

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

puls

czerwiec – lipiec 2016 nr 6–7

Ubezpieczenie OC
w składce
na samorząd
[str. 44]

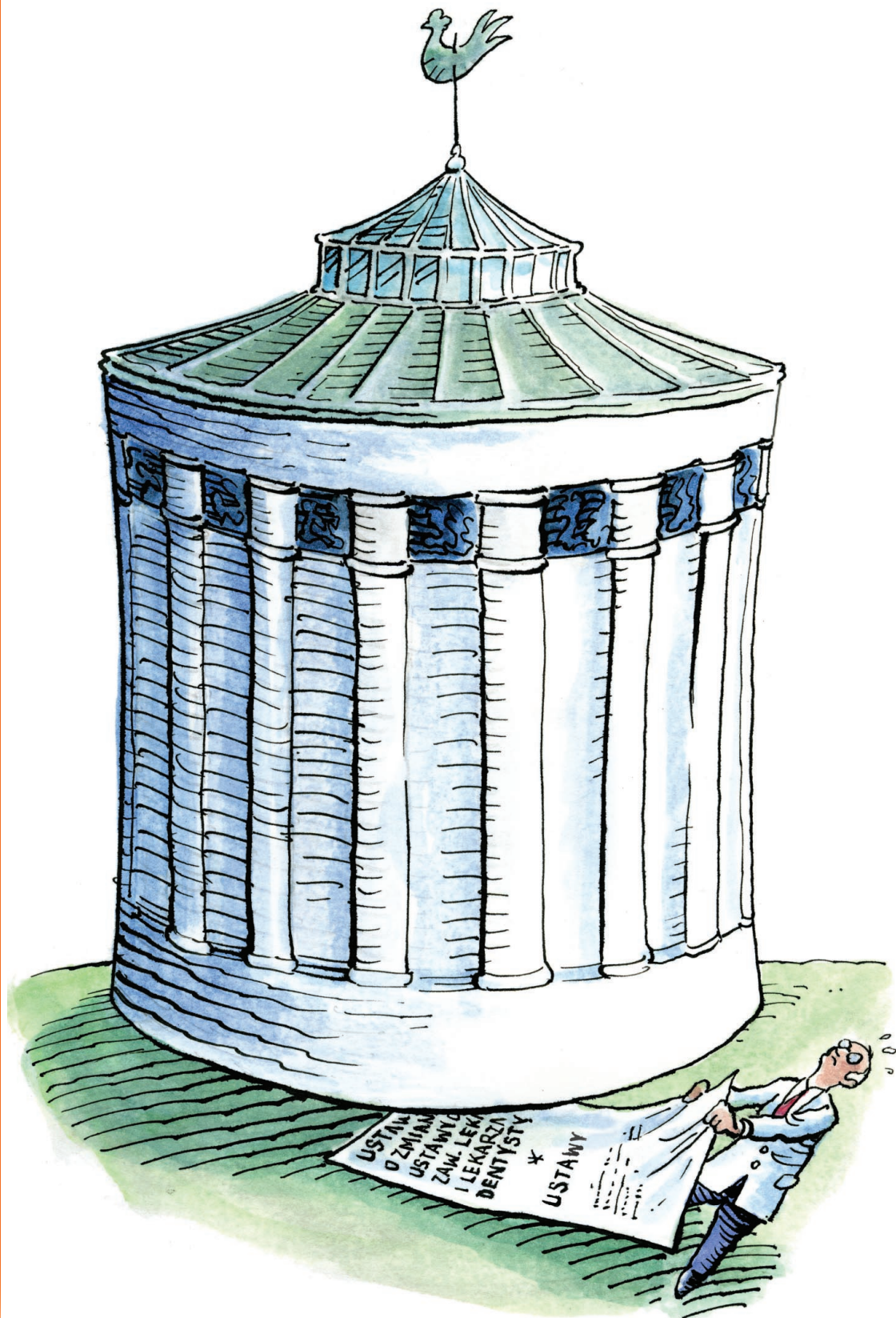
Polonia
medyczna
w Warszawie
[str. 1]

O wycenach
procedur
medycznych
mówi Wojciech
Matuszewicz,
prezes Agencji
Oceny Technologii
Medycznych
i Taryfikacji
[str. 10]

Recepty lekarskie
– pytania
i odpowiedzi
[str. 18]

Realiści
i marzyciele.
Interna potrzebuje
pilnego wsparcia
i natychmiastowych
rozwiązań
[str. 32]

Sagi rodzinne
– Kapuścińscy
[str. 58]





Polonia medyczna spotkała się w Warszawie

To były niezapomniane trzy dni rozmów i towarzyszących im emocji. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, gospodarz spotkania, dołożyła wszelkich starań organizacyjnych, aby uczestnicy IX Kongresu Polonii Medycznej, II Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich zachowali tylko dobre wspomnienia. Do tematów poruszanych podczas Kongresu będziemy jeszcze powracać.



Po polsku o medycynie i polskich lekarzach na świecie



IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016
Lekarzy Polskich / 2-4/06

Patronat Honorowy Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy
Honorowy Patronat Naukowy: prof. dr hab. Jerzy Duszyński, Prezes Polskiej Akademii Nauk

Przez trzy dni (2–4.06.2016 r.) uczestnicy IX Kongresu Polonii Medycznej, II Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich rozmawiali w warszawskim hotelu Marriott o dokonaniach współczesnej medycyny, dyskutowali o problemach organizacji opieki nad chorymi, o jakości i bezpieczeństwie leczenia, komunikacji z pacjentem. Mówili o własnych doświadczeniach z pracy w różnych systemach opieki zdrowotnej, o współpracy z organizacjami polonijnymi i kontaktach zawodowych z Polską, o wymianie informacji i wspólnych przedsięwzięciach. W tym szczególnym spotkaniu lekarskiej społeczności uczestniczyło ponad 800 lekarzy i lekarzy dentyistów o polskich korzeniach, pracujących w różnych częściach świata. Przyjechali z Kanady i USA, z Afryki, z Europy Zachodniej, m.in. z Niemiec, Francji, Skandynawii, a także z krajów zza wschodniej granicy: z Białorusi, Ukrainy, Litwy, Łotwy i z Rosji. Wśród uczestników byli również lekarze pracujący i mieszkający w Polsce. – *Kongres jest wydarzeniem naukowym i towarzyskim, nawiązujemy kontakty, a dzięki wymianie doświadczeń możemy wspólnie podejmować działania* – mówił prof. Marek Rudnicki, prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych. Podkreślił, że ponad 20 tys. polskich lekarzy pracuje poza granicami kraju, a wielu z nich osiąga znakomite sukcesy naukowe i zawodowe w najbardziej konkurencyjnych środowiskach medycznych.

W znakomitej oprawie

Uroczysta inauguracja Kongresu odbyła się w Teatrze Narodowym w Warszawie. Gości powitali organizatorzy i gospodarze spotkania: prof. Marek Rudnicki, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz i wiceprezes Okręgowej Rady

Lekarskiej w Warszawie Romuald Krajewski, zastępujący nieobecnego z powodów zdrowotnych prezesa Andrzeja Sawoniego.

Marszałek Senatu Stanisław Karczewski podkreślił, że Polacy są w każdym zakątku świata i wszędzie spotyka się polskich lekarzy. Mówiąc o roli Senatu w relacjach z Polonią, podziękował samorządowi lekarskiemu za nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów z rodakami z zagranicy. Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł zwrócił uwagę, że obecnie zmienia się charakter emigracji, polscy lekarze swobodnie podróżują, komunikują się, mają możliwości wyboru miejsca pracy, a wielu z tych, którzy mieszkają za granicą, bywa w Polsce bardzo często.

Listy do uczestników Kongresu skierowali prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda, premier Beata Szydło i prezydent m.st. Warszawy Hanna Gronkiewicz-Waltz. Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych za działalność na rzecz Polonii uhonorowała statuetkami prof. Zbigniewa Chłapa, Macieja Hamankiewicza, Piotra Konopkę z Francji, prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego i Krzysztofa Murawskiego z USA. Dzień wcześniej, podczas uroczystości w Senacie, statuetkę otrzymał marszałek Stanisław Karczewski. W części artystycznej przed polonijną publicznością wystąpiły chóry izb lekarskich (w tym Medicantus z OIL w Warszawie), Polska Orkiestra Lekarzy, Orkiestra Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu i Orkiestra Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Fragmenty „Pana Tadeusza” Adama Mickiewicza recytował Andrzej Seweryn. Uroczystości towarzyszyła wystawa prac lekarzy – malarskich i fotograficznych.



Nr 6-7/2016 (254-255)
czerwiec – lipiec 2016

Na okładce:
rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ IX Kongres Polonii Medycznej	1
▶ powiem wprost	3
▶ trzy pytania do...	10
▶ kardiologia	12
▶ Recepty lekarskie...	18
▶ leczmy ból	20
▶ Udział witaminy K2...	22
▶ Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy	24
▶ etyka	26
▶ O odszkodowaniach dotyczących błędów lekarskich	27
▶ Medycyna w 94 kawałkach	28
▶ Dzień otwarty szpitali uniwersyteckich w Paryżu	30
▶ Realiszi i marzyciele	32
▶ Światowy Dzień Gruźlicy	34
▶ Przyjęcie kosmonautów	36
▶ Goniec Medyczny	38, 52
▶ z Mazowsza	39
▶ z Delegatury Radomskiej	40
▶ u nas w samorządzie	42
▶ VII Piknik Integracyjny...	48
▶ Doniesienia naukowe	49
▶ Posłuchać, zobaczyć...	52
▶ warto przeczytać	53
▶ Impresje z pielgrzymki...	55
▶ sport	56
▶ sagi rodzinne	58
▶ ciekawe miejsca	60
▶ nowe przepisy prawne	61
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	16
▷ Walewski	16
▷ Kowal	50
▷ Jankowska	51
▷ Ciepły	54
▷ Müldner-Nieckowski	54



Pomniki

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Mimo że niedawno świętowaliśmy 25-lecie odzyskania pełnej niepodległości Polski, do dziś nie potrafimy do końca rozliczyć się z przeszłością i spuścizną ponad 50 lat panowania rosyjskiego wydania komunizmu. Część tych „pozostałości” minionego systemu tkwi w nas, w naszej mentalności, tym silniej, im dłużej żyliśmy w PRL. Do spadku po tzw. komunie zaliczyć należy również pomniki, które w PRL stawiane były z pompą i często tym, którzy gdyby jeszcze żyli, stanęliby pewnie przed wolnymi sądami wolnej Polski. Z niektórymi pomnikami jest niestety duży kłopot – niełatwo je usunąć lub zlikwidować, jak zrobiono np. z pomnikami Dzierżyńskiego w Warszawie czy Lenina w Nowej Hucie i w Poroninie.

PRL pozostawił także „pomniki” w polskiej ochronie zdrowia. Monumentalne budowle, które wznoszone były m.in. z myślą o agresji na tzw. zgnity Zachód i w razie wojny miały być sanitarnym zapleczem frontu, to też spuścizna minionej epoki. Teraz mamy problem, co z takimi „pomnikami” jak np. Centrum Matki Polki w Łodzi zrobić.

Takim pomnikiem jest też Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Jednostka, jak się dzięki protestom pielęgniarek okazało, zadłużona na ponad 300 mln zł! Politycy różnych opcji, próbując wykorzystać słuszny protest przedstawicieli tej grupy zawodowej, przerzucają się w celach politycznych odpowiedzialnością za obecną sytuację w placówce. CZD leczy dzieci i młodzież do 18. roku życia na najwyższym światowym poziomie, a to kosztuje. Leczy skomplikowane przypadki lub powikłania. Trafiają tu także pacjenci z innych szpitali, które z jednej strony, przekazują dziecko do CZD, ratują mu życie, z drugiej jednak – pozbywają się kłopotu i oszczędzają pieniądze. Leczenie tych pacjentów również kosztuje i to jak!

W CZD kształcą się specjaliści dla całej Polski, studentki i studentów w różnych zawodach medycznych – to są dodatkowe koszty. Każdy (chyba tylko z wyłączeniem kolejnych ministrów zdrowia!), kto ma pojęcie o diagnostyce i leczeniu dzieci, wie, że to działania dużo droższe niż w przypadku dorosłych. Dochodzą koszty sedacji czy wręcz usypiania małych pacjentów do diagnostyki, potrzeba także więcej personelu do opieki nad maluchami.

Od lat wiemy, że pediatria jest przez NFZ niedoszacowana. I co? Swego czasu minister zdrowia – o ironio! – obecnie szef Sejmowej Komisji Zdrowia powołał komisję, która po ponad roku (*sic!*) pracy uznała, że wyceny są prawidłowe. Inna komisja, powołana przez tego samego ministra, stwierdziła, że CZD jest źle zarządzane, że powinny się tym zająć właściwe służby. Minister przed kamerami oznajmił, że jest program naprawczy. Potem na kilka lat zapadła cisza.

Cisza aż do obecnego strajku pielęgniarek, które protestują, bo domagają się podwyżek, bo pracują ponad siły i jest ich za mało przy łóżkach chorych dzieciaków – a to jest, Panie i Panowie Politycy, prawdziwe zagrożenie dla zdrowia i życia dzieci leczonych w CZD!

Jeżeli można w ekspresowym tempie napisać i przyjąć ustawę, która nie służy ani chorym, ani pracownikom placówek zdrowia, ale spełnia oczekiwania polityczne i w praktyce spowoduje ucieczkę prywatnego kapitału z polskich szpitali, to dlaczego nie napisać wreszcie tak potrzebnej ustawy o szpitalach klinicznych i instytutach. Ustawy, której środowisko akademickie oczekuje od lat i która poprawiłaby sytuację ciągle niedofinansowanej „medycyny klinicznej”. Zamiast tego grozi się zamknięciem CZD lub wręcz zamyka się niektóre jego kliniki. Tymczasem należałoby rozmawiać i wyjść naprzeciw w większości słusznym postulatami pielęgniarek.

Władzo, opamiętaj się, nie wszystkie pomniki z minionej epoki należy likwidować! ■

Tu i teraz



Fot. egw

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

Za nami wielkie wydarzenie, na które czekaliśmy i którego Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie była organizatorem i gospodarzem. IX Kongres Polonii Medycznej, II Światowy Zjazd Lekarzy Polskich na długo pozostaną w pamięci. Będziemy wspominali chwile spędzone z koleżankami i kolegami z całego świata, którzy tak licznie odpowiedzieli na zaproszenie i przyjechali do Warszawy, będziemy wracali do rozmów i emocji, które towarzyszyły spotkaniom. Z przyczyn zdrowotnych nie mogłem uczestniczyć w wykładach, nie byłem obecny w kongresowych kuluarach, ale radość z tego wielkiego święta naszego środowiska była i wciąż pozostaje także moim udziałem. Otrzymuję bardzo dużo pozytywnych opinii o Kongresie, o jego organizacji, za które dziękuję. Cieszę się, że wielomiesięczny wysiłek wielu osób przygotowujących Kongres spotkał się z aprobatą naszych gości. Serdeczne podziękowania składam prof. Markowi Rudnickiemu – za okazane zaufanie i powierzenie OIL w Warszawie tego zaszczytnego zadania organizacyjnego. Nowo wybranemu prezesowi Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych Januszowi Kasinie gratuluję i życzę sukcesów w pracy na rzecz Polonii.

Tegoroczny Kongres miał wyjątkowo wysoki poziom naukowy. Wzięło w nim udział wielu wybitnych przedstawicieli nauk medycznych i znakomych lekarzy praktyków. Przyjechali również przedstawiciele medycznej Polonii z krajów Europy Wschodniej. Na ich obecność bardzo liczyliśmy, gdyż od lat staramy się współpracować z organizacjami polonijnymi na wschodzie, inicjować spotkania, organizować szkolenia, przekazywać doświadczenia naszego samorządu lekarskiego.

A doświadczenie z organizacji Kongresu również wykorzystamy. Wkrótce uruchomimy w naszej Izbie ośrodek współpracy z Polonią medyczną, którego zadaniem będzie wymiana informacji, pomoc w kontaktach, koordynacja działań. Jestem przekonany, że to inicjatywa bardzo potrzebna naszym koleżankom i kolegom z Białorusi, Gruzji, Ukrainy, Litwy i Rosji, ale też Polonii z krajów zachodnich. Chcemy, aby Warszawa, dzięki naszemu miejscu na mapie i naszemu doświadczeniu, stała się pomostem ułatwiającym współpracę polonijnym organizacjom medycznym.

Tymczasem wokół nas dają znać o sobie problemy finansowania w systemie ochrony zdrowia. Protest pielęgniarek w Centrum Zdrowia Dziecka, coraz aktywniejszy głos lekarzy rezydentów domagających się podwyżek – to mocne sygnały ostrzegawcze. Wskazują, że po okresie względnego spokoju i przyglądania się działaniom obdarzonej na starcie dużym kredytem zaufania nowej ekipy w Ministerstwie Zdrowia potrzeba, aby podjęła ona skuteczne i szybkie działania naprawcze. I choć w przypadku strajku pielęgniarek samorząd lekarski nie popiera odchodzenia od łóżek pacjentów, gdyż jest to postawa etycznie wątpliwa, należy podkreślać, że personelu pielęgniarskiego jest za mało, a jego żądania płacowe wymagają wysłuchania. Również postulaty młodych lekarzy, finansowe i związane z organizacją kształcenia podyplomowego, nie mogą być pomijane. Bez uporządkowania płac w systemie ochrony zdrowia będzie nam trudno pracować. Znalezienie rozwiązania, a z tym problemem musi zmierzyć się i poradzić sobie minister zdrowia, to gwarancja, że medyczny personel, który jest podstawą systemu, nie będzie szukał pracy za granicą. Kongres Polonii jest świętem, ale musimy dbać o naszą codzienność i bezpieczną pracę tu i teraz. ■

<https://twitter.com/andrzejsawoni> facebook.com/OILWarszawa



Nadzwyczajny
XIII Krajowy
Zjazd Lekarzy
str. 24



Medycyna
w 94 kawałkach
str. 28



Przyjęcie
kosmonautów
str. 36



IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016
Lekarzy Polskich / 2-4 / 06Patronat Honorowy Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy
Honorowy Patronat Naukowy: prof. dr hab. Jerzy Duszyński, Prezes Polskiej Akademii Nauk

Prof. M. Dryjski



Od lewej: prof. prof. R. Krajewski, M. Rudnicki, M. Siemionow, Z. Wszółek, R. Jaeschke

Fotografie z Kongresu: OLL w Warszawie, egw, ach, rk, dh, „Gł”

Medycyna translacyjna

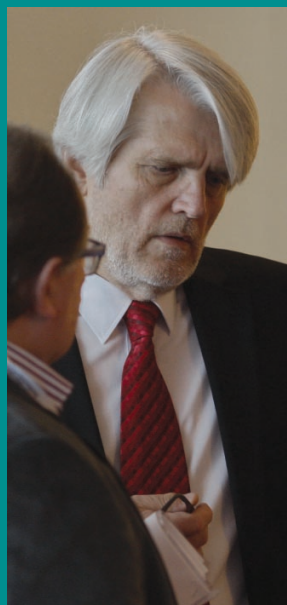
Podczas wieczoru w Teatrze Narodowym wykład inauguracyjny wygłosił gość honorowy Kongresu, prof. Zbigniew Wszółek z Mayo Clinic na Florydzie, neurolog i światowy autorytet w zakresie badań genetycznych, odkrywca genów odpowiedzialnych za rodzinny charakter choroby Parkinsona. Mówił o najnowszych trendach i osiągnięciach naukowych wykorzystywanych w leczeniu, medycynie personalizowanej, translacyjnej i regeneracyjnej, a także o nowoczesnych technikach obrazowania.

– *Tym żyje akademicki świat medycyny* – zaznaczył prof. Rudnicki, zapowiadając już w czasie obrad Kongresu sesję poświęconą medycynie translacyjnej. Sposoby przenoszenia odkryć z laboratorium do praktyki klinicznej zaprezentowali wybitni przedstawiciele nauki i praktyki. Prof. Mieczysław Chorąży, nestor polskiej onkologii, mówił o złożoności zjawiska życia, które jest wyzwaniem dla medycyny w XXI w. Prof. Maria Siemionow z Uniwersytetu Illinois w Chicago, światowej sławy transplantolog, opowiadała o pracy swojego zespołu i słynnym już przeszczepieniu twarzy, ale też krtani, a także o badaniach nad kompozytami tkankowymi wykorzystywanymi w transplantacji. Przedstawiła również próby ograniczania lub zaprzestania podawania leków immunosupresyjnych po transplantacji. – *Przymierzamy się do transplantacji oka, na razie na modelu doświadczalnym* – zapowiedziała prof. Siemionow, podkreślając, że byłaby to rewolucja w transplantologii. O tym, jaka jest droga do odkrycia nowego leku, o pozyskiwaniu funduszy na badania mówił prof. Waldemar Priebe, chemik z Centrum Rakowego MD Anderson Uniwersytetu w Houston w Teksasie, pracujący nad opracowaniem nowych terapii w chorobach nowotworowych mózgu i trzustki. Na przykładzie choroby Parkinsona prof. Zbigniew Wszółek dowodził, że w badaniach genetycznych niezbędna jest współpraca międzynarodowa, a prof. Krzysztof Bankiewicz

z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco mówił o leczeniu celowanym i terapii genowej podawanej wprost do mózgu. Pracujący na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie prof. Wojciech Maksymowicz podkreślał znaczenie innowacyjności dla rozwoju nauki i opowiadał o pracach swojego zespołu.

Jakość i bezpieczeństwo leczenia

Tak brzmiało hasło przewodnie Kongresu. Zapewnienie pacjentom lepszej opieki, minimalizowanie zagrożenia, unikanie błędów medycznych to zagadnienia, z którymi lekarze stykają się niezależnie od miejsca pracy. Prof. Roman Jaeschke z Uniwersytetu McMaster w Hamilton w Kanadzie mówił o wykorzystaniu zasad i danych Evidence Based Medicine w zarządzaniu jakością. Zwracał uwagę, że w tym procesie ważne jest rozumienie istoty EBM, a także właściwa interpretacja wyników, wiarygodność danych i umiejętność ich analizy, a zatem wiedza lekarza. Mówił również o znaczeniu szpitalnych zespołów szybkiego reagowania, których celem jest zapobieganie zgonom pacjentów w przypadku nieswoistych objawów zagrażających życiu. Prof. Maciej Dryjski z Uniwersytetu Buffalo w Nowym Jorku podkreślał potrzebę zaangażowania lekarza w poprawę jakości leczenia. Przekonywał, że ważną rolę pełni tu również administracja, która powinna traktować lekarzy jak partnerów, a nie przeciwników, informować ich o wynikach i kosztach leczenia. – *Jedynie ci, którzy leczą, mogą poprawić leczenie* – twierdził prof. Rudnicki. Na przykładzie programu terapii antybiotykowej, zlecanej pacjentom przed zabiegiem operacyjnym, która przyniosła znaczącą redukcję zakażeń pooperacyjnych w chicagowskim szpitalu, w którym pracuje, przedstawił koncepcję zminimalizowania do zera poważnych błędów medycznych do 2020 r. Za wzór programów jakościowych minimalizujących zagrożenia podał obowiązujące w lotnictwie, energetyce atomowej i łodziach podwodnych.



Tuż po...

W imieniu polonijnych lekarzy i Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych dziękuję za współpracę w zorganizowaniu IX Kongresu Polonii Medycznej, II Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich, który 2–4 czerwca odbył się w Warszawie.

Federacja zrzesza obecnie 20 organizacji i reprezentuje interesy ich członków, o tak różnych problemach i możliwościach, jak różne są warunki życia i pracy w Chicago czy w Berdiańsku – kilkanaście kilometrów od linii frontu wciąż tłącego się konfliktu między Ukrainą a obszarem Doniecka.

Organizowane od 1991 r. Kongresy Polonii Medycznej były początkowo głównie miejscem spotkań polonijnych lekarzy. Z czasem, wraz ze zniknięciem granic i ułatwieniem kontaktów, stały się forum dyskusji między wszystkimi lekarzami polskiego pochodzenia – mieszkającymi w Polsce i tymi, którzy z powodu emigracji lub przesunięcia granic mieszkają poza krajem.

W związku z tym, że czujemy i widzimy obopólne korzyści z powtarzających się zjazdów i naszej bieżącej współpracy, Kongresy stają się nie tylko spotkaniami polonijnych lekarzy, ale coraz bardziej zjazdami wszystkich lekarzy, których łączy polski język i kultura.

Tegoroczne spotkanie było bardzo udane. Byliśmy zaszczytleni patronatem prezydenta Andrzeja Dudy oraz współpracą organizacyjną z prezydent m.st. Warszawy Hanną Gronkiewicz-Waltz. Z uwagą przyjęliśmy wystąpienia wybitnych lekarzy, naukowców i rozumiejących sprawę służby zdrowia: marszałka Senatu Stanisława Karczewskiego i ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła, reprezentującego samorząd lekarski Macieja Hamankiewicza oraz ustępującego prezesa Federacji Marka Rudnickiego, który stworzył koncepcję Kongresu i włożył mnóstwo czasu w jego przygotowanie.

Jeszcze raz dziękuję za współpracę, zrozumienie wspólnej sprawy i wysiłek, jaki wszyscy, na czele z Andrzejem Sawonim i Romualdem Krajewskim, włożyli w zorganizowanie naszego spotkania.

Z koleżeńskimi pozdrowieniami

Janusz Kasina,

prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych

Nowy Zarząd Rady Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych

Janusz Kasina – prezes (Sztokholm)
Kornelia Król – wiceprezes (Chicago)
Maria Syczewska – wiceprezes (Baranowicze)
Bogdan Miłek – wiceprezes (Krefeld)
Adam Cios – skarbnik (Chicago)
Barbara Komarowska – sekretarz (Wilno)
Piotr Konopka – członek Zarządu (Paryż)

Sukces, który służy innym

Zróznicowanie tematów i wysoki poziom merytoryczny zagadnień prezentowanych w kilkunastu sesjach pozwalały każdemu uczestnikowi znaleźć coś interesującego dla siebie – od kwestii klinicznych przez problemy dotyczące kształcenia, relacje biznesowe po pozazawodowe pasje lekarzy. Nie zabrakło

też tematyki związanej z działalnością organizacji polonijnych, ich potrzebami i oczekiwaniami, kierunkami rozwoju – zarówno w krajach zachodnich, jak i w Europie Wschodniej. Szczególnie godne uwagi w wystąpieniach gości Kongresu wydają się podkreślanie zaangażowania polskich lekarzy, którzy odnieśli sukcesy za granicą, w rozwój medycyny w Polsce. Fakt, że dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem oraz oferują młodym lekarzom z Polski możliwości szkolenia we własnych ośrodkach klinicznych, jest wyrazem postawy godnej naśladowania.



Marszałek Senatu S. Karczewski i P. Konopka

też tematyki związanej z działalnością organizacji polonijnych, ich potrzebami i oczekiwaniami, kierunkami rozwoju – zarówno w krajach zachodnich, jak i w Europie Wschodniej. Szczególnie godne uwagi w wystąpieniach gości Kongresu wydają się podkreślanie zaangażowania polskich lekarzy, którzy odnieśli sukcesy za granicą, w rozwój medycyny w Polsce. Fakt, że dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem oraz oferują młodym lekarzom z Polski możliwości szkolenia we własnych ośrodkach klinicznych, jest wyrazem postawy godnej naśladowania.

Zmiana warty

Spiritus movens Kongresu, jak powiedział podczas konferencji prasowej w OIL w Warszawie prof. Romuald Krajewski, był kończący kadencję prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych prof. Marek Rudnicki. Odbierając statuetkę w czasie wieczoru inauguracyjnego, Piotr Konopka życzył prof. Rudnickiemu, aby nigdy nie wyzdrowiał „z choroby”, jaką jest praca społeczna. Pozostaje mieć nadzieję, że w tym przypadku będzie to „dolegliwość” tyleż nieuleczalna, co zaraźliwa. Ostatnim aktem Kongresu było zebranie Rady Federacji i wybory władz. Nowym prezesem został Janusz Kasina ze Szwecji. ■ ach

Opinie uczestników Kongresu Polonii Medycznej



IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2-4 / 06 / 2016

Patronat Honorowy Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy
Honorowy Patronat Naukowy: prof. dr hab. Jerzy Duszyński, Prezes Polskiej Akademii Nauk

Prof. Zbigniew K. Wszolek,
neurolog, Mayo Clinic, USA

Jak pan profesor ocenia Kongres?

Być gościem honorowym na Kongresie to dla mnie ogromny zaszczyt. Uczestniczyłem też w poprzednim spotkaniu, w Krakowie. Każdy z tych Kongresów robi doskonałe wrażenie, jest platformą nawiązywania kontaktów z kolegami po fachu z Polski, ale również z wielu innych krajów. Kongres sprowadza w jedno miejsce ludzi z całego świata, pracujących w różnych systemach, różnych uwarunkowaniach służby zdrowia, na różnych platformach świadczeń medycznych. Lekarzy, którzy mają różne możliwości prowadzenia badań naukowych. Te kontakty są dla nas istotne, mam wielką nadzieję, że Kongresy będą kontynuowane, nawet nie co trzy lata, ale w krótszych odstępach czasu.

Czym różni się praca badacza w USA od polskich doświadczeń?

W Polsce ukończyłem II stopień specjalizacji z neurologii. Gdy przybyłem do Ameryki, zastałem system ochrony zdrowia, który dziś już nie istnieje. Całkowicie zmienił się w ciągu trzydziestu paru lat mojego praktykowania tam. Podobnie zresztą zmienia się polski świat medyczny. Ogromny postęp nastąpił także w dziedzinie techniki medycznej. Gdy wyjeżdżałem z Polski, dostęp do nowej aparatury był trudny na całym świecie. Na rynek wchodziła tomografia komputerowa. Technicznie USA wyprzedziły wtedy Polskę o trzy – cztery lata. Sprawność systemu była tam lepsza. Różnica powiększyła się w latach 70. i 80. Teraz znów się zbliżamy. Z moich obserwacji wynika, że różnica techniczna nie jest wielka, nieco większa jest w dziedzinie badań naukowych. To też się zmienia, ponieważ w kraju są dostępne fundusze, np. duże granty z Unii Europejskiej. Trzeba tylko umieć je zdobyć. Są szansą dla wielu instytucji.

Dobrze byłoby młodych naukowców zachęcać do sięgania po te środki. To sztuka, której trzeba się nauczyć. Wyjeżdżając z Polski, też tego nie umiałem. Wiele lat zabrało mi przyswojenie umiejętności zdobywania funduszy na badania naukowe. Można powiedzieć, że jest to wiedza sama w sobie. Być może do programów nauczania należałoby wprowadzić przedmiot: jak przygotowywać aplikacje projektów, na które chce się uzyskać fundusze. Im większa suma, o którą się staramy, tym bardziej skomplikowana aplikacja.

Maria Bosko (lekarz rodzinny)
i **Galina Łoginowa** (internista), Łotwa

Jesteśmy na Kongresie po raz trzeci, byliśmy w Częstochowie i w Krakowie. To dla mnie spotkanie z polskimi korzeniami. Jestem szczęśliwa, gdy słyszę polską mowę. Wszystko rozumiem, choć nie zawsze potrafię wypowiedzieć się po polsku. Od strony zawodowej taki Kongres także ma ogromne znaczenie. Poznałyśmy wielu wspaniałych lekarzy, dowiedziałyśmy się, jak leczą w innych krajach, w Polsce, jaki jest stosunek do pacjentów.

Nie znam na tyle polskiego systemu ochrony zdrowia, aby powiedzieć, czym się różnimy. U nas, tak jak tutaj, ważną rolę pełni lekarz rodzinny. Ale mamy bardzo niskie finansowanie lecznictwa. Mamy kryzys. Do lekarzy rodzinnych i do specjalistów czeka się w długiej kolejce. Mamy stosunkowo ubogą aparaturę w gabinetach, choć dysponujemy komputerami.

Dr Kornelia Król,
ginekolog położnik, prezes Związku Lekarzy Polskich
w Chicago, USA

Kongresy to doskonała inicjatywa. Jestem już na czwartym. Uważam, że są coraz lepsze z różnych względów. Po pierwsze program naukowy poprawił się na tyle, że mamy teraz doniesienia naukowe na światowym poziomie. Przyjeżdżają reprezentacje naukowców z całego świata: z Europy, Stanów Zjednoczonych, krajów wschodnich, nawet z Afryki. Nawiązanie współpracy z izbami lekarskimi dało nowy impuls naszym spotkaniom. Uczestniczą w nich również przedstawiciele uniwersytetów medycznych, władz administracyjnych. Świadczy to o docenianiu nas w kraju. Mamy wiele do zaoferowania Polsce i Polska nam też.

Czasy, gdy medycyna w Polsce była opóźniona, już minęły. Tutaj, na Kongresie, też się uczymy. Pani doktor z Zambii powiedziała, że wreszcie poznała dorobek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Drugim osiągnięciem jest integracja. Poznałam wiele osób, których prawdopodobnie nigdy nie miałabym okazji spotkać. Nawiązane kontakty później utrzymujemy.

Jewgienij Mikoła Tyszczyk,
psychiatra, Odessa

To dla naukowca ważne i ciekawe spotkania. Ogromne wrażenie zrobiło na mnie otwarcie Kongresu w teatrze, a w jego trakcie wystąpienie chórów. To było piękne. Dzisiaj zwiedzaliśmy jeden ze szpitali warszawskich. Poznaliśmy warunki pracy na oddziale ortopedycznym, a także medycynę sportową. Wiele rozmawialiśmy z lekarzami tego szpitala. Należy do Światowej Federacji Ukraińskich Lekarskich Towarzystw. Idąc śladem Polaków, także zorganizujemy kongres naszych rodaków. Nasze spotkanie, w sierpniu 2016 rozpocznie się w Berlinie, a po dwóch dniach, na dalszą część, przeniesiemy się do Kijowa. Uczestnicy z Ukrainy pojadą do Berlina przez Bratysławę i Pragę, a wracać będziemy przez Warszawę. Chcemy poznać polski system ochrony zdrowia, a także spotkać się z samorządem lekarskim. Mamy przecież dobre kontakty z izbami okręgowymi, w Warszawie, Rzeszowie. ■

Notowała **mkr**



Od lewej: Romuald Krajewski, Raisa Pawlenko, Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, Krzysztof Królikowski

Polska książka medyczna w Kijowie

Dział Polskiej Książki Medycznej w Kijowie to inicjatywa bardzo potrzebna Polonii na Ukrainie. Służy wymianie informacji i poszerzaniu wiedzy o osiągnięciach medycznych w Polsce, ułatwia dostęp do najnowszych polskich wydawnictw naukowych oraz kontakty lekarzy i naukowców polonijnych, a także ukraińskich ze środowiskiem lekarskim w Polsce. Jest świadectwem współpracy polsko-ukraińskiej oraz obecności Polaków i polskojęzycznych obywateli w życiu naukowym Ukrainy. Jest również dowodem ogromnego zaangażowania osób i instytucji po obu stronach polsko-ukraińskiej granicy.

W zbiorach Działu znajdują się przede wszystkim polskojęzyczne książki oraz czasopisma medyczne i z dziedzin pokrewnych, jak również wydania branżowe w języku angielskim. Obecnie to ponad 5 tys. woluminów, z których korzysta przeszło 5 tys. czytelników. Pierwsze egzemplarze pochodziły od osób prywatnych, które przekazały publikacje z własnych kolekcji.

Podczas IX Kongresu Polonii Medycznej odbyła się sesja jubileuszowa z okazji pięciolecia współpracy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy na rzecz utworzenia Centrum Polskiej Książki Medycznej w Kijowie. Kongres, miejsce integracji lekarzy o polskich korzeniach, stanowił dla tego wydarzenia doskonałą oprawę i podkreślał znaczenie takich działań na rzecz środowiska polonijnego.

O kijowskiej Narodowej Naukowej Bibliotece Medycznej Ukrainy w Kijowie opowiadała Tetiana Ostapczenko, zastępca dyrektora tej instytucji, a Irmína Utrata, dyrektor Biblioteki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, mówiła o współpracy obu placówek w zakresie wymiany zbiorów, organizacji wystaw, konferencji, staży zawodowych, wspólnych

publikacji. Prof. Anatol Świąćicki, prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich na Ukrainie, od początku udzielający wsparcia polskiej książce medycznej w Kijowie, przedstawił informacje o udziale polonijnych lekarzy w rozwoju ukraińskiej medycyny.

Uroczystą chwilą było podpisanie umowy między OIL w Warszawie a NNBMU dotyczącej współpracy na rzecz utworzenia Centrum Polskiej Książki Medycznej „Polska Biblioteka Medyczna” w Kijowie oraz realizacji projektów o charakterze naukowym i informacyjnym. Podpisy pod umową złożyli Raisa Pawlenko, dyrektor generalny Biblioteki, i Romuald Krajewski, wiceprezes ORL w Warszawie.

Krzysztof Królikowski, pełnomocnik prezesa ORL w Warszawie ds. polskiej książki medycznej w Kijowie, jeden z pierwszych darczyńców zbiorów i niestrudzony orędownik projektu, powiedział, że „Polska Biblioteka Medyczna” będzie pierwszą polskojęzyczną biblioteką medyczną poza granicami kraju, z księgozbiorem, w którym znajdują się najnowsze polskie wydania. Podkreślił też dbałość o wysoki poziom naukowy oferty bibliotecznej i podziękował wydawnictwom, które angażują się w to przedsięwzięcie.

Na zakończenie odczytano list od Olgi Bohomlec, przewodniczącej Komisji ds. Zdrowia Rady Najwyższej Ukrainy, z podziękowaniem dla prezesa ORL w Warszawie Andrzeja Sawoniego i samorządu lekarskiego za współpracę, która sprzyja wzmocnieniu profesjonalnych związków polskich i ukraińskich lekarzy. Goście z Kijowa przekazali również podziękowania osobom i instytucjom wspierającym bibliotekę ze zbiorami polskiej książki medycznej. W gronie wyróżnionych znalazł się również „Miesięcznik OIL w Warszawie Puls”, a okolicznościowy dyplom odebrała redaktor naczelna Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk. ■

ach



IX Kongres Polonii Medycznej
II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016
Lekarzy Polskich / 2-4 / 06

Patronat Honorowy Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy
Honorowy Patronat Naukowy: prof. dr hab. Jerzy Duszyński, Prezes Polskiej Akademii Nauk

Rodziców, którzy nie szczepią swoich dzieci, nie można potępiać. Najważniejszą, a często jedyną przyczynę ich decyzji stanowi troska o zdrowie dziecka. Problemem jest zalew fałszywych lub sprzecznych informacji (albo niewiedza) dostępnych dla przeciętnego odbiorcy. Lekarze muszą odnaleźć się w tej rzeczywistości, żeby szczepienia ochronne, czyli to, co uważamy za jedną z największych zdobyczy medycyny w zakresie zdrowia publicznego, pozostały skuteczne.

Dyskutowano o tym na sesji poświęconej szczepieniom ochronnym, która odbyła się podczas IX Kongresu Polonii Medycznej. Sesja cieszyła się bardzo dużym zainteresowaniem. Wiedzą i doświadczeniami dzielili się lekarze z Polski, krajów zza naszej wschodniej granicy – Białorusi i Litwy, ze Szwecji oraz Stanów Zjednoczonych i Kanady.

Dwa głosy zza oceanu były szczególnie istotne, gdyż przybliżyły zasadniczy problem – coraz większej, narastającej, liczby rodziców, którzy odmawiają zgody na szczepienia ochronne dzieci. Według prelegentów takich rodziców w Polsce jest przynajmniej 17 tys. (liczba dotyczy ubiegłego roku, ale według raportu Najwyższej Izby Kontroli, opublikowanego w kwietniu 2016, NIZP-PZH może nie dysponować pełnymi danymi, gdyż system przekazywania informacji o odmowach szczepień wymaga poprawy).

