachowaniu przez dopełnianie i równoważenie"), a słowo algorytm – od zniekształconej wersji jego przydomka.

Na zakończenie

To zaledwie kilka przykładów olbrzymiego wkładu świata muzułmańskiego w rozwój matematyki i medycyny. W tekście wielokrotnie użyłem cyfr arabskich i tylko sporadycznie – rzymskich. Z ułamkami i pojęciem zera stykamy się wszyscy każdego dnia w różnych okolicznościach (w pracy, domu, sklepie, na konferencjach naukowych). Dlatego jestem bardzo ostrożny w głoszeniu tez o wyższości intelektualnej jednych ras (wyznań) nad innymi. Do czego może prowadzić taka retoryka, przekonaliśmy się już na naszym kontynencie w latach 40. ubiegłego wieku i oby te czasy nigdy nie wróciły...

Anda Rottenberg powiedziała kiedyś: *„Większość ludzi na świecie nie czyta ani książek, ani gazet. Jeśli coś czyta, to raczej ogłoszenia. I to bez zrozumienia. Jesteśmy otoczeni analfabetami, którzy podążają plemiennie za tymi, którzy obiecają im wszystko".* Historyk literatury, eseista prof. Jan Błoński stwierdził zaś: *„W średniowieczu czytało 3 proc. społeczeństwa, dziś czyta 4 proc., a zatem postęp jest wyraźny".* Dlatego bądźmy otwarci na wiedzę – jest dziś dostępna dzięki bibliotekom internetowym dla każdego, na wyciągnięcie ręki. ■

REKLAMA

SPECJALISTYCZNE KURSY DLA LEKARZY - WARSZAWA

BŁĘDY I PROBLEMY W LECZENIU A ROSZCZENIA PACJENTA
Termin: 08.06; Prowadząca: lek. stom. Ewa Jańczak-Biegańska; Cena: 440 zł
• Proces likwidacji szkód w zakresie oc lekarzy • Błąd w sztuce lekarskiej a powikłania • Błędy w prowadzeniu dokumentacji medycznej z tytułu nieznajomości ustaw

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA OD OC LEKARZA DENTYSTY
Termin: 13.06; Prowadzące: Radca prawny Aleksandra Powierża oraz adwokat Karolina Podsiadły-Gęsikowska; Cena: 400 zł
• Kiedy ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania? • Regres ubezpieczeniowy • Porównanie ogólnych warunków ubezpieczenia – jakie ubezpieczenie jest najszersze

PIERWSZA POMOC W GABINECIE LEKARSKIM
Terminy: 17.05; 28.06; Prowadzący: Kwalifikowani Instruktorzy - Ratownicy Medyczni
Cena: 450 zł (termin w tygodniu)
2h teorii - 5h praktyki – grupa max. 8 os. – 7 pkt. edu. – Podręcznik do kursu
UWAGA! Ten kurs możemy zorganizować w Twoim gabinecie!

AKADEMIA ESTETY – MEDYCYNA ESTETYCZNA W STOMATOLOGII
Termin: ustalany indywidualnie
Prowadzący: dr Łukasz Rdzanek
Cena: 1600 zł netto

iDF INTERNATIONAL DENTAL FAIR

DOKUMENTOWANIE PROCESÓW STERYLIZACJI, JAKO OCHRONA PRZED ROSZCZENIAMI PACJENTÓW
Termin: 11.05 Prowadząca: lek. stom. Ewa Jańczak-Biegańska
Cena: 380 zł

ZAKŁADANIE DOSTĘPU DOŻYLNEGO I POBIERANIE KRWI OBWODOWEJ DO BADAŃ – ĆWICZENIA PRAKTYCZNE
Terminy: 18.04; 31.05; 14.06; Prowadzący: Kwalifikowani Instruktorzy - Ratownicy Medyczni
Cena: 400 zł
• Procedura zakładania dostępu dożylnego • Wskazania i przeciwskazania do nakłucia naczynia żylnego • Technika założenia dostępu dożylnego i krwi obwodowej - ćwiczenia
BONUS! Tworzenie kremu z własnymi komórkami macierzystymi.

KONTROLA PODATKOWA W GABINECIE LEKARSKIM
Termin: 08.06; Prowadzący: Doradca podatkowy Joanna Bany; Radca prawny Marcin Kupisiński
Cena: 450 zł
• Ewidencjonowanie sprzedaży oraz przebieg kontroli podatkowej • Odpowiedzialność karno-skarbowa lekarzy

RADIOLOGIA JAKO STANDARDOWA PROCEDURA W DOKUMENTOWANIU ŚWIADCZONYCH USŁUG W STOMATOLOGII
Termin: 01.06; Prowadząca: lek. stom. Ewa Jańczak-Biegańska; Cena: 450 zł
Nowoczesna radiologia w gabinecie stomatologicznym - współpraca lekarza, asysty stomatologicznej oraz technika RTG

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

Fot. R. Natorski

Z wiceprezesem ORL w Warszawie, przewodniczącym Delegatury Radomskiej OIL w Warszawie, Mieczysławem Szatankiem rozmawia Rafał Natorski.

Z myślą o radomskich lekarzach

13 lutego w Radomiu odbyło się wyjazdowe posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Czemu było poświęcone?

Chcieliśmy przybliżyć kolegom z Warszawy warunki pracy w Radomiu, poruszaliśmy też wiele tematów związanych z bieżącą działalnością delegatury. Najbardziej aktualny to kwestia naszej siedziby. Wynajmujemy lokal przy ul. Rwańskiej, ze względu na dobre położenie w centrum miasta jesteśmy zainteresowani jego wykupem, ale pojawiają się problemy związane z obciążeniem hipoteki budynku.

Radomska delegatura posiada jeszcze budynek przy ul. Tetmajera – kupiony niegdyś ze składek lekarzy. Choć jest położony na obrzeżach miasta, ma wiele zalet, gdyż znajduje się na sporej działce. Od kilku lat obiekt jest nieużywany, a jego stan techniczny znacznie się pogorszył. Nie chcemy się go jednak pozbywać. Po pierwsze, ze względu na aktualne ceny rynkowe byłoby to nieopłacalne. Po drugie, wiążemy z tą nieruchomością wiele planów. Podczas posiedzenia Prezydium ORL ustalono, że na razie mamy powołać biegłego rzeczoznawcę, który dokona ekspertyzy wartości budynku i kosztów ewentualnego remontu.

Jak ten obiekt miałby zostać wykorzystany?

Przede wszystkim budynek miałby służyć radomskim lekarzom, np. jako klub i lokalny oddział głównej biblioteki lekarskiej. Chcielibyśmy, żeby stał się miejscem, gdzie lekarze, zwłaszcza młodzi, mogą przyjść, porozmawiać, wymienić się doświadczeniami ze starszymi kolegami, skorzystać z fachowej literatury. Gdyby udało się stworzyć tam salę wykładową, organizowalibyśmy rozmaite spotkania, wykłady i szkolenia. Obiekt mógłby też pełnić funkcję izby pamięci, tworząc zalążek muzeum medycyny radomskiej mającej przecież piękne i bogate tradycje.

Bez wątpienia przeszłość radomskiej medycyny zasługuje na upamiętnienie. A jaka jest jej teraźniejszość?

Chyba taka jak sytuacja medycyny w całej Polsce. Największym problemem naszych placówek służby zdrowia jest niedofinansowanie, permanentna praca na granicy płynności finansowej. A także biurokracja. Kiedyś półki w szpitalnych szafach uginały się pod ciężarem leków, a dziś – rozmaitych dokumentów. Wbrew temu, co się mówi o postępującej elektronizacji, ciągle dochodzą nowe druczki i zaświadczenia. Koszmar.

Pomagacie lekarzom odnaleźć się w tej rzeczywistości?

Najważniejsze są oczywiście wszystkie sprawy dotyczące pracy zawodowej lekarzy, czyli szkolenia i wypełnianie programów specjalizacyjnych, ale również kursy w zakresie wprowadzanych przepisów, chociażby RODO, które w specyficzny sposób ustawia nasze codzienne obowiązki. Zajmujemy stanowisko w ważnych kwestiach, np. dyskusji na temat szczepień, staramy się propagować akcje prowadzone przez OIL, m.in. oplakatowaliśmy radomskie lecznice w ramach kampanii #WspólneŚwięta.

Podejmujecie również rozmaite działania, które mają aktywizować środowisko lekarskie.

Oczywiście, to jeden z priorytetów. W naszych szeregach aktywnie działa komisja lekarzy emerytów, organizująca wiele ciekawych spotkań, zarówno ze specjalistami z dziedziny medycyny, jak i z władzami miasta. Staramy się aktywizować lekarzy przez sport. Organizujemy cieszące się ogromnym powodzeniem mistrzostwa w półmaratonie towarzyszące Półmaratonowi Radomskiego Czerwca '76, czyli imprezie, która co roku gromadzi na starcie setki miłośników biegania z całej Polski i nie tylko. Wiele osób rywalizuje w tradycyjnym turnieju tenisa ziemnego.

Organizujemy różne konferencje naukowe, współpracujemy z innymi samorządami branżowymi, chociażby z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych, która w tym roku przewodniczy Mazowieckiemu Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Już szykujemy się do kwietniowej konferencji poświęconej samorządności w życiu społecznym, która odbędzie się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. ■

Pro Ecclesia et Pontifice

Fot. egw

Prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk, były rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Transplantacyjnej i Wątroby, odebrał w lutym 2019 r. z rąk Jego Eminencji Kardynała Kazimierza Nycza order papieski „Pro Ecclesia et Pontifice" („Dla Kościoła i papieża"). Order został ustanowiony przez papieża Leona XIII w 1888 r. ■ ***egw***

Czy strategia NFZ to naprawi?

Żywienie dojelitowe oraz wentylacja mechaniczna w wielu przypadkach chorób przewlekłych nie wymagają hospitalizacji, pacjent może z nich korzystać w domu. Poradnie żywieniowe przede wszystkim opiekują się pacjentami po udarach mózgu, z innymi chorobami neurologicznymi, a także onkologicznymi.

– *Dobrze przygotowana opieka i zaufanie między personelem medycznym, pacjentem i osobami z najbliższego otoczenia pozwalają na skuteczne leczenie w domu* – twierdzi prof. Janusz Książyk, kierownik Kliniki Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych CZD. – *Dzięki refundacji procedury żywienia dojelitowego w warunkach domowych pacjenci mogą przebywać w otoczeniu rodziny, uczyć się, pracować, mimo ograniczeń wynikających z choroby.*

Korzyść odnosi nie tylko pacjent. Świadczenia w domu znacznie mniej kosztują niż hospitalizacja. Całkowity koszt 30-dniowego żywienia dojelitowego w domu jest o 70–80 proc. niższy niż pobyt pacjenta w szpitalu. Niewątpliwą korzyścią jest również zwolnienie łóżek szpitalnych dla innych chorych, którym hospitalizacja jest niezbędna. A przenoszenie ciężaru opieki zdrowotnej ze szpitala do ambulatoriów i domów jest zalecane przez ekspertów i praktykowane w wielu krajach.

Strategia NFZ przyjęta na lata 2019–2023 także uwzględnia takie założenie – środki finansowe mają być alokowane ze szpitali na opiekę ambulatoryjną i domową. W 2018 r. wydatki NFZ na świadczenia żywienia dojelitowego w domu stanowiły tylko 5 proc. budżetu na świadczenia odrębnie kontraktowane.