Na pytanie „dlaczego rodzice rezygnują ze szczepienia swoich dzieci?” próbował znaleźć odpowiedź dr Andrzej Kajetanowicz z Kanady. Nieufność wobec szczepień może się brać z przesłanek nieracjonalnych, np. mody, zabobonów, medycyny alternatywnej, religii, może mieć jednak również dobrze umocowanie w badaniach naukowych (choć często nierzetelnych), bazować np. na wyrokach wymiaru sprawiedliwości (znane są orzeczenia, które przyznają wysokie odszkodowania ofiarom niepożądanych odczynów poszczepiennych). Trudno więc z góry zakładać, że rodzic odmawiający szczepienia dziecka działa nieracjonalnie.

Dr Kajetanowicz zwrócił uwagę, że nieufność wobec szczepień bywa konsekwencją złych doświadczeń z przeszłości, w której popełniono istotne błędy. I nie chodzi wcale o rzeczywiste zagrożenie dla zdrowia, jakie mogły nieść niektóre szczepionki, ale z zatajania pewnych faktów, np. podejrzeń, że szczepionka przeciw polio (z lat 50. i 60.) może mieć związek z większą zapadalnością na nowotwory. Ta teoria była sprawdzana, ale potajemnie, informacje na temat podejrzeń ukryto w obawie przed paniką. Badania wykazały, że związku nie ma, ale pogłoski zrobiły swoje i zaczął krążyć mit o szkodliwości szczepionki (jednej, a więc może i pozostałych?). – *Ukrywanie faktów sprzyja teoriom spiskowym* – powiedział dr Kajetanowicz.

Jakie inne czynniki powodują niechęć do szczepień? Często uważa się, że przeciwnicy szczepień bagatelizują choroby, przed którymi szczepienia chronią. Dr Kajetanowicz zwrócił uwagę, że może to nie wynikać z bagatelizowania czy braku wyobraźni. Niektórym łatwiej zaakceptować naturalne ryzyko, że dziecko zachoruje, niż ryzyko (choćby było dużo mniejsze), że po szczepieniu nastąpią komplikacje.

Szczepienia, jak mówiło wielu prelegentów, padły ofiarą swojego własnego sukcesu. Eliminując choroby, spowodowały,

Szczepienia dzieci

że ludzie przestali uważać, iż są dobre, konieczne, pożądane. Nie bez znaczenia jest też nieustanny postęp medyczny i fakt, że medycyna „czyni cuda”. Rodzice zaczynają wierzyć, że skoro lekarze już niemal wszystko potrafią, poradzą sobie bez problemu z „banalnymi chorobami wieku dziecięcego”, takimi jak odra, świnka czy ospa wietrzna, nawet jeśli ich dziecko zachoruje. Nikt nie zakłada najgorszego, czyli ciężkich komplikacji, którym nie da się zapobiec i wobec których często lekarze są bezradni.



Jak rozmawiać z rodzicami, by przekonać ich do zaszczepienia dziecka? Dr Marian Ołpiński (na zdjęciu) ze Stanów Zjednoczonych wskazał, że ogromna odpowiedzialność za podważanie sensu szczepień spoczywa na mediach, które wręcz kreują modę na nieszczepienie, choćby nagłaśniając antyszczepionkowe wybory celebrytów czy zapraszając do dyskusji ekspertów oraz przedstawicieli ruchów antyszczepionkowych. Tworzy się przez to wrażenie, że szczepienie nie jest procedurą medyczną, o której powinni się wypowiadać wyłącznie profesjonaliści, ale kwestią wyboru, stylu życia.

Dr Ołpiński zwrócił uwagę, że poza rodzicami, którzy zdecydowanie odmawiają jakichkolwiek szczepień, jest olbrzymia grupa rodziców prezentujących pośrednie postawy: rodzice, którzy odrzucają szczepienia, ale mają wątpliwości co do swojej decyzji, rodzice, którzy chcą szczepić dziecko tylko przeciw niektórym chorobom albo dążą do modyfikacji kalendarza szczepień (opóźniają szczepienia), rodzice, którzy decydują się na szczepienia, ale mają obawy. Ze wszystkimi trzeba rozmawiać, choć na pewno rozmowa ze zdecydowanymi przeciwnikami szczepień jest frustrująca. Lekarz nie powinien jednak „odpuszczać”, godzić się z odmową szczepień. Dlaczego? – *Rodzice kochają swoje dzieci i dążą do podejmowania racjonalnych decyzji* – twierdził dr Ołpiński. Ich sprzeciw wynika często z dezinformacji. Rozmowa z lekarzem musi uwzględniać to, że rodzic przychodzący do gabinetu już „swoje wie”. Przeczytał w Internecie, usłyszał w radiu, telewizji. I się boi.

Lekarzom w rozmowach z rodzicami ma pomóc metoda CASE, opracowana przez dr Alison Springer, przewodniczącą Autism Science Foundation. Opiera się ona na zasadach klasycznej retoryki Arystotelesa. Argumentacja rzeczowa (logos), emocjonalne zaangażowanie (pathos) i autorytet, reputacja (ethos) są równoważne i muszą stanowić jeden przekaz.

Jak to działa? Lekarz podczas rozmowy powinien wyrazić autentyczne zrozumienie dla obaw rodziców (pathos, zaangażowanie emocjonalne), przedstawić im wiarygodne informacje na temat swojego profesjonalizmu, odwołać się do swojej wiedzy medycznej (ethos), powołać się na wiedzę naukową, wyniki badań (logos) i pomóc rodzicom w podjęciu decyzji, zaangażować się (pathos).

Samo przekazanie informacji nie wystarczy. Rodzice czekają na informację emocjonalną, chcą być przekonani, że w sprawie szczepienia swojego dziecka podjęli słuszną decyzję. ■

Małgorzata Solecka

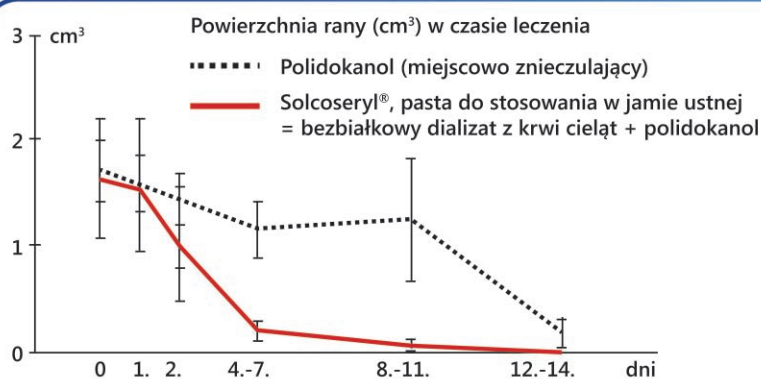
MEDA

Solcoseryl® do rany przyłóż!

Solcoseryl®, pasta do stosowania w jamie ustnej
– ZNIECZULAJĄCY¹ OPATRUNEK OCHRONNY

po zabiegach:

- nałożenia koronki
- usunięcia zęba
- łyżeczkowania
- założenia protez bezpośrednich



Zmniejszenie obszaru rany o ok. 80% po 4 dniach od zastosowania pasty Solcoseryl® do stosowania w jamie ustnej²



LECZY RANĘ



USUWA BÓL JUŻ PO 1 DO 3 MINUT PO APLIKACJI¹



TWORZY BŁONĘ CHRONIĄCĄ PRZED PODRAŻNIENIEM W TRAKCIE SPOŻYWANIA POKARMÓW

1. NAZWA: SOLCOSERYL, bezbiałkowy dializat z krwi cieląt + polidokanol. **2. SKŁAD:** 1 g pasty do stosowania w jamie ustnej zawiera 2,125 mg bezbiałkowego dializatu z krwi cieląt i 10 mg polidokanolu. **3. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA:** Pasta do stosowania w jamie ustnej. **4. WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** Bolesne oraz zapalne schorzenia błony śluzowej jamy ustnej, dziąseł i warg; afty, ragady (rozpadliny), opryszczka wargowa, zapalenie dziąseł, zapalenie tkanki przyzębia, zapalenie jamy ustnej. Bóle uciskowe spowodowane przez protezy dentystyczne. Bóle występujące w trakcie wyrzynania się zębów mądrości. Jako opatrunek po takich zabiegach, jak nałożenie koronki, łyżeczkowanie i usunięcie zęba, oraz po założeniu protez bezpośrednich. **5. DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA:** Pasek pasty o długości ok. 0,5 cm należy nakładać cienką warstwą na zmienione chorobowo miejsce od 3 do 5 razy na dobę. Produkt należy stosować aż do ustąpienia objawów. Szczególnie korzystne jest stosowanie produktu przed snem. Pasty nie należy wcierać ani rozcierać. Aby dobrze przylegała, należy ją nakładać suchym palcem, a miejsce, na które ma być podana, należy wcześniej wysuszyć. Produkt tworzy błonę ochronną, która długo przylega do błony śluzowej jamy ustnej, chroniąc ją przed podrażnieniem w trakcie spożywania pokarmów. **6. PRZECIWSKAZANIA:** Nadwrażliwość na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **7. SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI PRZY STOSOWANIU:** Produktu nie należy podawać do wnętrza ran, które mają być leczone przy użyciu szwów adaptacyjnych głębokich (np. po ekstrakcji zębów trzonowych i wkliniowanych, zębów mądrości czy po resekcji wierzchołkowej korzenia zęba). W przypadku ostrego zakażenia w obrębie zmiany chorobowej przed zastosowaniem produktu należy przeprowadzić odpowiednie leczenie przyczynowe. Produkt zawiera metylu parahydroksybenzoetan i propylu parahydroksybenzoetan – może powodować reakcje alergiczne (możliwe reakcje typu późnego). Produktu Solcoseryl nie stosować w okresie ciąży, jeśli nie jest to bezwzględnie konieczne. Produkt Solcoseryl, pasta do stosowania w jamie ustnej, można stosować w okresie karmienia piersią po rozważeniu przez lekarza stosunku korzyści dla matki i ryzyka dla dziecka. **8. DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Częstości występowania są określone następująco: bardzo rzadko (występują rzadziej niż u 1 na 10 000 pacjentów), częstość nieznaną (nie może być określona na podstawie dostępnych danych). **9. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** MEDA Pharma GmbH & Co. KG, Niemcy. **10. POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** Wydane przez Ministra Zdrowia, nr R/2070. **11. KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI:** OTC – produkt leczniczy wydawany bez przepisu lekarza. **Pełna informacja o leku dostępna na życzenie w:** Meda Pharmaceuticals Sp. z o.o., ul. Domaniewska 39A, 02-672 Warszawa, tel.: + 48 22 697 71 00, e-mail: meda@meda.pl.

1. Charakterystyka produktu leczniczego Solcoseryl®, pasta do stosowania w jamie ustnej z dn. 09.01.2014 r.

2. Thams U. i wsp. Ein neues Präparat zur Behandlung Schleimhautläsionen. Doppelblinde klinische Vergleichsprüfung von „Solcoseryl® - Adhäsivpaste“. Österreichische Zeitschrift für Stomatologie 1982; Feb. 79 (2): 62-71.

Liczby i dialog

W związku z informacjami medialnymi, dotyczącymi przygotowywanych zmian tariff procedur medycznych w niektórych dziedzinach, m.in. kardiologii, kardiochirurgii, reumatologii, proszę o wyjaśnienie, dlaczego właśnie wycena w tych dziedzinach – uznawana za stosunkowo dobrą – ma się zmienić, a nie w dramatycznie niedoszacowanych, np. psychiatrii, chirurgii?

W pierwszej kolejności zajmujemy się świadczeniami, które wymagają nowej wyceny, czyli niedoszacowanymi – jak w psychiatrii oraz przeszacowanymi – jak w kardiologii inwazyjnej. Docelowo wycenimy na nowo wszystkie świadczenia, ale trochę czasu nam to zajmie.

Jak tylko otrzymaliśmy nowe zadanie, w postaci taryfikacji, czyli w styczniu 2015 r., zajęliśmy się psychiatrią. Z naszych analiz bowiem wynikało, że to jeden z najbardziej zaniedbanych pod względem wyceny obszarów medycyny. I tak naprawdę ciągle się nią zajmujemy. Właśnie na podstawie zlecenia ministra zdrowia z tego roku skorygowaliśmy ubiegłoroczną wycenę. Niedawno opublikowaliśmy propozycje taryfy dla psychiatrii do konsultacji społecznych. Ta wycena jest związana z nowymi priorytetami oraz organizacją opieki psychiatrycznej. Nasza propozycja wyceny kładzie nacisk na opiekę środowiskową. Tak dziś leczy cała Europa i cały świat. Pacjent psychiatryczny powinien być leczony i otoczony dobrą opieką w swoim środowisku, to także element jego terapii sprzyjający szybszemu powrotowi do zdrowia. Dlatego w nowej taryfie premiuowana jest właśnie opieka środowiskowa.

W planie taryfikacji na 2016 r., który był zatwierdzony w 2015, mieliśmy zaplanowane taryfy z zakresu kardiologii, ginekologii i położnictwa oraz ortopedii. Powoli ten plan realizujemy. Na zlecenie ministra zdrowia taryfikowaliśmy też inne procedury, np. leczenie siatkówczaka u dzieci, które do tej pory było zbyt nisko wycenione. Wycena procedury do tego stopnia różniła się z rzeczywistością, że praktycznie w Polsce nikt nie mógł być leczony. Bardzo chętnie natomiast



Fot. AOTWiT

Trzy pytania do
Wojciecha Matuszewicza,
prezesa Agencji Oceny
Technologii Medycznych
i Taryfikacji

niektóre organizacje pozarządowe zbierały pieniądze i wysyłały dzieci na leczenie tego nowotworu za granicę, za setki tysięcy złotych. Taka cena była z kolei grubo przeszacowana. W Polsce po naszej wycenie za procedurę świadczeniodawca otrzyma około 25 tys. zł, dzięki czemu to do nas będą przyjeżdżać pacjenci z zagranicy.

Największe kontrowersje wzbudziła oczywiście wycena w kardiologii inwazyjnej, bo spadła od 10 do 30 proc., w jednym świadczeniu nawet o 60 proc. Wszystkie wyceny AOTMiT zostały jednak oparte na rzetelnych analizach danych klinicznych i kosztowych. Obecnie spotykamy się z ogromną falą krytyki, ale liczby mówią same za siebie. Nowa wycena procedur w kardiologii inwazyjnej jest pierwszym etapem większego projektu związanego z kardiologią. Właśnie opublikowaliśmy propozycje do dyskusji w zakresie kolejnych taryf, m.in. świadczeń w zakresie kardiologii zachowawczej. Wycena jednego z nich wzrosła o ponad 70 proc. Nie jest więc prawdą, że zajmujemy się tylko dobrze wycenionymi świadczeniami po to, by je obniżyć. Patrzymy na system *en bloc*, a nie wyrętkowo. Jeśli w jakimś zakresie obniżamy taryfę, to podnosimy w innym, bo taka jest potrzeba społeczna, bo pacjenci mają utrudniony dostęp do świadczeń. Zdajemy sobie sprawę, że taryfikacja świadczeń jest jednym z najlepszych narzędzi do zarządzania ochroną zdrowia.

Czy to prawda, że nowa taryfikacja ma się opierać na danych statystycznych, a nie na rzetelnej wycenie procedur?

Nasze wyceny powstają na podstawie informacji przestanych przez świadczeniodawców, czyli w oparciu o realne koszty ponoszone np. przez szpitale, które realizują taką czy inną procedurę. Oczywiście dane są różnej jakości, nie wszyscy świadczeniodawcy chcą też z nami pracować. Ale nie „osiadamy na laurach”, tylko sprawdzamy i dopytujemy się o wszystkie niezbędne szczegóły.

Nie chcemy być pośądżani o brak obiektywizmu czy dialogu. Ostatnio w Internecie pojawił się artykuł o rzekomym zerwaniu współpracy AOTMiT z ekspertami z zakresu kardiologii. To oczywiście nieprawda, ale komuś zależało, aby przedstawić agencję w złym świetle. Fundamentem naszej działalności był dialog ze środowiskiem i z ekspertami klinicznymi. Tą zasadą kierujemy się nie tylko przy ocenie technologii medycznych, obowiązuje ona też przy wycenie świadczeń. Nie wyobrażam sobie, by było inaczej. Dyskusje są dla mnie, jako szefa AOTMiT, najważniejsze, bo dzięki rozmowom można znaleźć wspólne, korzystne rozwiązanie.

O tym, że agencja jest otwarta na dialog, świadczy nowy sposób procedowania taryf świadczeń. Oparty jest na analizach kosztowych i konsultacjach społecznych, które przeprowadza Rada ds. Taryfikacji przed wydaniem przeze mnie obwieszczenia. Procedura jest bardzo prosta: po naszych analizach kosztowych propozycje taryf publikujemy na stronie internetowej i zbieramy o nich uwagi. Następnie raport analityczny i uwagi są przedstawiane Radzie ds. Taryfikacji, która konsultuje je za autorami lub innymi zainteresowanymi stronami. Dopiero potem powstaje opinia rady, a w ślad za nią obwieszczenia prezesa. To zupełnie innowacyjne podejście. Przypomina proces refundacji leków i działania komisji ekonomicznej w Ministerstwie Zdrowia, choć zakres rozmów i partnerzy są zupełnie inni. W ten sposób chcieliśmy dać środowisku czas na przemyślenie i zweryfikowanie

naszych propozycji. Bo, jak już wspominałem, dialog jest jednym z filarów naszego funkcjonowania. Ciągłe szukamy ekspertów, którzy chcą z nami pracować.

Wszystkie efekty naszych prac są jawne i opublikowane na stronie internetowej AOTMiT. Jeszcze raz pragnę podkreślić, że dziś na naszej stronie znajdują się jedynie propozycje taryf. Ostateczne zostaną zamieszczone do końca czerwca, po konsultacjach Rady ds. Taryfikacji z zainteresowanymi stronami.

Jak radzi sobie AOTMiT z rozszerzeniem zadań? Czy została wzmocniona kadrowo? Kim są eksperci, jakie mają kwalifikacje, jak są wyłanianiani? Kolejne plany, zadania agencji, terminy...

Pracy jest bardzo dużo i w zakresie oceny technologii medycznych, i taryfikacji. Czekają nas też kolejne zmiany, bo zgodnie z zapowiedziami ministra zdrowia dostaniemy m.in. nowe zadania i nowe etaty na „porządkowanie koszyka świadczeń gwarantowanych”. Porządkowanie, czyli doprecyzowanie zapisów koszyka, a w przypadku niektórych procedur – zapisanie ich za pomocą technologii medycznych (interwencja i wskazania). Generalnie chodzi o bardziej przyjazny dla pacjentów i lekarzy system ochrony zdrowia. W kwestii zasobów kadrowych mogę powiedzieć, że mam sprawny i, co ważne, sprawdzony w działaniu zespół. Nie raz moi pracownicy dowiedli, że działają szybko i profesjonalnie nie tylko w zakresie taryfikacji, ale także w ocenie technologii medycznych. Zdaję sobie sprawę, że mogą zdarzyć się błędy. Ale nie błędzi tylko ten, kto nie wykazuje się w działaniu.

Pracownicy agencji są specjalistami w bardzo różnych dziedzinach. To ekonomiści, matematycy, informatycy, eksperci w zakresie nauk o zdrowiu, lekarze, farmaceuci i pielęgniarki, humaniści. Wykształcenie jest w naszej pracy bardzo ważne, bo daje podstawy, ale najważniejsze są umiejętności, myślenie i chęć zdobywania wiedzy.

My ciągle się uczymy i patrzymy, co robimy w tym zakresie inni. Sprawdzamy bowiem, czy możemy zaimplementować jakieś międzynarodowe rozwiązania. Po co wyważać otwarte drzwi. Satysfakcjonujące jest to, że z naszych rozwiązań korzystają inne kraje europejskie, a w ocenie technologii medycznych (HTA) jesteśmy liderem w Europie Środkowo-Wschodniej.

Plany są bardzo ambitne. Myślę, że będziemy się rozwijać. Agencja poszerzy się o duży zespół ludzi do „porządkowania koszyka”, ale też, zgodnie z planami Ministerstwa Zdrowia, będziemy aktywnie uczestniczyć w procesie tworzenia listy wyrobów medycznych. Mam tu na myśli ich ocenę, która jest diametralnie różna od oceny leków. Z kolei nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, która jest obecnie w konsultacjach zewnętrznych, nałożyła na AOTMiT obowiązek wydawania opinii w sprawie wytycznych postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego, opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia. To ważne zadanie, również wymagające dodatkowego zespołu ludzi. Aktywnie też staramy się wspierać ministra zdrowia w pomysłach na usprawnienie systemu ochrony zdrowia w zakresie naszych kompetencji. Jesteśmy ekspertami w HTA i stajemy się nimi w taryfikacji. Cieszę się więc, że jesteśmy słuchani. ■

Pytała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Ludzie, aparatura, in i entuzjazm

W lutym 2016 r. w Instytucie Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Aninie odbyła się konferencja naukowa, podsumowująca realizację inwestycji w IK w latach 2008–2015, zatytułowana: „Najnowsze technologie w systemie obrazowania Instytutu Kardiologii – możliwości techniczne, potencjał kliniczny i naukowy”. W 2015 r. w Instytucie Kardiologii zakończono znaczące inwestycje, które umożliwiają wprowadzenie nowych metod diagnostycznych, leczniczych oraz nowych technologii. Instytut wyposażono m.in. w najnowszej generacji urządzenia: dwuźródłowy tomograf komputerowy (jedeny w kraju, jeden z 30 w Europie), rezonans magnetyczny, cyfrową gammakamerę SPECT/CT i aparaty echokardiograficzne.

Z prof. dr. hab. n. med. **Andrzejem Januszewiczem**, kierownikiem Kliniki Nadciśnienia Tętniczego, przewodniczącym Rady Naukowej Instytutu, oraz prof. nadzw. IK dr. hab. n. med. **Piotrem Szymańskim**, zastępcą dyrektora ds. nauki, rozmawia Małgorzata Skarbek.

W jaki sposób nowa aparatura udoskonali pracę Instytutu Kardiologii?

Prof. Piotr Szymański: Dzięki tym urządzeniom we wszystkich czterech obszarach otwierają się nowe, niezwykle możliwości. Tomografię komputerową zaczęto wykorzystywać do diagnostyki choroby wieńcowej stosunkowo niedawno. O zainstalowanym aparacie można powiedzieć, że jest ultranowoczesny. Zapewnił m.in. redukcję dawki promieniowania o ok. 50 proc. przy wykonywaniu rutynowych badań oraz ograniczenie ilości środka kontrastowego (co ma znaczenie dla pacjentów z upośledzoną funkcją nerek). Jego potencjał kliniczny i naukowy jest ogromny. Tomograf wzbudza zainteresowanie także inżynierów, którzy chcą go jak najszybciej wykorzystać do tworzenia wirtualnych modeli serca i trójwymiarowych wydruków służących do planowania zabiegów.

Pracownia Tomografii Komputerowej wykonuje pełny zestaw badań, specjalizując się w badaniach angio-TK tętnic wieńcowych, wad nabytych i wrodzonych układu sercowo-naczyniowego, w ocenie zastawek natywnych i po operacji oraz u pacjentów przed kwalifikacją do zabiegów przezcewnikowych (TAVI). W 2015 r. w pracowni wykonano ponad 7,3 tys. badań, w tym 3 tys. badań angio-TK tętnic wieńcowych. Ogromną zaletą urządzenia jest możliwość wykonywania badań u chorych z zaburzeniami rytmu serca, m.in. z migotaniem przedsionków.



Rezonans magnetyczny jest metodą obrazową coraz szerzej stosowaną w kardiologii. Zespół Pracowni Rezonansu Magnetycznego wypracował doskonałą markę kliniczną i naukową. To niezwykle grupa ludzi, rozpoznawalna w Europie, zajmująca się m.in. trudnymi problemami diagnostyki wad wrodzonych serca.

Aparat MRI z najnowszą platformą oprogramowania pozwala na kompleksową ocenę np. morfologiczno-czynnościową w wadach nabytych i wrodzonych, kardiomiopatiach, zapaleniu mięśnia sercowego, guzach serca, chorobach osierdzia, ocenę rozległości uszkodzenia i żywotności mięśnia sercowego po zawale serca oraz niedokrwienia u pacjentów z chorobą wieńcową. Rocznie wykonuje się od 3,7 tys. do 4,5 tys. takich badań. Ponadto w instytucie przeprowadzane są badania ośrodkowego układu nerwowego, układu kostno-stawowego oraz narządów jamy brzusznej i miednicy.

Nowa gammakamera jest istotnym elementem diagnostyki kardiologicznej.

Samodzielna Pracownia Medycyny Nuklearnej powstała jako jedna z pierwszych w Polsce. Nowoczesne wyposażenie



otwiera przed nami szerokie możliwości np. w zakresie diagnostyki infekcyjnego zapalenia wsierdza.

Gammakamera SPECT, o dużym polu widzenia, sprzężona jest z dwuwarstwowym aparatem CT do korekcji osłabienia promieniowania gamma oraz dokładniejszej lokalizacji zmian. Urządzenie wykorzystuje się do radioizotopowej oceny perfuzji mięśnia lewej komory serca (na poziomie tkankowym) u pacjentów z podejrzeniem choroby niedokrwiennej serca lub z rozpoznaną chorobą, po zawałach, z niewydolnością serca. Wyniki badań służą do diagnostyki, określenia ryzyka, kwalifikacji do leczenia i oceny jego wyników. W ostatnim roku wykonano 1,8 tys. badań, 98 proc. dotyczyło serca. Gammakamera wykonuje się też scyntyografię nerek, płuc i całego ciała (2 proc. badań).

Echokardiografia, jedna ze starszych metod diagnostycznych, przeżywa drugą młodość. Postęp techniczny w tej dziedzinie dotyczy przede wszystkim rozwoju obrazowania trójwymiarowego w czasie rzeczywistym, które odgrywa dużą rolę w zabiegach kardiologii interwencyjnej. Implantacja zastawek do tętnicy płucnej, zastawek aortalnych, interwencyjne

zabiegi mitralne są wykonywane ze wsparciem kardiologa obrazowego, pod kontrolą echokardiografii przezklatkowej lub przezprzetykowej. Implementacja nowego systemu zapewnia dużą swobodę, ponieważ zarówno na salach operacyjnych, jak i na sali hybrydowej mamy swobodny dostęp do tych narzędzi diagnostycznych.

Instytut dysponuje zintegrowanym systemem najwyższej klasy aparatów echokardiograficznych, zlokalizowanych w pracowniach przyklinicznych, ambulatoriach, na salach operacyjnych, pooperacyjnych, sali hybrydowej i w izbie przyjęć. Urządzenia najwyższej klasy umożliwiają obrazowanie trójwymiarowe w czasie rzeczywistym. Instytut ma także, unikalny w Europie Środkowej, system archiwizacji obrazów echokardiograficznych, połączony ze szpitalnym systemem informatycznym (HIS), umożliwiający analizę off-line zarejestrowanych obrazów. W 2015 r. wykonano ponad 23 tys. badań echokardiograficznych, a od początku istnienia instytutu już ponad 0,5 mln.

Jeszcze ważniejszy dla naszego rozwoju i pozycji w światowej kardiologii niż aparatura jest zespół pracowników. ►

Ludzie, aparatura, intuicja i entuzjazm

Składa się z energicznych młodych ludzi, pasjonatów o niezwykle otwartych umysłach. Mówią o ich umiejętnościach naukowych oraz otwartości na nowe technologie i zmieniający się świat. Przykładem tych zmian jest Google Glass – informacja o jego zastosowaniu przez zespół Instytutu Kardiologii obiegła cały świat. Okulary pozwoliły na wizualizację trójwymiarowych rekonstrukcji obrazów tomograficznych bezpośrednio w polu widzenia operatora zamiast na oddalonym ekranie. Obecnie trwają prace nad ich kolejnymi zastosowaniami.

Ogromnym sukcesem zespołu Instytutu Kardiologii jest opracowanie metody nieinwazyjnego pomiaru rezerwy przepływu w tętnicach wieńcowych (tzw. FFR) za pomocą tomografii komputerowej. Standardowo pomiar ten wykonywany jest inwazyjnie, metodą cewnikowania serca. Nasi koledzy są wśród kilku najbardziej zaawansowanych zespołów na świecie, które wykonują go nieinwazyjnie i pracują nad wdrożeniem takiego oprogramowania do praktyki.

Otwarte umysły i entuzjazm decydują o sile młodego zespołu wprowadzającego swoje pomysły w życie. Obecnie pracujemy m.in. nad projektem zastosowania wirtualnej rzeczywistości w kardiologii. Jest to tym bardziej istotne, że niektóre zabiegi kardiologiczne wykonywane w Instytucie Kardiologii mają charakter unikalny w skali światowej.

Na czym polega sukces instytutu?

Prof. Andrzej Januszewicz: Mamy znakomitą aparaturę. W Europie istnieje kilkadziesiąt ośrodków kardiologicznych o porównywalnym wyposażeniu. Co w związku z tym decyduje o sukcesie Instytutu Kardiologii? W ostatniej dekadzie, w czasie kierowania placówką przez prof. Witolda Rużyłło i aktualnego dyrektora prof. Tomasza Hryniewieckiego, te osiągnięcia stały się możliwe dzięki intuicji w nauce i pracy klinicznej. Na każdym etapie rozwoju kardiologii osoby decydujące miały wycucie, jakie tematy będą ważne w perspektywie pięciu – dziesięciu lat, i na nie stawiano – wiele lat wcześniej.

Druga istotna kwestia: instytut przyjmuje często chorych z całego kraju, nie tylko najtrudniejszych pod względem klinicznym, ale niekiedy również w skrajnie ciężkim stanie, o co zwracają się czasem inne ośrodki. Zespół lekarzy Instytutu Kardiologii ma w tym zakresie znaczące doświadczenie.

Trzeci czynnik – entuzjazm młodych ludzi, którzy do nas przyszli pracować i nadal przychodzą. Mają niezwykłą motywację. Są wybitnie zdolni, nierzadko poświęcają pracy część swojego życia prywatnego. Otoczeni są bardzo dobrą atmosferą, życzliwością kierowników klinik, którzy dbają o ich rozwój.

Prof. Piotr Szymański: Diagnostyka obrazowa stanowi element bardzo skomplikowanego procesu diagnostycznego i leczniczego, którym zajmują się lekarze w Instytucie Kardiologii. Mamy zespół złożony z doskonałych profesjonalistów w każdej podspecjalności kardiologicznej, pozwalający na przyjmowanie i konsultowanie najtrudniejszych chorych.

W ubiegłym roku w Instytucie Kardiologii wykonano 42 transplantacje serca. To największa liczba przeszczepień przeprowadzonych tu od 2001 r., tj. od momentu wprowadzenia w IK programu transplantacji.

Prace badawcze prowadzone przez zespoły zajmujące się wadami serca wrodzonymi i nabytymi wykorzystywane są do opracowania międzynarodowych rekomendacji w tej dziedzinie. Wielu naszych kolegów uczestniczy w pracach zespołów opracowujących te standardy, nadając kształt kardiologii europejskiej.

Prof. Andrzej Januszewicz: Bez wątplenia instytut jest rozpoznawalny nie tylko w kraju, ale także w całej Europie i poza nią. Kierownicy klinik są niekwestionowanymi autoritetami w swoich dziedzinach. Każdy z nas realizuje z ośrodkami europejskimi programy, które nie tylko wykonujemy, ale również wspólnie planujemy.

We wszystkich dziedzinach, od kardiologii interwencyjnej i kardiologii chirurgicznej po kardiologię zachowawczą, pracownicy naukowcy instytutu są autorami lub współautorami europejskich wytycznych oraz prac naukowych w najbardziej prestiżowych pismach kardiologicznych.

Czy wymienione innowacje będą służyć także zwiększeniu dostępności świadczeń diagnostycznych w systemie ambulatoryjnym?

Prof. Piotr Szymański: Nowe systemy obrazowe umożliwiają przede wszystkim rozpoznawanie i leczenie najtrudniejszych przypadków. Instytut jest tak ceniony, że nie narzekamy na brak pacjentów. Poprawa finansowania procedur diagnostycznych, a także korzystniejsza wycena świadczeń w trybie ambulatoryjnym pozwoliłyby nam na jeszcze szersze prowadzenie działań.

Prof. Andrzej Januszewicz: Na pewno modyfikacja sposobu finansowania niektórych procedur ułatwiłaby dalsze zwiększanie liczby udzielanych porad. Przykładowo w Niemczech, Holandii czy Anglii większość chorych na nadciśnienie tętnicze jest badanych przez lekarzy klinicznych ambulatoryjnie i tylko najtrudniejsi chorzy kierowani są do szpitala.

Jaka jest rola Rady Naukowej Instytutu?

Prof. Andrzej Januszewicz: Ma za zadanie przede wszystkim opiniowanie planów Instytutu Kardiologii, od naukowych po finansowe. Omawia kierunki rozwoju naukowego, rozprawy doktorskie i postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego oraz profesora.

W skład czterdziestoosobowej Rady Naukowej wchodzi najwybitniejsi kardiologowie, reprezentujący Instytut Kardiologii oraz inne najważniejsze ośrodki w Polsce, zajmujące się wszystkimi obszarami kardiologii, a także naukami podstawowymi, m.in. genetyką i biologią molekularną.

Prof. Piotr Szymański: Rada Naukowa stawia badaczom wysokie wymagania. Wspomaga ją w tym Komisja Nauki, której członkowie i zaproszeni recenzenci stoją na straży jakości projektów badawczych.

Zmarła w ubiegłym roku prof. Maria Hoffman, pierwszy dyrektor Instytutu Kardiologii, zbudowała, wraz ze swoim ówczesnym zespołem, jego etos. Dzięki trwałym fundamentom, zaangażowaniu, wytrwałości i mądrości kolejnych pokoleń lekarzy, Instytut Kardiologii pozostaje w ścisłej czołówce szpitali cieszących się zaufaniem chorych i autorytetem wśród kolegów lekarzy. ■

* Wyróżnione szarym tłem fragmenty tekstu przedstawiają podsumowanie najważniejszych informacji o systemie obrazowania w IK, które prezentowano podczas konferencji naukowej 26.02.2016 r.



Nasze serca

Małgorzata Solecka

W Polsce co szósty pacjent umiera po zawale w ciągu roku. Choć pod względem leczenia kardiologicznych stanów ostrych osiągnęliśmy poziom europejski, przeżywalność pacjentów po szpitalnym etapie leczenia jest drastycznie niższa niż w rozwiniętych krajach europejskich.

Do największych problemów należy słaba dostępność lekarzy specjalistów, czas oczekiwania na wizytę liczony jest w miesiącach. Ministerstwo Zdrowia chce to zmienić: roczna opieka specjalistyczna po leczeniu np. ostrych zespołów wieńcowych ma być wliczana w cenę procedury inwazyjnej. Zarówno minister Konstanty Radziwiłł, jak i koordynujący prace nad nowym koszykiem świadczeń gwarantowanych wiceminister Krzysztof Łanda wielokrotnie twierdzili, że część procedur kardiologii inwazyjnej oraz kardiochirurgii jest przeszacowana. Rozszerzenie zakresu opieki wydaje się przesądzone.

– *Chociaż sytuujemy się w europejskiej czołówce pod względem leczenia ostrych zespołów wieńcowych, niezbędna jest zmiana systemu opieki nad pacjentem po zawale na kompleksową i skoordynowaną* – uważa prof. Janina Stępińska z Instytutu Kardiologii w Warszawie. Ważnym elementem tej opieki powinna być edukacja. Zbyt wielu pacjentów nie rozstraja się bowiem ze złymi nawykami (takimi jak palenie papierosów, szkodliwa dieta, picie alkoholu, brak aktywności fizycznej) nawet po ciężkiej chorobie i leczeniu szpitalnym.

Podczas lutowego Kongresu Wyzwań Zdrowotnych prof. Jarosław Kaźmierczak, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, podkreślał, że na ostre zespoły wieńcowe Polacy zaczynają zapadać znacznie wcześniej niż mieszkańcy Europy Zachodniej. W modelu optymalnym pacjenci powinni być tak leczeni, by po rehabilitacji mogli wrócić do normalnej aktywności zawodowej. – *To wielkie wyzwanie dla polskiej kardiologii – tak opiekować się chorymi po zawale serca, który leczymy w Polsce bardzo dobrze, by nie rozwijała się u nich niewydolność serca* – mówił prof. Kaźmierczak.

W Polsce działa ponad 160 pracowni hemodynamicznych, w których wykonywane są zabiegi angioplastyki, m.in. z użyciem stentów. Takie pracownie jednak nie są równomiernie rozmieszczone (w Lubuskiem – 4, w Zachodniopomorskiem – 6, województwo mazowieckie ma ich aż 23).

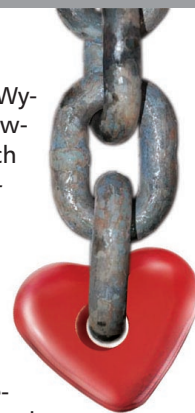
Z najnowszego raportu konsultanta wojewódzkiego ds. kardiologii (za rok 2014) wynika, że zabiegi z zakresu leczenia inwazyjnego wykonują 23 ośrodki, dyżur całodobowy pełni 18. Prof. Hanna Szwed, konsultant wojewódzki ds. kardiologii, zwraca uwagę, że liczba pracowni hemodynamicznych rosła w województwie szybciej niż liczba samodzielnych operatorów kardiologii interwencyjnej. „*Nie ma uzasadnienia do uruchamiania kolejnych ośrodków prowadzących dyżur 24-godzinny dla leczenia OZW*” – czytamy w raporcie.

Na Mazowszu nie ma też problemów z liczbą ośrodków wszczepiających urządzenia stymulujące (21 na terenie Mazowsza, w tym 13 w Warszawie). 17 ośrodków wszczepia ICD, połowa znajduje się w Warszawie.

Najważniejsze potrzeby w zakresie kardiologii na Mazowszu:

- ♥ tworzenie i rozwój ośrodków rehabilitacji kardiologicznej,
- ♥ tworzenie placówek dla chorych z uszkodzeniem CUN i innych, wymagających długotrwałego podłączenia do respiratora,
- ♥ opieka nad chorymi po wszczepieniu urządzeń stymulujących,
- ♥ doskonalenie telemedycyny,
- ♥ dofinansowanie świadczeń ambulatoryjnych dla poradni kardiologicznych w celu zmniejszenia kolejek do specjalisty.

Gorzej jest z dostępnością zabiegów ablacji. Wykonuje je 16 ośrodków, ale różnią się zarówno pod względem liczby przeprowadzanych zabiegów, jak i ich zaawansowania. „*Zabiegi wymagają doświadczonego personelu i specjalistycznego sprzętu. Nadal istnieje duże zapotrzebowanie na ablacje migotania przedsionków, z czasem oczekiwania na zabieg zróżnicowanym w poszczególnych ośrodkach od 4 do 18 miesięcy*” – podkreśla prof. Szwed. Konsultant wojewódzką niepokoi fakt, że kolejne szpitale aspirują do wykonywania zabiegów ablacji, choć brak im wyszkolonego personelu (mieliby wykonywać je specjaliści z zewnątrz). „*Słuszniejsze jest zaktywizowanie tych spośród istniejących ośrodków, które pomimo wyposażenia w sprzęt i wyszkolony personel, wykonują niedostateczną liczbę ablacji. Ograniczeniem aktywności ośrodków są zbyt niskie kontrakty, co powoduje wydłużanie kolejek*”.



Problemem Mazowsza jest brak ośrodka, który przejmowałby pacjentów z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego po długotrwałych reanimacjach z oddziałów intensywnej terapii kardiologicznej. Pacjenci przebywają więc na oddziałach reanimacyjnych, blokując miejsca dla kolejnych osób wymagających intensywnej terapii. Zbyt mało istnieje ośrodków hospicyjnych, ograniczone są możliwości przenoszenia pacjentów do innego szpitala, jeśli wymagają diagnostyki/terapii z zakresu schorzeń innych narządów.

Niedostateczny jest dostęp do opieki kardiologicznej poza szpitalem. Na Mazowszu funkcjonuje 129 poradni kardiologicznych (połowa w stolicy), w których pracuje 559 kardiologów (w tym 101 w trakcie specjalizacji). Lekarzy nie brakuje: Mazowsze ma więcej kardiologów (9,03 na 100 tys. mieszkańców), niż przewiduje zalecenie Unii Europejskiej (8,33). Jednak zdaniem prof. Hanny Szwed liczba specjalistów powinna jeszcze się zwiększać.