Są też inne problemy. W karcie DiLO nie znalazła się procedura żywienia dojelitowego. – *W nowotworach układu pokarmowego konieczność zastosowania tego rodzaju żywienia może dotyczyć nawet 80 proc. chorych* – mówi dr Tomasz Olesiński, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej z Centrum Onkologii. – *Po zakończeniu hospitalizacji lub w przerwach między etapami leczenia pacjenci powinni być płynnie przejmowani przez poradnie żywieniowe, a tymczasem czekają w wielotygodniowych kolejkach.*

Domowe żywienie dojelitowe jest limitowane, w przeciwieństwie do leczenia onkologicznego. Terapia onkologiczna jest kosztowna. Wydajemy miliony na nowoczesne leki, a obniżamy ich skuteczność przez brak przeciwdziałania niedożywieniu. ■

Odra w Ostrołęce

U dwóch pacjentek w ostrołęckim szpitalu wykryto odrę. Matka i jej nowo narodzona córeczka są chore. Matka nie ma historii szczepień, choć urodziła się w roku, w którym mali Polacy byli już objęci szczepieniami (zostały wprowadzone w 1975 r.).

Obliczono, że w szpitalu z chorymi zetknęło się 69 osób. Musiały zostać zaszczepione w ciągu 72 godzin od kontaktu, aby szczepionka była skuteczna. Niestety, dziecka nie można było zaszczepić, ma tylko 3 tygodnie.

Dotąd w Ostrołęce z odrą pojawił się tylko jeden pacjent, z Wyszkowa. W całym województwie mazowieckim odnotowano 18 przypadków odry (do 5.03.2019 r.). ■

Zmiana dyrektora w Sokołowie Podlaskim

Od 1 lutego Zbigniew Deja nie jest już dyrektorem SP ZOZ w Sokołowie Podlaskim. Odwołała go rada powiatu. Był dyrektorem, po wygraniu konkursu, niecały rok, od maja 2018 r. Pełniącą obowiązki dyrektora została Maria Sikorska. ■ ***mkr***

Tydzień Jaskry

Z okazji Światowego Tygodnia Jaskry w Polsce po raz trzeci odbyły się bezpłatne badania w kierunku występowania tej choroby. W poprzednich latach polscy okuliści przebadali ponad 6 tys. pacjentów, 40 proc. z nich skierowano do dalszej diagnostyki. W tym roku badania, bez skierowania i bez kosztów, prowadziło 65 placówek medycznych. Inicjatorem akcji jest Polskie Towarzystwo Okulistyczne z udziałem Polskiego Związku Niewidomych.

– *W Polsce na jaskrę choruje około 1 mln osób. Prawdopodobnie tylko połowa z nich została zdiagnozowana. Jednym z powodów jest bezobjawowy przebieg choroby, m.in. brak bólu. Blisko 70 proc. przypadków wykrywamy zbyt późno* – twierdzi prof. Iwona Grabska-Liberek, kierownik Kliniki Okulistyki CMKP. – *Dlatego tak ważne są badania. Dzięki nim można wykryć chorobę na wczesnym etapie i zapobiec jej nieodwracalnym konsekwencjom, przede wszystkim ślepocie.*

Na zachorowanie bardziej narażone są osoby, u których w rodzinie zdarzały się przypadki jaskry. Do grupy szczególnego ryzyka należą osoby powyżej 35. roku życia cierpiące na cukrzycę, miażdżycę, migrenowe bóle głowy, krótkowzroczność i z niskim ciśnieniem tętniczym. Badania przesiewowe powinny być obligatoryjne. Leczenie jaskry nie ma poprawiać widzenia, jego celem jest zahamowanie postępów choroby. Z terapią wiążą się działania niepożądane, dlatego wielu pacjentów nie stosuje się do zaleceń. W dodatku lasera nie można zastosować we wszystkich rodzajach jaskry, a zabieg chirurgiczny jest bardzo kosztowny. ■

Współczesne wyzwania opieki nad chorym

W ramach obchodów Światowego Dnia Chorego dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego Jarosław Chmielewski zorganizował konferencję poświęconą problemom opieki nad chorymi przewlekle i terminalnie.

Współorganizator spotkania Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta, poświęcił swoje wystąpienie niepożądanym zdarzeniom medycznym. – *Aby skutecznie przeciwdziałać niepożądanym przypadkom w opiece nad chorymi, także chorymi paliatywnie, trzeba je depenalizować* – stwierdził. – *Należy wprowadzić możliwość zgłaszania takich zdarzeń bez konsekwencji dla sprawcy, być może anonimowo. To – wbrew pozorom – będzie poprawiać bezpieczeństwo pacjentów.*

W konferencji licznie wzięli udział duchowni oraz siostry zakonne pracujące z zakładach opieki leczniczej i hospicjach. – *Wiele uwagi poświęcamy więzi opiekunów z pacjentami, ich empatii i życzliwości. To jest naturalne i pożądane* – mówił ks. bp Romuald Kamiński, przewodniczący Zespołu ds. Służby Zdrowia i Chorych Konferencji Episkopatu Polski. – *Pacjent też jest zobligowany do współpracy z opiekunem. W społecznym dyskursie jednak ciągle zbyt mało mówimy o powinnościach każdego z nas w stosunku do swojego zdrowia, aby „nie dorobić się" niesprawności czy chorób będących następstwem nałogów.*

W czasie konferencji przedstawiciel ministra zdrowia udekorował kilkanaście osób odznakami „Za zasługi dla ochrony zdrowia", w tym cztery osoby z rekomendacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: prof. Joannę Szymkiewicz-Dangel, prof. Jolantę Kunikowską, prof. Leszka Królickiego i prof. Konrada Jażdżewskiego. ■

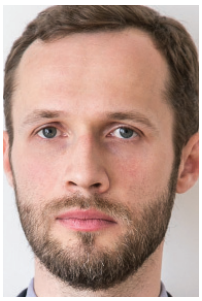
Spotkanie w Kajetanach

W lutym 2019 r. w Kajetanach pod Warszawą odbyło się, po raz pierwszy zorganizowane w Polsce, spotkanie Zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Telemedycyny i e-Zdrowia (International Society for Telemedicine and e-Health), organizacji partnerskiej WHO. Spotkaniu przewodniczył prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr H. Skarżyński, wybrany na wiceprzewodniczącego zarządu towarzystwa. Podczas inauguracji nowej kadencji zarządu ustalono działania priorytetowe na najbliższe lata: realizowanie interkontynentalnych projektów związanych z konsultacjami telemedycznymi, zwiększenie dostępności telemedycyny, wprowadzenie spójnych, uniwersalnych zasad szkoleń i certyfikatów e-zdrowia. ■

Bal dla szpitala w Płońsku

W ostatki w Płońsku odbył się bal charytatywny, z którego dochód przeznaczono m.in. na potrzeby szpitala. Bawiło się 300 osób. Tylko z licytacji zebrano 26 tys. zł. Wysokość pozostałego dochodu będzie podana w późniejszym terminie. Pieniądze zostaną przeznaczone na zakup stołu operacyjnego dla chirurgii płońskiego szpitala oraz na leczenie jednej z mieszkanek miasta cierpiącej na stwardnienie zanikowe boczne.

Paweł Obermeyer, dyrektor szpitala, twierdzi, że w placówce powstały nowe oddziały, nie brakuje lekarzy i realizowany jest projekt badań klinicznych. ■ ***mkr***



Fot. archiwum

Niepoczytalność w prawie karnym

FILIP NIEMCZYK, adwokat

Prawo i medycyna mają wiele wspólnych aspektów. Jednym z najważniejszych jest związek między prawem karnym a psychiatrią, szczególnie w kontekście poczytalności sprawcy czynu zabronionego, a także możliwości zastosowania przymusowego leczenia wobec osób niebezpiecznych.

Pojęcie niepoczytalności zostało jednoznacznie sformułowane w art. 31 §1 kodeksu karnego, zgodnie z którym sprawca czynu zabronionego nie ponosi odpowiedzialności karnej – nie popełnia przestępstwa, gdy nie można mu przypisać winy, gdyż w chwili popełniania czynu nie miał możliwości rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem, a przyczyną była jego choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych. Sprawca taki nie zostaje ukarany za popełniony czyn, ale przepisy pozwalają na zastosowanie wobec niego środków zabezpieczających.

Wbrew częstemu przekonaniu całkowita niepoczytalność sprawcy w momencie popełniania czynu należy do sytuacji rzadkich. Musi być stwierdzona opinią psychiatryczno-psychologiczną, a występuje w przypadku skrajnego nasilenia zaburzeń takich funkcji psychicznych jak świadomość bądź głębokiego zaburzenia czynności poznawczych: spostrzegania (np. złudzenia), myślenia (np. urojenia) lub zaburzenia toku myślenia (np. splątanie). Występują one także w głębokich zaburzeniach emocjonalnych (takich jak skrajny lęk, wściekłość lub przerażenie) oraz w znacznie nasilonych zaburzeniach aktywności i działań ruchowych (np. w przypadku skrajnego pobudzenia ruchowego w schizofrenii). Wśród najczęściej występujących przyczyn wyłączenia poczytalności diagnozuje się: schizofrenię, uporczywe zaburzenia urojeniowe, ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, zaburzenia schizoafektywne, psychotyczne postaci zaburzeń nastroju, zaburzenia psychotyczne na podłożu organicznym, zaburzenia psychotyczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.*

Do środków zabezpieczających, jakie może wykorzystać sąd, należą: przymusowy pobyt w zakładzie psychiatrycznym, terapia, ewentualnie elektroniczna kontrola miejsca pobytu. Środki te mają zasadniczo odmienny charakter i funkcję aniżeli kara. Przede wszystkim sąd nie określa z góry czasu ich stosowania. Ocena zasadności i długości stosowania środków zabezpieczających zależy od postępów terapeutycznych sprawcy oraz ryzyka niebezpieczeństwa z jego strony, a zatem przede wszystkim od opinii i diagnozy psychiatrycznej. Co więcej, jeżeli zachowanie sprawcy po uchyleniu środka zabezpieczającego wskazuje, że zachodzi jednak konieczność jego stosowania, sąd (nie później niż w ciągu trzech lat od uchylenia stosowania środka) może ponownie orzec środek zabezpieczający.

Najdalej idącym środkiem jest przymusowy pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Stosuje się go jedynie wówczas, kiedy inne środki nie są wystarczające dla zapewnienia bezpieczeństwa, a istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca popełni ponownie czyn zabroniony.

Wspomniane środki zabezpieczające stosuje się także wobec innych grup sprawców, którzy jednak mogą równocześnie podlegać karom, w szczególności karze więzienia. Mowa tu sprawcach, u których wystąpiła w chwili popełniania czynu ograniczona poczytalność, to znaczy mieli istotnie ograniczoną zdolność rozpoznawania znaczenia czynu ze względu na zakłócenie funkcji psychicznych, ale nie nastąpiło całkowite jej zniesienie. Nadto środki zabezpieczające stosuje się również w razie skazania za ciężkie przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, a także w razie skazania na karę pozbawienia wolności za niektóre przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy. Wreszcie, środki zabezpieczające stosuje się w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od jakiś substancji. W każdym przypadku potrzeba zastosowania określonego środka oceniana jest przez biegłych psychiatrów oraz psychologów.

Mimo że ustawa karna daje możliwość wyboru różnych środków zabezpieczających, często mówi się w tym kontekście o przypadkach nadużywania detencji w zakładzie psychiatrycznym. Kontrowersje dotyczą jednak przede wszystkim pobytu w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie, gdzie zostały skierowane osoby skazane w latach 80. na kary śmierci, następnie zamienione na kary 25 lat pozbawienia wolności. O ile do formuły tzw. ustawy o bestiach można zgłaszać uzasadnione wątpliwości z punktu widzenia praw człowieka, o tyle stosowanie środków zabezpieczających takich wątpliwości nie wzbudza. Uzasadnione jest jednak postrzeganie terapii uzależnień i elektronicznej kontroli miejsca pobytu jako skutecznej alternatywy bezterminowej terapii zamkniętej. ■

* J. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013.

Fot. archiwum

Analiza przypadków

cz. 2

ALEKSANDRA POWIERŻA – radca prawny
KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat

Wydawać by się mogło, że popełnienie błędu medycznego zawsze łączy się z koniecznością przyznania i wypłacenia odszkodowania. W większości przypadków tak właśnie jest. Ale czy zawsze? Przedstawiamy analizę przypadku, która wydaje się zaprzeczać tej tezie.

W nocy z 20 na 21.05.2009 r. R.L. poczuł silny ból w prawym podbrzuszu. O godz. 5 rano wezwano karetkę pogotowia. Podano leki rozkurczowo-przeciwbólowe, ale z powodu utrzymywania się dolegliwości pacjenta przewieziono na SOR Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w A. Zalecono USG jamy brzusznej i badania laboratoryjne.

Konsultujący chirurg nie stwierdził występowania ostrej chirurgicznej choroby brzusznej wymagającej leczenia chirurgicznego, uznał, że przyczyną bólu jest błąd dietetyczny i zlecił no-spa forte. Pacjent został wypisany do domu, jednak nadal odczuwał dolegliwości bólowe w prawym podbrzuszu.

22.05.2009 r. R.L. zauważył obrzęk i zaczerwienienie prawego jądra oraz podwyższoną temperaturę, wobec czego ponownie zgłosił się na SOR. Lekarzem konsultującym był urolog dr W.B. W wykonanym USG moszny stwierdzono brak przepływu naczyniowego w obrębie jądra i najądrza prawego. Dr W.B. rozpoznał ostre zapalenie najądrza prawego, zalecił antybiotykoterapię oraz leki przeciwbólowe i przeciwzapalne.

Wobec utrzymywania się dolegliwości 23.05.2009 r. pacjent zgłosił się na wizytę do prywatnego gabinetu dr. J.K., który podtrzymał rozpoznanie ostrego zapalenia jądra prawego.

25.05.2009 r. o godzinie 14.00 R.L. po raz kolejny zgłosił się na Oddział Urologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w A. Dyżurny urolog lekarz P.D. zaproponował mu hospitalizację, ale pacjent odmówił.

Następnego dnia R.L. zgłosił się do Kliniki Urologii w B., gdzie rozpoznano skręt jądra prawego, pacjenta poddano zabiegowi operacyjnemu. Śródoperacyjnie potwierdzono skręt jądra, odkręcono je, ale ponieważ stwierdzono zmiany martwicze, zdecydowano o jego usunięciu. Dalszy przebieg leczenia był niepowikłany.

12.11.2009 r. R.L. poddał się zabiegowi wszczepienia protezy jądra.

R.L. złożył pozew do sądu przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w A. i jego ubezpieczycielowi.

Po przeprowadzonym postępowaniu Sąd Okręgowy w A. uznał, że lekarze zatrudnieni w placówce postępowali niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej i nienależycie wypełnili swoje obowiązki wobec pacjenta, co doprowadziło do utraty przez niego jądra. Wobec powyższego zasądzono na rzecz R.L. kwotę 250 tys. zł tytułem zadośćuczynienia.

Wypłaty dokonał ubezpieczyciel szpitala, po czym złożył do ubezpieczyciela dr. W.B. roszczenie regresowe i zażądał zapłaty kwoty zasądzonej przez Sąd Okręgowy. W celu ustalenia, czy postępowanie medyczne lekarza W.B. było prawidłowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną i przeprowadzone z należytą starannością, zasięgnięto opinii lekarza specjalisty z zakresu urologii.

Lekarz orzecznik potwierdził, że dr W.B. podczas udzielania świadczeń medycznych pacjentowi popełnił błąd diagnostyczny w postaci nierozpoznania skrętu jądra. Nie wziął pod uwagę wyniku USG moszny, który jednoznacznie wskazywał podejrzenie skrętu jądra.

Opiniujący wyjaśnił, że ze względu na nietypowe objawy rozpoznanie skrętu jądra podczas pierwszego pobytu pacjenta na SOR, czyli 21.05.2009 r., mogło być tylko dziełem przypadku. Wobec faktu, iż pierwsze objawy bólowe wystąpiły w nocy z 20 na 21.05.2009, stwierdzenie skrętu jądra 22.05.2009 nie pozwoliłoby na zachowanie żywotności jądra, a wykonanie zabiegu rewizji moszny i odkręcenia skrętu w tym dniu nie zapewniłoby zachowania jądra i uniknięcia jego amputacji.

Uważa się bowiem, że po 6, a maksymalnie 12 godzinach od wystąpienia skrętu, w jądrze następują nieodwracalne zmiany, zaś po upływie 24 godzin szanse na jego uratowanie są praktycznie żadne. Orzecznik wyjaśnił, że mimo błędu dr W.B. nie wpłynął na następstwa zdrowotne, rokowania na przyszłość, trwały uszczerbek na zdrowiu i konieczność dalszego leczenia.

Na podstawie tej opinii ubezpieczyciel dr. W.B. nie uznał odpowiedzialności za zdarzenie i odmówił wypłaty świadczenia regresowego ubezpieczycielowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w A.

PYTANIE REDAKCJI:

Z jakiego powodu ubezpieczyciel dr. W.B. odmówił wypłaty świadczenia, skoro stwierdzono winę lekarza zarówno w postępowaniu sądowym, jak i na podstawie opinii lekarskiej wydanej przez lekarza orzecznika?

ODPOWIEDŹ PRAWNIKA REPREZENTUJĄCEGO LEKARZA:

Nie da się ukryć, że postępowanie dr. W.B. nie było prawidłowe. Lekarz bezsprzecznie powinien był wziąć pod uwagę wynik USG moszny. Niemniej jednak zaniechanie to nie przyniosło szkody R.L. Wykonanie zabiegu po więcej niż 24 godzinach od wystąpienia objawów skrętu jądra i tak oznaczałoby konieczność usunięcia jądra. Niezależnie więc od popełnionego błędu diagnostycznego, do szkody by doszło.

Dr W.B. na etapie stawiania błędnej diagnozy nie miał już wpływu na wystąpienie szkody, czyli konieczność amputacji, która zaistniałaby nawet w przypadku prawidłowego działania. Dlatego między zaniedbaniem dr. W.B. a szkodą, którą poniósł R.L, nie ma związku przyczynowo-skutkowego, który jest jedną z niezbędnych przesłanek odpowiedzialności.

PYTANIE REDAKCJI:

Skoro nie można było stwierdzić związku przyczynowego, dlaczego Sąd Okręgowy zasądził świadczenie na rzecz R.L.?

ODPOWIEDŹ PRAWNIKA:

Proszę zwrócić uwagę, że w sprawie sądowej pozwanym nie był dr W.B., ale Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w A. Do tej placówki po wystąpieniu pierwszych objawów udał się R.L. Sąd w sprawie cywilnej oceniał odpowiedzialność całego szpitala, a nie jednego lekarza. Uznać należy całokształt materiału dowodowego, który pozwolił na uznanie odpowiedzialności placówki. Nie musi to być jednak jednoznaczne z odpowiedzialnością konkretnego lekarza, w tym przypadku dr. W.B. ■

PRAWNIK LEKARZA

Podsiadły Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

www.damnum.com.pl

REKLAMA

Fot. archiwum

Dwie strony barykady

cz. 3

PRZEMYSŁAW RAWA-KLOCEK, adwokat

W tym artykule omówiona zostanie kwestia naruszenia dóbr osobistych lekarzy za pośrednictwem forów internetowych, które w dzisiejszych czasach stały się punktem odniesienia dla pacjentów w zakresie wyboru lekarza specjalisty i oceny pracy świadczonej przez medyków. Najczęstszym naruszeniem, z jakim spotykają się na co dzień lekarze, jest naruszenie czci. Lekarzowi przysługują środki ochrony prawnej, które zmierzają do zaniechania naruszeń, a przede wszystkim do odzyskania bezprawnie utraconej dobrej reputacji.

W Internecie pojawia się coraz więcej stron, na których umieszczane są wpisy dotyczące pracy wykonywanej przez lekarzy, oraz miejsc, gdzie każdy pacjent może umieścić komentarz razem z oceną wizyty. Jeżeli ocena jest zgodna z prawdą i nie narusza dobrego imienia lekarza, wpisy takie nie stanowią problemu. Niemniej jednak pacjenci coraz częściej umieszczają komentarze pomawiające i godzące w dobre imię lekarzy. Skutkiem jest zazwyczaj utrata zaufania pacjentów lub publiczne podważenie kompetencji osób wykonujących zawody medyczne. Przykładem może być publiczne obwinianie lekarza o błędną diagnozę lub brak diagnozy, opisywanie zachowania lekarza jako nieprzychylnego dla pacjentów, stosowanie negatywnie nacechowanych słów i wyrażeń. Pamiętać należy, że nikt nie ma prawa do publicznego znieważania i zniesławiania, a w szczególności stosowania tego typu zabiegów w stosunku do osób wykonujących zawody zaufania publicznego.

Kto jest odpowiedzialny za naruszenia dóbr osobistych w sieci?

Przede wszystkim trzeba odpowiedzieć na pytanie, kto ponosi odpowiedzialność za negatywne wpisy i komentarze w sieci? Oczywiście autor tekstu. Problem powstaje w przypadku, gdy wpis jest umieszczony przez anonimowego użytkownika, wobec czego ustalenie jego tożsamości i pociągnięcie go do odpowiedzialności na pierwszy rzut oka wydaje się niemożliwe. Jeżeli natomiast autor tekstu jest znany i nie ma problemu z jego identyfikacją, pierwszym krokiem, jaki należy podjąć, jest wezwanie do zaniechania naruszeń dóbr osobistych i naprawienia szkody powstałej w ich wyniku. A jeżeli wpis był anonimowy? W takiej sytuacji trzeba przede wszystkim pamiętać, że odpowiedzialności za wpisy nie ponosi jedynie autor tekstu. Odpowiedzialność subsydiarna przypisana jest w świetle prawa podmiotowi prowadzącemu strony lub fora internetowe. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku trzeba niezwłocznie podjąć kroki prawne w postaci wezwania do usunięcia treści niepożądanych, zaniechania naruszeń oraz żądać naprawienia szkody powstałej w wyniku zamieszczonego wpisu. Podstawą prawną wezwania będzie art. 24 kodeksu cywilnego (DzU z 2018 r., poz. 1025) oraz art. 14 ust. 1 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną (DzU z 2017 r., poz. 1219), który stanowi, że „*Nie ponosi odpowiedzialności za przechowywane dane ten, kto udostępniając zasoby systemu teleinformatycznego w celu przechowywania danych przez usługobiorcę, nie wie o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności, a w razie otrzymania urzędowego zawiadomienia lub uzyskania wiarygodnej wiadomości o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności niezwłocznie uniemożliwi dostęp do tych danych*”. Z tego wynika, że podmiot prowadzący fora internetowe ponosi odpowiedzialność za dane przechowywane na danej stronie, z tym, że ustawodawca uzależnił przedmiotową odpowiedzialność od otrzymania przez niego urzędowego zawiadomienia lub uzyskania wiarygodnej informacji o bezprawnym charakterze danych.