Duża liczba kardiologów nie przekłada się na dostępność świadczeń dla pacjentów. Średni czas oczekiwania na wizytę u kardiologa to 3 miesiące. „*Kierownicy poradni w większości raportują, że nie ma problemu z zatrudnieniem specjalisty kardiologa lub wydłużeniem godzin pracy lekarzy, jednak problemem są niedostateczne kontrakty*”. Zdaniem prof. Szwed pacjenci – również pierwszorazowi – mogliby czekać na wizytę krócej, gdyby lekarze POZ mieli uprawnienia wystawiania skierowań na badanie echokardiograficzne i holterowskie. Pacjenci próbują „obejść” kolejkę do kardiologa. „*Izby przyjęć i oddziały ratunkowe szpitali wysokospecjalistycznych traktowane są przez chorych jak 24-godzinne poradnie kardiologiczne. Blokują to »przelotowość« IPI/SOR*”.

Problemem na Mazowszu (choć nie tylko) jest brak kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej – nie ma oddziałów rehabilitacji, na oddziałach kardiologii brakuje rehabilitantów. Powód? Oszczędności. ■

Fot. archiwum



Marek Balicki

Pisałem ostatnio o alarmistycznym raporcie NIK w sprawie kształcenia kadr medycznych i o tym, że nie wywołał on większego zainteresowania mediów. W sytuacji, gdy grozi nam brak lekarzy i pielęgniarek, a jednocześnie społeczeństwo szybko się sta-

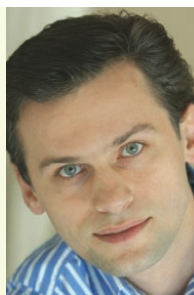
rzeje, wydawało się to zaskakujące. Dzisiaj sytuacja jest inna. Strajk pielęgniarek w Centrum Zdrowia Dziecka uzmysłowił części komentatorów, że jak tak dalej pójdzie, to za parę lat nie będzie miał kto opiekować się pacjentami. Po raz kolejny okazało się, że dopiero głośny protest pozwala zwrócić uwagę opinii publicznej na ważny społeczny problem, zwłaszcza w odniesieniu do służby zdrowia.

Strajk w CZD zakończył się niełatwym dla obu stron porozumieniem. Nie ma jednak pewności, czy nie podej- mą go teraz inne szpitale, a tego chyba od początku obawiał się minister zdrowia. W przypadku CZD szybkie- go zakończenia konfliktu nie ułatwiała niezwykle trudna sytuacja finansowa odziedziczona po poprzednikach. Na dodatek CZD nie jest zwykłym szpitalem i pełni wy- jątkową rolę w naszym systemie opieki zdrowotnej. Każ- dy dzień pracy na zwolnionych obrotach takiego szpita- la ma zawsze swoją cenę, również polityczną. W tych okolicznościach niezrozumiałe było początkowe dystan- sowanie się od problemu przez Ministerstwo Zdrowia. To, że za doprowadzenie do obecnej sytuacji CZD odpo- wiadają politycy PO, niczego już dzisiaj nie usprawiedli- wia. A zarzut, że protestującym chodzi „o kasę” będzie długo pamiętany. Przecież, jak świat światem, konflikty pracownicze dotyczą płac i warunków pracy. I trudno, żeby było inaczej.

Dla przyszłości ochrony zdrowia ważne jest, czy zakoń- czenie obecnego sporu stanie się punktem odniesienia do wypracowania kompleksowej strategii rozwoju kadr medycznych. Brak takiej strategii to jedno z najwięk- szych zaniechań poprzedniej ekipy.

Według ogłoszonego w ubiegłym roku raportu OECD „Health at a Glance 2015: OECD Indicators” mamy zale- dwie 5,3 praktykujących pielęgniarek na tysiąc miesz- kańców, podczas gdy średnia dla 34 krajów OECD wy- nosi 9,1. W większości państw liczba pielęgniarek zwiększyła się w ostatnich kilkunastu latach, u nas stoi w miejscu. Tymczasem w Polsce proces starzenia się społeczeństwa i zmiana w związku z tym potrzeb zdro- wotnych przebiega szybciej niż w innych krajach. Bez podjęcia odpowiednich działań sytuacja może być wręcz dramatyczna.

Z licznych wypowiedzi wynika, że minister Radziwiłł dostrze- ga to zagrożenie. Zapowiadane jest zwiększenie naboru na studia medyczne. W przypadku pielęgniarek nie chodzi jednak wyłącznie o kształcenie, ale również o warunki pracy i poziom wynagrodzeń. Wszak tylko co trzecia absolwentka pielęgniarstwa podejmuje pracę w zawodzie. Trzeba z tego wyciągnąć wnioski. Być może konieczna będzie zmiana sposobu finansowania szpitali polegająca na częściowym odejściu od zasady *fee for service*, co mogłoby ułatwić rozwiązanie proble- mu wynagrodzeń pielęgniarek. Jedno jest pewne: rozwiązanie problemu musi być systemowe. ■



Jakie będzie lato?

Paweł Walewski

Przed wakacjami wszystkich interesuje prognoza pogody. Od niej nieraz zależy wybór miejsca na urlop. Polskie morze nie rozpieszcza, więc może le- piej jechać w góry. W naszej szerokości geograficznej to zawsze prawdziwa loteria. Taką samą niewiadomą są najbliższe tygodnie w ochronie zdrowia. Zagadek mamy wiele, gdyż napięcia ostatnich dni dowodzą, że to wcale nie musi być spokojne lato. Strajk w Cen- trum Zdrowia Dziecka wywołał zdziwienie ministra, choć można się było spodziewać, że pielęgniarki w końcu upomną się o poprawę warunków pracy i podniesienie pensji (w tej kolejności). Pozostaje kwestią czasu, kiedy do rozliczeń z rządem i NFZ przystąpią kolejne grupy rozczarowanych: rezydenci, ratownicy medyczni, lekarze rozmaitych specjalności, których postraszone niedawno drastycznymi obniżka- mi wycen i stawek.

Protesty i białe miasteczka nie ominęły żadnego mini- stra zdrowia, ale obecny reprezentuje rząd, który w kampanii wyborczej obiecał wyjątkowo dużo. Lide- rzy Prawa i Sprawiedliwości uznali, jakby ponad pra- wami ekonomii, że pieniądze muszą się znaleźć – nie tylko na program 500+ czy dla pokrzywdzonych frankowiczów, ale też dla służby zdrowia. Bo zdrowie jest przecież najważniejsze. To, co miłe dla ucha wy- borców, szybko wypadło drugim uchem, ale pielę- gniarki z Centrum Zdrowia Dziecka – którym również poprzedni minister sporo obiecał – postanowiły rozli- czyć władze ze wszystkich złożonych przyrzeczeń. Władze zaś uznały zapewne, że kiedy odbierze się „bogatom” kardiologom i ortopedom, to w mig po- prawi się dola pediatrii – i cały kłopot z głowy.

Do 6 proc. PKB na ochronę zdrowia, o których PiS również głośno mówiło podczas kampanii wyborczej, jakoś nam wciąż daleko, a od mieszania herbata nie staje się słodsza. Rządzący doszli jednak do wniosku, że jak przerzucą pieniądze z jednej kieszeni do dru- giej, to wszystkim przybędzie. Na razie wzrósł, ale apetyt strajkowy, a pokrzywdzeni odkryli szansę uszczknięcia czegoś dla siebie. Nie zdziwiłbym się, gdyby pojawiły się pretensje do naszego ministra, iż w podległym mu resorcie taki ferment się zaczął – dlaczego pielęgniarki i lekarze nie rozumieją, że starania o wreszcie wolny kraj wymagają poświęceń? To nie czas, myśli pewnie władza, na tak skrupulatne liczenie pieniędzy.

Rządzącym nie byłoby na rękę, gdyby bojowe nastro- je pielęgniarek z CZD podzieliłi pracownicy innych szpitali. Krnąbrny i pazerny ten personel medyczny. Czy minister nie mógłby wystąpić wszystkich na przy- musowe wakacje? Dziwne, że nie ma jeszcze ustawy, która by mu na to pozwalała. ■

Autor jest publicystą „Polski”.

Do wyboru do koloru

Najlepsze produkty w jednym miejscu

odzież



obuwie



plecaki



ul. Batorego 39, Warszawa 02-591

 Pole Mokotowskie, 22 825-81-61

www.alpinskielap.pl



KUPON **15% RABATU**

na zakupy w sklepie stacjonarnym
lub online na www.alpinskielap.pl

Kod rabatowy: **puls2016**

Kupon ważny do 31.08.2016.



Dr n. praw. Janusz Jaroszyński

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
– Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Mgr farm. Marta Roszkowska

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny
w Warszawie

Recepty lekarskie

– pytania cz. 13 i odpowiedzi

Podstawa prawna

- 1) Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU z 2015 r., poz. 345)
- 2) Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.)
- 3) Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r., nr 45, poz. 271, z późn. zm.)
- 4) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z 2014 r., poz. 319)

Stan prawny na 8.06.2016 r.

1. Co to są interakcje lekowe?

Na wstępie rozważań należy wyjaśnić pojęcie interakcji lekowych. Oznacza ono wzajemne oddziaływanie dwóch lub większej liczby leków, czego efektem jest odmienne działanie na organizm. Najczęściej skutki interakcji lekowych są szkodliwe dla organizmu. Wśród nich wyróżnić możemy:

- a) nasilenie lub osłabienie działania leków,
- b) skrócenie lub wydłużenie czasu ich działania,
- c) pojawienie się zupełnie nowego działania (w tym działania toksycznego), którego nie obserwujemy, gdy podamy każdy lek osobno.

Ponadto interakcje możemy podzielić na:

1) farmaceutyczne – zachodzą podczas sporządzania leków w aptece lub podczas podawania mieszaniny leków dożylnie. W wyniku mieszania kilku substancji czynnych i/lub pomocniczych mogą powstawać związki, które nie mają działania leczniczego lub działają toksycznie;

2) farmakokinetyczne – w ich wyniku zmianie ulega:

a) wchłanianie leków do krwiobiegu. Gdy wchłanianie leku zmniejsza się, lek nie osiąga wymaganego stężenia terapeutycznego. Powoduje to opóźnienie działania leczniczego, jego brak lub zmniejszenie efektów. Natomiast jeżeli wchłanianie leku się nasila, rośnie jego stężenie we krwi, co powoduje zwiększenie ryzyka wystąpienia groźnych działań niepożądanych;

b) metabolizm leków. W wyniku zmiany metabolizmu dochodzi do zmniejszenia lub zwiększenia aktywności enzymów metabolizujących leki. Efektem przyspieszenia metabolizmu będzie obniżenie stężenia leku we krwi, a w konsekwencji zmniejszenie działania leczniczego. Z kolei w wyniku zwiększenia stężenia leku we krwi następuje nasilone działanie, co będzie skutkowało wzrostem ryzyka toksyczności leku;

c) wydalanie z organizmu. Konsekwencją zmian szybkości wydalania leku jest przyspieszenie lub spowolnienie eliminacji leków z organizmu. W przypadku zmniejszenia wydalania następuje zwiększenie stężenia leku, a tym samym wzrost toksyczności. Natomiast zwiększenie wydalania skutkuje zmniejszeniem stężenia leku, co powoduje ograniczenie jego skuteczności;

3) farmakodynamiczne – obejmują zmianę siły, czasu i zakresu działania leków.

Czy każdy lek może wywołać interakcję? Odpowiedź jest prosta. Im więcej leków przyjmujemy, tym większe jest ryzyko wystąpienia interakcji. Dotyczy to nie tylko leków na receptę, ale także kupowanych bez recepty. W przypadku zażywania dwóch leków możliwość wystąpienia interakcji jest prawdopodobna, w przypadku trzech zachodzi często, natomiast gdy mamy do czynienia z czterema, interakcja jest nieunikniona.

Czy istnieją zatem sposoby, aby uniknąć bądź ograniczyć interakcję lekową? Oto kilka z nich:

- wiedza lekarza (rozpoznanie przez lekarza możliwej interakcji przed podaniem leku bądź zastosowanie produktu alternatywnego, który nie wywoła reakcji niepożądanych),
- unikanie zbędnych kombinacji leków,
- edukacja pacjenta (informacja od lekarza lub farmaceuty o możliwości wystąpienia ewentualnych interakcji i towarzyszących temu objawów, zapoznanie się pacjenta z ulotką),

– nadzór lekarski (ocena wskazań każdego przyjmowanego przez pacjenta leku).

Jakie substancje mogą modyfikować działanie leków? Wśród substancji, które mają istotny wpływ na działanie leków, należy wymienić: witaminy i minerały, żywność i sposób żywienia chorego, alkohol, nikotynę, kofeinę, a także kawę, herbatę, mleko, soki owocowe (a zwłaszcza sok grapefruitowy). Warto więc zwrócić uwagę, kiedy należy spożywać dany lek. Pewne leki powinny być podawane na czczo, inne – wraz z pokarmem, w celu zmniejszenia podrażnienia żołądka, zwiększenia wchłaniania lub wydłużenia jego czasu.

Oto kilka przykładów:

Substancja lecznicza	Rodzaj pokarmu	Uwagi
Acetaminofen (<i>Paracetamol</i>)	Alkohol	Toksyczne ostre lub nadostre (piorunujące) zapalenie wątroby.
Leki przeciwzapalne (<i>Naproxen, Ibuprofen</i>)	Alkohol	Alkohol sprzyja ryzyku uszkodzenia wątroby, śluzówki żołądka i krwawieniu do przewodu pokarmowego.
Penicyliny doustne (<i>np. amoksylicyna, penicylamina</i>), erytromycyna	Żywność	Zmniejszenie absorpcji leku.
Leki przeciwdrgawkowe (<i>Fenobarbital, Prymidon</i>)	Alkohol, witamina C	Używanie alkoholu powoduje nudności, zawroty głowy, wymioty. Witamina C zmniejsza efektywność leku.
Leki antyhistaminowe I generacji (<i>Difenhydramina, Chlorfeniramina</i>)	Alkohol	Zawroty głowy, nudności.
Leki obniżające ciśnienie tętnicze (<i>Felodypina, Nifedypina</i>)	Sok grapefruitowy	Sok grapefruitowy zwiększa absorpcję leku i może prowadzić do nagłego spadku ciśnienia tętniczego.
Leki obniżające ciśnienie tętnicze (betablokery)	Żywność, zwłaszcza mięso	Zwiększa absorpcję leku i może doprowadzić do zawrotów głowy i nagłego spadku ciśnienia tętniczego.
Leki antyarytmiczne	Kofeina	Zwiększa ryzyko arytmii.
Leki przeciwdepresyjne (<i>inhibitory monoaminooksydazy, np. izokarboksazyd, tranilcypromina, fenelzyna</i>)	Produkty bogate w tyraminę: dojrzale sery, wino chianti, przetworzone mięso, peklowane śledzie, drożdże piwne, rośliny strączkowe (zwłaszcza bób <i>fava</i>)	Kryzys nadciśnieniowy.
Leki przeciwdepresyjne (trójcykliczne leki przeciwdepresyjne)	Mięso, ryby, rośliny strączkowe, witamina C	Zmniejszenie absorpcji leku.
Leki w terapii choroby Parkinsona (<i>lewodopa, metyldopa</i>)	Produkty wysokobiałkowe	Obniżenie wchłaniania lewodopy (kompetycyjne wchłanianie innych aminokwasów).

Źródło: „Aptekarz Polski”

Na metabolizm leków wpływa ponadto: płeć, wiek, przebyte lub obecne choroby, rasa pacjenta, jego rytm biologiczny, klimat, temperatura oraz wiele różnych bodźców stresowych.

Powstaje zatem pytanie, gdzie szukać informacji o interakcjach lekowych, jakie mogą wystąpić. Pomocą będzie z całą pewnością Charakterystyka Produktu Leczniczego, a dokładnie pozycja: „4.5 Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji”. Dodatkowo można sprawdzić leki na stronie Ministerstwa Zdrowia.

2. Jakie zmiany wprowadza nowelizacja ustawy refundacyjnej od 12 czerwca 2016 r.?

Zmodyfikowano przede wszystkim art. 44 (informacja o zamiennikach):

„1. Osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku objętego refundacją, innego niż lek przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych oraz

ceny detalicznej leku przepisanego na receptę. Apteka ma obowiązek zapewnić dostępność tego leku”.

„2. Osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek, na żądanie świadczeniobiorcy, wydać lek, o którym mowa w ust. 1, którego cena detaliczna jest niższa niż cena leku przepisanego na receptę”.

„2a. Osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek, na żądanie świadczeniobiorcy, po uprzednim spełnieniu obowiązku, o którym mowa

w ust. 1, wydać lek inny niż lek przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna jest równa lub wyższa od ceny leku przepisanego na receptę.

2b. Osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne objęte refundacją może na żądanie świadczeniobiorcy, po uprzednim spełnieniu obowiązku, o którym mowa w ust. 1, wydać lek nieobjęty refundacją, inny niż lek przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce oraz o postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, za 100-proc. odpłatnością.

2c. Osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne objęte refundacją może wydać lek w opakowaniu zawierającym różną – o maksymalnie 10 proc., liczbę dawek niż określona na receptę.

2d. Przepisy ust. 2–2c nie dotyczą sytuacji, w której osoba uprawniona umieściła odpowiedni wpis w receptę – w przypadku recepty w postaci elektronicznej, lub adnotację na druku recepty – w przypadku recepty w postaci papierowej, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisane leku”. ■



Fot. archiwum

Ból funkcjonalny

– przewlekły niespecyficzny ból krzyża

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

Zaburzenia funkcjonalne oznaczają zmiany w funkcji narządów objętych bólem bez stwierdzenia w nich konkretnej patologii. Zespoły bólu funkcjonalnego charakteryzują się występowaniem nadwrażliwości na bodźce bólowe, bólem samoistnym i różnymi objawami współistniejącymi. Zaliczamy do nich: zespół jelita drażliwego, fibromialgię, śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego, vulwodynię, przewlekły niespecyficzny ból krzyża, przewlekłe napięciowe bóle głowy, zespół dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego i zespół niespokojnych nóg. W poprzednich artykułach opisano cztery pierwsze przyczyny.

Przewlekły niespecyficzny ból krzyża

Przewlekły ból krzyża należy do najczęstszych zespołów bólu przewlekłego i jest główną przyczyną niesprawności w populacji aktywnej zawodowo.

Ból krzyża to ból odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, zlokalizowany między 12. żebrzem a dolnymi fałdami pośladkowymi, któremu może towarzyszyć ból kończyn dolnych, sztywność i wzmożone napięcie mięśni. Ból krzyża nie jest odrębną jednostką chorobową, lecz zespołem objawów.

Etiopatogeneza bólu krzyża jest złożona. Tylko w około 10 proc. przypadków można określić konkretną, fizyczną przyczynę dolegliwości bólowych, ale badania radiologiczne i obrazowe nie wykazują ścisłej korelacji między zmianami opisywanymi w tych badaniach a występowaniem bólu.

Do swoistych (specyficznych) przyczyn przewlekłego bólu krzyża należą: kompresja korzenia nerwu rdzeniowego, przepuklina krążka międzykręgowego, stenoza kanału kręgowego, uraz, infekcja, guzy kanału kręgowego, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, złamania kompresyjne trzonów kręgow i choroby metaboliczne. **Niespecyficzne bóle krzyża**, mające charakter mechaniczny, uzależnione od aktywności i zmienne w czasie, których przyczyna najczęściej pozostaje niejasna, dotyczą około 90 proc. chorych. Do tej grupy zalicza się pacjentów ze zmianami degeneracyjnymi lub pourazowymi krążka międzykręgowego (*spondylosis*) i stawów międzywyrostkowych (*spondyloarthrosis*).

Spośród przyczyn funkcjonalnych bólu krzyża wymienia się najczęściej:

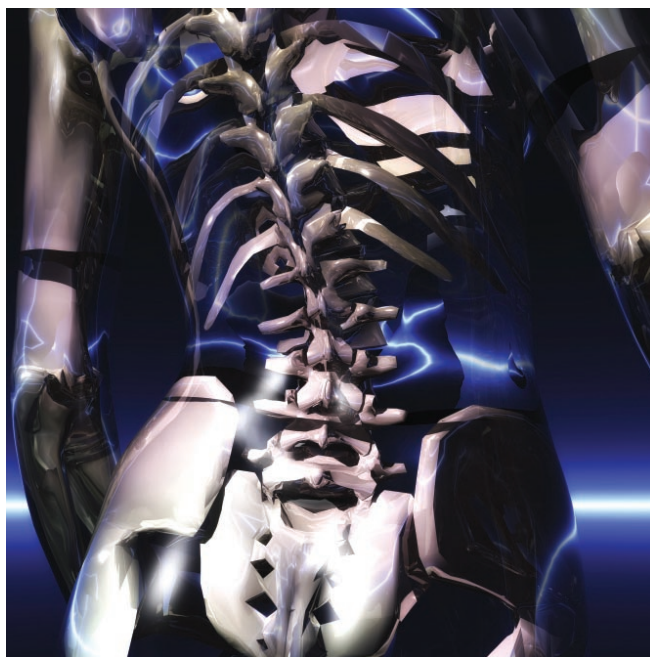
- * przyczyny mięśniowe, np. wzmożone napięcie i przykurcz mięśnia gruszkowatego, biodrowo-lędźwiowego lub czworobocznego lędźwi,
- * przyczyny stawowe, tzw. zablokowanie czynnościowe stawów międzywyrostkowych kręgow lub stawów krzyżowo-biodrowych,
- * przyczyny więzadłowe, np. wzmożone napięcie i podrażnienie więzadeł krzyżowo-lędźwiowych, krzyżowo-biodrowych i krzyżowo-guzowych miednicy oraz nadkolcowych i międzykolcowych kręgosłupa,
- * przyczyny okostnowe, np. coccygodynia,
- * punkty spustowe i punkty maksymalnej bolesności, mięśniowe, więzadłowe czy powięziowe okolicy lędźwiowo-krzyżowej i obręczy biodrowej.

W badaniach mózgu wykonanych metodą rezonansu magnetycznego wykazano, że przewlekły niespecyficzny ból krzyża związany jest z określonymi anatomicznymi i czynnościowymi zmianami w OUN. Co więcej, stwierdzono, że podobne zmiany można również wykryć u pacjentów cierpiących na inne przewlekłe schorzenia, takie jak: zapalenie stawów, przewlekłe bóle głowy i fibromialgia. U chorych z bólami krzyża zaobserwowano obustronne zaniki substancji szarej w obrębie kory przedczołowej, a także wzgórza, pnia mózgu, pierwotnej kory somatosensorycznej. Badania prowadzone przez Davida Seminowicza i współpracowników udowodniły, że wymienione zmiany w obrębie kory mózgowej mają charakter odwracalny, ustępują po leczeniu,

a poprawie anatomicznej towarzyszy również poprawa funkcji poznawczych, upośledzonych w czasie doświadczania przewlekłego bólu.

Ból krzyża można podzielić również według kryterium czasu trwania:

1. ostry epizod bólu krzyża (do 6 tygodni trwania),
2. podostry epizod bólu krzyża (7–12 tygodni trwania),
3. przewlekły epizod bólu krzyża (powyżej 12 tygodni trwania),
4. nawracający ból krzyża (występuje częściej niż dwa razy w ciągu roku, a jego całkowity czas trwania nie przekracza 6 miesięcy).



Rys. Licencja Artmedia Partners

Na przewlekłość dolegliwości bólowych wpływają trzy grupy czynników (tzw. żółte flagi):

1. czynniki osobnicze:

- * podeszły wiek, obniżona sprawność fizyczna, otyłość,
- * niski poziom wykształcenia,
- * duże natężenie bólu i duży stopień niepełnosprawności;

2. czynniki psychospołeczne:

- * depresyjny nastrój,
- * somatyzacja bólu,
- * silne przeżywanie dolegliwości;

3. czynniki zawodowe:

- * niezadowolenie z pracy,
- * niemożność otrzymania lżejszych obowiązków po powrocie do pracy,
- * konieczność podnoszenia ciężarów przez 3/4 dnia.

Leczenie

Leczenie to jest trudne i często nie przynosi zadowalających efektów. Zdecydowana większość przypadków dolegliwości bólowych kręgosłupa kwalifikuje się do postępowania zachowawczego, a umożliwienie choremu aktywności fizycznej jest jedną z podstawowych rekomendacji. Według dowodów medycyny opartej na faktach (EBM) jedynie holistyczne podejście do problemu w formie wielokierunkowego programu rehabilitacyjnego z elementami psychoterapii (terapia poznawczo-behawioralna, ćwiczenia relaksacyjne, biofeedback) może zmniejszyć natężenie bólu i poprawić jakość życia pacjenta. Jednakże metody fizykoterapeutyczne, stosowane często jako leczenie uzupełniające, wykazują w badaniach EBM niską skuteczność, podobnie jak techniki manualne, a doniesienia na

temat efektywności masażu w przewlekłym bólu krzyża są sprzeczne. Spośród metod inwazyjnych stosuje się blokady w celu obniżenia nadwrażliwości obwodowej czy mięśniowo-powięziowej (ostrzykiwanie punktów spustowych), termoleżę gałązek przyśrodkowych nerwów unerwiających stawy międzywyrastkowe, ostrzykiwanie wyrostków stawowych lub stawów krzyżowo-biodrowych, iniekcje kortykosterydów, stymulację rdzenia kręgowego. Jednakże rekomendacje EBM dotyczące metod inwazyjnych są często sprzeczne i niejednoznaczne. W farmakoterapii przewlekłego bólu krzyża zaleca się jako leki pierwszego wyboru: paracetamol, NLPZ (do 3 miesięcy, poziom A według EBM), leki przeciwdepresyjne (poziom A według EBM), kapsaicynę w plastrach (poziom A według EBM), leki zmniejszające napięcie mięśniowe (w tym krótkotrwale stosowane benzodwiazepiny – poziom A według EBM). Brak wiarygodnych badań na temat skuteczności stosowania tolperisonu, tizanidyny, flupirtyny. W postępowaniu przeciwbólowym należy wykorzystać również schemat WHO trzystopniowej drabiny analgetycznej z zastosowaniem słabych i silnych opioidów (jeżeli leki z pierwszego szczebla drabiny analgetycznej są nieskuteczne). W zaleceniach według EBM nie znalazły się leki przeciwdrgawkowe, choć wiadomo, że wykazują wysoką skuteczność w przypadku występowania komponentu bólu neuropatycznego.

Terapia powinna być dobierana indywidualnie dla każdego pacjenta, po uwzględnieniu wskazań i przeciwwskazań, zgodnie z dobrą praktyką kliniczną i rekomendacjami EBM. ■

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

BADANIA SPECJALISTYCZNE NAJNOWSZYM 3 TESLOWYM REZONANSEM:

Ortopedyczne, Neurologiczne,
Onkologiczne, Naczyniowe

ZAPEWNIAMY:

- ▶ Wyższą jakość i dokładność obrazowania w porównaniu do aparatów 1,5 Tesli
- ▶ Krótszy czas trwania badania w porównaniu do aparatów 1,5 Tesli
- ▶ Badania opisywane przez najlepszych radiologów
- ▶ Krótki czas oczekiwania na badanie i wynik badania
- ▶ Atrakcyjne ceny



ENEL-SPORT Centrum Ortopedii i Rehabilitacji
ul. Łazienkowska 3, Warszawa
Umawianie badań: 22 23 07 007*

*koszt według taryfy operatora



Udział witaminy K2 w zapobieganiu osteoporozie i chorobom układu krążenia

Dr hab. n. med. **Elżbieta Wasilewska-Dziubińska**,
prof. nadzw. CMKP,
Zakład Neuroendokrynologii Klinicznej CMKP

W krajach rozwiniętych osteoporoza (OP) i choroby sercowo-naczyniowe (ChSN) stanowią ważny problem zdrowia publicznego. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa narasta częstość ich występowania, prowadząc do wzrostu kosztów leczenia. Aktualnie uważa się, że w procesie starzenia się za rozwój OP i ChSN może być odpowiedzialny, poza innymi czynnikami, niedobór witaminy K2. W badaniach epidemiologicznych (Rotterdam Study), przeprowadzonych na populacji zamieszkującej Europę Środkową, wykazano odwrotną zależność między ilością witaminy K2 przyjętej w diecie a częstością występowania choroby wieńcowej oraz śmiertelności z powodu ChSN.

Historię witaminy K rozpoczęły w roku 1929 badania nad wpływem niskotłuszczowej diety na krzepliwość krwi u kurcząt, przeprowadzone przez Henrika Dama, który w roku 1943, wraz z Edwardem Doisyem, za odkrycie wpływu witaminy K na poziom protrombiny i krzepliwość krwi otrzymał Nagrodę Nobla. Czynnik antykrwotoczny rozpuszczalny w tłuszczach nazwano witaminą koagulacji, czyli witaminą K. Wyizolowano dwie jej postaci – witaminę K1 i witaminę K2. Witamina K1 – filochinon – występuje w zielonych warzywach liściastych: lucernie, szpinaku, brukselce, jarmużu, kapuście itp., oraz w olejach roślinnych. Witamina K2 natomiast to grupa związków określanych wspólnym mianem menachinonów – MK-n (n – od 1 do 13), które najlepiej poznanymi postaciami są MK-4 i MK-7. Menachinony syntetyzowane są przez bakterie fermentacyjne i występują w produktach pochodzenia zwierzęcego, takich jak mięso, jaja, sery, jogurty. MK-4 jest jedynym menachinonem w komórkach ssaków powstającym z witaminy K1 i z MK-7 (produkt fermentacji soi – natto).

Od roku 1970 wiadomo, że witaminy K1 i K2, jako kofaktory gamma karboksylacji kwasu glutaminowego, są aktywatorami białek zwanych „białkami Gla”, zawierających w swej strukturze kwas glutaminowy, który po gamma-karboksylacji nabiera powinowactwa do jonów wapnia.

Witamina K1 aktywuje białka Gla związane z układem krzepnięcia, znajdujące się w wątrobie, witamina K2 zaś – białka Gla pozawątrobowe, odpowiedzialne za prawidłową dystrybucję wapnia w organizmie – osteokalcynę i białko macierzy – Matrix Gla Protein (MGP).

Odkryta w 1975 r. osteokalcyna jest syntetyzowana w osteoblastach i odontoblastach pod wpływem działania witaminy D3. Po aktywacji przez witaminę K2 pobudza tworzenie tkanki kostnej, jej mineralizację i zapobiega resorpcji kości. Przy niskim wysyceniu tkanek witaminą K2 narasta produk-

cja niekarboksylowanej (nieaktywnej) osteokalcyny w tkance kostnej. Prowadzi to do uwalniania wapnia z kości i odkładania się go w tkankach miękkich, czego efektem może być m.in. zwapnienie ścian tętnic. Osteokalcyna jest biochemicznym markerem obrotu metabolicznego kości. Wysoki poziom niekarboksylowanej osteokalcyny jest markerem niskiego poziomu witaminy K w organizmie i wiąże się z ryzykiem złamań kości.

MGP – inhibitor odkładania się wapnia w ścianie naczyń krwionośnych jest syntetyzowany w mięśniach gładkich i w śródbłonku ściany naczyniowej. Niedobór witaminy K2

może zwiększyć ilość niekarboksylowanego MGP (nieaktywnego) i prowadzić do zwiększonego odkładania się wapnia w ścianie naczyniowej, a w konsekwencji – do rozwoju zmian miażdżycowych. Zwapnienie ściany naczyniowej jest procesem czynnym i odwracalnym pod wpływem działania witaminy K2.

Niedobór witaminy K2 może być przyczyną tzw. paradoksu wapnia, czyli braku wapnia w kościach i jego nagromadzenia w ścianie naczyniowej.

W badaniach nad patofizjologią

zwapnienia ściany naczyń krwionośnych wykazano, że zwapnienie ściany naczyniowej przypomina mineralizację kości, ponieważ komórki mięśni gładkich ściany naczyniowej mogą nabierać właściwości osteoblastów i wydelać zwiększone ilości białek morfogenetycznych kości, sprzyjając kalcyfikacji ściany naczyniowej. Uważa się, że wspólny patogenetyczny mechanizm rozwoju OP i powstawania zwapnień ściany naczyniowej jest związany z niedoborem witaminy K2.

Prawidłowy tkankowy poziom witaminy K2 pozwala na utrzymanie odpowiedniej dystrybucji jonów wapnia w organizmie i zapewnia zachowanie kości, serca i naczyń krwionośnych w stanie zdrowia. Niedobór witaminy K występuje w przypadku stosowania leków hamujących krzepliwość, niektórych antybiotyków, statyn, w diecie beztłuszczowej i w diecie o niskiej zawartości witaminy K, w zespole złego wchłaniania, chorobach nerek i wątroby. W krajach zachodnich w najbardziej rozpowszechnionej diecie witamina K1 stanowi około 80–90 proc. całkowitej podaży witaminy K, pozostała część to witamina K2, której źródłem (poza dietą) jest również konwersja innych form witaminy K do MK-4. Zalecane dzienne spożycie witaminy K (wszystkich form) wynosi 50–120 mikrogramów i dotyczy tylko wątrobowego zapotrzebowania, niezbędnego do syntezy czynników krzepnięcia krwi. Zapotrzebowanie innych tkanek nie zostało jeszcze oficjalnie określone i wymaga dalszych badań. ■

” **Prawidłowy tkankowy poziom witaminy K2 pozwala na utrzymanie odpowiedniej dystrybucji jonów wapnia w organizmie i zapewnia zachowanie kości, serca i naczyń krwionośnych w stanie zdrowia.**

Elektroniczna dokumentacja medyczna

w gabinecie lekarskim. Dlaczego warto?

INFORMATYZACJA SŁUŻBY ZDROWIA

Informatyzacja służby zdrowia jest długotrwałym i złożonym procesem, którego celem jest wprowadzenie rozwiązań poprawiających efektywność systemu ochrony zdrowia i usprawnienie zachodzących w nim procesów. Wprawdzie platforma P1 jest wciąż w fazie budowy, a informatyzacja szpitali to proces skomplikowany i długotrwały, jednak są obszary gdzie lekarz już teraz może pracować w sposób w pełni z informatyzowany. Jednym z takich obszarów jest prowadzenie gabinetów lekarskich, dla których stworzone zostało oprogramowanie GABOS Smart. To nowoczesne narzędzie informatyczne, które wspomaga przyjmowanie pacjentów i zarządzanie gabinetem, w tym: prowadzenie terminarza wizyt, rejestrowanie historii choroby oraz tworzenie i wystawianie dokumentów, takich jak recepty czy skierowania. To oprogramowanie jest przystosowane do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w sposób zgodny z przepisami. Dodatkowo oprogramowanie pozwala na rozliczenie wizyty z płatnikiem, co ma istotne znaczenie dla lekarzy posiadających kontrakt z NFZ.

GABOS SMART

GABOS Smart dostępny jest przez przeglądarkę WWW, dzięki czemu w łatwy sposób można korzystać z niego na dowolnym sprzęcie, np. tablecie. Wprowadzone do systemu dane są przechowywane w bezpiecznym i certyfikowanym centrum przetwarzania danych, działającym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Narzędzie oferowane jest w abonamencie, dostępne również w pakiecie z tabletem lub laptopem, a także kartą SIM i oprogramowaniem antywirusowym.

Dzięki GABOS Smart, bez względu na to gdzie jesteś, masz terminarz wizyt pacjentów zawsze pod ręką. Nie musisz już sięgać do setek papierowych dokumentów i nigdy ich nie zgubisz!

GABOS Smart to oprogramowanie stworzone przez profesjonalny zespół specjalistów współpracujący ze środowiskiem lekarskim, dzięki czemu możesz korzystać z intuicyjnego rozwiązania bez konieczności posiadania specjalistycznej wiedzy informatycznej.

NOWOCZESNE URZĄDZENIA

Proponowany tablet to nowoczesne urządzenie, wyposażone w panel Corning® Gorilla® Glass 3, które można łatwo czyścić, a powłoka tabletu jest odporna na kurz i wodę (stopień ochrony IP54), dodatkowo powłoka tabletu pokryta jest środkiem bakteriobójczym. Ochrona danych jest dodatkowo gwarantowana certyfikowanym czytnikiem kart Smart Card i pełnym szyfrowaniem dysku. Urządzenie wyposażono w dokładny system rejestracji dyktowanych treści z oprogramowaniem do niwelowania szumów. Dane można wprowadzać za pomocą piórka na ekranie z wielopunktowym interfejsem dotykowym lub za pomocą stacji dokującej na biurku, aby pracować jak na komputerze biurkowym.

DLA CZYTELNIKÓW MIESIĘCZNIKA OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

Przygotowano ofertę specjalną. Cena usługi to tylko 99 zł netto miesięcznie (cena bez opustu: 149 zł). Celem skorzystania z oferty prosimy podczas rejestracji usługi na stronie **www.gabosmart.pl** w formularzu rejestracyjnym wpisać w polu kod promocji słowo „PULS”





Fotografie: D. Hankiewicz

O etyce i kształceniu zawodowym

Przez dwa dni (13 i 14 maja 2016) uczestnicy Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy dyskutowali o problemach etyki i kształcenia zawodowego oraz sprawach regulaminowych, a także organizacyjnych samorządu lekarskiego. W toku obrad poruszono wiele zagadnień związanych z obecną sytuacją i planami w ochronie zdrowia.

W zgodzie z własnym sumieniem

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz przypomniał o ważnym dla lekarzy i lekarzy dentyistów wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 2015 r. w sprawie wniesionej przez NRL, dotyczącej działania lekarza w zgodzie z własnym sumieniem. Podkreślił, że TK wskazał, iż leczenie zgodnie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza. Michał Królikowski, prawnik, który reprezentował samorząd lekarski w tym postępowaniu, omawiając treść wyroku, powiedział, że klauzula sumienia wiąże się z etosem zawodu lekarza i lekarza dentyisty. Zaznaczył, że prawo do sprzeciwu sumienia jest prawem indywidualnym, zatem dotyczy osoby, a nie instytucji, ponadto wiąże się

z obowiązkiem jawności. Podkreślił, że klauzula sumienia wymaga odwagi. Przypomniał też, że to na administracji publicznej spoczywa odpowiedzialność za poinformowanie pacjenta, gdzie może uzyskać świadczenie, którego oczekuje.

Bioetyka

Wpływowi rozwoju techniki i postępu naukowego na zachowania społeczne, decyzje i podejmowane ryzyka poświęcony był wykład okolicznościowy Agnieszki Nogał, wykładowcy Uniwersytetu Warszawskiego. Mówiąc o bioetyce, która coraz częściej wkracza w obszar medycyny, prawa i nauk społecznych, zwróciła uwagę, że wiedza i stosowanie nowoczesnych narzędzi oraz terapii niosą zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Coraz częściej wykorzystanie zdobyczy nauki wiąże się z pytaniem, kto jest odpowiedzialny za decyzję i na podstawie jakich danych ją podejmuje? W przypadku medycznym – czy będzie to lekarz, czy może pacjent? Podkreśliła, że na gruncie bioetyki rozwija się także biopolityka.

Kodeks Etyki Lekarskiej

Zjazd podjął uchwałę zobowiązującą NRL do powołania zespołu ekspertów do dokonania analizy KEL pod kątem jego ewentualnej nowelizacji. Stwierdzono, że choć KEL nie wymaga pilnych zmian, być może kwestie bioetyczne, postęp

cywilizacyjny, zmiany w prawie będą warunkowały potrzebę znowelizowania jego zapisów. Na pewno niezbędna będzie szeroka dyskusja w środowisku lekarskim w tej sprawie.

Głos ministra

Uczestnicząc w zjeździe minister zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił najważniejsze założenia zmian w systemie ochrony zdrowia. Mówił m.in. o dekomercjalizacji szpitali, mapach potrzeb zdrowotnych, przejściu z systemu ubezpieczeniowego na obywatelski, a także kwestiach związanych z kształceniem lekarzy i lekarzy dentyistów. Ze wzruszeniem podziękował za wręczone odznaczenie „Meritus pro Medicis”. Minister Radziwiłł zaznaczył, że o kształcenie samorządu lekarskiego, samorządu dwóch zawodów – lekarzy i lekarzy dentyistów – decydują lekarze i lekarze dentyści. Podkreślił, że obecnie jest dobry czas, aby wprowadzać zmiany, i zachęcał samorząd lekarski do zgłaszania takich propozycji.