Kluczową kwestią jest więc posiadanie dowodu (np. wydruku ze strony czy forum internetowego, gdzie znajduje się niepożądany wpis), który będziemy mogli załączyć do wezwania. W przypadku bezskuteczności wezwania kolejnym krokiem jest wytoczenie powództwa w oparciu o art. 24 kodeksu cywilnego, który stanowi, że ten, czyje dobro zostało zagrożone cudzym działaniem, ma prawo żądać usunięcia skutków takiego zagrożenia. Powództwo można wytoczyć w dwóch przypadkach. Po pierwsze, gdy po otrzymaniu wezwania autor testu bądź inna osoba odpowiedzialna za jego treść nie usunie wpisu i ewentualnych skutków jego umieszczenia, tj. nie zastosuje się do skierowanego przez nas wezwania, a po drugie w przypadku, gdy ustalenie osoby odpowiedzialnej będzie utrudnione. Bardzo istotna jest również kwestia usunięcia skutków dokonanych naruszeń dóbr osobistych. W związku z naruszeniem możemy m.in. żądać wystosowania przez osobę odpowiedzialną publicznego oświadczenia o określonej treści, które będzie miało na celu sprostowanie nieprawdziwych informacji, a tym samym pomoże w odzyskaniu utraconej reputacji.

W przypadku dokonanych już naruszeń za pośrednictwem forów internetowych lekarzowi przysługują takie środki ochrony prawnej jak zadośćuczynienie pieniężne, wpłata określonej kwoty na określony cel społeczny lub naprawienie powstałej szkody na zasadach ogólnych, co dokładniej opisane zostanie w następnym artykule. ■

nowe przepisy prawne

Mec. BEATA KOZYRA-ŁUKASIAK

7 lutego 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 31 stycznia 2019 zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 226.

Dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty: epidemiologia, fizyka medyczna, inżynieria medyczna, neurologopedia, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, psychologia kliniczna, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe, mikrobiologia, toksykologia, przemysł farmaceutyczny, radiofarmacja, surdologopedia, psychoseksuologia, embriologia, zostały uzupełnione o psychoterapię dzieci i młodzieży.

9 lutego 2019 r. weszła w życie ustawa z 6 grudnia 2018 o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2019 r., poz. 150.

Zgodnie z przepisem art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Przepisu nie stosuje się, gdy:

1) tak stanowią ustawy;

2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych na podstawie odrębnych ustaw organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;

3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy po poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;

5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;

6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W sytuacji, o której mowa w pkt. 4, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.

Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w pkt. 1–5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia.

Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej nie stosuje się, jeśli jej ujawnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. Sprzeciw dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

W przypadku sporu między osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu spadkodawcy, a jeżeli jego miejsca zwykłego pobytu w Polsce nie da się ustalić – sąd miejsca, w którym znajduje się majątek spadkowy lub jego część (sąd spadku), w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub lekarza.

Lekarz może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia.

W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy lekarskiej, sąd spadku w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta albo dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

W przypadku wystąpienia z wnioskiem sąd bada interes uczestników postępowania, rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem, wolę zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

Zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

W celu realizacji tego prawa osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem jego zdrowia.

Przepisu nie stosuje się, gdy:

1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw,

2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,

3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,

4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Przepisu nie stosuje się również do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

W wymienionych sytuacjach ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W sytuacji, o której mowa w pkt. 3, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.

Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w pkt. 1–3 i postępowania przed komisją wojewódzką, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska.

Osoba bliska oznacza małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia.

Zwolnienia z tajemnicy za zgodą osoby bliskiej nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. Sprzeciw dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

Przed wyrażeniem sprzeciwu pacjent ma prawo uzyskania informacji o skutkach złożenia sprzeciwu.

W przypadku sporu między osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd spadku w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że sprzeciwi się temu inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej zgodę na udostępnienie wyraża sąd spadku w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się udostępnieniu jest osobą bliską.

W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, sąd spadku w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia w sytuacji określonej w ustawie.

13 lutego 2019 r. zostało opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 277, obwieszczenie prezesa Rady Ministrów z 29 stycznia 2019 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne.

14 lutego 2019 r. weszła w życie ustawa z 31 stycznia 2019 o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, opublikowana w DzU z 2019 r., poz. 276.

W okresie od dnia stwierdzenia wygaśnięcia mandatu do dnia wyboru albo powołania rektora **obowiązki rektora pełni osoba wskazana w statucie uczelni**, a w przypadku braku wskazania takiej osoby – najstarszy członek senatu posiadający co najmniej stopień doktora.

20 lutego 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 4 stycznia 2019 w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych, opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 218.

Rozporządzenie określa ramowe programy wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych wykonujących zadania zawodowe samodzielnie lub na zlecenie lekarza, w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest minister obrony narodowej, oraz w jednostkach podległych ministrowi obrony narodowej niebędących podmiotami leczniczymi.

21 lutego 2019 r. zostało opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 340, obwieszczenie ministra infrastruktury z 30 stycznia 2019 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra

infrastruktury i rozwoju w sprawie wymagań zdrowotnych, badań lekarskich i psychologicznych oraz oceny zdolności fizycznej i psychicznej osób ubiegających się o świadectwo maszynisty albo o zachowanie jego ważności.

22 lutego 2019 r. zostało opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 349, obwieszczenie ministra sprawiedliwości z 7 lutego 2019 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra sprawiedliwości w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania, oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów.

22 lutego 2019 r. zostało opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 345, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 1 lutego 2019 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

23 lutego 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 lutego 2019 w sprawie ośrodka administrującego Systemem Informowania o Ciężkich Działaniach Niepożądanych Spowodowanych Stosowaniem Produktów Kosmetycznych, opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 350.

25 lutego 2019 r. zostało opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 357, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 1 lutego 2019 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

6 marca 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 lutego 2019 w sprawie wzoru wniosku o wydanie zgody na wytwarzanie produktu leczniczego terapii zaawansowanej – wyjątku szpitalnego oraz wniosku o zmianę tej zgody, opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 313.

8 marca 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 lutego 2019 zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 333.

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tworzą i prowadzą w formie elektronicznej rejestr świadczeń opieki zdrowotnej.

W rejestrze gromadzone są dane charakteryzujące każde udzielone świadczenie opieki zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie.

Zmiany zostały wprowadzone w załączniku nr 3 do rozporządzenia, zawierającym kody wymagane do oznaczania poszczególnych kategorii – w tabeli określającej kod tytułu uprawnienia dodatkowego, w załączniku nr 11 do rozporządzenia, zawierającym wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia, oraz w załączniku nr 12 do rozporządzenia, zawierającym wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczeń w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez prezesa NFZ.

9 marca 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 31 stycznia 2019 w sprawie programu pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca, opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 353.

Głównym celem programu pilotażowego jest ocena efektywności organizacyjnej i klinicznej modelu kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca. Szczegółowymi celami programu pilotażowego są natomiast: wczesne wykrywanie niewydolności serca i określenie jej etiologii, spowolnienie postępu niewydolności serca, optymalne wykorzystanie zasobów dostępnych w leczeniu szpitalnym w opiece nad osobami z niewydolnością serca przez wdrożenie systemu referencyjności w opiece nad osobami z niewydolnością serca, a także poprawa długości i jakości życia osób z niewydolnością serca oraz ograniczenie liczby zaostrzeń niewydolności serca.

Programem pilotażowym jest objętych nie więcej niż 5 tys. świadczeniobiorców z rozpoznaniem niewydolności serca, w szczególności z:

- nowym rozpoznaniem niewydolności serca w klasie NYHA II-IV,
- rozpoznaniem niewydolności serca w klasie NYHA II-IV oraz NYHA I, jeżeli z powodu niewydolności serca osoby te uzyskiwały świadczenia w okresie ostatnich 6 miesięcy liczonych od dnia, w którym dokonano kwalifikacji do programu pilotażowego, i aktualnie pozostają pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Program pilotażowy jest realizowany zgodnie z następującymi warunkami:

- program pilotażowy obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej świadczone w:
  a) podstawowej opiece zdrowotnej z zapewnieniem porady konsultacyjnej lekarza specjalisty w podmiotach leczniczych,
  b) ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w poradniach działających przy szpitalach (w zależności od potrzeby: porada lekarska wstępna, kompleksowa, kontrol-

na, porada pielęgniarska: telefoniczna, ambulatoryjna, porada psychologiczna, badania diagnostyczne oraz świadczenia z zakresu edukacji zdrowotnej),

c) leczeniu szpitalnym w zakresie I lub II poziomu referencyjnego,

d) rehabilitacji leczniczej, w szczególności rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych i domowych (rehabilitacja hybrydowa),

– dla realizatorów programu pilotażowego świadczących opiekę kardiologiczną w leczeniu szpitalnym ustala się dwa poziomy referencyjne:

a) I poziom referencyjny dotyczy podmiotów leczniczych I lub II poziomu według systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej posiadających szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć oraz możliwość świadczenia opieki jednodniowej,

b) II poziom referencyjny dotyczy podmiotów leczniczych III lub ogólnopolskiego poziomu według systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, realizujących świadczenia wysokospecjalistyczne, posiadających szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć oraz możliwość świadczenia hospitalizacji jednodniowej,

– świadczenia realizowane w programie pilotażowym mogą być udzielane w różnych lokalizacjach,

– warunki realizacji świadczeń, w tym wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, odpowiadają wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach.

Realizatorem programu pilotażowego może być podmiot posiadający umowę z NFZ w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna lub ambulatoryjna opieka specjalistyczna, lub leczenie szpitalne, lub świadczenia wysokospecjalistyczne, lub rehabilitacja lecznicza kardiologiczna, lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, realizowana w ramach ośrodka lub oddziału dziennego, lub stacjonarnie.

Program pilotażowy jest realizowany przez ośrodki koordynujące oraz ośrodki realizujące.

Ośrodek koordynujący ma w swojej strukturze lub zawiera umowę o współpracę z co najmniej jednym ośrodkiem udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w następujących zakresach lub rodzajach świadczeń:

– podstawowa opieka zdrowotna,

– ambulatoryjna opieka specjalistyczna,

– leczenie szpitalne,

– rehabilitacja lecznicza – kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, realizowana w ośrodku lub na oddziale dziennym albo stacjonarnie.

Jeżeli ośrodek koordynujący ma komórki organizacyjne umożliwiające realizację świadczeń opieki zdrowotnej we wszystkich zakresach lub w wymienionych rodzajach świadczeń, może realizować program pilotażowy bez udziału ośrodków realizujących.

Załącznik nr 1 do rozporządzenia zawiera wykaz ośrodków koordynujących.

1 kwietnia 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 lutego 2019 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego, opublikowane w DzU z 2019 r., poz. 237.

Rozporządzenie określa:

– wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego,

– warunki realizacji świadczeń gwarantowanych.

Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego, w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy zapewnia się nieodpłatnie leki i wyroby medyczne.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych udzielanych przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego określa załącznik nr 1 do rozporządzenia, przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego – załącznik nr 2, przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego – załącznik nr 3.

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

Zmiany wprowadzone w **ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:**

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie **skierowania** świadczeniobiorca jest obowiązany **udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia:**

– **klucz dostępu do skierowania**, albo

– **kod dostępu oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,**

W tym przypadku świadczeniodawca dokonuje wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania, a także umożliwia ponowne użycie skierowania, w przypadku skreślenia z listy z powodu określonego w ustawie, przez zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym.

W przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia na podstawie informacji o wystawionym skierowaniu, którą otrzymuje świad-

czeniobiorca. Niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu teleinformatycznego świadczeniodawca dokonuje wpisu na listę oczekujących.

Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć. W przypadku wystąpienia okoliczności, które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, przekazanie świadczeniobiorcy informacji o zmianie terminu udzielenia świadczenia, w przypadku świadczeń, dla których do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało więcej niż 180 dni, może odbywać się raz na 3 miesiące.

W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w wyznaczonym terminie, świadczeniodawca może informować o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczenia wpisanych na tę listę, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale między 7. a 30. dniem od upływu terminu wyznaczonego dla świadczeniobiorcy, który nie stawił się u świadczeniodawcy w celu skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej lub zrezygnował z tego świadczenia, z uwzględnieniem kryteriów medycznych.

W przypadku gdy świadczeniobiorca otrzyma więcej niż jedno skierowanie wystawione w postaci elektronicznej na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej, w celu otrzymania danego świadczenia świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.

Skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo elektronicznej.

Minister zdrowia określi w drodze rozporządzenia wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, mając na uwadze sposób finansowania tych świadczeń oraz z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania (art. 59aa ust. 2 ustawy).

Skierowania określone w przepisach wspomnianego rozporządzenia są wystawiane w postaci papierowej w przypadku:

- **braku dostępu do systemu teleinformatycznego,**
- **skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości,**
- **skierowania wystawianego przez lekarza będącego obywatelem państwa członkowskiego UE, który może czasowo i okazjonalnie wykonywać zawód na terenie RP, albo przez pielęgniarkę i położną posiadającą taki status.**

Numer identyfikujący skierowanie jest nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy. **Skierowania zapisuje się i przechowuje w SIM.** Treść skierowania zapisanego w SIM nie może być zmieniana. Skierowanie wymagające zmiany musi zostać anulowane w SIM przez osobę, która je wystawiła, a zmiana jego treści następuje przez wystawienie nowego skierowania.

W przypadku wspomnianego skierowania świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu zawierającą następujące dane:

- numer składający się z 44 cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny umożliwiający dostęp do skierowania (**klucz dostępu do skierowania),**
- numer składający się z 4 cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, umożliwiający dostęp do skierowania w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy numerem PESEL (**kod dostępu),**
- identyfikator skierowania,
- datę wystawienia skierowania,
- imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
- nazwę usługodawcy oraz jego identyfikator,
- imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie,
- identyfikator pracownika medycznego,
- numer telefonu do świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie,
- typ skierowania,
- informację „przypadek pilny", jeżeli dotyczy,
- oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się świadczeniobiorcę, jeżeli dotyczy,
- wskazane przez osobę wystawiającą skierowanie miejsce jego realizacji, jeżeli dotyczy.

Informacje te świadczeniobiorca otrzymuje:

- pod wskazanym w systemie informacji w ochronie zdrowia **adresem poczty elektronicznej**, jeżeli dotyczy**,**
- pod wskazanym w systemie informacji w ochronie zdrowia **numerem telefonu**, **w postaci wiadomości tekstowej**, zawierającej co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL, jeżeli dotyczy,
- **w postaci wydruku –** w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia danych, o których mowa wyżej, oraz na żądanie świadczeniobiorcy, **albo w innej uzgodnionej postaci** zawierającej co najmniej klucz dostępu do skierowania lub kod dostępu – **w przypadku udzielania świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu wezwania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności** i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku.

Informacja o wystawionym skierowaniu może zawierać fotokody, w tym kody QR (Quick Response Code oznacza dwuwymiarowy odpowiednik zwykłego kodu kreskowego).

Zmiany wprowadzone w **ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia:**

Elektroniczna dokumentacja medyczna to **dokumenty** wytworzone w postaci elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym oferowanym bezpłatnie przez ZUS:

– **recepty** wymienione w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy, który stanowi, że minister zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje elektronicznej dokumentacji medycznej, mając na uwadze konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz stopień przygotowania usługodawców do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej,

– **skierowania wymienione w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Skierowania, o których mowa, mogą być wystawiane w postaci papierowej do 31 grudnia 2020 r.

Zgodnie z przepisem art. 56 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, dokumentacja medyczna określona w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy może być prowadzona w postaci papierowej do 31 grudnia 2018 r., a recepty mogą być wystawiane w postaci papierowej do 31 grudnia 2019 r.

Dane zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a, za pośrednictwem SIM udostępnia się od 1 stycznia 2021 r.

Apteki są obowiązane do zgłoszenia jednostce podległej ministrowi zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, gotowości podłączenia swoich systemów do systemu oraz do podłączenia się do tego systemu, nie później niż do 31 grudnia 2018 r.

Usługodawcy, z wyłączeniem aptek, są obowiązani do zgłoszenia jednostce podległej ministrowi zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, gotowości podłączenia swoich systemów do systemu teleinformatycznego pod nazwą Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych oraz do podłączenia się do tego systemu, nie później niż do 31 grudnia 2019 r.

Zmiany wprowadzone w **ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej:**

W art. 10 ustawy dotyczącym potwierdzenia przez świadczeniobiorcę wyboru świadczeniodawcy przez złożenie deklaracji wyboru, będącej dokumentem w postaci papierowej albo elektronicznej, wnoszonym za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym, **uchylony został ust 2. stanowiący, że dokonanie wyboru może nastąpić za pomocą systemu teleinformatycznego SIM, o którym mowa w art. 10 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.**

Ponadto **uchylony został ust. 6 stanowiący, że deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w module podstawowym SIM, o którym mowa w art. 14 ust. 1 pkt. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.**

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE PULS”: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
REDAKCJA: 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, faks 22-826-01-81, puls@oilwaw.org.pl
REDAKTOR NACZELNA: Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-542-83-57, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl
SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl
PUBLICYSTA: Anetta Chęcińska, tel. 22-542-83-58, a.checinska@oilwaw.org.pl
KOLEGIUM REDAKCYJNE: Jarosław Biliński, Artur Drobniak, Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, Bartłomiej Iwańczyk, Maria Kłosińska, Krzysztof Madej, Piotr Sobiech
WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Filip Niemczyk, Przemysław Rawa-Klocek, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka
SEKRETARIAT REDAKCJI: Iwona Stawicka, tel. 22-542-83-58
ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl
REKLAMA I MARKETING: Renata Klimkowska, tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl
OPRACOWANIE GRAFICZNE: Artmedia Partners, tel. 601-20-14-12 **KOREKTA:** Lidia Sadowska-Szlaga
DRUK: Elanders Polska Sp. z o.o., Płońsk, ul. Mazowiecka 2, tel. 23-662-23-16, elanders@elanders.pl

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

Fot. archiwum

KILKA SŁÓW O NAZWISKACH

Prof. **PIOTR MÜLDNER-NIECKOWSKI**

Przyjęło się w polskiej tradycji językowej i nazewniczej, że imię podajemy przed nazwiskiem i rażąca jest kolejność odwrotna. Dlatego zawsze mówimy i piszemy „Jan Kowalski", a nie „Kowalski Jan". No, prawie zawsze, ponieważ najpierw nazwisko wciąż pisze się w wykazach nazwisk, takich jak skorowidze w książkach, listy w książce telefonicznej, zestawienia urzędowe, a to ze względu na konieczność sortowania i dla ułatwienia wyszukiwania. Oczywiście nic nie stoi na przeszkodzie, aby nawet na sążnistych listach utrzymywać kolejność „imię" + „nazwisko" i sortować odpowiednio, bo odczyt takiego zestawienia wcale nie jest dużo trudniejszy, a komputery też już sobie z tym świetnie dają radę.

Wiele wskazuje na to, że kolejność z imieniem (imionami) przed nazwiskiem jest podyktowana budową terminologizmów, w których składniki występują zawsze w porządku „wyraz określany" + „wyraz określający". W Polsce uwzględnia to nawet system prawny, który przestrzega zasady, że nazwisko można stosunkowo łatwo zmienić, m.in. w czasie zawierania małżeństwa, ale już imienia tak się nie da i w większości wypadków potrzebne byłoby niełatwe do uzyskania postanowienie sądu.

Zatem „wyrazem określanym" w nazwie osoby jest właśnie człon ważniejszy, czyli imię, a nazwisko pozostaje jego dookreśleniem – kolejność musi być taka jak w klasycznym terminie. Jeśli ktoś dla odróżnienia od ludzi nazywających się podobnie używa na co dzień dwojga imion, to obydwa daje przed nazwiskiem. Podobnie dzieje się z przydomkiem, pseudonimem, zawołaniem czy nazwą herbu.

Są języki, w których kolejność jest odwrotna, np. japoński lub węgierski, ale kiedy nazwisko trzeba podać w tekście czysto polskim, zaleca się „kolejność polską".

W czasie ślubu oboje świeżo upieczeni małżonkowie podejmują decyzję co do noszonego od tej chwili nazwiska każdego z nich (mąż i żona mogą się nazwiskami różnić) i panuje tu dość duża swoboda wyboru, ale trzeba pamiętać o granicach tej dowolności. Nazwisko może być jedno- lub dwuczłonowe (imiona w czasie ślubu pozostają nietykalne), mogą to być człony pochodzące z zestawu członów nazwisk małżonków. Kolejność członów w nazwisku podwójnym jest dowolna. Jeśli pod dotychczasowym nazwiskiem dana osoba ma trwałe osiągnięcia, np. dyplom lekarza albo dzieci, warto je zachować jako człon nowego nazwiska. Człony w nazwisku podwójnym oddziela się łącznikiem (dywizem), nigdy spacją ani myślnikiem. ■

http://www.ipj.pl

Fotografie warszawskie

Tadeusz Rolke fotografuje od ponad 70 lat. Jest legendą polskiej fotografii reportażowej i modowej. Ponad 150 zdjęć wybranych z archiwum artysty układa się w wielowątkową opowieść o Warszawie z lat 50. i 60. XX w. Historia zapisana w obrazach przywołuje czasy odbudowy miasta po zniszczeniach wojennych, dokumentuje socrealistyczną rzeczywistość, ale także modę, sztukę, życie towarzyskie. Wystawa „Tadeusz Rolke. Fotografie warszawskie" w Domu Spotkań z Historią będzie otwarta do 9 czerwca.

www.dsh.waw.pl

Młodzi przy fortepianie

W ramach cyklu „Młode talenty" nowe pokolenie polskich pianistów ma okazję prezentowania się publiczności w sali koncertowej Muzeum Fryderyka Chopina w czwartki. Koncerty są zaplanowane do 25 lipca. Najbliższe recitale 4, 11, 18 i 25 kwietnia.

www.pl.chopin.nifc.pl

Viva Moniuszko!