Specjalizacja – jak szkolić?

O problemach i barierach w kształceniu młodych lekarzy mówił Romuald Krajewski, wiceprezes ORL w Warszawie, przedstawiając wyniki badania przeprowadzonego przez Ośrodek Informacji, Studiów i Analiz NIL. W badaniu wzięło udział 2691 medyków w wieku do 35 lat. Na pytania dotyczące rekrutacji, przebiegu szkolenia, egzaminu specjalizacyjnego ankietowani wypowiedzieli się zdecydowanie negatywnie. Pozytywne opinie dotyczyły opiekunów, umiarkowane – programu szkolenia. Wyniki ankiety pokazują dobitnie, jak duże są potrzeby i oczekiwania młodych lekarzy w zakresie zmian w szkoleniu specjalizacyjnym. Filip Dąbrowski z Komisji Młodych Lekarzy powiedział, że środowisko lekarskie musi z tym problemem coś zrobić. Prezes Hamankiewicz podkreślił, że kształcenie jest kwestią kluczową, i zgłosił propozycję skierowania do ministra zdrowia apelu o przypisanie kwestii kształcenia podyplomowego samorządowi lekarskiemu.

Sprawy regulaminowe

Duże emocje towarzyszyły zgłoszeniu poprawki do projektu zmiany uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich. Wolą wnioskodawców było, aby głosy oddane przez lekarzy dentyistów na lekarzy dentyistów liczone były w stosunku 4:1. Agnieszka Ruchała-Tyszler, wiceprezes NRL i przewodnicząca Komisji Stomatologicznej, apelowała o poparcie projektu, jednakże uczestnicy zjazdu większością głosów odrzucili propozycję. Wśród przeciwników poprawki nie brakowało lekarzy dentyistów. Ładysław Nekanda-Trepka, przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej z OIL w Warszawie, powiedział, że zasady demokratycznego głosowania są jednoznaczne i każdy ma jeden głos. Propozycję poprawki określił jako wadliwą prawnie.

Podczas obrad podjęto uchwały w sprawie regulaminu Krajowego Zjazdu Lekarzy, regulaminów wewnętrznych urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich, a także uchwały zmieniającej: uchwałę w sprawie ustalenia liczby członków organów NIL i Krajowej Komisji Wyborczej, uchwałę w sprawie regulaminu NRL, uchwałę w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych.



Apele i stanowiska

Emocji nie zabrakło także w dyskusji nad zgłoszonymi projektami dwóch przeciwstawnych stanowisk dotyczących systemu finansowania w ochronie zdrowia. Jedno wyrażało poparcie dla zmiany systemu na budżetowy, o którym wspominał w swym wystąpieniu minister Radziwiłł, w drugim popierano dotychczasowy system ubezpieczeniowy. Argumentując „za” lub „przeciw”, podkreślano, że samorząd lekarski powinien stosować zasadę kontynuacji, gdyż w uchwale programowej Krajowego Zjazdu Lekarzy w 2001 r. wyrażono poparcie dla modelu ubezpieczeniowego. Ponadto wskazano, że obecnie zjazd nie dysponuje pełną wiedzą na temat nowych rozwiązań systemowych, aby poddać je pod głosowanie. Delegaci powiedzieli się za odrzuceniem projektów obu stanowisk.



Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy podjął 2 stanowiska i 19 apeli. Zaapelował m.in. do rektorów uczelni medycznych o stosowanie tekstu przyrzeczenia lekarskiego tożsamego z zawartym w preambule Kodeksu Etyki Lekarskiej. Wśród apeli skierowanych do ministra zdrowia kilka dotyczyło omawianych podczas zjazdu spraw związanych z kształceniem. Apele wystosowano m.in. w sprawie przekazania NIL zadań z zakresu kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów, rozdziału jednostek prowadzących szkolenie w module podstawowym i specjalistycznym, możliwości składania egzaminu specjalizacyjnego w trakcie ostatniego roku studiów, przywrócenia jawności pytań z Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego oraz wprowadzenia jawności pytań z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. ■

ach



fot. egw

Etos służby wartościom a rzeczywistość

fragmenty Wykład inauguracyjny w ASP w Warszawie z 8 października 2014 r.

Tadeusz Tołłoczko

Etos sztuki w zrozumieniu profana

Powolałam się na Jana Parandowskiego: „Wynaleziono pług, aby zaspokoić głód chleba, wynaleziono sztuki piękne, aby zaspokoić głód piękna”. Czy zatem sztuki piękne mogą nie wyrażać piękna? Piękno powinno przekraczać granice sztuki jako element estetyzacji życia.

Ale dla mnie, jako profana, sztuka łączy się nieodłącznie z triadą platońskich wartości: z prawdą, pięknem i dobrem. A zauważmy, że to są przecież równocześnie wartości etyczne. Piękno jest natomiast jedną z zasadniczych wartości życia ludzkiego.

Medytacja nad sztuką może więc inicjować moralną refleksję. Brak którejkolwiek z tych trzech idei Platona oznaczać może, że i życie, i sztuka tracą sens.

Oczywiście nie wolno mieszać prawdy i fałszu. Prowadzi to bowiem nieuchronnie do metody: „małe prawdy, duże kłamstwa”. Współcześnie sztuka staje się dziedziną wysokich, stale rosnących kompetencji. Toteż ja – mimo że jako profan nie znam tajemnic sztuki ani artystycznego warsztatu – muszę się wypowiedzieć, że sztuka powinna szukać zagubionego prawdziwego sensu życia, a nie sztucznych emocji i ekscytacji na płaszczyźnie zbyt liberalnej i permissywnej moralności. Przekazywane kłamstwo, brutalność, przemoc stają się bowiem dla bezrefleksyjnego odbiorcy normalnością.

Pomimo powyższych uwag jestem optymistą, czyli zapewne człowiekiem niedoinformowanym, choć wiem też, że optymizm zamiast rozumu nie jest dobrą alternatywą. Sądzę jednak, że zaczyna działać mechanizm wahadła, który widoczny już jest w gospodarce. Po maksymalnym wychyleniu w kierunku prymitywnej bezwartościowości zaczynamy cenić wartości nieprzemijające.

Dziś młodzież zaczyna szukać innego, kreatywnego, a nie konsumpcyjnego wymiaru życia. Pojawia się fascynacja wartościami wewnętrznymi. Młodzi chcą się pozytywnie wyróżnić z anonimowego, rozkrzyczanego tłumu. Nie krzykiem, nie prymitywną demonstracją bogactwa czy nagością swojego ciała.

Współczesna młodzież zaczyna chcieć być sobą. Odmawia chodzenia na skróty. Zaczyna wyczuwać fałsz koniunkturalizmu, oportunisty i niszczyielską skuteczność pozorów.

Jest to postawa, która wymaga wyrzeczeń. I tu, Droga Młodzieży, chcę Wam dać radę. Zróbcie sobie taki etyczny kosztorys czy biznesplan. W wyniku Waszego myślenia i działania koszt bycia człowiekiem uczciwym, człowiekiem z klasą, w miarę upływu czasu będzie maleć, a rosnąć zaczną niewidoczne na początku zyski. Prawda, sens i dobro zaczną się opłacać!!! Trzeba jednak pozbyć się mentalności szlachetnego kibica czy nawet tylko gapia. Trzeba więc działać jak człowiek samodzielnie myślący, a myśleć jak człowiek czynu.

Życmy sobie, aby etos naszej sztuki i nauki był wyrazem doskonałości i piękna, abyśmy stali się krajem wysokich standardów, również moralnych. Ażeby w Polsce zapanowały „miłość wzajemna i dobro” oraz sens. A to jest warunkiem i gwarantem utrzymania i rozwoju naszej polskiej tożsamości. ■



fot. egw

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 19.

Chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół, a także do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego.

Zdarza się, że więcej problemów niż sam chory przysparzają lekarzowi jego bliscy. Bywa, że to oni domagają się informacji o stanie zdrowia pacjenta, żądają podejmowania określonych działań (czasem wcale nie najkorzystniejszych dla chorego, czasem o charakterze terapii uporczywej), są natarczywi, nieuprzejmi (niektórzy wręcz agresywni).

Co do zasady, lekarz powinien odnosić się do takiego postępowania ze zrozumieniem. Należy bowiem zakładać, że większość takich zachowań wynika z emocji związanych z chorobą (szczególnie poważną lub zagrażającą życiu lub przyszłej sprawności) bliskiego, lękiem o jego bezpieczeństwo, troską o jego dobro lub niepewnością, czy podejmowane wobec niego działania personelu są wynikiem najlepszego wyboru.

Rozumiejąc to wszystko, lekarz powinien zachować daleko posuniętą powściągliwość w reagowaniu, nawet gdy zachowania bliskich pacjenta są trudne do zaakceptowania. Powinien raczej być gotowy do empatii wobec tych osób i, oczywiście w granicach przepisów (z zachowaniem prawa pacjenta do dysponowania informacjami o sobie, np. do zachowania ich w tajemnicy), do tłumaczenia im zawitych kwestii medycznych i pocieszania. Niezależnie od spełniania obowiązków etycznych w tym względzie, warto także dostrzegać rolę ztroskanych dołą chorego bliskich w jego pielęgnacji, opiece nad nim, a także przywracaniu mu zdrowia i sprawności.

Na marginesie art. 19 KEL warto także uświadomić sobie, że lekarz powinien starać się zapewnić choremu najlepszą opiekę, a to oznacza nie tylko opiekę chirurgiczną, farmakologiczną czy nawet psychologiczną, ale także duchową. Tę ostatnią często utożsamia się z postugą religijną, co nie jest do końca prawdą. ■





Fot. archiwum

O odszkodowaniach dotyczących błędów lekarskich

Filip Niemczyk, adwokat

Media regularnie podają informacje o coraz wyższych odszkodowaniach zasądzanych przez sądy w związku z błędami w sztuce lekarskiej. Informacja o „rekordowym odszkodowaniu” jest zazwyczaj jedną z wiadomości dnia. Odszkodowania sięgają już nie setek tysięcy, ale milionów złotych. W jakim kierunku zmierza, a w jakim powinna zmierzać kwestia odszkodowań za błędy?

Sensacyjny ton informacji medialnych może wydawać się niestosowny. Trudno mu się jednak dziwić w czasach, kiedy każda informacja musi być „newsem”. Sprawa o błąd w sztuce lekarskiej wiąże się zazwyczaj z trudną, czasem wręcz dramatyczną z perspektywy pacjenta i jego rodziny historią, w której zasądzenie okazałej rekompensaty nie raz poprzedza kilkuletnia batalia sądowa. Powolne tempo rozstrzygnięcia spraw w polskich sądach potęguje wrażenie, że odszkodowanie w sprawie przeciwko szpitalowi czy towarzystwu ubezpieczeń należy się nie tylko jako konsekwencja nieprawidłowo przeprowadzonego leczenia, ale też jako wynagrodzenie za długi czas oczekiwania na decyzję o jego otrzymaniu. Finałem tej drogi jest kwota, którą dziennikarze najchętniej opisyaliby jako „zawrotną” lub „ogromną”.

Zjawisko zasądzania coraz wyższych odszkodowań od szpitali i lekarzy obserwowane jest w wielu krajach. Emblematycznym przypadkiem są Stany Zjednoczone, gdzie ryzyko procesów sądowych stało się jednym z głównych czynników wzrostu kosztów świadczeń medycznych, a najpoważniejszą finansową barierą wykonywania zawodu lekarza przestał być koszt studiów medycznych, lecz stała się wysokość składki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Ryzyko kosztownego procesu powoduje również, że coraz większy nacisk kładzie się na drobiazgowo określenie procedur medycznych, co z jednej strony prowadzić może do podwyższenia standardów, ale z drugiej – do promowania mechanicznego i asekuranckiego podejścia do chorego.

Nie można dziwić się pacjentom lub ich rodzinom, że decydują się wystąpić na drogę sądową. Uszczerbek na zdrowiu i autentyczne poczucie krzywdy uzasadniają roszczenie o rekompensatę. To biegli sędziwi wydają opinię, czy w danym przypadku mamy do czynienia z błędem lekarza. Sąd ocenia natomiast, czy pacjent wyraził świadomą zgodę na zabieg, czy był prawidłowo poinformowany o ryzyku następstw leczenia, i ustala wysokość odszkodowania.

Na odszkodowanie zasądzone w sprawach o błąd lekarski składają się trzy elementy: rekompensata szkód majątkowych, renta związana z utratą możliwości pracy lub zwiększeniem potrzeb i zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową. Dwa pierwsze elementy mają charakter wymierny i obiektywny. Wysokość odszkodowania w tej części ustalana jest przede wszystkim na podstawie dokumentów i czynników policzalnych, takich jak wysokość dotychczasowych zarobków oraz koszty przyszłego leczenia. O skali zasądzanego odszkodowania decyduje przede wszystkim element

szkody niemajątkowej, na który składa się kwota rekompensaty za ból, cierpienie fizyczne i psychiczne, wpływ zdarzenia na życie osobiste i rodzinne. Są to niewątpliwie okoliczności ocenne i niewymierne. Orzecznictwo polskich sądów wypracowało wiele zasad obliczania zadośćuczynienia, aczkolwiek przede wszystkim tego elementu dotyczy swoboda sędziowska. Nie ulega przy tym wątpliwości, że wysokość zasądzonych odszkodowań z roku na rok rośnie, z całą pewnością szybciej aniżeli poziom inflacji czy stopień zamożności społeczeństwa. Z roku na rok rośnie również liczba spraw, które w związku ze zdarzeniami medycznymi składane są w sądach. Potwierdzają to nie tylko częste doniesienia prasowe, ale także dane publikowane przez rzecznika praw pacjenta.

Tylko do pewnego stopnia swoją rolę spełniły wojewódzkie Komisje ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Ich zaletą jest szybka i uproszczona procedura, ale ograniczony czas, jaki ma pacjent na złożenie wniosku, jak również ustawowe limity przyznawanych odszkodowań (zakażenie, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia – 100 tys. zł, śmierć pacjenta – 300 tys. zł) powodują, że część poszkodowanych mimo wszystko decyduje się na sąd powszechny.

Zgodnie z ostatnio publikowanymi informacjami, wspomniane komisje mają być zastąpione państwowym funduszem, który wypłacać będzie poszkodowanym w zdarzeniach medycznych kwotę rzędu 780 zł za każdy procent uszczerbku na zdrowiu. Ideą powołania funduszu jest szybka procedura i odstąpienie od szukania winnych błędów wśród personelu medycznego. Fundusz miałby zastąpić wspomniane komisje.

Uważam, że potrzebny jest społeczny konsensus i odpowiednie regulacje prawne dotyczące odszkodowań za błędy. Środki wypłacane z tego tytułu (przy coraz wyższych składkach ubezpieczeń) pochodzą w znacznej mierze z budżetu publicznej służby zdrowia, który powinien służyć finansowaniu leczenia, a nie procesów sądowych. Decyzje w sprawie wypłaty odszkodowań muszą zapadać szybko, aby długotrwały spór nie zwiększał negatywnych następstw dla osób poszkodowanych, a w konsekwencji także wysokości żądanych kwot. W moim przekonaniu w interesie wszystkich zainteresowanych: lekarzy, placówek medycznych i pacjentów, leży jasne określenie i efektywne realizowanie zasad wypłaty odszkodowań oraz ich przewidywanej wysokości.

Konieczne jest również odbudowywanie zaufania między lekarzami i pacjentami, w szczególności przez rozwój mediacyjnych sposobów rozwiązywania sporów. Część spraw z pewnością nie trafiłaby do sądu, gdyby na wczesnym etapie doszło do próby porozumienia placówki medycznej z pacjentem. Takie porozumienie nie musi polegać wyłącznie na wypłacie określonej kwoty pieniężnej, a ugoda jest dla obu stron lepszym rozwiązaniem aniżeli wyrok, nawet mający charakter kolejnego „rekordu”. ■

Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało zmniejszenie liczby specjalizacji lekarskich. – Ja wiem, że to, co teraz powiem, będzie bardzo kontrowersyjne, ale z całą pewnością odejdziemy od 94 specjalizacji lekarskich, które mamy teraz w Polsce. Ta sytuacja zaszła za daleko – zapowiedział na spotkaniu we Wrocławiu wiceminister zdrowia Jarosław Pinkas. A co o tym myślą lekarze?

Badanie przeprowadził portal Esculap.com. Elektroniczną ankietę wypełniło 857 medyków. Zdecydowana większość udzielających odpowiedzi (79 proc.) była zdania, że aktualna liczba możliwych do uzyskania specjalizacji jest za duża. Co ósmy lekarz (13 proc.) stwierdził, że liczba ta odpowiada bieżącemu potrzebom systemu ochrony zdrowia w naszym kraju i nie należy jej zmniejszać, a 4 proc. poparło pomysł dodania nowych specjalizacji do istniejącej listy. Również 4 proc. ankietowanych przyznało, że nie ma zdania w tej sprawie.

Wielu lekarzy podzieliło się swoimi uwagami w przestanych do redakcji listach oraz komentarzach dopisanych pod ankietą. Oto niektóre zarejestrowane wypowiedzi:

„Jestem neurologiem »od dorosłych«. Kilka lat temu pracowałam na Górnym Śląsku w poradni specjalistycznej i wówczas prawie z dnia na dzień została zlikwidowana Poradnia Neurologiczna dla Dzieci w Katowicach, bo padające na twarz dwie lekarki (na całe województwo!) zburowały się i odeszły. Wszystkie lokalne poradnie dla dorosłych

Medycyna w 94 kawałkach

dostały nakaz przyjmowania dzieci powyżej trzeciego roku życia. Miałam weekend na przypomnienie sobie podstaw. I co? Nic. Wszyscy dali radę! Jestem zdania, że bardzo wąskie specjalizacje są wynaturzeniem. Uzasadnienie miałyby jedynie w wysokospecjalistycznych ośrodkach”.

„Przestańcie wreszcie gadać, a zróbcie te zapowiadane zmiany. Po co komu tyle specjalizacji? Mój profesor mawiał: »Panie kolego, ma pan dyplom, niech pan leczy, a nie odsyła problem od siebie«. Po co komu hipertensjologia, endokrynologia, rehabilitacja, a nawet kardiologia. Powrócić do czterech podstawowych specjalizacji: interny, chirurgii, pediatrii, ginekologii. W ramach tych specjalizacji dodawać podspecjalizacje ze słowem »inwazyjna«. Internista z dawnym drugim stopniem powinien leczyć wszystko, bez ginekologii i kardiologii inwazyjnej. Teraz z urazem kolana chory szuka tylko ortopedy, chirurg nie wystarczy. Tego państwowego systemu ubezpieczeń nie zniesie”.

„Szczególny Kolego, z hipertensjologią i endokrynologią (w warunkach polskich – tyreologią) – pełna zgoda. Z kardiologią nie za bardzo, wystarczy spojrzeć na leczonych pacjentów kardiologicznych. Poza tym internista, nawet jak się



Rys. wg licencji Artmedia Partners

nauczy badać echo serca, co w warunkach ambulatoryjnych jest konieczne, to kosztem dużej straty czasu, co skutkuje błędami oceny. Nie można robić wszystkiego”.

„Uważam, że należy się dobrze zastanowić, zanim likwiduje się jakąś specjalizację. Jeżeli powstała, to na skutek potrzeby. I nie sądzę, że tylko dla jakiegoś tam pana profesora. W ramach uproszczeń można wylać dziecko z kąpielą”.

„A co Wam, Koledzy i Koleżanki, przeszkadza hipertensjologia? Dla mnie ta specjalizacja jest uzupełnieniem nefrologii, świetnie to działa i wychodzi ludziom na zdrowie. Spójrzcie wszyscy antyhipertensjology: robimy specjalizacje za swoje pieniądze, uczymy się w wolnym czasie, nikt nie odlicza naszych kosztów nauki od podatków. To co kogo obchodzi, co ja robię w wolnym czasie i za swoje pieniądze?”.

„Do hipertensjologa. »Wychodzi na zdrowie« głównie Tobie, ale czy pacjentom, nie jestem pewien :). Pacjent czeka z niewyrównanym ciśnieniem w kolejce miesiącami na wizytę u hipertensjologa. W normalnych krajach nadciśnienie leczą lekarze rodzinni i tyle. Sam pracowałem jako internista w Polsce przez dziesięć lat oraz jako lekarz rodzinny

w UK (ponad dziesięć lat) i nigdy nie zdarzyło mi się odesłać do specjalisty pacjenta z nadciśnieniem. Nie wiem dlaczego, ale polscy specjaliści myślą, że rodzinni to zupełnie inne książki i artykuły czytają. Już 30 lat temu w USA udowodniono, że rezultaty leczenia cukrzycy przez diabetologa i pielęgniarkę diabetologiczną są takie same”.

„Nierozumiałe jest wyodrębnienie endokrynologii dziecięcej i endokrynologii ginekologicznej + rozrodczość. Specjalizacja z endokrynologii powinna wystarczyć, jak ktoś chce się specjalizować np. w rozrodczości, to można podejść do zdawania certyfikatu ESHRE. To jest najlepsze sprawdzenie wiedzy i umiejętności, a nie egzamin przed komisją. Podobnie ze specką z medycyny perinatalnej. Specjalizację w ramach egzaminu komisyjnego uzyskali np. ci, których ze świecą szukać na liście certyfikowanych przez Fetal Medicine Foundation lekarzy z umiejętnością wykonywania badań prenatalnych. Chcesz się specjalizować w tej dziedzinie, spędź dwa lata pod okiem Nicolaidesa albo u Gratacosa i będziesz miał ten certyfikat”.

„Liczba specjalizacji nie wynika z czyjegosiś widzimisię, lecz z szybkiego powiększania się puli wiedzy, wiedzy nie do opanowania w ramach specjalizacji głównych. Internista nie będzie jednocześnie dobrym kardiologiem, alergologiem czy endokrynologiem”.

„Szanowny Kolego, niestety, to błąd myślowy: nie wszyscy np. interniści leczą wszystkie choroby i we wszystkich mają szczegółową wiedzę i doświadczenie. Jeden zajmuje się bardziej kardiologicznymi przypadkami, inny pulmonologicznymi itd., co nie oznacza, że jak leczy wielu chorych z nadciśnieniem, to ma być od razu hipertensjologiem. Ta akurat specjalizacja powstała na potrzeby zapchaj dziury jakiegoś świeżo upieczonego profesora, któremu trzeba było dać katedrę na uczelni, a takowej nie było. Podobnie, podejrzewam, miała się sprawa z dziećmi specjalizacjami w zakresie neurologii, laryngologii itp.”.

„Zdecydowanie brakuje jakiegoś »nadspecialisty« (miał to być lekarz rodzinny), który poradziłby choremu, co ma robić w praktyce. Przychodzą bowiem pacjenci i mówią: by-

łem u gastrologa, ale powiedział, że to niegastrologiczne, byłem u hematologa – niehematologiczne, no to przyszedłem jeszcze do pani...”.

„Rzeczywiście, jako lekarz rodzinny mam czasem wrażenie, że jesteśmy ostatnią deską ratunku. Pacjent był już wszędzie, no to na koniec poszedł jeszcze do lekarza rodzinnego. Często sprawa okazuje się błaha. Mój kolega – lekarz ogólny – przepisał pacjentowi na bóle kręgosłupa olfen. Pacjent udał się do pewnego profesora wąsko wyspecjalizowanego, zapłacił 300 zł za wizytę i wyszedł z... receptą na majamil (sic!)”.

„Každy z nas ma swoją działkę, ale powinien również pamiętać i aktualizować swoją wiedzę z innych dziedzin medycyny (przynajmniej w podstawowym zakresie). Będziecie zdziwieni, jak często jest to przydatne i może uratować zdrowie i życie chorego. Sam wiele razy byłem uczestnikiem bądź świadkiem takich sytuacji. Przy okazji zyskujemy podziwi i uznanie wśród koleżanek i kolegów po fachu oraz unikamy drwin w rodzaju: »Co to jest podwójnie ślepa próba? Kiedy dwóch chirurgów ogląda EKG«”.

Ostatni z zacytowanych komentarzy wydaje się najlepszym podsumowaniem dyskusji o specjalizacjach. Jeden z włoskich naukowców i lekarzy Giorgio Salvatore powiedział kiedyś: „Średnio co pięć lat wiedza medyczna staje się przestarzała w 50 proc., co znaczy, że po dziesięciu latach jest przestarzała w 75 proc. W wyniku tego piętnaście lat po otrzymaniu dyplomu lekarz, który nie uczy się stale, jest jedynie... 1/8 pełnego lekarza”.

Na zakończenie wróćmy do wypowiedzi wiceministra zdrowia Jarosław Pinkasa, który uspokoił lekarzy obawiających się utraty uzyskanych specjalizacji: – *Oczywiście pozostaną umiejętności i żadnych praw nabytych nie będziemy zabierać.*

Jarosław Kosiaty

Autor jest lekarzem i wykładowcą uniwersyteckim. Od 2000 r. pełni obowiązki redaktora naczelnego portalu dla lekarzy Esculap.com.



Podziękowanie

Zwracam się z wyrazami wielu serdecznych podziękowań dla Panów dr. Jana Pertkiewicza i dr. Sławomira Kozieł z Pracowni Endoskopii Zabiegowej Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha za niezwykle precyzyjne i po mistrzowsku wykonane zabiegi. Życzę obu Panom wielu dalszych radosnych sukcesów w tak pionierskiej, nowoczesnej i niezwykle trudnej działalności. Moja głęboka wdzięczność dotyczy również Pana prof. Krzysztofa Zieniewicza, który przed 10 laty z niezwykle cierpliwą starannością sprawił, że mogłem tego zabiegu doczekać i przez kolejne lata wykazywał niezwykle serdeczność i życzliwość w prowadzeniu tak zwanego trudnego pacjenta.

Ryszard Markert

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie (03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25) pilnie **zatrudni** na stanowisku: lekarza – członka komisji lekarskiej ZUS, lekarza posiadającego II stopień specjalizacji, w szczególności w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii, medycyny pracy, ortopedii, psychiatrii, neurologii. Tel.: 22-590-20-09.

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Otwocku zatrudni lekarzy ze specjalizacją, w trakcie lub chcących się specjalizować/otworzyć specjalizację szczegółową, a także na dyżury do: oddziału wewnętrznego, izby przyjęć, oddziału ginekologiczno-położniczego, OIOM, oddziału pediatrycznego, NPL, a także do poradni: okulistycznej, laryngologicznej dziecięcej, onkologicznej, ginekologicznej, medycyny pracy oraz pracowni diagnostyki obrazowej. Tel.: 22-778-26-10, e-mail: sekretariat@pcz-otwock.pl



Fot. archiwum

Dzień otwarty szpitali uniwersyteckich w Paryżu

Krystyna Knypl

Już po raz trzeci mieszkańcy stolicy Francji, a także wszyscy zainteresowani z innych miast i krajów mogli odwiedzić paryskie szpitale uniwersyteckie i poznać bliżej ich funkcjonowanie, poszerzyć swoje umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy, wysłuchać wykładów o nowych odkryciach, zobaczyć wnętrza karetki pogotowia ratunkowego.

Program przewidywał zajęcia dla dzieci, które mogły złożyć wizytę w Szpitalu dla Pluszaków. Z jakim specjalistą mogły się tam spotkać? Oczywiście z pluszakologiem (po francusku *nounoursologue*), który pluszakiom po odbytej kuracji w szpitalu wystawiał *Certificate de bravoure de l'Hôpital des Nounours*, czyli Certyfikat Odwagi ze Szpitala dla Pluszaków. Kuracja polegała na podłączeniu kropłówki lub założeniu gipsu na złamaną nogę pluszaka. Prawdziwego gipsu – dodajmy!

Hôpital Necker

Najciekawszy moim zdaniem program oferował Hôpital Necker, którego goście mogli poznać zasady udzielania pierwszej pomocy, obejrzeć wnętrza nie tylko typowej karetki pogotowia ratunkowego, ale także karetki spełniającej funkcję centrali dowodzenia w akcjach udzielania pomocy na większą skalę (szerzej o programie pod adresem <http://hopital-necker.aphp.fr/30-mai-journee-portes-ouvertes-de-lhopital-necker/>).

Szpital został ufundowany w 1778 r. przez Suzanne Necker z domu Curchod. Początkowo przyjmował tylko dorosłych, ale od 1801 r. leczy także dzieci. Jest placówką uniwersytecką afiliowaną przy Université Paris Descartes (jednym z 13 autonomicznych uniwersytetów paryskich). Uważa się go za najstarszy szpital pediatryczny na świecie.

Fundatorka znana była współczesnym nie tylko z działalności filantropijnej. Jej mąż Jacques Necker był ministrem finansów w rządzie króla Ludwika XVI, a córka Germaine to słynna powieściopisarka i publicystka Madame de Stael. Pani Necker prowadziła salon, w którym bywało wiele osobistości Paryża.

Najsłynniejszym lekarzem ze szpitala Necker jest René Laennec, który w 1816 r. wynalazł stetoskop.

Współczesny szpital Necker jest ośrodkiem referencyjnym dla leczenia takich schorzeń jak: młodzieńcze zapalenie stawów, niedobory immunologiczne, padaczka, choroby nerwowo-mięśniowe, zaburzenia metabolizmu, rzadkie choroby układu krążenia i przewodu pokarmowego (pełną listę

można znaleźć pod adresem https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital_Necker-Enfants_malades).

W placówce przeprowadzono pierwszą transplantację nerki w Europie. Dokonał jej w 1952 r. prof. Jean Hamburger. Tu kształcili się także polscy nefrolodzy przygotowujący się do pierwszego polskiego przeszczepu nerki, który miał miejsce w 1967 r.

Nieprzerwana tradycja osiągnięć szpitala Necker znajduje potwierdzenie w najnowszym rankingu szpitali publicznych przeprowadzonym przez tygodnik „Le Point”. 20 sierpnia 2015 r. ogłoszono, że zajął pierwsze miejsce wśród 1400 ocenianych francuskich szpitali publicznych.

Sala operacyjna

Podczas dnia otwartego Hôpital Necker najciekawsza była możliwość zwiedzenia prawdziwej sali operacyjnej. Aby wziąć udział w tym niecodziennym zdarzeniu, trzeba było zapisać się drogą e-mailową u organizatorów. Poszczególne grupy po sprawdzeniu listy obecności udawały się na zwiedzanie, które trwało ponad godzinę. Na początek pokazano salę przedoperacyjną, gdzie dzieci z rodzicami są informowane o tym, co będzie się działo na sali operacyjnej. Poznają także niektóre elementy wyposażenia, m.in. maskę anestetyczną, aparat do pomiaru ciśnienia krwi, pulsoksymetr. Nie od dziś wiadomo, że wszystko, co jest oswojone, nie wydaje się już takie groźne. Rodzice i dzieci mogą wcześniej zobaczyć, co będzie się działo podczas pobytu w szpitalu, oglądając krótki film edukacyjny dostępny na You Tube, warto kliknąć: <https://www.youtube.com/watch?v=-iUMW1p2IB0>.

Na sali pracuje fachowy personel, a także wolontariusze – studenci medycyny lub emerytowani lekarze, pielęgniarki oraz inne osoby odpowiednio przeszkolone. Często są to starsze panie realizujące się w roli babci. Te zacne osoby noszą różowe fartuchy, pielęgniarki bordowe, a lekarze tradycyjnie białe.

Zwiedzających salę operacyjną ubrano w fartuchy ochronne, czepki, ochraniacze na buty, konieczna była także krótka dezynfekcja dłoni. Potem ruszyli trasą, którą przebywa pacjent. Najpierw trafili do sali operacyjnej, w której odbyła się demonstracja wszystkich urządzeń oraz prezentacja zasad ubierania się zespołu operacyjnego, pokaz zestawów narzędzi i zasad ich podawania chirurgowi. Na stole operacyjnym leżała lalka wymagająca operacji ortopedycznej. Po operacji (udanej!) wszyscy przeszli do sali pooperacyjnej i poznali zasady jej funkcjonowania.

Gdy dziecko po zabiegu dotrze do tego miejsca, personel dzwoni do rodziców i informuje, że operacja już się skończyła. Jeśli nie może się dodzwonić, wysyła SMS. Po wybu-



Fot. K. Knypl

dzeniu się dziecko jest obserwowane na tej sali, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. W tym miejscu rodzice mogą dziecko odwiedzić. Gdy stan zdrowia jest odpowiedni, dziecko opuszcza salę pooperacyjną z Dyplomem Odwagi i przejeżdża na zwykłą salę szpitalną.

Powrót do domu

W przypadku operacji wykonywanych w trybie jednodniowym dziecko może wrócić do domu, jeśli jego stan ogólny jest dobry, nie gorączkuje, oddało mocz, może pić i jeść.

Powinny je odebrać dwie dorosłe osoby. Jeżeli dziecko odbiera tylko jeden rodzic, szpital zamawia taksówkę, której koszt jest częściowo refundowany w ramach ubezpieczenia. Wymóg ten jest związany z koniecznością stałego obserwowania dziecka przez osobę dorosłą, która nie może być pochłonięta prowadzeniem samochodu.

Możliwość obejrzenia z bliska i bez stresu funkcjonowania szpitala jest znakomitą sposobem na oswojenie choroby i operacji, tym bardziej że zabiegi edukacyjne prowadzą prawdziwi mistrzowie, godni naśladowania przez wszystkich. ■

Prof. Henryk Skarżyński wyróżniony podczas CI 2016

W maju w Toronto odbyła się XIV Międzynarodowa Konferencja Implantów Ślimakowych i Innych Technologii Wszczepialnych (CI 2016). Prof. Henryk Skarżyński otrzymał najwyższe wyróżnienie za nadzwyczajny wkład w rozwój nauki i medycyny oraz zapewnienie optymalnych możliwości komunikacji międzyludzkiej. Nagroda została przyznana za przywództwo i inspirowanie swoim przykładem społeczności międzynarodowej przez stworzenie cieszącego się światową renomą ośrodka medycznego, poświęconego chirurgicznemu leczeniu zaburzeń słuchu, oraz niestrudzone orędownictwo na rzecz osób z zaburzeniami słuchu na całym świecie.

Organizatorem konferencji, które odbywają się co dwa lata w różnych częściach świata, jest Amerykańskie Sto-

warzyszenie Implantów Ślimakowych (American Cochlear Implant Alliance) we współpracy z Uniwersytetem w Toronto oraz prezydentami poprzednich zjazdów. Konferencja w Toronto była największym i najbardziej prestiżowym międzykontynentalnym spotkaniem specjalistów, poświęconym zagadnieniom implantów słuchowych, słuchu, audiologii i opieki nad osobami niesłyszącymi i niedosłyszącymi. Wzięło w niej udział blisko 2000 uczestników z całego świata. Polskę reprezentowała 7-osobowa delegacja ze Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach, która przygotowała 22 prace prezentujące wyniki badań naukowych i klinicznych w oparciu o jedną z największych w świecie grup pacjentów z różnymi problemami słuchu leczonych za pomocą urządzeń wszczepialnych. ■

Renata Korneluk

Realności i marzyciele

Interna potrzebuje pilnego wsparcia i natychmiastowych rozwiązań

Małgorzata Skarbek

Doroczne spotkanie internistów z województwa mazowieckiego w Radziejowicach, organizowane przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych dr. n. med. Marka Stopińskiego, które odbyło się 15–16 kwietnia 2016 r., nie przyniosło zbyt wielu optymistycznych informacji dla lekarzy zainteresowanych tą dziedziną. Realistyczna była ocena sytuacji w internie, a marzycielami nazwała Krystyna Płukis, dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, dyskutantów, którzy wysuwali szereg wniosków i życzeń pod adresem NFZ, administracji szpitali i władz wszelkiego szczebla.

Pod wieloma względami miniony rok nie przyniósł poprawy, nadal procedury internistyczne są nisko wyceniane (zdaniem lekarzy wartość punktu powinna wzrosnąć o 15 proc. lub w przypadku wieloprofilowych chorych powinno się rozliczać dwie procedury), a niektórych, np. związanych z leczeniem raka nerki czy sarkoidozy, oddział chorób wewnętrznych w ogóle nie może rozliczyć. Szpitale otrzymują za małe kontrakty, także na świadczenia internistyczne. Lekarze są niezadowoleni ze zbyt niskich wynagrodzeń i przechodzą do lepiej płatnej i mniej obciążającej pracy w POZ. Interna jest z tego powodu nieatrakcyjna dla młodych, nie ma więc dostatecznej liczby chętnych do specjalizacji. Zwiększa się deficyt internistów, szpitalnych łóżek internistycznych od dawna brakuje, normą są tzw. dostawki i przepełnione SOR, na których chorzy czekają nawet dwie lub trzy doby na wolne łóżko na internie. A pamiętajmy, że ponad 70 proc. przyjęć to przyjęcia ostre, tzw. ratujące życie, kiedy nie można odeśłać chorego do domu.

W 2014 r. była próba (na szczęście nieudana) likwidacji interny w szpitalu przy ul. Barskiej, zmniejszono liczbę łóżek



Prof. Leszek Pączek i dr. n. med. Marek Stopiński

internistycznych w szpitalu w Grodzisku, pojawiły się problemy kadrowe w szpitalu żyrardowskim. W 2015 r. seria niepomyślnych zdarzeń się wydłużyła: wybuchł konflikt w Radomiu (spowodowany permanentnym przepełnieniem oddziału i brakiem rozwiązań), kłopoty kadrowe występują w Pruszkowie, Przasnyszu, Nowym Mieście nad Pilicą, w Węgrowie i Płońsku. W tym ostatnim na 60-łóżkowym oddziale pracowało w pewnym okresie trzech lekarzy. Były też plany czasowego zamknięcia oddziału w Pułtusku i zmniejszenia liczby łóżek w Koźienicach. Ordynatorzy interny obecni w Radziejowicach twierdzili, że właściwie prawie w każdym szpitalu jest za mało internistów. Dobrze pracujący oddział powinien zatrudniać co najmniej ośmiu – dziesięciu lekarzy. Niektóre, gdyby nie rezydenci, przestałyby funkcjonować. Jeżeli na 50-łóżkowym oddziale pracuje tylko dwóch – trzech lekarzy, trudno się dziwić, że dyrekcja szpitala ogranicza jego działalność lub wnosi do właściciela o zamknięcie.

W zasadzie praca szpitala bez interny jest niemożliwa, a pogłębienie obecnej sytuacji może doprowadzić do ograniczenia działalności oddziałów wewnętrznych lub ich zamknięcia i grozi zapaścią całego systemu lecznictwa w regionie.

W 2015 r. omówione problemy zostały przedstawione przez dr. Marka Stopińskiego na posiedzeniach Rady Społecznej Mazowieckiego Oddziału NFZ i Warszawskiej Rady Polityki Zdrowotnej.



Fot. R. Golański

Zdaniem dyskutantów wielka liczba pacjentów trafiających na oddziały to m.in. efekt niewydolnej diagnostyki w podstawowej opiece zdrowotnej i poradniach specjalistycznych. W poradniach na wykonanie wielu badań, przede wszystkim obrazowych, czeka się tygodniami. Zgłoszenie się na SOR lub uzyskanie skierowania do szpitala sprawia, że badania ma się wykonane błyskawicznie. Ale to dezorganizuje SOR. Również nocna pomoc lekarska często odsyła pacjentów na oddziały, bo w gabinetach są ograniczone możliwości postawienia diagnozy.

Jedną z wielu przyczyn hospitalizacji na oddziałach chorób wewnętrznych jest tzw. srebrne tsunami, czyli starzenie się społeczeństwa. Z danych NFZ przedstawionych przez dr. Marka Stopińskiego wynika, że ze 136 tys. hospitalizowanych w 2015 r. aż 38 tys. pacjentów, czyli 28 proc., miało powyżej 80 lat. Powstają wprawdzie (bardzo nieliczne) oddziały geriatryczne, zakłady opieki długoterminowej i opiekuńczo-lecznicze, ale nadal jest ich za mało. W dodatku powstawanie ZOL ma ten minus, że „wyciąga” internistów ze szpitali.

Lista postulatów jest długa. Do najważniejszych prof. Jacek Imiela, konsultant krajowy w dziedzinie interny, obok kwestii finansowych zalicza: utrzymanie oddziałów wewnętrznych w każdym szpitalu, zwłaszcza w szpitalach powiatowych; uniemożliwienie zmniejszania liczby łóżek; przywrócenie poradni internistycznych, utrzymanie możliwości pracy internistów w innych poradniach i gabinetach medycyny rodzinnej; utworzenie specjalizacji z intensywnej opieki internistycznej oraz „krótkich ścieżek” z geriatry i medycyny rodzinnej dla internistów. W zakresie kształcenia postuluje też dalsze zwiększanie liczby miejsc rezydenckich oraz wprowadzenie egzaminu testowego dla specjalizujących się w internie po ukończeniu pierwszego modułu.

Życie utrudnia biurokracja, lekarze tracą czas na wypełnianie dziesiątek rubryk, rozliczając procedury. Obciążone pracą administracyjną są także pielęgniarki. Lepiej funkcjonują oddziały, na których zatrudnione są sekretarki medyczne. Być może takie rozwiązanie powinno zostać wprowadzone systemowo. Ale obecnie nie kształci się ani sekretarek, ani pomocy medycznych.

Zjawiska pozytywne to nowe oddziały chorób wewnętrznych w Szpitalu Bielańskim i w placówce w Piasecznie (50 łóżek), a także oddział geriatryczny w Szpitalu Wolskim, dzięki któremu nieco poprawiła się sytuacja na tamtejszej internie. W Szpitalu Grochowskiem otwarto dwa nowo wyremontowane oddziały. Wprawdzie po gruntownej przebudowie podniósł się standard tych jednostek, ale zmniejszyła liczba łóżek: na pierwszym oddziale z 42 do 27, a na drugim z 63 do 43, czyli łącznie o 35, co skutkuje przepelnieniem SOR pacjentami internistycznymi.

Oddziały chorób wewnętrznych prawie wszędzie przynoszą straty z powodu niedoszacowania procedur. Rachunek ekonomiczny menedżerów bezlitośnie przemawia za ograniczaniem szpitalnej interny.

– *Samorząd marszałkowski jest właścicielem 29 szpitali, w których 11 oddziałów interny dysponuje 660 łózkami* – powiedział Janusz Sobolewski, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego. – *Z wyjątkiem jednego wszystkie pozostałe nie bilansują się na około 1 mln zł.*

Dr Stopiński dorzuca do tego wnioski o tworzenie sal intensywnego nadzoru medycznego na oddziałach chorób wewnętrznych dla chorych w stanach zagrożenia życia i zapewnienie finansowania przez NFZ stałych dyżurów lekarskich i pielęgniarskich w tych jednostkach.

– *Interna jest kluczowym dla bezpieczeństwa pacjentów oddziałem w szpitalu, ale z innych względów, w tym z punktu widzenia lekarzy, całkowicie nieatrakcyjnym* – stwierdził Julian Wróbel, obecny w Radziejowicach wiceprezes ORL. – *W wyniku przepracowania i często wywieranej na nas presji częściej niż w innych specjalizacjach pojawia się wypalenie zawodowe.*

W drugim dniu konferencji odbyło się sympozjum poświęcone postępowi w pulmonologii, z udziałem wybitnych ekspertów. Wykład inauguracyjny „Dokąd zmierza interna?” wygłosił prof. L. Pączek. Kolejne wykłady przedstawili: prof. M. Kurzyńska („Wybrane aspekty zatorowości płucnej”), prof. P. Śliwiński („Fenotyp POChP a farmakoterapia”), dr med. A. Dąbrowski („Zespół nakładania astmy i POChP”), prof. E. Wiatr („Sarkoidoza”), prof. S. Niemczyk („Zespoły płucno-nerkowe”), prof. R. Krenke („Zastosowanie endobronchosonografii w diagnostyce chorób płuc”), dr med. E. Grabczak („Przewlekły kaszel”), dr med. K. Błasińska-Przerwa („Badania obrazowe w chorobach płuc”). ■



Światowy Dzień Gruźlicy

po raz dziesiąty w Polsce

Tadeusz M. Zielonka

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

24 marca to ważny dzień nie tylko w historii medycyny, ale także w historii ludzkości. Tego dnia w 1882 r. Robert Koch ogłosił swoje noblowskie odkrycie – przyczyny gruźlicy, najgroźniejszej choroby XIX w. Jej rozpoznanie było wówczas gorszą wiadomością dla chorego niż dzisiaj diagnoza raka czy AIDS. Odkrycie Kocha umożliwiło podjęcie skutecznej walki z gruźlicą. Dlatego Światowa Organizacja Zdrowia wybrała tę właśnie datę na obchody Dnia Gruźlicy, którego celem jest uświadamianie społeczeństwu i lekarzom, że walka z gruźlicą jeszcze się nie skończyła.

Już po raz dziesiąty Polskie Towarzystwo Chorób Płuc włączyło się w światowe obchody, organizując konferencję naukową poświęconą gruźlicy wielolekoopornej i zachorowaniom u imigrantów. Konferencja odbyła się w miejscu szczególnym – w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc przy ul. Płockiej w Warszawie. W murach tego szpitala powstał program zwalczania gruźlicy w Polsce, skutecznie realizowany od lat 50. ubiegłego wieku. To w Instytucie Gruźlicy tworzono rekomendacje diagnostyki, leczenia, zapobiegania i organizacji kontroli chorych na gruźlicę. Warto wspomnieć prof. Janinę Misiewicz, dyrektora Instytutu Gruźlicy, która stworzyła program zwalczania tej choroby w Polsce, ale także jej następców: prof. Wiwę Jaroszewicz, prof. Pawła Krakówkę, prof. Stanisława Mlekołaję, prof. Ligię Pawlicką, oraz kierowników Zakładu Mikrobiologii: prof. Mieczysława Janowca i prof. Zofię Zwolską. Patronat nad konferencją objął dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc prof. Kazimierz Roszkowski-Śliż.

Pierwszą sesję rozpoczęła prof. Ewa Augustynowicz-Kopeć, kierująca referencyjnym laboratorium prątków, która przedstawiła zasady diagnostyki mikrobiologicznej w przypadku oporności choroby na leki. Tradycyjne metody mikrobiologiczne wymagają wiele czasu, dlatego coraz bardziej rozpowszechnione są metody genetyczne, pozwalające na szybką ocenę oporności na podstawowe leki – ryfampicynę i izoniazyd. Wykrywanie mutacji w genie rpoB związanej z opornością na ryfampicynę oraz mutacji w genach katG i inhA odpowiedzialnych za oporność na izoniazyd umożliwia zidentyfikowanie w krótkim czasie chorych na gruźlicę wielolekooporną. Dr Anna Zabost z Zakładu Mikrobiologii IGIChP zwróciła uwagę na potrzebę oznaczenia oporności na leki dodatkowe, w szczególności na pirazyamid. Omówiony został algorytm postępowania mikrobiologicznego w przypadku oporności na leki dodatkowe. Prof. Maria Korzeniewska-Koseła, kierownik Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w IGIChP, przedstawiła postępowanie w przypadku gruźlicy wielolekoopornej zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia. Niemożność wykorzystania podstawowych leków znacząco wydłuża czas leczenia gruźlicy i wymaga zastosowania kilku leków z drugiej linii, które mogą powodować wiele działań niepożądanych. Szczególnie duże trudności sprawia terapia gruźlicy o rozszerzonej oporności. Coraz więcej krajów odnotowuje takie przypadki. Leczenie

gruźlicy odpornej na leki często jest nieskuteczne, a zawsze bardzo kosztowne. Ostatnio zarejestrowane zostały nowe leki do stosowania w gruźlicy wielolekoopornej: betakilina i linezolid. Ożywioną dyskusję wywołał wykład prof. Leonida Hryszczuka z Tarnopola na temat sytuacji epidemiologicznej na Ukrainie. Zapadalność na gruźlicę sięga tam 100/100 tys., czyli jest pięć razy większa niż w Polsce. W ostatnich latach dramatycznie wzrosła liczba zachorowań na gruźlicę wielolekooporną. Stanowi ona aż 22 proc. nowych zachorowań i 56 proc. we wznowach. Niepokojący jest również szybko rosnący w tym kraju odsetek współistnienia zakażenia prątkiem gruźlicy i wirusem HIV.

Drugą sesję otworzył wykład autora sprawozdania na temat problemu imigrantów i związanego z tym zagrożenia gruźlicą. W poszczególnych państwach Europy owo zagrożenie jest bardzo różne, gdyż są kraje, w których cudzoziemcy stanowią ponad 80 proc. wszystkich osób chorujących na gruźlicę, np. Szwecja, Norwegia, Malta, Cypr i Luksemburg. Równocześnie w Bułgarii, Rumunii, Słowacji i w Polsce gruźlica u przybyszów stanowi mniej niż 1 proc. wszystkich zachorowań. Migracja z krajów o złej sytuacji epidemiologicznej wpływa na epidemiologię w państwach, do których przybywają imigranci. Próby wczesnego wykrywania gruźlicy w tej populacji są kosztowne ze względu na olbrzymią liczbę uchodźców przybywających do krajów wysoko rozwiniętych. Niepokojące jest także szerzenie się gruźlicy wielolekoopornej wraz z nasileniem ruchów migracyjnych. Zastępca głównego inspektora sanitarnego mgr Izabela Kucharska omówiła sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób zakaźnych w Polsce w świetle zmian geopolitycznych.



Prof. Leonid Hryszczuk z Tarnopola

Fot. J. Jagodziński



Fot. archiwum

Z pamiętnika orzecznika

Bożena Hoffman

„Boże zabrałeś młodość,
zabrałeś urodę,
zostaw chociaż zęby....”

Lekarz dentysta czasu cofnąć nie może, ale odbudować zęby – jak najbardziej. Dziś, w czasach nowych materiałów i biotechnologii, dysponujemy wieloma różnymi metodami, zaczynając od zwykłych protez akrylowych, a kończąc na implantach zębowych. Plan leczenia dostosowany jest do potrzeb oraz możliwości finansowych pacjenta. W ramach świadczeń protetycznych opłacanych z funduszu ubezpieczenia powszechnego starszej osobie możemy wykonać jedną na pięć lat protezę akrylową częściową lub całkowitą. Przysługuje również naprawa tej protezy raz na dwa lata. To wszystko! Seniorzy mają ogromne poczucie krzywdy, często więc słyszę: *„Cafe życie pracowałem dla mojego kraju, a na starość nie mogę otrzymać godziwej opieki medycznej. Na leczenie prywatne z głodowej emerytury mnie nie stać”*.

Czytam skargi seniorów dotyczące leczenia protetycznego w ramach NFZ i sekwencja zdarzeń zawsze jest ta sama: *„Proteza jest zła, nie trzyma się w ustach, wypada, nie mogę jeść. Lekarz jest nieudacznikiem i powinien ponieść karę za swoją fuszerkę”*. Wykonanie protezy zębowej to ostatni etap rehabilitacji układu stomatognatycznego. Poprzedzają go prace przygotowujące jamę ustną i zęby, które jeszcze są w ustach, do wstawienia protezy, aby dobrze spełniała funkcję żucia, miała odpowiednią retencję i stabilizację, przywróciła estetyczny wygląd pacjentowi. U seniorów często spotykamy braki w uzębieniu nie tylko ilościowe, ale i jakościowe. W wyniku wcześniejszych ekstrakcji zęby, które pozostały, są przeciążane, ponieważ przejmują cały proces żucia. Przechylają się w stronę luki, ścierają i łamią. Proteza nie będzie się dobrze trzymała, jeśli nie będzie miała czego, trzeba więc najpierw przebudować zęby, na

których będą klamry, zmieniając ich kształt lub wielkość. Tymczasem NFZ nie refunduje nawet najprostszej i najtańszej korony akrylowej.

Innym problemem, który spotykamy u seniorów, wpływającym na utrzymanie się protezy całkowitej, jest zanik wyrostków zębodołowych. Płaskie podłoże protetyczne to duże wyzwanie nawet dla bardzo doświadczonego protetyka. Niestety, zabieg, który polepsza nieco stan wyrostków i ich wysokość, w koszyku świadczeń gwarantowanych jest przypisany tylko dzieciom do 18. roku życia. Dzieciom przypisany została również gingiwoosteoplastyka, a przecież to u seniorów spotykamy rozległe zaniki kostne i stan zapalny dziąseł.

Wykonanie dobrej protezy zębowej częściowej czy całkowitej to tylko z pozoru łatwy zabieg. Pominięcie nawet drobnego elementu leczenia może spowodować fiasko. Lekarzy zachęcam, żeby dokładnie analizowali płaszczyznę zgryzową, tor wprowadzenia protezy oraz jej elementy retencyjne i stabilizujące. Pacjent musi być dokładnie poinformowany o występujących u niego warunkach protetycznych, rodzaju proponowanych protez i dających się przewidzieć efektach leczenia. Szczególnie trudne dla pacjenta jest przejście z protez częściowych na protezy całkowite. Powinniśmy z większą troską odnosić się do seniorów. Zaniedbanie czy brak zębów odbija się na jakości życia i zdrowiu. Pacjenci źle funkcjonują w środowisku, są wycofani, mają kompleksy. Powiększają kolejki u gastrologa i diabetologa, bo pokarm jest źle przeżuty. **Wypracujmy dla nich takie procedury protetyczne, które zaprocentują zdrowiem i dadzą im możliwość cieszenia się jesienią życia.** ■

Zwróciła uwagę na występowanie różnych epidemii w regionach, z których przybywają uchodźcy. Częściowo wiąże się to z brakiem powszechnych szczepień profilaktycznych w tych krajach. Tym bardziej musi niepokoić szybki wzrost liczby dzieci w Polsce, które nie miały wykonanych szczepień obowiązkowych. W ubiegłym roku blisko 17 tys. rodziców nie zdecydowało się zaszczepić swych dzieci. Dr Adam Tołkacz, konsultant medyczny Urzędu ds. Cudzoziemców, przedstawił trudności w diagnostyce i leczeniu uchodźców chorych na gruźlicę. Dużym problemem są kwestie językowe. Większość przybywających do Polski imigrantów nie zna żadnych języków obcych i czasami posługuje się jedynie bardzo rzadko używanymi językami. Nie mniej ważne są problemy kulturowe, zwłaszcza związane z pozycją kobiet w świecie islamu. Muszą na to zwracać uwagę lekarze w swej pracy w tym środowisku. Problemem jest również „znikanie” z ośrodków dla uchodźców osób przybywających do Polski, zanim nastąpi rozpoznanie choroby lub zostanie zakończone leczenie. Połowa uchodźców, która przekroczyła granicę naszego kraju, nie dociera do tego ośrodka, w którym dokonuje się oceny stanu ich zdrowia i wykrywa przypadki chorób zakaźnych.

Prof. Urszula Demkow omówiła zakażenie prątkiem gruźlicy w Polsce i na Białorusi. Obserwuje się zmniejszenie odsetka przypadków gruźlicy utajonej poniżej 20 proc. w młodej generacji Polaków. U osób starszych wynosi on ponad 30 proc. Rozpoczęte zostały wspólne polsko-białoruskie badania oceny występowania gruźlicy utajonej u dzieci. Wstępne wyniki wskazują na znacznie częstsze zakażenie prątkiem gruźlicy na Białorusi niż w Polsce.

Dr Jacek Jagodziński przedstawił zachorowania na gruźlicę wśród obcokrajowców w materiale Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy. W latach 2008–2015 były 134 takie przypadki. Najliczniejsi w tej grupie byli Rosjanie, Wietnamczycy i Ukraińcy, w większości młodzi. Stanowili 1,2–3 proc. wszystkich chorych leczonych w MCLChPiG. Częściej niż w polskiej populacji stwierdzono oporność prątków na leki.

Sesja z okazji Światowego Dnia Gruźlicy tradycyjnie cieszyła się dużym zainteresowaniem. Sala wykładowa Instytutu Gruźlicy wypełniona była do ostatniego miejsca, a wykładom towarzyszyła ciekawa dyskusja. Pamiętajmy jednak o gruźlicy nie tylko w tym jednym dniu. ■



Przyzębienie kosmonautów

cz. 1

Opracowanie apokryficzne*

Aeronautyka początku XXI w., choć finezyjna technicznie, stanowi jedynie fragment żeglugi w przestrzeni międzygwiazdnej. Lotnictwo rozumiane jako komunikacyjne poruszanie się w przestrzeni wokółziemskiej wydaje się oczywistym i prawie bezproblemowym przedsięwzięciem. Nawigacja w dalszej przestrzeni wiąże się z badaniem odpowiedzi organizmu człowieka na długotrwałe przebywanie poza zasięgiem ziemskiej grawitacji. Fizjopatologia dotycząca tej przestrzeni tworzy eksperymentalne lub empiryczne wizje opisywane przez badaczy z zakresu medycyny kosmicznej. Opis ludzkich problemów dentystycznych związanych z odbywaniem misji kosmicznych zamieściłem w „Polskim Przeglądzie Medycyny Lotniczej” (nr 3 z 2010 r.) oraz w „Skalpelu” (nr 4 z 2014 r.).

Dotychczasowe dane uzyskiwane z raportów i bezpośredniej kontroli załóg Międzynarodowej Stacji Kosmicznej przemawiają za tym, że stany chorobowe pojawiające się podczas misji orbitalnych nie stanowiły zagrożenia dla życia i mogły być leczone środkami dostępnymi w zasobnikach MSK lub będącymi w wyposażeniu pokładowym statków kosmicznych.

Współcześnie średni czas orbitalnego roboczego pobytu jednej załogi na pokładzie MSK wynosi około 5,5 miesiąca. Planuje się, że w ramach przygotowań do dłuższych lotów poza ziemską orbitę załoga stacji powinna przedłużyć swój pobyt do ponad 12 miesięcy. Wydłużenie tego czasu zwiększa potrzebę doskonalenia selekcji medycznej kandydatów na kosmonautów. Medyczne ich przygotowanie powinno dotyczyć głównie monitorowania wydolności fizjologicznej podczas długotrwałego treningu w warunkach odpowiedniej symulacji techniczno-czasowej. Planowane długotrwałe misje orbitalne i dalsze podróże planetarne mogą bowiem narazić astronautów na szereg niedogodności oraz mało poznanych zaburzeń w organizmie człowieka astronauty

* *Opracowanie apokryficzne* – w odniesieniu do tej publikacji oznacza opisy nie zawsze oparte na dowodach naukowych, lecz tworzone z domniemań wynikających z analogii lub logiki zdarzeń.

[*Astronaut Selection and Training; National Aeronautics and Space Administration; Lyndon B. Johnson Space Center Houston, Texas 77058; 2011 (www.nasa.gov); Michał Wszółta M., Jonas M.: Budowa systemu ochrony medycznej na potrzeby misji załogowej na Marsa, <http://medtube.pl>].*

W tym doniesieniu opisane zostaną domniemane mechanizmy mikrogravitacji wpływające na malejącą aktywność restrukuracyjną tkanek: kostnej, mięśniowej, oraz struktur stawowych układu stomatognatycznego człowieka.

Oddziaływanie przyciągania ziemskiego na receptory grawitacji, zlokalizowane w kanałach półkolistych ucha wewnętrznego oraz stawach kończyn dolnych i w stopach, warunkują utrzymywanie fizjologicznej postawy określonej na Ziemi jako pionowa. W mikrogravitacji następuje zanikanie napływu tych bodźców, które utrudniają ustrojową orientację przestrzenną. Dodatkowym czynnikiem charakterystycznym dla poruszania się na pokładzie stacji orbitalnej jest brak przyspieszenia, a ten stan dynamiczny nie pobudza receptorów zmiany kierunku, co dodatkowo pogłębia niemożność orientacji w przestrzeni. Osobnicze odczucie astronautów, w początkowych dobach misji kosmicznej, jest takie jak ziemskie poruszanie się „nogami skierowanymi ku górze”. Można to przyrównać do naziemnego przyjmowania pokarmów w pozycji „stania” na rękach, z głową skierowaną ku dołowi. Po trzech dobach (czas ten jest osobniczo różny) iluzja dezorientacji zanika wskutek nowej orientacji odnoszonej do stałych przedmiotów wyposażenia stacji orbitalnej lub pojazdu kosmicznego. Proces fizjologicznej adaptacji polega na akceptacji nowych sygnałów napływających do ośrodkowego układu nerwowego (OUN). W warunkach mikrogravitacji sygnały dotyczące pojęcia kierunku „góra” odpowiadają aktualnemu usytuowaniu głowy człowieka. Taka fizjologiczna adaptacja dotyczy zmian w aktywności zarówno receptorów, jak i komórek nerwowych. Oznacza to może tworzenie nowej świadomości sytuacyjnej, która zmieniać może optymalne przestrzeganie (skracanie) procedur operacyjnych, zarówno w OUN, jak i tkankach wykonawczych. Grawitacja, czyli ciężenie powszechne, działa

na osobnicze mechanoreceptory, które w warunkach zniku ciężenia wysyłają do narządów wykonawczych, a pośród nich do mięśni i kości, sygnały o utracie ciężaru ciała. Taka informacja powoduje w narządach odbiorczych wygaszenie zbędnych mechanizmów oporowych. W przypadku mięśni następuje obniżanie ich aktywności dla utrzymywania postawy lub ruchu. Kończyny (w układzie stomatognatycznym – żuchwa) stają się „nieważkie”. Receptory nacisku i dotyku w stopach zaprzestają wysyłania informacji o przyciąganiu podłoża. Brak ciśnienia hydrostatycznego powoduje (niewymuszone przyciąganiem ziemskim) dowolne przemieszczenie się płynów ustrojowych. Swobodne przemieszczanie się płynów powoduje zmienną reakcję powiązanych ze sobą mechanizmów nerkowych, hormonalnych i innych, które regulują gospodarkę wodno-elektrolitową w organizmie. Brak grawitacyjnego nacisku na kręgosłup powoduje zwiększenie wzrostu człowieka o około 5 cm. Zanika ciężenie narządów wewnętrznych, a to czyni zbędnym napięcie mięśni międzybrownych i innych podtrzymujących karkowe narządy jamy brzusznej. Zmiana aktywności wielu funkcji wyzwala niekorzystne przemiany w metabolizmie mięśni, uruchamiając biologiczne procesy zanikowe włókien pracy ciągłej.

Zmniejszanie grawitacji ma wpływ na tkankę kostną. Obserwuje się ubytek masy kości. Badania medyczne kosmonautów powracających na Ziemię wykazały znaczący ubytek tkanki kostnej, wynoszący osobniczo od 1 do 2 proc. w ciągu miesiąca pobytu w warunkach mikrogravitacji. Ubytek taki skutkuje około 3-proc. utratą wydolności struktury kostnej. Zaburzona mikrogravitacją fizjologiczna dynamika ostodegradacji oraz osteogenezy jest trudna do powtórnej ziemskiej optymalizacji. Nastąpiło wszak zakłócenie w zbilansowanej odnowie tkankowej. Uzyskanie powrotnej fizjologicznej aktywności oznacza osteoaktywność „kosmicznie” zmienionej tkanki, w warunkach czynnościowej sytuacji anatomicznej „wejścia” w atmosferę ziemską. Wówczas kości ponownie podejmują oporność na ziemskie przyciąganie powszechne oraz równowagę aktualnego ciężaru ciała. Wielomiesięczne narażenie kosmonauty na opisaną destrukcję strukturalną powoduje utrudnienie w funkcjonalnej rehabilitacji przywracającej pełną sprawność osobniczą w warunkach powrotu do bytowania ziemskiego.

Trudny powrót do fizjologicznych funkcji układu mięśniowo-kostno-stawowego wynika z filogenetycznego „wypracowania” bioreakcji remodelingu kostnego, umożliwiającego przyjęcie utrzymania masy ciała oraz przeciwstawienie struktury do mało zmiennych, ale długotrwałych – ciągłych ziemskich obciążeń grawitacyjnych. Natomiast w warunkach hipograwitacji układ mięśniowo-kostno-stawowy człowieka obciążany jest inaczej (brak ciężenia powszechnego) i pracuje rzadziej niż na Ziemi, co warunkuje mniejsze nasilenie pracą fizyczną oraz ograniczona przestrzeń bytowania. Włókna mięśniowe niezbędne do utrzymywania przeciwstawiania się grawitacji (przystosowane do pracy ciągłej), jako zbędne, szybko zanikają. Masę mięśniową wypełniają włókna mięśniowe o szybkiej kurczliwości, wykorzystywane do krótkiego, natychmiastowego działania. Zatem tworzy się inny niż ziemski skład masy mięśniowej, który doskonale działa w mikrogravitacji przy małej ruchliwości ograniczonej przestrzeni stacji kosmicznej. Natomiast ta niedogodność niekorzystnie ujawnia się podczas „spaceru kosmicznego”, a szczególnie, jeśli jest on związany z wykonaniem skomplikowanej pracy fizycznej. Zatem podczas przebywania w nieważkości dynamika organizmu człowieka jest inna, bowiem brakuje głównego stałego modelatora, czyli czynnika powszechnego ciężenia ziemskiego.

Współczesne laboratoryjne badania układu kostnego z wykorzystaniem zwierząt poddanych mikrogravitacji wskazały znaczenie jego odwapnienie. Natomiast badania lekarskie kosmonautów powracających na Ziemię wykazały u nich nie tylko ogniska odwapnienia, ale i fizyczne (nieodwracalne) ubytki w strukturze tkanki kostnej. Zatem trwają poszukiwania objawów wczesnego wykrywania patologii, a docelowo zapobiegania niekorzystnym przemianom zachodzącym w szkielecie kosmonauty.

Opisane skrótkowo przemiany dotyczące tkanek mięśniowej i kostnej w warunkach długotrwałego bytowania na pokładzie stacji kosmicznej dotyczą również narządu żucia, ale dynamika jest znacznie wolniejsza, a zmiany mogą być obserwowane w dalszym przedziale czasowym.

Zubożenie bodźców grawitacyjnych łagodzone jest stałą (nabytą) aktywnością układu stomatognatycznego, wyrażaną funkcjami: formowania kęsa pokarmowego, mowy, wydzielaniem gruczołów ślinowych i śluzowych, mimiką nastrojową. Funkcje te wymagają aktywności kości, mięśni, stawów, zębów, przyzębia tego układu. Opisana aktywność przyjmuje wartości właściwe do środowiska stacji kosmicznej. Oznacza to odmienny od ziemskiego wysiłek funkcjonalny. Formowanie kęsa pokarmowego zależy od cech fizycznych pożywienia oraz aktywności zębów, języka, a także gruczołów ślinowych, bierny czynnik wspomagający stanowi wysklepienie podniebienia. Fragment pożywienia człowieka odcięty siekaczami poddawany jest dalszemu rozdrabnianiu oraz nawilżaniu śliną ze ślinianek przyusznych, podżuchwowych oraz podjęzykowych, a także z małych gruczołów wydzielniczych błony śluzowej jamy ustnej. Zwilżanie kęsa ułatwia wstępne trawienie skrobi oraz usprawnia połykanie. Dobowe wydzielanie śliny w warunkach ziemskich wynosi 1–1,5 litra. Wstępne przygotowanie żywności dostarczanej do zasobników spożywczych MSK wymaga mniejszej aktywności dynamicznego formowania kęsa pokarmowego. Żuchwa pokonuje mniejsze opory funkcjonalne (mniejsza twardość produktów spożywczych oraz mikrogravitacja, czyli nieważkość żuchwy). Mniejszy kosmiczny wysiłek funkcjonalny wzbudzają, odmiennie od naziemnych, impulsy informacyjne kierowane do OUN, a następnie wykonawcze – do odpowiednich narządów roboczych. W odniesieniu do narządu żucia: mięśnie żwaczowe (skroniowy, żwacz, skrzydłowe boczne – dolny i górny, a także przyśrodkowy) warunkują optymalne uformowanie kęsa pokarmowego. Masę tych mięśni tworzą włókna wolno- i szybko kurczliwe. Na pokładzie MSK układ stomatognatyczny kosmonauty wykazuje wiele aktywności niezależnych od grawitacji, takich jak: żucie, połykanie, mowa, mimika twarzy. Zatem podczas długiego przebywania człowieka w warunkach mikrogravitacji następuje inne niż naziemne utrzymywanie lub budowanie masy mięśniowej. Sukcesywnie następuje wolniejsze i zmniejszone ilościowo przerastanie masy mięśniowej włóknami o cechach powolnej kurczliwości. Udział włókien szybko kurczliwych pozostaje wybiórczo zbliżony do warunków naziemnych. Niezależnie od „kosmicznej” masy mięśni żwaczowych ich oddziaływanie na aktywność żuchwy może być wystarczające do właściwego odżywiania w warunkach długotrwałego przebywania na pokładzie MSK. Praktycznie oznacza to, że mięśnie, poprzez stały skroniowo-żuchwowy, zadowalająco uaktywniają żuchwę. ■

Adam Skrzypkowski

Wydrukowano w „Skalpelu” nr 3/2016.



W kwietniu 2016 r. na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie odbyła się V Konferencja Służby Zdrowia „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności. Medycyna – teologia – kultura”. Konferencje od 2012 r. organizowane są z inicjatywy ks. dr. Dariusza Patera z UKSW i dr. n. med. Mieczysława Szatanka. Tegoroczna odbyła się pod auspicjami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (współorganizatorzy: prezes Stowarzyszenia Absolwentów Wydziałów Medycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich Oddział Ziemi Radomskiej, SPZZOZ im. prof. Franciszka Czubalskiego w Przysusze, Szkoła Główna Służby Pożarniczej w Warszawie, Okręgowe Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w Radomiu). Patronat honorowy nad konferencją objęli minister zdrowia dr n. med. Konstanty Radziwiłł i rektor UKSW w Warszawie ks. prof. dr hab. Stanisław Dziekoński. Pierwszej sesji przewodniczyli prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzy Jurkiewicz i dyrektor Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach prof. Henryk Skarżyński. Przewodniczącym drugiej sesji konferencji był prof. Zdzisław Gajda z CM UJ. Ostatnią prowadził dr n. med. Mieczysław Szataneł.



Fotografie: archiwum

Sesję zakończył referat ks. Dariusza Patera (na zdjęciu), zatytułowany „Prakseologiczne ujęcie posługi kapelana szpitalnego”. Oryginalność podejmowanego zagadnienia polega na ukazaniu posługi kapelana szpitalnego w środowisku tzw. patchworku religijnego, jakim jest szpital, gdzie przebywają m.in. ludzie, którzy mają swój „własny przepis” na religię i przyjmują tylko niektóre jej elementy. Towarzystwo kapłana w chorobie jest dla wielu przebywających

w szpitalu cennym darem losu. Chorzy pragną, by osoby towarzyszące im w cierpieniu były w pełni otwarte, gotowe do słuchania, obdarzone empatią, wyrozumiałe, cierpliwe, silne duchowo i emocjonalnie. Ksiądz w kontaktach z chorymi ludźmi, doświadczającymi różnych przykrości, powinien wykazać się siłą życiową, optymizmem i radością z pełnionej posługi, co jest wpisane w zadania kapelana. W podsumowaniu ks. Pater powiedział: – *Jak dobrze, że ludzie potrafią się uśmiechać. Uśmiech nadziei, gdy wszystko wydaje się stracone, jest lekarstwem na dzisiejsze bóle człowieka. Do zobaczenia w spokojnej przyszłości.* ■ kb



Goniec Medyczny

Dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

Proponowana przez PiS nowelizacja kodeksu postępowania karnego zawiera m.in. zmiany dotyczące tajemnicy lekarskiej. Zgodnie z nimi dokumentacja medyczna ma być wydawana krewnym zmarłego na ich wniosek, bez wcześniejszego upoważnienia zainteresowanych.

Jak pacjenci kombinują z lekami

– *Chorzy ignorują wiele ważnych zaleceń, np. przyjmują tylko połowę dawki leku (dzielą tabletki na pół), aby opakowanie starczyło na dłużej, lub biorą naraz wszystkie leki rozpisane na cały dzień* – mówi psycholog Agnieszka Siennicka, która badała przyczyny niestosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich.

Kajdanki w karetkach pogotowia

– *Przewożenie osoby z zaburzeniami psychicznymi w kajdankach do szpitala psychiatrycznego lub wielospecjalistycznego jest niedopuszczalne, ponieważ znacznie utrudnia udzielenie pacjentowi stosownej pomocy medycznej* – ocenia rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska. Lekarze w odpowiedzi proponują pani rzecznik spędzenie w karetce pięciu minut sam na sam z pobudzonym, agresywnym pacjentem.

Co dalej z polską kardiologią?

„Czy wycenami świadczeń medycznych można zmieniać ochronę zdrowia? Na pewno. Czy wysokie wyceny zbudowały polską kardiologię? Na pewno. Czy ich zmiana przyczyni się do regresu? Odpowiedź na to pytanie już nie jest tak jednoznaczna i to z wielu powodów” – czytamy na łamach „Dziennika Gazety Prawnej”. Przykład: marże na kardiologii interwencyjnej, i tak wysokie, dodatkowo rosły ze względu na to, że taniały materiały (np. cena stentów w ostatniej dekadzie spadła z 10–12 tys. zł do poniżej 1,2 tys. zł).

Sprawa pigułki

Resort zdrowia zamierza wprowadzić prawo ograniczające możliwość stosowania antykoncepcji awaryjnej. Swoją postawę motywuje nadużywaniem pigułki przez Polki oraz jej szkodliwością dla zdrowia kobiet. Zwolennicy liberalizacji dostępu do antykoncepcji domagają się podania źródeł informacji o niepożądanych skutkach stosowania pigułki oraz jej nadużywaniu.

Informacje w reklamach leków

– *Nie zamierzamy zakazywać emisji reklam leków i produktów leczniczych, ale będziemy walczyć z fałszywymi informacjami w reklamach* – zapowiedział wiceminister zdrowia Krzysztof Łanda. Dodał, że resort przygotowuje głębokie zmiany w ustawie refundacyjnej i prawie farmaceutycznym.

Spada liczba przeszczepów

– *Niestety, rok ubiegły nie zakończył się lepszym bilansem niż poprzedni. Liczba narządów pozyskiwanych do przeszczepienia spadła o około 11 proc. W ślad za tym odnotowaliśmy mniejszą liczbę wykonanych przeszczepień, zwłaszcza jeśli chodzi o nerki i wątroby* – poinformował dyrektor Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego ds. Transplantacji „Pol-transplant” prof. Roman Danielewicz.

9,5 mln dla szpitali

Portal mazovia.pl informuje, że Zarząd Województwa Mazowieckiego podjął decyzję o przekazaniu dodatkowych 9,5 mln zł dla mazowieckich szpitali.

Środki zostaną przeznaczone na zakup sprzętu specjalistycznego oraz przeprowadzenie prac remontowo-modernizacyjnych. Marszałek Adam Struzik podkreślił: – *Mazowsze przeżywa obecnie bardzo dobry czas. Jesteśmy liderem rozwoju, a ostatnio pozycję naszego regionu potwierdził Fitch, podnosząc nam ratingi. Wszystko to dzięki stabilnej sytuacji finansowej, a także obniżeniu „janosikowego”. Po wielu latach, zamiast dotować inwestycje w innych regionach, możemy przeznaczać pieniądze na rozwój podległych nam jednostek.*

Niedofinansowane leczenie na Mazowszu

Wojewódzka Rada Dialogu Społecznego zdecydowała o wystąpieniu do ministra zdrowia, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i Rady Dialogu Społecznego ze stanowiskiem w sprawie pilnych działań naprawczych systemu opieki zdrowotnej.

Rada chce zwrócić uwagę na zaniżoną wartość kontraktów. Będzie apelować o rzeczywiste wycenianie kosztów świadczeń, zapłatę za nadwykonania oraz wyrównanie dysproporcji w wynagrodzeniach pracowników ochrony zdrowia.

Na Mazowszu jest 49 szpitali publicznych, w których pracuje 68 tys. osób (ponad 24,7 tys. lekarzy i około 39,7 tys. pielęgniarek).

Największymi „kontrahentami” NFZ na Mazowszu (oprócz prywatnych podmiotów) są szpitale marszałkowskie (12,6 proc. kontraktu). W sumie szpitale podlegające samorządom realizują 1/3 kontraktu przewidzianego dla Mazowsza.

Mimo olbrzymich inwestycji i wsparcia ze strony samorządów, szpitale ciągle borykają się z niedofinansowaniem z NFZ, które wpędza je w kolejne kłopoty. Efektem są wydłużające się kolejki do specjalistów i zadłużenie placówek. Samorząd Województwa Mazowieckiego podaje, że algorytm nie uwzględnia różnic w wysokości składek zdrowot-

nych płaconych przez mieszkańców poszczególnych województw oraz kosztów udzielania świadczeń w różnych regionach kraju. W Warszawie są najwyższe w kraju. Mazowsze udziela też największej liczby świadczeń zdrowotnych – tylko w ubiegłym roku w szpitalach Samorządu Województwa Mazowieckiego zanotowano 1,5 mln porad i prawie 400 tys. hospitalizacji. Dotyczą one nie tylko mieszkańców regionu, ale i pacjentów z całej Polski, którzy właśnie w mazowieckich – głównie warszawskich – wysokospecjalistycznych szpitalach szukają pomocy.

Niestety, tego wszystkiego nie uwzględnia się w kontraktowaniu na Mazowszu. NFZ znacznie słabiej niż w innych województwach zwiększa kwoty przeznaczone na świadczenia zdrowotne. Średnia wzrostu środków dla wszystkich województw w latach 2009–2015 wyniosła 22,79 proc., natomiast dla Mazowsza zaledwie 15,49 proc..

Inny problem to nadwykonania. Łączna ich wysokość z lat 2010–2015 na Mazowszu wynosi ponad 4 mld zł, a mazowiecki NFZ nie wypłacił dotychczas szpitalom ponad 614 mln zł.

Mazowieccy liderzy

W kwietniu w warszawskim hotelu Marriott odbyło się uroczyste wręczenie nagród 10. ogólnopolskiego plebiscytu Liderzy Ochrony Zdrowia.

Wyróżnienia zostały przyznane w czterech kategoriach: „Innowacyjne pomysły w ochronie zdrowia”, „Promocja zdrowia i profilaktyka”, „Skuteczne zarządzanie w ochronie zdrowia”, „Działalność na rzecz pacjenta”. Wśród laureatów nie zabrakło reprezentantów Mazowsza. W kategorii „Działalność na rzecz pacjenta” tytuł Złotego Lidera otrzymał Ośrodek Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej w Otwocku Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. W dziedzinie „Profilaktyki zdrowia i promocji” brązową statuetkę Lidera Ochrony Zdrowia zdobył Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Targówek.

W ramach konkursu przyznawana jest też nagroda specjalna Brylantowego Lidera, którą został uhonorowany został prof. dr hab. n. med. Mirosław Ząbek – kierownik Oddziału Neurochirurgii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego, dyrektor Interwencyjnego Centrum Neuroterapii. ■ **pk**



24 h opieka prawna
dla lekarzy i lekarzy dentyстів
z Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie



Lekarze i lekarze dentyści – członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie korzystają z szybkiej i nieodpłatnej pomocy prawnej kancelarii prawnej Lex Secure, która udostępnia członkom samorządu lekarskiego działającą całodobowo linię pod numerem tel. 501-538-539.

Oferta Lex Secure dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie to m.in.:

- nielimitowana liczba zapytań w trybie określonym zgodnie z Regulaminem Świadczenia Usług „Lex Secure Twoja Opieka Prawna” zamieszczonym na stronie internetowej www.opiekaprawna.pl,
- nieograniczony zakres prawny,
- gotowe szablony i wzory dokumentów prawnych w ramach systemu Bazy Wzorów Dokumentów Lex Secure,
- rozwiązanie problemu w 24h, w przypadku pytań skomplikowanych termin ustalany jest indywidualnie.