Jaki był twórca „Halki" i „Strasznego dworu"? Z kim utrzymywał kontakty, skąd czerpał inspiracje, dokąd podróżował? Wystawa przygotowana w ramach obchodów Roku Moniuszkowskiego, w 200-lecie urodzin kompozytora, pozwala spojrzeć na niego nie tylko jak na twórcę narodowych, przesiąkniętych romantyzmem i patriotyzmem oper, ale jak na człowieka obdarzonego poczuciem humoru, dyrygenta i pedagoga, dyrektora opery, uczestniczącego w życiu polskiego środowiska intelektualnego połowy XIX w. Galeria Opera, wystawa czynna do 12 maja.

www.teatrwielki.pl

Moda nieborowskich dam

Na wystawie w Muzeum w Nieborowie i Arkadii można oglądać suknie ostatniej nieborowskiej księżnej – Anny z Lubomirskich Radziwiłłowej. Stroje z okresu secesji i dwudziestolecia międzywojennego są kanwą opowieści o modzie tamtych czasów i zmianach, jakim podlegała. Ekspozycja dokumentuje również historię mody w XIX w. Wśród eksponatów znalazły się suknie zrekonstruowane na podstawie pałacowych portretów oraz uszyte z fragmentów zachowanych historycznych tkanin. Wystawę oglądać można do 9 czerwca.

www.nieborow.art.pl

ach

XX-WIECZNA SIŁACZKA

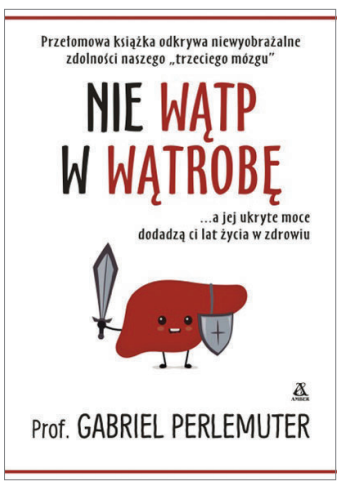
Dzieci dr Ewy Przybyszewskiej: Barbara, Maciej, Tomasz i Wojciech, wydały własnym sumptem niezwykle ciekawy pamiętnik matki „Moja medycyna".

Życie dr Ewy Podgórskiej-Przybyszewskiej (1918–1999) przypadło na prawie cały wiek XX, a więc niełatwe czasy. Ponadto dr Ewa zawsze trafiała w miejsca, gdzie było wyjątkowo niespokojnie, czasami niebezpiecznie. Urodzona w Bydgoszczy, studentka medycyny w Poznaniu, w 1942 r., dzięki odważnej decyzji przejścia przez granicę Generalnej Guberni, znalazła się w Warszawie. Kontynuowała studia medyczne na tajnych uczelniach i wstąpiła do AK (ps. „Ewa"). Brała udział w Powstaniu Warszawskim jako sanitariuszka. Wielokrotnie narażała się na niebezpieczeństwo, ale też znalazła w powstańczych okopach miłość swego życia. Małżeństwo z Wojciechem Czerwionko-Przybyszewskim (ps. „Bem"), zawarte kilka tygodni po klęsce powstania, szczęśliwie przetrwało 50 lat i zaowocowało czworgiem dzieci.

Medycynę skończyła w Krakowie. Ze względu na AK-owską przeszłość (przede wszystkim męża) przeniosła się na tzw. Ziemie Odzyskane. Przez następnych 20 lat dr Ewa pracowała w wielu szpitalach, od Wałbrzycha po Giżycko. Warunki pracy, ciężkie, niekiedy tragiczne, opisała niezwykle plastycznie w swoim pamiętniku. Opisy są tym bardziej wstrząsające, że dr Ewa, jako pediatra, zajmowała się dziećmi często umierającymi w tym czasie na biegunkę, czerwonkę, dur brzuszny. Nie ograniczyła się do spraw czysto medycznych, na kartach pamiętnika można znaleźć spostrzeżenia socjologiczne, opisy różnorodnych i niezwykłych środowisk, które poznawała, będących często zlepkiem ludzi z różnych stron, klas, zawodów, wyrwanych z dawnego świata i przeniesionych w nowe warunki. Ogromna szkoda, że nie kontynuowała opowieści o swoim życiu w następnych latach, zwłaszcza że zawsze żyła czynnie, angażowała się w sprawy społeczne, a po 1990 r. także polityczne.

Wiodła życie pracowite, ale sądząc po serdeczności, z jaką wspomnienia o matce prezentują jej dzieci, kochała nie tylko pacjentów, nie zaniedbywała też swojej rodziny. ■

Małgorzata Skarbek



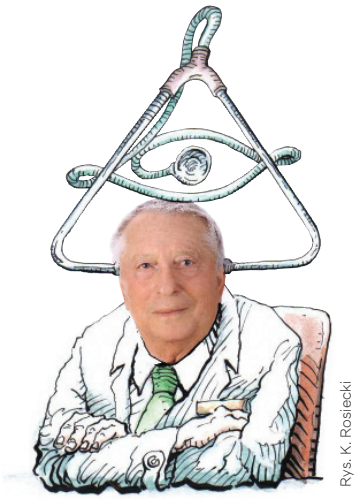
POCZYTAJMY O WĄTROBIE

W dzisiejszych czasach pacjenci zdobywają szeroką wiedzę o chorobach, na które się leczą, z Internetu. Nie są to jednak zazwyczaj informacje rzetelne, ponieważ dr Google nie kończył medycyny na żadnym uniwersytecie i wie tylko tyle, ile podpowiedzą mu postronni ludzie. Częściej jest to niestety sąsiadka Goździkowa niż profesor z wiarygodnym dorobkiem. Byłoby lepiej, gdyby laicy, chcący dowiedzieć się czegoś rozsądnego na temat zdrowia, sięgali do dobrych popularyzujących zasady dbania o zdrowie książek, których autorami są lekarze i znawcy trudnej sztuki leczenia. Można im taką lekturę uczciwie polecić.

Zwracam więc Państwa uwagę na książkę „Nie wątp w wątrobę" prof. Gabriela Perlemutera, który jest znanym francuskim hepatologiem i o tym ważnym narządzie napisał ze znawstwem, ale też z dużym kunsztem popularyzatora wiedzy. Autor nazywa wątrobę „bardzo dyskretną bohaterką", która potrafi odrodzić się jak feniks z popiołów. Jest zarówno fabryką w naszym ciele, jak i narządem, który można porównać ze śmietnikiem. Dziś na stan wątroby ma wpływ wiele czynników środowiskowych, co pacjentom niestety trudno zrozumieć. W gabinecie nie ma czasu na udzielanie korepetycji, więc odesłanie ich do książki Perlemutera jest najlepszym wyjściem. Zwłaszcza że dzięki tłumaczeniu Agnieszki Podolskiej żaden czytelnik nie znudzi się lekturą, w dodatku wyniesie z niej naprawdę mnóstwo cennych informacji przydatnych nawet lekarzom i studentom medycyny. Zatem dodatkowym atutem książki, obecnie nieczęstym, jest umiejętne połączenie stylu i języka, który nie zrazi prostotą fachowców, a jednocześnie nie odstraszy nieobeznanych z medycyną amatorów.

W przeciwieństwie do serca, wokół którego koncentrują się najczęściej rozmowy z lekarzami, wątroba pracuje bezszelestnie i dlatego rzadko o niej pamiętamy. Lecz gdybyśmy musieli stale wsłuchiwać się w jej pracę, szum filtrowanej krwi, łoskot produkcji białek oraz hałas niszczenia toksyn i odkładania zapasów nie dawałby nam spokoju przez okrągłą dobę. O wątrobie warto więc czytać, wiedzieć, jak o nią dbać i czym jej nie szkodzić. Wszystkie rady prof. Perlemutera są również dlatego warte powielenia, że z niczym nie przesadza – wie, kiedy trzeba chorych postraszyć, a kiedy można przymknąć oko na ich nie zawsze higieniczny tryb życia. ■

Paweł Walewski



Rys. K. Rosiecki

„ZAGRAJCIEŻ MI, NIECHAJ COFNIE SIĘ ŚWIAT”

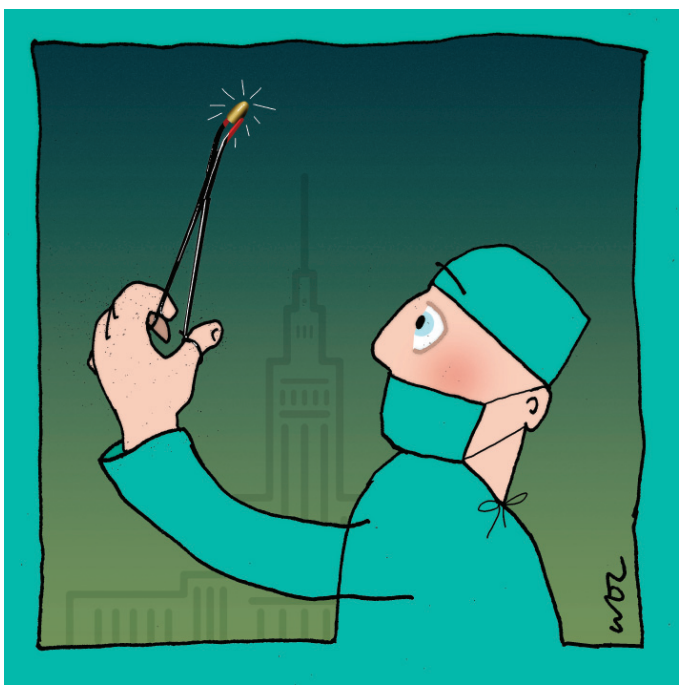
Wszystkie teksty z tego cyklu mają charakter wspomnieniowy i odnoszą się do okresu sprzed 50 lub więcej lat.

Kula na wagę złota

ARTUR DZIAK

Objąłem stanowisko kierownika kliniki ortopedycznej w nowo otwartym Szpitalu Bródnowskim. Przejęcie kliniki po kimś oznacza samą przyjemność, gdyż cały skomplikowany mechanizm działa jak szwajcarski zegarek, przypomina dobrą orkiestrę symfoniczną, która przecież potrafi zagrać i bez dyrygenta. Czym innym jest tworzenie własnej kliniki, z którą natychmiast trzeba wyruszyć na wojnę, czyli wejść w system ostrych dyżurów zabezpieczających miasto i województwo. – *Porwanie się na coś takiego oznaczało, że jesteś jeszcze bardzo młody* – orzekł prof. Gruca. Nic też dziwnego, że nie mając odpowiedniej liczebnie i wyszkolonej kadry, musiałem od początku pełnić właściwie wszystkie dyżury ostre, a to był prawdziwy wyczyn.

Pewnej nocy budzą mnie, bowiem asystenci nie mogą sobie dać rady z wyjęciem jakiejś damie ciała obcego z ręki. Jest nim rewolwerowy pocisk. Na sali operacyjnej okazuje się, że aby wydobyć kulę, trzeba pruć rękę z drugiej strony, gdzie istnieje stłoczenie ważnych struktur anatomicznych. Dlatego asystenci wolą, bym dokonał tego sam.



Rys. P. Woźniak

Usunięcie kuli nie nastręcza większych trudności, więc ranę pooperacyjną pozostawiam asystentom do zdrenowania oraz zaszycia, a kulę zawijam w gaziki i zabieram ze sobą.