24h Infolinia Prawna
501-538-539

biuro@opiekaprawna.pl
www.opiekaprawna.pl

Radomski szpital znów pożycza pieniądze



Fot. R. Natorski

Kolejny kredyt, tym razem w wysokości 20 mln zł, musiał zaciągnąć Mazowiecki Szpital Specjalistyczny. Pieniądze zostaną przeznaczone na spłatę bieżących zobowiązań. Pożyczkę poręczył sejmik mazowiecki, który ostrzega, że nie może pomagać lecznicy bez końca.

Radomski szpital będzie spłacał kredyt zaciągnięty w banku Polska Kasa Opieki w Warszawie przez najbliższą dekadę. Jeszcze w bieżącym roku musi oddać 1,3 mln zł, w kolejnych latach rata wyniesie 2 mln zł, natomiast w 2026 r., gdy skończy się okres zobowiązania – 600 tys. zł.

Czy decyzja o zadłużaniu się w banku była konieczna? Dyrekcja placówki przekonuje, że nie miała innego wyjścia, ponieważ po prostu brakuje pieniędzy na uregulowanie bieżących rachunków, m.in. za dostawy leków i materiałów medycznych.

Tomasz Skura, prezes Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego, wyjaśnia, że lecznica musi mieć zachowaną płynność finansową, a zaleganie z płatnościami wobec dostawców może tę płynność zakłócić i szybko zachwiać wiarygodnością największej placówki medycznej w południowej części województwa mazowieckiego.

Pożyczka goni pożyczkę

Funkcjonowanie na kredyt nie jest żadną nowością dla radomskiego szpitala, który od lat boryka się z ogromnymi problemami finansowymi. Nie poprawiają sytuacji działania oszczędnościowe, m.in. wprowadzenie tzw. równoważnego systemu pracy lekarzy, zlecenie firmom zewnętrznym usług pralniczych, sprzątania, prowadzenia kuchni albo sprzedaż energii produkowanej dzięki zamontowanym na dachu jednego z budynków lecznicy instalacjom: fotowoltaicznej i wiatrowej.

Dwa lata temu szpital, jeszcze przed przekształceniem w spółkę, musiał pożyczyć 20 mln zł. Rok później zaciągnął kolejny kredyt, tym razem w wysokości 8 mln zł, ponieważ – podobnie jak teraz – potrzebował pieniędzy na uregulowanie najpilniejszych rachunków.

Dyrekcja zapewnia, że pożyczki spłaca regularnie. Wciąż liczy także na sukces w sądowych sporach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny chce bowiem odzyskać blisko 26 mln zł za nadwykonania. Te pieniądze byłyby znaczącym zastrzykiem dla kruchego budżetu lecznicy.

Niesprawiedliwy algorytm

Radomska placówka nie jest rzeczą jasną jedynym mazowieckim szpitalem, który musi ratować sytuację finansową kredytami. – *My oczywiście pożyczamy pieniądze naszym szpitalom, poręczamy kredyty, czasami musimy później przejmować te zadłużenia i płacić raty kredytów, bo one nie są w stanie. Jednak nie może to trwać w nieskończoność* – podkreśla marszałek województwa mazowieckiego.

Niedawno radni sejmiku przyjęli stanowisko w sprawie zbyt małych funduszy w Mazowieckim Oddziale NFZ na pokrycie leczenia w placówkach medycznych, domagając się lepszego ich finansowania. Chodzi m.in. o „niesprawiedliwy algorytm”, który jest podstawą obliczania środków na leczenie szpitalne.

– *Widać wyraźnie, że algorytm jest skrajnie niekorzystny dla Mazowsza, że płacimy olbrzymie daniny w postaci „janoszkowego bis” – z naszej składki około 1,3 mld zł jest transferowanych do innych województw* – mówi Adam Struzik. – *W związku z tym mamy permanentny niedobór środków, zwłaszcza na leczenie szpitalne.* ■

Rafał Natorski



Fot. R. Natorski

DELEGATURA RADOMSKA

26-600 Radom,
ul. Rwańska 16,
tel.: 48-331-36-62,



Przewodniczący **Julian Wróbel**
e-mail: julian@wp.eu
dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00

Nowy zakład opieki zdrowotnej w Potworowie

Blisko 1,2 mln zł będzie kosztować budowa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Potworowie w powiecie przysuskim. Nowoczesne, przestronne, w pełni zintegrowane ze sobą pomieszczenia umożliwią przeprowadzanie diagnostyki i specjalistycznych zabiegów medycznych.

Obiekt, który z zamierzeniami władz gminy stanie się wizytówką Potworowa, powinien rozpocząć działalność jesienią 2017 r. Wewnątrz nowoczesnego budynku zostaną zlokalizowane specjalistyczne pomieszczenia: gabinet pediatriczny połączony z pokojem szczepień, gabinety internistyczne, w tym jeden zespolony z pokojem przeznaczonym do ba-

dań EKG, dwa gabinety stomatologiczne wyposażone w urządzenia renomowanych firm, gabinet ginekologiczny z zapleczem sanitarnym, pokój zabiegowy z funkcją sterylizacji oraz osobne sale do pobierania prób do analiz. Nie zabraknie oczywiście punktu rejestracji oraz poczekalni dla dorosłych i dla dzieci.

W pozostałej części budynku znajdują się pokoje administracyjno-biurowe, archiwum, a także pomieszczenia socjalne dla personelu. W planach gminy jest również przebudowa ul. Lipowej, która zapewni wygodny dojazd do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej.

raf

Immunoterapia w leczeniu nowotworów

Nabieramy przekonania, że immunoterapia pomaga skuteczniej kontrolować rozwój raka przez dłuższy czas, a zarazem jest lepiej tolerowana przez chorych aniżeli chemioterapia, a nawet tzw. terapia celowana – to bardzo ostrożna opinia prof. Dona S. Dizona z Harvard Medical School. W raporcie Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO) uznano immunoterapię za największe osiągnięcie onkologii w 2015 r.

Najlepsze efekty uzyskano dotąd w leczeniu zaawansowanego czerniaka, to właśnie w tych przypadkach zaczęto stosować immunoterapię. Znanym przykładem pozytywnego efektu leczenia czerniaka tą metodą jest były prezydent USA Jimmy Carter, u którego stwierdzono już przerzuty nowotworu do mózgu i wątroby. W sierpniu 2015 r. zastosowano u niego immunoterapię i 91-letni prezydent nadal żyje. Przeprowadzone na początku 2016 r. badania mózgu rezonan-

sem magnetycznym wykazały, że guzy zniknęły. Taki efekt zdarza się tylko u 5 proc. podobnie leczonych pacjentów. W USA żyją chorzy z rozsianym czerniakiem, którzy od dziecięciu lat stosują różnego typu immunoterapię. Krótki okres obserwacji stosowania metody nie pozwala jednak jeszcze na daleko idące i wyczerpujące wnioski.

– To metoda wartościowa w kilku nowotworach, obiecująca w wielu – mówi prof. Maciej Krzakowski z Centrum Onkologii.

– Nie wszyscy pacjenci reagują na tego typu leki, czego przyczyny nie są jeszcze znane. Wiadomo jednak, że część chorych nigdy nie będzie kandydatami do tego rodzaju terapii.

W Polsce w latach 1980–2010 liczba zachorowań na czerniaka zwiększyła się niemal trzykrotnie. Leki immunologiczne są u nas zarejestrowane, mają bowiem pozytywną ocenę AOTMiT, ale nie ma decyzji dotyczącej ich refundacji.

mkr

Samoistne włóknienie płuc

W wyniku tej choroby śmiertelność jest większa niż w przypadku nowotworów złośliwych, np. raka piersi, raka jelita grubego czy raka jajnika. Jak większość chorób płuc jest nieuleczalna. W Polsce nie ma badań, które pozwoliłyby oszacować liczbę chorych na samoistne (idiopatyczne) włóknienie płuc (IPF). Na szczęście występuje stosunkowo rzadko, pośród czterech ciężkich schorzeń płuc diagnozuje się je najrzadziej. Na raka płuc umiera rocznie 20 tys. osób, POChP powoduje śmierć 15 tys. chorych, astma – 1,5 tys., a IPF – mniej niż 0,5 tys.

– IPF jest przewlekłym, postępującym procesem zapalnym o nieznaną przyczynę, powodującym włóknienie tkanki płuc i prowadzącym do spadku ich pojemności – mówi prof. Jan Kuś z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. – W rezultacie chory

ma ogromne trudności nie tylko z wykonywaniem jakichkolwiek czynności, ale nawet z poruszaniem się. Rokowania są złe, bo choroba jest nieuleczalna.

Średni czas przeżycia pacjenta jest krótszy niż w niektórych nowotworach złośliwych, zaledwie 25 proc. chorych przeżywa pięć lat od momentu rozpoznania. Patogeneza jest nieznaną, oprócz palenia papierosów, naukowcy do czynników ryzyka zaliczają długotrwały kontakt z pyłem metali, pyłem drzewnym oraz refluks żołądkowo-przełykowy.

W ostatnich latach pojawiły się nowoczesne leki w terapii wszystkich chorób płuc, w tym także IPF. Są to preparaty wziewne, dostępne również w Polsce. Nie mogą wyleczyć pacjenta, ale wydłużają życie i podnoszą jego komfort.

mkr

Zapraszamy wszystkich absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, rocznik 1975–1981, na spotkanie „35 lat minęło”, 15 października 2016 r., o godz. 16.00.

Miejsce spotkania: restauracja w hotelu Meridian, Poznań, ul. Litewska 22.
Szczegółowe informacje i zapisy na stronie www.absolwenci1981-poznan-am.pl

W imieniu komitetu organizacyjnego Jerzy Harasymczuk

Refleksja zjazdowa z perspektywy Komisji Rewizyjnej

Zjazd mamy za sobą, jednak pozostał wielki niedosyt. Trudno nie odnieść wrażenia, że nasza izbowa demokracja staje się coraz bardziej fasadowa.

Zjazd po raz chyba trzeci z rzędu zerwany został, jak za niechlubnych czasów *liberum veto*. Nie było dyskusji na temat wniosków zjazdowych – najważniejszej części Zjazdu, gdy delegaci mają szansę rozmawiać ze sobą, wyrazić troskę o sprawy Izby i całego środowiska. Uchwaliliśmy poprawkę do Regulaminu Prezydium Rady. Od teraz ani Rada, ani Prezydium nie będą musiały się spotykać, by rozważać sprawy Izby. Internetowo przegłosowywane będą bezosobowe uchwały, które będą rozwiązywały „problemy” ścisłego grona kierowniczego Izby – tego, które będzie te uchwały pisało. Zabraknie refleksji, wymiany myśli, dzielenia się emocjami i pomysłami.

Na Zjeździe zabrakło także dyskusji nad absolutorium dla Rady. Czas na dyskusję zabrała dywersyjna wypowiedź naszego prawnika i bzdurna wymiana pustych słów na temat brzmienia innych słów. Komisja Rewizyjna zarekomendowała nieprzyjęcie absolutorium, mając nadzieję na wywołanie żywej dyskusji na temat sposobu działania Izby. Zamiast żywej dyskusji *ad rem* – o sprawach naszej Izby – otrzymaliśmy brzęczenie muchy, jak to określał Arystoteles – gdakanie kur na wymyślony temat bez sensu.

A jest o czym rozmawiać. Nad Izbą zbierają się chmury. Z perspektywy Komisji Rewizyjnej widać jak nieefektywnie Izba działa, jak wiele ma pozostawionych luk, które w przyszłości mogą zaowocować wielkimi stratami, są zagrożeniem dla naszych składek. Na to chcieliśmy zwrócić PT delegatom uwagę. Komisja Rewizyjna spotkała się jeszcze w przeddzień Zjazdu, mając nadzieję na wyjaśnienie wątpliwości, które się pojawiły po otrzymaniu sprawozdania finansowego Rady (w wersji dla Urzędu Skarbowego) i wstępnego raportu kontroli remontów w Izbie. Decyzję o rekomendacji co do absolutorium Komisja Rewizyjna podjęła już podczas Zjazdu, na 10 minut przed wygłoszeniem przez przewodniczącą sprawozdania. Rekomendacja Komisji Rewizyjnej zawierała jedno zdanie – uzasadnienie miało być wygłoszone ustnie i dyskutowane. Nie było.

Załączamy ocenę sprawozdania finansowego Rady przesłaną panu prezesowi Rady 30 marca br., którą pan prezes miał przesłać Radzie i delegatom wraz ze sprawozdaniem. Do delegatów dotarła tylko odpowiedź na tę ocenę z pięcioma niepodpisanyymi załącznikami, coś w rodzaju paszkwili. Pisząc te słowa, nie chcielibyśmy, by były one odbierane jako krytyka osób, które znalazły się w ścisłym kierownictwie Izby.

Nam zależy na wychwyceniu, diagnozie i korekcie mechanizmów, które umożliwiają nieprawidłowości. W ostatnim roku lekarze otrzymali od Izby więcej niż kiedykolwiek w przeszłości. Znacznie lepsze warunki obsługi, ubezpieczenia OC, pomoc prawną... Patrząc jednak z perspektywy Komisji Rewizyjnej, z perspektywy przeprowadzonych kontroli i analizy dokumentów, zastanawia znaczny wzrost kosztów funkcjonowania Izby, nieuzasadniony uzyskanymi efektami (np. środków transportu z sumy rzędu 300 zł za rok 2014 do 129 tys. zł za rok 2015). Brak jest jasnych, sformalizowanych kryteriów oceny efektywności wydatkowania pieniędzy, zasada 3 ofert nie działa należycie, wydatkowanie znacznych sum, które zdaniem pana wiceprezesa „pojawiły się nagle”, cechował brak profesjonalizmu, wręcz chaos. Pragnieniem Komisji Rewizyjnej jest zabezpieczenie Izby przed takim chaotycznym postępowaniem w przyszłości. I mamy nadzieję, że to pragnienie podzieliła Rada, pan prezes, osoby ze ścisłego kierownictwa Izby, odpowiedzialne za „prowadzenie spraw Izby” – za wydatkowanie naszych lekarskich składek. Nasze uwagi, ostrzeżenia, propozycje nie powinny być traktowane jako ataki, ale jako głos refleksji i rozsądku. Z naszej perspektywy – z perspektywy Komisji Rewizyjnej – to, co robimy i mówimy, jest uzupełnieniem pracy zarządczej Rady, daje możliwość i czas na spojrzenie na sposób działania Izby z boku i wprowadzenie korekt.

Zapraszamy do dyskusji na temat tego, co w Izbie nie działa i jak to naprawić. Komisja Rewizyjna złożyła 3 wnioski z propozycjami strukturalnych reform. Będziemy nadal starali się służyć naszemu środowisku, ale bez wsparcia Was, Koleżanki i Koledzy, nasz czas poświęcony na ten cel i nasz wysiłek, nie mają większego sensu. Jak zresztą delegaci mieli możliwość zaobserwować podczas Zjazdu, Komisja Rewizyjna jest traktowana czasem przez niektórych naszych kolegów/koleżanki jako przeszkoda do „swobodnego” działania, co doprowadziło do ataków na Komisję i jej członków w postaci niesmacznej prowokacji wobec Komisji Rewizyjnej, jaka miała miejsce na początku obrad Zjazdu, i nieprzebiegającej w słowach i tonie brutalnych ataków nieco później. Dla nas, lekarzy, którzy swój czas i wysiłek angażują dla dobra Izby i dobra naszego środowiska, jest to szczególnie przykre. Powtarzamy – bez zrozumienia podziału ról i wsparcia środowiska, dla którego pracujemy (w tym także Rady, Prezydium, pana prezesa), nasza praca pozbawiona jest sensu.

Warszawa, 11 kwietnia 2016 r.

Okręgowa Komisja Rewizyjna

Spisał:
sekretarz Komisji Rewizyjnej Maciej Doruchowski

Nad Izbą nie zbierają się chmury!

Koleżanki i Koledzy, Członkowie naszej Izby,

w nawiązaniu do listu Okręgowej Komisji Rewizyjnej pragnę przekazać kilka refleksji. Z dwóch powodów. Powód pierwszy: działałam w naszym samorządzie od momentu utworzenia odrodzonych izb lekarskich. Po raz pierwszy, ze względów zdrowotnych, nie wziąłem udziału w zjeździe naszej Izby. Tym samym nie mogłem uczestniczyć w dyskusji, która rozgorzała po wystąpieniu pani przewodniczącej OKR. Dyskusji, która zdominowała zjazd i, mam nadzieję, choć w części wykazała, że wniosek Komisji Rewizyjnej o nieudzielenie absolutorium ORL był nieuzasadniony, a przede wszystkim – niepoparty rzeczowymi argumentami.

Osobną kwestią jest strona prawna tego wniosku. Zwracam uwagę kol. Maciejowi Doruchowskiemu, że określanie mianem dywersji wystąpienia koordynatora Zespołu Radców Prawnych naszej Izby jest nie tylko nietrafne, ale nie powinno mieć miejsca. Obowiązkiem prawnika jest przedstawienie prawnej oceny i przywołanie odpowiednich przepisów. I tak postąpił mecenas, przytaczając przepisy dotyczące uprawnień OKR.

Ponieważ jednak padły ze strony OKR zarzuty, że przedstawiona opinia była nieprawidłowa, stronicza (?), po zjeździe wystąpiłem do zewnętrznej kancelarii prawnej o interpretację Ustawy o izbach lekarskich i regulaminu OKR. Opinię przedstawił wybitny autorytet w dziedzinie prawa administracyjnego prof. Marek Wierzbowski. Jego interpretacja potwierdziła opinię przedstawioną przez prawnika na zjeździe – OKR nie mogła wystąpić o nieudzielenie absolutorium. Przepisy obowiązują nas wszystkich!

Prof. Marek Wierzbowski napisał: „*przedłożenie przez ORL sprawozdania z wykonania budżetu obliguje OKR do sporządzenia i przedłożenia opinii dotyczącej tego sprawozdania oraz – w konsekwencji – do wystąpienia do okręgowego zjazdu lekarzy z wnioskiem o udzielenie absolutorium. Literalne brzmienie przepisów Ustawy o izbach lekarskich uzasadnia wniosek, iż regulacje te nie przewidują możliwości niewystąpienia z ww. wnioskiem lub wystąpienia przez OKR z wnioskiem negatywnym, tj. wnioskiem o nieudzielenie absolutorium*”.

W swojej opinii prof. Wierzbowski wskazuje również, że: „*fakt przyznania OKR przez ustawodawcę uprawnień do prowadzenia kontroli finansowej i działalności gospodarczej ORL nie oznacza przyznania uprawnień o charakterze nadzorczym lub kierowniczym względem organów izby lekarskiej*”.

Drugim powodem, dla którego chcę ustosunkować się do listu kol. Doruchowskiego, są zawarte w nim nieścisłości. Od dwóch lat jako prezes ORL mam zaszczyt re-

prezentować członków OIL w Warszawie. W trosce o dobre imię jej członków, którzy razem ze mną kierują działaniami Izby, chcę wszystkie koleżanki i kolegów poinformować, że nad naszą Izbą nie zbierają się chmury!

Finanse Izby nigdy nie miały się tak dobrze jak teraz. Aby usprawnić obsługę lekarzy, jako jedyna izba w Polsce przeprowadziliśmy procedurę ISO i uzyskaliśmy Certyfikat Bureau Veritas Certification.

W czasie dwóch lat mojej kadencji spłaciliśmy do końca kredyt zaciągnięty na remont siedziby. Wszystkie działania, szczególnie finansowe, są przejrzyste i poparte odpowiednimi uchwałami. Bierzemy pod uwagę wnioski Komisji Rewizyjnej, dziękujemy jej za konstruktywne uwagi, doskonalimy procedury. Został opracowany i wdrożony regulamin udzielania zamówień na dostawy towarów i usług.

Kol. Maciej Doruchowski słusznie zauważa, za co mu dziękuję, że mamy również wiele programów przeznaczonych dla członków OIL, tak by jak największa część składki powróciła do nich dobrze spożytkowana. Organizujemy dla członków naszej Izby szkolenia, zapewniamy bezpłatną pomoc prawną (24-godz.) i socjalną, realizujemy program zdrowotny, wspieramy seniorów, a rodzinom lekarskim, w których urodziło się dziecko, wypłacamy tzw. becikowe. Rok temu nasza Izba, jako pierwsza, uruchomiła program ubezpieczeniowy, finansowany ze składki na samorząd lekarski. Wspieramy aktywność kulturalną i sportową koleżanek i kolegów.

Przyjęta przez zjazd zmiana w regulaminie działania Prezydium ORL, polegająca na możliwości odbywania posiedzeń za pośrednictwem Internetu, nie wyklucza odbycia dyskusji, o co tak zabiega kolega. Wręcz przeciwnie. Posiedzenia Rady i Prezydium będą odbywały się jak dotąd i zawsze będzie czas na merytoryczną dyskusję. Natomiast w nagłych i szczególnych sytuacjach – w dobie Internetu – musi być możliwe podjęcie decyzji korespondencyjnie. Bo to usprawnia działanie, także w sytuacjach bardzo istotnych dla członków naszego samorządu, takich jak przyznanie prawa wykonywania zawodu. Krytykowane przez OKR podjęcie przez Prezydium jednej z pilnych uchwał z mocą wsteczną w trakcie wykonywania remontu Izby, spowodowane brakiem procedury głosowania korespondencyjnego, było jednym z powodów opracowania projektu takiego rozwiązania, które po dyskusji Okręgowej Zjazd przyjął.

Co do „zerwania” obrad zjazdu. Nie była to „kontynuacja niechlubnej tradycji wcześniejszych zjazdów”, lecz – jak mi powiedziano po zjeździe – akt sprzeciwu wobec możliwości podejmowania przez zjazd niezwykle istotnych decyzji przy ewidentnym – widocznym gołym okiem – braku delegatów na obradach. Wniosek o przeliczenie kworum złożył kolega reprezentujący środowisko młodych lekarzy.

Stwierdzam z ubolewaniem, że to nie pierwszy Okręgowy Zjazd, na którym w późnych godzinach popołudniowych na posiedzeniach brakuje delegatów. Podzielał jednocześnie pogląd młodego kolegi, że ważne uchwały (decyzje) nie powinny być podejmowane przez garstkę delegatów. Ten problem musimy, jako delegaci na zjazd, rozwiązać. Każdy, kto podejmuje się zadania bycia delegatem, powinien swój obowiązek wypełniać.

Na koniec pragnę poinformować wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów – koleżanki i kolegów, członków naszej Izby, że zawsze uważałem i uważam, iż Komisja Rewizyjna jest bardzo ważnym i potrzebnym organem samorządu. Zawsze starałem się z nią jak najlepiej współpracować, zaspokajając jej potrzeby i oczekiwania, zwłaszcza te, które dotyczą transparentności działania prezesa, ORL

i jej Prezydium. Jednak wydaje się, że część osób działających w Komisji Rewizyjnej ma skłonność do uznawania, iż jest ona organem nadzorującym funkcjonowanie całej Izby. Takiej roli komisje rewizyjne nigdy nie miały i nie mają. Decydowanie o kierunkach działania Izby i ocena pracy jej organów (także Komisji Rewizyjnej) należy do zjazdu. Zwracam jeszcze raz uwagę na cytowaną wcześniej opinię wybitnego prawnika.

Nasz odrodzony samorząd lekarski ma już 27 lat. Zasady jego działania są ustalone. Kolejne kadencje przynoszą stałą poprawę funkcjonowania izb lekarskich. Jestem głęboko przekonany, że wszelkie dyskusje służą dobru naszej instytucji i pogłębiają jej samorządność i wiarygodność.

Andrzej Sawoni, prezes ORL

OC W SKŁADCE NA SAMORZĄD LEKARSKI

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

- ➔ Warunki programu są zgodne z rozporządzeniem ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie **obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU nr 293, poz. 1729). Do zawarcia takiego ubezpieczenia zobowiązani są lekarze i lekarze dentyści, prowadzący praktykę zawodową (tj. mający zarejestrowaną działalność gospodarczą).
- ➔ Miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę jest **terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**.
- ➔ Do programu mogą przystąpić również – **na zasadach ubezpieczenia dobrowolnego** – lekarze i lekarze dentyści, którzy nie mają zarejestrowanej działalności gospodarczej, pracujący jako wolontariusze, zatrudnieni na umowie o pracę lub umowie-zleceniu.
- ➔ Udział w programie nie wyklucza zawarcia przez ubezpieczonego, we własnym zakresie, dodatkowego ubezpieczenia OC (tzw. **ubezpieczenia nadwyżkowego**). Otrzymuje on **25-proc.** zniżkę na to ubezpieczenie (w ramach programu PZU zorganizowanego przez APRIL Polska Medbroker).
- ➔ Sumy gwarancyjne w obu powyższych wariantach są takie same: **75 tys. euro** – jedno zdarzenie, **350 tys. euro** – wszystkie zdarzenia.
- ➔ Lekarze i lekarze dentyści uczestniczący w programie otrzymują także dodatkowo, na podstawie wydanej karty klienta PZU, **20-proc.** zniżkę na ubezpieczenia komunikacyjne, majątkowe, turystyczne.
- ➔ Organizatorem programu, ubezpieczającym i płatnikiem składek ubezpieczeniowych jest OIL w Warszawie.

Szczegółowe informacje i formularz na stronie:
www.oilwaw.org.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, 508-504-332,
e-mail: lekarz.medbroker@pl.april.com



UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!



Opłacanie składek członkowskich
na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
zgodnie z uchwałą nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej
z 5 września 2014 r.
w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem.
W przypadku nieregulowania składki w terminie automatycznie
będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby.

**W przypadku pytań lub wątpliwości pomocą służy Sekcja Windykacji Składek
Biuro OIL w Warszawie, ul. Puławska 18, parter, pok. 001
tel.: 22-54-28-338 lub 339, faks: 22-54-28-304, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl**

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

60 zł – podstawowa kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentystów,

10 zł – kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentystów posiadających ograniczone prawo wykonywania zawodu („lekarze stażyści”).

Lekarz lub lekarz dentysta, który przed 1 stycznia 2015 r. miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 zł, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz dentysta: **1)** ukończył 75 lat, **2)** został skreślony z rejestru członków okręgowej izby lekarskiej, **3)** złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. Zwolnienie to ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągnięcia przychodów.

Lekarz korzystający ze zwolnienia z opłacania składki ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową radę lekarską o osiągnięciu przychodów oraz traci prawo do zwolnienia z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym osiągnął przychód.

Druki stosownego oświadczenia i zawiadomienia są dostępne na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i w biurze Izby.

Lekarz, który przed 1.01.2015 r. uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki, zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki (osiągnięcia przychodu).

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Informujemy, że od 1 czerwca 2015 r. uległy zmianie numery Państwa indywidualnych rachunków bankowych do opłat składek członkowskich.

UPŁYWA TERMIN FUNKCJONOWANIA DOTYCHCZASOWYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH.

Prosimy o dokonywanie opłat składek na **nowe** indywidualne rachunki bankowe, których numery można wygenerować na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:
<http://www.oilwaw.org.pl/skladki/twoj-numer-konta/>
lub uzyskać, kontaktując się z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
(tel.: 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).

UWAGA!!!

Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie



Godziny pracy OIL w Warszawie

Biuro OIL

poniedziałek – piątek: od 8.00 do 16.00

Kasa

poniedziałek, wtorek: od 9.00 do 15.30,

środa: od 9.00 do 17.00,

czwartek, piątek: od 9.00 do 15.30

Biuro Obsługi Lekarza

poniedziałek – piątek: od 8.45 do 15.45,

środa: w czerwcu od 8.45 do 17.45, w lipcu i sierpniu od 8.45 do 15.45

W celu zapewnienia profesjonalnej obsługi prosimy o uwzględnienie czasu niezbędnego do załatwienia sprawy w godzinach pracy Biura Obsługi Lekarza.

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza dąży do najwyższej jakości w wypełnianiu zadań publicznych oraz do stworzenia warunków wpływających na profesjonalną i przyjazną obsługę lekarzy i lekarzy dentyistów.

Jesteśmy otwarci na Państwa uwagi, wnioski, opinie, gdyż są dla nas cennym źródłem informacji, dzięki której możemy doskonalić poziom świadczonych przez Izbę usług.

Uwagi, sugestie, skargi lub reklamacje mogą Państwo przesyłać do nas e-mailem pod adresem: opinia@oilwaw.org.pl.

Prosimy o zawarcie w e-mailu informacji, jakiego obszaru działania Izby dotyczy opinia, uwaga, sugestia, skarga lub reklamacja oraz jakich działań naprawczych Państwo oczekują.

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

spotyka się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca, o godz. 14.00, w Klubie Lekarza TLW przy ul. Raszyńskiej 54.

Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików.

KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać.

W organizowanych przez nie imprezach mogą brać udział lekarze członkowie OIL.

Kontakt: R. Sobolewska, tel. 22-542-83-30.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/

Krajowe oferty pracy na 6.06.2016 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 22	endokrynologia 10	medycyna ratunkowa 4	psychiatria 6	stomatologia ortodon. 5
alergologia 4	endokrynologia dziec. 1	medycyna rodzinna 27	psychiatria dziecięca 1	stomatologia pedodon. 1
alergologia dziecięca 1	endokr. i diabet. dziec. 1	medycyna sport. 1	radiologia 8	stomatologia protetyka 2
andrologia 1	epidemiologia 1	nefrologia 4	rehabilitacja med. 4	urologia 2
anestezjologia 5	gastroenterologia 5	neonatologia 4	rehabilit. med. dziec. 1	USG 2
balneol. i med. fizykal. 1	geriatria 3	neurochirurgia 1	reumatologia 3	USG Doppler 1
chirurgia dziecięca 2	ginekologia i poł. 9	neurologia 7	stomatologia 6	USG ginekologiczne 1
chirurgia naczyniowa 1	hematologia 2	neurologia dziecięca 1	stomatologia chirurgia 1	USG pediatryczne 1
chirurgia ogólna 7	kardiologia 7	okulistyka 8		
chirurgia onkologiczna 1	kardiologia/hiperten. 1	okulistyka optyk 1		
chirurgia proktolog. 1	kardiologia dziecięca 1	onkologia 1		
choroby płuc 3	laryngologia 9	onkologia kliniczna 1		
choroby wewn. 36	laryngologia dziecięca 2	ortopedia 6		
dermatologia 6	medycyna paliatywna 2	pediatria 29		
diabetologia 2	medycyna pracy 7	proktologia 1		

Kontakt: tel. 22-542-83-30
praca@oilwaw.org.pl

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



Wsparcie psychologiczne dla członków OIL w Warszawie

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

minęły już dwa lata od czasu, kiedy Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie powierzyła mi sprawowanie funkcji pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów.

Pozyskana w tym czasie wiedza wskazuje jednoznacznie na konieczność stworzenia przez naszą Izbę możliwości nieodpłatnego wsparcia psychologicznego w trudnych emocjonalnie sytuacjach, z jakimi spotykacie się Państwo w swojej pracy. By w sposób właściwy pomóc Państwu w pokonywaniu tych trudności, potrzebuję dodatkowych informacji. Zapraszam więc na stronę internetową naszej Izby (<http://www.oilwaw.org.pl>), gdzie znajduje się link do krótkiej, anonimowej ankiety i prośba o jej wypełnienie – <http://badania.iakg.pl/s3/d195f>

Wyniki ankiety zostaną wykorzystane do opracowania programu spotkań poświęconych m.in. nauce/treningowi radzenia sobie w najczęściej zgłaszanych przez Państwa, trudnych sytuacjach. Spotkania będą prowadzone przez specjalistów w zakresie udzielania pomocy psychologicznej i przez psychoterapeutów z wieloletnim doświadczeniem.

Proponuję:

- ✳ uczestniczenie w nieodpłatnych, 2–3-godzinnych spotkaniach grupy wsparcia, w godzinach popołudniowych albo wieczornych
- lub
- ✳ indywidualne, nieodpłatne spotkania z psychoterapeutą, a w razie konieczności z psychiatrą, bo czasami może być niezbędne wsparcie farmakologiczne.

W związku z tym proszę rozważyć czy:

1. byłoby lepiej organizować te spotkania w pomieszczeniach naszej Izby, przy ul. Puławskiej, czy w jakimś innym, „neutralnym” miejscu,
2. jakie dni tygodnia najbardziej Państwu odpowiadają i jakie godziny.

Osoby zainteresowane tymi formami wsparcia proszę o podanie kontaktu do siebie (e-maila lub numeru telefonu), abyśmy mogli poinformować, kiedy propozycja odbywania tych spotkań będzie już aktualna (na razie zbieramy tylko opinie).

Mogą Państwo liczyć na poufność i naszą pełną dyskrecję.
Kontakt do nas: wsparcie@oilwaw.org.pl oraz **22-54-28-308**

Bohdan Woronowicz
pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów

Redakcja biuletynu „Miesięcznik OIL w Warszawie Puls” bardzo prosi wszystkich lekarzy o weryfikowanie adresów do kolportażu „Pulsu” i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism, i tym podobne).
E-mail: p.rejestracja@oilwaw.org.pl lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.

Prosimy o przekazywanie do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Państwa adresów e-mailowych i na bieżąco ich aktualizowanie

mojadresmailowy@oilwaw.org.pl

Adresy te będą wykorzystane do przekazywania przez OIL, na bieżąco, ważnych dla Państwa informacji!



Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
Bohdan Woronowicz
środy – 11.00–14.00
tel.: 602-670-722,
22-542-83-08
b.woronowicz@oilwaw.org.pl



Rzecznik Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
wtorki – 10.00–12.00
tel.: 784-98-65-57.



Mediator
Krzysztof Bielecki
czwartki – 13.00–15.00
(po umówieniu)
prof.bielecki@gmail.com

DYŻURY

Sekretariat, pracownik biura Małgorzata Rajca, tel.: 22-542-83-08, m.rajca@oilwaw.org.pl

VII Integracyjny Piknik Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego



W czerwcu 2016 r. odbył się VII Integracyjny Piknik Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego zorganizowany przez Okręgową Izbę Radców Prawnych w Warszawie. W ciągu całego dnia gościliśmy ponad 4 tys. osób.

Podczas pikniku Włodzimierz Chróścik, dziekan Rady OIRP w Warszawie, przekazał przewodnictwo nad Mazowieckim Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego przedstawicielom Mazowieckiego Oddziału Krajowej Izby Radców Podatkowych – Hannie Szarpak i Pawłowi Trojankowi.

Ogromny teren bazy Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej Wojska Polskiego w Starej Miłosnej w sobotę dzięki piknikowi zamienił się w centrum zabawy dla najmłodszych i trochę starszych.

W strefie sportowej rodzice mogli sprawdzić się w zawodach wioślarskich na ergometrach. Dodatkową atrakcją była obecność Kajetana Broniewskiego – polskiego wioślarza, trzykrotnego olimpijczyka, brązowego medalisty Igrzysk Olimpijskich w Barcelonie (1992). Przedstawiciele samorządów rywalizowali również w piłce siatkowej. Najlepszą drużyną okazali się adwokaci, drugie miejsce zajęli inżynierowie budownictwa, trzecie – radcy prawni, czwarte zaś – aptekarze. Rozegrano także zawody w przeciąganiu liny, w których zwyciężył samorząd radcowski.

Centrum Szkoleniowe MOO PCK przeprowadzało pokazy i szkolenia z udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej.

Zainteresowani mogli zmierzyć sobie ciśnienie, poziom cukru we krwi i cholesterolu, zasięgnąć porady dietetyka, zmierzyć tkankę tłuszczową oraz skorzystać z pomocy lekarza medycyny estetycznej, wizażystki i kosmetyczki.

Tegoroczny piknik bez wątpienia należy zaliczyć do udanych. Kolejny już za rok! ■



Tekst i zdjęcia dzięki uprzejmości Okręgowej Izby Radców Prawnych w Warszawie.



IV Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2016” w Częstochowie otwarty!

Zapraszamy do udziału w IV Międzynarodowym Salonie „PhotoArtMedica 2016” lekarzy, lekarzy dentyków oraz nauczycieli akademickich i studentów uniwersytetów medycznych.

Zgłoszenia przyjmujemy do **28 sierpnia 2016 r.**

Dwie kategorie: Krajobraz miejski i Temat wolny.

Grand Prix, 14 medali, nagrody specjalne, wyróżnienia, nagrody rzeczowe ufundowane przez partnera ubezpieczeniowego lekarzy Inter, Olympus i National Geographic Polska.

Informacje i zgłoszenia: www.photoartmedica.pl

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie

doniesienia naukowe



Nieme zawały zaskakująco częste

Uwaga na tzw. nieme (ciche) zawały. Występują znacznie częściej, niż się dotąd wydawało. Prawie co drugi atak serca nie wywołuje typowych objawów wieńcowych, takich jak bóle w klatce piersiowej oraz uczucie pieczenia i ściskania w mostku. Zamiast nich może wystąpić jedynie pobolewanie mięśni ręki, pleców, szyi oraz zuchwy, a także ból żołądka, spłytenie oddechu, pocenie się, nudności i napad lęku.

Przed niemymi zawałami serca, czyli wywołującymi dolegliwości, które nie są z nimi zwykle kojarzone, ostrzega dr Elsayed Z. Soliman z Wake Forest Baptist Medical Center w Winston-Salem. Razem ze swym zespołem przebadał historie prawie 9,5 tys. dorosłych mężczyzn i kobiet zarejestrowanych w programie Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) prowadzonym od 1987 r.

Z tej grupy 386 osób miało atak serca z typowymi objawami, a 317 – cichy zawał. Wynika z tego, że ciche zawały mogą się zdarzać nawet u 45 proc. zawałowców. W efekcie osoby z cichym zawałem są zwykle gorzej leczone lub zbyt późno udzielana jest im pomoc. Zdarza się, że dowiadują się o zawale przypadkowo, dopiero po wykonaniu EKG.

Według obliczeń dr. Solimana, dokonanych na podstawie 20-letnich obserwacji osób, które przeszły cichy zawał, ryzyko zgonu u tych osób jest o 34 proc. większe niż u chorych z typowymi objawami zawału. Częściej zdarzają się one u mężczyzn, ale u kobiet częściej kończą się śmiercią („Circulation”, 17 maja 2016).

Depresja w raku, gorsza rekonwalescencja

Chorych na nowotwory nie wystarczy leczyć medycznie. Dla uzyskania lepszej rekonwalescencji pacjentów onkologicznych, którzy zmagają się z depresją już w chwili wykrycia choroby, ważna jest również pomoc psychologiczna. Wskazują na to badania psychoonkologów z Macmillan Cancer Support oraz University of Southampton w Wielkiej Brytanii.

Brytyjscy badacze analizowali ponad 1 tys. pacjentów z rakiem okrężnicy, którzy byli leczeni w 29 ośrodkach na terenie Wielkiej Brytanii. Badano ich stan psychiczny od chwili diagnozy, przed podjęciem leczenia (głównie przed operacjami), a potem obserwowano przez co najmniej pięć lat. Wniosek: u chorych, którzy wpadli w depresję lub mieli napady lęku po postawieniu diagnozy, po zakończeniu terapii gorzej przebiegała rekonwalescencja.

Jedna z głównych autorek badań, prof. Jane Maher z Macmillan Cancer Support, twierdzi, że nie miało większego znaczenia, jak wcześniej wykryto raka. Pacjenci w gorszym stanie psychicznym byli również w gorszym stanie zdrowia. To poważny problem, bo depresja występuje u co piątego chorego z rakiem okrężnicy.

Z analizy brytyjskich specjalistów wynika, że nawet dwa lata po leczeniu osoby w depresji siedmiokrotnie częściej były w gorszej kondycji, np. miały większe trudności z cho-

dzeniem i częściej nie ruszały się z łóżka. Aż 13 razy częściej następowało u nich obniżenie jakości życia, co objawiało się pogorszeniem pamięci i zdolności poznawczych oraz trudnościami w kontaktach seksualnych („PLOS One”, 16 maja 2016).

Wahania ciśnienia grożą chorobą Alzheimera

Nie tylko nadciśnienie tętnicze krwi, ale również wahania ciśnienia są niekorzystne dla zdrowia. W 2015 r. opublikowano badania, które sugerowały, że wahania ciśnienia zwiększają ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz zgonu. Z najnowszych obserwacji wynika, że większe jest również zagrożenie demencją.

Ostrzega przed tym dr Bo Qin z Rutgers Cancer Institute w Nowym Jorku, który w ramach China Health and Nutrition Survey przeanalizował dane o stanie zdrowia 976 Chińczyków w wieku co najmniej 55 lat. Ci, u których w okresie pięciu lat częściej dochodziło do wahań ciśnienia tętniczego, wykazywali szybsze pogorszenie z wiekiem zdolności poznawczych, a konkretnie pamięci werbalnej.

Co ciekawe, u osób w wieku 55–64 lata zauważono szczególnie negatywny wpływ wahań ciśnienia rozkurczowego. „Świadczy to o niestabilności układu krążenia, co doprowadza do uszkodzenia ścian naczyń krwionośnych, a następnie zakłóca pracę mięśnia sercowego oraz mózgu” – podkreśla dr Bo Qin.

Specjalista przypomina, że ciśnienie tętnicze nie powinno przekraczać 120/80 mm Hg. Gdy przekracza 140/90 mm Hg, zwiększa ryzyko zawału serca oraz udaru mózgu („Hypertension”, 24 maja 2016).

Pracoholicy częściej mają zaburzenia psychiczne

Za pracoholików uznawane są osoby, które swoje życie organizują głównie wokół pracy, na czym cierpią zarówno ich relacje z bliskimi i znajomymi, jak i umiejętność relaksowania się. Skutkiem tego jest większa podatność na stresy. To wiadomo. Teraz się okazuje, że pracoholizm zwiększa również ryzyko zaburzeń psychicznych. Chodzi o takie choroby jak: napady lęku, depresja, choroba obsesyjno-kompulsywna oraz nadpobudliwość z zaburzeniami uwagi.

Psycholog Cecilie Schou Andreassen ze swym zespołem z uniwersytetu w Bergen w Norwegii przeanalizowała przypadki około 16,5 tys. osób, których mediana wieku wyniosła 37 lat. Posłużono się tzw. bergeńską skalą oceny uzależnienia od pracy (Bergen Work Addiction Scale). Badane osoby musiały opowiedzieć m.in. na pytania, jak często w ostatnim roku myślały o tym, że muszą jeszcze więcej pracować, dłużej przebywały w biurze niż planowały, miały napady lęku oraz zaburzenia nastroju i słyszały od innych osób, że zbyttnio poświęcają się pracy.

Na tej podstawie oceniono, kto jest pracoholikiem, potem zbadano częstość występowania zaburzeń psychicznych (według odpowiedniej skali dla danego schorzenia). Wynioskowano, że prawie 32,7 proc. pracoholików wykazuje nadpobudliwość z deficytem uwagi, podczas gdy wśród pozostałych badanych zdarza się ono u około 12,7 proc. osób. Objawy choroby obsesyjno-kompulsywnej wykazuje 25,6 proc. pracoholików oraz 8,7 proc. pozostałych osób.

W Stanach Zjednoczonych co dziesiąty pracownik ma objawy pracoholizmu napędzanego niekontrolowaną ambicją zawodową („PLOS One”, 26 maja 2016). ■

Zbigniew Wojtasiński



Fot. archiwum

Nasze Opactwo Westminsterskie

Paweł Kowal

Jan Paweł II jest najbardziej rozpoznawalną postacią (79,9 proc.) wśród Polaków na osi czasu polskiego chrześcijaństwa, od Mieszka do Andrzeja, i nic nie wskazuje, by miała nastąpić w tym zakresie zmiana. Raczej można sobie zadać pytanie, jak byśmy wyglądali bez Jana Pawła II. Respondenci mieli wymienić najwybitniejszą postać chrześcijaństwa w Polsce spośród takich znakomości jak św. Stanisław czy św. Wojciech, znanych

Wyszyńskiego (9,5 proc.), na trzecim – bł. Jerzego Popiełuszkę (5 proc.). Dopiero na dalszych pozycjach znalazły się historyczne postacie polskiego chrześcijaństwa, np. św. Jadwiga i św. Wojciech. Takie były wyniki, gdy Polacy mieli wskazać tylko jedną, najważniejszą osobę. Potwierdzają to, co czujemy intuicyjnie: opinia publiczna dostrzega przede wszystkim osoby żyjące w ubiegłym stuleciu. Historia Kościoła w Polsce nakłada

się na historię walki Polaków z totalitaryzmami XX w., a wielkie postaci Kościoła stają się jednocześnie kluczowymi postaciami historii państwa i wspólnoty narodowej. Cztery osoby (gdyby wskazać można było kilka) najlepiej kojarzone, znane większości Polaków to: św. Jan Paweł II, bł. Jerzy Popiełuszko, kardynał Stefan Wyszyński i św. Maksymilian Kolbe (95 proc. respondentów). Jako postacie znacznie mniej znane Polakom, ale ciągle rozpoznawalne dla prawie 40 proc. respondentów, wymieniono: arcybiskupa Ignacego Tokarczuka i kardynała Augusta Hlonda.

Gdzieś w mrokach historii kryją się nieprzećięte osobowości polskiego chrześcijaństwa – Paweł Włodkowic, wielki renesansowy mówca i teoretyk prawa, rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, którego na Soborze w Konstancji na początku XV w. podziwiała cała wykształcona Europa, oraz św. Albert Chmielowski, XIX-wieczny malarz, zakonnik i inspirujący kolejne pokolenia filantrop.

Na frontonie Opactwa Westminsterskiego (na zdjęciu) niezmiennie zadziwia nas wizerunek św. Maksymiliana Kolbe wśród 12 wielkich postaci światowego chrześcijaństwa wskazanych w latach 80. m.in. przez królową Elżbietę II. Kolejny okrągły jubileusz chrztu Polski zostawia nas z pytaniem, kto by się znalazł na frontonie Westminster Abbey, gdybyśmy my mogli o tym decydować? ■



Fot. archiwum

im od dzieciństwa, do których zwracali się z modlitwą przekazaną przez babcię, w których relikwie wpatrywali się w Gnieźnie lub na Wawelu. W badaniu „Kościoł w Polsce: dziedzictwo, działanie, przyszłość”, przeprowadzonym przez Fundację Energia dla Europy w 2016 r., na drugim miejscu Polacy wymieniają kardynała Stefana



Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie ogłasza

I Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”.

Patronatem honorowym objęli konkurs prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Maciej Hamankiewicz oraz prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej Janusz Spustek, patronatem medialnym – Radio Lublin, „Gazeta Lekarska” oraz miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej „Medicus”. Termin nadsyłania prac 31.08.2016 r. Rozstrzygnięcie konkursu 30.09.2016 r.

Szczegółowe informacje o konkursie znajdują się na stronie internetowej: www.kultura.oil.lublin.pl/konkurs-lekarze-dzieciom/.



O prawo do pozytywnego myślenia

Janina Jankowska

Spora grupa znajomych, nie licząc rodziny, po każdej mojej obecności w telewizyjnych programach publicznych gwałtownie rzuca się na mnie: – *Jak możesz opowiadać się za PiS?!*

Próżno zaprzeczam, próżno wołam: – *Ja się za nikim nie opowiadam!* Nie mam zamiaru stawać po jednej stronie wykopywanego każdego dnia rowu. Jak wytłumaczyć, że interesuje mnie scena polityczna, bo to, co się na niej dzieje, ma wpływ na losy Polaków i całego kraju. Staram się patrzeć z dystansem na poczynania każdej strony sporu, zawsze zadając sobie pytanie, czy dany ruch wzmacnia, czy osłabia mój kraj?

Założenia „dobrej zmiany” były imponujące. Sposób wprowadzania jej w życie – momentami skandaliczny. Gorzej, bo niszczący to, co daje nadzieję. Zamiast starać się przekonać do tych zmian różne środowiska inteligentne, prawnicze, ludzi kultury, artystów, nauczycieli itp., PiS poszedł na konflikt z nimi. A przynajmniej, jak w przypadku nauczycieli, bez pytania o zdanie narzucił reformę, zapowiedział likwidację gimnazjów. Tzw. konsultacje też były problematyczne. Tu tkwi podstawowy błąd. Brak otwarcia na głosy społeczne, w przekonaniu, że będą przeszkodą w realizowaniu ważnych celów.

Jarosław Kaczyński, niczym demiurg, wyznacza tempo zmian, powierzając wykonawstwo podporządkowanej sobie, zdyscyplinowanej kadrze. Tu następny kardynalny błąd ekipy piśmowskiej. Przekonanie, że instytucje państwa można naprawić, obsadzając je swoimi zaufanymi ludźmi. Stąd likwidacja służby cywilnej, nominacje w Orlenie, ZUS, radach nadzorczych spółek prawa handlowego dla bliskich znajomych prezesa. Jeśli zdarzy się przy okazji ktoś kompetentny, mamy szczęście.

PiS nie przyjmuje żadnych uwag krytycznych. Ani od opozycji, ani od organizacji pozarządowych, nawet od tzw. prawej strony. Kiedy takowe uwagi się pojawiają, są zdaniem prezesa, a więc całego PiS, wrogiem przemianom

i kompromitujące. Dotyczy to nawet krytycznych analiz dziennikarzy określanych pravicowymi. „*Nie da się tego poważnie traktować*” – mówi prezes w wywiadzie dla „Do rzeczy”.

Obowiązuje pogląd, że źle oceniają pravicową ekipę ci, którzy nie mogą pogodzić się z przegraną w wyborach. Mam wrażenie, że rządzący tak interpretują powstanie KOD, będąc ślepych na tysiące spontanicznych uczestników, którzy z profitami poprzedniej władzy nie mają nic wspólnego. Co ich skłania do wyjścia na ulicę? Może popełniamy jakiś błąd? Nie, wszelkie wątpliwości zagłusza powtarzane jak mantra: „*To są ci, którzy nie mogą pogodzić się z przegraną*”. Oni, podobnie jak obecny skład TK, stoją ponoć na drodze reformy państwa.

Po tej garści krytycznych uwag powiem *à rebours*, że to właśnie ta popełniająca błędy ekipa piśmowska podjęła kluczowe dla kraju problemy. Spojrzała szerzej, objęła swym programem najślabszych. To ambitny gospodarczo program. Mało o tym w mediach, bo bogata lista gaf, potknięć i pewnej buty niektórych ludzi PiS jest wdzięczną materią budowania odstraszonego wizerunku. Łatwiej odmieniac przez przypadki zwrot „między dżumą a cholera”, niż przedstawić trzecią po prezentowanych przez Balcerowicza i Hausnera wizję rozwoju Polski autora nieszczęśliwie użytego zwrotu. Atmosfera jest taka, że gdyby dziś na złotej tacy rządzący podali pochodzący od samego Pana Boga przepis na szczęśliwe państwo, opozycja krzyknęłaby: – *Nie!*

Czy w tych warunkach mamy szansę na usprawnienie państwa polskiego, na harmonijne, ciekawe życie w nim?

Niewielkie. Chyba że, by pozostać w sferze ducha, właśnie Duch Święty zmieniłby Jarosława Kaczyńskiego w człowieka ufającego ludziom, nieszukającego konfliktów, lecz swoim wybitnym umysłem te konflikty rozwiązującego. Nie wierzycie w cuda?

W Radzie Dzielnicy Bemowo doszło do koalicji PO-PiS. W zgodzie wybierają nowe władze. ■



Fot. P. Hart Dyke

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

zaprasza do Domu i Klubu Lekarza w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54.

Klub, czynny codziennie w godz. 12.00–22.00, jest otwarty dla środowiska lekarskiego Warszawy w celu odbywania posiedzeń naukowych, szkoleń, spotkań kulturalnych i towarzyskich oraz imprez okolicznościowych.

Restaurację w Klubie Lekarza prowadzi kucharz warszawski Sylwester Puchta, który zaprasza na degustację dań kuchni polskiej i nie tylko.

Ponadto dysponujemy czterema pokojami gościnnymi oferowanymi w niskich cenach lekarzom i ich rodzinom.

Tel.: 22-822-23-42, 22-823-96-82, 22-823-96-83;
e-mail: rezerwacja@klublekarza.pl



Goniec Medyczny

Zastosowanie grafenu w stentach

Naukowcy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Polskiej Akademii Nauk prowadzą badania nad zastosowaniem powłoki grafenowej w stentach naczyniowych. To rozwiązanie może spowodować, że urządzenia medyczne będą lepiej tolerowane przez ludzki organizm.

Choroby płuc w Polsce

W Polsce na przewlekłe choroby płuc cierpi ponad 6 mln osób, a rocznie umiera z ich powodu ok. 40 tys. osób. Liczby te będą stale rosły ze względu na zanieczyszczenie powietrza i nałóg palenia – ostrzegają eksperci.

Badania kliniczne

Wartość rynku badań klinicznych w Polsce rośnie, ale ich liczba spada. Wskaźnik liczby prowadzonych badań klinicznych w 2014 r. był u nas ponaddwukrotnie niższy niż w Czechach czy na Węgrzech – wynika z raportu firmy PwC Polska.

Sztuczna krew z Polski

Jest przezroczysta, ale tlen do tkanek przenosi niczym zwykła krew. Nad syntetyczną krwią – substytutem tej ludzkiej – pracują naukowcy z Politechniki Warszawskiej.

Kto chce zniszczyć NHS?

Z dokumentów dotyczących wprowadzenia Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) wynika, że ustawa o wolnym handlu, którą Bruksela negocjuje z Waszyngtonem, może całkowicie zniszczyć państwową służbę zdrowia w Zjednoczonym Królestwie.

E-papierosy w USA

Osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, w Stanach Zjednoczonych nie będą mogły kupować e-papierosów – informuje serwis „BBC News”. Przepis ma wejść w życie za dwa miesiące.

Nastolatki uzależnione od telefonu

52 proc. amerykańskich nastolatek od 12. do 18. roku życia przyznaje, że jest uzależnionych od telefonu komórkowego – wykazał sondaż Common Sense Media opublikowany przez „CNN News”.

Batalia z bakteriami?

10 mln ludzi rocznie, czyli jedna osoba co trzy sekundy, może umrzeć do 2050 r. z powodu oporności drobnoustrojów na antybiotyki – wynika z raportu brytyjskiego ekonomisty Jima O’Neilla, który apeluje o zmianę podejścia do antybiotykoterapii.

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

Lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny Esculapa
e-mail: redakcja@esculap.pl



Posłuchać, zobaczyć...

Chopin i jego Europa

„Z ziemi włoskiej do Polski – od Mozarta do Belliniego” to hasło 12. Międzynarodowego Festiwalu Muzycznego „Chopin i jego Europa”. Festiwal jest kolejną okazją do konfrontacji twórczości Chopina z muzyką jemu najbliższych kompozytorów oraz ukazania wpływu, jaki wywarł na dzieła innych twórców. W programie znakomici wykonawcy i koncerty w Filharmonii Narodowej w Warszawie, w Studiu Koncertowym Polskiego Radia oraz – po raz pierwszy w ramach festiwalu – w Żelazowej Woli. 15–30 sierpnia.

www.pl.chopin.nifc.pl/festival/

Élisabeth Vigée Le Brun w Nieborowie

Była znaną i cenioną malarką, wybitną portrecistką, członkinią wielu europejskich akademii. Tworzyła na przełomie XVIII i XIX w., także na zlecenie polskich arystokratów. Wystawa we wnętrzu Pałacu w Nieborowie prezentuje wizerunek Élisabeth Vigée Le Brun jako świadka i twórcy epoki oraz jej prace pochodzące ze zbiorów polskich. Ekspozycja czynna do 23 października.

www.nieborow.art.pl

Rodin i Dunikowski

W warszawskiej Królikarni można oglądać prace dwóch najważniejszych rzeźbiarzy w historii sztuki francuskiej i polskiej – Auguste’a Rodina i Xawerego Dunikowskiego. Wystawa „Rodin/Dunikowski. Kobieta w polu widzenia” ukazuje wpływ kobiet na twórczość obu artystów i jest pierwszą prezentacją dzieł Rodina w Polsce. Ekspozycję można oglądać do 18 września.

www.krolikarnia.mnw.art.pl

Fotoplastikon

W zbiorach ma ponad 7 tys. trójwymiarowych fotografii, od zdjęć dokumentujących egzotyczne podróże po świecie z przełomu XIX i XX w. przez prace ukazujące Warszawę w różnych okresach historycznych po fotografie współczesnych autorów. Fotoplastikon Warszawski to miejsce unikatowe. Kto nie był – powinien zobaczyć, kto był – zapewne wróci. Aleje Jerozolimskie 51, od środy do niedzieli.

www.fotoplastioknwarszawski.pl

Mozart w Warszawie

Kilkadziesiąt spektakli operowych i koncertów odbędzie się w ramach 26. Festiwalu Mozartowskiego w Warszawie. Dzieła Wolfganga Amadeusza Mozarta będą prezentowane na scenie Warszawskiej Opery Kameralnej, w Łazienkach Królewskich, w Kościele Seminaryjnym oraz na Zamku Królewskim w Warszawie. W festiwalowym programie również przedstawienia dla dzieci. 23 czerwca – 31 lipca.

www.operakameralna.pl

ach



Bez retuszu

Nie wiem, czy Adam Sandauer ze Stowarzyszenia „Primum non nocere” przeczytał tę książkę, ale powinien. Podobnie jak rzesza pacjentów, którzy mają na temat medycyny stanowczo zbyt wyidealizowane pojęcie. To również obowiązkowa lektura dla lekarzy, by – idąc za przykładem doskonałego neurochirurga z 40-letnim doświadczeniem – nauczyli się przyznawać do własnych potknięć, pomyłek i błędów. One bolą, ranią zawodowe ego. Jak nauczyć się je akceptować i wyciągać z nich wnioski?

Dr Henry Marsh napisał swoje wspomnienia, by oddać poruszający obraz pracy lekarza, który codziennie konfrontuje się z olbrzymimi nadziejami chorych. Co powiedzieć im, kiedy już nadziei nie ma? Jak wybrnąć z zawstydzającej katastrofy, która przydarza się na sali operacyjnej? Tytuł tej książki „Po pierwsze nie szkodzić” wydaje się banalny, ale jej treść jest wyjątkowa z racji opisywanych historii i sposobu, w jaki autor odsłania kulisy swojej pracy. Trzeba być wybitnym lekarzem, aby mieć odwagę napisać: „chirurdzy są tylko ludźmi, omylnymi jak wszyscy i bez pełnej kontroli nad przebiegiem operacji”. Albo: „jako neurochirurg musisz pogodzić się z tym, że popełniasz błędy i czasami rujnujesz komuś życie”.

25 rozdziałów to 25 różnych chorób z zakresu neurochirurgii, za którymi kryją się losy pacjentów leczonych przez Marsha. Niektórych musiał siłą odwozдить od operacji, choć oni wierzyli mu bezgranicznie („często lepiej pozostawić chorobę jej naturalnemu biegowi i zaniechać interwencji”). Innych odwiedzał następnego dnia po zabiegu, drżąc przed progiem sali, jakich powikłań nabawili się z winy nieostrożnego ruchu jego ręki. Marsh mówi pacjentom wprost (a niewielu lekarzy to potrafi), że medycyna jest nieprzewidywalna i w kontakt ze szpitalem zawsze wpisane musi być ryzyko.

„Mimo zdobyczy technicznych, zabiegi neurochirurgiczne są nadal niebezpieczne. Muszę wiedzieć, gdzie i kiedy się zatrzymać. Swoją rolę odgrywa wreszcie przypadek, zarówno szczęśliwy, jak nieszczęśliwy zbieg okoliczności, i proszę mi wierzyć, im dłużej praktykuję, tym mniej jestem skłonny lekceważyć ów czynnik” – wyznaje autor.

Ktoś powie, że odbieranie choremu nadziei to ostatnia rzecz, jaką lekarz powinien zrobić. Wyłuszczać wszystkie powikłania z encyklopedyczną dokładnością? To ma swoje dobre i złe strony. Jeśli książka trafi do rąk czytelnika, który o medycynie będzie miał nikłe wyobrażenie (jak zaznaczyłem na wstępie, pożytek byłby z tego olbrzymi), po lekturze na pewno dużo bardziej świadomie podejrze do swojej choroby i dialog z nim będzie już zawsze łatwiejszy.

Właśnie przebieg szczerych rozmów z chorymi uważam za największy walor tej książki. To jak podręcznik z zakresu werbalnej komunikacji dla każdego medyka, który niezależnie od specjalizacji mierzy się na co dzień z identycznymi wyzwaniem. Marsh na konkretnych przykładach pokazuje, że nawet w obliczu największych niepowodzeń nie należy chować głowy w piasek. A w przypadku pacjentów i ich rodzin, których nie chciałoby się więcej w życiu spotkać, jak dać im w uprzejmy sposób do zrozumienia, że na nic więcej nie mogą już liczyć. ■

Paweł Walewski

LIST

Podczas gdy tyle mówi się o zawodzie lekarza jako o zawodzie zaufania publicznego, w praktyce coraz bliżej mu do zawodu publicznego podejrzenia (a nawet poniżenia). Niejednokrotnie już od pierwszego kontaktu z pacjentem lekarz jest przez tegoż pacjenta podejrzewany o brak dobrej woli, należytej wiedzy oraz chęć zysku (kosztem pacjenta oczywiście). Stawiane przez lekarza diagnozy są z miejsca kontestowane. Przecież „doktor Google” twierdzi co innego. Podobnie reklama i znajomi (niemający wykształcenia medycznego). Przecież nikt nie byłby w stanie postawić prawidłowego rozpoznania w ciągu kilkuminutowej wizyty (a fakt, że przychodnie, z powodu rzekomych oszczędności, zatrudniają minimalną liczbę lekarzy, to już przecież nie pacjenta problem). Z pewnością też postawiona diagnoza byłaby zupełnie inna, gdyby ów lekarz stawiał ją w prywatnym gabinecie, a nie w państwowej przychodni. Zaraz po wyjściu pacjenta z gabinetu tropem lekarza rusza cała armia uzbrojonych w najnowocześniejsze narzędzia informatyczne praworządnych urzędników. Bo może w grę wchodzi łapówka za omińnięcie oficjalnej kolejki lub wystawienie zaświadczenia, do którego otrzymania pacjent nie był uprawniony. I nieważne, że przepisy są w tych kwestiach niejedno-

krotnie dość zawiłe. W końcu lekarz jest osobą inteligentną i wykształconą, więc zrozumienie nawet najbardziej zawiłych przepisów powinno być dla niego oczywiste. I nieważne, że akurat ten konkretny pacjent wymagał konsultacji w trybie pilnym, przepis jest przepisem. Tak przynajmniej myśli zdecydowana większość urzędników oraz niektórzy politycy.

NFZ czeka tylko na najdrobniejszą pomyłkę lekarza, w jakże prostych i oczywistych dla każdego drukach, aby tylko obciążyć go kosztami nienależnej refundacji. Oczywiście wszystko dla dobra państwa i jego obywateli.

Na sam koniec zaś do akcji wkraczają wyszkoleni prawnicy, którzy dosłownie wypytują pacjentów, czy aby na pewno podczas wizyty u lekarza zostali potraktowani z należnym im szacunkiem. Obecnie tyle właśnie mają lekarze (przynajmniej spora część z nich) z zaszczytu wykonywania zawodu zaufania publicznego. Przeciętną pensję, brak satysfakcji z pracy oraz ciągły lęk przed ewentualnymi pozwami (zarówno ze strony pacjentów, jak i instytucji państwowych, np. NFZ). ■

Lekarz z Warszawy
(nazwisko znane redakcji)



Przedrostki – razem czy osobno

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

W 1998 r. Komisja Kultury Języka Komitetu Językoznawstwa PAN wprowadziła kilka zmian, które ujednoliciły pisownię niektórych przedrostków. Nie wszyscy to zauważyli. Tak więc przedrostek *eks-* pochodzący od łacińskiego *ex* pisze się teraz z wyrazami łącznie i bez użycia łącznika: *ekszona, eksprezydent, eksekspert* i tak dalej. Ładniej brzmią: *była żona, były prezydent, były ekspert*, bo nie są zanadto kolokwialne, ale te z *eks-*em też są poprawne.

Podobnie łącznie, bez dywizu, od 1998 r. piszemy wszystkie wyrazy z przedrostkami *auto-* i *mini-*. *Auto-* pochodzi z greckiego i obecnie po polsku znaczy *samo-* albo *mający związek z samochodem*. *Mini-* przyszło z łaciną i jest częścią oznaczającą *coś niedużego, ale nie najmniejszego (nie tak małego jak mikro-)*. Mamy zatem *autonaprawę, autonarzędzia, autostop* oraz *minispódniczkę, miniodbiornik, miniwtyczkę*. Odpowiednikiem przedrostka *mini-* jest *mikro-*, który za pośrednictwem łaciny przyszedł z greki i znaczy *coś niedużego, jeszcze mniejszego niż mini-*: *mikrogniazdo, mikrokaleta*.

Ponieważ dość często spotyka się niepoprawne zapisy innych przedrostków, warto przyjrzeć się garści tych najczęściej budzących wątpliwości. I tak przedrostek *niby-*, wskazujący na fałszywość kogoś lub czegoś, na jego złudność, nieprawdziwość, pozorność, piszemy zasadniczo z dywizem: *niby-Polak, niby-ekspert, niby-zabytek, niby-angielski*. W terminach biologicznych utrwaliła się jednak pisownia łączna: *nibynóżka, nibygnoda, nibykwiat, nibyliść, nibykorzeń*.

Podobny przedrostek *pseudo-*, który znaczy nieprawdziwy, rzekomy, imitujący kogoś albo coś, niewiele podobny, piszemy zawsze łącznie: *pseudoelegancja, pseudofilozof, pseudokomfort*, z wyjątkiem połączeń z nazwami osób należących do narodu lub obywateli państwa. Te piszemy z dywizem, a to ze względu na obowiązkową wielką literę: *pseudo-Polak, pseudo-Węgier, pseudo-Niemiec*.

Najwięcej problemów stwarza na początku wyrazów cząstka *nie*, która jako partykuła oznaczająca przeciwieństwo lub przeczenie raz jest do wyrazów przyklejona, kiedy indziej od nich oddzielona za pomocą spacji lub dywizu.

Nie piszemy łącznie z rzeczownikami, przymiotnikami, imiesłowami przymiotnikowymi i tymi czasownikami, które nie występują bez przeczenia. Oto garść przykładów: (rzeczowniki) *nieczłowiek, niedrzewo, nieprzyjaciel, niezgoda*, ale: *nie-Polak, nie-Czech*, (przymiotniki) *nieładny, nieczuły, nieczerwony, niewysoki*, (przysłówki) *nieładnie, nieprzypadkowo, nieczerwono, niewysoko*, (imiesłowy przymiotnikowe) *niewidziany, nielubiany, niechący, niemający*, (czasowniki zawsze zaprzeczone) *niepokoić, niedowiedzieć, nienawidzić*.

Kłopot sprawia odróżnienie imiesłowów przymiotnikowych od przysłówkowych, ale to łatwo zapamiętać: przymiotnikowe, a więc te, z którymi *nie* piszemy razem, są odmienne (tj. odmieniają się przez przypadki): *niepiszący* (D. *niepiszącego*), *nieczytany* (D. *nieczytanego*), *niezrobiony* (D. *niezrobionego*), *nieukryty* (D. *nieukrytego*), *nieznany* (D. *nieznanego*). ■



Nadchodzi lato...

Miał cztery latka, gdy przerażeni rosnącym antysemityzmem rodzice uciekli z Paryża do Krakowa; miał sześć, gdy wybuchła II wojna światowa; osiem, gdy matkę wywieziono do Auschwitz-Birkenau i zagazowano; dziesięć, gdy sam trafił do Mauthausen. Mowa o Romanie Polańskim, który przejechał pod koniec maja do Katowic i Krakowa na Festiwal Muzyki Filmowej, oddać honor Alexandre Desplat, laureatowi tegorocznej Nagrody im. Wojciecha Kilara. Zaczynam od muzyki, bo fakt, że łagodzi obyczaje, wydaje się bezsporny. Nawet keyboardy trafiają dziś do gabinetów rehabilitacyjnych. A co jak co, ale łagodzenie obyczajów jest nam wyjątkowo potrzebne.

Wyrazem dobrych manier jest m.in. odpisywanie na listy, nawet gdyby adresat musiał trochę poczekać na odpowiedź. Pisze oto do mnie prof. Marek Rudnicki z Chicago w odpowiedzi na korespondencję z 2013 r., w której wyraziłem kilka myśli na temat Światowego Kongresu Polonii Medycznej w Krakowie. Profesor podziela moje zdanie dotyczące delikatnej weryfikacji profilu programowego w aspekcie historyczno-etnograficznym. Czy to się uda w Warszawie, nie wiem. Natomiast sam charakter polskiej emigracji wydaje mi się ewoluować od zarobkowego, „za chlebem”, przez „integracyjny”, kiedy za wszelką cenę dąży się do uzyskania statusu tubylca, po współczesny model obywatela świata, dla którego praca w każdym miejscu na globie jest dostępna.

Czy dzisiejszy nurt konserwatyzmu i nacjonalizmu cofnie tę tendencję? Medycyna bezspornie przekracza wszelkie granice. Profesor z Japonii operuje w polskiej klinice, a chirurg z Krakowa przeprowadza transplantację według telewizyjnie przekazywanych dyspozycji z Wiednia. Niemniej jednak zwolennicy homeopatii, brodenia w zimnej wodzie, nasiadówek na zimnym suknie – spod znaku doktora Sebastiana Kneippa – nadal trzymają się krzepko.

Zmiana pokoleniowa – odchodzą uznane autorytety, pożegnania są coraz bardziej dostojne. Pojawia się obiecujące pokolenie pięćdziesięciolatków, którzy w glorii sukcesów zawodowych obejmują ważne stanowiska. Nie będę wyliczał nazwisk, bo kogoś bym niechący na pewno pominął, ale tę zmianę wyraźnie widać. W rankingach różnych czasopism Collegium Medicum UJ będzie na pewno przodować. A swoją drogą, czy w świetle wyrażonego wydłużenia się naszego życia nie należałoby zweryfikować granicy obowiązkowego przejścia na emeryturę profesorów? Oczywiście pod warunkiem tajnego głosowania nad przedłużaniem na posiedzeniu Rady Wydziału...

Na Światowe Dni Młodzieży przyjedzie, jak piszą media, nieco mniej pielgrzymów, niż to początkowo zapowiadano. Ich liczba wzrośnie dopiero w sprawozdaniach. Tymczasem dobiega końca totalny remont chodników i krawężników w śródmieściu Krakowa. Wkrótce studenci wyjadą do domów. Może zabrają, prócz aut, także rowery. Ale będzie pięknie. ■

Stefan Cieplý

Impresje z pielgrzymki do Ziemi Świętej

Wydawać by się mogło, że wyjazd do Ziemi Świętej jest wspaniałą, egzotyczną wyprawą. Może niezbyt daleką, ale na pewno w rejony o innym klimacie, innej kulturze. Dla osób wierzących (niezależnie od wyznania) to wielkie przeżycie, wyjazd po wsparcie duchowe. Mam nadzieję, że dla lekarzy z Koła Lekarzy Katolików przy OIL była to pielgrzymka umacniająca, otulająca ciepłem wiary w życiu codziennym, zarówno rodzinnym, zawodowym, jak i społecznym.

Odwiedziliśmy wszystkie miejsca ważne dla chrześcijaństwa, podążając śladami Świętej Rodziny i Jezusa. Prowadził nas wspaniały, profesjonalny, młody przewodnik Szymon. Opiekę duchową sprawował ojciec Andrzej, duszpasterz KLK.

Podziwialiśmy także wspaniałą przyrodę, zabytki, degustowaliśmy wina z granatów, korzystaliśmy ze słońca oraz kąpiel w Morzu Martwym i Jeziorze Galilejskim. Atmosfera w grupie była przepojona zadumą nad tym, co działo się w tych miejscach przed dwudziestoma wiekami. Myślę, że pielgrzymka pozostanie na zawsze we wspomnieniach uczestników.

Z żalem rozstawaliśmy się z Ziemią Świętą.

Jedno jest pewne – wybierzemy się jeszcze raz do Ziemi Świętej. Mam nadzieję, że pojedziecie z nami, Koleżanki i Koledzy. Zapraszam.

W grudniu wybieramy się do Guadelupe (3–14.12.2016 r.), można się jeszcze załapać na zderzak. Skontaktujcie się z KLK. ■

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć
przewodnicząca KLK



WSPOMNIENIE



**Jolanta
Kucharczyk
(1936–2016)**

Z głębokim smutkiem zwiadamiamy, że 14.03.2016 r., po długiej i ciężkiej chorobie, odeszła nasza przyjaciółka Jola Kucharczyk.

Urodziła się 19.03.1936 r. w Warszawie jako córka dr.

med. Władysława Wołoszyńskiego, lekarza wojsk lotniczych, i jego żony Kamili. Całe życie związana była z Warszawą. Przeżyła z mamą i babcią gehennę Powstania Warszawskiego, przez 63 dni przebywając w piwnicy, co pozostawiło Jej na całe życie uraz w postaci lęku przed

wejściem do pomieszczeń pod ziemią (np. metra). Po powstaniu przeszła typowy szlak warszawiaków: obóz w Pruszkowie, dalszą tułaczkę na południe Polski i wreszcie powrót do Warszawy. Maturę zdała w 1953 r. w Liceum K. Hoffmanowej. Studiowała na Wydziale Lekarskim AM w Warszawie w latach 1953–1959. Była powszechnie lubianą i szanowaną koleżanką, wyróżniała się uczynnością i aktywnością społeczną. W 1962 r. uzyskała specjalizację z pediatrii, w 1965 r. specjalizację z chorób płuc u dzieci, a w 1979 r. z medycyny społecznej. W latach 1966–1999 pracowała w Przychodni Rejonowej ZOZ Praga Północ, przy ul. Dąbrowszczaków, przez wiele lat na stanowisku kierownika przychodni. Poza pracą zawodową zajmowała się aktywnie działalnością społeczną na rzecz zaniedbanych dzieci w tym rejonie. Mężem Jej był Kazimierz Kucharczyk, adiunkt Zakładu Anatomii Prawidłowej AM w Warszawie. Miała syna Pawła, także lekarza. Pozostawiła w smutku nas, przyjaciół ze studenckiej grupy XVII. ■

Hanna i Jan Antczakowie



Fot. K. Sankiewicz

IX Jurajski Ogólnopolski Zlot Lekarzy Motocyklistów

W kwietniu 2016 r. odbył się dziewiąty już zlot lekarzy motocyklistów w Poraju. Mariusz Malicki, zwany „Maruchą”, wraz z kolegami z OIL w Częstochowie stworzyli kultową imprezę, w której – mimo niepewnej kwietniowej pogody – uczestniczyli doborowe towarzystwo lekarskie. Nasz klubik OIL w Warszawie, czyli DR, był reprezentowany przez „Kielka” (Marka Kielczewskiego), Bartka (Bartłomieja Kowalskiego) i przede wszystkim mnie. W tym roku braliśmy udział w „wielkim wyścigu”, zwiedzając przepiękną Jurę Krakowsko-Częstochowską z jej skarbami przyrody i kultury. Oczywiście były nagrody, zabawy i wspólnie spędzony czas. Wśród lekarzy, co jest niespotykane, jesteśmy najbardziej zintegrowaną grupą ludzi. Ta bezcenna wartość nie przychodzi łatwo. Każdy znaczek, zwany blachą, na mojej kamizelce to setki kilometrów przejechanych z kolegami, to wspólne przygody w niezwykłych miejscach i mnóstwo pozytywnej adrenaliny.

Czas płynie nieubłaganie, a ja czekam na następców, którzy przejmą pałeczkę i poprowadzą nasz najstarszy, powołany do życia w 1994 r., lekarski klubik warszawski w przyszłość. Jeżeli się tak nie stanie, historia nam tego nigdy nie wybaczy. Serdecznie zapraszam do działania. My też możemy zrobić wspaniały zlot, zwłaszcza że członek naszej Izby Lekarskiej, obecny minister zdrowia, o ile wiem jest fanem motocykli. ■

Krzysztof Sankiewicz, „Sanki”



KARTY SPORTOWO-REKREACYJNE DLA CZŁONKÓW OIL W WARSZAWIE
 Informacje dotyczące kosztów i zasad uczestnictwa w programie: www.oilwaw.org.pl

DLA SMAKOSZY

Łódeczki ze szpinakiem

Szpinak, do którego pragnę Was przekonać, może inaczej smakować niż znana z dzieciństwa zielona papka. Dają głowę. Co do wartości odżywczych, zawiera żelazo, magnez, beta-karoten, witaminę C i luteinę oraz potas, ma więc działanie przeciwnowotworowe, chroni przed miażdżycą. Jest niskokaloryczny – 100 g to zaledwie 16 kcal. Drugi nasz bohater to ser typu feta. Jest produkowany z mieszanki pasteryzowanego mleka owczego z mlekiem kozim lub tylko z mleka owczego. Okres dojrzewania powinien wynosić co najmniej trzy miesiące, ale z tym bywa różnie. Należy do grupy serów miękkich o zawartości tłuszczu około 40 proc. Jest serem kruchym, dobrze topiącym się w wysokiej temperaturze. Dlatego właśnie wybór padł na niego.

Składniki ciasta: ◆ 20 dag mąki ◆ 4 jaja ◆ 20 dag margaryny ◆ 2/3 łyżeczki soli ◆ 3 łyżki śmietany.

Mąkę i schłodzoną margarynę z dodatkiem soli posiekać nożem, dodać rozmacone jajka oraz śmietanę i szybko zagnieść ciasto. Zawinąć w folię i odłożyć do lodówki na godzinę. Wersja dla leniwych: idziemy do marketu i kupujemy 2 opakowania gotowego ciasta francuskiego.

Farsz: ◆ 250 g świeżego szpinaku (liście umyte najlepiej w wodzie z lodem i osuszone) ◆ 150 g sera typu feta ◆ 3 łyżki oliwy sezamowej (może być zwykła, aby extra vergin) ◆ 1 żółtko (białko zostawić do posmarowania ciasta) ◆ 3 ząbki czosnku (duże).

Rozgrzać oliwę, wrzucić drobno posiekany czosnek i po kilkunastu sekundach wszystkie liście szpinaku. Obracać łyżkami przez 2–3 minuty, smażyć aż lekko zwiędną. Dodać żółtko i wymieszać. Wyłożyć natychmiast do miski, dodać pokruszony ser i delikatnie połączyć składniki. Ciasto rozwałkować (kupione rozwinąć), wycinać dużym kubkiem koła, formować w podłużne łódeczki z zagiętymi bokami, najlepiej od razu na blasze przykrytej papierem do pieczenia. W każdą łódeczkę wyłożyć farsz (1 łyżeczkę). Boki posmarować roztrzepanym białkiem. Wstawić do pieca rozgrzanego do 180 stopni C, z termoobiegiem. Piec aż się zeżółcą, czyli kilka minut. Podawać na ciepło lub zimno, jako przekąskę albo danie główne z białym winem.

Jeśli zostanie Wam ciasto, radzę je wykorzystać do przyrządzenia czegoś słodkiego. Kilka jabłek pokroić w ósemki, usuwając gniazda nasienne. Kawalki owoców obtoczyć w cukrze z odrobiną cynamonu. Ciasto pokroić w kwadraty. Na każdym ułożyć kawałek jabłka i przykryć kolejnym kwadratem. Wierzch i brzegi ciasta posmarować rozmaconym białkiem i przycisnąć. Posypać cukrem. Piec tyle samo co łódeczki. ■

Dariusz Hankiewicz

Autor jest specjalistą w dziedzinie otolaryngologii, członkiem NRL i ORL w Lublinie.



Fot. D. Hankiewicz

Rzuty nietypowe

W kwietniu na Stadionie Leśnym w Sopocie odbyły się XI Mistrzostwa Polski w Rzutach Nietypowych. Pogoda była łaskawa dla startujących i widzów. Jak zwykle zawody cieszyły się dużym zainteresowaniem.

Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie reprezentowali:

Beata Warzecha, zdobywczyni czterech medali – dwóch złotych (rzut cegłą i speerorama), srebrnego (rzut ciężarkiem) i brązowego (shotorama);

Konrad Bońda, który również wywalczył cztery medale – dwa złote (rzut granatem i speerorama) oraz dwa brązowe (shotorama i shockorama);

Włodek Dłużynski – złoty medalista w dwóch konkurencjach (rzut granatem i speerorama) i brązowy w jednej (rzut młotem szkockim);

Zenon Krukowski, który zdobył dwa medale złote (rzut granatem i speerorama) i dwa brązowe (rzut młotem szkockim, rzut ciężarkiem).

Rzuty nietypowe są konkurencjami wywodzącymi się ze sprawdzianów lekkoatletycznych (wieloboje kulowe itp.) i dzięki uproszczonej technice doskonale nadają się dla początkujących zawodników oraz tych, którzy chcą wrócić do



Fot. K. Bońda

startów lekkoatletycznych w gronie weteranów. W rywalizacji weteranów mogą brać udział kobiety po ukończeniu 30 lat, mężczyźni – 35 lat. Rozgrywane są także zawody obejmujące typowe konkurencje lekkoatletyczne (biegi, rzuty, skoki) w randze mistrzostw Polski, Europy i świata.

Więcej informacji można znaleźć na stronie Polskiego Związku Weteranów Lekkoatletyki (pzwla.eu), z którym współpracujemy także w organizacji Mistrzostw Polski Lekarzy w Lekkoatletyce (Opole, 2–3 lipca) oraz – w tym roku po raz pierwszy – Mistrzostw Polski Lekarzy w Wielobojach Rzutowych i Lekkoatletycznych (Toruń, 18 czerwca). W zawodach lekarzy nie obowiązuje oczywiście dolny limit wieku zawodników.

Zapraszam na stadiony! ■

Konrad Bońda



Sekcja ringo Komisji Kultury,
Sportu i Turystyki OIL
w Warszawie

XV Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo

odbędą się w Pułtusku, w sobotę 2 lipca 2016 r.
od godz. 14.00, na stadionie Miejskiego Ośrodka Sportu
i Rekreacji przy ul. Ignacego Daszyńskiego 17a.

Zgłoszenia przyjmuje przewodnicząca Lekarskiego Klubu Ringo dr Krystyna Anioł-Strzyżewska, tel.: 600-362-792 lub 22-638-87-15 całodobowo (z możliwością nagrania informacji), e-mail: krystynaaniol@upcpoczta.pl, lub Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL – 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel./faks: 22-542-83-30, 668-356-102.

Istnieje możliwość zamówienia miejsc hotelowych.

Serdecznie zapraszamy do gry w każdy czwartek,
w godz. 17.00–20.00, w Gimnazjum nr 83 na Bemowie IV,
ul. Michała Elwiro Andriollego 1.

Dzięki walorom gry grać w ringo może każdy!

Krystyna Anioł-Strzyżewska

GRUPA
LUXMED

Praca

Lekarz ds. Kontroli Standardów Medycznych w Grupie LUX MED

Główne zadania:

- opiniowanie reklamacji medycznych;
- analiza dokumentacji medycznej;
- nadzór nad przestrzeganiem standardów i procedur medycznych;
- tworzenie rekomendacji dotyczących postępowań diagnostyczno-terapeutycznych.

Wymagania:

- II stopień specjalizacji lub ukończona specjalizacja wg nowego trybu;
- umiejętność tworzenia pisemnych opinii medycznych;
- umiejętności interpersonalne i nastawienie na jakość obsługi Pacjenta;
- biegła znajomość obsługi komputera;
- szeroka wiedza ogólnomedyczna;
- mile widziana znajomość języka obcego.

Oferujemy:

- pakiet benefitów pozapłacowych;
- elastyczne formy zatrudnienia i godziny pracy;
- rozwój osobisty i wzbogacenie doświadczenia w zakresie wiedzy medycznej;
- możliwość uczestnictwa w bezpłatnych szkoleniach wewnętrznych pozwalających na uzyskanie punktów edukacyjnych akredytowanych przez Izby Lekarskie;
- miłą i przyjazną atmosferę.

Kontakt: Paulina Lipińska,

tel.: 22 450 43 87, e-mail: paulina.lipinska@luxmed.pl

OGŁOSZENIE

Kapuścińscy: pięć pokoleń lekarzy

Andrzej Kapuściński

Mój ojciec, dr med. Albin Kapuściński, był asystentem Uniwersytetu Lwowskiego, lekarzem chorób wewnętrznych. Urodził się w 1895 r. w Kołomyi, w rodzinie urzędniczo-wojskowej. Gimnazjum ukończył w Stanisławowie, Wydział Lekarski Uniwersytetu im. Jana Kazimierza w 1926 r. we Lwowie. Po studiach podjął pracę w Skierbieszowie, a po roku przeniósł się do Nałęczowa. Wynajął wówczas willę Raj przy ul. Lipowej, którą zaadaptował na gabinet lekarski. Kupił aparat rentgenowski firmy Siemens Coolinan, który umożliwiał unikatowe jak na tamte czasy i okolice prześwietlanie ciała. Był on zasilany generatorem prądu, ponieważ w Nałęczowie nie było wówczas sieci elektrycznej. Aparat, którego używał ojciec, został wypożyczony na plan filmu o doktorze Korczaku, a obecnie znajduje się w Muzeum Historii Filmu w Łodzi. Moja matka Rafaela (Ela), z domu Gołąb, urodziła się w 1909 r. we Lwowie, gdzie ukończyła gimnazjum, a w 1932 r. Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie. Całe życie pracowała jako lekarz stomatologii. Jej dziadek Andrzej Gołąb był budowniczym Lwowa, a ojciec Jan lekarzem. Na cmentarzu Łyczakowskim stoi do dziś kaplica rodziny Gołąbów, a przy ul. Łyczakowskiej 57 kamienica mojej babci. Przed wojną jednej z ulic Lwowa nadano imię Gołąbów. Moja babka ze strony matki, Zofia z domu Brühl, ukończyła także wyższe studia, uzyskując na Uniwersytecie w Wiedniu dyplomy w dziedzinie muzyki, w klasie fortepianu, oraz malarstwa.

W 1932 r. Albin i Ela wzięli ślub w kościele św. Antoniego we Lwowie, przenieśli się do Nałęczowa, gdzie pracowali początkowo w willi Raj, a następnie kupili dom z ogrodem przy ul. Kościuszki 3. Z czasem powiększyli ogród i wybudowali drugi dom. Oboje całe swoje życie, z drobnymi przerwami, spędzili w Nałęczowie.

W 1934 r. w Warszawie urodził się mój brat Olgierd, trzy lata później urodziłem się ja. Przed II wojną światową rodzice często odwiedzali Warszawę w celach zawodowych i kulturalnych. Ojciec m.in. zgłębiał znajomość radiologii w Zakładzie Radiologii Szpitala Ujazdowskiego, kierowanym przez prof. Witolda Zawadowskiego, oraz w Zakładzie Radiologii Szpitala Wolskiego przy ul. Płockiej, kierowanym przez dr Marię Werkenthin.

Ojciec był dokładny w diagnozowaniu chorób i skuteczny w leczeniu. Empatyczny w stosunku do pacjentów, niezależnie od statusu społecznego, był znany nie tylko w Nałęczowie, ale w wielu powiatach Lubelszczyzny.

Podczas okupacji niemieckiej w sąsiedniej willi Gioia urządzono rezydencję gubernatora Dystryktu Lubelskiego Ernesta Zörnera, a potem SS-Brigadenführera Odilo Globocnika. Wojskowe władze niemieckie zmusiły nas do opuszczenia domu i przeniesienia się do przydzielonej połowy willi Tolin przy ul. Lipowej. Tam przeżyliśmy dalszą część okupacji, aż do sierpnia 1944 r.

Ojciec był bardzo pracowitym człowiekiem. Przez całe życie się doksztcał, uczestnicząc w lekarskich kursach różnych specjalności. Już przed wojną wykonywał samodzielnie

badania radiologiczne, a po wojnie, mając własny aparat, wykonywał i interpretował badania EKG, badania endoskopowe, a nawet tak skomplikowane badania hematologiczne jak pobieranie szpiku i interpretacja mielogramu. W tym czasie pełnił także obowiązki kierownika Izby Porodowej w Nałęczowie, często wzywano go do skomplikowanych porodów w okolicznych wsiach.

Podczas okupacji niemieckiej zaprosił do współpracy dr Janinę Paczosową, pediatrę, oraz dr. Wacława Szczepińskiego i stworzył kilkuosobowe stowarzyszenie na kształt obecnych spółdzielni lekarskich. Często nie przyjmował wynagrodzenia od ubogich pacjentów, a nawet przekazywał im pieniądze na zakup leków. W związku z rozpowszechnioną w okresie powojennym gruźlicą wykonywał bez wynagrodzenia badania rentgenowskie dzieci ze szkół w Nałęczowie.

Pod koniec okupacji niemieckiej zaraził się od pacjenta i zachorował na tyfus plamisty. Choroba miała bardzo ciężki przebieg. Przeżył, ale w wyniku powikłań pozostała u niego znaczna niewydolność serca i niesprawność fizyczna. Do końca życia używał laski przy chodzeniu.

Pomimo złego stanu zdrowia w sierpniu 1944 r. został powołany do wojska przez Wojskową Komisję Uzupelnień nowej władzy PKWN w Lublinie. Nadano mu stopień kapitana i skierowano do Wojskowego Szpitala Polowego w Otwoku, na stanowisko ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych. Pojechał tam we wrześniu 1944 r., gdy po drugiej stronie Wisły wciąż trwało Powstanie Warszawskie.

Po powrocie do Nałęczowa pomagał partyzantom WIN – opiekował się rannymi i szkolił sanitariuszki.

W wojsku służył jako lekarz przez kilka miesięcy. W końcu stycznia 1945 r., w drodze na Berlin, doszedł ze swoją jednostką do Bydgoszczy, gdzie został zwolniony ze służby wojskowej ze względu na zły stan zdrowia.



Autor w okresie studiów

Fotografie: archiwum rodzinne



Bracia Albin i Alfons Kapuściński

Brat ojca Alfons, przedwojenny kapitan, został w 1939 r., podczas obrony Lwowa, wzięty do niewoli przez wojska sowieckie. Przebywał w obozie w Starobielsku. Zastrzelony w 1940 r. w Charkowie, jest tam pochowany. Zdjęcie dwóch braci w randze kapitana, w mundurach, ma dla naszej rodziny szczególne znaczenie.

We wczesnym okresie powojennym ojciec rozwijał swoje umiejętności lekarskie, uczestnicząc w licznych kursach naukowych organizowanych przez Studium Doskonalenia Lekarzy. Mama, poza pracą zawodową lekarza stomatologii, prowadziła także gabinet dla dzieci w lokalnej szkole podstawowej. Wraz ze swoją matką, a naszą babcią Zofią Gołąbową, zajmowały się naszym wychowaniem i edukacją. Babcią uczyła nas gry na pianinie i języków francuskiego oraz niemieckiego. W szkole w Nałęczowie nauczyliśmy się także angielskiego.

Olgierd ukończył liceum w roku 1951, a następnie studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie. Po odbyciu stażu w Łodzi całe życie zawodowe spędził w Warszawie, pracując początkowo w Zakładzie Radiologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, a następnie jako kierownik Zakładu Radiologii Instytutu Kardiologii w Aninie. Uzyskał dwa stopnie specjalizacji w zakresie rentgenodiagnostyki, doktorat, habilitację i tytuł profesora nauk medycznych. Opublikował wiele prac naukowych. Był stypendystą Deutsche Akademische Austausch Dienst w Republice Federalnej Niemiec. Przez dwa lata pracował jako radiolog w Centralnym Szpitalu Państwowym w Trypolisie w Libii.

Olgierd ożenił się z Bogusławą Benendo, również radiologiem, która także uzyskała habilitację, a jako profesor nauk medycznych przez wiele lat była kierownikiem Zakładu Radiologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Olgierd i Bogusława są obecnie emerytami, choć Olgierd nadal pracuje. Dochowali się córki Anny oraz dwóch wnuków Michała i Jakuba, którzy są w wieku szkolnym.

Ja ukończyłem liceum w 1954 r. i studiowałem medycynę przez pierwsze trzy lata na Wydziale Lekarskim cywilnej Akademii Medycznej w Łodzi. Po trzecim roku przenieśliśmy się do Akademii Medycznej w Warszawie, uzyskałem absolutorium w 1960 r. Staż odbywałem w szpitalach warszawskich, dyplom lekarza medycyny otrzymałem w 1962 r. Pracę rozpocząłem, jako doktorant PAN, w Zakładzie Radioizotopów Katedry Radiologii Lekarskiej AM w Warszawie, pod kierownictwem prof. J. Doroszewskiego. Pracowałem tam siedem lat. Zająłem się szczególnie badaniami czynnościowymi nerek – renocystografią izotopową, a po zakupieniu scyntygrafu Nuclear Chicago – także scyntyografią nerek. Był to okres pierwszych przeszczepów nerek u ludzi, badaniem z wyboru była renocystografia izotopowa oraz scyntygrafia. Współpracując z Kliniką Chirurgii prof. J. Nielubowicza, w której przeszczepami nerek zajmował się prof. W. Rowiński, oraz z Kliniką Chorób Wewnętrznych i Instytutem Transplantologii prof. T. Orłowskiego, wraz z jego zespołem nefrologów wykonywałem większość tych badań. W 1965 r. uzyskałem I stopień specjalizacji w zakresie rentgenodiagnostyki, w 1967 r. obroniłem pracę doktorską, a w 1969 r. jako pierwszy lekarz w Polsce zdobyłem specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny nuklearnej, wprowadzając tę specjalizację w nasz kraj.

W tym samym roku rozpocząłem pracę w Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, które w 1983 r. przekształcono w instytut nazwany w 2002 r. imieniem prof. Mirosława Mossakowskiego. Zostałem adiunktem i kierownikiem Pracowni Izotopowej Zakładu Neuropatologii.



Podpisanie aktu przystąpienia Polski do Światowej Federacji Medycyny Nuklearnej i Biologii. Tokio, 1974 r.

W 1977 r. habilitowałem się, w 1992 r. uzyskałem tytuł profesora nauk medycznych. W latach 1977–1981 pracowałem na stanowisku kierownika Studium Doktoranckiego, w latach 1992–2000 na stanowisku kierownika Zakładu Neuropatologii, a w latach 2000–2005 pełniłem funkcję kierownika Pracowni Doświadczalnej Medycyny Nuklearnej. W latach 1997–2002 w instytucie tym byłem również głównym specjalistą ds. nadzoru zastosowań promieniowania jonizującego. Podczas całej mojej pracy zawodowej opublikowałem wiele prac naukowych i brałem czynny udział w sympozjach i kongresach naukowych. Ponad cztery lata pracowałem jako lekarz w Stanach Zjednoczonych: w latach 1971–1972 w Szpitalu Uniwersyteckim i w Szpitalu Weteranów jako stypendysta po doktoracie w Birmingham w Alabamie. W 1972 r. zdałem – organizowany po raz pierwszy w Ameryce – egzamin specjalizacyjny w dziedzinie medycyny nuklearnej w Tulane University w Nowym Orleanie, który upoważniał mnie do pracy bez ograniczeń jako specjalista w tej dziedzinie w USA.

W 1974 r. na I Kongresie w Tokio podpisałem akt przystąpienia Polski do Światowej Federacji Medycyny Nuklearnej i Biologii.

W latach 1983–1984 pracowałem jako profesor wizytujący i konsultant badań mózgu na Oddziale Medycyny Nuklearnej Szpitala Uniwersytetu Indiana w Indianapolis, a w okresie 1984–1985 jako Acting Chief na Oddziale Medycyny Nuklearnej Zakładu Radiologii Szpitala Uniwersytetu Arizony w Tucson.

Ożeniłem się z Barbarą Parafińczuk, absolwentką Akademii Medycznej w Warszawie. Żona obroniła doktorat. Całe życie zawodowe pracuje jako lekarz chorób wewnętrznych; obecnie na emeryturze – nadal w pełnym wymiarze godzin – jako lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Nasz syn Paweł poszedł w ślady rodziców. Obronił pracę doktorską i ma dwa stopnie specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych. W latach 1997–1998 przebywał na stypendium Fulbrighta w Stanach Zjednoczonych. Ma dwie córki: Magdalenę, tegoroczną maturzystkę, oraz Barbarę, studentkę stomatologii, która w piątym pokoleniu podtrzymuje rodzinne tradycje lekarskie. ■

Szczegółowe dane z rozszerzoną biografią rodziny zawiera artykuł pt. „Rodzina Kapuścińskich – wspomnienia”, rocznik „Głos Nałęczowa 2015” oraz książka pt. „Dziadek Sowa z Nałęczowa. Autobiografia oraz wybrane epizody z życia rodzin Kapuścińskich i Gołąbów”, 2013 r., która znajduje się m.in. w Głównej Bibliotece Lekarskiej i w Bibliotece WUM.



Wśród wulkanów Nikaragui

Jacek Walczak

Promień kuli ziemskiej ma w przybliżeniu 6300 km, natomiast grubość jej skorupy wynosi średnio tylko 50 km. Można zatem porównać ją z kartką papieru nawiniętą na piłkę lekarską. W różnych częściach świata ma różną strukturę, zupełnie nietypową jest płyta Oceanu Spokojnego. Ze względu na swą budowę jest wyjątkowo niestabilna, łańcuch wulkanów ciągnie się wzdłuż oceanicznego wybrzeża od Kalifornii do Ziemi Ognistej. Znaczna część wulkanów jest czynnych, co dodatkowo prowokuje badaczy i rozmaitych miłośników mocnych wrażeń do zaglądania w gardła piekieł. Zdarzyło się i mnie wędrować po krajach Ameryki Środkowej. W każdym z nich jest wulkan, z którym warto poznać się osobiście. Dla mnie czynny wulkan Masaya w Nikaragui był wystarczającym wyzwaniem. Ten niewysoki, bo zaledwie 635-metrowy stożek nie dawał jednak zbyt wielkich nadziei na eksploracyjne doznania, chociaż siarkowe dymy z daleka robiły groźne wrażenie. Rozczarowania dopełniła „prawie asfaltowa” droga, która doprowadza niemal do krawędzi krateru. W oparach rodem z piekła, wydobywających się z licznych szczelin, słuchałem legendy o młodych, pięknych dziewczętach zrzucanych przez Indian do wnętrza wulkanu w ofierze bogowi ognia – Chacitique.

Zwiedzanie wulkanu nie zajęło zbyt wiele czasu. Po drodze do Granady, niewiele zbaczając, zajechałem do wioski Catarina. Wioska okazała się ciekawsza od słynnego wulkanu. Akurat była to druga niedziela listopada i odbywała się doroczna fiesta na cześć patronki miasta świętej Katarzyny. Im bliżej centrum, tym barwny tłum, głównie jeźdźców, stawał się coraz bardziej gęsty. Oczekiwałem na korowód na dziwnie pustym placu, gdzie wyjątkowo głośno grała orkiestra dęta. Stojąc samotnie, budziłem niemałe zainteresowanie gapiów. Zza okrytego zielonym sukmem stołu sam burmistrz Catariny w towarzystwie prezesa jakiegoś bardzo ważnego stowarzyszenia pofatygował się na powitanie niespodziewanego gościa. Entuzjastycznie przyjęli informację, że przybywam z kraju, który nazywa się Polonia. Nie byłem do końca przekonany o znajomości geografii wśród tubylców, ale po wielce kurtuazyjnym przemówieniu burmistrza poczułem się wyjątkowo, nie jak zwykły gringo. Gospodarz poczęstował mnie jakimś mętnym płynem z ogromnej butli. Okrzyki *Viva Polonia!* i *Viva Nicaragua!* skutecznie zagłuszała orkiestra. Przystrojone stoły zastawione były przepyszными stekami wołowymi pieczonymi na ogniu i górami rozmaitych sałatek. Zaczął się konkurs tańców na koniu. Uczestnicy prezentowali rozmaite techniki i style. Estetyczną stronę pokazów uzupełniały wyszukane stroje.

Zwłaszcza jedna amazonka zwracała uwagę jaskrawym ubiorem i ogromnym sombrero. Jeźdźcy popisywali się wręcz cyrkowymi umiejętnościami. Bez wątpienia większość życia spędzali w siodle. Za stołem siedziały miejscowe piękności, równolegle odbywały się wybory Królowej Roku, w innych kulturach nazywanej miss.

Po zakończeniu konkurencji technicznych i artystycznych szacowni jurorzy udali się na naradę. Orkiestra zdecydowanie zmieniła repertuar. Niezliczone pary ruszyły w tan. Zawirowały kolorowe spódniczki tancerek, zadzwoniły ostrogi przypięte do skórzanych butów mężczyzn. Wielu z nich uczestniczyło w tańcach bez schodzenia z konia. Zdziwiająco, że roześmiane dotychczas twarze w tańcu przybierały nadzwyczaj poważne miny. Zapewne to spuścizna odległych czasów, kiedy beztroskie zabawy kończyły się rytuałem składania ofiar w kraterach wulkanów Masaya i Mombacho, które królują nad okolicą.

Wreszcie nadeszła chwila ogłoszenia wyników konkursów. Największy kłopot miało jury z przyznaniem tytułu Królowej Roku, bo wszystkie kandydatki były urodziwe. Aktu koronacji dokonała ustępująca królowa. Gratulacjom i przemówieniem nie było końca. Szczególnie długa kolejka ustawiła się z gratulacjami do Królowej Roku. Zapadał zmrok, nadszedł czas na *noche latino*. Orkiestra grała jak w transie. Cały plac



Fot. J. Walczak

wypełniły pary tancerzy, między którymi kręcili się jeźdźcy na koniach. Nikt nie marnował czasu, bo następna okazja na wielką zabawę dopiero za rok.

Dymiący wulkan Masaya czuwa nad wszystkim. Czas biegnie tak samo jak dawniej, ale Królowa Roku nie będzie już złożona w ofierze bogowi ognia. Będzie się cieszyć sławą i szacunkiem przez cały rok. ■



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

14 kwietnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 5 kwietnia 2016 r. w sprawie orzekania o zdolności do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego, orzekania o inwalidztwie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego oraz emerytów i rencistów Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 497.

15 kwietnia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r. poz. 522 obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 6 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o izbach lekarskich.

20 kwietnia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r. poz. 546 obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 8 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

22 kwietnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 13 kwietnia 2016 r. w sprawie studiów doktoranckich i stypendiów doktoranckich, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 558.

26 kwietnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 30 marca 2016 r. 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 2016 r., poz. 482.

W treści rozporządzenia określenie „zakład opieki zdrowotnej” zastąpione zostało słowami „podmiot leczniczy”. Ponadto zmiany zostały wprowadzone w załącznikach do rozporządzenia.

Uchylono Tabelę nr 17 zawierającą wykaz badań, o których lekarz podstawowej opieki zdrowotnej składał sprawozdanie jednostkowo według numeru PESEL, zgodnie z przepisami rozporządzenia.

Dane o badaniach diagnostycznych będą przekazywane przez lekarzy POZ raz na pół roku.

29 kwietnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 25 kwietnia 2016 r. w sprawie wykazu zawodów regulowanych, podlegających wzajemnemu ostrzeganiu państw członkowskich, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 594.

Załącznik do rozporządzenia zawiera następujący wykaz zawodów regulowanych, mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, o których mowa w przepisach ustawy z 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej: asystentka stomatologiczna, diagnosta laboratoryjny, dietetyk, felczer, fizjoterapeuta, higienistka stomatologiczna, higienistka szkolna, logopeda, opiekun medyczny, opiekunka dziecięca, ortoptystka, protetyk słuchu, ratownik medyczny, technik analityki medycznej, technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, terapeuta zajęciowy.

30 kwietnia 2016 r. weszła w życie ustawa z 13 kwietnia 2016 r. zmieniająca ustawę o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 580.

Nowelizacja ustawy dotyczy zmiany terminu wejścia w życie Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, który w stosunku do lekarzy i lekarzy dentystów zacznie obowiązywać od 1 maja 2017 r.

30 kwietnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 26 kwietnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia przysługujące weteranom poszkodowanym – funkcjonariuszom, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 608.

Załącznik do rozporządzenia określa wzór dokumentu potwierdzającego uprawnienia przysługujące weteranowi poszkodowanemu – funkcjonariuszowi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej.

11 maja 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 kwietnia 2016 r. w sprawie określenia wzoru karty indywidualnej ratownika medycznego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 576.

12 maja 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 587.

14 maja 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra infrastruktury i budownictwa z 19 kwietnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków, jakim powinni odpowiadać funkcjonariusze Straży Ochrony Kolei, zasad oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby oraz trybu i jednostek uprawnionych do orzekania o tej zdolności, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 606.

Oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Straży Ochrony Kolei dokonuje się po przeprowadzeniu profilaktycznych badań lekarskich wstępnych, okresowych lub kontrolnych, obejmujących:

- badanie ogólne stanu zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem oceny stanu układu krążenia i układu oddechowego oraz sprawności narządu ruchu,
- badanie narządu wzroku wykonane przez lekarza okulistę,
- badanie narządu słuchu i równowagi wykonane przez lekarza laryngologa,
- badanie neurologiczne wykonane przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie neurologii,
- badanie psychiatryczne wykonane przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie psychiatrii,
- badanie w kierunku objawów wskazujących na nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych – dotyczy badań wstępnych, a w przypadku badań okresowych – jeżeli istnieją wskazania,
- badanie krwi, w tym morfologia z rozmazem, glikemia na czczo, aminotransferazy i gamma-glutnylo-transpeptydaza oraz badanie ogólne moczu,
- badanie elektrokardiograficzne w spoczynku,
- dodatkowe badania specjalistyczne oraz badania pomocnicze zlecone przez lekarza orzekającego lub komisję lekarską, jeżeli są potrzebne do oceny zdolności fizycznej i psychicznej badanego,
- badanie psychologiczne.

Zasady badania narządu wzroku oraz wymagania dotyczące narządu wzroku określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Zasady badania narządu słuchu i równowagi oraz wymagania dotyczące narządu słuchu i równowagi określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Uchylony został załącznik określający kategorie wzroku i kategorie słuchu wymagane na stanowiskach funkcjonariuszy Straży Ochrony Kolei.

Funkcjonariusza Straży Ochrony Kolei lub kandydata na funkcjonariusza Straży Ochrony Kolei uznaje się za zdolnego fizycznie i psychicznie do służby, jeżeli:

- w wyniku badania ogólnego stanu zdrowia, z uwzględnieniem wyników badań specjalistycznych i pomocniczych, nie stwierdzono istotnych zmian chorobowych oraz nieprawidłowości albo stwierdzone zmiany chorobowe lub nieprawidłowości w nieznacznym stopniu ograniczają sprawność ustroju, nie powodując niezdolności do służby na danym stanowisku,

- spełnia wymagania dotyczące narządu wzroku oraz narządu słuchu i równowagi, określone w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia,
- w wyniku badania psychiatrycznego nie stwierdzono zaburzeń psychicznych, uzależnienia od alkoholu lub substancji psychoaktywnych, a w wyniku badania psychologicznego nie stwierdzono istotnych odchyłań.

Lekarz orzekający, który wydał orzeczenie lekarskie, przekazuje odwołanie w terminie 7 dni od dnia złożenia odwołania do komisji lekarskiej orzekającej w trybie odwoławczym wraz z dokumentacją medyczną badania stanowiącego podstawę wydania orzeczenia.

Komisją lekarską orzekającą w trybie odwoławczym jest komisja lekarska w Centrum Naukowym Medycyny Kolejowej.

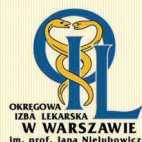
19 maja 2016 r. weszła w życie ustawa z 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1893.

Przedsiębiorca jest obowiązany posiadać tytuł prawny do nieruchomości, których adresy podlegają wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Tytuł ten nie podlega dołączeniu do wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i jest przedstawiany organowi ewidencyjnemu na jego wezwanie.

Wpisowi do CEIDG podlegają m.in.:

- adres zamieszkania przedsiębiorcy, adres do doręczeń przedsiębiorcy oraz adresy, pod którymi jest wykonywana działalność gospodarcza, w tym adres głównego miejsca wykonywania działalności i oddziału, jeżeli został utworzony,
- dane kontaktowe przedsiębiorcy, w szczególności adres poczty elektronicznej, strony internetowej, numer telefonu, o ile dane te zostały zgłoszone we wniosku o wpis do CEIDG,
- informacja o dacie trwałego zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej, o ile informacja ta została zgłoszona we wniosku o wpis do CEIDG,
- informacja o wykreśleniu przedsiębiorcy z CEIDG.

Do jawnych danych i informacji udostępnianych przez CEIDG nie stosuje się przepisów ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DzU z 2014 r., poz. 1182), z wyjątkiem przepisów dotyczących kontroli przeprowadza-



**POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM
DZWONIĄC POD NUMER
704 277 577**

Koszt każdego jednorazowego połączenia wynosi 2,03 zł netto (2,50 zł z VAT)

Dostępna dla abonentów sieci komórkowych i stacjonarnych

nej przez generalnego inspektora ochrony danych osobowych oraz zabezpieczenia danych osobowych.

Organ prowadzący rejestr działalności regulowanej wykreśla wpis przedsiębiorcy w rejestrze na jego wniosek, a także po uzyskaniu informacji o zgonie przedsiębiorcy lub po uzyskaniu informacji z CEIDG o wykreśleniu przedsiębiorcy.

W przypadku gdy wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej nie zawiera numeru PESEL, przedsiębiorca uzupełnia wpis o tę daną w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie ustawy (do 19 maja 2018 r.).

Po upływie tego terminu Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej wykreśla przedsiębiorcę, którego wpis nie zawiera numeru PESEL.

23 maja 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r. poz. 694 obwieszczenie ministra zdrowia z 14 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

1 czerwca 2016 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań, oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2007.

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad pacjentką w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań, oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych, określają poszczególne elementy opieki medycznej, mające na celu uzyskanie jak najlepszego stanu zdrowia matki i mającego się urodzić się dziecka w sytuacjach stwierdzenia ciąży bliźniaczej lub wystąpienia w czasie trwania ciąży, porodu lub porożu następujących powikłań: nadciśnienia tętniczego u ciężarnej, porodu przedwczesnego, zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, krwotoku położniczego, oraz standardy opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych.

Standardy określają zakres niezbędnych badań diagnostycznych, świadczeń profilaktycznych i leczniczych, a także miejsce udzielania tych świadczeń.

2 czerwca 2016 r. wchodzi w życie zarządzenie nr 60 prezesa Rady Ministrów z 17 maja 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia, opublikowane w M.P. z 2016 r., poz. 453.

12 czerwca 2016 r. wchodzi w życie ustawa z 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 652.

Zgodnie z nowelizacją ustawy świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, określone w wykazie ogłoszonym przez ministra zdrowia.

Zaopatrzenie to będzie przysługiwało na podstawie recepty wystawionej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Minister zdrowia wskazuje spośród leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych określonych w ogłoszonym wykazie na podstawie przepisów ustawy o refundacji, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, które są wydawane bezpłatnie świadczeniobiorcom, mając na uwadze:

- zaspokojenie potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców,
- dostępność i bezpieczeństwo stosowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
- roczny limit wydatków przewidziany na ten cel w ustawie budżetowej na dany rok,
- stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w porównaniu ze stosunkiem kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych tych produktów objętych wykazem.

Pierwszy wykaz, w części dotyczącej bezpłatnego zaopatrzenia świadczeniobiorców po ukończeniu 75. roku życia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, minister zdrowia ogłosi nie później niż do 1 września 2016 r.

Poszukiwani lekarze sądowi

Sąd Okręgowy w Siedlcach, Sąd Okręgowy w Radomiu oraz Sąd Okręgowy w Warszawie poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego.

Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego proszeni są o nadsyłanie swoich zgłoszeń listownie

do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

Poszukiwani biegli sądowi

Sąd Okręgowy w Warszawie oraz Sąd Okręgowy Warszawa-Praga zwracają się do lekarzy specjalistów (wszystkich specjalności), zainteresowanych pełnieniem funkcji biegłego sądowego, o nadsyłanie swoich zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

31 sierpnia 2016 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1997.

Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Łagodzenie bólu porodowego stanowi jeden z elementów świadczenia zdrowotnego, scharakteryzowanego procedurą medyczną jako poród samodziśny i obejmuje wszystkie metody, których skuteczność została udowodniona naukowo.

Lekarz położnik to lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie położnictwa i ginekologii pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu to lekarz, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie w wykonywaniu analgezji regionalnej porodu lub lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, po ukończeniu drugiego roku szkolenia, pod warunkiem, że znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Lekarz neonatolog to lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie neonatologii, po ukończeniu drugiego roku szkolenia.

Lekarz pediatra to lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii.

W podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, posiadającym oddział położniczy, opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający standard określony w załączniku do rozporządzenia i dostępne w podmiocie leczniczym metody łagodzenia bólu porodowego.

Uzgodniony pomiędzy zatrudnionymi w podmiocie leczniczym przedstawicielami lekarzy prowadzących analgezję regionalną porodu, lekarzy położników, lekarzy neonatologów lub lekarzy pediatrów, położnych i pielęgniarek oraz położnych anestezjologicznych i pielęgniarek anestezjologicznych tryb postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu leczniczego, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.

Kierownik podmiotu leczniczego w porozumieniu z lekarzem kierującym zespołem położniczym oraz lekarzem kierującym zespołem anestezjologii i intensywnej terapii, położną oddziałową oddziału położniczego lub bloku porodowego oraz pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub pielęgniarką oddziałową bloku operacyjnego jest obowiązany zapewnić odpowiedni personel do realizacji świadczeń.

Lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio na bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapoznają się z trybem postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, potwierdzając to własnoręcznym podpisem.

Rodzącej przyjmowanej do podmiotu leczniczego w celu porodu przekazuje się w sposób dla niej zrozumiały informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w podmiocie leczniczym.

Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie leczniczym, oraz zapewnijają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu. ■

WYDAWCA BIULETYNU „MIESIĘCZNIK OIL W WARSZAWIE PULS”: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

REDAKCJA: 00-512 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: Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek (redaktor Biuletynu ORL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Ciepty, Ewa Dobrowolska, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Solecka, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

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

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

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

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

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

Andrzej Sawoni; tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów

Marta Klimkowska-Misiak; tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL

Romuald Krajewski; tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej

Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

asystentki: Ewa Nagiel, Bogusława Różycka

tel. 22-542-83-40; 22-542-83-42; faks 22-542-83-41

asystentka prezesa ORL/administrator budynku OIL w Warszawie

Marta Bodek; tel. 22-542-83-50

Sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek; tel. 22-542-83-31

Zastępca sekretarza ORL Ładysław Nekanda-Trepka

tel. 22-542-83-31

asystentka: Katarzyna Kalinowska

tel. 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

Skarbnik Roman Olszewski; tel. 22-542-83-40

Dyrektor biura Zbigniew Gałązka

sekretariat: tel. 22-542-83-40, 42

Główna księgowość Helena Jemioł; tel. 22-542-83-36

Księgowość – Janina Potentas; tel. 22-542-83-35

Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79

Agnieszka Stefaniak-Giza, Emilia Andersz; tel. 22-542-83-54

Kasa – Stanisława Błaszczuk; tel. 22-542-83-34

Składki – kierownik Maciej Lisieski; tel. 22-542-83-38

22-542-83-78, Paweł Janowski, Agnieszka Tkaczyk,

Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska; tel. 22-542-83-39

Kadry – Agnieszka Jasińska; tel. 22-542-83-10

Kancelaria prawna

prac. biura: Małgorzata Tymkiewicz; tel. 22-542-83-29

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

p.o. Janina Barbachowska

kanc.: Bożena Dąbrowska; tel. 22-542-83-24; faks 22-542-83-23

Małgorzata Gorońska; tel. 22-542-83-22

Jolanta Dąbrowska; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski przewodniczący Roman Jasiński

tel. 22-542-83-21; *kanc.*: Magdalena Kujawska,

Joanna Antonowicz; tel. 22-542-83-20

Okręgowa Komisja Rewizyjna

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

tel. 22-542-83-64; *prac. biura*: Julita Kwatyniec; tel. 22-542-83-48

Okręgowa Komisja Wyborcza

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

kanc.: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

kierownik Sylwia Jaworska; tel. 22-542-83-16

prac. biura: Artur Obzejta, Dominika Siporska,

Ewa Skoneczna; tel. 22-542-83-14; faks 22-542-83-15

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

przewodniczący Aleksander Pieczyński

kierownik Katarzyna Adamska; tel. 22-542-83-18

prac. biura: Joanna Nowacka, Marta Makowska; tel. 22-542-83-19

Komisja ds. Konkursów

na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia

przewodniczący Rafał Paluszkiwicz

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Magdalena Goździk, Jolanta Otulak

tel. 22-542-83-32, faks 22-542-83-26

Komisja Bioetyczna

przewodniczący Marek Czarkowski

prac. biura: Karolina Brama, Urszula Piórecka

tel. 22-542-83-12; faks 22-542-83-13

Komisja ds. Lekarzy Dentystów

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

przewodnicząca: Marta Starczewska

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy

przewodniczący Roman Olszewski

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej

p.o. przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

Komisja Legislacyjna

przewodniczący Aleksander Kotlicki; tel. 22-542-83-46

prac. biura: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja Współpracy z Zagranicą

przewodniczący Krzysztof Schreyer

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy

przewodniczący Andrzej Morliński

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Młodych Lekarzy

przewodniczący Filip Dąbrowski

prac. biura: Bogusława Różycka; tel. 22-542-83-40

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki

przewodniczący Adam Górski

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

przewodniczący Włodzimierz Cerański

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

Lekarzy i Lekarzy Dentystów

dyrektor Krzysztof Dziubiński

prac. biura: Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,

Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika

tel. 22-313-19-70, 22-542-3-76; faks 22-313-19-65

odz@oilwaw.org.pl

Pełnomocnik prezesa ds. Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie

Krzysztof Królikowski; tel. 22-542-83-30

Marketing i reklama

Renata Klimkowska; tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00

e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Dział Informacji Medialnej

Karolina Jemioł; tel. 22-542-83-52;

monitorlekarski@oilwaw.org.pl

Zespół ds. informatycznych tel. 22-542-83-37

Marek Paluszek; tel. 784-98-67-28

Tomek Dzieńkowski; tel. 791-51-68-57

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16)

przewodniczący Julian Wróbel

prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga

tel. 48-331-36-62; faks 48-331-17-30

pon. i czw. 7.45–15.00, wt.–śr. 7.45–17.00, pt. 8.05–15.00

Klub Lekarza – kierownik Tadeusz Pawlikowski; tel. 22-542-83-82

Fundacja „Pro Seniore” – Andrzej Surowiecki; tel. 22-542-83-02

Ośrodek Badań Klinicznych - Medycyna Kliniczna

powstał w odpowiedzi na dynamiczny rozwój medycyny oraz chęć współtworzenia najnowszych metod leczenia w Polsce.

Zapraszamy do współpracy w zakresie prowadzenia badań klinicznych, lekarzy specjalistów z dziedziny: dermatologii, diabetologii, gastroenterologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, onkologii, ortopedii, pediatrii, pulmonologii, reumatologii, urologii i innych.



Medycyna Kliniczna

Dyrektor

Marzena Waszczak

+48 791 900 055

marzenawaszczak@medycynakliniczna.pl

Kierownik Ośrodka Badań Klinicznych

Marta Jeka

+48 500 403 916

martajeka@medycynakliniczna.pl

Konsultant ds. medycznych

dr hab. n. med. Sławomir Jeka

sławomirjeka@medycynakliniczna.pl

Główny Badacz (PI) w ponad 200 badaniach klinicznych. Wielokrotnie pełniący funkcję Koordynatora Krajowego Badań Klinicznych. Pozytywnie weryfikowany przez niezależne audyty oraz inspekcje, w tym FDA i CEBK.

Lekarzy zainteresowanych współpracą
prosimy o kontakt mailowy lub telefoniczny.

Medycyna Kliniczna
Koszykowa 59 lok.7
00- 660 Warszawa

telefon: +48 22 629 13 54
kontakt@medycynakliniczna.pl
www.medycynakliniczna.pl