Mam jeszcze nieco czasu na sen, ale jeszcze dobrze nie przyłożyłem głowy do poduszki, a już meldują się u mnie dwaj panowie z wywiadu, którzy proszą o wydanie kuli. Nie upływa zbyt wiele czasu, jak mam w gabinecie następnych dwóch i kolejnych, ale ci są z dwóch różnych branż kontrwywiadu. Wszystkich usadawiam, gdzie się da, częstuję kawą i proszę o cierpliwość, gdyż żadną miarą gazika z kulą odnaleźć nie mogę. W miarę upływu czasu, marnowanego na daremne poszukiwania, widzę, że wśród moich gości narasta zdenerwowanie. W końcu jeden wykrzykuje: – *Proszę, niech pan docent odnajdzie tę przeklętą kulę, gdyż od niej zależy nasz los – praca, awanse i tym podobne rzeczy!*

Okazuje się, że pocisk usunąłem z ręki „panienki”, która w momencie strzelaniny popijała z koleżanką z branży kawkę w foyer hotelu Victoria. W pewnym momencie, zanim doszło do niej, że należałoby gdzieś uciekać, poczuła lekkie trzepnięcie w dłoń, w której trzymała podnoszoną do ust filiżankę. Z dalszej opowieści wynikało, że stała się mimowolnym świadkiem jakichś międzynarodowych porachunków wśród Arabów. Szybko odnaleziono porzucony w krzewach pistolet i chodziło o tę przeklętą kulę, która miała dowodzić, że strzelano właśnie z tej broni.

Zakrojone na wielką skalę poszukiwania przyniosły w końcu rezultat. Pocisk odnaleziono w kieszeni spodni, które zmieniałem na bloku operacyjnym. Jak to się stało, do dzisiaj zrozumieć nie mogę, gdyż dobrze pamiętam, że gazik z kulą wkładałem do kieszeni fartucha.

Z czasem dowiedziałem się, że w strzelaninie chodziło o wyrównanie rachunków izraelskiego Mosadu z palestyńskim komandem. Miało to ponoć związek z zamachem terrorystycznym na izraelskich sportowców podczas Igrzysk Olimpijskich w Monachium. ■

Autor jest profesorem doktorem habilitowanym nauk medycznych, specjalistą w dziedzinie ortopedii.

Chór integruje

Fot. K. Bartyzel

Z przedstawicielami chóru Medicantus Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – dyrektorem artystycznym i dyrygentem Beatą Herman oraz prezesem Krzysztofem Moczarskim, rozmawia Anetta Chęcińska.

W 2019 r. Medicantus obchodzi dziesięciolecie. Jakie są tegoroczne plany koncertowe?

Krzysztof Moczarski: Na jubileuszowy koncert, w październiku, przygotowujemy „Magnificat" A. Vivaldiego. W najbliższych miesiącach czeka nas sporo innych wydarzeń artystycznych. 31 marca śpiewamy „Stabat Mater" G.B. Pergolesiego w kościele w Pyrach. To wspólny występ z chórem Medici Cantares Bydgoskiej Izby Lekarskiej i Orkiestrą Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Beata Herman: W maju będziemy koncertowali w Gdańsku. Otrzymaliśmy zaproszenie na X Kongres Polonii Medycznej połączony ze zjazdem chórów lekarskich z całej Polski. Przed wakacjami przygotowujemy muzyczne spotkania integrujące lekarzy, m.in. koncerty piosenek turystycznych i ludowych połączone z karaoke. Przy okazji być może odkryjemy nowe talenty.

Ilu lekarzy śpiewa w chórze?

K.M.: Jest nas około 50 osób. Ponad 60 proc. tej grupy stanowią lekarze i lekarze dentyści. Przedstawiciele innych profesji to żony, mężowie, przyjaciele medyków. Są w naszym gronie osoby z wykształceniem muzycznym. Zdarzają się też miłośnicy śpiewu, którzy dowiedzieli się o naszej działalności z ogłoszenia, śpiewali w innych chórach.

B.H.: Nasz prezes jest również tenorem chóru kameralnego Polskiej Opery Królewskiej.

K.M.: Do zespołu dołączyło w ostatnich miesiącach 12 lekarzy. Sporo. To jednak pociąga za sobą ciągłą konieczność kształcenia nowych chórzystów.

B.H.: Szczególnie trudno o męskie głosy. W naborze nie sprzyjała nam częsta zmiana miejsca prób. W obecnej kadencji samorządu lekarskiego, po okresie tułaczki po wynajmowanych salach, wróciliśmy do siedziby OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 18. Spotykamy się w poniedziałki o godz. 19.00. Zapraszamy chętnych.

Zespół będzie się powiększał?

B.H.: Każdy dyrygent marzy, aby zespół był liczny, a chóry amatorskie cechuje duża zmienność składu. Z dużego chóru można wyłuskać mniejszą grupę do zespołu kameralnego, o brzmieniu zawodowym, przygotowywać zróżnicowany repertuar. Perła polskiej literatury muzycznej, „Magnificat" M. Zieleńskiego, jest napisana na 12 głosów. Z małym zespołem nie da się wykonać tego utworu, jeśli nie składa się z zawodowców. W większym chórze łatwiej o zastępstwa, lepiej idzie praca na próbach. Chcielibyśmy również, aby chór miał stałego akompaniatora, aby poszerzać repertuar, bo muzyka z akompaniamentem jest ciekawsza dla słuchaczy niż *a cappella*.

K.M.: Oczywiście, w przypadku dużego zespołu trzeba się liczyć z większymi kosztami działalności. Zatem ta decyzja nie zależy tylko od nas.

Co sprawia, że lekarzom udaje się łączyć pracę zawodową z działalnością chóralną?

B.H.: Na pewno zamiłowanie do muzyki. Wspólne śpiewanie, skupienie się na utworze pozwala na oderwanie się od problemów zawodowych, osobistych. W chórze pracujemy w zespole, to integruje. Miło, gdy po kilku spotkaniach słyszymy od nowo przybyłych chórzystów: *„Jak dobrze, że jestem z wami".*

K.M.: Poniedziałkowe próby wielu z nas pozwalają dobrze nastroić się na cały tydzień.

B.H.: Zdarza się, że podczas przerw odbywają się również „chóralne" konsylia. Koledzy wymieniają się doświadczeniami klinicznymi, rozwiązują medyczne, zawodowe problemy.

Wspomnieliście państwo o integracji lekarzy. Jak chór włącza się w działalność samorządu lekarskiego?

B.H.: Jesteśmy chórem lekarskim, działamy przy izbie. To naturalne, że uczestniczymy w przedsięwzięciach samorządu i chętnie podejmujemy się inicjatyw na rzecz lekarskiej społeczności.

K.M.: Bierzemy udział np. w kolędowaniu w Domu Lekarza Seniora, w kolędzie lekarskiej w Szpitalu Bielańskim, nie tylko koncertujemy, ale zachęcamy zebranych do wspólnego śpiewania. W kwietniu wystąpimy na Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL w Warszawie. Ubolewamy, że tylko z krótką prezentacją naszego repertuaru, ale niestety zjazd ma swoje prawa.

B.H.: Z myślą o integracji środowiska lekarsko-muzycznego organizujemy w tym roku po raz pierwszy festiwal piosenki dla lekarzy. Tylko w Warszawie jest wielu medyków, którzy mają swoje zespoły, piszą teksty piosenek, komponują. Po przesłuchaniu nadesłanych nagrań zorganizujemy koncert finałowy, najprawdopodobniej po wakacjach, we wrześniu.

K.M.: Szczegóły dotyczące festiwalu ogłosimy już wkrótce.

B.H.: Moją pasją jest dzielenie się muzyką z innymi i zachęcanie do wspólnego śpiewania. Dla słuchaczy mamy w repertuarze dzieła wielkich kompozytorów muzyki poważnej, popularne utwory rozrywkowe, piosenki ludowe, pieśni patriotyczne i tak bliskie Polakom kolędy. Śpiewajcie z nami. ■

Koło Medycyny Komunikacyjnej TLW

zaprasza na zebranie

1 kwietnia 2019 r., o godz. 17.00
w Klubie Lekarza w Warszawie przy ul. Raszyńskiej 54

Wykład: **„Współczesne zagrożenie boreliozą"**
wygłosi prof. Tadeusz Płusa
z Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego.

Przewodnicząca koła
dr Krystyna Podgórska-Baraniecka

Zapraszamy do udziału w XVII Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy

w Klubie Lekarza w Łodzi.

Koleżanki i Kolegów Lekarzy zainteresowanych udziałem w wystawie prosimy o dostarczenie prac do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) **do 13 maja 2019 r.**

Wernisaż odbędzie się **26 maja 2019 r.** o godz. 17.00. Wystawa potrwa do 31 maja.

Informacje: Iwona Szelewa, tel.: 42-683 -17-01, faks: 42-683-13-78, e-mail:biuro@oil.lodz.pl

Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

zaprasza na pielgrzymkę do Meksyku

(w programie odpust w Guadalupe).

Termin wyjazdu: **4–15.12.2019 r.**
Koszt 8500 zł.

Zgłoszenia – Renata Sobolewska,
tel.: 22-542-83-30,
e-mail: r.sobolewska@oilwaw.org.pl

25 lutego 2019 r. odszedł

śp.
dr n. med.

Maciej Czarnecki

członek założyciel
Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji,
honorowy członek
Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji,
wspaniały lekarz i nauczyciel.

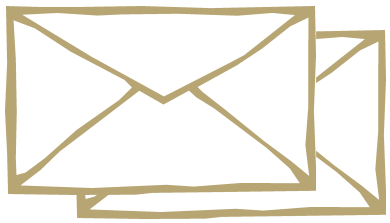
Rodzinie i Bliskim
składają wyrazy współczucia
członkowie zarządu
Oddziału Mazowieckiego PTReh.

Szanowna Pani Redaktor,

gratuluję wyboru autorki felietonów o życiu i pracy lekarzy. Wiele z opisanych sytuacji to doświadczenia zbierane przez każdego z nas. Do tego, jak się okazało, dające moim kolegom i koleżankom powód do rozmów i rozmyślań.

Pozdrawiam **Łukasz Michalczyk**

PS Mam nadzieję, że wersja papierowa „Pulsu" zostanie utrzymana, mówię to z perspektywy rocznika '85.



Szanowna Redakcjo,

piszę do Państwa w związku z zapowiadanymi zmianami w dystrybucji „Pulsu" oraz planowanym skupieniem się na wersji *online*.

Jestem jednym z najbardziej wiernych i skrupulatnych czytelników pisma. Przeczytałam wszystkie numery, od kiedy je otrzymuję. Zabieram czasopismo do plecaka lub torebki, czytam w nielicznych przerwach, które pojawiają się w moim planie dnia, w komunikacji miejskiej, w poczekalni, w chwilach wolnych między wizytami pacjentów. Chciałabym zaprotestować przeciw zmuszaniu mnie do czytania pisma *online*. W obecnej dobie wszechobecnych ekranów i przymusowej informatyzacji życia codziennego dodatkowy czas spędzony przed monitorami, a w wielu przypadkach najprawdopodobniej wyświetlaczami smartfonów, ma głębokie implikacje zdrowotne. W czasach kiedy coraz więcej specjalistów w różnych dziedzinach lekarskich bije na alarm (psychiatrzy, okuliści, neurolodzy, a nawet ortopedzi), aby ograniczać czas ekranowy, Państwo, jako reprezentanci samorządu lekarskiego, postanawiacie iść z „duchem czasów" i zamierzacie ograniczać wersję papierową „Pulsu" na rzecz elektronicznej. Rozumiem, że jest to uzasadnione względami ekonomicznymi i przekonaniem, że w ostatecznym rozrachunku Wasze słowa trafiają do niewielkiej grupy czytelników.

Chciałabym zauważyć, że ciekawa okładka motywuje kolegów po fachu do przejrzenia kilku stron, wersja *online* nie ma takiej możliwości. Mimo że traktuję „Puls" jak ważne okno na świat szeroko pojętej medycyny, to w wersji PDF prawdopodobnie nie będę go otwierać.

Liczę, że wezmą Państwo pod uwagę moje rozważania, a „Puls", jak do tej pory, będzie regularnie trafiał do mnie w wersji tradycyjnej.

Z poważaniem **Magda Kaczor**,
psychiatra dzieci i młodzieży,
ekspert Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem

Gala Przyjaciół Fundacji Pro Seniore

Jak co roku w czasie uroczystości wręczono statuetki *Benevolenti* („Łaskawcy, życzliwemu") przyznawane osobom szczególnie zaangażowanym w życie fundacji i niesienie pomocy osobom potrzebującym. Tym razem uhonorowany został prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik.

Organizatorzy zapewnili doskonałą zabawę i wieczór pełen atrakcji. Gościem honorowym był Marek Gaszyński, dziennikarz muzyczny i autor tekstów piosenek z repertuaru m.in. Czesława Niemena, Haliny Frąckowiak, Budki Suflera, Czerwonych Gitar, Niebiesko-Czarnych i Wojciecha Gąssowskiego. Obecność autora była okazją zaprezentowania tekstu piosenki stworzonej przez niego z myślą o fundacji. Można było też podziwiać wystawę prac malarzy: Pawła Łąckiego, Katarzyny Kobylarz, Anny Sobol oraz artystki tworzącej pod pseudonimem Iga Ori. Odbyła się również licytacja przedmiotów ofiarowanych m.in. przez małżonkę prezydenta RP i przez marszałka Senatu RP. Gratką dla miłośników sztuki była aukcja obrazów malarzy: Bogusława Lustyka, Krzysztofa Jarockiego oraz Pawła Łąckiego. Dr n. med. Janina Elżbieta Białobrzeska-Paluszkiewicz, regularnie wspomagająca Fundację Pro Seniore, przekazała na licytację dwa obrazy swego autorstwa. Goście wzięli też udział w loterii fantowej, w której można było wylosować atrakcyjne nagrody.

Fot. T. Bielski

Dochód z licytacji i loterii (33 660 zł) zostanie przekazany na działalność statutową fundacji. Więcej o gali i sponsorach na stronie fundacji: **www. proseniore.pl** ■ ***as***

Dom Lekarza Seniora

im. dr. Kazimierza Fritza
w Warszawie przy ul. Wołoskiej 139

poszukuje fizjoterapeuty (na 1/2 etatu),
psychiatry (2 x w miesiącu po 2 godz.)
oraz pracowników spoza zawodów medycznych.

Dyrektor DLS Jolanta Czerniak zwraca się także do członków OIL z apelem o pomoc w ramach wolontariatu.

Zrób bezinteresownie coś dobrego dziś z myślą o przyszłości...

Szczegóły na **www.dls.org.pl**
Kontakt: jczerniak@dls.org.pl

Zapraszamy na XII Sympozjum

„Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej”

które odbędzie się **23 maja 2019 r.** w Krakowie i zostanie poświęcone problematyce terapii daremnej.

Sympozjum jest organizowane przez Medycynę Praktyczną i Towarzystwo Internistów Polskich, we współpracy z Polskim Towarzystwem Opieki Duchowej w Medycynie, Polskim Towarzystwem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Komisją Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej, Okręgową Izbą Lekarską w Krakowie oraz Międzywydziałowym Instytutem Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie.

Udział w konferencji jest bezpłatny po wcześniejszej rejestracji.

Uczestnicy otrzymują 6 pkt. edukacyjnych.

Zgłoszenia:

– telefonicznie: 12-293-40-04

– na stronie internetowej: **mp.pl/etyka2019**

– pocztą elektroniczną: etyka@mp.pl

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi

ogłasza

IX OGÓLNOPOLSKI KONKURS LITERACKI

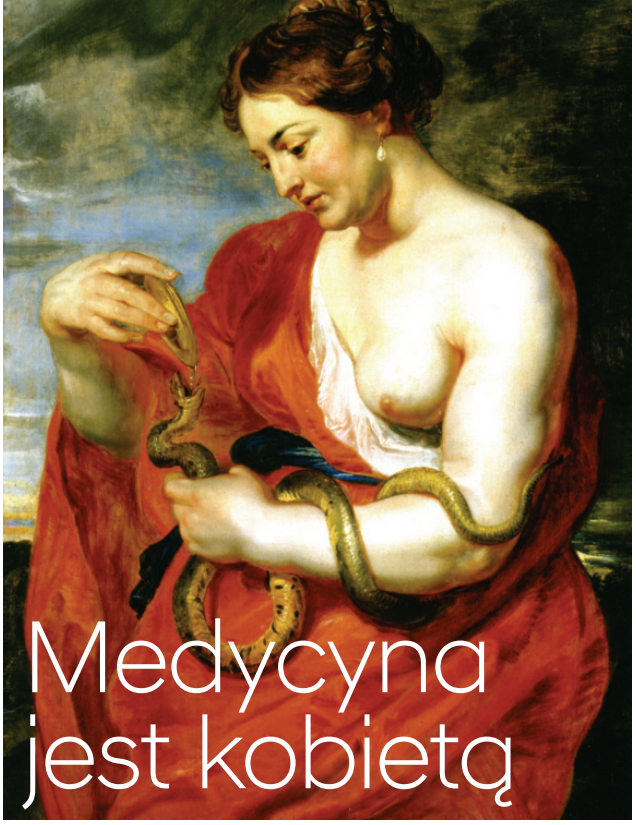
pod hasłem

„Pisać każdy może...”

Organizatorzy serdecznie zapraszają do udziału w konkursie wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów oraz studentów uczelni medycznych, którzy amatorsko zajmują się twórczością poetycką lub prozatorską.

Każdy uczestnik może zgłosić na konkurs trzy wiersze albo utwór prozatorski, nieprzekraczający trzech stron formatu A4 (wydruk z interlinią i marginesami). Teksty – w czterech egzemplarzach, podpisane godłem – należy przesłać najpóźniej do **30 kwietnia 2019 r.** pod adresem: Okręgowa Izba Lekarska, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3 (z dopiskiem na kopercie KONKURS LGN).

Informacje – Iwona Szelewa, tel.: 42-683-17-01.



Medycyna jest kobietą

Początki nie były łatwe. W XIX w. kobiety zaczęły upominać się o swoje prawa, o wyjście z domowych pieleszy. Opór męskiego świata wyrażał się m.in. zakazem wstępu na uniwersytety. A jednak kobiety zaczęły studiować, pierwsze we Francji. Jedną z nich była Maria Skłodowska-Curie, uznawana za uczoną wszech czasów, jedyna kobieta dwukrotnie nagrodzona Noblem. Także na wydziałach medycyny i farmacji pojawiły się kobiety, dziś całkowicie na nich dominują.

Kobietom w medycynie poświęcona jest wspaniała wystawa „Femina et Medicina. Portret Hygiei w tradycji akademickiej Warszawy”, przygotowana przez Muzeum Historii Medycyny WUM i otwarta w Centrum Biblioteczno-Informacyjnym WUM.

Na wystawie prezentowane są reprodukcje zdjęć lekarek, od pierwszych, najodważniejszych, m.in. Anny Tomaszewicz-Dobrskiej, Teresy Ciszkiewiczowej, Justyny Budzińskiej-Tylickiej, przez szeregi lekarek, uczonych, organizatorek ochrony zdrowia, takich jak Marta Erlich i Eleonora Raicher, z okresu międzywojnia i lat powojennych aż po współczesne kobiety, których około tysiąca zatrudnia WUM. Zasiadają we władzach akademickich, uczą, leczą i prowadzą badania. Dwie lekarki: prof. Ewa Radwańska i prof. Ewa Kuligowska, otrzymały tytuł Doktora Honoris Causa uczelni. Na wystawie znalazły się też dokumenty: legitymacje, indeksy, zaświadczenia studentek medycyny, lekarek z minionych lat.

– *Medycyna jest kobietą* – powiedział rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś, otwierając wystawę. – *Tytułowa postać wystawy – Hygieia – w starożytnej Grecji uchodziła za boginię i uosobienie zdrowia, była czczona razem z ojcem Asklepiosem – bogiem sztuki lekarskiej. (...) Od imienia Hygiei pochodzi słowo higiena, a jej wizerunek z atrybutami (misą i wężem) jest symbolem farmacji.*

Obecnie w murach WUM studiuje ponad 7 tys. kobiet, czyli stanowią około 74 proc. studentów. Tę przewagę wystawa znakomicie ilustruje. ■ ***mkr***

Przekaż 1%

FUNDACJA
PRO SENIORE

KRS: 0000250527

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza

Biuro OIL jest czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–16.00
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; NIP 522-00-02-357; tel.: 22-542-83-48; e-mail: biuro@oilwaw.org.pl

Biuro Obsługi Lekarza jest czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.45–15.45, w środę w godz. 8.45–17.45.
W celu zapewnienia profesjonalnej obsługi prosimy o uwzględnienie czasu niezbędnego do załatwienia sprawy w godzinach pracy Biura Obsługi Lekarza.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej: Łukasz Jankowski, tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów: Dariusz Paluszek, tel. 22-542-83-56

Wiceprezesi ORL: Jarosław Biliński, tel. 22-542-83-45; Krzysztof Madej, tel. 22-542-83-46

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej: Mieczysław Szatanek, tel. 48-331-36-62

Sekretariat: tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42, faks 22-542-83-41

Sekretarz ORL: Marta Moczydłowska, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

Zastępca sekretarza ORL: Piotr Pawliszak, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

Skarbnik: Jan Krzysztof Kowalczuk, tel. 22-542-83-85

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej: Ewelina Bobek-Pstrucha, tel. 22-542-83-22, 22-542-83-24, 22-542-83-27

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

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

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

Główna księgowa: Helena Jemioł, tel. 22-542-83-36

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

Kasa: tel. 22-542-83-34
czynna: w poniedziałek i wtorek od godz. 9.00 do 15.30, w środę – od 9.00 do 17.00, w czwartek i piątek – od 9.00 do 15.30 (przerwa codziennie od godz. 13.30 do 14.00)

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

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

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

Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia: tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Stażu Podyplomowego: tel. 22-542-83-32

Komisja Bioetyczna: tel. 22-542-83-12

Komisja ds. Lekarzy Dentystów: tel. 22-542-83-55

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

Rzecznik praw lekarza: tel. 22-542-83-90

Mediator: tel. 22-542-83-90

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy: tel. 22-542-83-90

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

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

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

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

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

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

Komisja Współpracy z Zagranicą: tel. 22-542-83-81

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

Koło Lekarzy Katolików: 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, faks 22-542-83-65, e-mail: odz@oilwaw.org.pl

Marketing i reklama: tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00, e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

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

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

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

CMS
I WRACASZ DO GRY

www.cms.waw.pl
tel.: 22 592 93 05 do 10

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

REZONANS MAGNETYCZNY 3T

CENTRUM MEDYCYNY SPORTOWEJ

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

Warszawa, ul. Wawelska 5

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

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

www.rezonans-magnetyczny.pl www.cms-online.pl tomografiakomputerowa.waw.pl